

**Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua
UNAN - Managua
Facultad de Ciencias Médicas**



Tesis para optar al título de Especialista en Medicina Interna

**“Determinar comportamiento clínico y tratamiento para migraña de
pacientes que asisten a la consulta externa, en el Hospital Escuela Carlos
Roberto Huembes, Enero 2015 – Enero 2018”**

Autor:

**Dr. Eliezer Vladimir Mejía Corea
Médico Residente III año, Medicina Interna**

Tutor Científico:

Dr. Fernando Chávez Hassan
Especialista en Medicina Interna/ Neurología/Epilepsia

Tutora Metodológica:

Msc. María Cecilia García Peña
Salud Pública/ SSRR

Managua, Febrero 2018

DEDICATORIA

A mi Dios; Por guiarme y acompañarme en cada paso, mientras me proveía todo lo necesario para cumplir con este sueño que Él mismo inspiró. Por haberme mostrado siempre su fidelidad al haber cuidado cada una de mis metas y proyectos puestos en sus manos.

A mi padre, Rómulo Vladimir Mejía Solano (QEPD); Por su siempre apoyo incondicional, por haber forjado mi carácter y deseos de superación, por haberme enseñado a perseguir mis metas y por abrirme camino a mi progreso personal y profesional.

A mi madre, Hortencia Elena Corea Mendoza; Por su siempre apoyo incondicional, por su verdadera entrega y su lucha diaria para mi preparación personal y profesional, por haber estado presente en cada paso y por darme la mejor herencia como es la educación y el deseo de seguir siempre adelante.

A mi esposa, Brenda Lilliam Orozco Tapia; Por ser esa mujer maravillosa que me acompaña siempre en cada paso con entrega incondicional y por ser siempre inspiración para mi superación personal y profesional e instarme siempre a alcanzar nuevos logros.

A mi hija, Grecce Zerlieth Mejía Calero; Por ser mi tesoro invaluable y el motor que me ha inspirado e impulsado a lo largo del camino para alcanzar éste enorme y preciado logro y por seguirme impulsando a llegar aún más lejos.

A mi hermano, Kelvin Alexander Mejía Corea; Por también haberme acompañado de manera incondicional en éste arduo pero precioso recorrido, por sus consejos y por apoyarme y animarme siempre que fue necesario.

AGRADECIMIENTO

Agradezco al Hospital Carlos Roberto Huembes por darme la oportunidad, las herramientas y el acompañamiento docente necesario para la realización de mi sueño académico, especialmente a mis tutores.

También agradezco a las personas que en algún momento me brindaron asesoría estadística, siendo un pilar fundamental para el desarrollo adecuado de la presente tesis.

OPINIÓN DEL TUTOR CIENTÍFICO

La migraña es uno de los padecimientos más frecuentes en la práctica médica y el conocimiento de los aspectos clínicos y el tratamiento de la misma es básico para los especialistas en Medicina Interna.

La presente tesis contiene un análisis sobre las variables sociodemográficas y aspectos clínicos relevantes en el padecimiento, dentro de los que destacan la escasa utilización de profilaxis en los pacientes en el estudio.

Considero que el Dr. Eliezer Mejía ha desarrollado el tema de forma adecuada y que los resultados de este estudio son relevantes desde un punto de vista práctico ya que reflejan las limitaciones en relación al abordaje de estos pacientes que podrían ser mejoradas a través de la educación médica continua.

Es una tesis pionera en un área poco estudiada en nuestro medio y abre las puertas para explorar los diferentes aspectos de esta patología neurológica que tiene una alta prevalencia en nuestros pacientes.

No resta más que felicitar al Dr. Mejía por su interés en el mejoramiento de la atención médica a la población y desearle éxitos en su futuro como especialista.

Dr. Fernando Chávez Hassan

Especialista en Medicina Interna. Sub. Especialista en Neurología
Epileptología Clínica

Dr. Eliezer Vladimir Mejía Corea

OPINIÓN DEL TUTOR METODOLÓGICO

En calidad de tutora de tesis presentada por: el Dr. Eliezer Vladimir Mejía corea, Para optar por el título de especialista en Medicina Interna, una vez revisado el contenido de tesis con el Tema: “Determinar comportamiento clínico y tratamiento para migraña de pacientes que asisten a la consulta externa en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, Enero 2015 – Enero 2018”

Doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Atentamente:

Msc María Cecilia García Peña
Asesora Metodológica

Dr. Eliezer Vladimir Mejía Corea

RESUMEN

El objetivo general de la presente investigación, de tipo descriptivo prospectivo y de corte transversal, es determinar el comportamiento clínico de pacientes con migraña que asisten a consulta externa en el Hospital Escuela Carlos Robert Huembes durante período comprendido del 1ro de enero 2015 al 1ro enero 2018. El método utilizado para este estudio fue una encuesta diseñada que se completó con la información obtenida de los expedientes clínicos, para conocer características sociodemográficas, comportamiento clínico de las migrañas y el abordaje terapéutico y profiláctico.

El desarrollo de esta investigación permite conocer a fondo el abordaje de la migraña en el lugar de estudio, lo facilita determinar e instaurar un adecuado tratamiento preventivo en futuros pacientes o seguimientos de los actuales pacientes, ya que dicho tratamiento preventivo el cual está infra-utilizado actualmente en el medio médico; con esto se garantizaría mejor calidad de vida de las personas que padecen migraña, una significativa disminución de ausencia laboral y mayor integración a nivel familiar y social.

Dentro de los resultados más relevantes se encontró que el 64% de la población se encuentra entre las edades de 20 a 34 años, el 54% es del sexo femenino y que la mayoría (57%) proceden del Instituto Nacional de Seguridad Social. En cuanto al comportamiento clínico de las migrañas se encontró que en lo referente a afección laboral, social y de los quehaceres domésticos la discapacidad es mínima; en los datos sobre intensidad de dolor el 42% presentó dolor leve según la escala análoga del dolor; sobre el abordaje terapéutico se encontró que el mayor porcentaje de la población en estudio recibió manejo terapéutico utilizando AINES, opiáceos, relajante muscular y antidepresivos tricíclicos, mientras que en el abordaje profiláctico el 78% de la población no recibieron tratamiento.

Palabras claves: migraña, comportamiento clínico, abordaje terapéutico, abordaje profiláctico.

ÍNDICE

#.	CAPÍTULO	# de página
I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	ANTECEDENTES	2
III.	JUSTIFICACIÓN	4
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
V.	OBJETIVOS	6
VI.	MARCO TEÓRICO	7
VII.	MATERIAL Y MÉTODO	34
VIII.	RESULTADOS	40
IX.	ANÁLISIS	43
X.	CONCLUSIONES	46
XI.	RECOMENDACIONES	47
XII.	BIBLIOGRAFÍA	48
XIII.	ANEXOS	50

I. INTRODUCCIÓN

La migraña se trata de un síndrome de prevalencia familiar consistente en ataques o crisis recurrentes de dolor de cabeza, muy variables en intensidad, frecuencia y duración, que suele ser unilateral, asociada a fotofobia y fonofobia, con náuseas y/o vómitos y con importante exacerbación ante movimientos cefálicos o esfuerzos. La migraña está incluida en una de las cuatro categorías de cefaleas primarias ⁽¹²⁾.

Las migrañas, en general, constituyen alrededor del 25% de todas las consultas ambulatorias a los servicios de salud. Es mucho más prevalente entre las mujeres que entre los hombres, de 2 a 4 veces más. La padecen aproximadamente un 12% de la población general, algunos de ellos con gran repercusión sobre su calidad de vida. El componente familiar aparece, al menos, en el 60% de los casos. Una de las opciones que más puede cambiar la vida de un migrañoso mal controlado es la instauración de tratamiento preventivo, que por desgracia está muy infrautilizado en nuestro medio. ⁽¹⁹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la migraña como una de las enfermedades de más impacto en la calidad de vida de las personas que la sufren. Ocupa el puesto No.19 en el listado de enfermedades incapacitantes.

Con éste trabajo se logró primeramente identificar las características sociodemográficas de los pacientes que participan en el estudio, esto nos permitió determinar el nivel social y la zona de procedencia de los pacientes en estudio.

De tal forma que como segundo objetivo se obtuvo especificar el comportamiento clínico para migraña en la población en estudio y su relación con el grado de discapacidad laboral según escala de MIDAS.

En el tercer objetivo se consiguió describir el abordaje terapéutico y profiláctico para migraña de la población en estudio, lo cual nos permitió evaluar si ha sido propicio para nuestros pacientes.

II. ANTECEDENTES

Se realizó una previa búsqueda sobre la temática de investigación realizada a nivel internacional, en la cual se han encontrado diversos estudios en el que se identifican diferentes puntos de vista y opiniones relacionados con la problemática de investigación antes planteada.

- Cuba, Aniuska Rodríguez Tudela y Aida Cárdenas Giraudy. Un estudio monográfico titulado “Cefalea en urgencias: diagnóstico y tratamiento de las cefaleas primarias”, que tuvo como conclusión de que el hecho de que la mayoría de los pacientes tuvieran madres migrañosas pudiera demostrar el posible carácter genético de la dolencia. La ingestión excesiva de analgésicos del tipo de la duralgina resultó ser el principal factor desencadenante de las crisis.
- México, Hebe Morales Javier. Asociación de Funcionalidad Familiar con Cefalea Tensional en Mujeres de 18 a 50 Años” Instituto Mexicano Del Seguro Social. Comité de Investigación local y Ética, 2013. Análisis descriptivo Caso-Control. Conclusión: No se encontró asociación entre la funcionalidad familiar y la cefalea tensional en mujeres de 18 a 50 años.
- Ciudad de Manta, Ecuador, autor: Mora. Cefalea Tensional, Prevalencia en maestros de nivel medio, Ciudad de Manta, Ecuador, 2006. Análisis descriptivo. N: 357, Edades entre 25 a 50 años. Se encontró como conclusión: Más frecuentes en mujeres, de 40 a 50 años, asociada a depresión, ansiedad, largas jornadas laborales.

A nivel internacional se han diseñado estudios dirigidos al abordaje de cefaleas primarias en general. Al hacer uso de buscadores de información médica certificada como son PubMed e HINARI se encontraron estudios bajo los comandos de cefalea de tipo tensional.

De igual manera en el rastreo y búsqueda de trabajos investigativos a nivel nacional, haciendo uso del registro diseñado por el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa) y de la base de datos de la Alma Mater de Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, con sus sedes en León y Managua, no se identificó ningún estudio previos relacionados con la temática que se aborda en el presente estudio delimitado exclusivamente a migraña.

Éste estudio no encontró antecedentes nacionales ni locales que permita formar un precedente que arroje información para comprender y abordar ésta manifestación, convirtiéndolo de ésta manera un estudio que facilitará información de ésta patología en un tipo de población tan diversa como la que se atiende en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes. Sin embargo, se encontró un estudio a nivel nacional relacionado a cefaleas primarias:

- Managua, Nicaragua; Marcos Ramsés Blandino. Un estudio sobre prevalencia de cefaleas primarias en pacientes del servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, realizado durante el período enero – diciembre 2013 por Marcos Ramsés Blandino Vanegas que durante la identificación de publicaciones previas determinó que son pocos los estudios internacionales que muestren un temario acorde al estudio que se diseñó.

De igual manera, el rastreo y búsqueda de trabajos investigativos relacionado a prevalencias de cefaleas primarias a nivel Nacional no identificó ningún estudio previo.

III. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, los notables cambios en el conocimiento de la fisiopatología de la migraña han generado debate y planteado nuevos horizontes de tratamiento. Cabe destacar el hecho de que aun siendo un trastorno de diagnóstico fundamentalmente clínico y cuyo tratamiento es relativamente sencillo, (ambulatorio y por vía oral), la migraña es subdiagnosticada e insuficientemente controlada. El tratamiento adecuado de la migraña puede ayudar a reducir la significativa pérdida de productividad que genera y a mejorar notablemente la calidad de vida de las personas que la padecen, a corto y a largo plazo.

Considerando ésta manifestación clínica una condición que no solo compromete el estado de salud del paciente, sino que también puede en cierto grado comprometer las actividades cotidianas y el desempeño en sus actividades laborales, académicas y sociales es imperativo alcanzar la meta en cuanto a la discriminación de la condición detonante o etiológica así como el abordaje terapéutico para controlar éstas crisis o estados. Dentro de los factores desencadenantes o detonantes más comúnmente identificados son los estados de fatiga y stress emocional y/o laboral.

Por lo tanto el presente trabajo de investigación se justifica en la primicia de realizar estudio locales que nos faciliten información de las características y del contexto de nuestros pacientes en relación a la calidad, localización, duración e intensidad, frecuencia del dolor así como las condiciones que la producen, y generar así cuestionamientos al respecto para el mejor abordaje de cada una de éstas características.

El aporte de éste estudio es que permite realizar un mejor abordaje de ésta patología, lo que condiciona que además de resolver los episodios agudos, facilita la instauración de un adecuado tratamiento preventivo el cual está infrautilizado actualmente en nuestro medio. Con esto se garantizaría mejor calidad de vida de las personas que la padecen, una significativa disminución de ausencia laboral y mayor integración a nivel familiar y social.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El bienestar físico es un eslabón fundamental en el desempeño personal, laboral, social y general de todo ser humano. Las personas que padecen de migraña tienen un mayor bienestar físico si reciben el adecuado tratamiento farmacológico terapéutico y profiláctico; para poder brindar dicho tratamiento farmacológico de manera ideal es necesario estudiar el comportamiento clínico.

En consulta externa del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes (HECR) se atienden pacientes que padecen de migraña, el adecuado manejo profiláctico y terapéutico permitiría disminuir la ausencia laboral de los pacientes y sus visitas a la emergencia.

A partir de la caracterización y delimitación del problema antes expuesto, en el presente estudio surge la siguiente pregunta principal: **¿cuál es el comportamiento clínico y tratamiento para migraña de pacientes que asisten a la consulta externa en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, en el período 1ero de Enero 2015 – 1ero de Enero 2017?**

Las preguntas de sistematización a las que se les busca respuesta se presentan a continuación:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes que participan en el estudio?
2. ¿Cuál es el comportamiento clínico para migraña en la población en estudio y su relación con el grado de discapacidad laboral según escala de MIDAS?
3. ¿Cuál es el abordaje terapéutico y profiláctico para migraña de la población en estudio?

V. OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar el comportamiento clínico y tratamiento de pacientes con migraña que asisten a consulta externa en el hospital escuela Carlos Roberto Huembes durante período comprendido del 1ro de enero 2015 al 1ro enero 2018

ESPECÍFICOS:

1. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes que participan en el estudio.
2. Especificar el comportamiento clínico para migraña en la población en estudio y su relación con el grado de discapacidad laboral según escala de MIDAS.
3. Describir el abordaje terapéutico y profiláctico para migraña de la población en estudio

VI. MARCO TEÓRICO

En el siglo V antes de Cristo, Hipócrates (460 a. C. - 370 a. C.) describió un dolor de cabeza que con toda probabilidad era una migraña con aura. Explicó los síntomas de un enfermo que veía una extraña luz inexistente delante del ojo, tras lo cual aparecía un dolor muy intenso que afectaba a la parte derecha del cráneo y se aliviaba con los vómitos.

Otro médico ilustre de la antigüedad, Galeno (130 - 200), fue el primero en utilizar la palabra «hemicránea», que evolucionó a «hemigranea», «emigranea», «migranea», «megrim» en inglés antiguo, «migraine» en francés y «migraña» en español. Galeno creía que la hemicránea se debía a que el tejido que separa los dos hemisferios cerebrales —la denominada hoz del cerebro— impedía que el dolor se propagase del hemisferio derecho al izquierdo o viceversa.

Migraña se define como subtipo de cefalea que se presenta en ataques agudos que duran de 4 a 72 horas, unilaterales, pulsátil, intensidad moderada a grave que aumenta con el esfuerzo y los estímulos, acompañada de náuseas y/o vómitos, fotofobia y sonofobia. ^{(12) (19)}

FACTORES DE RIESGO

Se han identificado alimentos que son factores de riesgo para la presentación de ataques de migraña:

- Dieta con grasas insaturadas
- Cítricos
- Cafeína y chocolate
- Quesos, embutidos y enlatados
- Vino tinto

El consumo de alcohol y tabaco representa un factor de riesgo para la presentación de los ataques de migraña.

El estrés o estado de ansiedad representan factores de riesgo para la presentación de los ataques de migraña. Los cambios hormonales en perimenopausia, peri-ovulatorios y peri-menstruales se han relacionado con los ataques de migraña. ⁽¹⁾

CLASIFICACION DE CEFALEAS

El comité de clasificación de cefaleas de la sociedad internacional de cefaleas realizo la 3 era edición de la clasificación internacional de trastornos de cefalea

1. Migraña

1.1 Migraña sin aura

1.2 Migraña con aura

1.2.1 Migraña con aura típica

1.2.1.1 Aureola típica con dolor de cabeza

1.2.1.2 Aureola típica sin dolor de cabeza

1.2.2 Migraña con aura del tronco encefálico

1.2.3 Migraña hemipléjica

1.2.3.1 Migraña hemipléjica familiar (FHM)

1.2.3.1.1 Migraña hemipléjica familiar tipo 1 (FHM1)

1.2.3.1.2 Migraña hemipléjica familiar tipo 2 (FHM2)

1.2.3.1.3 Migraña hemipléjica familiar tipo 3 (FHM3)

1.2.3.1.4 Migraña hemipléjico familiar, otros.

1.2.3.2 Migraña hemipléjica esporádica

1.2.4 Migraña retiniana

1.3 Migraña crónica

1.4 Complicaciones de la migraña

1.4.1 Status migrañoso

1.4.2 Aureola persistente sin infarto

1.4.3 Infarto migratorio

1.4.4 Convulsión desencadenada por aura de migraña

1.5 Migración probable

1.5.1 Probable migraña sin aura

1.5.2 Migraña probable con aura

1.6 Síndromes episódicos que pueden estar asociados con la migraña

1.6.1 Perturbación gastrointestinal recurrente

1.6.1.1 Síndrome del vómito cíclico

1.6.1.2 Migraña abdominal

1.6.2 Vértigo paroxístico benigno

1.6.3 Tortícolis paroxístico benigno

2. Cefalea tipo tensión (TTH)
3. Las cefalalgias autonómicas del trigémino (TAC)
4. Otros trastornos de cefalea primaria
5. Cefalea atribuida a un traumatismo o lesión en la cabeza y / o el cuello
6. Cefalea atribuida al trastorno vascular craneal o cervical
7. Cefalea atribuida al trastorno no vascular intracraneal
8. Cefalea atribuida a una sustancia o su retirada
9. Cefalea atribuida a la infección
10. Cefalea atribuida al trastorno de homeostasis
11. Dolor de cabeza o dolor facial atribuido al trastorno del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otra estructura facial o cervical
12. Cefalea atribuida al trastorno psiquiátrico
13. Neuropatías craneales dolorosas y otros dolores faciales
14. Otros trastornos de cefalea

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE MIGRAÑA

1.1 Migraña sin aura

Trastorno recurrente de la cefalea que se manifiesta en ataques de 4-72 horas. Las características típicas del dolor de cabeza son la localización unilateral, la calidad pulsátil, la intensidad moderada o severa, el agravamiento por actividad física rutinaria y la asociación con náuseas y / o fotofobia y fonofobia.

Criterios de diagnóstico:

- A. Por lo menos cinco ataques¹ Criterios de cumplimiento B-D
- B. Ataques de cefalea que duran de 4 a 72 horas (sin tratamiento o sin tratamiento)^{2,3}
- C. La cefalea tiene al menos dos de las cuatro características siguientes:
 - 1. Ubicación unilateral
 - 2. Calidad pulsátil
 - 3. Intensidad del dolor moderada o intensa
 - 4. Agravación por la actividad física de rutina (por ejemplo, caminar o subir escaleras)
- D. Durante el dolor de cabeza al menos uno de los siguientes:
 - 1. Náuseas y / o vómitos
 - 2. Fotofobia y fonofobia
- E. No mejor explicado por otro diagnóstico ICHD-3.

Uno o pocos ataques de migraña pueden ser difíciles de distinguir de los ataques sintomáticos similares a la migraña. Además, la naturaleza de uno o de algunos ataques puede ser difícil de entender. Por lo tanto, se requieren al menos cinco ataques.

Las personas que de otro modo cumplan con los criterios de Migraña sin aura pero han tenido menos de cinco ataques, deben ser codificadas como Migraña probable sin aura.

Cuando el paciente se duerme durante un ataque de migraña y se despierta sin él, la duración del ataque se calcula hasta el momento del despertar.

En niños y adolescentes (menores de 18 años), los ataques pueden durar de 2 a 72 horas (la evidencia de duraciones no tratadas de menos de 2 horas en niños no ha sido probada).

1.2 Migraña con aura

Ataques recurrentes, minutos duraderos, de síntomas unilaterales totalmente reversibles visuales, sensitivos u otros síntomas del sistema nervioso central, que generalmente se desarrollan gradualmente y generalmente son seguidos por dolor de cabeza y síntomas de migraña asociados.

Criterios de diagnóstico:

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

B. Uno o más de los siguientes síntomas de aura completamente reversibles:

1. Visual
2. Sensorial
3. Habla y / o lenguaje
4. Motor
5. Tronco encefálico
6. Retinal

C. Por lo menos Dos de las siguientes cuatro características:

1. Al menos un síntoma de aura se extiende gradualmente más de 5 minutos y / o dos o más síntomas ocurren en sucesión

2. Cada síntoma individual del aura dura al menos 5-60 minutos
3. Al menos un síntoma de aura es unilateral
4. E aura es acompañada, o seguida en 60 minutos, por la cefalea

D. No se explica mejor por otro diagnóstico ICHD-3, y se ha excluido el ataque isquémico transitorio.

Cuando, por ejemplo, tres síntomas ocurren durante un aura, la duración máxima aceptable es de 3 a 60 minutos.

Los síntomas motores pueden durar hasta 72 horas.

La afasia siempre se considera un síntoma unilateral; Disartria puede o no ser.

1.2.1 Migraña con aura típica

Migraña con aura en la que el aura consiste en síntomas visuales y / o sensitivos y / o del habla / lenguaje, pero no debilidad motora, y se caracteriza por un desarrollo gradual, duración de cada síntoma no superior a 1 hora, una mezcla de síntomas positivos y Características negativas y reversibilidad completa.

Criterios de diagnóstico:

- A. Al menos dos ataques que cumplan los criterios B y C
- B. Aura consistente en síntomas visuales, sensitivos y / o del habla / lenguaje, cada uno de los cuales es totalmente reversible pero no tiene síntomas de motor, tronco cerebral o retina
- C. Al menos dos de las cuatro características siguientes:
 1. Al menos un síntoma de aura se extiende gradualmente más de 5 minutos, y / o dos o más síntomas ocurren en sucesión
 2. Cada uno de los síntomas del aura dura 5-60 minutos
 3. Al menos un síntoma de la aura es unilateral
 4. El aura es acompañado, o seguido en 60 minutos, por la cefalea

D. No mejor explicado por otro diagnóstico ICHD-3 y transitorio. Se ha excluido el ataque isquémico.

Cuando por ejemplo tres síntomas ocurren durante un aura, la duración máxima aceptable es de 3 a 60 minutos.

La afasia siempre se considera un síntoma unilateral; Disartria puede o no ser.

1.2.1.1 Aura típica con dolor de cabeza

Migraña con aura típica en la que el aura es acompañada o seguida en 60 minutos por dolor de cabeza con o sin características de migraña.

Criterios de diagnóstico:

A. Criterios básicos para 1.2.1 Migraña con aura típica

B. La cefalea, con o sin características de migraña, acompaña o sigue el aura en 60 minutos.

1.2.1.2 Aura típica sin dolor de cabeza

Migraña con aura típica en la que el aura no es ni acompañada ni seguida de cefalea de ningún tipo.

Criterios de diagnóstico:

A. Criterios básicos para 1.2.1 Migraña con aura típica

B. Ningún dolor de cabeza acompaña o sigue el aura en 60 minutos.

1.2.2 Migraña con aura del tronco encefálico

Migraña con síntomas de aura que se originan claramente del tronco encefálico, pero sin debilidad motora.

Criterios de diagnóstico:

A. Al menos dos ataques que cumplan con los criterios BD

B. Aura consistente en síntomas visuales, sensitivos y / o de habla / lenguaje, cada uno totalmente reversible, pero sin síntomas de motor o de retina

C. Al menos dos de los siguientes síntomas del tronco encefálico:

1. disartria
2. Vértigo
3. Tinnitus
4. Hipoacusia
5. Diplopía
6. Ataxia
7. Disminución del nivel de conciencia

D. Al menos dos de las cuatro características siguientes:

1. Al menos un síntoma de aura se extiende gradualmente durante 5 minutos y / o dos o Más síntomas ocurren en sucesión
2. Cada síntoma de aura individual dura 5-60 minutos
3. Al menos un síntoma de aura es unilateral
4. El aura es acompañado o seguido en 60 minutos por cefalea

E. No es mejor explicado por otro ICHD- 3, y se ha excluido el ataque isquémico transitorio.

1.2.3 Migraña Hemipléjica

Migraña con aura, incluyendo debilidad motora.

Criterios de diagnóstico:

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

B. Aura que consta de los dos elementos siguientes:

1. Debilidad motora totalmente reversible
2. Síntomas visual, sensorial y / o del habla / lenguaje completamente reversibles

C. Al menos dos de los cuatro siguientes Características:

1. Al menos un síntoma de aura se extiende gradualmente más de 5 minutos y / o dos o más síntomas ocurren en sucesión

2. Cada uno de los síntomas de aura no motora dura 5-60 minutos y los síntomas motores duran <72 horas
3. Al menos un síntoma de aura es unilateral
4. El aura es acompañada, o seguida en 60 minutos, por la cefalea

D. No se ha explicado mejor por otro diagnóstico ICHD-3, y se excluyó el ataque isquémico transitorio y el accidente cerebrovascular.

1.2.3.1 Migraña hemipléjica familiar (FHM)

Migraña con aura, incluyendo debilidad motora, y al menos un pariente de primer o segundo grado tiene aura de migraña incluyendo debilidad motora.

Criterios de diagnóstico:

- A. Criterios básicos para 1.2.3 Migraña hemipléjica
- B. Al menos un pariente de primer o segundo grado ha tenido criterios de cumplimiento de ataques para 1.2.3 Migraña hemipléjica.

1.2.3.1.1 Migraña hemipléjica familiar tipo 1 (FHM1)

Criterios de diagnóstico:

- A. Criterios básicos para 1.2.3.1 Migraña hemipléjica familiar
- B. Se ha demostrado una mutación causante en el gen CACNA1A.

1.2.3.1.2 Migraña hemipléjica familiar tipo 2 (FHM2)

Criterios de diagnóstico:

- A. Criterios básicos para la migraña hemipléjica familiar
- B. Se ha demostrado una mutación causal en el gen ATP1A2.

1.2.3.1.3 Migraña hemipléjica familiar tipo 3 (FHM3)

Criterios de diagnóstico:

- A. Criterios básicos para la migraña hemipléjica familiar
- B. Se ha demostrado una mutación causal en el gen SCN1A.

1.2.3.1.4 Migraña hemipléjica familiar, otros

Criterios de diagnóstico:

- A. Criterios básicos para la migraña hemipléjica familiar
- B. Pruebas genéticas no han demostrado mutación en los genes CACNA1A, ATP1A2 o SCN1A.

1.2.3.2 Migraña hemipléjica esporádica

Migraña con aura, incluyendo debilidad motora, y ningún pariente de primer o segundo grado tiene aura de migraña incluyendo debilidad motora.

Criterios de diagnóstico:

- A. Criterios básicos para 1.2.3 Migraña hemipléjica
- B. Criterios relativos a los primeros y / o segundos grados relativos a 1.2.3 Migraña hemipléjica.

1.2.4 Migraña retiniana

Repetidos ataques de alteración visual monocular, incluyendo centelleos, escotomas o ceguera, asociados con migraña.

Criterios de diagnóstico:

- A. Al menos dos ataques que cumplan los criterios B y C
- B. Aura consistente en fenómenos visuales monoculares positivos y / o negativos totalmente reversibles (por ejemplo, centelleos, escotomas o ceguera) confirmados durante un ataque por uno o ambos de los siguientes:

1. Examinación clínica del campo visual.
2. El dibujo del paciente (hecho después de una clara instrucción) de un defecto de campo monocular.

C. Al menos dos de las tres características siguientes:

1. El aura se extiende gradualmente por 5 minutos.
2. Los síntomas de aura duran 5-60 minutos. El aura se acompaña, o se sigue en 60 minutos, por la cefalea

D. No se explica mejor por otro diagnóstico ICHD-3, y se han excluido otras causas de amaurosis fugax.

1.3 Migraña crónica

Dolor de cabeza que ocurre en 15 o más días por mes durante más de 3 meses, que tiene las características de migraña en al menos 8 días al mes.

