

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**



**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A MIGRAÑA EN
ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA 2014”**

**Tesis previa a la obtención del
título de Médica.**

AUTORAS:

MARÍA DEL CARMEN NAULA CHIMBO
MARÍA CRISTINA NOVILLO CUENCA

DIRECTOR:

Dr. FERNANDO RENÉ ESTÉVEZ ABAD

ASESOR:

Dr. ADRIÁN MARCELO SACOTO MOLINA

CUENCA – ECUADOR

Junio-2015

RESUMEN

Objetivo General: Conocer la prevalencia de migraña y factores de riesgo asociados en estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca durante el año 2014.

Método: Estudio analítico, con una muestra de 340 estudiantes de Medicina seleccionados aleatoriamente, se determinó la presencia de migraña en base al auto cuestionario ALCOI 95; se analiza su asociación con: antecedentes familiares de migraña, antecedentes de TEC, características alimenticias y tabaquismo, repetición de año académico, insomnio, situaciones de estrés académico, uso de anticonceptivos y enfermedades crónicas. Los datos se analizaron en el programa SPSS, con estadísticos como: frecuencias y porcentajes, media y desviación estándar y para la asociación chi cuadrado, razón de prevalencia y valor de p con 95% de confianza.

Resultados: La prevalencia de migraña fue de 22,1% (15,9% con aura y 6,2% sin aura); entre las situaciones estresantes lo que influyó fueron las malas notas con puntajes de 5; se asociaron estadísticamente con migraña los antecedentes familiares de migraña RP 2,5 (1,6-3,7); antecedentes personales de TEC RP 1,7 (1,1-2,8); insomnio RP 1,5 (1-2,2) y enfermedades crónicas 2,3 (1,1-4,8).

Conclusiones: La prevalencia de migraña es elevada y se asocia más frecuentemente con factores no modificables.

DeCS: TRASTORNOS MIGRAÑOSOS, PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO, MEDICINA, AUTO CUESTIONARIO ALCOI 95.

ABSTRACT

General Objective: To determine the prevalence of migraine and associated risk factors in medical students at the University of Cuenca in 2014.

Method: Analytical study with a sample of 340 randomly selected medical students, the presence of migraine based questionnaire determined ALCOI 95; analyzed their association with family history of migraine, history of ECT, nutritional characteristics and smoking, repeated academic year, insomnia, academic stress situations, contraceptive use and chronic diseases. Data were analyzed by SPSS statistical such as frequency and percentage, mean and standard deviation for the association chi square and ration of prevalence and p value with 95% confidence.

Results: The prevalence of migraine was 22.1% (15.9% with aura and without aura 6.2%); the frequency of risk factors were: history of migraine in the family 35.9 stressful situations the most frequent or intense bad marks with scores of 5; statistically they associated with migraine family history of migraine RP 2.5 (1.6 to 3.7); personal history of TEC RP 1.7 (1.1 to 2.8); insomnia RP 1.5 (1-2.2) and chronic diseases 2.3 (1.1 to 4.8).

Conclusions: The prevalence of migraine is high and is most frequently associated with non-modifiable factors.

Subject headings: MIGRAINE DISORDERS, PREVALENCE RISK FACTORS, MEDICINE, QUESTIONNAIRE ALCOI 95.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido	Página
Resumen	2
Abstract	3
Índice de contenidos	4
Responsabilidad	6
Propiedad intelectual	8
Agradecimiento	10
Dedicatoria	11
Capítulo I	
1.1. Introducción	1
1.2. Planteamiento del problema	2
1.3. Justificación	4
Capítulo II	
2. Fundamento teórico	5
2.1 Definición	5
2.2 Clasificación internacional de las cefaleas	5
2.3 Epidemiología	7
2.4 Diagnóstico de migraña	7
2.5 Tratamiento	11
2.6 Factores de riesgo	12
Capítulo III	
3. Hipótesis y Objetivos	15
Capítulo IV	
4. Diseño Metodológico	16

4.1 Tipo de estudio	16
4.2 Área de estudio	16
4.3 Universo y muestra	16
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	17
4.5 Variables	17
4.6 Métodos, técnicas e instrumentos	20
4.7 Procedimientos	21
4.8 Plan de análisis de datos	21
4.9 Aspectos éticos	22
Capítulo V	
5. Resultados	23
Capítulo VI	
6. Discusión	42
Capítulo VII	
7.1 Conclusiones	45
7.2 Recomendaciones	46
Capítulo VIII	
8. Referencias bibliográficas	47
Capítulo IX	
9. Anexos	51

RESPONSABILIDAD

María del Carmen Naula Chimbo, autora de la tesis titulada Prevalencia y factores asociados a migraña en estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca 2014 reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca 23 de Junio de 2015


.....
María del Carmen Naula Chimbo
CI. 0302455407

RESPONSABILIDAD

María Cristina Novillo Cuenca, autora de la tesis titulada Prevalencia y factores asociados a migraña en estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca 2014 reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca 23 de Junio de 2015



.....
María Cristina Novillo Cuenca

CI: 0105267215

PROPIEDAD INTELECTUAL

María del Carmen Naula Chimbo, autora de a tesis titulada Prevalencia y factores asociados a migraña en estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca- 2014, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 23 de junio de 2015


.....
María del Carmen Naula Chimbo

CI. 0302455407

PROPIEDAD INTELECTUAL

María Cristina Novillo Cuenca, autora de a tesis titulada Prevalencia y factores asociados a migraña en estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca-2014, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 23 de junio de 2015



.....
María Cristina Novillo Cuenca
CI: 0105267215

AGRADECIMIENTO

Al todo poderoso por brindarnos la oportunidad de obtener este triunfo personal, y darnos la salud, sabiduría, y entendimiento para lograr esta meta. A nuestras familias por ser la fuerza para avanzar a pesar de las dificultades y brindarnos su apoyo incondicional. A la Universidad de Cuenca Facultad de Medicina y a sus docentes, por permitirnos formarnos y desarrollar nuestra capacidad y conocimientos para llegar a ser excelentes profesionales.

A nosotras, por todo el esfuerzo, voluntad, esmero, ganas y perseverancia en alcanzar este logro significativo; a pesar de los sacrificios e inconvenientes que se han presentado.

DIOS les pague a todos y todas aquellas personas que han contribuido, para cumplir con nuestra meta.

María Cristina Novillo Cuenca

María del Carmen Naula Chimbo

DEDICATORIA

Para triunfar en la vida no es importante llegar primero, para triunfar simplemente hay que llegar.

Al culminar uno de nuestros objetivos dedicamos la presente tesis de grado a Dios por ser la guía de nuestras vidas y darnos la fuerza para seguir adelante ante las adversidades y vencer los obstáculos.

A nuestras familias por ser el pilar de nuestra formación, gracias por su cariño, comprensión y sacrificio que han hecho posible la culminación de esta etapa.

María Cristina Novillo Cuenca

María del Carmen Naula Chimbo

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las cefaleas representan trastornos frecuentes en la población general, y es uno de los más comunes del Sistema Nervioso Central; se trata de trastornos primarios que generan dolor en ocasiones incapacitantes como la migraña. (1)

La OMS expone que “la prevalencia mundial de la cefalea (al menos una vez en el último año) en los adultos es de un 47%. Entre la mitad y las tres cuartas partes de los adultos de 18 a 65 años han sufrido una cefalea en el último año, y más del 10% de este grupo ha padecido migraña. La cefalea que se presenta 15 días o más cada mes afecta de un 1,7% a un 4% de la población adulta del mundo. A pesar de las variaciones regionales, las cefaleas son un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, razas, niveles de ingresos y zonas geográficas”. (1)

La afectación de la migraña en la salud de las personas ya ha sido manifestada por Silva y colaboradores (2) quienes mencionan que la migraña es una de las patologías neurológicas que más se presentan en la práctica diaria y que afecta de manera directa las actividades de la vida diaria, dentro de estas se hallan la educación, el empleo, deterioro de la calidad de vida de los pacientes afectados; además apuntan que esta patología aumenta los gastos de salud por la consultas médicas que generan y al tratarse de una patología que conlleva cierto grado de cronicidad es de esperar las re-consultas; recalcando el impacto en la calidad de vida de los pacientes, los que padecen migraña poseerían una calidad de vida inferior o peor que la de los pacientes afectados por diabetes.

Los procesos migrañosos son un tema no estudiado en nuestra población, y menos aún en una población blanco como lo es los estudiantes de medicina; el estrés que genera la propia carrera así como factores asociados (proximidad a exámenes, exámenes, trabajos, tesis, etc.) hacen que esta población sea especialmente susceptible a presentar migraña en ciertas épocas de la vida universitaria; por lo que se conoce no existen estudios al respecto en la Universidad de Cuenca y por su importancia debemos estudiarla.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia de migraña en estudiantes varía dependiendo obviamente de las poblaciones estudiadas, por ejemplo Navia y colaboradores en una población de 212 estudiantes universitarios en Bolivia, encontraron una prevalencia de migraña en varones del 54% mientras que en el sexo femenino fue del 46% siendo la edad promedio de la población 24,3 años cumplidos; en el grupo afectado por migraña no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el promedio de edad, y no se encontró una distribución normal de la patología. (2)

En el año 2010, en Colombia; Rueda en un estudio con universitarios, 141 pacientes específicamente, el 29,8% de esta población presento síntomas prodrómicos con características variadas y de duración media de 30 minutos; el tiempo de duración medio del proceso fue de 13,5 minutos y no encontraron diferencias en la frecuencia de la sintomatología prodrómica, tampoco en la duración de la máxima intensidad del dolor entre la población afectada por migraña con o sin aura y la población con migraña crónica. (3)

Heras en el año 2011, en México encontró que en estudiantes de primer año de medicina, la migraña presenta una prevalencia de 52% en el sexo masculino y del 80% en el sexo femenino; además mencionan que esta es una consecuencia como reacción física por estrés; se puede observar que la prevalencia de migraña en la población estudiantil y específicamente de medicina es elevada en ambos sexos supera la mitad de la población, lo que representa un problema real y serio que podrían estar sufriendo también los estudiantes de nuestra Escuela de Medicina. (4)

Gálvez y colaboradores en el año 2011 en Perú, en una población de 697 estudiantes de medicina mencionan que la prevalencia de migraña fue del 31,1% siendo de mayor presentación en los estudiantes de primer año (45,6%) y en los estudiantes de 15-20 años con el 40,4% y se encontró que estos procesos se encontraron directamente relacionados con el sexo y el antecedente familiar de migraña. (5)

Campo y colaboradores estudiaron 125 estudiantes universitarios encontrando que la prevalencia de migraña con aura se ubica en 51,2% y se presenta con mayor frecuencia en estudiantes con una media de edad de 21,6%, también un 26,4% en estudiantes que habían presentado algún episodio de depresión anterior; también analizaron la influencia del tabaco en la presentación de migraña encontrando que la migraña se comporta como factor protector para el tabaquismo actual en el sexo femenino, sin embargo concluyen que el tipo de estudio que presentaron no permitió realizar un estudio de causalidad. (6)

Smitherman y colaboradores encontraron que el 25,83% de estudiantes presentaron criterios de migraña, y esta patología afecta la calidad de vida reducida, así como una mayor frecuencia de días escolares perdidos, además provocó deterioro de la actividad en el hogar y vistas al médico. Concluyendo que la migraña es una patología de importancia en nuestros jóvenes por las repercusiones que tiene. (7)

De acuerdo a nuestro conocimiento no se han desarrollado estudios sobre la migraña y sus factores asociados en nuestra población de estudiantes; generando desconocimiento sobre esta temática, y dejando de detectar estudiantes afectados con las consecuencias ya citadas.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Como se ha revisado la migraña es una enfermedad prevalente, recurrente y que genera disminución en la calidad de vida de los estudiantes, ausentismo a las actividades académicas; y no se ha desarrollado investigación alguna en nuestro medio con el afán de determinar su prevalencia y sus probables factores asociados; por lo que la motivación es el desarrollar esta investigación destinada a conocer nuestra realidad en lo referente a la migraña.

Los directos beneficiarios fueron los estudiantes de medicina, pues al conocer su realidad y los posibles factores que podrían estar influyendo en la presentación de migraña pueden tomar acciones individuales, familiares y/o universitarias para corregir y/o controlar el problema; se beneficiará también la Escuela de Medicina; pues con el conocimiento generado se podrán establecer mejoras en las situaciones que generen migraña o sus desencadenes.

Los resultados serán difundidos a través de todos los medios científicos disponibles, tanto de la Universidad de Cuenca como a nivel local.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Definición

Según Baile y González la “migraña es un tipo de cefalea que se manifiesta por su presentación pulsátil (latidos) e intensidad entre moderada y severa, iniciado generalmente de forma unilateral, y que se asocia a náuseas y vómitos o susceptibilidad a la luz, sonidos y olores. Suele tener una duración comprendida entre 4 y 72 horas. Este dolor fisiológico, en su manifestación repetida, genera un malestar psicológico, de carácter ansioso”. (8)

Según la OMS “las cefaleas (dolores de cabeza) son uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso. Son trastornos primarios dolorosos e incapacitantes como la jaqueca o migraña, la cefalea tensional y la cefalea en brotes. También puede ser causada por muchos otros trastornos, por ejemplo, el consumo excesivo de analgésicos” (1)

2.2 Clasificación internacional de las cefaleas

La clasificación internacional propuesta incluye 14 diagnósticos, aunque en forma esquemática ellos pueden agruparse y quedar en únicamente 4 títulos: Cefaleas primarias, cefaleas secundarias, dolores faciales y neuralgias craneales (9).

