

ARTICULO ORIGINAL

FACTORES ASOCIADOS A MIGRAÑA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE 18 A 35 AÑOS

IINSAD - UMSA

Dra. Maria del Pilar Navia Bueno* Dra. Jacqueline Farah Bravo**, Btc. Nina Yaksic***,
Dra. Claudia Rios Valdez****, Dr. Christiam Arce Vargas*****,
Univ. Mónica Rivera*****, Univ. Carla Del Carpio*****

RESUMEN

PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Cuál es la prevalencia de migraña y el grado de incapacidad que produce en los estudiantes universitarios comprendidos entre los 18 a 35 años de edad de la Facultad de Medicina, en la gestión 2005?

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la prevalencia de migraña y el impacto que tiene a través del grado de incapacidad que produce en los estudiantes universitarios de 18 a 35 años de edad pertenecientes a la Facultad de Medicina durante la gestión 2005.

DISEÑO.

Estudio de Corte transversal.

CONTEXTO O LUGAR.

El estudio fue realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, a través de la Unidad de Epidemiología Clínica - IINSAD,

POBLACION.

Estudiantes universitarios elegidos por tipo de muestreo aleatorio, según tamaño de muestra calculado con un nivel de confianza de 95%, poder del 80%, factor de prevalencia para migraña de 15%, dando un total de 186 pacientes; elegidos bajo los criterios de inclusión y exclusión descritos.

METODOS.

Se aplica un cuestionario de datos generales en el cuál se identifica las variables generales como edad, sexo, carrera, lugar de residencia, tiempo de inicio de la enfermedad, frecuencia, tipo de tratamiento que utiliza, atención por el especialista, etc.

Para determinar la incapacidad que produce la migraña en relación al proceso de aprendizaje, se utiliza un Instrumento validado que demuestra realmente la estimación de incapacidad en días que produce la migraña.

RESULTADOS.

Se estudiaron 212 estudiantes universitarios de la Carrera de Medicina - UMSA, distribuidos en los distintos niveles, 5.6% segundo año, 9.5% tercero y 84.8% de quinto año, esta diferencia en la proporción es debida al grado de participación de los alumnos.

Varones en un 54% en relación a las mujeres en un 46%. La edad promedio de la población estudiada fue de 24.3 años con un intervalo de confianza del 95% de (23.7a 24.7) (IC95%), SD 3.4 valor mínimo de 18 años y máximo de 43 años. En el grupo con Migraña la distribución estadística no tuvo ninguna diferencia con el promedio general de todo el grupo estudiando, mostrando una curva de distribución normal con un valor de Shapiro Wilk de $p=0.000$ lo que muestra que no existe una distribución normal.

* M.Sc. Epidemiología Clínica, docente Investigadora IINSAD
 ** Asistente de investigación, IINSAD, Docente Emérito Tecnológica Médica
 *** M.Sc. en Salud Pública mención de Epidemiología, IINSAD
 **** Asistente de investigación, IINSAD
 ***** Asistente de investigación, IINSAD
 ***** Auxiliar de investigación, Unidad de Epidemiología Clínica IINSAD

Las circunstancias desencadenantes del proceso de migraña están relacionadas con el proceso de evaluación o exámenes, presentando el porcentaje (42%) más alto seguido de circunstancias asociadas entre ellas el estrés y el frío (13,6%) y los demás efectos se pueden observar en el texto. Las manifestaciones clínicas y el tipo de dolor que presentan los pacientes con migraña, están relacionados al dolor mixto, es decir de tipo pulsátil y hemicraneal que puede ser derecho o izquierdo, esta descripción en la siguiente figura 1.

Estos resultados muestran que existe un promedio total de 29.05 días de incapacidad medidos en tres meses, que la población estudiada pierde en las distintas actividades diarias, principalmente en el proceso de aprendizaje en el tercer nivel de educación. La mediana o percentil 50 de "7" en la escala de intensidad de dolor en la migraña, siendo esta escala medida de 0 sin dolor y 10 extremo dolor.

CONCLUSION.

La prevalencia de migraña en los estudiantes es de 31% el género más afectado es el femenino, no mostrando diferencias significativas en la edad y el grado de incapacidad de migraña es de 29 días de 90 días. ya que imposibilita realizar cualquier actividad por las características clínicas y asociadas al dolor intenso que se manifiesta, el cual produce un impedimento intelectual de realizar funciones cerebrales específicas.

PALABRAS CLAVES.

Rev. Cuadernos 2006; 51 (2): 41-51 / Cefalea, Migraña, Estudiante universitarios, Incapacidad.

ABSTRACT

RESEARCH QUESTION

What is the prevalence of migraine and the degree of incapacity produced by this ailment, in university students between 18 and 35 years of age in the Medical School, in the year 2005?

GENERAL OBJECTIVE

To determine the prevalence of migraine and its impact by the degree of incapacity that this ailment produces, in university students between 18 and 35 years of age attending the School of Medicine during the year 2005.

DESIGN

Transversal study

CONTEXT OR SITE

The study was conducted in the School of Medicine of the "Universidad Mayor de San Andrés" by the Unit of Clinical Epidemiology - IINSAD.

