

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO
DE LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA**

**“EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE LA CEFALEA
MIGRAÑOSA Y SU IMPACTO EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA
DIARIA DE LOS PACIENTES DEL CENTRO DE OSTEOPATÍA Y
QUIROPRAXIA DURANTE EL PERIODO FEBRERO-MARZO 2022”**

ELABORADO POR:

GABRIEL SHONEY ESPIN TACO

QUITO, JUNIO 2022

RESUMEN

La migraña es un trastorno crónico, caracterizado cefaleas, acompañadas de diversos síntomas que puede limitar las actividades diarias de las personas que la padecen.

Objetivo: analizar los síntomas acompañantes de la migraña y su impacto en las actividades diarias de los pacientes.

Metodología: estudio observacional, transversal con enfoque cuantitativo. La muestra estuvo formada por 20 pacientes de 15 a 54 años. Se utilizó la encuesta MIDAS para evaluar el impacto de los síntomas en las actividades diarias.

Resultados: las mujeres representaron el 60%. Los síntomas más frecuentes fueron náuseas y vómitos con 55%, fotofobia 40% y fonofobia 30%. La discapacidad fue moderada en el 65 % de pacientes asociado significativamente con náuseas y vómitos, fotofobia y sensibilidad peri craneal ($p= 0.012$). La media de días perdidos fue de 2,75, la intensidad promedio de dolor fue 5,75.

Conclusión: la migraña ocasionó un impacto significativo en las actividades diarias de las personas.

Palabras clave: actividades de la vida diaria, dolor, limitación, migraña, síntomas.

ABSTRACT

Migraine is a chronic disorder, characterized by headaches, accompanied by various symptoms that can limit the daily activities of people who suffer from it.

Objective: to analyze the accompanying symptoms of migraine and its impact on the daily activities of patients.

Methodology: observational, cross-sectional study with a quantitative approach. The sample consisted of 20 patients aged 15 to 54 years. The MIDAS survey was used to assess the impact of symptoms on daily activities.

Results: women represented 60%. The most frequent symptoms were nausea and vomiting in 55%, photophobia in 40% and phonophobia in 30%. Disability was moderate in 65% of patients, significantly associated with nausea and vomiting, photophobia, and pericranial sensitivity ($p= 0.012$). The average number of days lost was 2.75, the average intensity of pain was 5.75.

Conclusion: migraine caused a significant impact on people's daily activities.

Keywords: Daily activities, Migraine, Pain, Limitation, Symptoms.

DEDICATORIA

Le dedico a mis padres que con su enorme esfuerzo y sacrificio me impulsaron a poder culminar mi carrera, liberando todo obstáculo suscitado en el trayecto, pero con gran satisfacción y perseverancia me ayudaron a culminar.

A mi hermano quien fue un gran apoyo que en los momentos de desplome que sentía él siempre estuvo ahí ayudándome, dándome palabras de apoyo en todo el trayecto de la carrera.

A mis abuelitos quienes gracias a ellos que me inculcaron y en la poca etapa que me acompañaron me dieron palabras de aliento de seguir.

Gabriel Shoney Espin Taco

AGRADECIMIENTO

Agradezco al todo poderoso por iluminar mi camino ayudándome a vencer todo obstáculo que se presentó y poder liberarlo y hacer posible que se cumpla todo este proceso brindándome salud, sabiduría e inteligencia.

Agradezco a Dios, por encaminar mi rumbo y nunca soltar mi mano, brindándome sabiduría y fuerza para seguir adelante y lograr escalar un peldaño más en mi vida. Que siga siendo él, quien guíe mi camino y me de fuerza cuando esté desfalleciendo Amén.

Agradezco a mis abuelitos que desde el cielo con su infinita misericordia y bendiciones me ayudaron a poder seguir adelante sin descuidarme ningún momento de la etapa del cual sobrellevaba cada proceso con satisfacción.

Agradezco a mis padres quienes desde un inicio me brindaron su apoyo sus energías y con sudor lágrimas y vitalidad en todos estos años del cual se tuvo momentos de caigas, golpes y frustraciones del cual ellos no me abandonaron en ningún momento de esta etapa.

Agradezco a mi hermano quien estuvo conmigo desde el inicio en todo el momento del cual tuvimos golpes él siempre estuvo apoyándome con sus palabras de aliento, habladas por las irresponsabilidades del cual me ayudo a seguirme forjando como persona y no rendirme.

A mis primas Lourdes y Germania quienes en todo este proceso siempre estuvieron dándome ánimos de aliento para seguir adelante y poder culminar la carrera, del cual, por medio de sus regaños, habladas supieron encaminarme para poder seguir y no rendirme en este proceso de la carrera.

Agradezco a mis amigos que siempre me acompañaron en todo el proceso brindándome su buena amistad del cual me ayudo a seguir, que en los momentos de desmayo que tuve estuvieron apoyándome y dándome palabras de ánimos para continuar.

Agradezco a mis docentes que gracias a ellos que me brindaron sus conocimientos empleando diferentes tipos de técnicas del cual para poder adquirir los conocimientos y poder ejercerlos de una manera correcta y de calidad.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	ii
ABSTRACT	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
TABLA DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: GENERALIDADES	4
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Justificación	6
1.3. Objetivos	8
1.3.1. Objetivo General	8
1.3.2. Objetivos Específicos	8
1.4. Metodología	8
1.4.1. Enfoque, diseño y tipo de estudio	8
1.4.2. Población y muestra	9
1.4.3. Criterios de inclusión y exclusión	9
1.4.4. Fuentes, técnicas e instrumentos	9
1.4.5. Plan de recolección y análisis de información	11
1.5. Variables	11
1.5.1. Hipótesis	12
1.5.2. Matriz de operacionalización de variables	12
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1. Cefalea migrañosa	14
2.1.1. Definición	14

2.1.2. Epidemiología	14
2.1.3. Etiología	16
2.1.4. Fisiopatología	16
2.1.5. Manifestaciones clínicas.....	16
2.1.6. Tipos de Migraña.....	17
2.2. Evaluación de los síntomas de la migraña.....	19
2.3. Impacto de los síntomas.....	22
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	24
3.1. Resultados	24
3.2. Discusión.....	37
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES.....	43
REFERENCIAS	44
ANEXOS	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de las variables	12
Tabla 2: Escalas para evaluar la intensidad del dolor.....	20
Tabla 3. Género y grado de limitación según encuesta MIDAS	32
Tabla 4. Género y duración de los episodios de dolor	32
Tabla 5. Media de días perdidos por cefalea y grado de limitación.....	33
Tabla 6. Relación entre grado de limitación y momento de inicio del dolor	34
Tabla 7. Relación entre grado de limitación y lo síntomas acompañantes del dolor	35
Tabla 8. Relación entre grado de limitación y localización del dolor	36
Tabla 9. Relación entre grado de limitación e intensidad del dolor	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución por género	24
Gráfico 2. Distribución por edad.....	24
Gráfico 3. Síntomas acompañantes del dolor	25
Gráfico 4. Encuesta MIDAS Ítem 1. ¿Cuántos días faltó al.....	25
Gráfico 5. Encuesta MIDAS Ítem 2. ¿Cuántos días disminuyo	26
Gráfico 6. Encuesta MIDAS Ítem 3. ¿Cuántos días no hizo	26
Gráfico 7. Encuesta MIDAS Ítem 4. ¿Cuántos días disminuyo	27
Gráfico 8. Encuesta MIDAS Ítem 5. ¿Cuántos días no pudo.....	28
Gráfico 9. Encuesta MIDAS Ítem 5. Grado de limitación.....	28
Gráfico 10. Duración del dolor	29
Gráfico 11. Momento de inicio del dolor.....	29
Gráfico 12. Factores desencadenantes del dolor.....	30
Gráfico 13. Grado de limitación	30
Gráfico 14. Localizador del dolor	31
Gráfico 15. Intensidad del dolor según escala EVA	31

INTRODUCCIÓN

Una de las patologías más prevalentes y poco estudiadas es la migraña, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), esta provoca incapacidad en las actividades realizadas en la vida diaria en el 50 al 75% de las personas que en algún momento la padecen, teniendo mayor incidencia en personas jóvenes de 14 a 50 años de edad, disminuyendo considerablemente la productividad y rendimiento a nivel laboral, físico e intelectual (Organización Mundial de la Salud, 2017).

La característica más distintiva de la migraña es el dolor de cabeza que puede llegar a ser sumamente intenso y frecuente, lo que es causa de incapacidad para realizar las actividades diarias. Además, existen una serie de síntomas que frecuentemente acompañan a la cefalea y que también pueden ser un factor de limitación en las actividades de la persona como son: náuseas y vómitos, intolerancia a la luz (Fotofobia), intolerancia a los sonidos (Fonofobia), hipersensibilidad en la piel de la región peri craneal entre otros (Aycardi et al., 2017)

En Colombia, se realizó un estudio para conocer el impacto laboral, discapacidad y utilización de servicios sanitarios debidos a los síntomas de la migraña, se concluyó que en el mes se perdieron en promedio 7.31 horas de trabajo remunerado y 7.5 horas de trabajo no remunerado durante el mes, lo que permitió calcular pérdidas anuales por un monto de 1650 horas de trabajo por mes. 1000 habitantes en Colombia (Aycardi et al., 2017). De igual manera en la población de Latino América se ha estimado que por los síntomas de la migraña, en un lapso de 3 meses, se pierden en promedio unos 0,9 días de actividad escolar o laboral (Morillo, 2018). En nuestro medio, esta patología es tratada principalmente con farmacoterapia para atenuar los síntomas, o para prevenir las crisis, pero el grado en que los síntomas de la enfermedad afectan a la productividad de las personas esta poco estudiado (Caicedo & Jhayya., 2019).

De esta manera, la migraña se convierte en un problema de salud que afecta el trabajo, la escuela y la sociedad, pues las crisis y síntomas asociados a ella pueden limitar las actividades diarias de los afectados, dependiendo en gran medida de su intensidad y duración, especialmente el estrés que puede afectar

incluso a su desarrollo profesional en ausencia laboral (Asociación Española de Psicología Conductual, 2018).

Además, perjudica las relaciones sociales por una actitud de autoaislamiento, y debido a las crisis frecuentes y al dolor muy intenso y persistente durante los episodios, puede ser una enfermedad verdaderamente debilitante que provoca una reducción importante de la calidad de vida de las personas (Caicedo & Jhayya., 2019).

Debido a esto en varios países se han implementado instrumentos para evaluar el impacto económico sobre el sistema de salud y el impacto en la calidad de vida de las personas, determinando los costos tangibles e intangibles, los primeros estarían determinados por el cuidado médico, el uso de los servicios de salud y la prescripción de medicamentos y los segundos, con la disminución de la productividad en los ámbitos escolar, laboral y familiar, tanto por incapacidad como por ausentismo (Chaibia, 2017).

Por ello, surge la necesidad ante la falta de estudios locales que hayan evaluado los síntomas de la cefalea migrañosa y su impacto en las actividades de la vida diaria de los pacientes, de realizar el presente estudio. Para ello se evaluaron las personas con cefalea migrañosa que asisten al Centro de Osteopatía y Quiropraxia del distrito Metropolitano de la ciudad de Quito durante el periodo de febrero a marzo del año 2022. Se utilizaron dos instrumentos para conocer las variables que se querían conocer: el cuestionario Migraine Disability Assessment (MIDAS) que permite establecer el impacto de la cefalea migrañosa en las actividades de la vida diaria y el cuestionario de la International Headache Society (IHS) la cual ha establecido los parámetros clínicos para el diagnóstico de la migraña y a través de este instrumento permite determinar los síntomas más comunes de los pacientes con cefalea migrañosa y la intensidad del dolor en la población de estudio. Se realiza un análisis estadístico descriptivo por medio de porcentajes de los síntomas más frecuentes y un análisis correlacional entre los síntomas y el grado de discapacidad presentado por los participantes.

Es por ello, que con la presente investigación se pretende aportar evidencias sobre la forma en que los síntomas impactan en la productividad de las personas con la finalidad de mejorar la atención de los pacientes con cefalea atendidos en el

distrito metropolitano de Quito, de igual manera, establecer las bases para la crear un protocolo de actuación con estos pacientes.

CAPITULO I: GENERALIDADES

1.1. Planteamiento del problema

Uno de los trastornos que genera dificultad en el desarrollo de las actividades diarias es la cefalea migrañosa, que se presenta de manera aguda y repentina, con episodios de dolor de distinta intensidad siendo la más común de tipo leve que pasa a la severidad en cuestión de horas o días, además se presenta acompañada de una serie de síntomas neurológicos que junto a la cefalea, son los responsables de producir la incapacidad a la persona de realizar sus actividades diarias (Odell, 2019).

El impacto que produce la migraña en las actividades diarias de las personas que la padecen se debe principalmente a la cefalea y a su grado de intensidad pero además los síntomas que acompañan a este dolor de cabeza pueden ser tanto o más importantes que el dolor mismo como lo muestra Ramirez et al., en su trabajo en estudiantes universitarios, donde los síntomas como las náuseas, vómitos y la fotofobia fueron los principales limitantes en las actividades académicas incluso cuando la intensidad del dolor era muy baja (Ramírez et al., 2021)

De la misma forma en el estudio de síntomas y tratamiento de la migraña en Estados Unidos (MAST), se busca conocer los síntomas más frecuentes que acompañan a las cefaleas migrañosas ya que estos determinan el grado de discapacidad y limitación en las actividades de la vida diaria, además establece el patrón de consumo y abuso de medicamentos por parte de los pacientes (Lipton & Munjal, 2018)

El grado de limitación en la productividad de las personas y el impacto en las economías de los países, se evidencia cuando se considera que la cefalea migrañosa es presentada por la OMS como una de las patologías de mayor prevalencia a nivel mundial en adultos, ya que el 50% de la población llega a padecerla en algún momento de su vida, considerándose una patología recurrente. Más de la mitad de los adultos jóvenes en el mundo han presentado cefalea de moderada a severa intensidad en los últimos doce meses (Organización Mundial de la Salud, 2017).

También la Sociedad Española de Neurología (SEN) en el informe de su reunión del año 2019, indica que entre un 85-90% de la población española ha sufrido algún caso de migraña en los últimos 5 años (Sociedad Española de Neurología, 2019). La prevalencia de esta patología describe que el 63% de los casos se presentaron de forma aguda, el 3% de manera crónica y que los síntomas más limitantes son la cefalea, náuseas y vómitos y la fotofobia (Morillo, 2018).