2.2.1 Cefaleas primarias (10)

1. Migraña
2. Cefalea Tipo Tensión
3. Cefalea en Racimos y Otras Cefalalgias (Trigémico Autonómicas)
4. Otras Cefaleas Primarias

2.2.2 Cefaleas secundarias (10)

1. Cefaleas atribuidas a traumas de Cabeza y/ o cuello (agudas, crónicas, por hematoma epidural, por hematoma subdural).
2. Cefaleas atribuidas a desórdenes vasculares craneales o cervicales (ataques isquémicos, hemorragia intracerebral, hemorragia subaracnoidea, malformaciones vasculares, arteritis, disección arterial, trombosis venosas, apoplejía pituitaria).
3. Cefaleas atribuidas a desórdenes intracraneanos no vasculares (hipertensión del LCR, hipotensión del LCR, enfermedades inflamatorias no infecciosas, neoplasias intracraneales, inyecciones intratecales, ataques epilépticos, malformación de Chiari),
4. Cefaleas atribuidas a sustancias o a su suspensión (remedios, alcohol, tóxicos).
5. Cefaleas atribuidas a infecciones (infecciones intracraneales, infecciones sistémicas).
6. Cefaleas atribuidas a desórdenes de la homeostasis (hipoxia y/ o hipercapnia, dialítica, hipertensión arterial, feocromocitoma, crisis hipertensiva aislada, encefalopatía hipertensiva, pre eclampsia, eclampsia, hipotiroidismo, ayuno).
7. Cefaleas o dolor facial atribuidos a desórdenes de cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos faciales, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales.
8. Cefaleas atribuidas a desórdenes psiquiátricos (desórdenes de somatización, desórdenes psicóticos).

2.2.3 Neuralgias craneanas, dolor facial central primario y otro tipo de cefaleas

1. Neuralgias craneales y causas centrales de dolor facial (9)
2. Otras cefaleas, neuralgias craneales, dolor facial central o primario (9).

Dentro de todo el conjunto de cefaleas, las primarias son la gran mayoría. De acuerdo a distintas características de tiempo, ubicación, repetición, síntomas acompañantes que se toman en cuenta al evaluarlas, surgen una o más subdivisiones dentro de cada tipo principal (10).

2.3 Epidemiología

Tur y Molina mencionan que la estimación de la prevalencia según los criterios diagnósticos de la Sociedad Internacional de las Cefaleas (IHS) es entre un 10-12% en los países occidentales industrializados. Se encontraron tasas más bajas en Asia y África. (11)

La OMS en el 2012 menciona que en general, se calcula que un 47% de los adultos han sufrido por lo menos una cefalea en el último año. (1)

Trillos expone que 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. (12) 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% (2, 3). En las estadísticas que se disponen para Colombia, el 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%.(12)

2.4 Diagnostico de migraña

Según Deza la migraña como ya se dijo es un tipo de cefalea primaria y por consiguiente tiene las características clínicas del grupo, además de otros rasgos clínicos distintivos propios. A esto debe agregarse que en la actualidad se reconocen seis subtipos de migraña, siendo ellos (9):

- a. Migraña sin aura.
- b. Migraña con aura.
- c. Síndromes periódicos de la niñez, comúnmente precursores de migraña.
- d. Migraña retiniana.
- e. Complicaciones de la migraña.
- f. Probable migraña.

2.4.1 Migraña sin aura

Según la Sociedad Española de Neurología la migraña es una enfermedad EPISÓDICA. Se presenta en forma de crisis o ataques (la mayoría de los pacientes tienen entre 1 y 4 crisis al mes) que duran entre pocas horas hasta 2-3 días. Cuando el dolor se precede de determinados síntomas de disfunción cerebral focal transitoria se habla de migraña con aura. De no haber tales síntomas, se habla de migraña sin aura. La migraña sin aura es más frecuente (hay 3-4 casos de migraña sin aura por cada caso de migraña con aura). (13)

Según Salazar y colaboradores esta presentación es una de las migrañas más frecuentes y se trata de una migraña idiopática y consiste en ataques recurrentes que duran 4-72 horas. El dolor es típicamente unilateral, pulsátil, de intensidad moderada o severa y se exacerba con la actividad física normal. La gran mayoría asocia náusea, vómito, fotofobia y fonofobia. Se necesitan 5 o más ataques para poder realizar un diagnóstico adecuado. En general se dice que un 75% de los pacientes con migraña presentan este tipo de migraña. (14)

2.4.2 Migraña con aura

La migraña típica es un desorden recurrente idiopático, con ataques de síntomas neurológicos que se desencadenan en la corteza cerebral o en el tallo cerebral, lo que causa la presencia de aura; que usualmente se desarrolla en 5-20 minutos, dura menos de 60 minutos y es completamente reversible. Algunos ejemplos típicos de aura son (14):

- Anormalidad visual homónima (forma más común); usualmente de un espectro de fortificación: un escotoma creciente y destellante de forma irregular.
- Parestesias o adormecimiento unilateral.
- Debilidad unilateral.
- Disfasia.
- Una combinación de las anteriores.

El dolor generalmente inicia en los siguientes 60 minutos desde la resolución del aura y puede durar de 4-72 horas. Sin embargo, puede iniciar antes del aura o al mismo tiempo que el aura; incluso puede estar ausente. Este dolor es

generalmente unilateral, pulsante, de intensidad moderada o severa y se exagera con las actividades de la vida diaria. Se asocia con náusea, vómito, fotofobia y fonofobia. Se necesitan 2 o más ataques para poder realizar el diagnóstico. En general, el 25% de las pacientes con migraña padecen de esta forma particular (14).

Algunos signos de alarma que indican la posibilidad de un desorden agregado asociado con la presencia de cefalea son (14):

- Cefalea subaguda o de mayor intensidad de manera progresiva (mes);
- Episodios nuevos o de alguna manera diferentes;
- Cualquier cefalea de gran severidad desde el inicio;
- Presentación por primera vez después de los 40 años;
- Cefalea persistente precipitada por la maniobra de Valsalva;
- Presencia de fiebre, hipertensión, mialgias, pérdida de peso o sensibilidad en la piel que sugiera un trastorno sistémico;
- Presencia de signos sistémicos que sugieran una causa secundaria;
- Crisis convulsivas

Cuadro 1. Criterios diagnósticos modificados para las cefaleas primarias.

A. Al menos 2 de las siguientes:	Al menos 1 de las siguientes:
1. Localización unilateral	5. Náusea y/o vómito
2. Dolor pulsátil	6. Fotofobia y fonofobia
3. Intensidad leve a moderada	
4. Se exagera con la actividad diaria	
B. Criterios de aura:	
1. Uno o más síntomas de aura reversibles totalmente	
2. Al menos un síntoma de aura se desarrolla en más de 4 minutos o > o = 2 síntomas sucesivos.	
3. No dura más de 60 minutos	
C. Ataques similares previos	
D. Ausencia de lesiones orgánicas o sin alguna relación con el problema al documentar una separación temporal adecuada.	

Modificado por la Clasificación y criterios diagnósticos operacionales de los desórdenes. Cefalea de la Sociedad Internacional de Cefalea.

Tomado de: Salazar A, Sáenz D. Tratamiento de cefalea y migraña.(14)

2.4.3 Síndromes periódicos de la niñez que usualmente son precursores de migraña

Algunos niños, que posteriormente en la adolescencia o en la edad adulta, sufrirán crisis de migraña, pueden presentar, precozmente, síntomas episódicos, recurrentes y estereotipados (para cada paciente), los cuales son considerados precursores de la migraña que aparecerá tiempo después. Se reconocen tres de estos síndromes, uno se caracteriza por la presencia en el niño de vómitos episódicos, otro por dolores abdominales recurrentes y otro por vértigo paroxístico, benigno. En los tres, las molestias no son atribuibles a alguna enfermedad y desde luego el niño es totalmente normal, excepto durante el desagradable episodio (9).

2.4.4 Migraña retiniana

Es un trastorno raro en el que se presentan por lo menos dos ataques de síntomas visuales (escotoma, ceguera o destellos) completamente reversibles que afectan a un solo ojo, acompañados o seguidos en el transcurso de una hora por una cefalea migrañosa. Muchos pacientes con “aura” monocular tienen un infarto migrañoso de origen retiniano (9, 15).

2.4.5 Complicaciones de la migraña

Se pueden citar las siguientes complicaciones (9):

- Migraña crónica
- Estado migrañoso
- Aura persistente sin infarto
- Infarto migrañoso
- Migraña que inicia una crisis epiléptica

2.4.6 Probable migraña

Este nombre es reservado para las crisis de cefalea que no reúnen todos los requisitos exigidos para el diagnóstico correcto de los diferentes tipos de migraña descritos. Así, hay probables migrañas sin aura, otras con aura, otras en fin, probables migrañas crónicas, etc. (9).

2.5 Tratamiento

Según De Lara la elección inicial del manejo agudo de migraña está basado en algunos aspectos importantes de la condición del paciente, y el mejor método para validarlo incluye el principio de estratificación del manejo, basado en las características de la cefalea, que incluye tiempo pico de la intensidad, severidad del dolor, asociación de síntomas y la extensión de la incapacidad generada. La migraña representa un desorden en el cual existe variabilidad en su manejo debido a que en conjunto con sus desencadenantes y síntomas asociados, es diferente entre cada paciente e incluso varía entre ataques aún en el mismo paciente. La terapia específica para el manejo de migraña según las recomendaciones del US Headache Consortium se otorga a aquellos con cefalea leve a moderada que no responde a terapia no específica o migrañas de intensidad moderada a severa. (16)

Y como terapia específica se pueden usar:

Fármacos anti-inflamatorios no esteroideos: El uso de un AINE con o sin el uso de un triptano, ofrece alivio rápido, no causa constricción del flujo de sangre en las arterias, provee alivio adicional contra la inflamación, es efectivo en el ataque de la migraña en etapa tardía, es útil revirtiendo la propagación del dolor que se llama sensibilización central, y puede ser especialmente útil para la migraña menstrual, los AINEs no generan hábito y pueden ser altamente efectivos. El único AINE prescrito que la FDA ha aprobado para el tratamiento específico de las migrañas es diclofenaco en polvo. El ketorolaco en forma de aerosol nasal está aprobado por la FDA para el manejo de dolor moderado a severo. Otros AINEs por prescripción no han sido aprobados por la FDA para la migraña. (22)

Triptanos: Son agonistas de los receptores de serotonina 5 HT1B y 5HT1D de los vasos sanguíneos cerebrales causando vasoconstricción con disminución de los neuropéptidos en las neuronas de primer y segundo orden del complejo trigeminal. El triptano más antiguo y estudiado es el sumatriptán, y posteriormente se han desarrollado otros siete triptanos, entre los que se incluyen zolmitriptán, andrizatriptán, almotriptán, eletriptán, naratriptán, frovatriptán y rizatriptán. Los triptanos recientes ofrecen algunas ventajas clínicas y farmacológicas sobre el sumatriptán, sin embargo su mayor costo en el mercado, lo hace de difícil acceso. Debido que su mecanismo de acción es la vasoconstricción de vasos intracraneales, teóricamente pueden causar vasoconstricción coronaria; por esta razón su uso debe ser evitado en pacientes con infartos, enfermedad coronaria y enfermedad vascular. Su uso se encuentra contraindicado en pacientes con daño hepático, renal o migraña hemipléjica (16).

Ergótico: Fueron los primeros medicamentos descritos en el manejo específico de la migraña, pero su uso ha declinado por la introducción de los triptanos. Los dos principales ergóticos usados en la práctica clínica son la ergotamina y la dihidroergotamina (DHE), cuyo efecto se basa en la estimulación de receptores alfa adrenérgicos y 5HT. La ergotamina es útil en pacientes con migraña leve sin náusea, pues este último es un efecto secundario esperado. La náusea disminuye la biodisponibilidad oral de este medicamento y ha hecho que su uso haya disminuido con el tiempo. Si es utilizado se recomienda utilizarlo por solo 10 días en el mes para prevenir utilización de otros medicamentos durante la cefalea. La DHE tienen menos efectos secundarios que la ergotamina, pero con baja biodisponibilidad vía oral, por lo que se administra por vía intranasal, intramuscular o intravenosa; es utilizada en status migrañoso o cuando la terapia con triptanos falla. Los ergóticos se encuentran contraindicados en pacientes con enfermedad vascular periférica, cardiopatía isquémica y eventos isquémicos cerebrales (16).

2.6 Factores de riesgo

Los factores que generan migraña son variados, Carod y colaboradores (17) se podrían considerar los siguientes: sexo, edad, nivel socioeconómico que

deberían ser evaluados pues se ha evidenciado que también son indicadores de cronicidad, es decir aumentarían el riesgo de migraña crónica.

Según la Guía de Referencia Rápida de Migraña Mexicana se consideran factores de riesgo para la presentación de ataques de migraña (18):

- Dieta con grasas insaturadas
- Quesos, embutidos y enlatados.
- Cítricos
- Vino tinto
- Cafeína y chocolate.
- Tabaco y consumo de alcohol.
- Estados de estrés o estados de ansiedad.
- La edad (más en relación en las mujeres por cambios hormonales a mayor edad).