SAMPLE

University students selected by fortuitous sampling, according to a sample size calculated with a confidence interval of 95%, power of 80%, factor of prevalence for migraine of 15%, resulting in a total of 186 patients selected with the established criteria of inclusion and exclusion

METHODS

A questionnaire with general data is used, in which general variables like age, sex, career are identified, as well as place of residence, time of the beginning of the disease, frequency, type of treatment used, consultation with the specialist, among others.

In order to determine the incapacity produced by migraine in relation to the learning process, a validated instrument is used that really shows the estimation of incapacity in days, provoked by migraine.

RESULTS

We examined 212 university students of the medical school - UMSA, divided by different levels, 5.6% second year, 9.5% third, and 84.8% fifth year. This difference in proportion is due to the grade of participation of the students.

Of the participants 54% were males vs. 46% females. The mean age was 24.3 years with a confidence interval of 95% (23.7 to 24.7) (IC95%). SD was 3.4 with a minimum of 18 years and a maximum of 43. In the group with migraine, the statistical distribution was not different from the general average of the whole group, eliciting a normal distribution curve with a value of Shapiro Wilk of $p=0.000$ which shows that there does not exist a normal distribution.

The circumstances that trigger the process of migraine are related to the process of evaluation or exams being with 42% the most frequent, followed by associated circumstances like stress and cold (13.6%): Other circumstances can be seen in the text of the paper. The clinical signs and the type of pain present in the patients with migraine are of the mixed type, i.e. throbbing pain and hemicranial, on the right or left side as shown in figure 1.

These results show that there exists a total average of 29.05 days of incapacity measured in three months, that the population studied loses in the various daily activities, principally in the learning process at the third level of education. The median or percentile was 50 of "7" in the scale of intensity of the pain in migraine, this scale measuring from 0 without pain to 10 extreme pain.

CONCLUSION

The prevalence of migraine in the students is 31%, being the female sex the most affected without significant differences in age. The grade of incapacity due to migraine is 29 days out of 90, since it is impossible to carry out any activity due to the clinical characteristics and those associated with the intense pain which causes intellectual impediment to carry out specific cerebral functions.

KEY WORDS

Headache, Migraine, University Students, Incapacity.



INTRODUCCION.

La cefalea migrañosa tiene antecedentes de ser tan antigua como la humanidad, tanto que, hace 7000 años ya se realizaban tratamientos de tipo craneotomía. Hipócrates describió en sus escritos el aura visual y las relaciones con la actividad física. En la segunda mitad del siglo XX, es cuando la investigación sobre sus causas y la manera de tratarlas, toman importancia, debido a la incapacidad que produce y el costo económico y social que supone¹.

La cefalea en general, es el motivo de consulta más frecuente reportado en el mundo, no solo para la especialidad de Neurología, sino también, para el médico internista, familiar o de urgencia. Una de cada cuatro consultas por motivos neurológicos se debe a dolor de cabeza. Menos del 5% de los pacientes que consultan por cefalea como síntoma guía, sufren cefaleas secundarias. La gran mayoría de los dolores de cabeza corresponden a cefaleas primarias y de éstas más del 90% son una migraña o bien una cefalea de tensión. Aunque la cefalea

tensional es la más prevalente, la migraña es la cefalea por la que los pacientes solicitan con más frecuencia ayuda médica².

Sin duda, este hecho se debe a la importancia no sólo del dolor, sino también, de los síntomas asociados de las crisis de migraña. Todo ello unido a su cronicidad y su mayor incidencia en la época más productiva de la vida de los individuos, sobre todo mujeres, hace que la migraña impacte de forma muy negativa en las actividades cotidianas de las personas que la padecen, tomando en cuenta, además, que la migraña es uno de los trastornos que más reduce la calidad de vida, según a reconocido recientemente la OMS³. Algunos autores mencionan que la calidad de vida del migrañoso es inferior a la del paciente Diabético tipo I de la misma edad y sexo³.

Sin embargo hoy en día existen criterios diagnósticos consensuados y aceptados unánimemente ya que se trata de una entidad de diagnóstico puramente clínico.

La cefalea migrañosa es una entidad poco estudiada en nuestro medio, sobre todo en el área de patología de altura, ya que se menciona a través de la revisión de la literatura médica internacional, sobre todo de Medicina Basada en Evidencia, que existiría un aumento del riesgo de padecer esta patología, en alturas mayores a los 2500 m.s.n.m.¹, es decir que debemos investigar de manera prioritaria esta alteración, que no tiene ningún precedente epidemiológico en el ámbito nacional y muy poco a nivel internacional, no habiéndose demostrado científicamente en ningún lugar del mundo.

CONCEPTO Y MANIFESTACIONES CLINICAS DE MIGRAÑA.

La migraña es un dolor intenso de cabeza (cefalea), pulsátil y generalmente unilateral; es periódico, con una frecuencia de tres a seis veces por mes y con una duración de hasta 72 horas⁴. Presenta antecedentes familiares, a menudo se acompaña de síntomas gastrointestinales como náuseas y vómitos; puede ir precedida o asociada a diversos trastornos neurológicos (fotofobia, sonofobia, olorofobia, sensibilidad al movimiento, trastorno del ánimo, etc). Puede ser considerada como una respuesta peculiar del sistema nervioso central a una variedad de estímulos^{1,2,3}.