Criterios de diagnóstico:

A. Dolor de cabeza (similar a la tensión y / o similar a la migraña) a los 15 días del mes durante los 3 meses y los criterios de cumplimiento B y C

B. Ocurrido en un paciente que ha tenido por lo menos cinco ataques cumpliendo los criterios BD para Migraña sin aura y / o criterios B y C para Migraña con aura

C. 8 días al mes durante > 3 meses, cumpliendo cualquiera de los siguientes:

1. Criterios C y D para Migraña sin aura
2. Criterios B y C para Migraña con aura
3. Que el paciente cree que es migraña al inicio y aliviada por un triptán o derivado de ergot

D. No mejor explicado por otro diagnóstico ICHD-3.

1.4 Complicaciones de la migraña

1.4.1 Status Migrañoso

Un ataque de migraña debilitante que dura más de 72 horas.

Criterios de diagnóstico:

- A. Un ataque de cefalea que llena los criterios B y C
- B. Ocurre en un paciente con Migraña sin aura y / o Migraña con aura y típica de ataques anteriores, excepto por su duración y gravedad
- C. Ambas características son las siguientes: Incesante durante > 72 horas de dolor y / o síntomas asociados debilitantes
- D. No mejor explicado por otro diagnóstico ICHD-3.

1.4.2 Aura persistente sin infarto

Síntomas de aura persistentes durante 1 semana o más sin evidencia de infarto en neuroimagen.

Criterios de diagnóstico:

- A. Criterio de cumplimiento de Aura B
- B. Ocurrido en un paciente con Migraña con aura y típico de auras anteriores, excepto que uno o más síntomas de aura persiste durante 1 semana
- C. Neuroimagen no muestra evidencia de infarto
- D. No mejor explicado por otro Diagnóstico ICHD-3.

1.4.3 Infarto migratorio

Uno o más síntomas de aura de migraña asociados con una lesión cerebral isquémica en el territorio apropiado, demostrada mediante neuroimagen.

Criterios de diagnóstico:

- A. Un ataque de migraña que cumple los criterios B y C
- B. Ocurre en un paciente con Migraña con aura y típico de ataques previos excepto que uno o más síntomas de aura persiste durante más de 60 minutos
- C. La neuroimagen demuestra infarto isquémico en un área relevante
- D. No mejor explicado por otro diagnóstico.

1.4.4 Convulsión desencadenada por aura de migraña

Una convulsión desencadenada por un ataque de migraña con aura.

Criterios de diagnóstico:

- A. Criterios diagnósticos de cumplimiento de un ataque epiléptico
- B. Ocurrencia en un paciente con migraña con aura y durante o una hora después de un ataque de migraña con aura
- C. No se explica mejor por otro diagnóstico.

1.5 Migraña probable

Ataques tipo migraña que carecen de una de las características requeridas para cumplir todos los criterios para un subtipo de migraña codificado anteriormente, y no cumplen con los criterios para otro trastorno de cefalea.

Criterios de diagnóstico:

- A. Ataques que cumplen con todos menos uno de los criterios AD para Migraña sin aura o todos menos uno de los criterios AC para Migraña con aura
- B. No cumplen con los criterios ICHD-3 para cualquier otro trastorno de cefalea
- C. No mejor explicado por otro ICHD -3 diagnósticos.

1.5.1 Probable migraña sin aura

Criterios de diagnóstico:

- A. Ataques que cumplen con todos menos uno de los criterios A-D para Migraña sin aura
- B. No cumplen con los criterios ICHD-3 para cualquier otro trastorno de cefalea
- C. No se explica mejor por otro diagnóstico ICHD-3.

1.5.2 Migraña probable con aura

Criterios de diagnóstico:

- A. Ataques que cumplen con todos menos uno de los criterios A-C para Migraña con aura o cualquiera de sus subformulados
- B. No cumplen con los criterios ICHD-3 para cualquier otro trastorno de cefalea
- C. No se explica mejor por otro diagnóstico ICHD-3.

1.6 Síndromes episódicos que pueden estar asociados con la migraña

Este grupo de trastornos ocurre en pacientes que también tienen Migraña sin aura o Migraña con aura, o que tienen una mayor probabilidad de desarrollar cualquiera de estos trastornos.

Aunque históricamente se observa que ocurren en la infancia, también pueden ocurrir en adultos. Las condiciones adicionales que también pueden ocurrir en estos pacientes incluyen episodios de mareo por movimiento y trastornos del sueño periódicos incluyendo caminar por el sueño, hablar con el sueño, terrores nocturnos y bruxismo.

TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON MIGRAÑA

En el tratamiento de la migraña, como en la mayoría de las cefaleas primarias, es básico explicar al paciente detalladamente su problema e intentar que analice su

migraña, ya que un buen conocimiento de su enfermedad le ahorrará un número importante de crisis. El tratamiento se basa en tres pilares fundamentales: 1) identificación y, si es posible, supresión o modificación de los factores desencadenantes; 2) prescripción de un tratamiento sintomático adecuado para disminuir la intensidad y acortar la duración de los ataques; y 3) prevención de las crisis recurrentes en función de la frecuencia, intensidad e incapacidad que produzcan. ^{(10) (17)}

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

En general, su utilidad es baja si la comparamos al tratamiento farmacológico, pero puede ser importante en algunos pacientes el evitar factores desencadenantes reconocidos.

Para algunos pacientes, dormir el mismo número de horas los fines de semana que los días de trabajo, puede resultar en la desaparición de las clásicas migrañas de fin de semana. Algo similar ocurre con la toma de algunos alimentos o bebidas en algunos casos o con la protección de la luminosidad solar en otros, pero debemos huir de restricciones dietéticas draconianas. Llevar una vida sana, sueño regular, moderado ejercicio físico y una dieta equilibrada ayuda.

Las técnicas de relajación y de bio-feedback son útiles a veces para controlar el estrés como factor desencadenante y como coadyuvantes del tratamiento medicamentoso. Hay que estar atentos al uso de algunos fármacos que pueden producir migraña, como los vasodilatadores; en otras ocasiones la pueden agravar o aumentar de frecuencia, como el caso de los anticonceptivos orales en las mujeres, si es posible se cambiará a otro método anticonceptivo no hormonal. ⁽¹²⁾

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LAS CRISIS

Las crisis de migraña deben tratarse siempre. En la crisis de migraña aparecen manifestaciones dolorosas y vegetativas. Se recomienda la utilización de fármacos analgésicos y antieméticos en función de los síntomas de cada paciente.

Como principio general, se debe iniciar el tratamiento con el fármaco que menos contraindicaciones tenga para el paciente, según las características del enfermo y la intensidad de sus crisis (tratamiento estratificado desde el inicio). ⁽¹⁷⁾

Es fundamental utilizar la dosis adecuada (dosis plenas) y al principio de la crisis (tratamiento precoz) previa educación del paciente para identificación de crisis. Los principales fármacos que se utilizan en el tratamiento de las crisis de migraña son:

Fármacos útiles en las crisis de migraña	
Analgésicos	AINE: <ul style="list-style-type: none">- Aspirina 500-1,000 mg oral- Naproxeno 500-1000 mg oral o rectal- Ibuprofeno 600-1200 mg oral- Diclofenaco sódico 50-100 mg oral o rectal- Ketorolaco 30-60 mg parenteral- Dexketoprofeno 25-50 mg oral Paracetamol 1000 mg oral
Antieméticos	Metoclopramida 10 mg oral o parenteral Domperidona 10 -30 mg oral
Triptanes	Sumatriptan 50-100 mg oral, formulación tradicional o de liberación rápida <ul style="list-style-type: none">- 10-20 mg nasal- 6 mg subcutáneo Naratriptan 2.5 mg oral Zolmitriptan 2.5 mg oral o presentación en liotab <ul style="list-style-type: none">- 5 mg nasal Rizatriptan 2.5-5mg oral o presentación en liotab Almotriptan 12.5 mg oral Eletriptan 40-80 mg oral Frovatriptan 2.5 mg oral
Tartrato de ergotamina	1-2 mg oral o rectal

(10)

Analgésicos simples y antiinflamatorios no esteroideos:
Son eficaces en el tratamiento de las crisis leves y moderadas. Se recomienda evitar las asociaciones de analgésicos, y emplear de forma preferente los que presenten mejor tolerabilidad y siempre a dosis suficiente. Puede ser necesario asociarlos a fármacos antieméticos. ⁽¹⁴⁾

Antieméticos

Se recomienda emplearlos de forma precoz para evitar náuseas y vómitos y mejorar la motilidad gastrointestinal.

Agonistas 5-HT_{1B/1D} (triptanes)

Son los fármacos de primera elección en el tratamiento de las crisis de migraña de intensidad moderada y grave. Su grado de eficacia depende del momento de administración, siendo más efectivos cuanto más precoz es el tratamiento. También pueden ser eficaces cuando se administran de forma tardía. La vía oral no es adecuada cuando ya hay vómitos. En la migraña con aura no se aconseja su administración hasta el inicio de la fase de dolor, pero más por su baja eficacia cuando sólo está presente el aura en evitar que aparezca el dolor. No se deben usar de forma concomitante con preparados ergóticos y están contraindicados en pacientes con cardiopatía isquémica e hipertensión arterial no controlada. Vamos a enumerarlos detalladamente:

Sumatriptán.

Por vía oral se emplea a una dosis inicial de 50- 100mg, que puede repetirse a partir de las dos horas en caso de recurrencia, hasta un máximo recomendado de 300 mg/día. Recientemente ha aparecido en el mercado una formulación oral de liberación rápida gástrica con la que se acelera la disponibilidad del fármaco y, por tanto, se consigue una absorción más precoz. Por vía nasal se recomienda la dosis de 20 mg, no debiendo sobrepasar 40 mg diarios. En adolescentes la dosis recomendada es de 10 mg por vía nasal. Para la vía subcutánea la dosis recomendada es de 6 mg, pudiendo repetirse a las dos horas. No se deben sobrepasar los 12 mg s.c/día.

Zolmitriptán.

La dosis recomendada es de 2,5-5 mg por vía oral, sin sobrepasar los 10 mg en 24 horas. Por vía nasal la dosis es de 5 mg.

Naratriptán.

La dosis recomendada es de 2,5-5 mg por vía oral, sin sobrepasar los 5 mg en 24 horas.

Rizatriptán.

La dosis recomendada es de 10 mg por vía oral, sin sobrepasar los 20 mg en 24 horas.

Almotriptán.

La dosis recomendada es de 12,5 mg por vía oral, sin sobrepasar los 25 mg en 24 horas.

Eletriptán.

La dosis recomendada es de 40 mg por vía oral, sin sobrepasar los 80 mg en 24 horas.

Frovatriptán.

La dosis recomendada es de 2,5 mg por vía oral, sin sobrepasar los 7,5 mg en 24 horas.

Tratato de ergotamina

Desde el consenso europeo del año 2000 no se aconseja en los enfermos “de novo”, y solo cabe considerar su utilización en aquellos pacientes que ya lo están utilizando, de forma esporádica y con buena eficacia. Para evitar su abuso, la dosis debe ser única por crisis, de 0,5 a 1 mg por vía oral o de 2 mg por vía rectal. No debe pasarse de 2 tomas por semana. Su uso prolongado puede provocar habituación, apareciendo cefalea por rebote y falta de efecto del tratamiento. Debe tenerse en cuenta su riesgo coronario, vascular periférico y de úlceras rectales. Su eficacia, que es poco consistente, está en relación con la precocidad de su administración. Se recomienda evitar su utilización durante la fase de aura migrañosa. La ergotamina tiene las mismas contraindicaciones que los triptanes y no se deben usar conjuntamente. ⁽¹⁰⁾

La mayoría de sociedades nacionales e internacionales recomiendan el esquema de tratamiento para las crisis de migraña que se reproduce. Cuando el tratamiento sintomático no funciona todo lo bien que quisiéramos debemos probar con los siguientes pasos: 1) cambiar de triptán, no todos los pacientes responden de igual modo a todos los triptanes, debemos utilizar el que mejor funciona a cada paciente; 2) utilizar tratamiento precoz, si no lo hacía ya el paciente; la ventana terapéutica, sobre todo en los pacientes con alodinia (sensibilización central precoz), puede ser tan breve como una hora; 3) aumentar la dosis del triptán o AINE que utilice el

paciente; 4) combinar fármacos, sobre todo, triptanes y AINE, aumenta la eficacia, porque utilizan vías de acción complementarias y no aumentan los efectos adversos de cada uno de los fármacos; 5) utilizar formulaciones no orales, como las intranasales y la subcutánea, que sigue siendo la más eficaz de los triptanes; cuando esto también falla, a veces es necesario el tratamiento intramuscular o endovenoso con AINE asociados o no a antieméticos o neurolépticos suaves, como tiapride; 6) considerar el uso de tratamiento preventivo para disminuir la frecuencia e intensidad de las crisis. ⁽¹⁷⁾

TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIGRAÑA

El tratamiento preventivo se recomienda en función de la frecuencia, duración, intensidad y respuesta al tratamiento sintomático de las crisis. Como norma general, se recomienda su uso en monoterapia y durante 6 meses. Para poder decir que un fármaco no funciona, este debe haber sido utilizado, al menos, durante 2 meses; si funciona se debe mantener como mínimo seis meses y después, según sea necesario, un año o más. Los más utilizados son: betabloqueantes, calcioantagonistas, amitriptilina y neuromoduladores (antiepilépticos). En los últimos años se han publicado posibles asociaciones de preventivos cuando fracasa la monoterapia, con buenos resultados. Las más recomendables serían betabloqueantes con amitriptilina o beta-bloqueantes con neuromoduladores ⁽¹⁷⁾

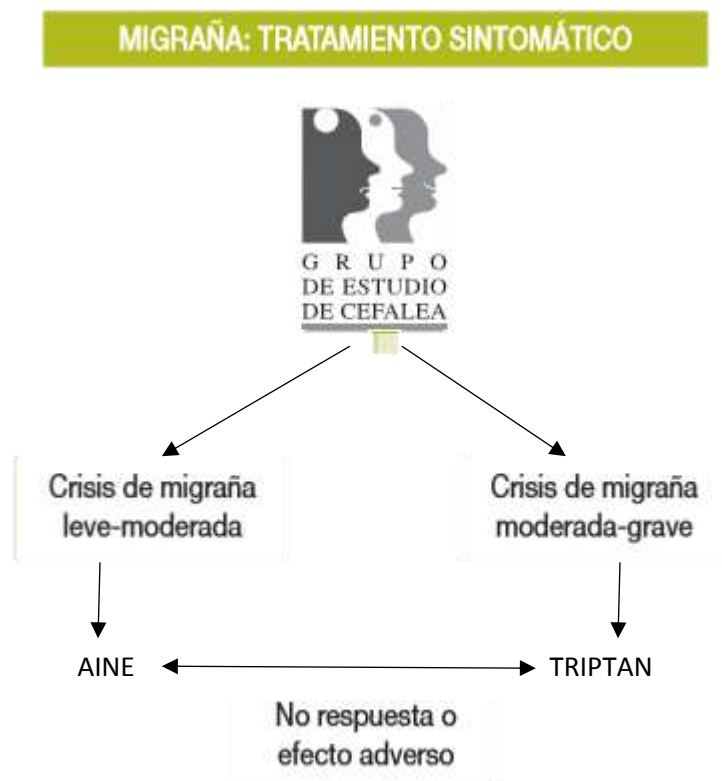
El uso de terapia preventiva, poco difundido en nuestro entorno, conjuntamente con una terapia sintomática adecuada, puede evitar el desarrollo de muchas de las complicaciones evolutivas de la migraña. Podemos evitar muchos status migrañosos, la transformación de una migraña episódica en crónica y en los casos de alto riesgo, incluso la aparición del ictus asociado a migraña. Es especialmente importante la prevención para evitar el abuso de fármacos sintomáticos que conduzcan a una cefalea por abuso de medicación (CAM).