En América latina la cefalea migrañosa tiene una prevalencia muy elevada encontrándose en 62% en Argentina, 32% en Brasil, 24% en México, 15% en Venezuela y 22% en Ecuador por citar algunos países (Solano, 2020). Centrándose la mayoría de los estudios en el impacto en la calidad de vida por la discapacidad causada por la severidad de la cefalea, pero sin evaluar el papel de los otros síntomas acompañantes del dolor (Solano, 2020).

En Ecuador se determinó que este tipo de cefalea se presenta en el 13,5% de mujeres, en cambio en el género masculino solo afecta al 2,9% (Morillo, 2018). En un estudio realizado en Guayaquil se observó que el 45% de los casos de migraña se presentaron en mujeres en edad productiva y el síntoma predominante es el dolor de cabeza, pero sin evaluar el papel de los otros síntomas en la pérdida de días en las actividades diarias (Gavilanes, 2019).

Al ser una enfermedad tan frecuente toma especial relevancia porque su sintomatología neurológica puede ser muy habitual y contribuir de manera importante en la limitación en las actividades diarias de las personas, disminuyendo su productividad en el desarrollo social. Además, el dolor de carácter crónico es un síntoma complejo donde se mezclan factores asociados, como autopercepción de falta de autocontrol, evitar la actividad física, discapacidad funcional, abuso de analgésicos, alteraciones del sueño, cambios anímicos, deterioro de relaciones familiares, laborales y del entorno social (Cabrejos, 2020). El carácter crónico del dolor migrañoso se traduce en un círculo vicioso, ante el dolor la persona toma conductas defensivas y al no encontrar mejoría la conducen a una menor funcionalidad afectando en gran medida su calidad de vida (Sosa et al., 2014).

La cefalea migrañosa por su intensidad y por los síntomas que la acompañan limitan las actividades de la vida diaria de las personas en el ámbito laboral, educativo, social y familiar, condición que se convierte en discapacidad

implicándolo una gran carga emocional y afectando finalmente en la esfera psicológica de los que la padecen (Uribe, 2018).

Por lo tanto, la situación problemática identificada es la necesidad de analizar los síntomas que acompañan a la cefalea migrañosa y la forma en que estos contribuyen al grado de limitación que tienen en las actividades diarias de las personas que asisten al centro de osteopatía y quiropraxia del Distrito Metropolitano de Quito.

1.2. Justificación

La conducta médica más frecuente en el primer nivel de atención ante un paciente con migraña es el tratamiento farmacológico de los episodios de dolor y en ocasiones el tratamiento profiláctico de las crisis, pero el enfoque de estos pacientes debe ser orientado también hacia la evaluación de los síntomas y sus consecuencias en el quehacer diario, en su productividad para sí mismo, la familia y la comunidad donde habita (Arivillaga, 2017).

Debido a que la cefalea migrañosa es una patología muy común que afecta a las personas en el ámbito laboral, educativo y personal, repercutiendo principalmente en el desempeño humano al limitar el desarrollo de sus actividades diarias, principalmente por la severidad del dolor, pero también por los múltiples síntomas neurológicos que la acompañan, se hace necesaria su evaluación (Uribe, 2018).

Esto es de relevante importancia, al considerar que la prevalencia de la migraña alcanza su punto máximo en los adultos jóvenes lo que contribuye a las altas tasas de pérdida de productividad laboral debido al ausentismo laboral y escolar. Las personas con migraña describen numerosas barreras para cumplir con sus actividades, representadas por los síntomas que acompañan la cefalea, su severidad y el discomfort que les causa, es posible que la discapacidad no esté presente al comienzo de una migraña, pero al incrementarse los síntomas, estos determinaran el grado de limitación (Seng et al., 2017).

Por ello, analizar la incidencia de los síntomas acompañantes de la cefalea migrañosa y de cómo afectan las actividades diarias y la productividad de las personas que la padecen es importante ya que la OMS afirma que “el 50% de la

población a nivel mundial padece esta patología, además se puede presentar en cualquier etapa de la vida” (Organización Mundial de la Salud, 2017). La cefalea causada por la migraña además de dolorosa es incapacitante. En el estudio mundial de la OMS sobre la Carga Mundial de Morbilidad, actualizado en 2018, la migraña representó la sexta causa mundial de los años de vida perdidos por discapacidad (AVPD) y colectivamente las cefaleas representaron la tercera causa (Reyes, 2018).

Además, la afectación en el individuo se traslada al ámbito social por eso es necesario conocer la relación entre los síntomas de la migraña y sociedad que ha sido poco explorado cómo se expone en el informe del congreso del año 2020 de la Federación Europea de Cefaleas (FEH), basada en la encuesta “Beyond Migraine: The Real You” del 2019, en la que se encontró que el 50% de las personas esconde su problema por el rechazo social, el 66% afirmó que su pareja es la más afectada y el 43% manifestó que su enfermedad hace infelices a sus hijos. Otro dato importante encontrado en la encuesta fue la limitación en el deseo de tener hijos la afectación a nivel financiero y laboral no sólo del afectado sino también de su pareja (Láinez et al., 2021).

De allí, surge el interés para realizar el presente estudio, de la necesidad de conocer los síntomas que se presentan con mayor frecuencia junto a la migraña y como impactan en las actividades diarias de las personas, para lo cual se seleccionaron a los pacientes que asisten al Centro de Osteopatía y Quiropraxia del Distrito Metropolitano de Quito, de forma que se pueda determinar cómo afectan su productividad en el ámbito laboral, escolar y familiar de manera que se pueda llamar la atención sobre esto y utilizar estas medidas en la toma de decisiones clínicas para mejorar la calidad de vida de los pacientes con migraña en Quito.

Además, esta investigación es importante ya que se determinarán las características demográficas de la población susceptible a padecer cefalea migrañosa y el grado de discapacidad que puede producir, así como la frecuencia de los episodios de dolor su severidad y los síntomas que lo acompañan. De esta manera se beneficia a la comunidad de Quito susceptible de padecer migraña y a los profesionales de la salud que los atienden a tener una mejor comprensión del problema qué representa la migraña y sus repercusiones sociales con lo cual se podrá brindar una atención de calidad.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Analizar los síntomas e impacto en las actividades de la vida diaria en los pacientes con cefalea migrañosa.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar los síntomas más comunes de los pacientes con cefalea migrañosa.
- Estimar el índice de dolor en la población de estudio.
- Determinar el momento de inicio y duración de cada episodio de cefalea migrañosa.
- Establecer el impacto de la cefalea migrañosa en las actividades de la vida diaria.

1.4. Metodología

1.4.1. Enfoque, diseño y tipo de estudio

Se realizó un estudio teniendo un enfoque cuantitativo, recogiendo, analizando y procesando datos medibles y representables a través de la estadística, los mismos que contribuyeron a dar respuesta al problema planteado sobre los principales inconvenientes y sintomatologías que pueden afectar a las personas en sus actividades de la vida diaria causados por la cefalea migrañosa en los pacientes del Centro de Osteopatía y Quiropraxia del Distrito Metropolitano de Quito.

En cuanto al diseño, se trató de un estudio observacional, analítico, transversal. Se considera observacional, puesto que no se influyó en las variables de estudio, sino que, se las analizó tal como se presentaron, dentro de su contexto sin manipularlas. Es analítico porque se busca conocer como los síntomas acompañantes de la migraña pueden causar limitación en las actividades diarias de las personas. Y transversal ya que los datos se midieron en un espacio de tiempo determinado que abarcó de febrero a marzo del año 2022.

1.4.2. Población y muestra

La población estuvo representada por 20 pacientes, con cefalea migrañosa que asistieron a un Centro de Osteopatía y Quiropraxia del Distrito Metropolitano de Quito entre febrero y marzo del 2022, de los cuales 8 son hombres y 12 mujeres. Por lo pequeño de la población se decidió realizar un muestreo no aleatorizado por conveniencia, por lo que se trabajó con el total de la población quedando al final una muestra 20 pacientes, que en su totalidad accedieron a realizar el cuestionario Migrain Disability Assessmet (MIDAS) (Anexo 3) y la encuesta demográfica de la International Headache Society (IHS) (Anexo 4) previa firma del consentimiento informado.

1.4.3. Criterios de inclusión y exclusión

1.4.3.1. Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de cefalea migrañosa.
- Pacientes mayores de edad.
- Pacientes que reciban tratamiento de cefalea migrañosa en el centro de estudio.
- Pacientes que acepten participar en la investigación y que firmen el consentimiento informado.

1.4.3.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que usen fármacos de manera complementaria al tratamiento de la cefalea migrañosa.
- Pacientes con diagnóstico de cefalea migrañosa asintomáticos al momento del estudio.

1.4.4. Fuentes, técnicas e instrumentos

1.4.4.1. Fuentes

La información del presente estudio, fue obtenida por medio de fuentes primarias y secundarias.

Los datos de fuentes primarias se obtuvieron a través de la indagación directa a los pacientes con diagnóstico de cefalea migrañosa mediante una

encuesta demográfica el IHS (Anexo 3) y MIDAS (Anexo 2) que acuden a un Centro de Osteopatía y Quiropraxia del Distrito Metropolitano de Quito.

La información secundaria se obtuvo a través de la búsqueda bibliográfica en varios buscadores científicos como Pubmed, Lilac, Scielo y Elsevier.

1.4.4.2. Técnicas

Como técnica de recolección de datos se utilizó una encuesta de preguntas cerradas basadas en los síntomas que presentan los pacientes, la intensidad del dolor y la limitación en las actividades en los ámbitos educativos, laborales y familiares (Anexo 2 y 3), que es uno de los mejores métodos para recabar datos de interés que permiten dar una respuesta viable al problema planteado.

1.4.4.3. Instrumentos

Para la identificación de los síntomas más frecuentes y las afectaciones en las actividades de la vida diaria de los pacientes implicados en el estudio, se aplicó un cuestionario con preguntas cerradas, que permitían analizar los resultados de los síntomas de mayor frecuencia, zonas de localización del dolor y su intensidad, la discapacidad relacionada con la cefalea migrañosa y de cómo estas características afectan las actividades de la vida diaria en lo laboral, social y doméstico.

También se aplicaron cuestionarios científicamente validados, a través de pruebas paramétricas, las mismas que permiten garantizar la fiabilidad de los datos obtenidos. Estos fueron:

- El cuestionario MIDAS (Anexo 2), que permite medir la discapacidad y el impacto de la cefalea migrañosa en las actividades de la vida diaria del paciente (Silva J. , 2018). El documento se encuentra validado en Cuba con alfa de Cronbach de 0.91 y un índice de Kappa Inter observador con un coeficiente de 0.727 (Stovner ., 2017). Se puede aplicar en el ámbito laboral por medio de cinco preguntas específicas de la patología ilustradas en el (Anexo 2), la puntuación se obtiene por medio de la sumatoria de los puntos acumulados por cada pregunta (Adenis., 2018).

- La clasificación de la IHS (Anexo 3) que, a través de sus criterios de diferenciación determina los síntomas más comunes en los pacientes con cefalea migrañosa (Cabrejos, 2020). El documento fue validado científicamente con alfa de Cronbach en un estudio realizado en Brasil, con valores de 0.74 y un índice de Kappa de 0.76 por dimensión (Pereira, 2017), en Argentina presenta un alfa de Cronbach global de 0.79, con Kappa que va entre 0.52 y 0.70 por dimensión con validez y concurrencia y con una estabilidad temporal en la población (Bandeira, 2017).
- Además, el IHS incluye, para conocer la intensidad del dolor que padecen los pacientes la Escala Visual Análoga del Dolor Numérica (EVA) (Anexo 4) (Salas, 2019).

1.4.5. Plan de recolección y análisis de información

Para la recolección de la información en primer lugar se solicitó el permiso a la dirección del Centro de Quiropraxia y osteopatía, posteriormente se socializo a los participantes la naturaleza y objetivos del estudio. Los que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado y se procedió a entregarles la encuesta para ser contestada por cada participante.

En este estudio se utilizará la estadística descriptiva e inferencial mediante análisis no paramétrico ya que nos permite probar o refutar las hipótesis y medidas o variables propuestas. Esto se hará mediante la prueba de Chi cuadrado, en el programa estadística SPSS ® versión 23.

De tal manera los datos se procesaron a través de hojas de cálculo en Microsoft Excel ® 2016 y se representarán los resultados por medio de gráficos y tablas.

1.5. Variables

Variable independiente: Cefalea migrañosa

Variable dependiente: Impacto en las actividades de la vida diaria.

1.5.1. Hipótesis

Los síntomas que acompañan las crisis de cefalea migrañosa afectan las actividades diarias de los pacientes que asisten al centro de osteopatía y quiropraxia del Distrito Metropolitano de Quito.

1.5.2. Matriz de operacionalización de variables

Tabla 1. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSION	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA
Variables independientes					
Cefalea migrañosa	Patología incapacitante por dolor agudo y de carácter intenso a nivel de la zona craneal.	Dolor agudo	Intensidad del dolor	Escala EVA de dolor	Cuantitativa
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo.	Años	Edades con mayor frecuencia	Años cumplidos	Cuantitativa
Genero	Según la anatomía como femenino o masculino	Sexo	Sexo con mayor frecuencia	Femenino o Masculino	Cualitativa
Factores desencadenantes	Característica o circunstancia que puede causar una enfermedad	Causantes de migraña	Causas más frecuentes de migraña	Alimentación, Estrés Cambios hormonales, Cambios en el sueño, Estímulos sensitivos, Medicamentos	Cualitativa
Síntomas acompañantes	Percepción subjetiva u objetiva que tiene el paciente de la enfermedad	Percepción	Síntomas más frecuentes	Náuseas y vómitos Fotofobia, Fonofobia, Sensibilidad peri craneal, Aura	Cualitativa Nominal
Localización del dolor	Zona de la cabeza donde se percibe el dolor	Ubicación	Localizaciones más frecuentes	Frontal, Temporal, Occipital Parietal, Articulación Temporo mandibular	Cualitativa Nominal
Duración del dolor	Duración en horas que está presente el dolor	Tiempo	Duración más frecuente	De 1 a 6 horas De 7 a 12 horas Más de 12 horas	Cuantitativa

Variable dependiente					
Afectación de las actividades de la vida diaria	Limitación que provoca la cefalea migrañosa en el cumplimiento de las actividades de la vida diaria.	Grado de limitación	Días perdidos	Encuesta MIDAS 0 a 5 días grado 1 6 a 10 días grado 2 11 a 20 días grado 3 Más de 21 días grado 4	Cuantitativa

Fuente: Encuesta MIDAS

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Cefalea migrañosa

2.1.1. Definición

La migraña es una enfermedad de carácter incapacitante que habitualmente se presenta con dolor pulsátil de intensidad leve y moderada. Se caracteriza por episodios constantes de aproximadamente cuatro horas consecutivas sin resolución (Garrido et al. 2018).