Clínicamente la migraña, se caracteriza por presentar diferentes fases. En la primera fase se experimenta síntomas neurológicos inespecíficos, como cambios de humor con mayor tendencia a la tristeza, irritabilidad, bostezos frecuentes, hipersensibilidad a los estímulos, dificultad para la concentración, visión borrosa, síntomas sistémicos (retención de líquidos, fatiga, palidez, mialgias, etc.) y alteración de la conducta alimentaria como; hambre, búsqueda compulsiva de determinadas comidas, hiporexia y náuseas. La duración es variable de uno a dos días o varias horas. En el 25% de los pacientes aparecen síntomas de disfunción cortical que se denominan "auras" migrañosas, que van a diferenciar los dos tipos de migraña (con y sin aura).

Dependiendo de la parte del córtex afectado, los síntomas serán distintos. Los más frecuentes van a ser visuales, como los escotomas centelleantes en uno o los dos campos visuales. La distribución suele ser hemianópsica y más raramente en herradura.

Después en frecuencia aparecen los síntomas sensoriales como sensación de hormigueos en una o las dos extremidades de un lado, o con una distribución queiro-oral (mano y cara, abarcando la lengua). En ocasiones esta aura se describe como dificultad para el habla, incluso con afasia o disartria, en ocasiones relacionados con los fenómenos sensitivos descritos.

La tercera fase, caracterizada por la aparición del dolor de cabeza, normalmente de carácter pulsátil de localización hemicraneal de predominio en región fronto-temporal o retro-ocular. Aunque puede localizarse en mandíbula, maxilar, eminencia malar, parte superior y anterior de cuello, se acompaña en el 90% de los casos con náuseas y vómitos en el 50% sudoración profusa, poliurea, diarrea, cambios de coloración cutánea, edema facial, sensación de congestión nasal. A veces al vomitar los pacientes experimentan una rápida mejoría. Un aspecto típico de la cefalea migrañosa es su agravamiento con el ejercicio físico y con los movimientos cefálicos. La duración de esta fase abarca desde unas horas hasta tres días, aunque es casi siempre menor de 24 horas. En algunos pacientes suele terminar al dormirse.

La cuarta fase es la de resolución, en la que la cefalea va remitiendo en horas hasta desaparecer. En ocasiones el paciente se queda dormido durante varias horas.

La quinta y última fase es de "resaca" en la que el paciente experimenta dificultad para concentrarse, cansancio, somnolencia, etc^{1,3,4}.

EPIDEMIOLOGIA.

Se estima que existiría una prevalencia de 18% de mu-jeres y un 6% de varones que sufren de migraña¹.

En un 25% de hogares hay algún miembro con migraña (todas cifras internacionales)^{1,4}, de todos ellos, más del 80% van a sufrir empeoramiento funcional en el desarrollo de su actividad laboral, familiar o social. Más de la mitad tendrán una incapacidad severa, que les obligará a estar en la cama en alguna de sus crisis. Al menos un tercio de los migrañosos perderán un día de trabajo o de asistencia al colegio o UNIVERSIDAD, cada tres meses^{1,4}.

La prevalencia cambia con la edad, la mayor parte de los pacientes está entre los 35 y los 45 años, aumento de la incidencia desde los 8 a los 40, para disminuir a edades mayores. A partir de la pubertad hay un claro predominio femenino. También se observó mayor incidencia en las clases socioeconómicamente más bajas^{1,4}.

ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA.

La etiología, patología y fisiopatología aún no son bien conocidas, La incidencia de la migraña es 4 veces mayor en personas con antecedentes de primer grado con migraña con aura y de 1,9 en las de migraña sin aura^{1,4,5}.

Se habla que estaría asociada a un gen localizado en el cromosoma 19^{19p13}, además este gen codificaba la subunidad alfa 1^a de la proteína que formaba parte de un canal iónico asociado al calcio, por lo tanto se hablaría de que la migraña fuese una canalopatía en la que estarían implicados varios genes, lo que explicaría la variable gravedad con la que aparece en unos pacientes y otros. La alteración en el funcionamiento de este canal produciría un defecto en la liberación de neurotransmisores por parte de la neurona, incluyendo la serotonina, lo que a su vez produciría una "hiperexcitabilidad neuronal" que es la base biológica fundamental en la migraña.

El dolor de cabeza de la migraña y los síntomas asociados van a estar relacionados con la activación del sistema trigémino-vascular y el umbral de intensidad será dado por liberación de sustancias como óxido nítrico y también los estrógenos (mayor frecuencia en mujeres, menstruación, disminución en el tercer trimestre del embarazo, empeoramiento con la ingesta de anticonceptivos, etc.) También factores externos como luz brillante, tensión emocional, cambios de presión barométrica, subida a altitudes elevadas, determinadas comidas, etc.