A continuación se encuentra un resumen de las indicaciones o situaciones en que es recomendable iniciar tratamiento preventivo en los pacientes con migraña.

Indicaciones y situaciones en que es recomendable iniciar tratamiento preventivo en los pacientes con migraña

- Crisis con recurrencia del dolor o intensas y prolongadas.
- Frecuencia de crisis superior a 3-4 / mes
- Pacientes con contraindicación para el tratamiento sintomático
- Por efectos adversos de los tratamientos sintomáticos
- Preferencia del paciente, lo pide
- Por razones de coste (tratamientos sintomáticos caros)
- Episodios de migraña atípicos (p. ej., migraña hemipléjica)
- Cuando existe riesgo de abuso de fármacos o ya presente
- Cuando el control de las crisis no es bueno a pesar de tratamiento adecuado.

(10)



Recomendaciones de tratamiento para las crisis de migraña del grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología y que comparte la mayor parte de sociedades científicas dedicadas al estudio de las cefaleas

(10)

A continuación se detallan los fármacos usados como preventivos de las crisis de migraña:

Betabloqueantes

Son especialmente adecuados para el tratamiento de la migraña cuando se asocian síntomas de ansiedad o estrés, en pacientes hipertensos y en migrañosos que, además, presenten temblor esencial o hipertiroidismo. Los betabloqueantes están contraindicados en casos de insuficiencia cardiaca, bloqueo AV de segundo o tercer grado y en broncopatías espásticas.

Propranolol 40-160 mg/día

Nadolol 40-120 mg/día

Metroprolol 100-200 mg/día

Atenolol 50-100 mg/día

Neuromoduladores (antiepilépticos)

Topiramato y valproato son los dos fármacos neuromoduladores más útiles como preventivos de la migraña, aunque en España el segundo no tiene aprobada esta indicación en su ficha técnica. Se utilizan en las migrañas con y sin aura, en el aura migrañosa sin cefalea y en la migraña basilar. Desde hace algún tiempo se está utilizando con éxito lamotrigina como tratamiento preventivo del aura migrañosa prolongada. También hay alguna evidencia débil con gabapentina, y en menor medida con levetiracetam y zonisamida.

Valproato sódico: Se usa a dosis de 300-1.500 mg al día repartidos en dos tomas. Debe vigilarse la función hepática y el desarrollo de aumento de peso, caída de pelo y temblor.

Topiramato: se utiliza también a dosis más bajas que en epilepsia, ente 75 y 150 mg al día repartidos en dos tomas. Sus efectos adversos pueden ser: pérdida de peso, parestesias, alteraciones visuales y problemas cognitivos.

Calcioantagonistas

El más empleado y eficaz es la flunaricina, de hecho el resto de calcioantagonistas no tienen eficacia considerable en la prevención de migraña. Debe vigilarse el aumento de peso, la somnolencia y el desarrollo de síndromes extrapiramidales.

Están contraindicados en casos de depresión, insuficiencia cardíaca, hipotensión, alteraciones en la conducción cardíaca y en casos de insuficiencia renal o hepática. Estos fármacos pueden tardar de 2 a 8 semanas en producir mejoría, por lo que no debe hacerse una interrupción prematura del tratamiento.

Antidepresivos

Constituyen una segunda línea de tratamiento preventivo de la migraña. Habitualmente se usan de forma asociada a otros preventivos, como los betabloqueantes. Son especialmente útiles en aquellos pacientes que presentan migraña y cefalea de tensión. Los fármacos más ampliamente utilizados son los antidepresivos tricíclicos, sobre todo amitriptilina, si bien en algunos casos pueden ser útiles los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina por su mejor tolerabilidad. La venlafaxina también ha mostrado cierta eficacia.

Antiserotonínicos

La metisergida es uno de los fármacos más eficaces de su grupo. Constituyen una segunda línea de tratamiento preventivo de la migraña. Su empleo se ve limitado por sus efectos adversos (somnolencia, aumento de apetito, etc.). Su complicación más temida, aunque excepcional, es la fibrosis retroperitoneal, eventualidad que obliga a la interrupción periódica del tratamiento. ⁽¹⁷⁾

AINE

En la migraña estrictamente menstrual se recomiendan a veces pautas cortas perimenstruales de naproxeno como tratamiento preventivo. ⁽¹⁷⁾

Otros

Algunos fármacos antihipertensivos, como lisinopril y algunos ARA-II han presentado estudios positivos en prevención de migraña en los últimos años. También fármacos considerados “cenicientas”, como la riboflavina a dosis de 400 mg/día o el magnesio a dosis de 500 mg/día han mostrado utilidad. En general, se usan como terapia coadyuvante y su perfil de efectos adversos es realmente bajo.

Otras posibilidades de tratamiento preventivo son la tizanidina, la coenzima Q y el tanacetum partenium.

En casos seleccionados, cuando diferentes estrategias han fracasado, la infiltración de toxina botulínica pericraneal puede ofrecer buenos resultados en la migraña crónica. ⁽¹⁰⁾

TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA EN URGENCIAS

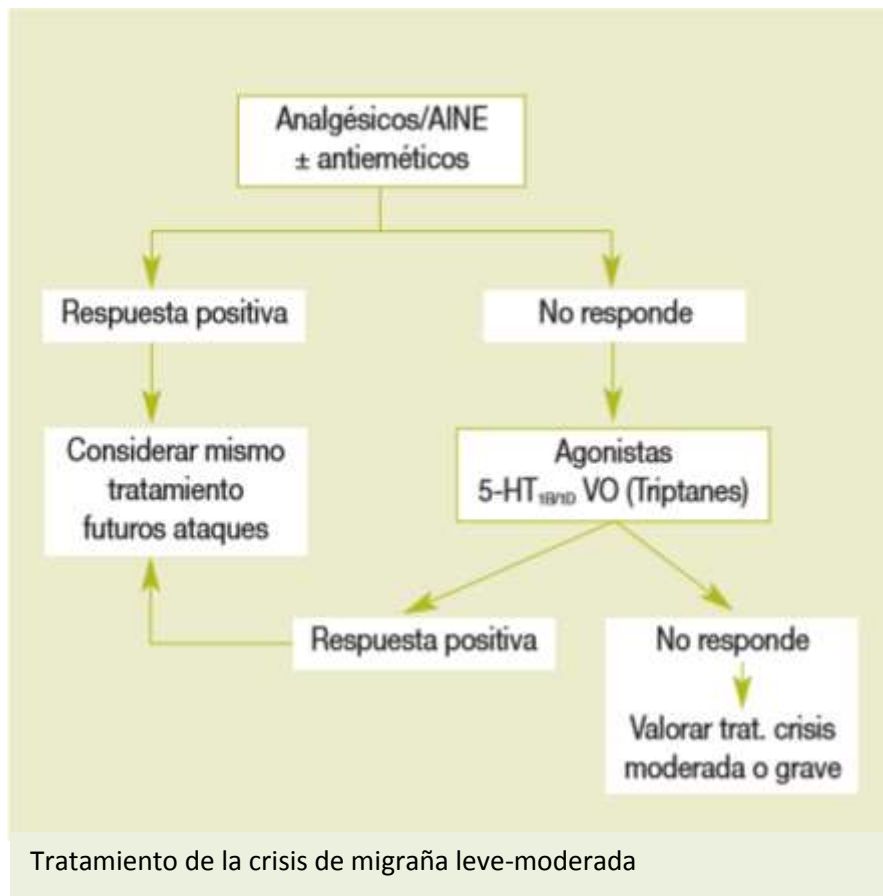
Alrededor del 1-2% de los pacientes que acuden a urgencias de un hospital lo hacen por migraña. La mayoría busca un alivio rápido al dolor que sufren. En los servicios de Urgencias el mayor reto de los profesionales será descartar que los pacientes con migraña sufran una lesión subyacente u otro tipo de cefaleas secundarias. Para ello se debe realizar una anamnesis y exploración cuidadosas, valorar el patrón temporal del proceso y considerar si existe algún criterio de alarma. Con todos estos datos debe enfocarse debidamente el caso evitando solicitar pruebas innecesarias. ⁽¹⁴⁾

Una vez excluidas las cefaleas secundarias, y centrándonos en el caso de la migraña, el manejo de la misma se realizará siguiendo las pautas que se recomiendan a continuación, siempre teniendo en cuenta la duración de la migraña que presenta el paciente, la intensidad de la misma y los fármacos que haya tomado previamente antes de acudir a urgencias:

Crisis de intensidad leve-moderada aunque no suele ser lo habitual en urgencias, algunos pacientes acuden sin haber tomado nada o simplemente porque se trata de la primera crisis de migraña aunque no sea especialmente intensa:

- Analgésicos (v.o.): naproxeno (500-1.100 mg), ketorolaco (30-60 mg), ibuprofeno (600-1200mg), AAS (1.000 mg), paracetamol (1.000 mg).
- Si es necesario antieméticos (v.o...): Metoclopramida (10 mg), Domperidona (10-30 mg).
- Si con los tratamientos previos hay poca o nula eficacia: agonistas 5-HT_{1B/1D} (triptanes).

Crisis de intensidad moderada o grave (Fig. 15) Es lo habitual. Muchas veces los pacientes ya han tomado medicación vía oral y podemos ahorrarnos ese paso. Suelen precisar tratamiento por vía parenteral, bien con triptanes subcutáneos (Sumatriptán 6 mg s.c.) o con AINE (i.m., i.v.) solos o asociados a antieméticos/neurolépticos suaves (Metoclopramida o tiapride i.m. /i.v.).

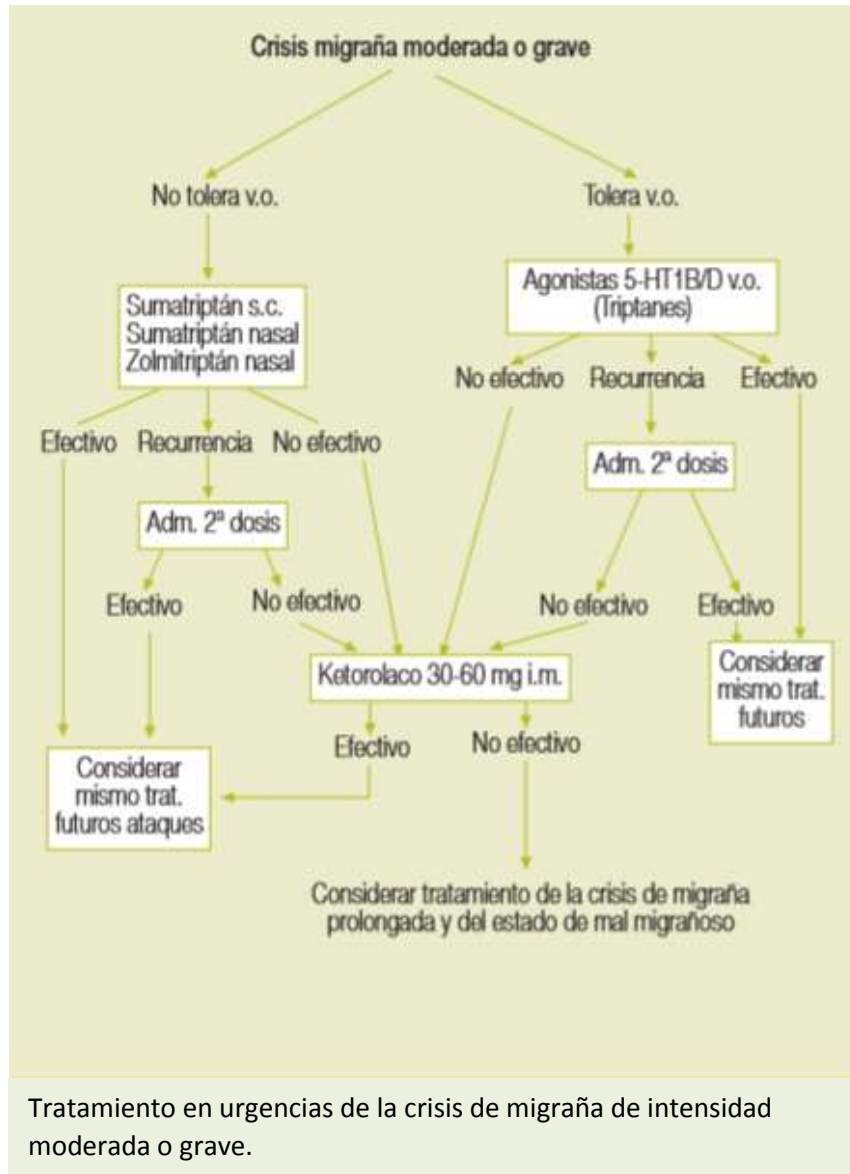


Agonistas 5-HT_{1B/1D} (triptanes)

- Sumatriptán (50-100 mg v.o., comprimidos de liberación normal o rápida).
- Zolmitriptán (2,5-5 mg v.o., comprimido o dispersable; 5 mg nasal).
- Rizatriptán (10 mg v.o., comprimido o dispersable).
- Almotriptán (12,5 mg v.o.).
- Eletriptán (40-80 mg v.o.).

Determinar comportamiento clínico y tratamiento para migraña de pacientes que asisten a la consulta externa, en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes. Enero 2015 – Enero 2018

- AINE por vía i.m. o i.v.: Diclofenaco (75 mg), ketorolaco (30-60 mg).
- Si es necesario, antieméticos: Metoclopramida (10 mg v.o. o i.v.), Domperidona (30-60 mg v.o.) o neurolépticos suaves.



Crisis prolongadas de intensidad grave y estado de mal migrañoso. Las comentamos en este apartado porque es donde suelen atenderse, aunque en algunas ocasiones requerirán ingreso y su seguimiento en planta de hospitalización: Sumatriptán (6 mg s.c.).