La cefalea migrañosa presenta una incapacidad neurológica del 2% de la población. Además genera una reacción de sensibilidad que provoca náuseas y vómitos como respuesta a estimulantes externos visuales, olfativos y acústicos (Schwedt 2018).

La patología puede identificarse de manera temprana para instaurar un tratamiento que evite las complicaciones, estas son conocidas como el aura, las mismas que varían entre fotofobia, entumecimiento bucal incluida la lengua o incluso una hemiparesia momentánea (Buonanottea & Buonanotte, 2018).

El síntoma de mayor relevancia es la cefalea, de carácter intenso puede presentarse de manera bilateral o unilateral, acompañada de fotofobia, mareo que pueden conducir al vomito, la irritabilidad y el autoaislamiento en una habitación sin ruido y en oscuridad condiciones que contribuyen en la disminución de la sintomatología (Gaitan et al., 2020).

2.1.2. Epidemiología

Estudios a nivel mundial han demostrado que la cefalea migrañosa es una de las principales patologías que provoca incapacidad de realizar las actividades de la vida diaria, demostrando que su prevalencia en mujeres es más frecuente que en los hombres. La edad en la que mayor recurrencia tiene es entre los 30 – 39 años de edad, en Estados Unidos en 2003 por medio de La Encuesta Nacional de Entrevistas de Salud (NHIS), indico que de las 40,892 personas encuestadas los jóvenes en especial las mujeres llegan a padecer de cefalea migrañosa (Vetvik & MacGregor, 2017).

Un estudio sueco demostró que durante la pubertad los niños tienden a padecer la cefalea en los rangos de edad de 7 a 9 años con un porcentaje de 2.4% en niñas y 2.5 en niños, indico que mientras más avanzan en edad la frecuencia de la cefalea aumenta en las niñas con un margen de del 6.4% en mujeres y 3.9 en hombres.

La NHIS encontró que de los 30 años en adelante se puede evidenciar mayor incremento de la cefalea migrañosa en mujeres que hombres en donde se pudo evidenciar por medio de varios estudios predecesores como American Margine Prevalece and Prevención (AMPP) que después junto con el Asociación Madrileña para la Salud Integral (AMSI) realizaron a 120.000 hogares de los cuales se pudo visualizar que es más común la cefalea migrañosa con aura (Vetvik & MacGregor, 2017).

Estudios que se han realizado en España con resultados obtenidos en el Sur de Madrid, también en áreas como Camargo que se analizó la prevalencia de la cefalea migrañosa diaria en personas mayores a 14 años de edad en donde su porcentaje en hombres es del 5,8% y en mujeres del 10,8%, se presenta una tasa de crecimiento del 50,6% diario de la cefalea migrañosa. En 2006 la Encuesta Nacional de Salud de España indica un aumento de la cefalea migrañosa en un 11,02% superando a los años anteriores, el Plan de Acción en la Lucha contra la Migraña con finalidad en su muestreo de 70.692 entrevistas con su prevalencia e influencia en tratamientos más utilizados en información de la patología (Navarro et al., 2020).

La base de datos en estudios realizados en Brasil se ha realizado encuestas en el año 2000, donde su porcentaje en base de datos indica que en mujeres representa el 28,8% y en hombres el 14,2% en una edad de 35 a 44 años. En los últimos estudios epidemiológicos de Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) con un total de 15.105 encuestados realizo en el centro de investigación Bahía, Espirito Santo, Minas Gerais, Río Grande do Sul y Sao Paulo en 2008 a 2010 con una prevalencia de 29,5% de los cuales el 22,5% en mujeres que oscila en 22,1% y el 36,8% de la población (Navarro & Serrano, 2022).

En Colombia por medio de la neuro epidemiología conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS) con su prevalencia en la cefalea migrañosa en donde su prevalencia de cefalea migrañosa

2.1.3. Etiología

La cefalea migrañosa es provocada por la aparición dilatación de las arterias en sus ramas lo que puede provocar un dolor temporal, también puede presentarse por una edematización periarteriolar y estimulación en sus estructuras que rodean a las arterias. En la artritis de Horton, como en la hipertensiones y trombosis presentan mecanismos semejantes a la cefalea migrañosa. Al igual que otros factores que se pueden asociar como la hipercapnia o insuficiencia respiratoria provoca por las masas que se desplazan o se traccionan lo que provocan la cefalea. La meningitis por medio de la inflamación de los vasos meníngeos y raíces raquídeas, que se irradian hacia los lóbulos oculares que por un exceso de uso o uso prolongado provoca la aparición de la patología consecuente (Lozano, 2001)

2.1.4. Fisiopatología

Las crisis migrañosas, no solamente pueden situar el dolor a nivel de la cabeza sino también presentan una irradiación hacia la parte del rostro afectando la visión con ardor, dolor y dificultad de poder ser bien es decir ve borroso. Esto hace que sea difícil realizar actividades de la vida diaria. Una de las características que presenta es la irradiación hacia cualquiera de sus miembros superiores ya que también tiene afección neurológica y provoque un hormigueo en los brazos y en el peor de los casos con la gravedad de la situación entumecimiento. A nivel de la espalda presenta dolor fuerte lo que hace que el paciente no pueda mantener una posición erguida lo que implica que los músculos pierdan tono y fuerza y provoque una posición antiálgica en el paciente y trate de buscar su postura (Wayne y otros, 2020).

2.1.5. Manifestaciones clínicas

La presentación clínica de la cefalea migrañosa se encuentra dividida en tres fases; el aura, el dolor y los póstdromos. Sin embargo, no todos los pacientes presentan la fase uno, que permite un tratamiento oportuno antes de la fase aguda e incapacitante (Solano, 2020) .

Para pasar de la fase uno a la fase del dolor se deben presentar cambios en el riego sanguíneo del encéfalo principalmente a nivel del hemisferio involucrado. Inicialmente aparece una hipoperfusión, pero progresivamente se atraviesa a la hiperperfusión debido a una dilatación de los vasos sanguíneos, en el momento del cambio del flujo sanguíneo es donde aparece la cefalea (Buonanotte y Buonanotte, 2019).

La migraña se presenta con una alteración en la visión que se la conoce como aura que ve reflejos de luz que se presenta como consecuencia de la migraña, los ataques de migraña siempre varía su durabilidad, en niños tiene una duración de 1 a 72 horas eso va a depender de múltiples factores y si es unilateral y si es bilateral se presenta con mayor durabilidad (Chaibi et al., 2011).

2.1.6. Tipos de Migraña

2.1.6.1. Migraña con Aura

La migraña con aura es una enfermedad compleja caracterizada por dolores de cabeza por pulsos, generalmente ubicados en un lado de la cabeza, una intensidad promedio de a pesada, con un período de cuatro a 72 horas y relacionados con la evidencia, Óptica, y síntomas digestivos como son las náuseas y vómitos. Alrededor del 15% a una segunda parte de la migraña, el cabezal dolores de cabeza se ha ido antes o acompañado de aura, imágenes, síntomas de sentimiento, sensación, síntomas neurológicos, el motor inverso se produce gradualmente, luego ellos desaparecen. En las últimas décadas, el papel básico de las razas corticales (CSD) se convierte en un mecanismo de AURA ha sido ampliamente apoyado por los nervios y los nervios funcionales. El origen de la CSD sigue siendo claro, aunque sabemos que la colina es un generador de crisis de migraña.

Migraña con aura, en la que el aura incluye síntomas visuales, sensoriales, del habla o del lenguaje, pero sin debilidad motora, caracterizada por un desarrollo progresivo, duración de cada síntoma durante más de una hora, una combinación de signos positivos y negativos y reversibilidad completa (Lucas, 2021).

2.1.6.2. Migraña sin Aura

La migraña sin aura se caracteriza principalmente por dolor de cabeza y síntomas relacionados, es decir, migraña. Los eventos de aura neural deben distinguirse de los síntomas comúnmente informados de los precursores, como cambios en el estado de ánimo o en los niveles de actividad, hambre, apetito y bostezos, o analogía como fatiga, dificultad para concentrarse y rigidez en el cuello. Otros mecanismos sugeridos para la migraña sin aura incluyen la agregación plaquetaria inducida por escisión en la que las plaquetas se ensamblan en vasos estrechos liberando serotonina localmente que conduce a la formación de óxido nítrico y libera CGRP. Un estudio danés reciente basado en la población sugirió que este aumento del riesgo también podría atribuirse al subtipo de migraña con una razón de riesgo de 1,22 con un IC de 5% 1,01 a 1,8 (Vgontzas and Burch 2018).

2.1.6.3. Migraña Crónica

El dolor crónico de la migraña es conocido por la carga específica de los síntomas de pacientes, contrariamente al momento de la enfermedad. Es un dolor de cabeza crónico más común que se ve por expertos en dolor de cabeza. En todo el mundo, aproximadamente la segunda población que experimenta una migraña crónica; La tasa de circulación es de 2,5 a 6,5 veces más alta que las mujeres (1,7% a 0%) en comparación con los hombres (0,6% a 0,7%). 986. Las migrañas crónicas se pueden vincular al metabolismo específico, las funciones y la estructura de en la línea de corteza, pero sin su principio de investigación básica no pueden mostrar continuamente el desarrollo progresivo de cambios continuos o si pueden revertir (Aurora and Brin 2017).

2.1.6.4. Migraña Abdominal

La migraña abdominal es un trastorno funcional amplio, un trastorno sin anomalías estructurales o bioquímicas reconocidas. Es un síndrome episódico en el espectro de la migraña e incluye dolor abdominal entre episodios, lo suficientemente intenso como para interferir con las actividades normales. El dolor se encuentra asociado con las características de la migraña incluye alteraciones sensoriales como fotofobia, fobias, anorexia, náuseas, vómitos y palidez. Básicamente, el paciente se encuentra asintomático entre las crisis. Estas características son consistentes con los criterios de diagnóstico para la migraña

abdominal de la Clasificación Internacional de Dolores de Cabeza (ICHD) y la Clasificación Roma IV de Trastornos Gastrointestinales (Angus-Leppan et al. 2018).

2.2. Evaluación de los síntomas de la migraña

Al hablar de migraña pensamos inmediatamente en dolor de cabeza que, aunque es el síntoma principal, este se ve acompañado de otra serie de síntomas que de igual manera junto al dolor son los responsables de la limitación en las actividades de la vida diaria de las personas que padecen esta enfermedad (Gago et al., 2021).

La evaluación de los síntomas que presenta un paciente con migraña permite establecer la severidad del episodio, la limitación en las actividades diarias y programar el plan de tratamiento farmacológico y no farmacológico. Además, conocer las características de los síntomas permite estimar el impacto de la migraña en la calidad de vida de las personas (Riesco, 2018).

Evaluar los síntomas que acompañan a la migraña también permite conocer el patrón en el uso de medicamentos por parte del paciente con lo cual se puede establecer hasta qué punto se produce un abuso en el consumo de los mismos y que pueden incidir en el estado de salud debido a los efectos secundarios (Cjuno & Caballero, 2020).

El dolor, por ser el síntoma preponderante en la migraña es el que se evalúa con mayor minuciosidad buscando en la anamnesis todas sus características como son: momento de aparición, localización, irradiación, factores desencadenantes y atenuantes, síntomas acompañantes, intensidad, duración y tipo. Para ello se han creado diversas escalas de las cuales la más usada es la basada en las recomendaciones de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS) (Gago et al., 2022).

La intensidad del dolor es una de las características que más influye en la limitación de los pacientes para realizar sus actividades, por ello determinarlo objetivamente es un aspecto importante en su evaluación. Para ello se ha difundido ampliamente el uso de escalas numéricas que evalúan desde la ausencia de dolor (0) hasta un nivel de dolor insoportable (10), su facilidad de aplicación y alto grado

de correlación inter e intra paciente. Entre ellas tenemos, la escala visual analógica (EVA), la escala numérica verbal (NV) y la escala verbal simple o escala categórica (EC), (Vicente et al., 2018).

En la tabla 2 se resumen las características de cada una de las escalas para valorar el dolor.

Tabla 2: Escalas para evaluar la intensidad del dolor

Escala	Características	Valores
EVA	La intensidad del dolor se puede determinar con la mayor certeza entre los observados. Consiste en una línea de 10 cm en cada extremo de la cual no hay dolor, pero el otro extremo tiene el mayor dolor posible. Indique al paciente que marque el nivel de dolor en la línea, mida el nivel de dolor con la regla y exprese la intensidad en una escala de 0 a 10.	0 = Ausencia de dolor 10= Peor dolor posible
NV	En una línea se colocan los números del 0 al 10 y se pide al paciente que seleccione el número que corresponda a su grado de dolor, si 0 es ausencia de dolor y 10 el máximo nivel de dolor posible. Es la más sencilla de las escalas.	0 = Ausencia de dolor 10= Máximo nivel de dolor
EC	Al basarse en categorías es más útil cuando el paciente no puede valorar su dolor con las otras escalas. Se correlaciona con una escala numérica. La más usada en pediatría.	Nada = 0 Poco = 1 a 4 Bastante = 5 a 7 Mucho = 8 a 10

Fuente: Modificado de Vicente et al (2018).