El aura migrañosa se origina en el cortex cerebral además acompañado por una hipo-perfusión sanguínea, seguida de una fase de hiperemia con vasodilatación, hay estímulos nerviosos sensitivos para el dolor, que son el nervio Trigémino anterior y las raíces cervicales C2 Y C3 en las áreas posteriores. El 75% de los migrañosos refieren dolor en el cuello.

Se producen cambios en la unión neurovascular: una vasodilatación y una inflamación neurógena que estimulan a otras sustancias como calcitonina, sustancia p, neurocinina A, óxido nítrico, que a su vez dilatan más los vasos y causan una liberación de sustancias mediadoras de la inflamación que a su vez estimulan a las terminaciones trigeminales. Estas transmiten el estímulo al núcleo espinal del trigémino en el tronco cerebral. Estas neuronas del núcleo espinal del trigémino estimularían a neuronas localizadas en el núcleo del tracto solitario, lo que produciría náuseas y vómitos.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

El diagnóstico de migraña se basa en el diagnóstico clínico a través de los criterios diagnósticos con Aura y sin Aura^{1,4,5}.

El manejo terapéutico de migraña varía de acuerdo a su frecuencia, intensidad y duración de un paciente a otro y en el mismo paciente El primer paso para un adecuado tratamiento de la migraña es hacer un diagnóstico adecuado, la individualización para cada paciente por las características del paciente.

Hay que identificar los factores de riesgo desencadenante y prevenirlos^{6,7,8}.

El tratamiento abortivo consiste en:

- a) Aliviar el dolor
- b) Restaurar la capacidad funcional del paciente.
- c) Minimizar el uso de medicación de rescate.
- d) Tener mínimos efectos colaterales
- e) Optimizar el uso de los fármacos abortivos

MATERIAL Y METODOS.

El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de migraña y el impacto que tiene a través del grado de incapacidad que produce en los estudiantes universitarios de 18 a 35 años de edad pertenecientes a la Facultad de Medicina durante la gestión 2005. Además de estimar la severidad y el efecto que producen los ataques de migraña en los estudiantes, en relación al tiempo perdido con la asistencia a la Universidad u Hospital e identificar la edad de inicio de los ataques de migraña y la frecuencia de crisis.

El diseño del estudio corresponde a CORTE TRANSVERSAL, el cual tiene como característica principal, ser descriptivo y observacional, que permite describir en detalle las variables de estudio además de establecer la prevalencia de la migraña en la población joven.

La población fueron estudiantes universitarios comprendidos entre los 18 a 35 años, cursantes de tercero a quinto año de la Carrera de Medicina, los cuales fueron elegidos a través de un muestreo probabilístico de manera aleatoria.

Para el diseño de Corte transversal que permite conocer prevalencia de la patología de interés, el cálculo de tamaño de muestra fue realizado en el programa EPI-INFO versión 6 para diseños poblacionales determinando una prevalencia del factor estudiado de 15%, diferencia estadística aceptable de 5%, nivel de confianza del 95% y un poder del 80%, dando un total de 186 estudiantes.

El lugar de desarrollo del proyecto fue la Facultad de Medicina y la Unidad de Epidemiología Clínica, IINSAD.

Se aplica el cuestionario de datos generales en el cuál se identifica las variables generales como edad, sexo, carrera, lugar de residencia, tiempo de inicio de la enfermedad, frecuencia, tipo de tratamiento que utiliza, atención por el especialista, etc. De esta manera se identifican a los pacientes con migraña y sin migraña.

Para determinar la incapacidad que produce la migraña en relación al proceso de aprendizaje, se utiliza un Instrumento validado (9,10) que demuestra realmente la estimación de incapacidad en 90 días que produce la migraña. Después de aplicar los instrumentos se procede al vaciado de los datos en un paquete estadístico específico que es el STATA versión 6 para su validación y posterior análisis.

RESULTADOS.

Se estudiaron 212 estudiantes universitarios de la Carrera de Medicina - UMSA, distribuidos en los distintos niveles, 5.6% segundo año, 9.5% tercero y 84.8% de quinto año, esta diferencia en la

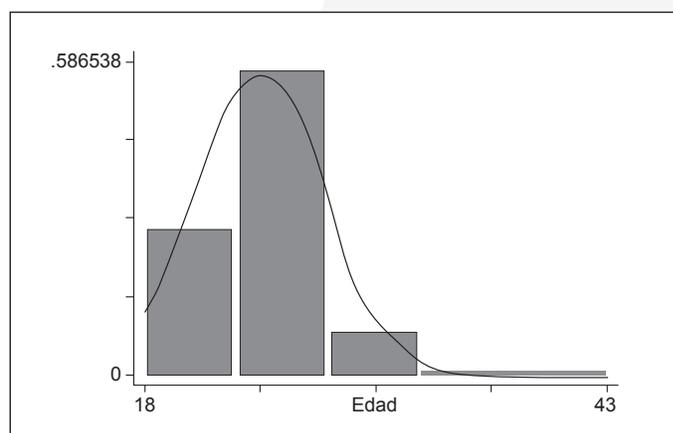
proporción es debida al grado de participación de los alumnos.

La distribución del sexo en general estuvo a predominio de varones en un 54% en relación a las mujeres en un 46%.