- Analgésicos (vía parenteral):

- AINE: ketorolaco (30-60 mg), Diclofenaco (75 mg).
- Opiáceos (en situaciones especiales):
Meperidina (100 m.g.).
 - Antieméticos o neurolépticos suaves (vía parenteral): Metoclopramida (10 mg), tiapride (100 mg).
 - Reposición hidrosalina intravenosa.
 - Sedación parenteral: - Clorpromazina (12,5-25 mg). - Diazepam (10 mg).
 - Corticoides (si falla lo anterior): - Dexametasona, 4-20 mg (reducir gradualmente a partir de 2-4 días).
- Metilprednisolona, 60-120 mg por vía parenteral (reducir gradualmente a partir de 2-4 días).

Si el paciente reúne criterios para iniciar tratamiento preventivo, sería aconsejable remitirlo a las consultas de neurología, lugar idóneo para analizar en profundidad su historia clínica y decidir la mejor opción preventiva para ese paciente concreto. ⁽¹⁷⁾

Migraña menstrual

Entre la menarquia y la menopausia más del 50% de las migrañosas refieren que presentan crisis en relación con los días de la menstruación. En muchas de estas pacientes la migraña aparece en una fase perimenstrual concreta. Es frecuente que estos ataques sean refractarios a los tratamientos habituales. Los fármacos más efectivos como preventivos son los AINE. El más usado es el naproxeno, pero otros AINE, como ketoprofeno, también pueden ser útiles. Su administración debe iniciarse de 3 a 7 días antes de la menstruación y se mantiene hasta que esta termina. Los agonistas 5-HT_{1B/1D} (triptanes) constituyen un tratamiento eficaz para abortar la crisis de migraña menstrual y pueden utilizarse solos o en combinación con la administración preventiva de AINE. Algunos de ellos, como frovatriptán se han usado con éxito como preventivos en estas pacientes como se hace con los AINE (en pauta corta durante la menstruación). Las terapias hormonales representan el último estadio en el tratamiento de la migraña menstrual, si bien los resultados son muy variables.

Consecuencias laborales de la migraña

Para medir discapacidad por migraña, se han desarrollado varios instrumentos de medida de la discapacidad que incluyen el CPI (chronic pain index), el HImQ (headache impact questionnaire) y el MIDAS. Los dos primeros instrumentos se utilizaron hasta 1999 y fueron la base para el desarrollo del MIDAS, instrumento validado por la IHS (Internacional Headache Society), entidad neurológica rectora a nivel mundial para el estudio de cefalea para medir discapacidad por migraña a través de la aplicación de un instrumento de medición auto administrado.

El cuestionario MIDAS originalmente creado con el objetivo de evaluar la discapacidad que presentan los pacientes con migraña, tanto en el ámbito laboral como extra-laboral es altamente fiable, fácil de usar, de pocas preguntas, reproducible(independientemente de los grupos poblacionales evaluados), específico de la enfermedad y fácil de calificar. Según estudio de Stewart, Lipton, Dowson y Sawyer, el MIDAS, muestra tener una buena consistencia interna, alta confiabilidad y validez, la puntuación del MIDAS tiene un buen nivel de correlación frente a evaluaciones médicas ($r = 0.69$); provee además, una medida explícita del tiempo perdido por la enfermedad.

El cuestionario MIDAS, mide la discapacidad relacionada con la cefalea con base en cinco preguntas y su puntuación se obtiene de la suma de los días perdidos por cefalea registrados en las cinco preguntas. La puntuación del MIDAS puede ser mayor que el número de real de días perdidos por cefalea sí más de una actividad se afecta un mismo día.

VII. MATERIAL Y MÉTODO

A. Tipo de Estudio:

De acuerdo al método de investigación es observacional y según el propósito del diseño metodológico el tipo de estudio es descriptivo (Piura, 2006). De acuerdo a la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista 2006, el tipo de estudio es serie de caso. Según al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es prospectivo; por el período y secuencia del estudio es transversal y correspondiente al análisis y alcance de los resultados el estudio es analítico (Canales, Alvarado y Pineda, 2016).

B. Universo:

El universo de estudio estuvo constituido por todos los pacientes que asistieron por migraña a consulta externa del hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, considerando los criterios de inclusión y exclusión para éste estudio.

C. Tipo de Muestra:

Muestreo no probabilístico, aleatorio simple.

Criterios de inclusión:

- Pacientes diagnosticados con migraña
- Pacientes en edad mayor o igual a 18 años
- Pacientes con dolor de 1 o más días en el mes
- Pacientes que asisten a consulta externa del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no están diagnosticados con migraña
- Pacientes en edad menor o igual a 18 años
- Pacientes con dolor de menos de 1 día al mes
- Pacientes que no asisten a consulta externa del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes
- Pacientes embarazadas
- Pacientes con abuso de fármacos

D. Técnicas y procedimientos

Procesamiento y análisis de la información:

Se utilizó un instrumento para la recolección de la información (ver anexo #1), constituido por un número de variables a estudiar.

Fuentes de información:

Correspondiente a la información que se obtuvo por la revisión de los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de migraña que ingresaron durante el periodo de estudio.

E. Plan de Tabulación y Análisis:

Se realizó levantamiento de texto en Microsoft Office 2013 y se procesó la información en el software de análisis estadísticos SPSS (*“Statistical Package for the Social Sciences: paquete estadístico para las ciencias sociales*). Una vez recogida la información, se valoró la distribución y el comportamiento de las variables, donde se realizaron cruces de variables plasmándose en tablas porcentuales, los gráficos se exportaron a Microsoft Office Excel 2013, creándose tablas y gráficos. Los resultados se expresan en tablas.

F. Enunciado de Variables:

- Edad y sexo
- Categoría y perfil laboral
- Ocupación
- Lugar de procedencia
- Días de ausencia laboral o escolar.
- Disminución de productividad laboral o escolar
- Deserción de quehaceres domésticos
- Disminución de productividad de quehaceres domésticos
- Ausencia en actividades sociales
- Días con dolor de cabeza
- Escala análoga del dolor de cabeza
- Tratamiento terapéutico y/o profiláctico

G. Operacionalización de variables

OBJETIVO N°1. Identificar características sociodemográficas de los pacientes en estudio

Variables	Concepto operacional	Indicador	Valor
Sexo	Diferencia orgánica-funcional entre hombre y mujer	Expediente clínico	→ Femenino → Masculino
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento hasta el momento del estudio	Expediente clínico	→ 18 a 25 años → 26 a 30 años → 31 a 35 años → 36 a 40 años → 41 a 45 años → 46 a 50 años → >50 años
Categoría	Cada una de las jerarquías establecidas en una profesión o carrera	Expediente clínico	→ Funcionarios → INSS
Ocupación	Se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer	Expediente clínico	→ Ama de casa → Oficinista → Trabajador de salud → Conserje → Maestro/a → Operador zona franca
Lugar de procedencia	Lugar de donde procede la persona en estudio.	Expediente clínico	→ Managua → Rivas → León → Masaya → Estelí → Otros valores

OBJETIVO N°2. Especificar el comportamiento clínico para migrañas en la población en estudio y su relación con el grado de discapacidad laboral según escala de MIDAS

Variables	Concepto Operacional	Dimensión	Valor
Cuadro clínico	Exploración física general y neurológica, en la cual se explican de forma detallada las distintas maneras de presentación de ésta afección	<ul style="list-style-type: none"> → Migraña sin Aura → Migraña con Aura → Síndromes periódicos de la infancia relacionados con migraña → Migraña Retiniana → Complicaciones de la migraña → Migraña probable 	Clasificación de migraña según la "clasificación internacional de trastornos de cefalea 3era edición de la IHS, 2013.
Discapacidad laboral.	Todo relacionado con la actividad práctica de la construcción de situaciones de la vida diaria, medido con la ESCALA MIDAS	<ul style="list-style-type: none"> → Días de ausencia laboral → Afectación del grado de productividad laboral → Impedimento de quehaceres domésticos → Afectación del grado de productividad de quehaceres domésticos → Afectación de vida social 	No de días que se ausenta por discapacidad

OBJETIVO N°3. Describir el abordaje terapéutico para migraña de la población en estudio

Variables	Concepto Operacional	Dimensión	Valor
Tratamiento para Migraña	Abordaje terapéutico de las distintas maneras de presentación de ésta afección	Terapéuticos: → AINES → Triptanes (Agonistas5-HT1B/1D) → Tartrato de Ergotamina → Antieméticos Profilaxis: → Betabloqueantes → Neuromoduladores → Calcioantagonistas → Antiserotonínicos → Antidepresivos tricíclicos → Inhibidores de la recaptación de serotonina	-Si -No -Si -No

H. Aspectos Éticos

Durante el proceso que se llevó para la realización de éste estudio, se pidió consentimiento a las autoridades y servicios correspondientes para la recolección de la información a través de los expedientes clínicos, extracción de dicha información que se realizó con fines investigativos.

VIII. RESULTADOS

A. Características sociodemográficas

En relación a la edad el 64% de los pacientes diagnosticados con migraña están entre las edades 20 a 34 años, ubicando un 32% entre los 35 y 49 años; la edad media de los pacientes fue de 33.4 y la desviación estándar de 5.6.

Con respecto al sexo, se encontró que el 54% de la población del presente estudio son del sexo femenino y el 46% del sexo masculino.

Los datos, además, demuestran que el 57% de los pacientes en estudio pertenecen al Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), mientras que el 43% pertenece al ministerio de gobernación (MIGOB).

En cuanto a la ocupación se encontró que el mayor porcentaje de la población trabaja en la División de Operaciones Especiales Policiales (DOEP) o como asistente asegurado por el INSS, representado por un 23% y 19% respectivamente. El porcentaje restante de la población corresponde a operarios, conductores, maestros, supervisores de proyecto, oficiales de tránsito, asistentes del MIGOB y personas que trabajan en *call centers*. Respecto a la procedencia se encontró, de acuerdo con la tabla 5, que el 89% de los pacientes son de procedencia urbana, el 11% restante de procedencia rural.

B. Comportamiento clínico para migraña

Al estudiar el comportamiento clínico para migraña, los datos reflejaron que el 92% de la población en estudio tuvo un grado de discapacidad mínima relacionado con los días de ausencia laboral en los últimos 3 meses, siendo sólo un 5% afectado por discapacidad leve y 3% discapacidad moderada. En cuanto a la disminución de la productividad laboral, se encontró que el 87% de los pacientes tuvieron un grado de discapacidad mínima relacionado con la disminución a la mitad o menos de su productividad en el trabajo, mientras sólo un 12% de los pacientes presentaron discapacidad leve o moderada y un 1% discapacidad severa.

Se observa, además, que el 65% de la población presentó un grado de discapacidad mínima en relación a los días que no realizaron sus quehaceres domésticos en los últimos 3 meses, un 31% presentó grado de discapacidad leve y el 4% restante se encontraron entre discapacidad moderada o severa.

En cuanto a la productividad de los quehaceres domésticos, los datos reflejaron que el 70% de los pacientes incluidos en el estudio presentaron un grado de discapacidad mínima en relación a los días en que disminuyó a la mitad o menos su productividad en los quehaceres de la casa en los últimos 3 meses, mientras que el 20% presentó un grado de discapacidad moderada y un 10% discapacidad leve.

Es necesario agregar que se observó que el 89% de los pacientes presentaron un grado de discapacidad mínima y que sólo el 11% experimentaron un grado de discapacidad severa relacionado a los días que no pudieron participar en actividades familiares, sociales y de diversión en los últimos 3 meses.

El 44% de la población, de acuerdo con los datos recolectados, presentó migraña 4 días en los últimos 3 meses, mientras que el 35% presentó 8 días y sólo el 21% 14 días.

En los datos sobre la intensidad del dolor de cabeza, se encontró que la mayoría (42%) presentó dolor leve según la escala analógica del dolor, siendo un 28% que no presentaban ningún dolor, 26% con dolor moderado y sólo un 5% con dolor intenso.

C. Abordaje terapéutico y/o profiláctico

En cuanto al abordaje terapéutico, la mayoría de los pacientes, representados en un 30% recibió manejo terapéutico utilizando AINES (acetaminofén), opiáceos (codeína), relajante muscular (metacarbamol) y antidepresivos tricíclicos (amitriptilina), un 21% se manejó con amitriptilina, metacarbamol y ketorolac. Un 20% no utilizó ningún manejo, dejando un 18% restante que utilizó imipramina, ketorolac y acetaminofén.

En lo referente al abordaje profiláctico, los datos reflejan que el 78% de la población no recibía tratamiento profiláctico, sin embargo entre los pacientes que si recibieron este tratamiento sobresale el 8% con relajante muscular (metacarbamol), antidepresivo tricíclico (amitriptilina) y AINES (ketorolaco) y en un menor porcentaje, un 7% se manejó con relajante muscular (metacarbamol), AINES (acetaminofén) y benzodiazepina (alprazolam), dejando un 7% restante con un manejo que combina relajante muscular (metacarbamol) con antidepresivo tricíclico (imipramina).

IX. ANÁLISIS

A. Características sociodemográficas

En los datos referentes a las características sociodemográficas el mayor porcentaje de casos de migraña se encontró en una población joven (entre los 20 y 34 años), lo que se corresponde con lo encontrado en el primer antecedente de este estudio: “Cefalea en urgencias: diagnóstico y tratamiento de las cefaleas primarias”.

La población total está representada en mayor proporción por mujeres; según Mora (2006), estos padecimientos son más comunes en el sexo femenino, coincidiendo con el presente estudio. Los cambios hormonales en peri-menopausia, peri-ovulatorios y peri-menstruales se han relacionado con los ataques de migraña.

En cuanto a la categoría, más de la mitad de la población pertenece al Instituto de Seguridad Social (INSS), manifestando que se emplean mayores recursos para el tratamiento de migrañas en los trabajadores del INSS. En un estudio realizado en Ecuador (Mora, 2006) se encontró que este tipo de afectación está asociada a largas jornadas laborales.

En la manifestación de migrañas y cefaleas es importante considerar el factor laboral, ya que el estrés o estado de ansiedad representan factores de riesgo para la presentación de los ataques de migraña. En el presente estudio la mayoría de la población trabaja para la DOEP o es asistente asegurado por el INSS. Los asistentes son trabajadores sometidos a un gran estrés laboral que influye en la susceptibilidad a presentar crisis de migraña; en el caso de los agentes de la DOEP, aparte del estrés laboral, requieren mayor demanda física.

La mayor parte de la población procede de una zona urbana, lo que favorece a un mayor acceso al servicio hospitalario y una mayor posibilidad de asistencia a las consultas de seguimiento. Según Deza Bringas (2010), las personas en zonas urbanas tienen mayor posibilidad de un mejor manejo farmacológico en los casos de migraña.