Camboim y colaboradores encontraron que los factores desencadenantes más comunes fueron el estrés y el ayuno; factores ambientales y hormonales fueron también desencadenantes frecuentes. Más del 90% de los pacientes informaron susceptibilidad a 5 o más factores, y sólo el 2,4% no informó de ningún factor dietético. El gran número de factores desencadenantes detectados en el presente estudio enfatiza la importancia del cuidado y la prevención de estos factores en el manejo de pacientes con migraña. (19)

Rivas y Garcia mencionan que los factores causales frecuentes de migraña son (20):

- 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) (20).

- Esfuerzo físico.
- Estímulos fuertes (ruidos intensos, luces fluorescentes, etc.).
- 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.

CAPITULO III

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1 Objetivo general

Determinar la prevalencia de migraña y factores de riesgo asociados en estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca en el año 2014.

3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar a la población sujeto de estudio según edad, sexo, procedencia, residencia, estado civil y año de estudio.
2. Determinar la frecuencia de factores de riesgo como: antecedentes familiares de migraña, antecedentes de trauma craneoencefálico, consumo semanal excesivo (5 a 7 días a la semana) de grasas, queso, lácteos, enlatados, vino, café y alcohol, tabaquismo, haber repetido el año académico, insomnio, situaciones de estrés académico, uso de anticonceptivos y enfermedades crónicas.
3. Reconocer el grado de asociación entre los factores demográficos y los de riesgo con la presentación de migraña.

3.3 HIPÓTESIS

La prevalencia de migraña en estudiantes de medicina es superior al 10%, siendo mayor en estudiantes de primer año y en sexo masculino, asociado a factores de riesgo.

CAPITULO IV

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio: se realizó un estudio de tipo transversal de prevalencia en un grupo de estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca.

4.2 Área de estudio: El área de estudio fue la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca.

4.3 Universo y muestra: Según datos proporcionados por la Escuela de Medicina, el año académico 2013-2014 incluyó la matriculación de 1563 estudiantes en la Escuela de Medicina, constituyéndose éste el universo, la muestra la calculamos en el programa Epidat en su subprograma cálculo muestral en base a proporciones, bajo las siguientes restricciones:

- Tamaño del universo: 1563 estudiantes matriculados
- Tamaño muestral: 340 estudiantes
- Proporción de migraña esperada: 10% (En base a la estadística propuesta por la OMS (1))
- Nivel de confianza: 95%.
- Precisión absoluta: 5%

Con estos valores el tamaño de la muestra quedó constituido por 309 estudiantes, agregamos un 10% por probables pérdidas quedando constituida la muestra por 340 estudiantes a ser evaluados.

La asignación aleatorizada de los estudiantes se llevó a cabo de la siguiente manera;

1. En orden creciente, los listados de los estudiantes fueron colocados en un listado, en base a este listado cada estudiante recibió un número (ordenado en base a su año de estudio y dentro de este respondiendo a un ordenamiento alfabético)
2. Con todos los estudiantes ordenados en un listado general y con un número específico aleatorizadamente se asignó a los estudiantes a ser

evaluados; los números seleccionados se obtuvieron en el programa Epidat y se pueden observar en el Anexo 1.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

- Se incluyeron estudiantes que estaban cursando la carrera de medicina dentro del año académico 2013-2014.
- Estudiantes seleccionados aleatorizadamente en el programa Epidat.
- Se excluyeron estudiantes que no aceptaron formar parte del trabajo y no firmaron el consentimiento informado.

4.5 Variables

Variable dependiente: Migraña

Variabes independientes: antecedentes familiares de migraña, antecedentes de trauma craneoencefálico, consumo semanal de grasas, queso, lácteos y enlatados; consumo excesivo de vino y café, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, haber repetido el año académico, insomnio, situación de estrés académico, uso de anticonceptivos y enfermedades crónicas.

Variabes intervinientes: edad, sexo, procedencia, residencia, estado civil y año de estudio.

4.5.1 Operacionalización de variables

Nombre de la variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Migraña	Tipo de cefalea que se manifiesta por su presentación pulsátil (latidos) e intensidad entre moderada y severa, iniciado generalmente de forma unilateral, y que se asocia a náuseas y vómitos o susceptibilidad a	Biológica	Autocuestionario para migraña ALCOI 95	Presencia de migraña Ausencia de migraña

	la luz, sonidos y olores. Suele tener una duración comprendida entre 4 y 72 horas. Este dolor fisiológico, en su manifestación repetida, genera un malestar psicológico, de carácter ansioso			
Edad del estudiante	Periodo de tiempo entre el nacimiento hasta la evaluación	Temporal	Tiempo en años	Menor a 19 años 20-22 años 23-25 años Mayor a 25 años
Sexo del estudiante	Características fenotípicas que determinan las diferencias entre hombre y mujer.	Biológica	Caracteres sexuales secundarios.	Masculino Femenino
Procedencia	Lugar de nacimiento en relación a la distribución del espacio de la ciudad.	Geográfica	Encuesta	Zona Urbana Zona Rural
Residencia	Lugar de vivienda en relación a la distribución del espacio de la ciudad.	Geográfica	Encuesta	Zona Urbana Zona Rural
Estado civil	Situación legal en relación a su pareja.	Legal	Encuesta	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre
Ciclo de estudio	Localización del estudiante según la escala de años de estudio para la aprobación de la carrera	Educativa	Carnet	Primero Segundo Tercero Cuarto Quinto Sexto Séptimo Octavo Noveno

				Decimo Décimo primero Décimo segundo
Antecedentes familiares de migraña	Presencia en los familiares directos del estudiantes de diagnóstico de migraña	Biológica	Encuesta	Si No
Antecedentes de TEC	Presencia de TEC en el pasado médico del estudiante.	Biológico	Encuesta	Si No
Consumo de grasas	Numero de porciones de grasas que consume en la semana	Nutricional	Consumo semanal 1 día a la semana Entre 2 y 4 días Entre 5 y 7 días.	Consumo bajo Consumo medio Consumo elevado
Consumo de lácteos	Cantidad de días a la semana que consumen lácteos (ya sea queso o leche u otros derivados)	Nutricional	Consumo semanal 1 día a la semana Entre 2 y 4 días Entre 5 y 7 días.	Consumo bajo Consumo medio Consumo elevado
Consumo de alimentos enlatados	Cantidad de días a la semana que consumen alimentos enlatados	Nutricional	Consumo semanal 1 día a la semana Entre 2 y 4 días Entre 5 y 7 días.	Consumo bajo Consumo medio Consumo elevado
Consumo de vino o alcohol	Cantidad de días a la semana que consumen vino o bebidas alcohólicas	Nutricional	Consumo semanal 1 día a la semana Entre 2 y 4 días Entre 5 y 7 días.	Consumo bajo Consumo medio Consumo elevado
Tabaquismo	Consumo de tabaco	Biológica	Encuesta	Si fuma No fuma
Repetición de año académico	Estudiantes que se encuentran repitiendo por	Académica	Encuesta	Si No

	primera vez el año académico actual			
Insomnio	Dificultad para iniciar o mantener el sueño y puede manifestarse como dificultad para conciliar el sueño	Clínica	Encuesta	Si No
Situaciones académicas de estrés	Reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación académica	Biológica/psicológica	Encuesta	Exámenes Pruebas Trabajos Final del año Malas notas
Uso de métodos anticonceptivos	Uso de métodos impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones	Biológica	Encuesta	Si No
Enfermedades crónicas	Patología de larga evolución y de aparición insidiosa	Biológica	Encuesta	Si No En caso de responder si, cual enfermedad.

4.6 Métodos, técnicas e instrumentos

Métodos: Se llevó a cabo este estudio, mediante un método observacional.

Técnicas:

- La técnica utilizada fue la entrevista con los estudiantes seleccionados, de esta manera se consultó sobre criterios diagnósticos de la presentación de migraña así como la investigación de los factores de riesgo.

Instrumentos: Formulario de recolección de datos y Autocuestionario de Migraña ALCOI 95; este cuestionario ha sido validado para su uso en nuestro idioma, según Medina y colaboradores este cuestionario ofrece las mejores cifras de validación publicadas en la literatura para migraña con una sensibilidad, especificidad, valor predictivo e índice de concordancia de Kappa de 100% respectivamente y un consentimiento informado (Anexo 2 y 3). (21)

Posteriormente siguiendo los criterios de la Sociedad Internacional de las Cefaleas (IHS) aceptados internacionalmente; se clasificaran los mismos en casos de migraña con aura (clásica) y migraña sin aura (común). (Anexo 4) (23)

4.7 Procedimientos

4.7.1 Autorización: Fue requerida y obtenida la autorización de la Escuela de Medicina, del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas y la autorización del estudiante seleccionado en el sorteo.

4.7.2 Capacitación: La capacitación se llevó a cabo para la valoración adecuada del Auto cuestionario de Migraña ALCOI 95; en caso de duda diagnóstica se recurrió al Dr. Fernando Estévez Especialista en Neurología y director de este trabajo de investigación.

4.7.3 Revisión: En todo el proceso investigativo se contó con la revisión del director de tesis Dr. Fernando Estévez y asesor Dr. Adrian Sacoto.

4.8 Plan de análisis de datos

Los datos fueron ingresados en un base en el Excel para su posterior migración a SPSS 15.0 para Windows, con la ayuda de esta base de datos se procedió al análisis de los resultados se obtuvieron medidas estadísticas descriptivas: frecuencias relativas, medidas de tendencia central, medidas de dispersión; para la evaluación de la asociación entre los factores de riesgo y migraña se utilizó el estadístico Chi cuadrado de Pearson, para medir la magnitud de la asociación la Razón de prevalencia (RP) y para la significancia estadística el valor de p (con un 95% de confianza), en base a la distribución de datos según el formato siguiente:

Antecedentes familiares de migraña	Con migraña	Sin migraña	Total	RP IC 95%	Chi cuadrado	p
Si	a	b	a+b			
No	c	d	c+d			
Total	a+c	b+d	a+b+c+d			

4.9 Aspectos éticos

El manejo de la información fue exclusivamente para motivos investigativos, los formularios fueron anónimos, no se divulgaron los datos personales, se cuenta con un documento de consentimiento informado para que el estudiante libre y voluntariamente plasme su deseo de participar.

CAPITULO V

5. RESULTADOS

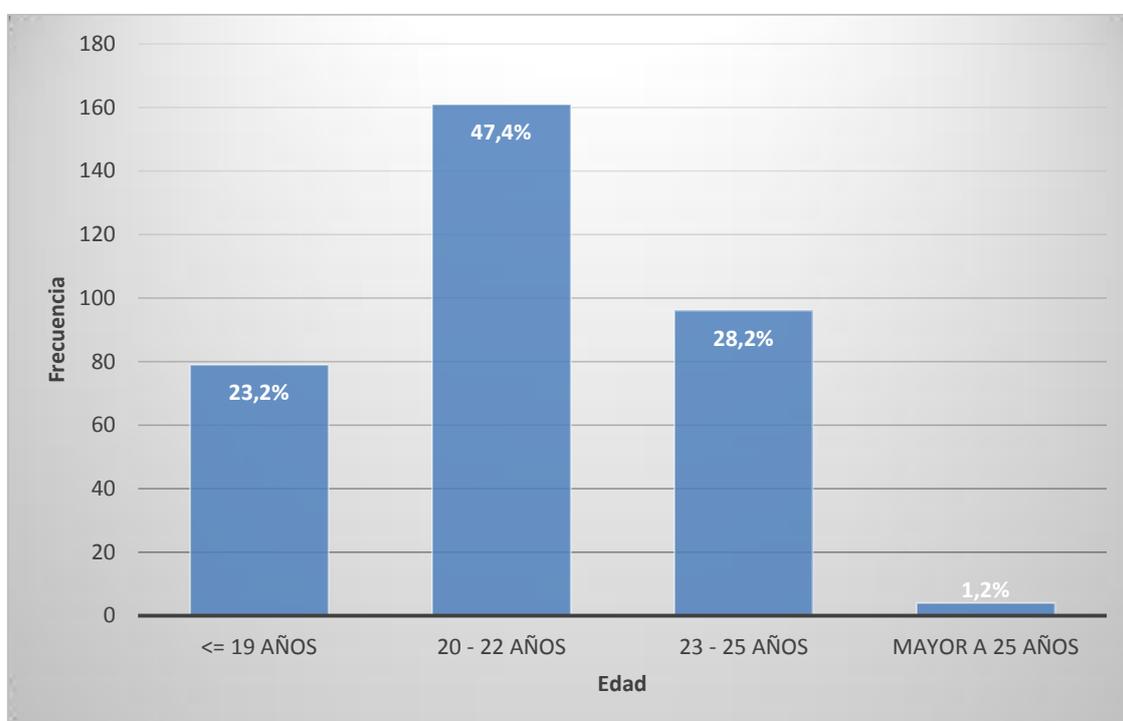
5.1 Cumplimiento del estudio

El estudio reunió los datos de 340 estudiantes de medicina, se recogió la totalidad de la muestra sin inconvenientes; no se registraron problemas con el formulario de recolección de datos y los resultados se presentan a continuación:

5.2 Análisis demográfico

5.2.1 Edad

Gráfico 1. Distribución de 340 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, según edad, Cuenca 2015.