La edad promedio de la población estudiada fue de 24.3 años con un intervalo de confianza del 95% de (23.7a 24.7) (IC95%), SD 3.4 valor mínimo de 18 años y máximo de 43 años. En el grupo con Migraña la distribución estadística no tuvo ninguna diferencia con el promedio general de todo el grupo estudiando, mostrando una curva de distribución normal con un valor de Shapiro Wilk de $p= 0.000$ lo que muestra que no existe una distribución normal (figura 1).

FIGURA N°1

Curva de distribución Edad



Fuente: Elaboración propia (resultados del estudio)

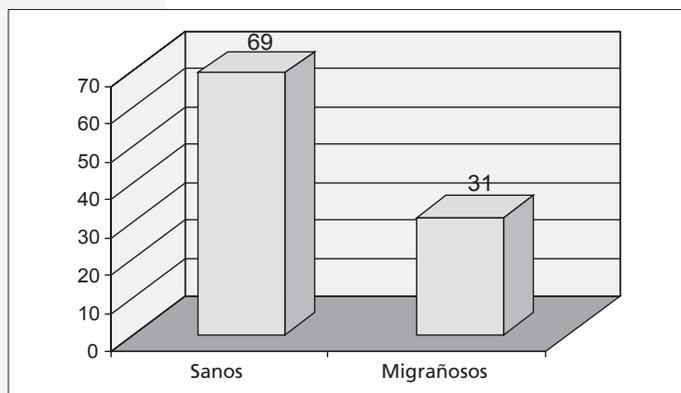
El lugar de nacimiento presentó un porcentaje de 75% en La Paz, un 7.6% en el alto, y el resto de porcentajes se distribuyó en otros departamentos e incluso un porcentaje de 4.79% provienen de otros países.

PREVALENCIA DE MIGRAÑA.

La tasa de prevalencia de migraña en estudiantes universitarios en la Carrera de Medicina es de 31% presentando la siguiente distribución según el nivel académico.

FIGURA N°2

Distribución de Migraña en estudiantes de la Carrera de Medicina UMSA

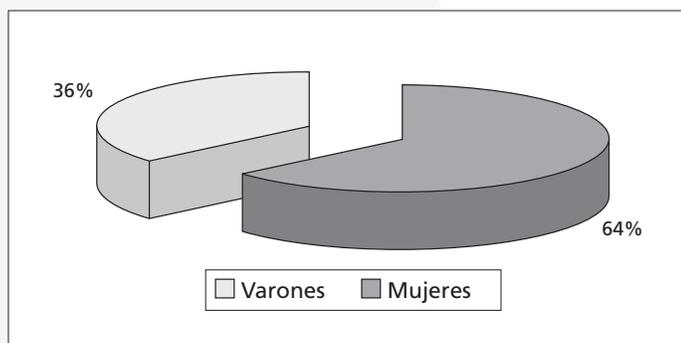


Fuente: Elaboración propia (resultados del estudio)

En relación al sexo más afectado, se pudo ver que existe 42 mujeres (64%) y 24 varones (36%) con migraña.

FIGURA N° 3

Pacientes con migraña de acuerdo al género



Fuente: Elaboración propia (resultados del estudio)

El tiempo que presenta migraña en relación a los pacientes con esta alteración es de 74.5 meses como promedio, desviación estándar (SD) de 63.7 porque el valor mínimo fue de 5 meses y el valor máximo de 360 meses que representa 30 años de

la enfermedad.

La edad de inicio de la migraña en promedio es de 16.5 años, SD 5.3 con un IC95%^{15.2 a 17.9}.

En relación a la frecuencia de presentación de migraña, es de 25,7 días con una SD 42 IC95%^{14.4 a 37.1}.

La duración de la migraña presenta 2.4 horas de promedio, con una SD de 4.3 y un IC95%^{1.3 a 3.5}.

Todos estos datos se pueden observar en el cuadro N°1

CUADRO N°1

FACTORES RELACIONADOS A MIGRAÑA

VARIABLE	X	SD	IC95%	MÍN	MÁX
Edad	24.3	3.4	(23.7-24.7)	18	43
Edad de inicio de la migraña	16.5	5.3	(15.2-17.9)	5	28
Tiempo que padece (meses)	74.5	63.7	(58.1-90.8)	5	360
Frecuencia migraña (días del año)	25.7	42	(14.4-37.1)	1	216
Duración de migraña (horas)	2.4	4.3	(1.3-3.5)	1	34

Fuente: Elaboración propia (resultados del estudio)

Los datos que se presentan en el cuadro N°2 corresponde a variables cualitativas, las cuales están mostrando su distribución en la población que presenta la patología de estudio, dando la frecuencia de presentación y el porcentaje, siendo el n (tamaño de la muestra) en el grupo de migraña de 66 sujetos (31%). Estos datos mostraron asociación significativa en todos los casos a excepción de la variable de consumo de alcohol, que significa ser indistinta en relación a su asociación con la enfermedad. Todo este análisis de asociación se realizó utilizando la medida estadística de Chi² que corresponde utilizar por ser variables cualitativas de tipo dicotómicas.