B. Comportamiento clínico para migraña

Al evaluar la afección laboral se encontró que la mayoría de los pacientes en estudio tiene una discapacidad mínima tanto por ausencia laboral, como por disminución productiva laboral. A pesar de ser una discapacidad mínima encontrado en ambos casos, sigue siendo una afección a la vida profesional de dicha población, ya que se ve disminuida la asistencia y la productividad. La migraña está clasificada, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una de las enfermedades de más impacto en la calidad de vida de las personas que la sufren.

El grado de discapacidad que limita a los pacientes a realizar sus quehaceres domésticos sigue siendo, en su mayor porcentaje una discapacidad mínima de grado I, representado en la variable de deserción de quehaceres domésticos y en la variable de productividad de quehaceres domésticos.

En las valoraciones anteriores solo se encontraron discapacidad del tipo mínima, leve y moderada pero al valorar la afectación a la vida social se encontró una pequeña parte de la población en discapacidad severa, lo que refleja que estos pacientes sienten que lo que la migraña afecta con mayor intensidad es su vida social. Esta diferencia puede darse porque el asistir al trabajo es una responsabilidad, pero asistir a eventos sociales es prescindible, por lo que en esos casos se refleja una mayor discapacidad.

Los datos sobre intensidad del dolor, donde la mayoría sufre un dolor leve, concuerdan con los datos encontrados en las otras preguntas de la escala MIDAS, donde la mayoría de los pacientes se encontraban en discapacidad mínima para las demás categorías. La enfermedad en estudio ocupa el puesto número 19 en el listado de enfermedades incapacitantes, según la OMS.

C. Abordaje terapéutico o profiláctico

En el manejo terapéutico la mayor parte de la población es manejada con diferentes combinaciones de AINES (acetaminofén, ibuprofeno o ketorolaco), opiáceos (codeína), relajante muscular (metacarbamol) y/o antidepresivos tricíclicos

(amitriptilina o imipramina). Actualmente no se incluyen los antieméticos ni los triptanes. Vladimir Zaninovic (2001), recomienda el uso de triptanes en el tratamiento sintomático de los pacientes con migraña, principalmente durante las crisis; sin embargo la población en estudio no ha sido candidata al uso de triptanes, si se indicara el uso de éste fármaco los pacientes podrían manejar sus crisis de manera ambulatoria, disminuyendo así la necesidad de visitas hospitalarias.

Al estudiar el abordaje profiláctico se encontró que la mayoría de la población en estudio no recibe ningún tipo de tratamiento preventivo. Esto indica que apenas una pequeña parte de la población en estudio se encuentra con un manejo adecuado, ya que según el artículo publicado en Elsevier (*Avances en el tratamiento de la migraña*, 2014) las crisis migrañosas, y las visitas a urgencias por éstas mismas, se pueden disminuir con un apropiado manejo profiláctico desde el hogar.

X. CONCLUSIONES

A. Características sociodemográficas

La población más afectada por el padecimiento de migraña es la población joven y el sexo femenino. La categoría de pacientes más afectados son los trabajadores del INSS. La población mayormente afectada cumple labores físico-asistenciales sometidas a un alto estrés laboral que influye en la susceptibilidad a presentar crisis de migraña.

B. Comportamiento clínico

La mayor parte de la población en estudio tuvo un grado de discapacidad mínima relacionado con los días de ausencia laboral y con la disminución de la mitad o menos de productividad en el trabajo. El mayor porcentaje de la población presentó un grado de discapacidad mínima en relación a los días que no realizaron sus quehaceres domésticos y disminución en la productividad de los mismos.

En cuanto al grado de afección en la vida social de los pacientes en estudio, la mayor proporción presentó una duración de 4 días de dolor, con baja intensidad del dolor (dolor leve).

C. Abordaje terapéutico o profiláctico

El mayor porcentaje de la población en estudio recibió manejo terapéutico utilizando AINES (acetaminofén), opiáceos (codeína), relajante muscular (metacarbamol) y antidepresivos tricíclicos (amitriptilina); en menor porcentaje, se manejó con amitriptilina, metacarbamol y ketorolac. En el manejo de la población en estudio no se incluyen los antieméticos ni los triptanes.

En mayor proporción (78%), la población no recibió tratamiento profiláctico, sin embargo, entre los pacientes que si recibieron un 8% fueron manejados con relajante muscular, antidepresivo tricíclico y AINES.

XI. RECOMENDACIONES

- Indicar a los pacientes el uso de triptanes en las crisis migrañosas, para controlar las crisis de manera ambulatoria, disminuyendo así costos a nivel hospitalario e inasistencias laborales.
- Hacer principal énfasis en cuanto a tratamiento terapéutico en la población joven la cual está siendo la más afectada.
- Destinar mayores recursos preventivos en los pacientes del INSS.
- Recomendar cambios a áreas administrativas y no operacionales a los pacientes del presente estudio y hacer consciencia de este padecimiento a sus empleadores y/o supervisores.
- Emplear planes de captación a pacientes con éste padecimiento procedente de zonas rurales.

XII. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Víctor, M., Ropper, A., & Adams, R. (2003). *Adams y Victor manual de neurología*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- 2) Zarranz, J. (2013). *Neurología*. Barcelona: Elsevier.
- 3) Micheli, F., & Fernández Pardal, M. (2010). *Neurología*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- 4) Rohkamm, R. (2011). *Neurología*. Madrid: Médica Panamericana.
- 5) Silva Rosas, C., & Figueroa Sepúlveda, S. (2013). *Semiología y fundamentos de la neurología clínica*. Caracas, Venezuela: Amolca.
- 6) Ropper, A., Adams, R., Victor, M., Samuels, M., & Klein, J. (2017). *Principios de neurología*. México D.F., etc.: McGraw-Hill.
- 7) García Trujillo, A., Sancho Rieger, J., Laínez, J., & Caldentey Tous, M. (1994). *Neurología práctica*. Barcelona: Edika-Med.
- 8) Greenberg, D., Aminoff, M., Simon, R., & Comi, G. (2004). *Neurología clínica*. Milano: McGraw-Hill.
- 9) Blandino Vanegas, M. (2013). *Tesis monográfica: prevalencia de cefaleas primarias en pacientes del servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes, durante el período enero – diciembre 2013* (Especialidad médica: Medicina Interna). UNAN Managua.
- 10) Migraña: grupo de estudio de cefalea. (2018). Obtenido de: <http://cefaleas.sen.es/profesionales/rec2006/II.pdf>
- 11) *Cefaleas*. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido Marzo 2015, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/es/>
- 12) *Migraña crónica – Revista de Neurología* (2014). Obtenido Marzo 2015, de www.neurologia.com/pdf/Web/5410/bh100629.pdf
- 13) *Actualización en migraña* (2015). Obtenido Marzo 2015, de www.acnweb.org/acta/2008_24_S3_44.pdf
- 14) *Migraña - International Association for the Study of Pain* (2012). Obtenido Marzo 2015 de www.iasp-pain.org/files/Content/.../2-Migraine_Spanish.pdf
- 15) Luisa Deza Bringas (2010). *La migraña*. Obtenido Marzo 2015 de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n2/a09v27n2.pdf>

- 16) Guía de referencia rápida: Cefalea y migraña (2008). Obtenido Marzo 2015 de www.cenetec.salud.gob.mx/...CefaleaMigrana/IMSS_047_08_GRR.pdf
- 17) Vladimir Zaninovic (2001). *Migrañas: fisiopatología y tratamiento*. Obtenido Marzo 2015 de www.redalyc.org/pdf/283/28332204.pdf
- 18) *Fármacos para el tratamiento de la migraña* (2012). Obtenido Marzo 2015 de https://www.uam.es/departamentos/medicina/.../especifica/.../FG_T22.pdf
- 19) *Avances en el tratamiento de la migraña* (2014). Obtenido Marzo 2015 de www.dfarmacia.com/farma/ctl_servlet?f=38&pidet...pdf
- 20) *Definición y diagnóstico de las migrañas* (2010). Obtenido Marzo 2015 de www.unedtudela.es/archivos_publicos/qweb.../revista7articulo1.pdf
- 21) *Migraña*. (2013). University of Maryland Medical Center. Obtenido Marzo 2015, de <https://www.umm.edu/health/medical/spanishency/articles/migrana>
- 22) Rodríguez Tudela, A., & Cárdenas Giraudy, A. (2008). *Comportamiento de la cefalea migrañosa: interconsulta de proyección comunitaria*. Obtenido Marzo 2015 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312008000200008
- 23) Piura López, J. (2006). *Metodología de la investigación científica, un enfoque integrador*. Managua, Nicaragua: PAVSA
- 24) Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología y taller de investigación*. México: McGraw-Hill.
- 25) Canales, F., Pineda, E., & Luz de Alvarado, E. (2016). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: Limusa.

ANEXOS

Anexo # 1:



FICHA PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes

Policía Nacional.

Comportamiento clínico y tratamiento para la migraña.

1 de enero 2015- 1 de enero 2018.



El siguiente cuestionario ha sido diseñado para conocer el comportamiento clínico y tratamiento para migraña de pacientes que asisten a la consulta externa en nuestro hospital. Los datos de la encuesta son anónimos y tanto su contenido como los resultados serán tratados con la máxima confidencialidad.

Instrumento de Recolección de Datos

I. Describir las Características Socio- Demográfica de los pacientes con migraña que acudieron al Hospital

1. Edad	a)15-19 años b)20-34 años c)35-49 años d) >50 años
2. Sexo	a) Femenino b) Masculino
3. Categoría	a) Policía nacional b) Migración y extranjería c) DGB d) Sistema penitenciario e)MIGOB f) ISDHU g) INSS
4. Ocupación	_____
5. Lugar de procedencia	a) Urbano b) Rural

II. Especificar el comportamiento clínico para migraña en la población en estudio y su relación con el grado de discapacidad laboral según escala de MIDAS.

1. **¿Cuántos días faltó al trabajo o a la escuela en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza? (si no va a la escuela o el trabajo indique 0)**
 2. **¿Cuántos días disminuyó a la mitad o menos su productividad en el trabajo o escuela en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza? (No incluya los días que marcó en la pregunta 1 por faltar. Si no va a la escuela o el trabajo, marque 0)**
 3. **¿Cuántos días no hizo sus quehaceres domésticos en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza?**
 4. **¿Cuántos días disminuyó a la mitad o menos su productividad en los quehaceres de la casa en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza? (No incluya los días que ya contó en la pregunta 3 por no haber hecho sus quehaceres)**
 5. **¿Cuántos días no pudo participar en actividades familiares, sociales y de diversión en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza?**
- A. **¿Cuántos días sufrió dolor de cabeza en los últimos 3 meses? (si un ataque duró más de un día cuente cada día)**
- B. **En una escala de 0 a 10, ¿qué tan intensos fueron esos dolores de cabeza en promedio? (0 ningún dolor, 10: el peor dolor imaginable).**

III. Describir el abordaje terapéutico para migraña en la población en estudio
Terapéutico indique

a) _____

b) **Ninguno**

Profilaxis Indique

a) _____

b) **Ninguno**

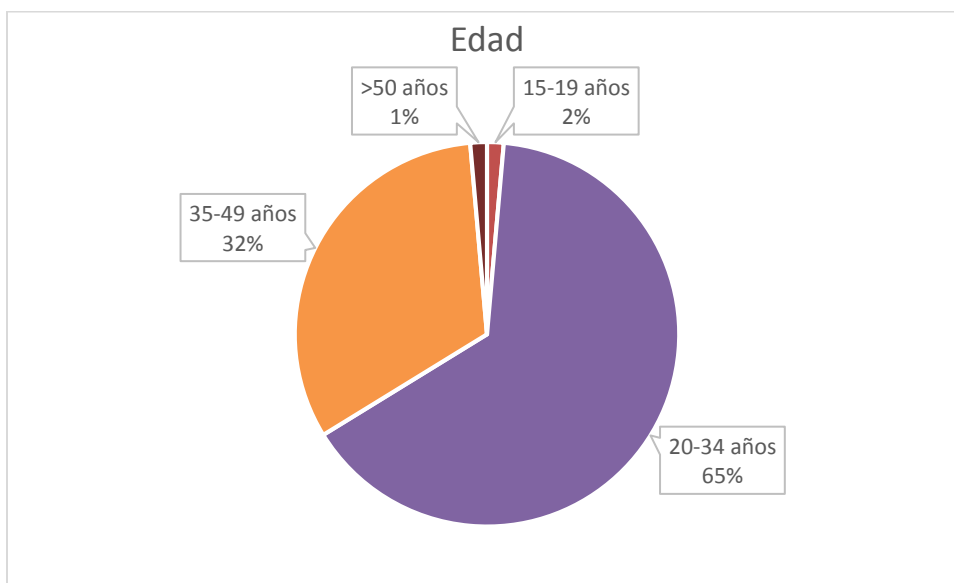
Anexo #2: tablas y gráficos de salida

Tabla 1. Edad

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje
15-19	1	1.4
20-34	48	64.9
35--49	24	32.4
>50	1	1.4
Total	74	100

Fuente: ficha de recolección.

Gráfico 1. Edad



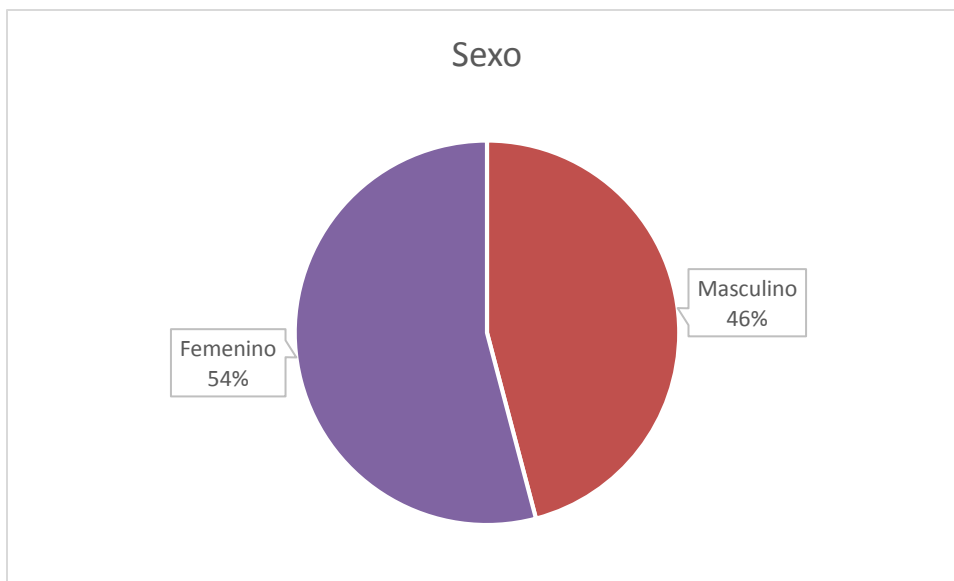
Fuente: tabla.