La evaluación del dolor de la cefalea migrañosa establece la limitación en las actividades diarias en 2 aspectos diferentes, por un lado, se evalúa la intensidad como el aspecto físico que por su severidad limita la realización de cualquier actividad, que para ello son útiles las escalas antes mencionadas. Al respecto, en el estudio de Cacace & Caballero (2017), el grado de discapacidad se asocio de forma significativa al grado de dolor con valor de $p < 0.05$. De igual forma en el estudio ATLAS, sobre la migraña en España, el mayor grado de discapacidad estuvo asociado principalmente a la severidad del dolor medido a ravez de la ecala EVA, de manera que los pacientes con niveles de dolor ≥ 5 , tubieron discapacidad moderada a grave según la encuesta MIDAS y los que tenían niveles de dolor > 7

presentaron discapacidad de grave a muy grave (Asociación Española de Psicología Conductual, 2018).

El otro aspecto es el elemento psicológico de afrontamiento de la persona ante el dolor, la presencia de pensamientos catastróficos definido como una respuesta emocional persistentemente negativa ante el dolor incluso cuando éste no es de alta intensidad, por ello la persona se autolimita de sus actividades aislándose de su entorno social y familiar generando sentimientos de ansiedad y depresión (Alvarez et al., 2021).

Cuando se desea realizar una evaluación de los síntomas de ansiedad y depresión asociado a la migraña se utilizan los instrumentos diseñados para medir estos síntomas utilizados dentro de las evaluaciones psicológicas generales. Para la evaluación de la ansiedad los más utilizados son: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Cuestionario para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada (GADQ-M), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) entre otros (Cjuno & Caballero, 2020). Por su parte para la evaluación de la depresión se suele utilizar instrumentos que determinan la severidad temporal de la depresión asociada a eventos específicos como es el caso de la migraña. Para ello los más utilizados son: El Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9) es el más utilizado para evaluar pacientes con migraña, Inventario de Depresión de Beck (BDI) y La escala hetero aplicada de Hamilton para la depresión (HRSD) (Castrillón et al., 2021).

Las náuseas y vómitos, la fotofobia y la fonofobia se han caracterizado como los síntomas más frecuentes al punto de que forman parte de los criterios de diagnósticos de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS). La importancia de estos síntomas está dada, por la forma en que afectan a las personas ya que por sus características no permiten un desenvolvimiento normal en las actividades diarias (Stonski & Weissbrod, 2019).

Para evaluar estos síntomas no existen escalas específicas como en el caso del dolor, sólo se incluyen en los ítems de las escalas que miden el impacto de la migraña en las actividades diarias de los pacientes, sin detallar en su frecuencia o intensidad.

2.3. Impacto de los síntomas

La migraña con su conjunto de síntomas; comenzando con el dolor y su intensidad, son capaces de limitar las actividades de las personas lo que conlleva a una disminución en la calidad de vida, estados de depresión, angustia, aislamiento social y pérdida de capacidad funcional que generan costos económicos y sociales (Compen & Rojas, 2021).

El dolor de la cefalea migrañosa por su recurrencia, imprevisibilidad e intensidad causa además de reacciones orgánicas respuestas psicológicas asociándola a depresión, ansiedad, trastorno bipolar y más recientemente al síndrome de estrés postraumático (TEPT), encontrando en diversos estudios, que ello contribuye a la cronificación de la enfermedad y a crear un círculo vicioso que deteriora aún más la calidad de vida de las personas afectadas (Pérez et al., 2021).

En el estudio de Gavilanes (2019), sobre el comportamiento de la migraña en Guayaquil se encontró que la severidad del dolor se asoció significativamente con el ausentismo escolar y laboral, en más de la mitad de los casos se requirió de reposo en cama con una pérdida media de días productivos de 4,8 días por mes.

La severidad del dolor incrementa el uso de medicamentos como los analgésicos comunes, analgésicos opioides, antidepresivos y ansiolíticos, con el riesgo de efectos adversos y sobredosificación, además del costo económico. Por otra parte, el abuso de medicamentos por parte del paciente por más de un año para aliviar la cefalea se convierte en factor de riesgo para pasar de migraña episódica a migraña crónica, con lo que se impacta aún más en la discapacidad laboral, familiar, social y educativa de los pacientes (Cjuno & Caballero, 2020).

Para cuantificar el impacto que tiene la migraña en la vida de las personas, se han creado una serie de instrumentos autoaplicados y validados en diferentes idiomas, usados tanto en la práctica clínica como en la investigación. De estos instrumentos los diseñados exclusivamente para medir el impacto en las actividades diarias son el Migraine Disability assesement (MIDAS) y el Headache Impact Test (HIT-6). El Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire (MSQ) está diseñado para conocer el impacto de la migraña en la calidad de vida de los pacientes (Gago et al., 2022).

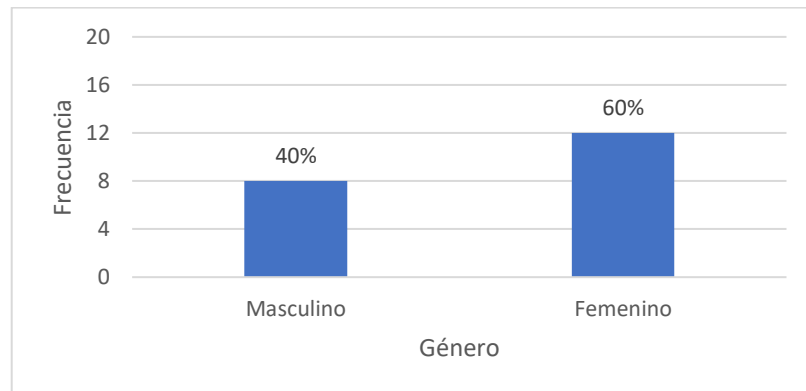
Las náuseas y vómitos acompañen a la crisis de migraña en el 62% de los pacientes según la mayoría de los estudios de prevalencia reportados por diferentes autores, la forma en que estos síntomas causan limitación en las actividades diarias se debe a la alteración de los horarios de alimentación, la ansiedad originada por la sensación permanente e inminente de expulsar los alimentos del estómago y por lo desagradable del acto de vomitar tanto para el paciente como para los que lo rodean. La fotofobia y la fonofobia se presentan en aproximadamente el 45% de los pacientes, éstas imposibilitan a la persona a exponerse a la luz intensa ya sea natural o artificial y el uso de dispositivos que dispongan de una pantalla (Vetvik & MacGregor, 2017).

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

3.1.1. Resultados descriptivos

Gráfico 1. Distribución por género

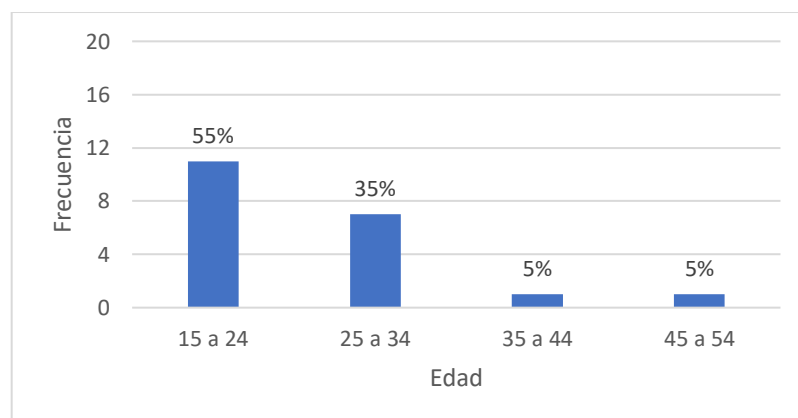


Fuente: Encuesta IHS

Elaborado por: Gabriel Shoney Espin Taco

En la gráfica 1 se puede observar como la muestra estuvo conformada en su mayoría por mujeres con el 60 % del total. Existe una representación de género heterogénea entre hombres y mujeres.

Gráfico 2. Distribución por edad

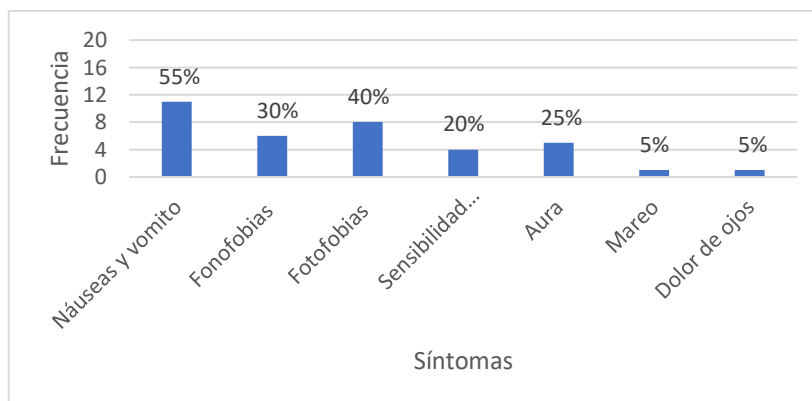


Fuente: Encuesta IHS

Elaborado por: Gabriel Shoney Espin Taco

En la gráfica 2 se puede ver que en la distribución por edad de la población los grupos con mayor frecuencia son los de 15 a 24 años y el de 25 a 34 años con 55 % y 35 % respectivamente. Es decir, la población en su mayoría (90 %) está representada por adultos jóvenes de entre 15 a 34 años.

Gráfico 3. Síntomas acompañantes del dolor

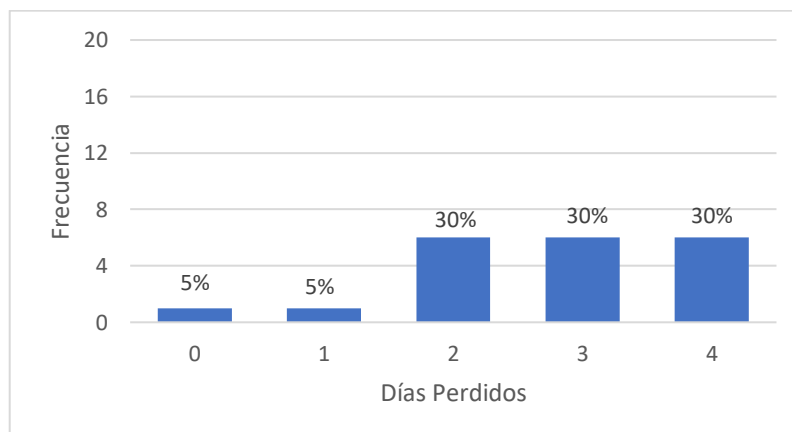


Fuente: Encuesta IHS

Elaborado por: Gabriel Shoney Espin Taco

En el gráfico 3 se muestran los síntomas que acompañan el dolor en las crisis de migraña. Las náuseas y los vómitos se presentan en más de la mitad de los pacientes (55%), seguido en frecuencia de las respuestas desagradables a estímulos sensoriales fotofobia y fonofobia con 40% y 30% respectivamente.

Gráfico 4. Encuesta MIDAS Ítem 1. ¿Cuántos días faltó al colegio o trabajo en los últimos tres meses?

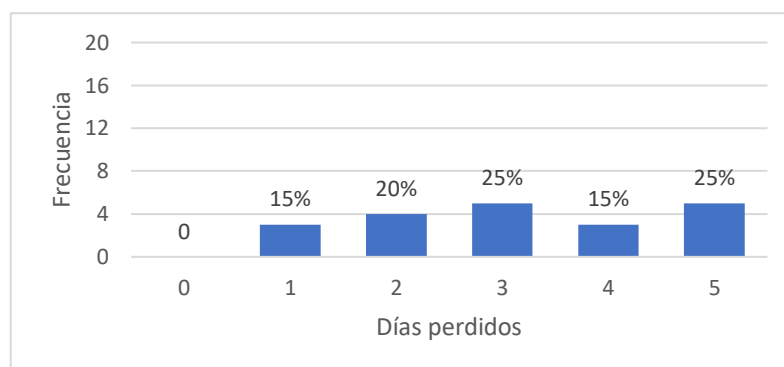


Fuente: Encuesta MIDAS

Elaborado por: Gabriel Shoney Espin Taco

En la gráfica 4 se puede visualizar que en la pregunta número 1 de la encuesta MIDAS referida al número de días que faltaron a la escuela o el trabajo por la migraña, la mayoría de las personas perdió entre 2, 3 o 4 días con un 30 % en cada caso.

Gráfico 5. Encuesta MIDAS Ítem 2. ¿Cuántos días disminuyo en la mitad su productividad en el trabajo o la escuela?

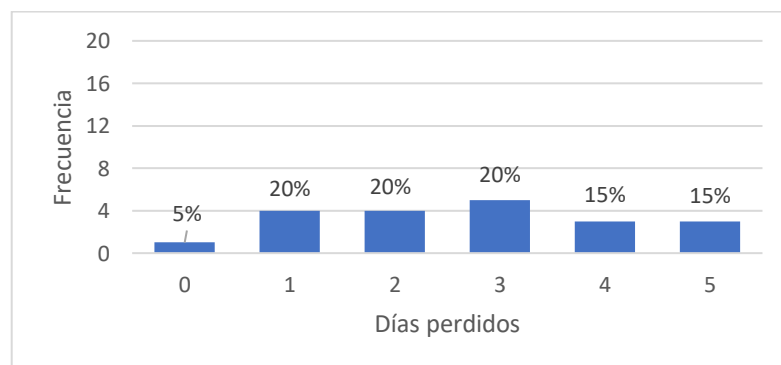


Fuente: Encuesta MIDAS

Elaborado por: Gabriel Shoney Espin Taco

En la gráfica 5 se puede observar que en la pregunta número 2 de la encuesta MIDAS que evalúa la disminución en la mitad de la productividad en el trabajo o la escuela las repuestas son muy diversas. La productividad se ve disminuida en la mitad con más frecuencia entre 3 y 5 días representando combinadas el 50 %.

Gráfico 6. Encuesta MIDAS Ítem 3. ¿Cuántos días no hizo sus quehaceres domésticos en los últimos 3 meses?