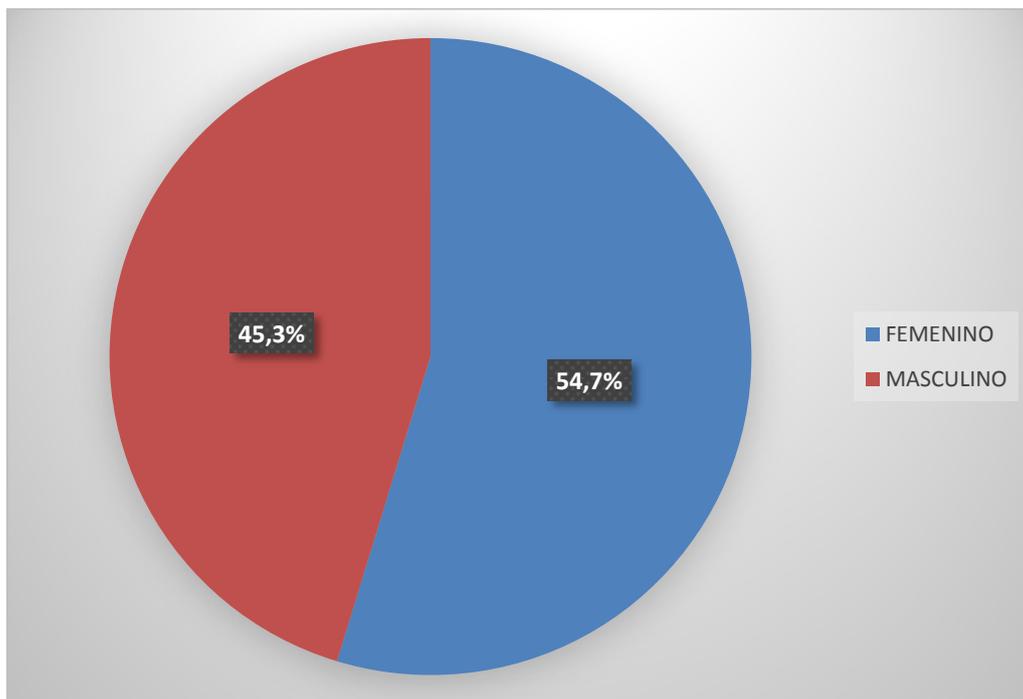


Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Naula M y Novillo C.

En la población que hemos estudiado el grupo de mayor edad fue el de 20-22 años con el 47,4% seguido del grupo de pacientes entre 23-25 años con el 28,2%; ubicando la media en 21,26 años con una desviación estándar de 2,03 años.

5.2.2 Sexo

Gráfico 2. Distribución de 340 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, según sexo, Cuenca 2015.

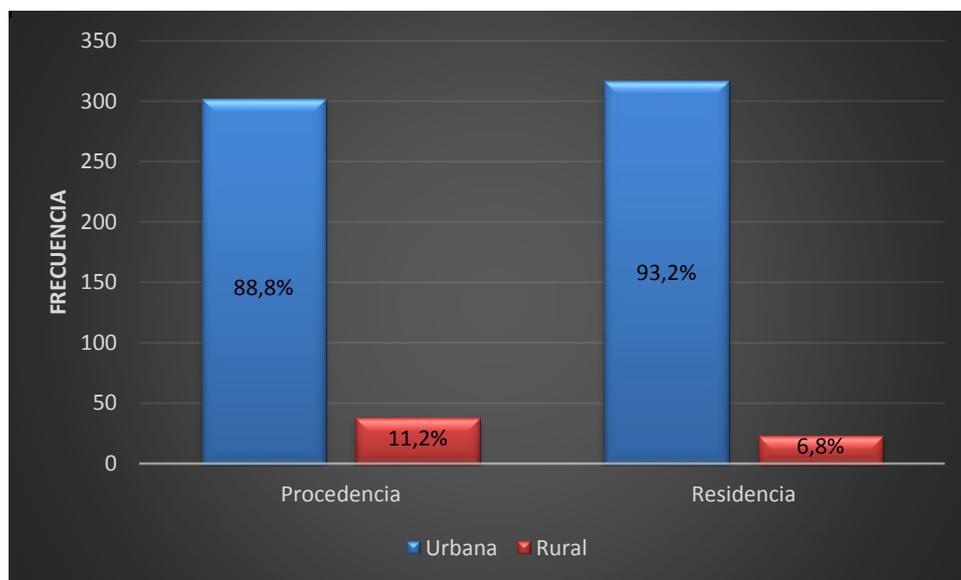


Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Naula M y Novillo C.

El sexo más prevalente fue el femenino con el 54,7% del total de la población.

5.2.3 Procedencia y residencia

Gráfico 3. Distribución de 340 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, según procedencia y residencia, Cuenca 2015.

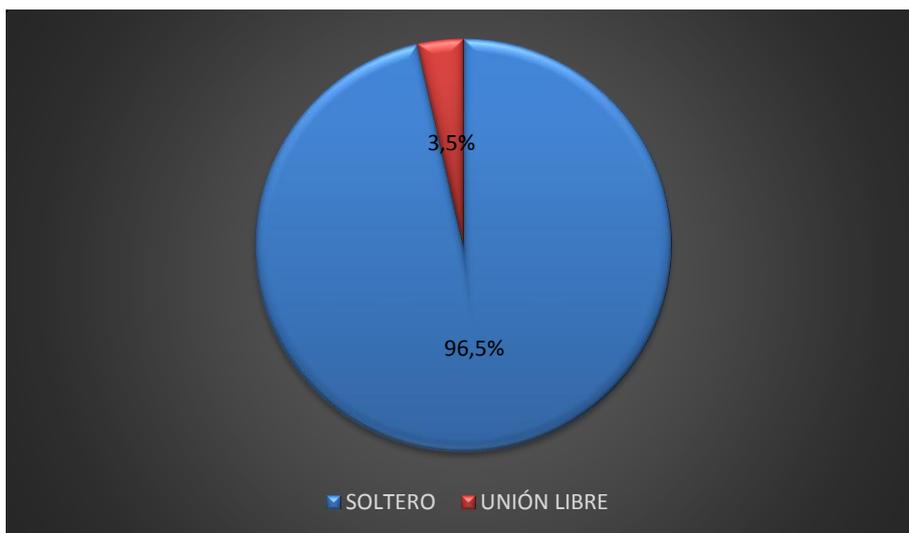


Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Naula M y Novillo C.

Tanto la residencia como la procedencia de los estudiantes fueron urbana en la mayoría de los casos, 93,2% y 88,8% respectivamente.

5.2.4 Estado civil

Gráfico 4. Distribución de 340 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, según estado civil, Cuenca 2015.

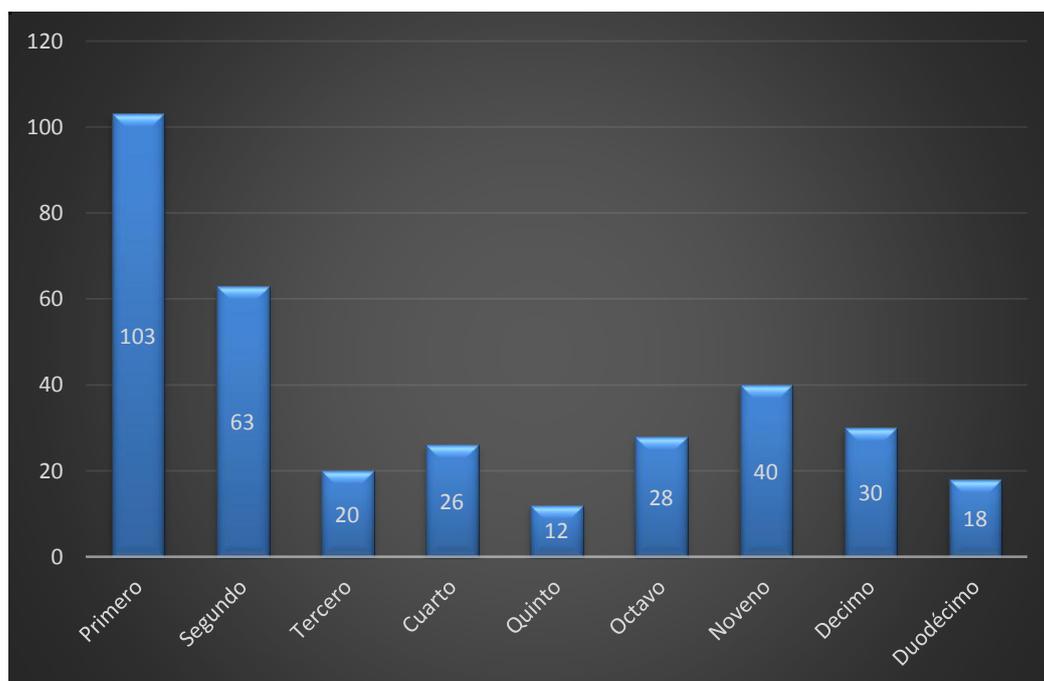


Fuente: Formulario de recolección de datos
 Elaborado por: Naula M y Novillo C.

La mayoría de los estudiantes fueron solteros, representaron el 96,5%; mientras que el 3,5% se encontraba en unión libre.

5.3 Ciclo de estudio

Gráfico 5. Distribución de 340 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, según ciclo de estudio, Cuenca 2015.

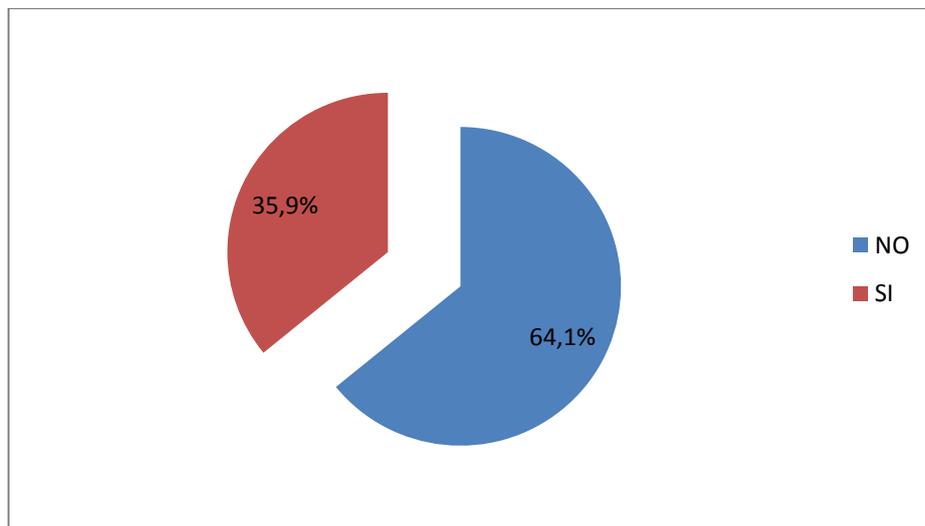


Fuente: Formulario de recolección de datos
 Elaborado por: Naula M y Novillo C.

La muestra estuvo constituida por estudiantes de varios ciclos siendo los más prevalentes los estudiantes de Primer ciclo con el 30,3%.

5.4 Antecedentes familiares de migraña

Gráfico 6. Distribución de 340 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, según antecedentes familiares de migraña, Cuenca 2015.

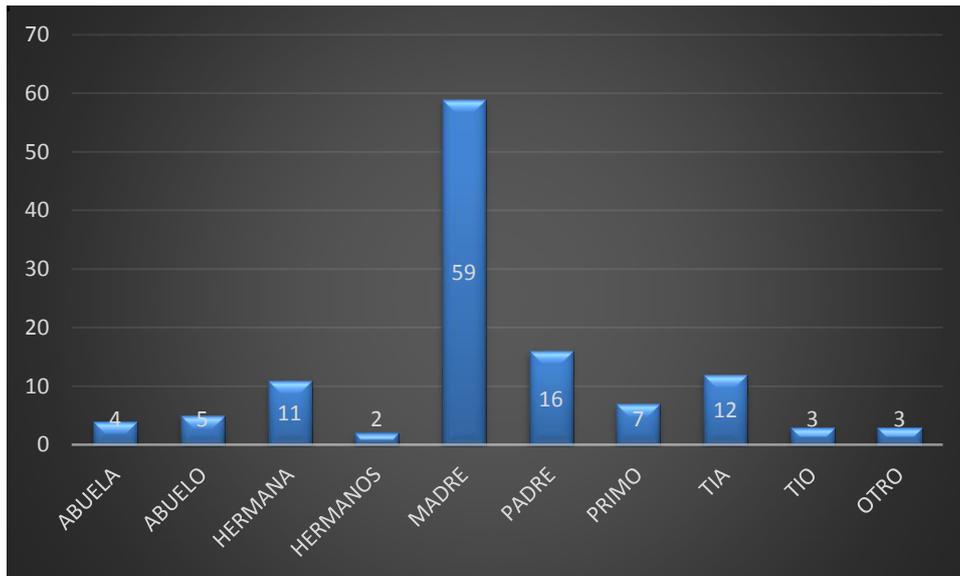


Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Naula M y Novillo C.

Existió un 35,9% de estudiantes de medicina que refirieron tener antecedentes familiares de migraña, prácticamente 1 de cada 3 estudiantes.

5.4.1 Tipo de familiar con migraña

Gráfico 7. Distribución de 122 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca con antecedentes familiares de migraña, según tipo de familiar, Cuenca 2015.