Tabla 2.Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	34	45.9
Femenino	40	54.1
Total	74	100

Fuente: ficha de recolección.

Gráfico 2. Sexo



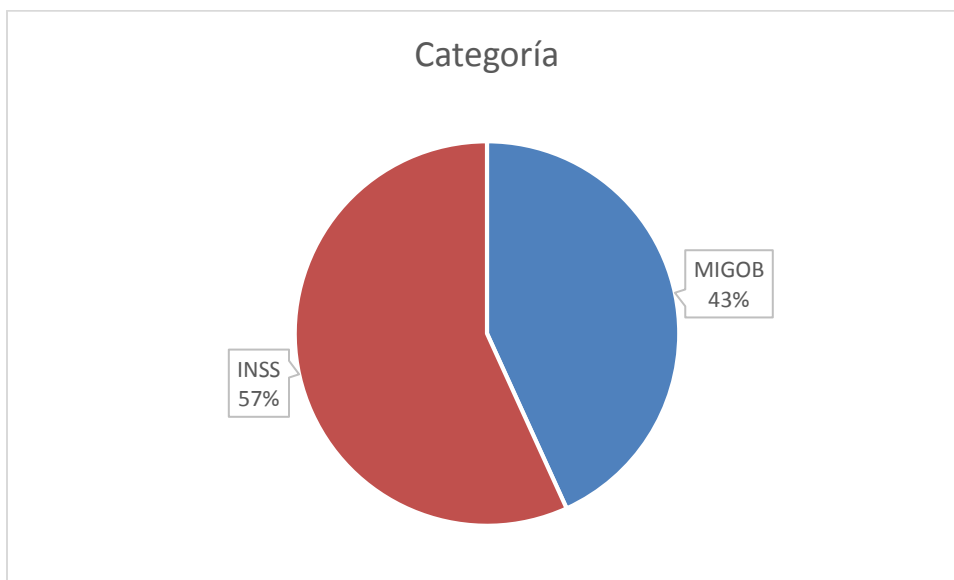
Fuente: tabla

Tabla 3. Categoría

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
MIGOB	32	43.2
INSS	42	56.8
Total	74	100

Fuente: ficha de recolección

Gráfico 3. Categoría



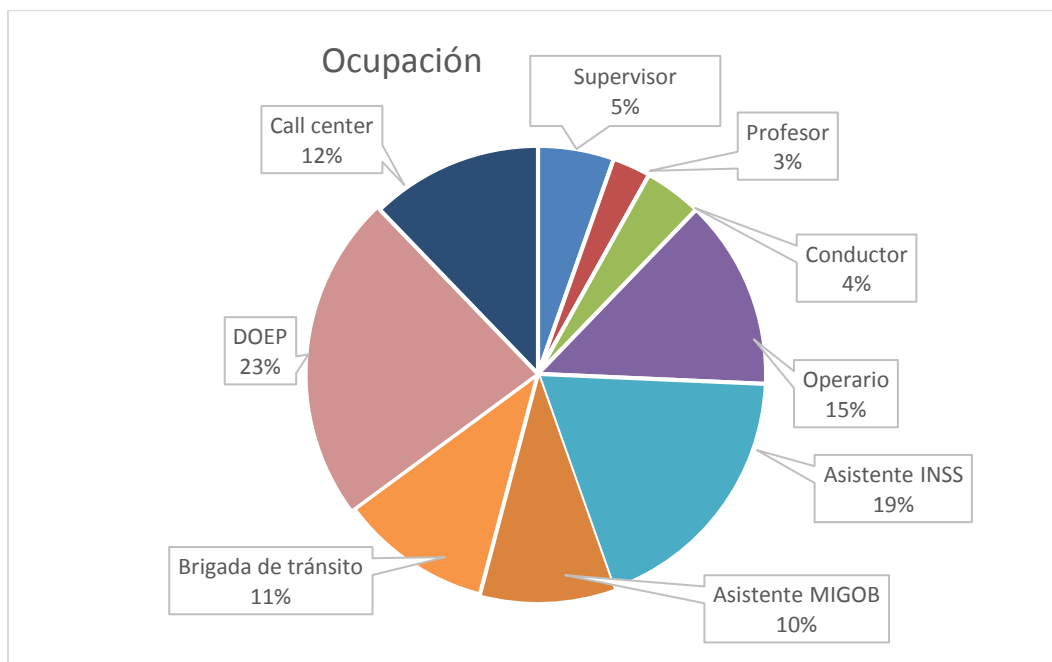
Fuente: tabla.

Tabla 4. Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Supervisor de proyecto	4	5.4
Profesor	2	2.7
Conductor	3	4.1
Operario	10	13.5
Asistente INSS	14	18.9
Asistente MIGOB	7	9.5
Brigada de tránsito	8	10.8
División Operaciones Especiales Policiales (DOEP)	17	22.9
Call center	9	12.2
Total	74	100

Fuente: ficha de recolección

Gráfico 4. Ocupación



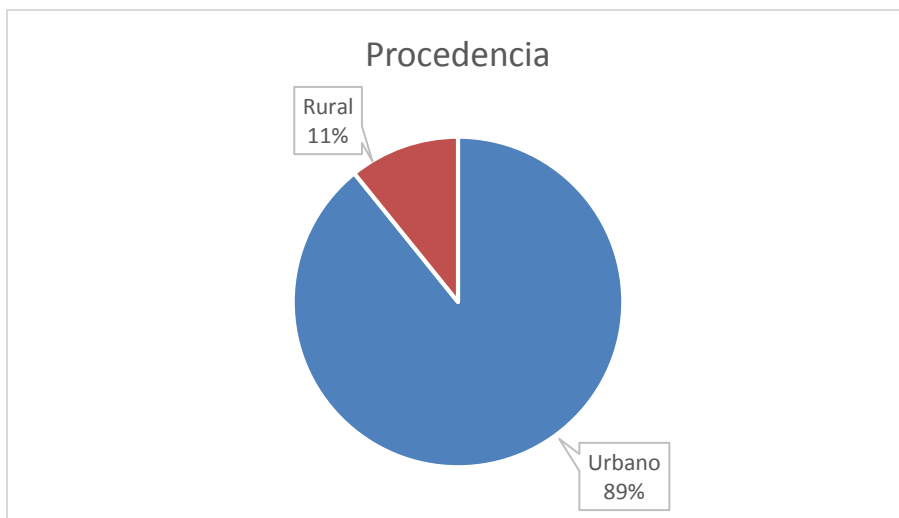
Fuente: tabla.

Tabla 5. Procedencia

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Urbano	66	89.2
Rural	8	10.8
Total	74	100

Fuente: ficha de recolección.

Gráfico 5. Procedencia



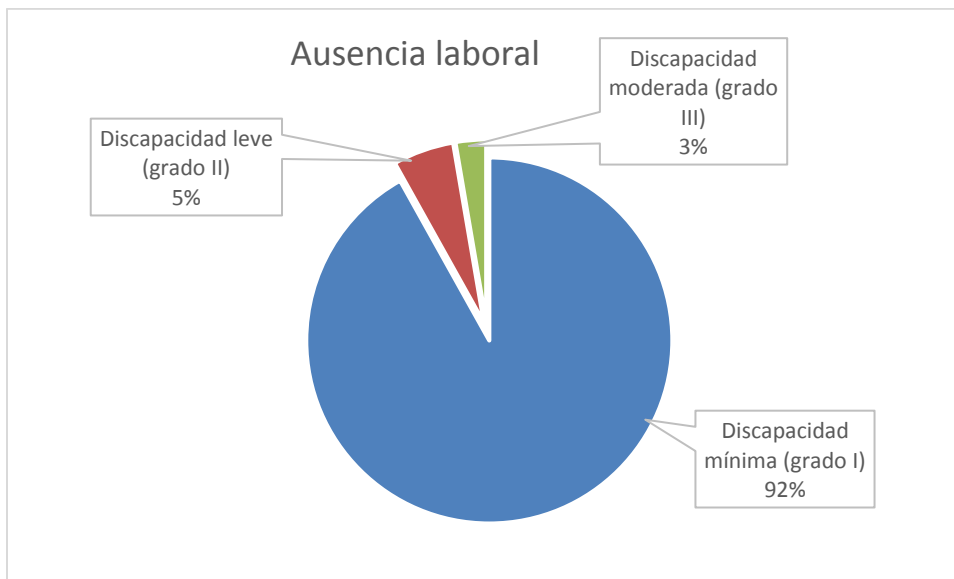
Fuente: tabla

Tabla 6. ¿Cuántos días faltó al trabajo o a la escuela en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza?

Ausencia laboral	Frecuencia	Porcentaje
Discapacidad mínima (grado I)	68	91.9
Discapacidad leve (grado II)	4	5.4
Discapacidad moderada (grado III)	2	2.7
Total	74	100

Fuente: ficha de recolección

Gráfico 6. Ausencia laboral



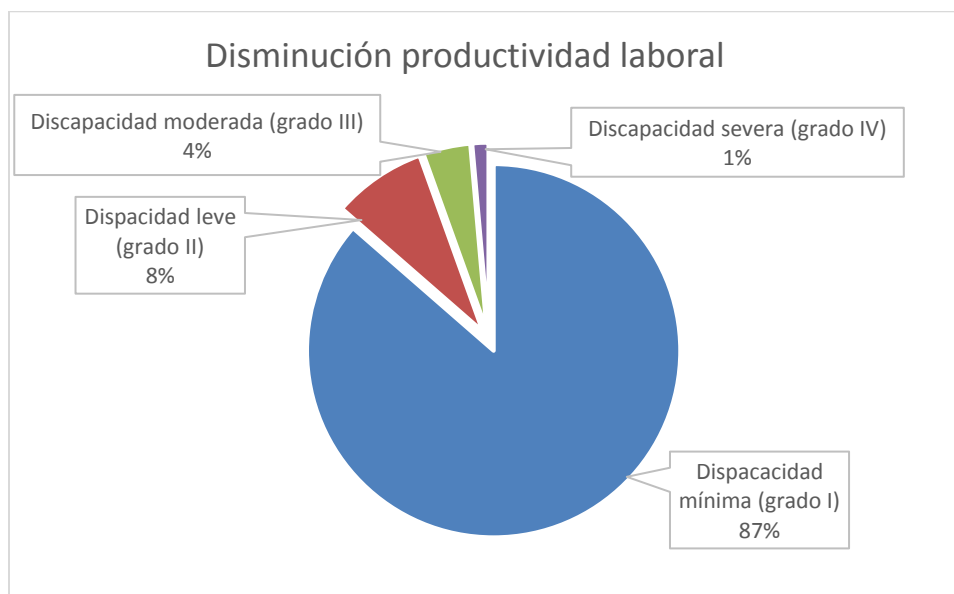
Fuente: tabla

Tabla 7. ¿Cuántos días disminuyó a la mitad o menos su productividad en el trabajo o escuela en los últimos tres meses debido a su dolor de cabeza?

Disminución productividad laboral	Frecuencia	Porcentaje
Discapacidad mínima (grado I)	64	86.5
Discapacidad leve (grado II)	6	8.1
Discapacidad moderada (grado III)	3	4.1
Discapacidad severa (grado IV)	1	1.4
Total	74	100

Fuente: ficha de recolección

Gráfico 7. Disminución productividad laboral



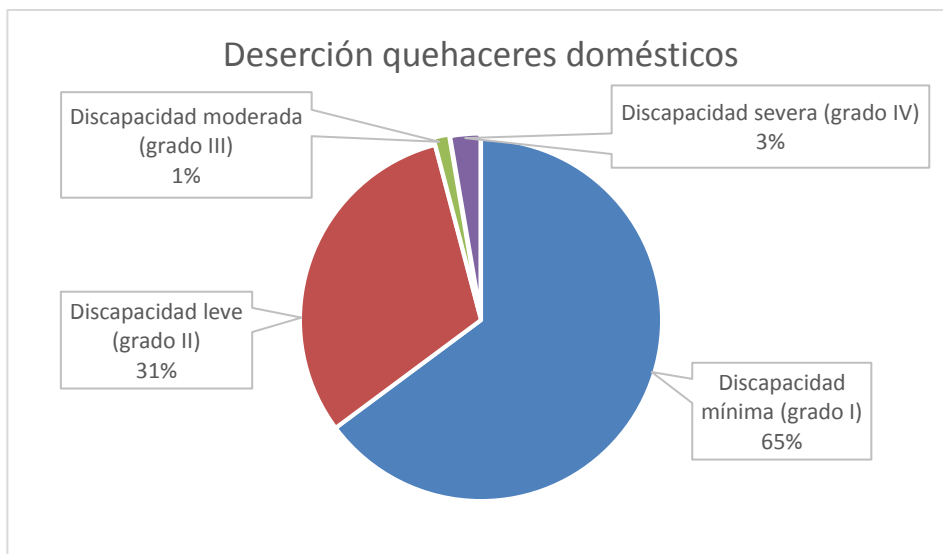
Fuente: tabla.

Tabla 8. ¿Cuántos días no hizo sus quehaceres domésticos en los últimos 3 meses debido a sus dolores de cabeza?

Deserción quehaceres domésticos	Frecuencia	Porcentaje
Discapacidad mínima (grado I)	48	64.9
Discapacidad leve (grado II)	23	31.1
Discapacidad moderada (grado III)	1	1.4
Discapacidad severa (grado IV)	2	2.7
Total	74	100

Fuente: ficha de recolección

Gráfico 8. Deserción quehaceres domésticos



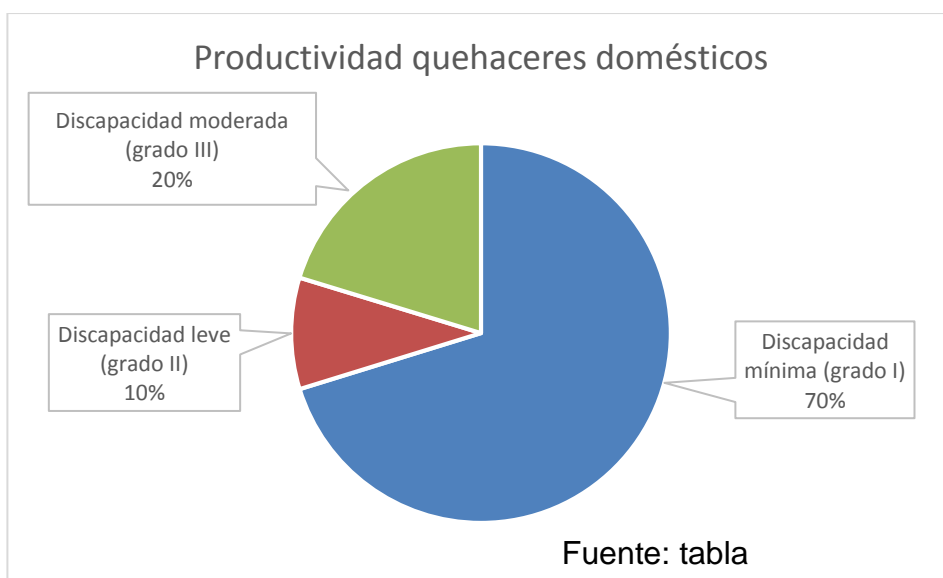
Fuente: tabla.