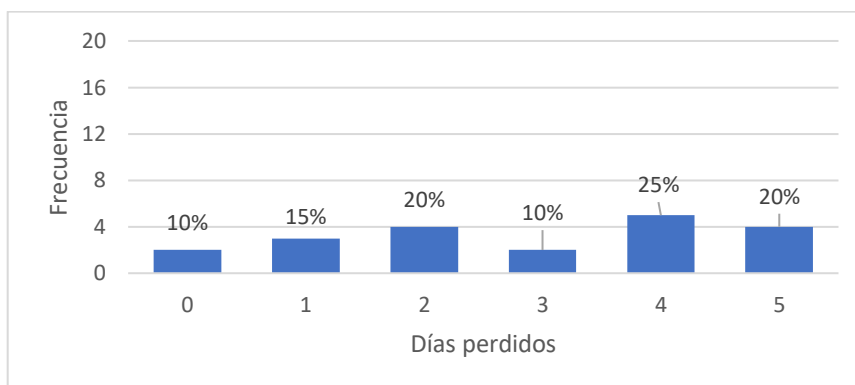


Fuente: Encuesta MIDAS

Elaborado por: Gabriel Shoney Espin Taco

En la gráfica 6 se aprecia que en la pregunta 3 de la encuesta MIDAS que evalúa como el dolor de cabeza limita los quehaceres domésticos, las diferencias entre los grupos no son grandes, denotando que la limitación en estas actividades es más frecuente entre 1 y 3 días con un 20 % en cada caso seguido del grupo de personas que pierde 4 o 5 días con un 15 % cada uno.

Gráfico 7. Encuesta MIDAS Ítem 4. ¿Cuántos días disminuyo su productividad a la mitad en el hogar en los últimos 3 meses?

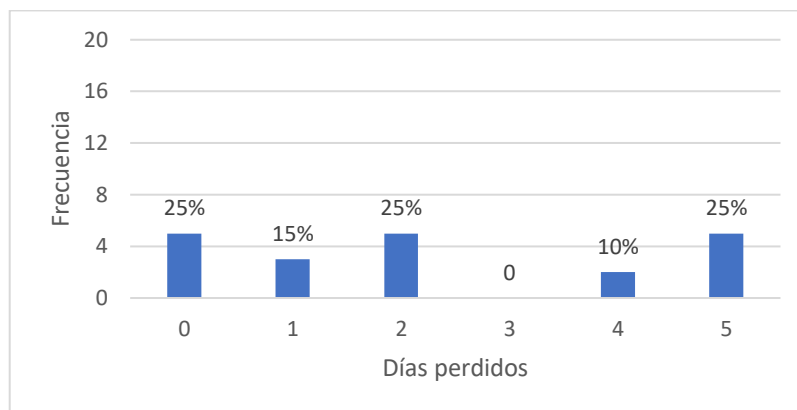


Fuente: Encuesta MIDAS

Elaborado por: Gabriel Shoney Espin Taco

En la gráfica 7 se puede observar que de la pregunta número 4 de la encuesta MIDAS que evalúa la disminución a la mitad de la productividad en las labores del hogar en los 3 meses anteriores, el grupo mayoritario representado por el 25 % perdió 4 días seguido de los que perdieron 2 y 5 días con el 20 % cada uno. Esta gráfica guarda relación con la anterior mostrando que la posibilidad de que la disminución en la productividad en las labores cotidianas del hogar se vea limitadas entre 1 a 5 días son muy similares al igual que una disminución en la productividad de estas actividades.

Gráfico 8. Encuesta MIDAS Ítem 5. ¿Cuántos días no pudo participaren actividades familiares en los últimos 3 meses?

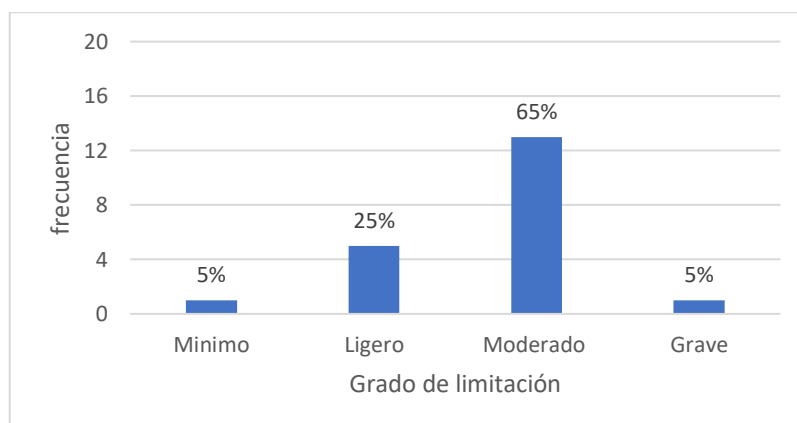


Fuente: Encuesta MIDAS

Elaborado por: Gabriel Shoney Espin Taco

En la gráfica 8 se puede visualizar que de la pregunta número 5 de la encuesta MIDAS, que evalúa como afecta la cefalea las actividades familiares y sociales, una cuarta parte de los individuos a pesar del dolor no deja de realizar actividades familiares y la limitación más frecuente se ubica en la pérdida de 2 y 5 días con un 25 % cada uno.

Gráfico 9. Encuesta MIDAS Ítem 5. Grado de limitación

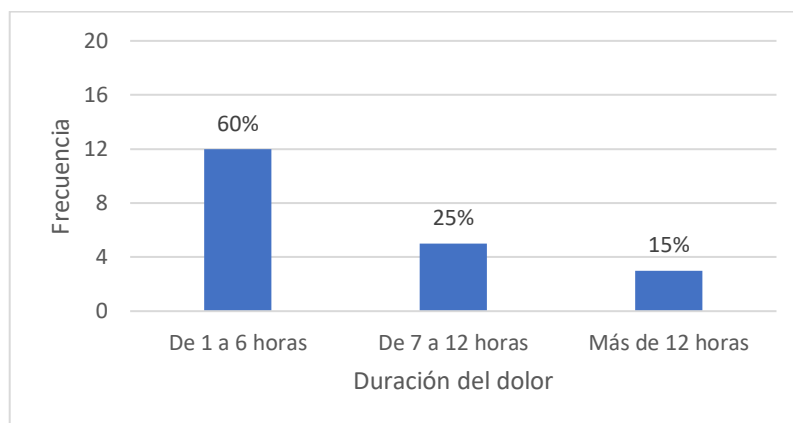


Fuente: Encuesta MIDAS

Elaborado por: Gabriel Shoney Espin Taco

En la gráfica 9 se puede apreciar cómo la mayoría de los participantes del estudio presenta un grado de limitación moderado en sus actividades diarias, el dolor impide socializar y realizar actividades laborales y educativas.

Gráfico 10. Duración del dolor

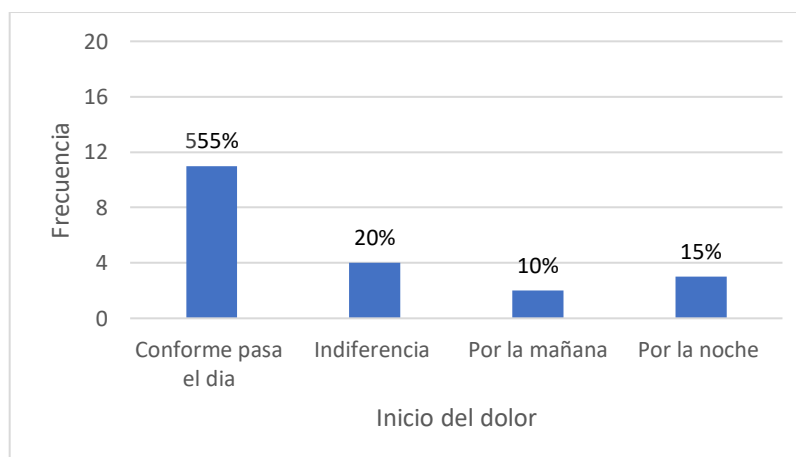


Fuente: Encuesta IHS

Elaborado por: Gabriel Shoney Espin Taco

En la gráfica 10 se puede observar que la duración de los episodios de dolor más frecuente entre los participantes del estudio fue de 1 a 6 horas con el 60 %, seguido en frecuencia por el grupo que presentó episodios que duraron de 7 a 12 horas en un 25 %.

Gráfico 11. Momento de inicio del dolor

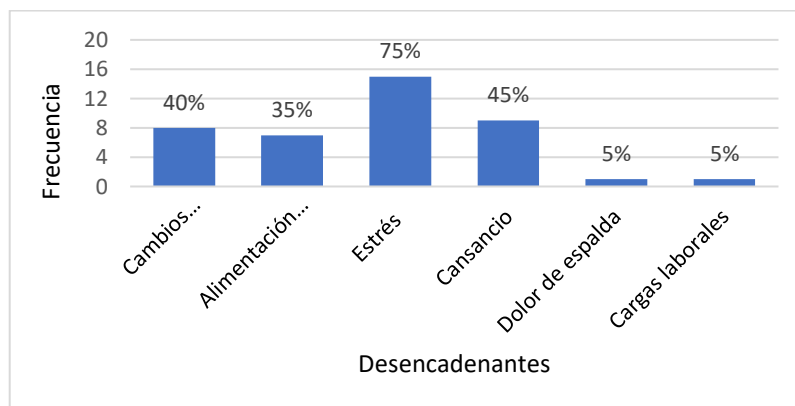


Fuente: Encuesta IHS

Elaborado por: Gabriel Shoney Espin Taco

En la gráfica 11 se observa la distribución de acuerdo con el momento de inicio del dolor. Para la mayoría de los participantes (55 %) el dolor suele aparecer a cualquier hora durante el transcurso del día, es decir que es impredecible por lo que se ven obligados a interrumpir sus actividades de forma inesperada.

Gráfico 12. Factores desencadenantes del dolor

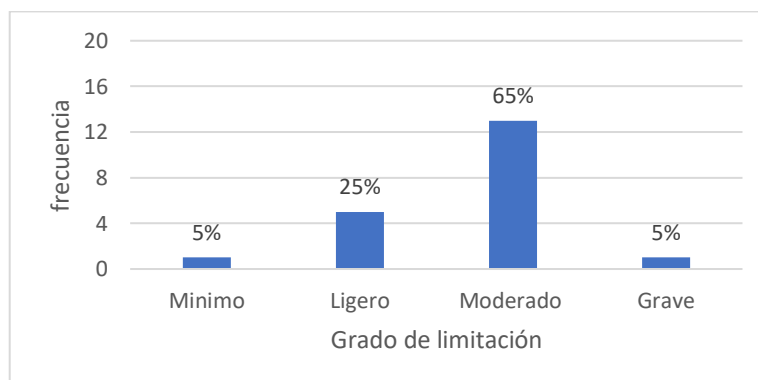


Fuente: Encuesta IHS

Elaborado por: Gabriel Shoney Espin Taco

En la gráfica 12 se presenta la distribución por factores desencadenantes, el estrés es la causa más frecuente con un 75 % del total. El 45 % se debe al cansancio que es un factor asociado al estrés. Los cambios hormonales en tercer lugar con 40 %, lo cual es importante en el caso de las mujeres por sus ciclos menstruales y los cambios en la menopausia, además de ser el grupo más afectado.

Gráfico 13. Grado de limitación

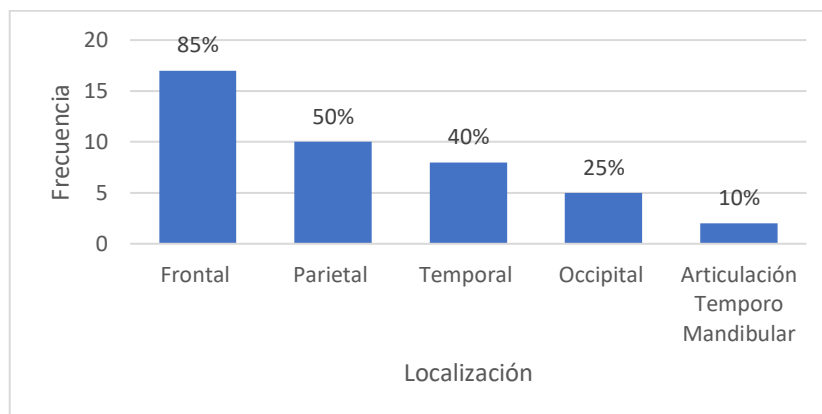


Fuente: Encuesta MIDAS

Elaborado por: Gabriel Shoney Espin Taco

En la gráfica 13 se puede apreciar como el grupo mayoritario de los pacientes estudiados presentan un grado moderado de limitación en sus actividades diarias, con un 65 %, por su parte los que presentan un grado ligero de limitación representan el 25 %.

Gráfico 14. Localización del dolor

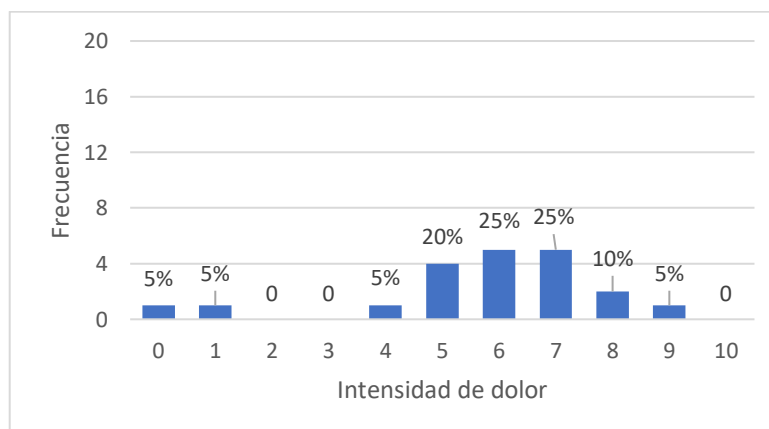


Fuente: Encuesta IHS

Elaborado por: Gabriel Shoney Espin Taco

En la gráfica 14 se presentan las zonas de localización del dolor, donde se puede apreciar como la región frontal es la más frecuentemente afectada con el 85 %, seguida de la parietal y la temporal con 50 % y 40 % respectivamente.

Gráfico 15. Intensidad del dolor según escala EVA



Fuente: Encuesta IHS

Elaborado por: Gabriel Shoney Espin Taco

El gráfico 15 muestra la intensidad del dolor percibido por los pacientes y evaluada según la escala análoga del dolor EVA. El grupo mayoritario de los pacientes valoraron su grado de dolor entre 5 y 7, que combinados sus porcentajes representan el 70 %. Los grados más severos 8 y 9 representaron solo el 15 %.