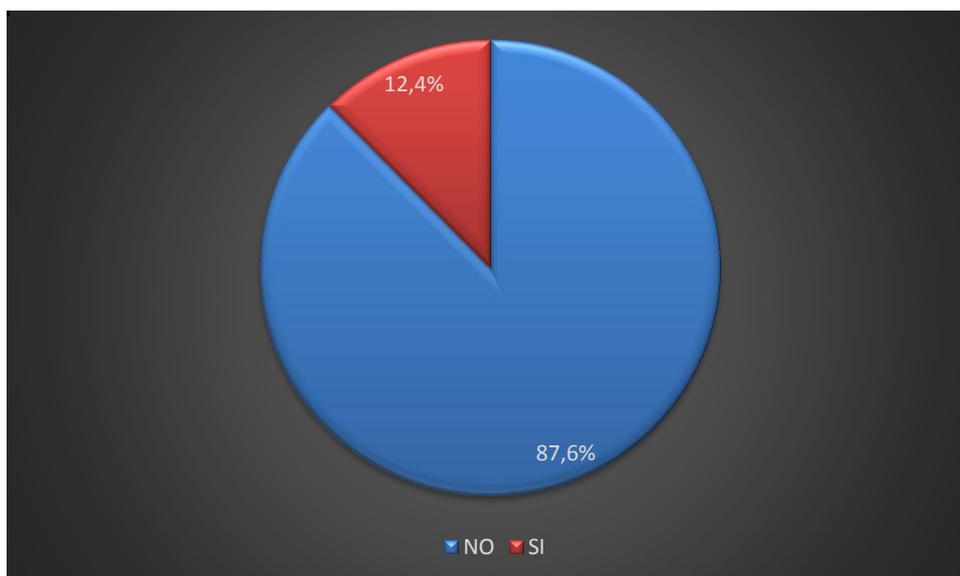


Fuente: Formulario de recolección de datos
 Elaborado por: Naula M y Novillo C.

De la totalidad de estudiantes con antecedentes familiares de migraña (122); en el 48,4% de los casos el familiar afectado fue la madre.

5.5 Antecedentes de TEC

Gráfico 8. Distribución de 340 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, antecedentes de TEC, Cuenca 2015.

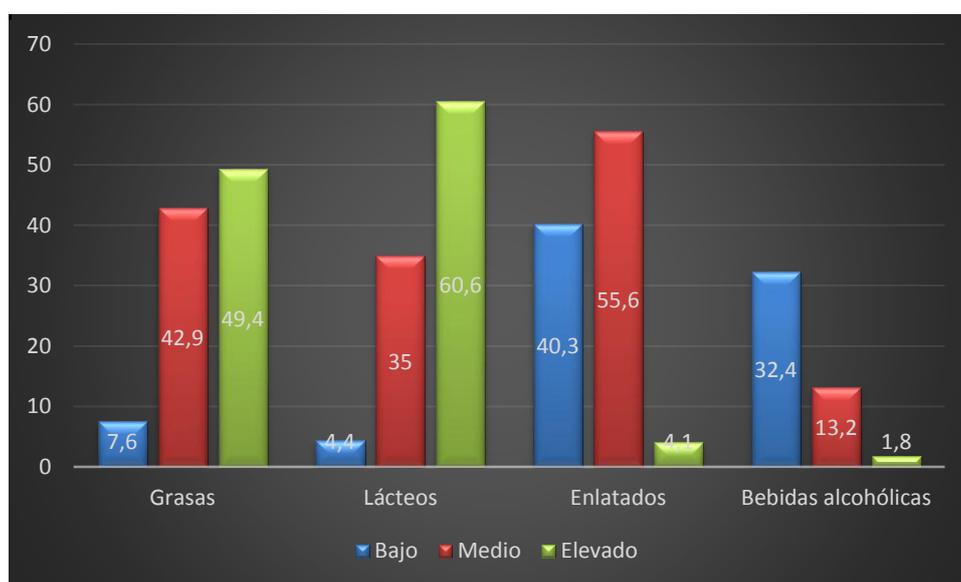


Fuente: Formulario de recolección de datos
 Elaborado por: Naula M y Novillo C.

Los antecedentes de trauma craneal en la población alcanzaron un 12,4%. Teniendo en cuenta que para que se produzca migraña el factor de trauma craneo encefálico en la clasificación tendrá que ser moderado, además, debemos considerar que la encuesta realizada fue a estudiantes de medicina con conocimientos acerca del tema.

5.6 Patrones alimenticios

Gráfico 9. Distribución de 340 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, según patrones alimenticios, Cuenca 2015.

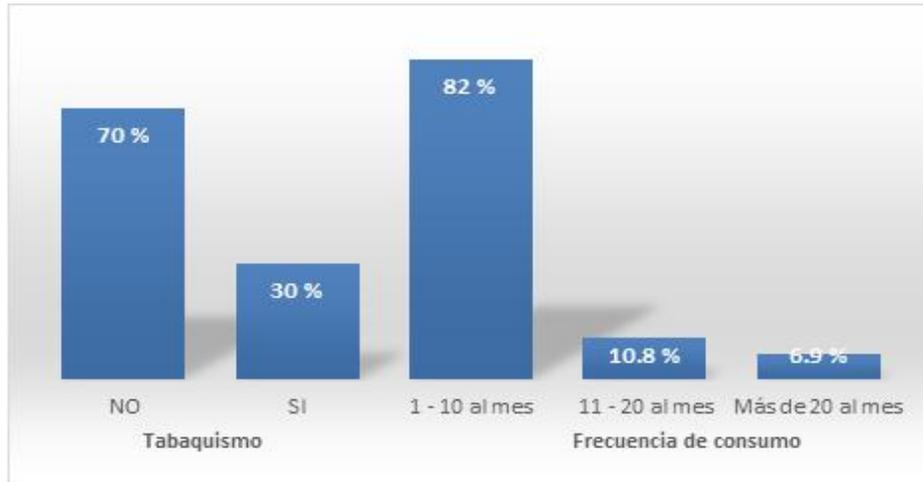


Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Naula M y Novillo C.

Los consumos de los distintos productos fueron ordenados según la escala que se puede ver en la operacionalización de variables, de esta manera nos centramos en la población con consumo elevado: de grasas el 49,4%; de Lácteos 60,6%; de alimentos enlatados 4,1% y de vino o bebidas alcohólicas un 1,8%. Se apunta que el 52,6% de la población no consume alcohol, este dato no se graficó

5.7 Antecedentes de tabaquismo

Gráfico 10. Distribución de 340 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, según antecedentes de tabaquismo, Cuenca 2015.

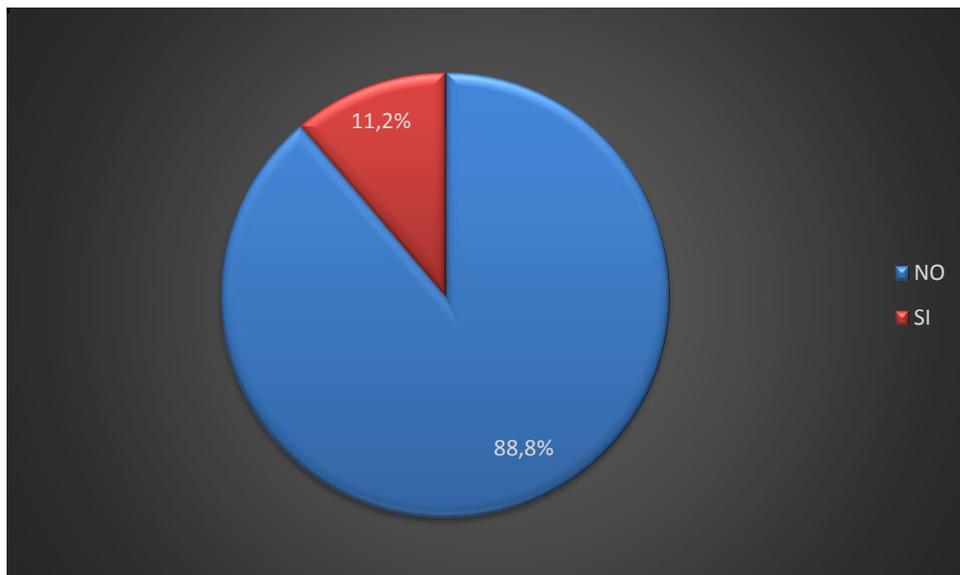


Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Naula M y Novillo C.

La frecuencia de tabaquismo fue del 30% y de esta población que fuma (102 estudiantes) el 82,4% consumía entre 1 a 10 cigarrillos al mes como frecuencia.

5.8 Repetición de año lectivo

Gráfico 11. Distribución de 340 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, según antecedentes de repetición de año lectivo, Cuenca 2015.

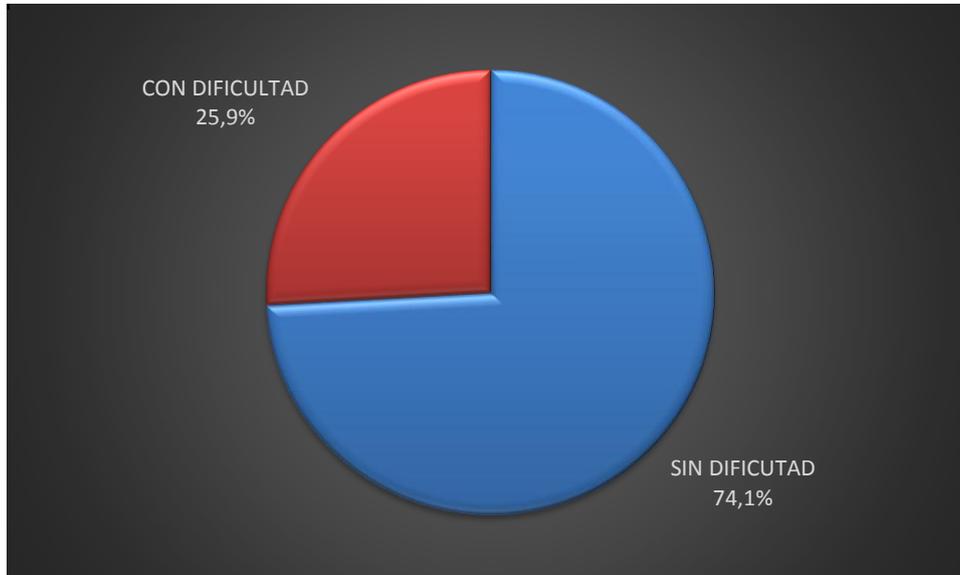


Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Naula M y Novillo C.

La frecuencia de estudiantes que se hallaron repitiendo el año fue de un 11,2%.

5.9 Dificultades en el sueño

Gráfico 12. Distribución de 340 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, según antecedentes de dificultad en el sueño, Cuenca 2015.

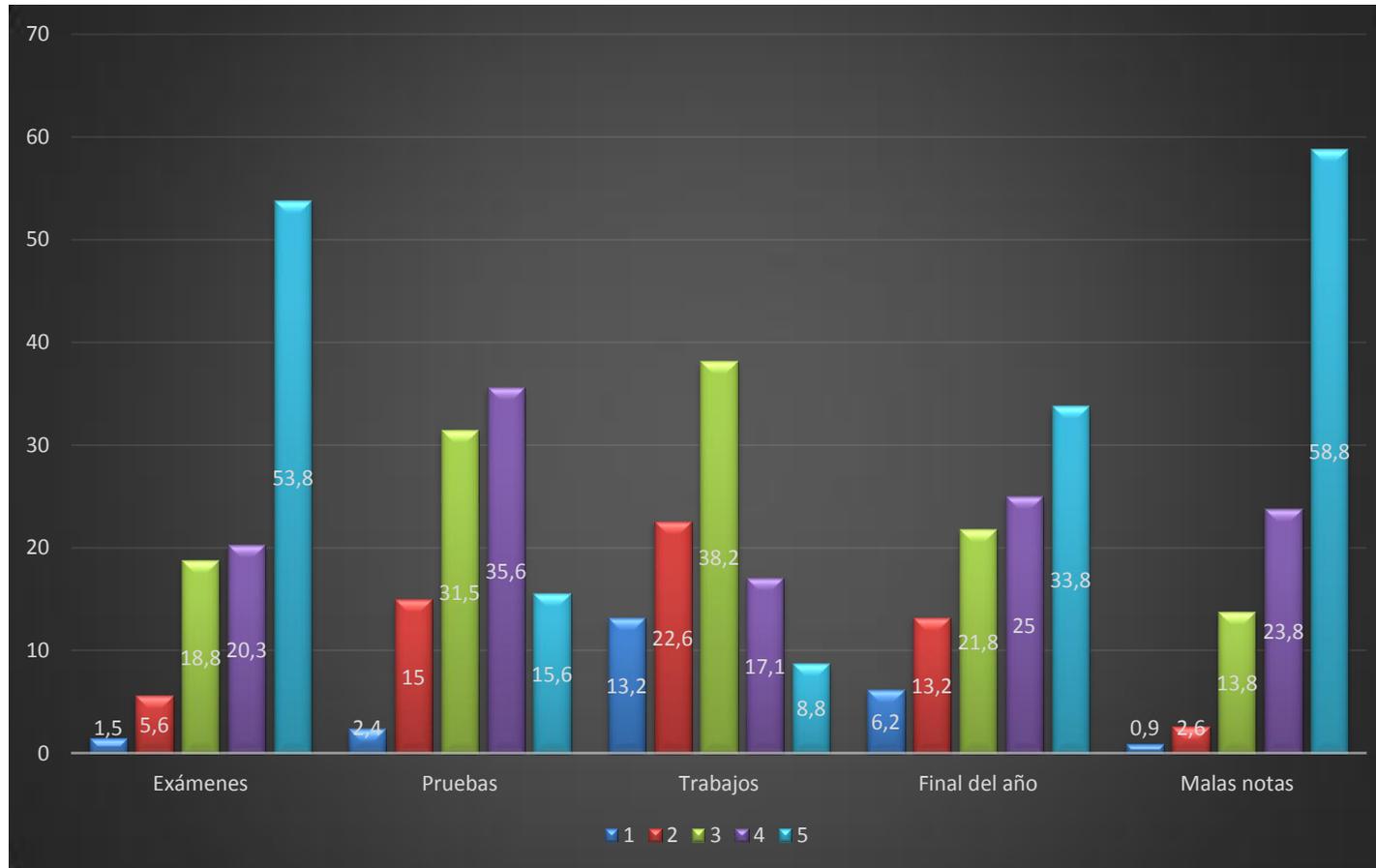


Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Naula M y Novillo C.