CUADRO N°2

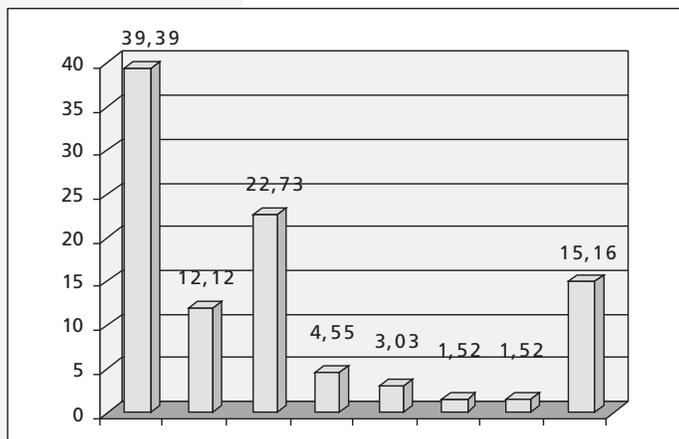
CARACTERISTICAS CLINICAS Y DEMOGRAFICAS EN PACIENTES CON MIGRAÑA

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE	Chi2 (Valorp)
Sexo	Varón	24	36%	0.000
	Mujer	42	64	
Consumo de alcohol	Sí	36	55%	0.774
	No	30	45	
Consulta Médica	Sí	32	48%	0.000
	No	34	52	
Estocomas	Sí	43	65%	0.000
	No	23	35	
Parestesias	Sí	26	39%	0.000
	No	40	61	
Cambio de ánimo	Sí	60	90%	0.000
	No	6	9	
Bostezos	Sí	39	59%	0.000
	No	27	41	
Hipersensibilidad a estímulos	Sí	53	80%	0.000
	No	13	20	
Dificultad en concentrarse	Sí	62	94%	0.000
	No	4	6	
Alteración en conducta alimentaria	Sí	45	68%	0.000
	No	21	32	

Fuente: Elaboración propia (resultados del estudio)

El consumo de medicamentos, muestra la siguiente distribución: (figura N°4)

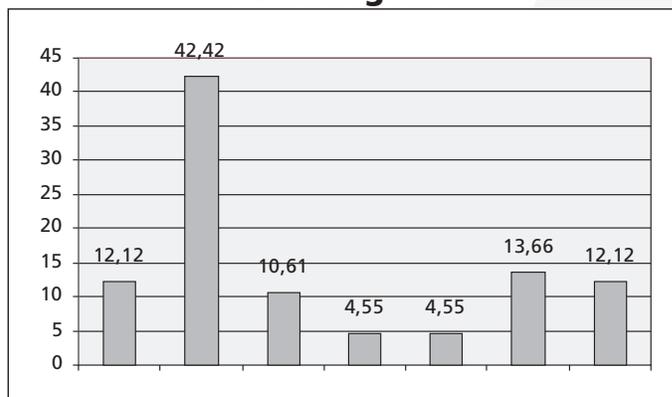
FIGURA N°4
Consumo de Medicamentos en los pacientes migrañosos



Fuente: Elaboración propia (resultados del estudio)

FIGURA N° 5

Circunstancias relacionadas al proceso de la migraña

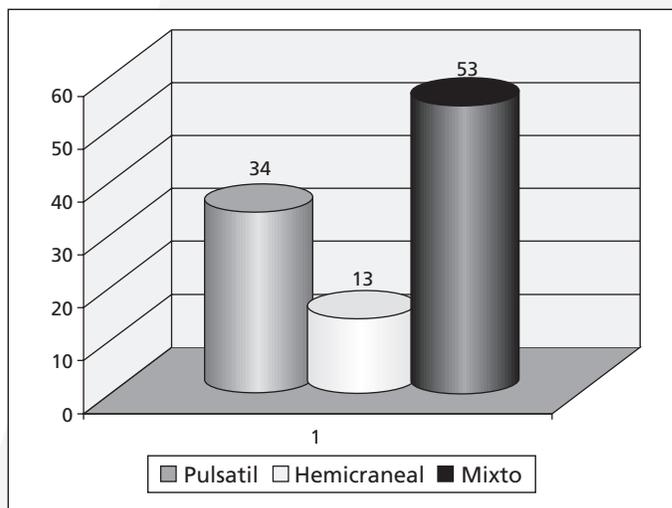


Fuente: Elaboración propia (resultados del estudio)

En la figura N°5 se puede observar que la circunstancia desencadenantes del proceso de migraña esta relacionada en un 42% a los exámenes, seguido de circunstancias asociadas entre ellas al estrés y el frío (13,6%) y los demás efectos se pueden observar en la distribución. Es importante, en las manifestaciones clínicas el tipo de dolor que presentan los pacientes con migraña, y así se pudo encontrar que el mayor porcentaje esta relacionado al dolor mixto, es decir de tipo pulsátil y hemicraneal que puede ser derecho o izquierdo, esta descripción se observa en la siguiente figura.

FIGURA N° 6

Tipo de dolor en el proceso de migraña



Fuente: Elaboración propia (resultados del estudio)

Uno de los objetivos del trabajo fue medir el grado de incapacidad que produce la migraña, para esto se utilizó un instrumento validado⁹ el cual muestra un score o escala que permite medir los días perdidos, sumados de cada una de las preguntas planteadas obteniendo como resultado la suma de todos los promedios encontrados.