Tabla 9. ¿Cuántos días disminuyó a la mitad o menos su productividad en los quehaceres de la casa en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza?

Productividad quehaceres domésticos	Frecuencia	Porcentaje
Discapacidad mínima (grado I)	52	70.3
Discapacidad leve (grado II)	7	9.5
Discapacidad moderada (grado III)	15	20.3
Total	74	100

Fuente: ficha de recolección.

Gráfico 9.



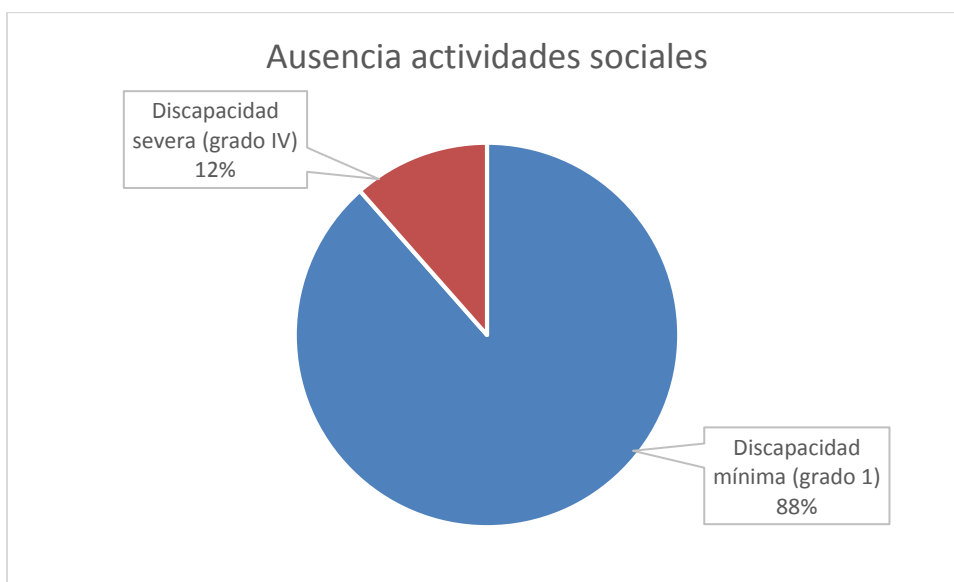
Fuente: tabla

Tabla 10. ¿Cuántos días no pudo participar en actividades familiares, sociales y de diversión en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza?

Ausencia actividades sociales	Frecuencia	Porcentaje
Discapacidad mínima (grado I)	65	88.5
Discapacidad severa (grado IV)	9	11.5
Total	74	100

Fuente: ficha de recolección

Gráfico 10. Ausencia actividades sociales



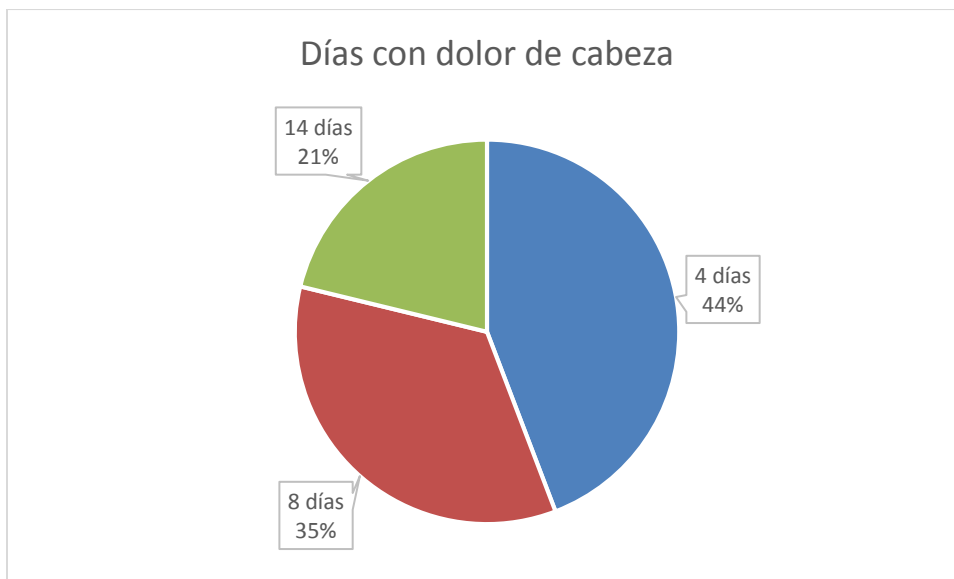
Fuente: tabla

Tabla 11. ¿Cuántos días sufrió dolor de cabeza en los últimos 3 meses? (si un ataque duró más de un día cuenta cada día)

Días con dolor de cabeza	Frecuencia	Porcentaje
4 días	33	44.2
8 días	26	34.6
14 días	16	21.2
Total	74	100

Fuente ficha de recolección

Gráfico 11. Días con dolor de cabeza



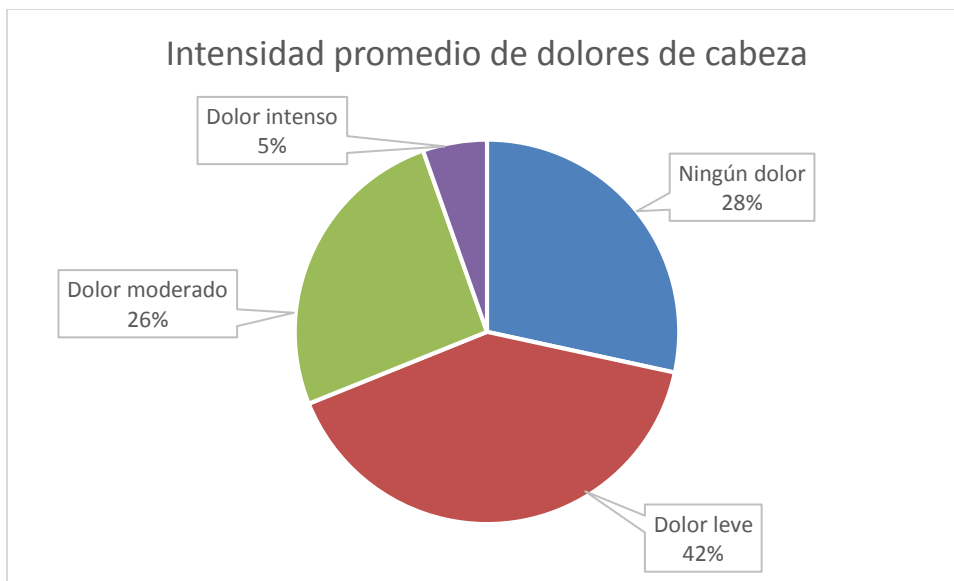
Fuente: tabla.

Tabla 12. En una escala de 0 a 10 ¿qué tan intensos fueron esos dolores de cabeza en promedio? (0 ningún dolor, 10 el peor dolor imaginable)

Intensidad promedio de dolores de cabeza	Frecuencia	Porcentaje
Ningún dolor	21	28.4
Dolor leve	30	40.5
Dolor moderado	19	25.7
Dolor intenso	4	5.4
Total	74	100

Fuente: ficha de recolección

Gráfico 12. Intensidad promedio de dolores de cabeza



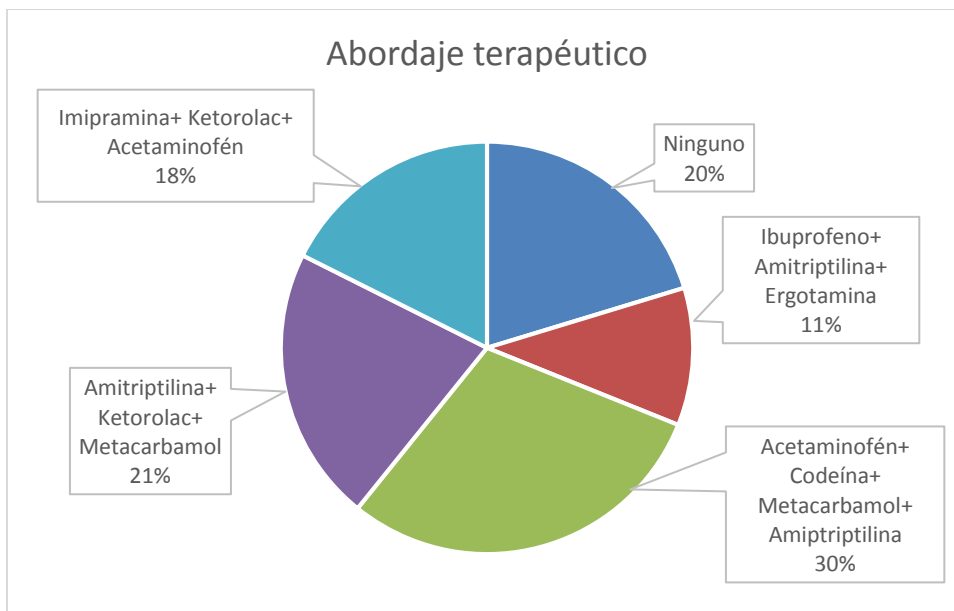
Fuente: tabla.

Tabla 13. Descripción del abordaje terapéutico para migraña en la población en estudio

Abordaje terapéutico	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	15	20.3
Ibuprofeno+ Amitriptilina+ Ergotamina	8	10.8
Acetaminofén+ Codeína+ Metacarbamol+ Amipriptilina	22	29.7
Amitriptilina+ Ketorolac+ Metacarbamol	16	21.6
Imipramina+ Ketorolac+ Acetaminofén	13	17.6
Total	74	100

Fuente: ficha de recolección

Gráfico 13. Abordaje terapéutico



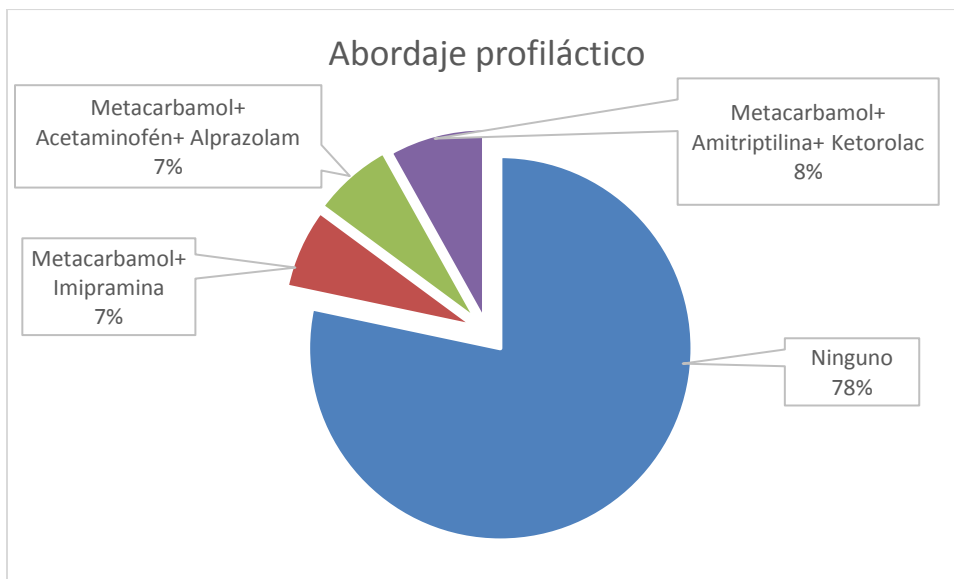
Fuente: tabla.

Tabla 14. Descripción del abordaje profiláctico para migraña en la población en estudio

Abordaje profiláctico	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	58	78.4
Metacarbamol+ Imipramina	5	6.8
Metacarbamol+ Acetaminofén+ Alprazolam	5	6.8
Metacarbamol+ Amitriptilina+ Ketorolac	6	8.1
Total	74	100

Fuente: ficha de recolección

Gráfico 14. Abordaje profiláctico



Fuente: tabla.

Tabla 15. Contingencia Edad * Sexo * Categoría

Edad * sexo * categoría			Sexo		Total
			Masculino	Femenino	
MIGOB	Edad	20-34 a	7	14	21
		35-49 a	6	5	11
	Sub total		13	19	32
INSS	Edad	15-19 a	0	1	1
		20-34	14	13	27
		35-49 a	6	7	13
		50<	1	0	1
	Sub total		21	21	42
Total	Edad	15-19 a	0	1	1
		20-34 a	21	27	48
		35-49 a	12	12	24
		50<	1	0	1
	Sub total		34	40	74

Fuente: ficha de recolección

Determinar comportamiento clínico y tratamiento para migraña de pacientes que asisten a la consulta externa, en el Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes. Enero 2015 – Enero 2018

Tabla 16. Contingencia Ocupación * Categoría

Ocupación * categoría		Categoría		Total
		MIGOB	INSS	
Ocupación	supervisora de proyecto	0	4	4
	profesora	1	1	2
	conductor	0	3	3
	operario	0	10	10
	asistente	1	20	21
	policia	24	1	25
	call center	6	3	9
	Total	32	42	74

Fuente: ficha de recolección

Tabla 17. Contingencia: Abordaje terapéutico * abordaje profiláctico

Abordaje terapéutico vs abordaje profiláctico		Abordaje terapéutico				Total
			Metacarbamol + imipramina	Metacarbamol + acetaminofén + alprazolam	Metacarbamol + amitriptilina + ketorolac	
Abordaje profiláctico		0	4	5	6	15
	Ibuprofeno + amitriptilina + ergotamina	8	0	0	0	8
	Acetaminofén + codeína + metacarbamol + amitriptilina	21	1	0	0	22
	Amitriptilina + ketorolac + metacarbamol	16	0	0	0	16
	Imiparina + ketorolac + acetaminofén	13	0	0	0	13
	Total	58	5	5	6	74

Fuente: ficha de recolección