La frecuencia de dificultad para el sueño se ubicó en 25,9%.

5.10 Niveles de estrés

Gráfico 13. Distribución de 340 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, según niveles de estrés, Cuenca 2015.

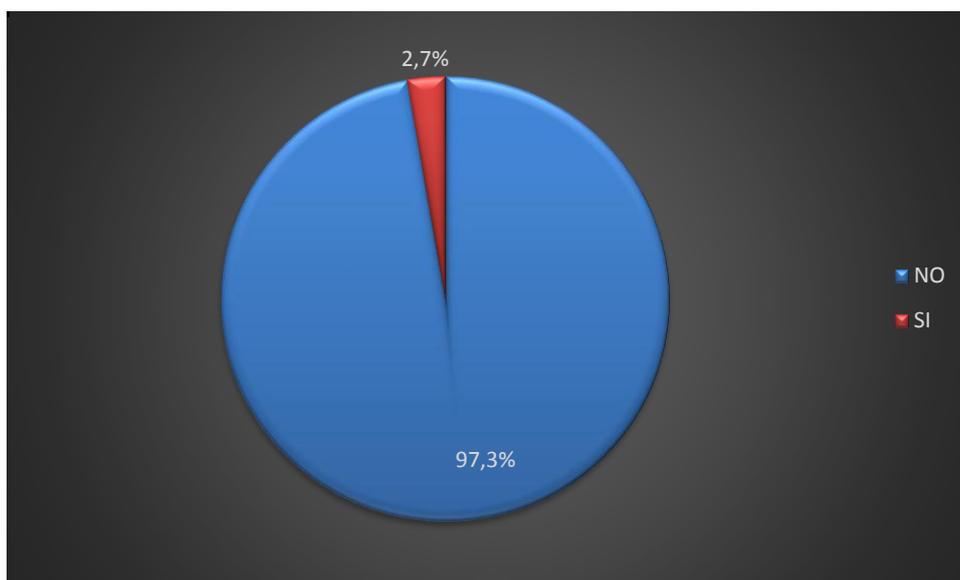


Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Naula M y Novillo C.

Se analizaron las situaciones de estrés y su nivel de afectación, dentro del estrés máximo (puntaje de 5 en la escala) se encontró que las malas notas fueron la situación con mayor nivel de estrés para los estudiantes; mientras que los trabajos fue la situación con menor nivel de estrés.

5.11 Uso de anticonceptivos

Gráfico 14. Distribución de 186 mujeres estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, según uso de anticonceptivos, Cuenca 2015.

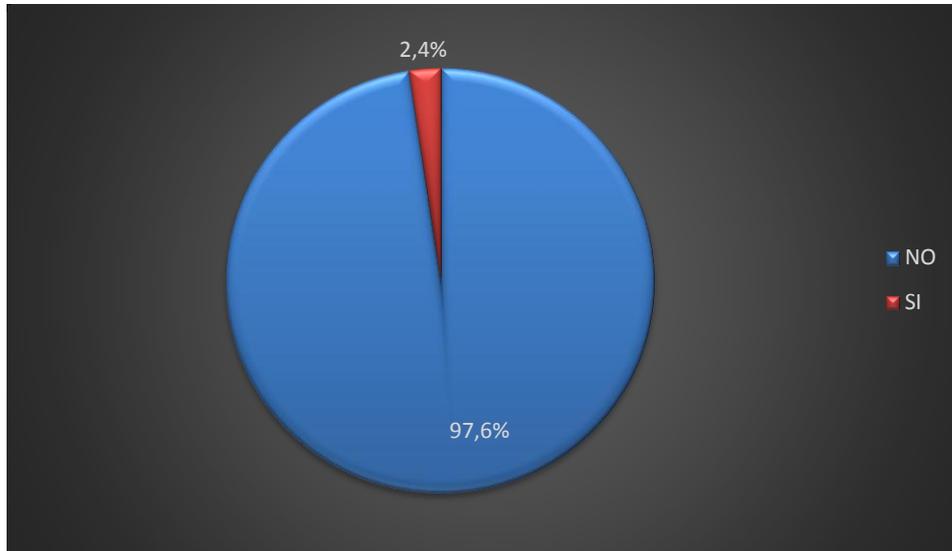


Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Naula M y Novillo C.

Del total de la población de sexo femenino el 2,7% refirió utilizar un método anticonceptivo; de estos 5 casos 2 utilizaron implante y 2 métodos hormonales inyectables 1 estudiante no respondió la pregunta.

5.12 Antecedente personal de enfermedades crónicas

Gráfico 15. Distribución de 340 estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, según antecedentes de enfermedades crónicas, Cuenca 2015.

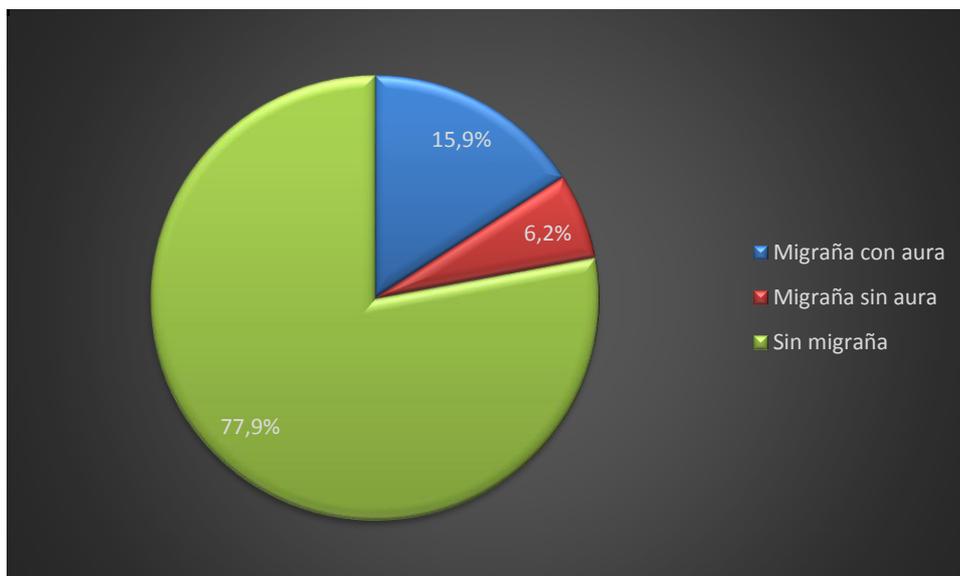


Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Naula M y Novillo C.

La frecuencia de enfermedades crónicas fue de 2,4% (8 casos) de los cuales el 25% presento asma, el 25% gastropatía y el 50% rinitis alérgica.

5.13 Prevalencia de migraña

Gráfico 16. Distribución de 236 estudiantes con cefalea en los últimos 12 meses, según prevalencia de migraña, Cuenca 2015.



Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Naula M y Novillo C.

Tras analizar los 436 casos de estudiantes que habían presentado cefalea en el último año, el 15,9% presentó características de migraña con aura y el 6,2% migraña sin aura; dando una prevalencia general de migrañas del 22,1% del total de la población.

5.14 Prevalencia de migraña según factores demográficos

Para la realización de las siguientes tablas se consideró como población sana (sin migraña) a los estudiantes que a pesar de haber tenido cefalea en el último año no presentan criterios de la International Headache Society (IHS) para considerarse migraña, además de la población obviamente que no había poseído cefalea en el último año.

Tabla 1. Distribución de la prevalencia de migraña según variables demográficas, Cuenca 2015.

Variables	Migraña		Chi cuadrado	p
	Presenta %	No presenta %		
Edad				
<= 19 años	17,7	82,3	4,13	0,24
20 - 22 años	21,1	78,9		
23 - 25 años	28,1	71,9		
Mayor a 25 años	0	100		
Sexo				
Femenino	26,3	73,7	4,38	0,03
Masculino	16,9	83,1		
Procedencia				
Rural	31,6	68,4	2,25	0,13
Urbana	20,9	79,1		
Residencia				
Rural	34,8	65,2	2,32	0,12
Urbana	21,1	78,9		
Estado Civil				
Soltero	22,3	77,7	0,21	0,64
Unión libre	16,7	83,3		
Ciclo				
Primero	16,5	83,5		
Segundo	20,6	79,4		
Tercero	15	85		

Cuarto	30,8	69,2	30,62	0.00
Quinto	33,3	66,7		
Octavo	57,1	42,9		
Noveno	10	90		
Decimo	13,3	86,7		
Duodécimo	33,3	66,7		

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Naula M y Novillo

Se puede observar en la tabla que en las poblaciones donde la prevalencia de migraña es mayor fue: estudiantes de 23-25 años; en lo que respecta a la edad también se ve una correlación entre la edad y la migraña a medida que aumenta la edad también lo hace las cifras de migraña; el sexo femenino fue el más afectado en comparación con el sexo masculino; fue más frecuente en estudiantes tanto provenientes como residentes en el área rural, por último los estudiantes más afectados estudiaban en octavo ciclo con el 57,1%; se halló significancia estadística para las variables: sexo y curso de estudio.

5.14 Prevalencia de migraña y factores asociados

Algunos factores se han dicotomizado en base a lo propuesto en la operacionalización de variables, de esta manera se pueden llevar a cabo las tablas de contingencia y su análisis que se muestra a continuación.

5.14.1 Antecedentes familiares y personales

Tabla 2. Distribución de la prevalencia de migraña y su asociación con antecedentes familiares y personales, Cuenca 2015.

Variables	Migraña		RR (IC 95%)	Chi cuadrado	p
	Presenta	No presenta			
	%	%			
Antecedentes familiares de migraña					
Presente	36,1	63,9	2,5 (1,6-3,7)	21,71	0,00
Ausente	14,2	85,8			
Antecedentes de trauma cráneo encefálico					
Presente	35,7	64,3	1,7 (1,1-2,8)	5,19	0,02
Ausente	20,1	79,9			
Tabaquismo					
Presente	15,7	84,3	0,6 (0,3-1)	3,44	0,06
Ausente	24,8	75,2			
Insomnio					
Presente	29,5	70,5	1,5 (1-2,2)	3,8	0,04
Ausente	19,4	80,6			
Enfermedades crónicas					
Si	50	50	2,3 (1,1-4,8)	3,7	0,0053
No	21,4	78,6			

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Naula M y Novillo

Se puede observar en la tabla que los factores que hemos analizado y se comportaron como de riesgo (RP significativa) fueron: los antecedentes familiares de migraña, de trauma cráneo encefálico, la presentación de insomnio y las enfermedades crónicas; obviamente en esta población fue mayor la prevalencia de migraña; el tabaquismo no fue estadísticamente significativo ($p > 0,05$).

5.14.2 Factores asociados alimenticios

Tabla 3. Distribución de la prevalencia de migraña y su asociación con factores alimenticios, Cuenca 2015.

Variables	Migraña		RP (IC 95%)	Chi cuadrado	p
	Presenta	No presenta			
	%	%			
Consumo de grasas					
Elevado	24,4	75,6	1,2 (0,8-1,8)	1,06	0,3
No elevado	19,8	80,2			
Consumo de lácteos					
Elevado	24,8	75,2	1,3 (0,8-2,1)	2,21	0,13
No elevado	17,9	82,1			
Consumo de alimentos enlatados					
Elevado	28,6	71,4	1,3 (0,5-3)	0,36	0,54
No elevado	21,8	78,2			
Consumo de bebidas alcohólicas					
Elevado	33,3	66,7	1,5 (0,4-4,8)	0,45	0,5
No elevado	21,9	78,1			

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Naula M y Novillo

Se encontró que si bien es cierto en las poblaciones que presentaron consumo elevado de los distintos alimentos y bebidas evaluados tuvieron mayor frecuencia de migraña no fueron estadísticamente significativos.

5.14.3 Situaciones de estrés

Tabla 4. Distribución de la prevalencia de migraña y su asociación con situaciones de estrés, Cuenca 2015.

Variables	Migraña		RP (IC 95%)	Chi cuadrado	p
	Presenta	No presenta			
	%	%			
Nivel de estrés ante los exámenes					
Intenso	23,8	76,2	1,3 (0,8-2,3)	1,73	0,188
Medio/bajo	17	83			
Nivel de estrés ante pruebas académicas					
Intenso	23	77	1 (0,7-1,6)	0,17	0,67
Medio/bajo	21,1	78,9			
Nivel de estrés frente a la presentación de trabajos					
Intenso	22,7	77,3	1 (0,6-1,6)		
Medio/bajo	21,8	78,2			
Nivel de estrés ante la finalización del año lectivo					
Intenso	23	77	1,1 (0,7-1,6)	0,25	0,61
Medio/bajo	20,7	79,3			
Nivel de estrés ante la presencia de malas notas					
Intenso	22,8	77,2	1,2 (0,6-2,1)	0,48	0,48
Medio/bajo	18,6	81,4			
Repetición del año lectivo					
Si	28,9	71,1	1,3 (0,7-2,3)	1,18	0,27
No	21,2	78,8			

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Naula M y Novillo

Ninguna situación de estrés intenso represento ser un factor de riesgo para la presentación de migraña, el factor más estresante y el que más migraña presentó fue la repetición del año con un 28,9%.