Estos resultados se muestran a continuación.

CUADRO N°3
INCAPACIDAD POR MIGRAÑA

Variable	X DIAS	SD	IC95%	Mín	Máx
Falta al trabajo o Universidad	2.15	8.4	(0.2 - 4.5)	0	60
Cuando fue reducida la producción en trabajo o universidad	5.7	1.2	(3.4 - 8)	0	36
Días que no se pudo hacer las labores de casa	3.4	5.4	(1.8 - 4.9)	0	30
Días de reducción la producción en el trabajo de casa a la mitad	5.3	9.1	(2.7 - 7.8)	0	40
Días de pérdida de actividades sociales, familiares y descanso	3.3	5.1	(1.8 - 4.7)	0	30
Días de dolor de cabeza	8.3	8.6	(5.9 - 10.6)	0	40
Intensidad del dolor escala (0 a 10)	5.9	3.1	(5 - 6.8)	0	10

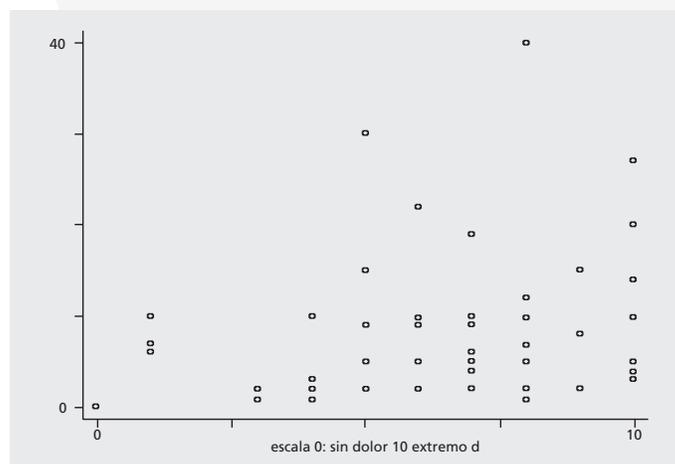
TOTAL DIAS PERDIDOS POR MIGRAÑA 29.05 de 90 días

Fuente: Elaboración propia (resultados del estudio)

Estos resultado muestran que existe un promedio total de 29.05 días de incapacidad medidos en tres meses, que la población estudiada pierde en las distintas actividades diarias, principalmente en el proceso de aprendizaje en el tercer nivel de educación.

FIGURA N°7

Correlación de días de migraña con Intensidad del dolor

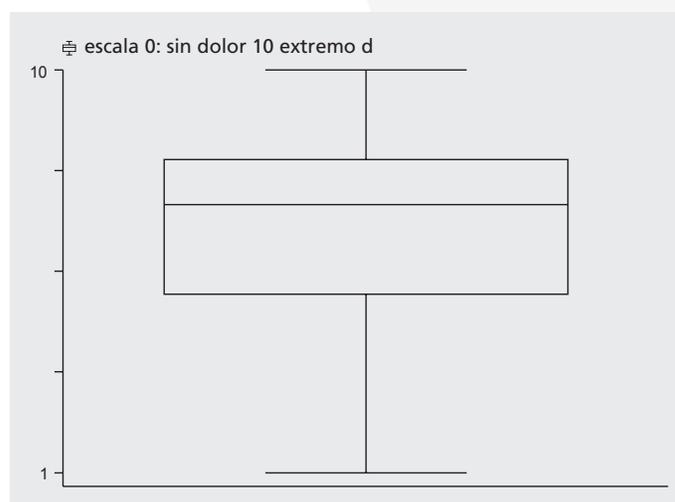


Fuente: Elaboración propia (resultados del estudio)

Esta figura muestra que existe correlación entre la intensidad de migraña y días de cefalea, mostrando un coeficiente de correlación rho= 0.63 con un valor de Spearman de 0.000, por lo es una correlación positiva.

FIGURA N° 8

Distribución de la intensidad del dolor



Fuente: Elaboración propia (resultados del estudio)

La figura N°8 muestra la mediana o percentil 50 de "7" en la escala de intensidad de dolor en la migraña, siendo esta escala medida de 0 sin dolor y 10 extremo dolor.

DISCUSION

Los resultados encontrados hacen ver la importancia de esta enfermedad en la población estudiada, se encontró una prevalencia de 31% de migraña, dato relevante e importante en nuestro medio, con predominio del sexo femenino en un 64% además del tiempo de padecimiento elevado (promedio 74.5 meses, 7 años), con una frecuencia de presentación de 25,7 días, y una duración de la crisis de 2.4 horas.

La signo sintomatología más frecuente encontrada en el estudio está referida a escotomas, cambio de ánimo, bostezos, hipersensibilidad a estímulos, dificultad en la concentración, alteración en la conducta alimenticia, datos que pueden ser observados en el cuadro N°2.