3.1.2. Resultados inferenciales bi varial

Tabla 3. Género y grado de limitación según encuesta MIDAS

		Grado de limitación				Total	
		MINIMO	LIGERO	MODERADO	GRAVE		
GENERO	FEMENINO	Recuento	0	3	10	0	13
		% del total	0,0	15,0	50,0	0,0	65,0
	MASCULINO	Recuento	1	2	3	1	7
		% del total	5,0	10,0	15,0	5,0	35,0
Total		Recuento	1	5	13	1	20
		% del total	5,0	25,0	65,0	5,0	100,0
Chi cuadrado		P= 564					

Elaborado por: Gabriel Shoney Espin Taco

La tabla 2 muestra que la cefalea migrañosa es más frecuente en mujeres con el 65 %. Al correlacionar el género con el grado de limitación vemos como el grado moderado es el más frecuente (65 % del total) y las mujeres representan el grupo mayoritario con el 50 %. Sin embargo, la prueba de chi cuadrado muestra que no existe una relación estadísticamente significativa ($p > 0,05$) entre el grado de limitación y el género, lo que significa que tanto hombres como mujeres se ven limitados en el mismo grado por el dolor migrañoso.

Tabla 4. Género y duración de los episodios de dolor

		Genero		Total
		Femenino	Masculino	
1 a 6 horas	Frecuencia	6	6	12
	% del total	30,0	30,0	60,0

Duración de los episodios de dolor	7 a 12 horas	Frecuencia	5	0	5
		% del total	25,0	0,0	25,0
	> de 12 horas	Frecuencia	3	0	3
		% del total	15,0	0,0	15,0
Total	Frecuencia	14	6	20	
	% del total	70,0	30,0	100,0	
Chi cuadrado		P= 0,057			

Elaborado por: Gabriel Shoney Espín Taco

En la tabla 3 podemos apreciar como la duración de los episodios de dolor más frecuente es de 1 a 6 horas con el 60 % de los casos afectando por igual a ambos sexos. Pero en los periodos de duración más largos de 7 a 12 horas y más de 12 horas predomina en las mujeres con un 100 %, sin embargo, no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables como lo muestra la prueba de chi cuadrado ($p= 0,05$).

Tabla 5. Media de días perdidos por cefalea y grado de limitación

	Grado de limitación								Media
	MINIMO		LIGERO		MODERADO		GRAVE		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Días perdidos en trabajo o escuela	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	5,9
	1	5,0	2	10,0	1	5,0	0	0,0	
	2	0,0	4	20,0	6	30,0	0	0,0	
	3	5,0	3	15,0	7	35,0	0	0,0	
	4	0,0	0	0,0	8	40,0	1	5,0	
	5	0,0	1	5,0	3	15,0	1	5,0	
Días perdidos en el hogar	0	5,0	2	10,0	0	0,0	0	0,0	5,5
	1	5,0	3	15,0	3	15,0	0	0,0	
	2	0,0	3	15,0	1	5,0	0	0,0	
	3	0,0	1	5,0	7	35,0	1	5,0	
	4	0,0	0	0,0	8	40,0	0	0,0	
	5	0,0	0	0,0	6	30,0	1	5,0	
Días perdidos en el hogar	0	5,0	3	15,0	1	5,0	0	0,0	2,3

	1	0,0	1	5,0	2	10,0	0	0,0
	2	0,0	1	5,0	4	20,0	0	0,0
	3	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	4	0,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0
	5	0,0	0	0,0	4	20,0	1	5,0

Elaborado por: Gabriel Shoney Espin Taco

La limitación que impone el dolor en las actividades de la vida diaria medidos a través de la encuesta MIDAS nos indica que se encuentra en los grados ligero y moderado con un 25 % y 65 % respectivamente lo que representa una media global de 2,75 días perdidos por el dolor como podemos apreciar en la tabla 4.

La pérdida de días por cefalea medida por áreas, indica que las actividades laborales y escolares evaluadas en las dos primeras preguntas de la encuesta MIDAS son las más afectadas con un promedio de 5,9 días y el número máximo de días perdidos es de 8 con un grado de limitación moderado en un 40 %. En el ámbito de las actividades domésticas medidas en las preguntas 3 y 4 de la encuesta, el promedio de días perdidos es de 5,5 e igualmente el número máximo de días perdidos es de 8 con un grado de limitación moderado en un 40 %. En las actividades familiares y sociales es de 2,3 días con un máximo de días perdidos de 4 por una limitación moderada en el 20 %, lo que se refleja en la tabla 4.

Tabla 6. Relación entre grado de limitación y momento de inicio del dolor

		Grado de limitación								Total	
		MINIMO		LIGERO		MODERADO		Grave			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Momento De inicio	La mañana	0	0,0	1	5,0	1	5,0	0	0,0	2	10,0
	Conforme pasa el día	0	0,0	3	5,0	8	40,0	1	5,0	12	60,0
	La noche	1	5,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	2	10,0
	Indiferente	0	0,0	1	5,0	3	15,0	0	0,0	4	20,0
Total		1	5,0	5	25,0	13	65,0	1	5,0	20	100,0
Chi cuadrado		P= 0,0285									

Elaborado por: Gabriel Shoney Espín Taco

En el 55% de los casos el dolor se presenta en el transcurso del día y en otro 20 % es indiferente el momento de aparición, lo cual limita las actividades del paciente porque tiene que interrumpirlas de manera inesperada en cualquier momento, esto implica una menor productividad en el trabajo, la escuela y en el ámbito sociofamiliar (Grafico 15). Esta característica la vemos mejor cuando comparamos el grado de limitación con el momento del día en que suele aparecer el dolor, en la tabla 6. Existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables $p= 0,0285$ ($p<0,05$) de forma tal que cuando el dolor suele aparecer en un momento fijo del día ya sea en la mañana o la noche no limita tanto las actividades como cuando puede suceder durante el transcurso del día obligando a las personas a interrumpir sus actividades, abandonar el trabajo o la escuela (tabla 5).

Tabla 7. Relación entre grado de limitación y lo síntomas acompañantes del dolor

		Grado de limitación según MIDAS								Total	
		MINIMO		LIGERO		MODERADO		SEVERO			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Síntomas acompañantes	Nauseas vómitos	0	0,0		5,0	4	20,0	0	0,0	5	25,0
	Fonofobia	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	1	5,0
	Fotofobia	0	0,0	2	10,0	5	25,0	1	5,0	8	40,0
	Sensibilidad peri craneal	0	0,0	1	5,0	2	10,0	0	0,0	3	15,0
	Aura	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	1	5,0
	Otros	1	5,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	2	10,0
	Total	1	5,0	5	25,0	13	65,0	1	5,0	20	100,0
Chi cuadrado		P= 0,012									

Elaborado por: Gabriel Shoney Espin Taco

El grado de limitación moderado representa el 65 % de los pacientes (Grafico 17) y los síntomas más frecuentes fueron las náuseas y vómitos 55 %, la fotofobia 40 % y la fonofobia 30 % (Grafico 14). Cuando correlacionamos estas dos variables (Tabla 6) podemos observar como el grado moderado de limitación se asocia significativamente en la prueba de Chi cuadrado $p= 0,012$ ($p<0,05$) con las náuseas y vómitos, la fotofobia y la sensibilidad peri craneal. Es decir que esta sintomatología es la que más limita al paciente para realizar sus actividades.

Tabla 8. Relación entre grado de limitación y localización del dolor

		Grado de limitación								Total	
		MINIMO		LIGERO		MODERADO		Grave			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Localización Del dolor	Frontal	0	0,0	2	0,0	6	0,0		0,0	8	40,0
	Parietal	0	0,0	1	5,0	3	5,0	1	5,0	5	25,0
	Temporal	0	0,0		5,0	1	5,0		0,0	2	10,0
	Occipital	1	5,0	1	5,0	1	5,0	0	0,0	3	15,0
	Art. temporoman dibular	0	0,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0	2	10,0
Total		1	5,0	5	25,0	13	65,0	1	5,0	20	100,0

Elaborado por: Gabriel Shoney Espín Taco

En la tabla 7 podemos ver como las dos zonas de localización del dolor más frecuentes son: la frontal con 40% asociada a limitación moderada en un 30% y a limitación ligera en 10% y la parietal con 25% asociada a limitación moderada en un 15% y a limitación ligera y grave en 5% en cada caso. Al realizar el análisis de correlación con la prueba de chi cuadrado no se encuentra una relación estadísticamente significativa $p= 0,542$ ($p>0,05$).

Tabla 9. Relación entre grado de limitación e intensidad del dolor

		Grado de limitación según MIDAS								Total	
		MINIMO		LIGERO		MODERADO		Grave		Nº	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Escala de valoración del dolor	0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0
	1	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0
	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0	1	5,0
	5	0	0,0	1	5,0	3	15,0	0	0,0	4	20,0
	6	1	5,0	0	0,0	4	20,0	0	0,0	5	25,0
	7	0	0,0	0	0,0	5	25,0	0	0,0	5	25,0
	8	0	0,0	1	5,0	1	5,0	0	0,0	2	10,0
	9	0	0,0	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1	5,0
	Total	1	5,0	5	25,0	13	65,0	1	5,0	20	100,0
Chi cuadrado	P= 0,023										

Elaborado por: Gabriel Shoney Espín Taco

La intensidad del dolor se relaciona estadísticamente con el grado de limitación ($p < 0,05$) como vemos en la tabla 8. Es la intensidad del dolor y los síntomas que lo acompañan como las náuseas y vómitos, sensibilidad peri craneal y la fotofobia los factores que más limitan el desarrollo de las actividades diarias durante las crisis de dolor como se ha podido demostrar al realizar las comparaciones entre estas variables.

3.2. Discusión

Los dolores de cabeza se consideran el principal motivo de consulta de los neurólogos y son una de las quejas más comunes en la práctica familiar. Se estima que el 95% de las personas experimentarán dolores de cabeza, incluidas las migrañas, a lo largo de su vida. (Aycardi E. , 2018).

En el presente estudio en cuanto a la afectación por género las mujeres representaron el 60% del total, lo cual es similar en otros estudios sobre migraña

donde las mujeres padecen con más frecuencia esta enfermedad como en el estudio de Cacace y Caballero, sobre la incidencia de migraña en estudiantes de la facultad de medicina en Paraguay, donde el 70% de los afectados fueron mujeres (Cacace & Caballero, 2017), de igual manera se encontró una incidencia de migraña en mujeres de 3:1 en el estudio de Silva, en pacientes migrañosos en la ciudad de Bogota (Silva et al., 2018). En Europa el estudio "Atlas" de la asociación española de pacientes con migraña realizado en 2018 informa resultados similares (Asociación Española de Psicología Conductual, 2018).

En relación a la limitación que produce la migraña en las actividades diarias de las personas evaluado a través del cuestionario MIDAS, en el presente estudio se observó que un 65% de las personas presentó un grado de discapacidad moderada y una media de días perdidos de 2,75 (Tabla 2). Resultados similares fueron reportados por otros autores, como Compen, en el servicio de neurología de la Universidad de Trujillo quien determinó una discapacidad moderada con una frecuencia del 40% (Compen & Rojas, 2021). En el estudio realizado por Medrano et al, en España sobre percepción de la incapacidad causada por la migraña en estudiantes universitarios se encontró una discapacidad moderada del 48,52% y ligera en el 26,32% (Medrano et al., 2021). El grado de discapacidad reportado en el trabajo de Caicedo y Jhayya, en pacientes migrañosos en la población de Imbabura fue del 41.26% en el grado moderado y del 19.8% en grado ligero (Caicedo & Jhayya, 2019), lo cual es muy similar a lo encontrado en el presente trabajo.

El mayor promedio de días de incapacidad por migraña en este trabajo se asoció con su menor productividad en las tareas laborales o escolares, con una pérdida promedio de 5,9 días (Tabla 9). En estas actividades se ha reportado el mayor número de días perdidos por la migraña, como en el trabajo de Abdollahpour, entre escolares en Irán con un promedio de 4,8 días perdidos por mes (Abdollahpour, 2016). De la misma manera en un estudio sobre discapacidad causada por la migraña en la población de Tacna en Perú, realizado por Nicho, se reporta una disminución en el rendimiento escolar y laboral en el 65,4% y una media de 6,7 días perdidos en los pacientes que asistieron a consulta por migraña (Nicho, 2021). El estudio de Sosa et al, en médicos internos de la ciudad de México señaló que perdieron un promedio de 8,4 días en un trimestre por migraña (Sosa et al.,

2014). En los resultados de este estudio el número de días perdidos fue menor (2,7 días) pudiéndose deber a la diferencia de la población estudiada, ya que se trata de personal médico el cual se ve sometido a situaciones de alto estrés, que como hemos visto en la presente investigación es la causa detonante más frecuente de las crisis de dolor con una frecuencia de 75 % (Grafico 16). En el trabajo de Silva, realizado en pacientes migrañosos de la ciudad de Bogota, se encontro que el mayor promedio de días pedidos (1.8 días) fue en las actividades de recreo comparando a 1.2 días perdidos en el trabajo y/o la escuela y 1.6 días para las labores del hogar (Silva et al., 2018). En el trabajo de Caicedo y Jhayya, en la población de Imbabura, el mayor porcentaje de días perdidos fue en el trabajo (2.17) y en las labores domésticas (2.25) (Caicedo & Jhayya,, 2019), lo que representa la mitad a lo encontrado en el presente estudio 5.9 y 5.5 respectivamente.

Los síntomas que se presentaron con mayor frecuencia, acompañando las crisis de migraña y que presentaron relación con el grado de limitación en las actividades diarias de las personas participantes del estudio, fueron las náuseas y vómitos con el 55% la fotofobia 40% y la fonofobia 30% con una significancia estadística de correlación con el grado de limitación de $p= 0.012$. De la misma forma Vázquez y García, en una revisión sistemática y meta análisis del año 2019 encuentra que las náuseas y vómitos se presentan en el 59,4% de los episodios de migraña, la fotofobia en el 39.6%, la sensibilidad peri craneal en el 32% y la fonofobia en el 29.8% (Vazquez & García, 2019). Además, en la encuesta MIDAS el grado de limitación severo y moderado se relacionan a los síntomas náuseas, vómitos y fotofobia con una significancia estadística de $p= 0.001$. De igual manera en el trabajo de López et al. (2019), donde describe una serie de pacientes con migraña crónica los síntomas más frecuentes fueron los vómitos y nauseas en un 50.8%, la fotofobia 64.6% y la fonofobia 66.2%. La discapacidad según la encuesta MIDAS se asoció significativamente con estos síntomas $p= 0.00$ (Lopez, 2019).