5.14.4 Uso de anticonceptivos y migraña

Tabla 5. Distribución de la prevalencia de migraña y su asociación con uso de anticonceptivos, Cuenca 2015.

Uso de anticonceptivos	Migraña		RP (IC 95%)	Chi cuadrado	p
	Presenta	No presenta			
	%	%			
Si	0	100	NC	1,83	0,175
No	27,1	72,9			

Se analizan únicamente a las estudiantes de sexo femenino que suman 186 casos, en la población que usaba anticonceptivos (5 casos) ninguno de estos casos presento migraña; la frecuencia de cero antes mencionada no permite medir el riesgo NC= no corresponde.

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

La migraña es una patología frecuente, las cifras varían dependiendo de las series publicadas. La OMS (1) refiere un 1,7% a un 4%; una frecuencia que se debe evaluar en nuestra población; así también existen valores elevados como el encontrado por Silva y colaboradores (2) que ubica la frecuencia en un 14%. En estudiantes de Medicina en el año 2011 Aldo y colaboradores (5) encontraron una prevalencia de un 31,1%; en este estudio se usó la misma herramienta que en nuestra población es decir el Cuestionario ALCOI 95; como se puede observar la frecuencia varía de la población general a la de los estudiantes de Medicina en quienes es mayor.

En nuestra población la prevalencia de migraña en estudiantes de medicina se ubicó en 22,1% de los cuales el 15,9% migraña con aura y el 6,2% de migraña sin aura; podemos observar que esta frecuencia es menor a la reportada por el estudio peruano (5) pero mayor a la de la OMS (1).

En base a otras frecuencias, observamos que la migraña en nuestros estudiantes es variable; es así como Rueda (3) encontró una frecuencia del 29,8% en una muestra colombiana de estudiantes; Heras (4) en una muestra mexicana de estudiantes de primer año de medicina la situó en un 52% en el sexo masculino y en un 80% en el sexo femenino, al respecto del sexo en nuestra población la migraña fue mayor en el sexo femenino al igual que en el estudio mencionado aunque en mucha menor frecuencia (26,3%).

La frecuencia de migraña encontrada en nuestros estudiantes es baja si la comparamos con el estudio de Campo y colaboradores (6) quienes en 125 estudiantes universitarios encontraron que la prevalencia de migraña con aura se ubica en 51,2%; en nuestro estudio la migraña con aura fue de un 15,9%; estos autores también encontraron que el tabaco en la presentación de migraña se comporta como factor protector en el sexo femenino, sin embargo concluyen que el tipo de estudio que presentaron no permitió realizar un estudio de causalidad; al igual que en nuestra población el tabaquismo no presentó cifras estadísticamente significativas.

Smitherman y colaboradores (4) encontraron que el 25,83% de estudiantes presentaron criterios de migraña, y esta patología afecta la calidad de vida, así como una mayor frecuencia de días escolares perdidos, además provocó deterioro de la actividad en el hogar y visitas al médico; evidentemente esta frecuencia se parece a la nuestra (aunque sigue siendo mayor) pero lo rescatable de este estudio es que ya se demuestran los efectos de la migraña no solo en el campo educacional.

La frecuencia de los factores de riesgo asociados en nuestra población fue la siguiente: antecedentes de migraña en la familia 35,9%; antecedentes de trauma craneal con un 12,4%; consumo elevado de grasas; 49,4%; de lácteos 60,6%; de alimentos enlatados 4,1%; vino o bebidas alcohólicas 1,8%; antecedentes de tabaquismo 30%; repetición de año lectivo 11,2%; insomnio 25,9%; situaciones estresantes siendo la más frecuente o intensa las malas notas con puntajes de 5 (mayor intensidad en el 58,8% de los casos); se puede evidenciar que los factores poseen distintas frecuencias, siendo el más representativo los niveles de estrés y los consumos de alimentos inadecuados.

Ahora bien, analizando los factores antes mencionados con la presentación de migraña, el primer factor en llamar la atención fueron los antecedentes familiares de migraña donde en esta población el 36,1% de los estudiantes presentaron migraña versus el 14,2% en la población que no poseía antecedentes familiares; al analizar el riesgo se encontró que este tipo de antecedentes aumenta en 2,5 (IC 95% 1,6-3,7) veces el riesgo de migraña; con un valor de $p=0.00$; al respecto de esta variable la Guía de referencia Rápida de México (18) menciona que al abordar a un paciente con migraña siempre se debe contemplar los antecedentes familiares pues repercuten de manera directa en la presentación de esta patología. Según la National Headache Foundation (24) aproximadamente entre un 70% a un 80% de las personas afectadas por migraña poseen antecedentes familiares de esta patología.

Por último, Miralles (25) menciona que se encuentran antecedentes familiares en parientes de primer grado (abuelos, padres, hermanos e hijos) en el 70% de los casos sin que se haya podido establecer un patrón de herencia incluso tras estudios con gemelos homocigotos; la International Association for the Study of

Pain (26) en el año 2012 consideró en su artículo que los resultados de los estudios en gemelos sugieren que los factores genéticos subyacen en aproximadamente un tercio de la distribución familiar de la migraña. Otro factor que hemos estudiado y que aumenta el riesgo de migraña en 1,7 (IC 95% 1,1-2,8) fue los antecedentes de trauma craneal en esta población; en la población con este factor de riesgo la frecuencia de migraña fue de 35,7% en comparación con el 20,1% en la población que no poseía este factor de riesgo; es así como este factor también incide directamente en la presentación de migraña en nuestros estudiantes; Arauz (27) en su estudio considera que las personas que en algún momento presentaron TCE pueden desarrollar uno o varios tipos de cefalea, aunque menciona que la migraña post traumática es una entidad de rara presencia y los hallazgos clínicos son idénticos a la migraña no traumática pudiendo ser con aura o sin ella.

Zasler (28) menciona que la cefalea post traumática puede presentar diferentes características incluso de migraña; Meli (29) menciona que la cefalea es el síntoma más prevalente del síndrome post traumático (SPT).

Sevillano y colaboradores (30) en un estudio sobre pacientes con migraña encontraron que en la población con insomnio la frecuencia de migraña con aura es de 37,5% y en la población sin aura fue de 37,37%; esta frecuencia resulta mayor a la encontrada en nuestra población; sin embargo el estudio que hemos citado se encontró que el insomnio presentó un OR de 0,91 (IC 95% 0,44-1,87) sin encontrar significancia estadística; a diferencia de nuestro estudio donde esta variable sí mostró asociación. Según el Instituto del Sueño (31) “la variación del ritmo de sueño, sea por exceso o por defecto, se reconoce como desencadenante de crisis.

Las enfermedades crónicas aunque presentaron frecuencia baja, fueron lo suficiente para presentar significancia estadística con una RP de 2.3 (IC 95% 1,1-4,8); las enfermedades crónicas más frecuentes detectadas fueron asma, gastropatía y rinitis alérgica; con relación al asma y rinitis alérgica podrían relacionarse con atopias en la infancia, Muñoz y colaboradores (32) encontraron en un estudio retrospectivo de casos y controles que en pacientes con asma la frecuencia de migraña fue de 15,6%.

CAPITULO VII

7. CONCLUSIONES

- Se estudiaron 340 estudiantes de medicina con una media de edad de 21,26 años y en el 54,4% de los casos de sexo femenino.
- La prevalencia de migraña tras la aplicación de los criterios de la International Headache Society (IHS) fue: de un 22,1% la misma que contemplo el 15,9% migraña con aura y el 6,2% migraña sin aura.
- La frecuencia de los factores de riesgo asociados en nuestra población fue la siguiente: antecedentes de migraña en la familia 35,9%; antecedentes de trauma craneo encefálico con un 12,4%; consumo elevado de grasas; 49,4%; de lácteos 60,6%; de alimentos enlatados 4,1%; vino o bebidas alcohólicas 1,8%; antecedentes de tabaquismo 30%; repetición de año lectivo 11,2%; insomnio 25,9%; situaciones estresantes siendo la más frecuente o intensa las malas notas con puntajes de 5 (mayor intensidad en el 58,8% de los casos); y el uso de anticonceptivos en el sexo femenino del 2,7%.
- La prevalencia de migraña fue mayor en los siguientes grupos: de edad entre 23-25 años con el 28,1%; de sexo femenino con el 26,3%; de residencia y procedencia rural con el 31,6% y 34,8% respectivamente; solteros 22,3% y que estudian en el ciclo octavo con un 57,1%; siendo las diferencias estadísticamente significativas para las variables sexo y ciclo lectivo.
- Los factores de riesgo que se asociaron estadísticamente con migraña fueron: Antecedentes familiares de migraña RP 2,5 (1,6-3,7); antecedentes personales de trauma encéfalo craneal RP 1,7 (1,1-2,8); insomnio RP 1,5 (1-2,2) y enfermedades crónicas 2,3 (1,1-4,8); los demás factores no fueron estadísticamente significativos ($p>0,05$).

7.2 RECOMENDACIONES

- El cursar la carrera de medicina como hemos revisado genera estrés en los estudiantes, dependiendo de diversos factores su nivel es variable, por lo que se recomienda incentivar a los estudiantes a mejorar el control del estrés y hacerle frente, realizando prácticas que los ayuden a salir de la rutina como el ejercicio físico, sesiones de yoga, bailoterapia, etc.
- Los factores nutricionales también influyeron, estos factores al igual que el control del estrés pueden ser modificables, se recomienda a la población mejorar sus hábitos alimenticios, con el consumo de una dieta saludable en la que conste principalmente la pirámide alimenticia con un aporte adecuado y equilibrado de proteínas, hidratos de carbono y grasa.
- Los factores de riesgo no modificables deben ser evaluados en la población estudiantil para estar atentos a la probabilidad de presentar migraña, de ser el caso tratarla adecuadamente y a tiempo en beneficio del estudiante y su carrera.
- En cuanto al factor no modificable malas notas y pérdida de año, se aconseja el implemento de programas que incentiven el estudio, esto se lo podría realizar en con la participación del área de Bienestar estudiantil.
- Utilizar el Cuestionario Auto administrado ALCOI 95 como test de screening para migraña, y su posterior diagnóstico con médicos especialistas adecuados.
- Realizar campañas que informen y sobre todo que recuerden a nuestros compañeros estudiantes, el daño que causan los hábitos nocivos como el alcohol y el cigarrillo en nuestra salud física y mental.
- Plantear nuevas investigaciones sobre esta temática que abarque toda la Universidad de Cuenca; luego extender el estudio, para comparaciones entre varias Universidades y hasta se lo podría realizar a nivel nacional, ya que no se han encontrado estudios comparables sobre el tema.

CAPITULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Cefaleas. 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/es/>
2. Silva F, Díaz G, Ardila M, et al. La migraña: sobreconocido impacto en la población. Acta Neurol Colomb. vol.28 no.3 Bogotá July/Sep. 2012. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482012000300004
3. Rueda M. Síntomas prodrómicos de migraña. Centro Medico Clínica Bucaramanga. 2010. Disponible en: http://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_1_5-10.pdf
4. Heras G. Factores causantes de estrés académico en estudiantes de primer año de Medicina en Oaxaca. Universidad Regional del Sureste. Oaxaca. 2011. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sem/pdf/MemoriasJems2011/Presentaciones/Jueves/A003/16_30%20a%2018_30/PAPE2.pdf
5. Gálvez A, Situ M, Tapia H, et al. Prevalencia de migraña en estudiantes de Medicina de una Universidad de Lima-Perú. Artículo original. Rev Neuropsiquiatr 74 (4). 2011. 287. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RNP/article/viewFile/329/389>
6. Campo A, Rueda M, Díaz L. Asociación entre tabaquismo y migraña en una población de estudiantes universitarios. Revista Acta Neurología Colombiana. Asociación Colombiana de Neurología. Acta Neurol Colomb Volumen 25 2009. Disponible en: <http://www.acnweb.org/en/acta-neurologica/volumen-252009/72-volumen-25-numero-4-diciembre-2009/204-asociacion-entre-tabaquismo-y-migrana-en-una-poblacion-de-estudiantes-universitarios.html>
7. Smitherman T, McDermonntt, Buchanan E. Impacto negativo de la migraña episódica en una población universitaria: Calidad de vida, deterioro funcional, y síntomas psiquiátricos comórbidos. Headache. Volumen 51, número 4, página(s) 581-589. 2011. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/neuropsiquiatria/cefaleas_y_migranas/impacto-negativo-de-la-migrana-episodica-en-una-poblacion-universitaria-calidad-de-vida-deterioro-funcional-y-sintomas-psiquiaticos-comorbidos/
8. Baile J, González M. Definición y diagnóstico de las migrañas desde una perspectiva psicobiologica. Revista de Humanidades. Cuadernos del Márquez de San Adrián .2010. Disponible en:

http://www.unedtudela.es/archivos_publicos/qweb_paginas/2276/revista7articulo1.pdf

9. Deza L. La migraña. Artículo de revisión. Acta Med Per 27(2) 2010. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n2/a09v27n2.pdf>

10. Raimondi E. Cefaleas. Clasificación y diagnóstico. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario. Argentina. Disponible en: <http://www.clinica-unr.com.ar/Downloads/Cefalea.pdf>

11. Tur S, Molina F. Migraña. Epidemiología. Página Web. Disponible en: <http://www.cefaleasib.com/cefaleasib/content/7/index.html%3Fs=20.html>

12. Trillos C. Migraña e investigación en epidemiología. 2010. Disponible en: http://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_1_1-4.pdf

13. Sociedad Española de Neurología. Migraña sin aura. Grupo de estudio de cefalea. Web. Disponible en: http://cefaleas.sen.es/publico/migran_sin_aura.htm

14. Salazar A, Sáenz D. Tratamiento de cefalea y migraña. Criterios técnicos y recomendaciones Basadas en evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica. Costa Rica. Disponible en: http://www.cochrane.ihcai.org/programa_seguridad_paciente_costa_rica/pdfs/3_3_Tratamiento-de-Cefalea-&-Migrana.pdf

15. Instituto Químico Biológico. Cefaleas y antimigrañosos. Principios de Farmacología. Madrid España, 2014. Disponible en: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma03/parte01/p01.htm>

16. De Lara S. Revisión bibliográfica: Tratamiento del ataque agudo de migraña y su prevención. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran. 2014. Disponible en: <http://dolorypaliativos.org/art76.asp>

17. Carold F, Irimia P, Ezpeleta D. Migraña crónica: Definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento. Revisión. Rev Neurol 2012; 54 (10): 629-637. Disponible en: http://www.researchgate.net/profile/Francisco_Carod_Artal/publication/224933458_Chronic_migraine_definition_epidemiology_risk_factors_and_treatment/links/54c8eecf0cf289f0ced123d2.pdf

18. Gobierno Federal Mexicano. Guía de referencia rápida. Manejo de Cefalea tensional y migraña en el adulto. Guía de práctica clínica. Disponible en: http://www.saludbc.gob.mx/wp-content/uploads/2011/02/IMSS_047_08_GRR.pdf

19. Camboim R, Castro K, Rossoni V, et al. Perceived migraine triggers: do dietary factors play a role?. Nutr. Hosp. [revista en la Internet]. 2012 Abr

[citado 2014 Mayo 22] ; 27(2): 483-489. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000200020&lng=es.