Los trastornos neurológicos como la migraña se han subestimado desde el punto de vista gubernamental y de salud pública, siendo una de las causas más frecuentes de consulta en la práctica clínica, en muchos hospitales del sector público y privado representa la primera causa de consulta en los Servicios de medicina interna, familiar y sobre todo en Neurología.

Aproximadamente el 6% de hombres y 18% de mujeres en Estados Unidos tienen migraña, en nuestro medio aún no existen datos exactos sobre la estadística prevalente e incidente de esta patología.

En otros países reportan que el daño para la sociedad ocasionado por migraña es muy grande en relación a otras enfermedades como el asma.

La migraña es un padecimiento frecuente, caracterizado por episodios de cefalalgia intensa, generalmente unilateral, acompañada de náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia y algunas veces precedidos de síntomas neurológicos premonitorios.

El tratamiento farmacológico de la migraña puede ser abortivo, encaminado a suprimir el evento agudo de dolor, o profiláctico, para prevenir la presentación de las crisis dolorosas. El tratamiento profiláctico puede ser episódico o crónico; el episódico es usado en pacientes que tienen factores desencadenantes conocidos (ejercicios, actividad

sexual, menstruación o exposición a ascensos o descensos de altura), tomando la medicación durante la exposición a estas eventualidades¹⁰.

El diagnóstico de la migraña es clínico, no involucra pruebas específicas de laboratorio, por eso debe ser hecho con el máximo de cuidado tomando en cuenta todos los antecedentes de signos y síntomas asociados a los distintos tipos de migraña.

En relación al tratamiento de elección, se presentan los mayores resultados frente a los medicamentos antimigrañosos (ergóticos) asociados a los analgésicos antiinflamatorios.

Las respuestas en relación a las circunstancias que aparece la crisis migrañosa en los estudiantes universitarios, tiene una elevada importancia "en los exámenes" seguido de estrés, frío y circunstancias asociadas.

Uno de los objetivos del estudio fue evaluar el grado de incapacidad que produce la migraña, ya que es uno de los trastornos crónicos con mayor incidencia en la época más productiva de la vida de los individuos sobre todo mujeres, hace impacto de forma muy negativa en las actividades de la vida diaria de las personas que la padecen, siendo uno de los problemas de salud que más reducen la calidad de vida, este fenómeno está contemplado en todos los estudios revisados, como demuestran los autores.

Se encontró un promedio de días de incapacidad producidos por la migraña de 29.05 en 90 días, esto quiere decir que en nuestro medio la migraña afecta a personas jóvenes en edad productiva pero es capaz de producir incapacidad relativa en las actividades sociales, académicas y otras de la vida diaria del sujeto.

CONCLUSIONES.

La prevalencia de migraña en el grupo estudiado es de 31% el género más afectado es el femenino, no mostrando diferencias significativas en la edad.

El aspecto relevante en relación a los resultados, muestran los días de incapacidad que presenta esta enfermedad en el grupo de personas en actividad estudiantil que mostró un valor promedio de total de días de incapacidad de 29.05 tiempo considerado perdido, ya que imposibilita realizar

cualquier actividad por las características clínicas y asociadas al dolor intenso que se manifiesta, el cual produce un impedimento intelectual de realizar funciones cerebrales específicas.

Es recomendable trabajar con las personas afectadas, para poder instaurar un tratamiento profiláctico que permita poder realizar todas las actividades de manera normal, sin perder horas o días por presentar la crisis migrañosa.

REFERENCIAS.

1. Yusta I. A, Sanchez-Migallon JM., Pascual FH, Vazquez MJM. Migraña. Estatus migrañoso. Variantes migrañosas. *Medicine (Madrid)* 2003; 8 (93):5021-32
2. Pacual J. Migraña: diagnóstico y tratamiento *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 550-55
3. Lainez JM. Migraña y calidad de vida. *Neurología* 1998; 13(Supl2): 1-8
4. Millan-Guerrero R., Pineda-Lucatero AG., Pacheco-Carrasco MF. Migraña. Una revisión de la fisiopatogenia y alternativa terapéutica futura. *Gac Méd Méx* 2003; 139; (4).
5. Cano-García FJ, Rodríguez-Franco L. Validez de los criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas y de sus propuestas de modificación de 2002 en el diagnóstico de migraña y cefalea tensional. *Rev. Neurol* 2003; 36(8): 710-14
6. Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine-Current Understanding and treatment. *N Engl J Med*, 2002; 346 (4):257-70
7. Ramos RR. Lopez RM, Perez Montoya E. Ramirez SE. Tratamiento profiláctico de la migraña con valproato de magnesio y su relación con los niveles plasmáticos. *Rev. Méd Hospital General Méx* 2002; 65 (2): 75-82
8. Bruegel C. Un paso por delante de la migraña. *Emergencia-Nursery* 2004; Vol. 22 (5): 22-24
9. Stewart WF, Lipton RB, Kolodner K, Liberman J, Sawyer J. Reliability of the migraine disability Assessment score in a population-based sample of headache sufferers. *Cephalalgia* 1999; 107-14
10. Aycardi F. Reynales H. Valencia D. Migraña: implicaciones laborales, discapacidad y solicitud de servicios de salud en Colombia. *Rev Neurol* 2001; 32 (11): 1001-05