En cuanto al grado de discapacidad, el mayor porcentaje de los pacientes (65 %) tuvieron grado III (moderado) de discapacidad y el 25% % tuvieron grado II (Ligero), sumando ambos grupos tenemos que el 90% de pacientes presentan limitaciones ligeras/moderada y solo el 5% presenta grado IV (Severo) (Tabla 8). Resultados semejantes fueron encontrados en un estudio realizado en

Francia en el año 2017, donde informaron que el 74.7% de los pacientes tuvieron grado I (mínima), 7.7 % grado III (moderado) y el 4.3% con grado IV (Henry, 2017). Cifras similares se reportan en un estudio en la población de Imbabura Ecuador, donde el grado leve y moderado representaron el 28,5% y 48,6% respectivamente con una media de días perdidos de 5,3 (Caicedo & Jhayya,, 2019). En el estudio realizado en Colombia por Silva et al, se encontró que el 8.5% presentaron grado (grave) de discapacidad y el 30.2% grado (leve) (Silva et al., 2018).

Sin embargo, existen estudios que reportan resultados diferentes en los que los grados severos son predominantes como el estudio de Fernández y Canuet, quienes informan que el 69.8% de sus pacientes presenta discapacidad grados III y IV (moderada/grave), el 58.6 % de los pacientes correspondieron a una grave discapacidad (grado IV) (Fernandez & Canuet, 2017). En un estudio en la ciudad de Trujillo Perú por Pinillos, se reportan cifras similares, el 32% con grado III y 56% con grado IV, que ambos forman el 88% de sus encuestados (Pinillos, 2018). Estos resultados diferentes pueden deberse al tipo de población incluida en cada estudio.

La intensidad promedio del dolor de los pacientes en el presente estudio fueron de 5,75 en una escala de 0 a 10 (Tabla 6). Grados similares de dolor fueron reportados por Molina, en su estudio de cefalea migrañosa en un hospital de Quito donde el 48.3% de los pacientes atendidos con diagnóstico de migraña tubo un grado de dolor medio de 6 (Molina, 2017). Puntuaciones mucho más altas fueron encontradas por otros autores como en la revisión sistemática realizada por Feitosa et al (2021) donde la puntuación promedio en diversos estudios oscilaba en 8.50, en el estudio de Silva (2018) con 7.9 puntos y en el de Sosa (2014) con una puntuación de 6,8.

Comparando el tiempo hasta el inicio del dolor con el grado de limitación ocasionado por las actividades diarias del paciente, encontramos una correlación estadísticamente significativa con el valor $X^2 = 10,87$ $p=0,02$ ($p<0,05$) (Tabla 12). Otros estudios también encuentran esta relación como el de López et al., en pacientes con migraña crónica donde el momento de aparición del dolor en cualquier hora del día se relaciona con el grado de incapacidad moderado a severo con $X^2= 14,64$ $p=0,001$ ($p<0,05$) (López et al., 2019).

Finalmente, a través de la escala EVA se mide la intensidad del dolor medida y el grado de limitación que causa en las actividades de los pacientes muestran una relación estadísticamente significativa con $X^2= 35,84$ $p=0.023$ ($p<0.05$). Es la intensidad del dolor el factor que más se ha asociado al grado de limitación que causa la migraña junto a los síntomas que lo acompañan. En el estudio de García sobre tratamiento coadyuvante del dolor en migraña encuentra que el grado de discapacidad y la afectación en la calidad de vida de los pacientes se relaciona con la intensidad del dolor con índice de confianza de 95% y $p=0,0023$ (Garcia, 2018).

Limitaciones.

En este estudio se recogió según el instrumento MIDAS solo los días en los que no se realizaron las actividades en los últimos tres meses por lo que no se pudo evaluar los síntomas en los casos de migraña crónica. La muestra fue pequeña y se realizó en un solo centro por lo que también es poco diversa.

CONCLUSIONES

- El análisis de los síntomas de la migraña encontró que estos síntomas causan limitaciones moderadas en las actividades diarias en personas de 15 a 34 años.
- Los síntomas con mayor frecuencia fueron las náuseas y vómitos, la sensibilidad peri craneal y la fotofobia.
- El índice de dolor promedio medido según la escala EVA se ubicó en 5,75, este dolor tan intenso se asoció estadísticamente en el grado de limitación moderado en las actividades diarias.
- Los ataques de dolor en la mayoría de los pacientes ocurren durante el día y duran de 1 a 6 horas.
- El grado de limitación en las actividades diarias medido a través de la encuesta MIDAS, fue moderado en la mayoría de los casos seguido en frecuencia por el grado ligero. El grado de limitación estuvo asociado estadísticamente con tres aspectos: el momento de aparición del dolor en el transcurso del día, los síntomas que más frecuentemente se presentaron como las náuseas y vómitos y finalmente con la intensidad del dolor.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda realizar estudios en poblaciones más amplias sobre el impacto de los síntomas de la cefalea migrañosa.
- Se recomienda el inicio temprano de tratamiento de los síntomas para disminuir el número de días improductivos.
- El impacto de los síntomas de la migraña en la esfera psicológica es importante, por lo que se recomienda realizar trabajos que aborden este análisis en el futuro.
- En el impacto de los síntomas de la migraña se recomiendan la capacitación del personal en las actividades diarias de los pacientes y su influencia en la calidad de vida, como parte de la atención integral de estos pacientes.

REFERENCIAS

- Abdollahpour, I. (2016). Migraine and quality of life in high school students: a population-based study in Boukan, Iran. *J child Neurology*, 30(2), 187-92. Retrieved mayo 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24832399/>
- Alcantara, A., Pozzo, I., Novaes, W., Sperafico, N., Groto, A., & Carvalho, A. (2021). Postural physiotherapy for cervicogenic headache after occipital nerve block: a retrospective study. *Research, Society and Development*, 10(12), 1-8. Retrieved 2022, from <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/19994>
- Alvarez, A., García-Azorín, D., Hernández, M., delaRed, H., Sotelo, E., Uribe, F., & Guerrero, L. (2021, ene). Pensamiento catastrófico ante el dolor: presencia en una población de migrã nosos. *eurológia*, 36(1), 24-28. Retrieved 08 12, 2022, from <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213485319300155?token=3FD23E0FBD3949ACE350894989C3BC210843AA42A0D2FF9391803B566A4240F3FD61CD61463C18E00FB6CBA456672457&originRegion=us-east-1&originCreation=20221212143355>
- Aritz, M. (2018, abril 27). *El blog de fisioterapia*. Retrieved mayo 2022, from <https://www.blogdefisioterapia.com/musculos-suboccipitales/>
- Arivillaga, M. (2017). *Psicología de la salud:abordaje integral de la enfermedad crónica*. Bogota: Manual moderno. Retrieved mayo 2022, from [https://biblioteca.udla.edu.ec/client/es_EC/default/search/detailnonmodal/ent:\\$002f\\$002fSD_ILS\\$002f8\\$002fSD_ILS:8826/ada?qu=VIH&ic=true&te=ILS&ps=300](https://biblioteca.udla.edu.ec/client/es_EC/default/search/detailnonmodal/ent:$002f$002fSD_ILS$002f8$002fSD_ILS:8826/ada?qu=VIH&ic=true&te=ILS&ps=300)
- Asociación Española de Psicología Conductual. (2018). Estudio Atlas de la cefalea en España. *Atlas de migraña en España*, 15(2). Retrieved mayo 2022, from http://www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2018/11/3302.-Libro-Atlas-Migaraña_baja.pdf
- Aycardi, E. (2018). Migraña: implicaciones laborales, discapacidad y solicitud de ervicios de salud en Colombia. *REvista Neurologia*, 32(4), 1001-5. Retrieved mayo 2022, from <https://www.neurologia.com/articulo/2000483>

- Barmherzig, R., & Kingston, W. (2019). Occipital Neuralgia and Cervicogenic Headache: Diagnosis and Management. *Current neurology and neuroscience reports*, 19(5), 20-25. Retrieved 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30888540/>
- Bringas, L. D. (2010, abril - junio). *La Migraña*. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172010000200009&script=sci_arttext&tIng=pt
- Buonanotte, C., & Buonanotte, M. (2018). Migraña aguda en embarazo: oportunidades terapéuticas. *Neurología Argentina*, 8(4), 267-72. Retrieved 2022.
- Cabrejos, S. (2020). *Estrategia cognitiva conductual para mejorar la calidad de vida de los pacientes con migraña*. Lima: Universidad señor de Sipan. Retrieved mayo 2022, from <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/6899/Cabrejos%20Soifer%20Sonia%20Del%20Carmen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cacace, K., & Caballero, A. (2017). Prevalencia de migraña en estudiantes de medicina de la facultad de ciencias médicas edificio de ciencias básicas, Asunción. *Discover medicine*, 1(1), 43-53. Retrieved 2022, from <https://www.revdiscovermedicine.com/public/PrimerNro/Prevalenciamigranha.pdf>
- Caicedo, B., & J. J. (2019). *Calidad de vida en pacientes con Migraña atendidos en una población de la provincia de Imbabura*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Retrieved mayo 2022, from <http://201.159.222.35/handle/22000/16882>
- Castrillón, D., Secco, A., Campos, O., Rodríguez, E., & N., C. (2021, jun). Frecuencia y severidad de los síntomas en pacientes con Fibromialgia y Migraña. *Rev. argent. reumatolg*, 32(2), 22-25. Retrieved 8 12, 2022, from <http://www.scielo.org.ar/pdf/reuma/v32n2/v32n2a04.pdf>
- Chaibi, A., Tuchin, P. J., & Russell, M. (2011). Manual therapies for migraine: a systematic review. *The Journal of Headache and Pain* 2011 12:2, 127 - 133.

- Cjuno, J., & Caballero, J. (2020). Síntomas de ansiedad y abuso de medicamentos en pacientes con migraña crónica de Trujillo, Perú. *REV. CHIL NEUROPSIQUIAT*, 58(2), 127-39. Retrieved 2022, from <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v58n2/0717-9227-rchnp-58-02-0127.pdf>
- Compen, L., & Rojas, E. (2021). Impacto en la calidad de vida de los pacientes con migraña. *Revista medica de Trujillo*, 16(3), 148-56. Retrieved mayo 2022, from <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/3945/4487>
- Feitosa, H., Wanderley, D., Monteiro, M., Freitas, S., DeLima, A., Dasilva, A., & Araulo, D. (2021). Is it possible to sort the disability of individuals with migraine based on the International Classification of Functioning, Disability and Health? A Scoping Review. *Headache Medicin*, 12(2), 92-104. Retrieved mayo 2022, from <https://headachemedicine.com.br/index.php/hm/article/view/462/1040>
- Fernandez, C., & Canuet, L. (2017). Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: factores determinantes. *Revista neurologia*, 36, 1105-12. Retrieved 2022, from <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/RMT/article/view/3945/4487>
- Gago, A., Camiña, J., García, D., González, V., Ordás, C., Torres, M., . . . Pozo, P. (2022). ¿Qué preguntar, cómo explorar y qué escalas usaren el paciente con cefalea? Recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de neurología. *Neurología*, 37(7), 564-74. Retrieved 2022, from <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213485319300246?token=428CF18B9733C495B2DD376FB3870CA9E6916E1F4902E7CABA8DD275FA336072E840348AAD30237E8163A4F6F417DAAE&originRegion=us-east-1&originCreation=20221113181400>
- Gago, A., Vivancos, J., & Sobrado, M. (2021). Fase premonitoria, una etapa clave en la migrãna. *Rev, Neurol.*, 36(2), 298-304. Retrieved 2022, from <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213485317303596?token=A78AC25A51238BF187FBA37789469EF89D139FCB84E80025CBD312F09CE3B3526D4DA84D4B8DCA5A29DB0AD410BA6E00&originRegion=us-east-1&originCreation=20221113155830>

- Gaitan, E., Mora, A., Vargas, X., & Castillo, A. (2020). Actualización de la migraña . *Sinergia*, 5(4), 123-29. Retrieved 2022, from <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms204l.pdf>
- Garcia, A. (2018). *Ensayo clínico controlado: docencia en neurobiología de dolor crónico como tratamiento coadyuvante en pacientes con migraña e indicación de tratamiento preventivo*. Lisboa: UPV. Retrieved mayo 2022, from https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/30827/TFG_Garcia_Olea_Rev.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gavilanes, F. (2019). *Comportamiento de la cefalea vascular migrañosa en el hospital Guayaquil*. Tesis de grado, Universidad de Guayaquil, Pre grado. Retrieved 2023, from <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30722/1/CD%202360-%20GAVILANES%20D%c3%81VILA%20F%c3%81TIMA%20LILIANA.pdf>
- Henry, P. (2017). Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. *Neurology*, 59(2), 232-37. Retrieved mayo 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12136063/>
- Hjalte, F., Olofsson, S., Linde, M., & Person, U. (2019). Burden and costs of migraine in a Swedish defined patient population - a questionnaire-based study. *Journal Headache Pain*, 20(1), 65-71. Retrieved mayo 2022, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6734313/>
- Láinez, J., Messoud, A., Belvís, R., Díaz-Insa, S., Ezpeleta, D., García-Azorín, D., . . . Pozo-Rosich, P. (2021). I Reunión Post-European Headache Federation: revisión de las novedades presentadas en el Congreso de la European Headache Federation de 2020. *Rev. Neurol.*, 72(2), 1-19. Retrieved 2022, from https://www.researchgate.net/profile/David-Ezpeleta/publication/352826896_I_Reunion_Post-European_Headache_Federation_revision_de_las_novedades_presentadas_en_el_Congreso_de_la_European_Headache_Federation_de_2020/links/625a95749be52845a907e26b/I-Reunion-