20. Rivas P, García S. Migraña. 2014. Página Web. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/migrana/factores-de-riesgo-de-la-migrana-630>

21. Medina M, Enamorado T, Aguilar M. Determinación de prevalencia de migraña y depresión en mayores de 18 años: comorbilidad en una zona urbana de Honduras. Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH Vol. 9 Nº 3 Septiembre - Diciembre 2008. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMP/pdf/2006/pdf/Vol9-3-2006-11.pdf>

22. Tepper D. Fármacos anti-inflamatorios no esteroideos para el tratamiento de la migraña aguda. American Headache Society. 2010. Disponible en: <http://www.headachejournal.org/SpringboardWebApp/userfiles/headache/file/Farmacos%20anti-inflamatoriosJan2013.pdf>

23. López I, Rodríguez M, Sánchez J, Moldes C. Migraña. Guías clínicas. Fisterra. 2012. España. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/migrana/>

24. National Headache Foundation. Migraña. 2015. Disponible en: http://www.headaches.org/education/Spanish_Topics/Migrana

25. Miralles A. La migraña en atención primaria. Servicio de Neurología. Ciudad Universitaria La Paz de Madrid (Colabora Dr. Fco. Javier Mora Pueyo). Disponible en: <http://www.ctv.es/diagnostico/diagnostico/Migrana.htm>

26. International association for the Study of Pain. Epidemiología del dolor de cabeza. Año global contra el dolor de cabeza. 2012. Disponible en: http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/GlobalYearAgainstPain2/HeadacheFactsheets/1-Epidemiology_Spanish.pdf

27. Arauz A. Cefalea post traumática. Conferencia del Área Cefaleas. 2011. Disponible en: <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/cefaleas-12.html>

28. Zasler N. Cefalea postraumática: advertencias clínicas. Revista de neurología y Neurocirugía. Editorial. Rev Cubana Neurol Neurocir. 2014

29. Meli M. Un caso de cefalea post traumática: consideraciones sobre clasificación, fisiopatología y tratamiento. Rev. Soc. Esp. Dolor v.17 n.6 Narón (La Coruña) ago.-sep. 2010. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462010000600004&script=sci_arttext

30. Sevillano R, Manso P, Cacabelos P. Comorbilidad en la migraña: depresión, ansiedad, estrés y trastornos del sueño. Artículo original. REV NEUROL 2007; 45 (7): 400-405. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4507/y070400.pdf>
31. Instituto del Sueño. Dr. García Borreguero. Dolor de cabeza y sueño. 2010. Disponible en: http://www.iis.es/?page_id=139
32. Muñoz N, Fernández D, Martínez C, et al. Relación entre la migraña y la atopía en la infancia: estudio retrospectivo de casos y controles. Artículo original. Rev Neurol 2011; 53 (12): 713-72. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5312/bg120713.pdf>

CAPITULO IX

9. ANEXOS

9. 1 Aleatorización y selección de estudiantes

Los siguientes números corresponden con los estudiantes seleccionados para investigación.

4	5	6	13	15	18	22
35	38	43	44	45	53	55
62	64	67	69	79	80	93
94	104	108	113	115	121	126
131	132	136	138	140	146	150
153	157	163	165	166	169	173
179	184	185	192	193	195	197
201	205	211	212	218	219	223
232	235	238	244	257	259	260
266	267	268	279	282	285	288
295	296	298	305	307	316	322
330	337	339	342	344	347	348
349	354	356	364	371	375	378
383	384	389	391	402	405	407
416	424	426	431	433	434	437
439	440	441	448	449	455	468
473	476	481	483	486	490	491
494	497	498	500	501	505	510
513	518	527	533	537	540	545
546	547	550	551	559	564	569
573	575	580	587	589	592	593
594	610	611	612	613	620	623
628	632	640	641	643	647	660
665	666	675	677	687	688	695
696	701	709	715	729	731	734
736	739	744	749	751	757	766
770	782	788	791	794	798	802
804	805	807	808	812	815	820
821	823	825	829	830	831	835
837	850	857	867	868	874	875
876	878	882	884	889	892	896
899	912	914	917	919	923	930
931	933	934	942	946	949	950
955	968	972	975	988	994	996
999	1001	1007	1017	1019	1021	1025
1026	1027	1032	1036	1042	1044	1047
1049	1058	1071	1074	1082	1098	1104
1122	1124	1127	1129	1130	1136	1140
1144	1145	1147	1152	1173	1178	1180
1181	1182	1183	1189	1192	1201	1206
1208	1210	1214	1224	1226	1236	1248
1250	1253	1254	1259	1287	1290	1299
1303	1309	1312	1318	1322	1323	1342
1348	1351	1358	1363	1364	1370	1384
1388	1390	1405	1407	1419	1422	1425
1431	1432	1433	1434	1442	1455	1456
1457	1462	1465	1493	1499	1500	1506
1507	1516	1519	1520	1524	1528	1531
1543	1546	1548	1551			

9.2 Formulario de recolección de datos

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE MEDICINA



“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A MIGRAÑA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA. CUENCA 2014”

Estimado estudiante, el presente es una encuesta para determinar la prevalencia de migraña en los estudiantes de Medicina, Ud. ha sido seleccionado para el estudio, le pedimos nos colabore respondiendo con las situaciones que más se acerquen a su realidad, de manera sincera y objetiva de esta manera el estudio cobrara más relevancia, gracias por su colaboración.

Formulario número _____

1.- Edad en años cumplidos _____

2.- Sexo Masculino

 Femenino

3.- Procedencia Urbana

 Rural

4.- Residencia Urbana

 Rural

5.- Estado civil Soltero Casado

 Viudo Divorciado

 Unión libre

6.- ¿En qué ciclo de la Carrera se encuentra Ud.? _____

7.- ¿En su familia, se han presentado casos de migraña?

 Si

 No

Si su respuesta es positiva, que familiar? _____

8.- ¿Ud. ha presentado trauma craneo encefálico ya sea leve, moderado o grave?

Si

No

9.- ¿Cuántos días a la semana Ud. ingiere grasas? _____

10.- ¿Cuántos días a la semana Ud. ingiere lácteos? _____

11.- ¿Cuántos días a la semana Ud. ingiere alimentos enlatados?

12.- ¿Cuántos días a la semana Ud. ingiere vino o bebidas alcohólicas?

13.- ¿Ud. fuma?

Si ¿Cuántos cigarrillos al mes? _____

No

14.- ¿Ud. se encuentra repitiendo el año académico?

Si

No

15.- ¿Ud. ha presentado insomnio desde el inicio de este año académico?

Si

No

16.- Por favor, califique su nivel de estrés ante estas situaciones, 1 sin estrés, 2 estrés leve, 3 estrés leve-moderado, 4 estrés moderado 5. Estrés severo

Situación	1	2	3	4	5
Exámenes					
Pruebas					
Trabajos					
Final del año					
Malas notas					

17.- Si Ud. es de sexo femenino ¿Usa algún método anticonceptivo?

Si Cual? _____

No

18.- Ud. posee alguna enfermedad crónica?

No Si Cual? _____

8.3 Auto cuestionario de migraña ALCOI 95

1. Nivel de escolarización

1. Sin estudios ()
2. Estudios primarios ()
3. Estudios superiores ()

2. ¿Ha tenido alguna vez dolor de cabeza?

1. Si ()
2. No ()

3. ¿Cuántas crisis de dolor de cabeza ha tenido hasta ahora?

1. De 1 a 4 crisis ()
2. De 5 a 9 crisis ()
3. 10 o más crisis ()

4. ¿Cuánto le suele durar el dolor de cabeza si no toma medicina, ni está trabajando?

1. Menos de 4 horas ()
2. Más de 4 horas ()
3. Más de 72 horas(3 días) ()

5. ¿El dolor se localiza en la parte izquierda, derecha o en toda la cabeza?

1. Izquierda ()
2. Derecha ()
3. Toda ()

6. ¿El tipo de dolor es como si le latiese la cabeza?

1. Si ()
2. No ()

7. ¿Cómo repercute el dolor en sus estudios diarios?

1. No me impide realizar las actividades diarias, incluidos los trabajos caseros ()
2. Me dificulta pero no me impide realizar las actividades diarias ()
3. Debo suspender todas las actividades ()

8. ¿Su dolor de cabeza empeora subiendo y bajando las escaleras o realizando ejercicio físico similar?

1. Si ()
2. No ()

9. ¿Su dolor se acompaña de...?

1. Náusea y vómitos ()
2. Más o menos ganas de comer ()
3. Le molesta la luz cuando tiene dolor de cabeza ()
4. Le molestan los ruidos cuando tiene dolor de cabeza ()
5. Ninguno ()

10. ¿Ha tenido alguna de las siguientes alteraciones antes o durante el dolor de cabeza al menos en dos ocasiones?

1. Lucecitas, manchas fosforescentes ()
2. Manchas negras en la zona donde mira ()
3. No ver la mitad de un objeto que está mirando en ese momento ()
4. Pérdida de la fuerza u hormigueo en la mitad del cuerpo hablar enredado o ver doble ()
5. Ninguna ()

11. En caso afirmativo respecto a la pregunta anterior ¿desaparecen las alteraciones antes de 60 minutos?

1. Si ()
2. No ()

Gracias por participar.

9.3 Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**



**“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A MIGRAÑA EN
ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA
2014”**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotras María del Carmen Naula Chimbo y María Cristina Novillo Cuenca, estudiantes de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, estamos realizando un estudio como proyecto de investigación previa a la obtención del título de Médicos Generales, sobre la prevalencia de migraña y sus factores de riesgo en estudiantes de Medicina, por tal motivo realizaremos la aplicación de una encuesta a Ud. que durara aproximadamente 20 minutos. El mismo que no tendrá costo ni riesgo alguno para el participante; con elección de retirarse del estudio cuando creyere conveniente. Los datos obtenidos serán de estricta confidencialidad, siendo los beneficiarios los estudiantes de Medicina.

Los estudiantes de Medicina me han explicado todas las preguntas a realizar y ha dado respuesta a todas las preguntas que le he realizado, habiendo entendido el objetivo del trabajo y libremente sin ninguna presión autorizo mi inclusión en el estudio.

.....

Firma

Fecha:

En caso de duda comunicarse al teléfono: 2236887

9.4 Criterios diagnósticos de migraña de la Sociedad Internacional de Cefaleas.

Criterios diagnósticos de la IHS: migraña con y sin aura
A. Migraña sin aura: presentar al menos dos de los puntos 1-4, más uno entre el 5 o el 6: <ol style="list-style-type: none">1. Localización unilateral2. Dolor pulsátil3. Intensidad moderada o grave (altera o impide las actividades diarias)4. Se agrava con las actividades físicas de rutina (subir escaleras, caminar, etc.)5. Náuseas, vómitos, o ambos6. Fotofobia o fonofobia
B. Criterios de aura: <ol style="list-style-type: none">1. Los síntomas del aura (uno o más) son totalmente reversibles2. Al menos un síntoma del aura se desarrolla a lo largo de más de cuatro minutos o aparecen dos o más síntomas sucesivamente3. Los síntomas no duran más de 60 minutos4. La cefalea sigue al aura con un intervalo libre de menos de 60 minutos (puede empezar antes o a la vez que el aura).
C. Crisis previas similares
D. Se descarta enfermedad orgánica mediante la evaluación inicial o las pruebas complementarias. Si se presenta otra enfermedad, las cefaleas no deben haber empezado relacionadas con ella.

Tomado de: López I , Rodríguez M, Sánchez J, Moldes C. Migraña. Guías clínicas. Fisterra.

2012. España. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/migrana/>