- Lipton, R., & Munjal, S. (2018, oct). Migraine in America Symptoms and Treatment (MAST) Study: Baseline Study Methods, Treatment Patterns, and Gender Differences. *Journal of head and face pain*, 58(9), 1408-426. Retrieved 8 3, 2022, from <https://headachejournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/head.13407>
- López, M., Pareja, J., Ramírez, M., & Jiménez, M. (2019). Descripción de una serie de 65 pacientes con migraña crónica: patrón clínico y evolución. *Actualidad Médica*, 107(804), 103-11. Retrieved junio 2022, from https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/57871/807_103.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Medrano, V., Francés, P., Hernández, L., González, L., Fernández, S., & Mallada, J. (2021). Percepción de la validez del cuestionario Migraine Disability Assessment por una población de pacientes con migraña crónica. *Neurología*, 36(9), 692-97. Retrieved 2022, from <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213485318301956?token=A18DDBE264957C91C1352B6F323724B1C8B1125F5B7053957F44A1AF9C17E9FE839ABD46C960A3290AED9BE7FC02765E&originRegion=us-east-1&originCreation=20221028124801>
- Molina, M. (2017). *Identificación de los factores determinantes en la selección del tratamiento analgesico en la cefalea de inicio agudo en adultos por parte del personal médico del servicio de emergenciasdel hospital San Francisco de Quito, desde enero hasta junio de 2016*. Universidad Central del Ecuador. Retrieved 2022, from <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16126/1/T-UCE-0006-CME-022P.pdf>
- Morillo, L. A. (2018). Prevalencia de migraña en América Latina. *Journal of Head and Face Pain*, 28-58. Retrieved 09 05, 2021, from <https://headachejournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1526-4610.2005.05024.x>
- Navarro, B., & Serrano, C. (2022, marzo 17). *Ken Hub*. Retrieved mayo 2022, from <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/musculo-trapecio>

- Nicho, C. (2021). *Cefalea tensional y migraña, en relación al desarrollo laboral y profesional en los pacientes adultos de 18 a 50 años de edad atendidos en consultorio externo de neurología en Tacna en el periodo 2019-2021*. Tacna: Universidad de Tacna. Retrieved mayo 2022, from <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/1821/Nicho-Vera-Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. (2017, abril 8). OMS. Retrieved mayo 2022, from [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders#:~:text=Migra%C3%B1a%20\(jaqueca\)&text=Est%C3%A1%20causada%20por%20la%20activaci%C3%B3n,se%20caracteriza%20por%20episodios%20recurrentes](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders#:~:text=Migra%C3%B1a%20(jaqueca)&text=Est%C3%A1%20causada%20por%20la%20activaci%C3%B3n,se%20caracteriza%20por%20episodios%20recurrentes).
- Pan, W., Peng, J., & Elmoftý, D. (2021). Occipital Neuralgia. *Current pain and headache reports*, 25(9), 102-08. Retrieved mayo 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34287719/>
- Pérez, S., Toriello, M., Bailón, C., Umaran, O., Hoyuela, F., González, E., & Oterino, A. (2021). Frecuencia e impacto del trastorno por estrés postraumático y los eventos vitales traumáticos en pacientes con migraña. *Neurología*, 32(2), 1-9. Retrieved 2022, from <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213485321001390?token=8B95EB78EC93B430695D8E00755EEB50D78A22D90F44E0F93AEA2A6F9AFBB1535545EC3AE537908BF317FC3CE5D93B9B&originRegion=us-east-1&originCreation=20221113223440>
- Pinillos, J. (2018). *Prevalencia de la cervicalgia asociada a migraña en pacientes de la unidad de medicina física del hospital IV Víctor Lazarte Echegaray - EsSalud, Trujillo 2017*. Trujillo: UAP. Retrieved mayo 2022, from <https://repositorio.uap.edu.pe/handle/20.500.12990/6567>
- Ramírez, J., González-Plata R, A., Hariramani, R., Rebollo, B., Macías-Sedas, P., & Pérezde, V. (2021). Discapacidad y limitación en la actividad académica en una muestra de estudiantes universitarios con migraña. *Neurology perspective*, 1(1), 1-10. Retrieved 2022, from <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S266704962100003X?token=C0E444CE2B2D6AAC16728D918C44AEFDBBFBBDD497A645BEA718046FF9>

E37A02C4524429D3106E9A66A6F742FBE6C776&originRegion=us-east-1&originCreation=20221113133432

- Reyes, A. (2018). *Calidad de vida de personas con migraña crónica, su autoeficacia y sus estrategias de afrontamiento*. Madrid: Universidad de la laguna. Retrieved mayo 2022, from <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/11354/Calidad%20de%20vida%20de%20personas%20con%20migraña%20crónica,%20su%20autoeficacia%20y%20sus%20estrategias%20de%20afrontamiento..pdf?sequence=1>
- Riesco, N. (2018). *Síntomas parasimpáticos craneales en pacientes con migraña crónica y su correlación con biomarcadores*. Universidad de Oviedo. Universidad de Oviedo. Retrieved 2022, from https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/57126/TD_NuriaPilarRiescoPerez.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Seng, E., Robbins, M., & Nicholson, R. (2017, jul). Acute migraine medication adherence, migraine disability and patient satisfaction: A naturalistic daily diary study. *Cephalalgia*, 37(10), 955-64. Retrieved 8 14, 2022, from file:///C:/Users/Usuario/Downloads/0333102416663459.pdf
- Silva, J. (2018). Determinación del índice MIDAS en pacientes ambulatorios de Bogotá. *Acta Neurologica Colombia*, 24(3), 105-113. Retrieved abril 2022, from https://www.acnweb.org/acta/2008_24_3_105.pdf
- Silva, J., Gomez, B., & Quintero, R. (2018, junio 06). Determinación del índice MIDAS en pacientes ambulatorios de Bogotá. *Acta Neurologica de Colombia*, 24(3), 105-113. Retrieved mayo 12, 2022, from https://www.acnweb.org/acta/2008_24_3_105.pdf
- Sociedad Española de Neurología. (2019). *Memorias 2019*. Barcelona: SEN. Retrieved mayo 2022, from https://www.sen.es/pdf/memorias/2019_memoria.pdf
- Solano, A. (2020). Actualización de la migraña. 5(4), 115-26. <https://doi.org/http://revistamedicasinergia.com>
- Sosa, J., Gonzalez, R., & Salazar, J. (2014). Migraña: impacto en la calidad de vida de los médicos internos de pregrado en Merida, Mexico. *Revista Biomedica*,

- 25, 68-73. Retrieved mayo 2022, from <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=51058>
- Stonski, E., & Weissbrod, D. (2019). Headaches: initial clinical approach, focusing on migraine. *Rev Arg Med*, 18(1), 38-42. Retrieved 2022, from <http://revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/264/229>
- Uribe, B. (2018). Impacto de la migraña. *Acta neurologica de Colombia*, 24(6), 28-33. Retrieved mayo 2022, from https://www.acnweb.org/acta/2008_24_S3_28.pdf
- Vazquez, M., & García, J. (2019). *Prevalencia de migraña en trabajadores hospitalarios a nivel internacional en los últimos 10 años: revisión sistemática*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Retrieved 2022, from <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16876/TESIS%20%20sep2019%20Dra%20Vasquez%20%2c%20Dr.%20Garc%c3%ada.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vetvik, K., & MacGregor, A. (2017). Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. *The Lancet. Neurology*, 16(1), 76-87. Retrieved 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27836433/>
- Vicente, M., Delgado, S., Delgado., Bandrés, F., Ramírez, M., & Capdevila, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas. *Rev Soc Esp Dolor*, 25(4), 228-36. Retrieved 2022, from <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v25n4/1134-8046-dolor-25-04-00228.pdf>
- Wayne, P. M., kowalski, M., J.P., C., Osypiuk, K., Long, C., Macklin, E., & Rist, P. (2020). The Integrative Migraine Pain Alleviation through Chiropractic Therapy (IMPACT) trial: Study rationale, design and intervention validation. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 100531.
- Wells, R., Beuthin, J., & Granetzke, L. (2019). Complementary and Integrative Medicine for Episodic Migraine: an Update of Evidence from the Last 3 Years. *Current pain and headache reports*.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado para el paciente

Fecha:

Hora:

.....

Título: “Evaluación de los síntomas de la cefalea migrañosa y su impacto en las actividades de la vida diaria de los pacientes del “centro de osteopatía y quiropraxia” durante el periodo febrero-marzo 2022.

Investigador: Gabriel Shoney Espín Taco

Propósito del estudio: El investigador, postulante al título de Licenciado en Terapia Física de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, tiene por objetivo conocer los síntomas que se presentan durante las crisis de migraña y como impactan en las actividades diarias de los pacientes.

Procedimientos: En el caso de aceptar su colaboración en el presente estudio, se llevará a cabo la investigación a través de dos cuestionarios científicamente validados: MIDAS (Migraine Disability Assessment) del cual se le empleará un tiempo aproximado de cinco en responder este cuestionario y la clasificación de la International Headache Society (IHS) se estima un tiempo de cinco minutos en responder todas las preguntas acordes a lo que pida.

Confidencialidad: La información será recolectada de manera anónima, su identidad no será revelada mientras el estudio se esté realizando o cuando se informe o publique el estudio. Los datos recolectados no serán expuestos a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Derechos del participante: Si acepta ser participante del presente estudio, puede retirar su consentimiento cuando lo estime oportuno, o no participar si así lo desea. Si se presentan dudas sobre el proceso de la investigación, puede consultarlo con el investigador responsables de la recolección de datos.

CONSENTIMIENTO

Yo _____, con cédula de ciudadanía _____, he tomado la decisión de participar de manera consiente y libremente en este estudio, de manera voluntaria y en el pleno uso de mis facultades físicas y mentales; se me ha explicado de forma clara y he leído en que consiste la investigación, los instrumentos a ser utilizados, además comprendo mis derechos y mi rol como participante.

Firma del participante

Firma del investigador

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 2. Cuestionario MIDAS (Migraine Disability Assessment).

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON CEFALEA MIGRAÑOSA DE LOS CENTROS DE QUIROPRACTIA DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

Objetivo: Establecer el impacto de la cefalea migrañosa en las actividades de la vida diaria.

Indicaciones: A continuación, se presenta el cuestionario MIDAS (Migraine Disability Assessment), se solicita su colaboración con respuestas reales, que contribuirán significativamente al desarrollo de la investigación, las mismas son de carácter anónimo y serán utilizadas netamente con fines educativos.

Responda las cinco preguntas, referentes a todos los episodios de cefalea migrañosa que usted ha experimentado en los últimos tres meses:

Preguntas	Puntaje
1.- ¿Cuántos días faltó al trabajo o a la escuela en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza? (si no va a la escuela o el trabajo indique 0)	
2.- ¿Cuántos días disminuyó a la mitad o menos su productividad en el trabajo o escuela en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza? (No incluya los días que marcó en la pregunta 1 por faltar. Si no va a la escuela o el trabajo, marque 0)	
3.- ¿Cuántos días no hizo sus quehaceres domésticos en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza?	
4.- ¿Cuántos días disminuyó a la mitad o menos su productividad en los quehaceres de la casa en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza? (No incluya los días que ya contó en la pregunta 3 por no haber hecho sus quehaceres)	

5.- ¿Cuántos días no pudo participar en actividades familiares, sociales y de diversión en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza?		
TOTAL:		
<p style="text-align: center;">INTERPRETACIÓN</p> <p style="text-align: center;">Según el grado de discapacidad se considera</p>	Las preguntas 1 a 5 se utilizan para calcular la puntuación global.	
	Mínimo	0-5 puntos
	Ligera	6-10 puntos
	Moderada	11-20 puntos
	Grave	más de 21 puntos

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 3. Cuestionario basado en la IHS (International Headache Society)

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES CON CEFALEA MIGRAÑOSA DE LOS CENTROS DE QUIROPRACTIA DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

Objetivo: Determinar los síntomas más comunes de los pacientes con cefalea migrañosa y el índice de dolor crónico en la población de estudio

Indicaciones: A continuación, se presenta el cuestionario basado en la clasificación de la cefalea de la IHS (International Headache Society), se solicita su colaboración con respuestas reales, que contribuirán significativamente al desarrollo de la investigación, las mismas son de carácter anónimo y serán utilizadas netamente con fines educativos.

Evaluación

1. Edad de comienzo de los síntomas de cefalea migrañosa.

2. Duración de cada episodio de cefalea migrañosa.

- De 1 a 6 horas
- De 7 a 12 horas
- Mas de 12 hora

3. Momento de inicio:

- Por la mañana
- Conforme pasa el día
- Por la noche
- Indiferencia

4. Factores desencadenantes:

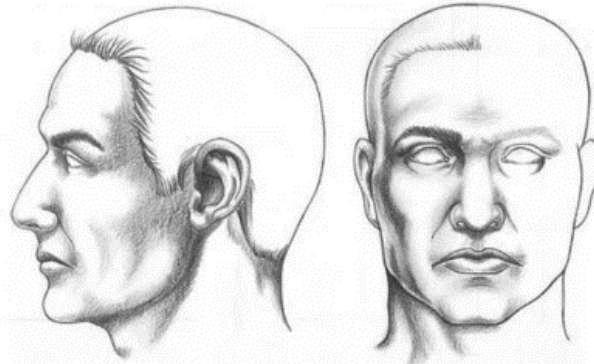
- Cambios hormonales
- Alimentación (comida, bebida)
- Estrés
- Cansancio
- Otros

5. Síntomas acompañantes:

- Náuseas y vomito
- Fonofobias
- Fotofobias
- Sensibilidad peri craneal
- Aura

Otros.....

6. Localización del dolor



7.)

A continuación, se presenta una escala con una valoración de 0 al 10, marque el número que considere califica el grado de dolor que usted experimenta en sus episodios de cefalea.

Au										P
sencia de										eor dolor
dolor										

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 4. Recursos

RECURSOS MATERIALES		UNIDADES	PRECIO C/U	TOTAL L
Lápices		8	0,25	2
Esferos		4	0,50	2
Borrador		4	0,15	0,6
Grapadora		1	3	3
Flash Memory		1	15	15
Resma de Papel		2	3,50	7
Carpetas		4	0,50	2
Valor Parcial				31,60
OTROS		UNIDADES	PRECIO C/U	TOTAL L
Alimentación		24	2,75	66
Transporte: taxis		8	4	32
Impresiones (borradores)		3	8	24
Anillados		3	1	3
Empastados (Proyecto final)		1	30	30
Valor Parcial				215
TALENTO HUMANO		NÚMERO	VALOR	TOTAL
Investigador		1	425	425
Docente tutor		1	1600	1600

s	Quiropráctico	3	30	90
			Valor Parcial	2115

Anexo 5. Presupuesto general

N	DENOMINACIÓN	TOTAL
1	Recursos materiales	31,60
2	Otros	215
3	Talento humano	2115
TOTAL		2361,60