



Factores de riesgo y prevalencia de trastornos migrañosos en población adulta. Estrategias médicas desde la atención primaria comunitaria

Risk factors and prevalence of migraine disorders in the adult population. Medical strategies from community primary care

Elizabeth Salas Acosta¹, Mireya Salas de González², Melissa González-Salas³

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo para trastornos migrañosos, presentes en población adulta hacia el establecimiento de estrategias médicas para su prevención y tratamiento desde la atención primaria comunitaria. **Metodología:** El estudio se desarrolló a través de una investigación tipo descriptivo y de campo, con una muestra de 64 pacientes, determinada a través de un muestreo no probabilístico intencional. Se diseñó un Cuestionario como instrumento de recolección de datos, cuya validación de contenido por medio de nueve expertos resultó suficiente. En el tratamiento estadístico se utilizó el programa Excel 2007 y SPSS versión 23, con un procedimiento tipo descriptivo, de frecuencias, sumatorias, media aritmética y porcentajes, representados en cuadros frecuenciales por indicadores. **Resultados:** Se demuestra prevalencia de antecedentes familiares en migraña, mientras que las características del dolor fue hemicraneal, pulsátil, intensidad moderada, insidioso, evolución con más de 5 años, siendo el naproxeno el medicamento más utilizado. Prevalencia de migraña sin aura en el sexo femenino entre las edades 31 a 60 años. El síntoma más experimentado además del dolor fue de vómitos/nauseas. **Conclusión:** Se llega a la conclusión según los resultados que el mayor factor de riesgo desencadenante de la migraña fue de factores ambientales, traducido en la alta sensación térmica. Se recomienda la aplicación de lineamientos de estrategias locales en la promoción y prevención de salud.

Palabras clave: Factores de riesgo, trastornos migrañosos, atención primaria de salud.

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors for migraine disorders, present in the adult population towards the establishment of medical strategies for their prevention and treatment from community primary care. **Methodology:** The study was developed through a descriptive and field type investigation, with a sample of 64 patients, determined through an intentional non-probabilistic sampling. A Questionnaire was designed as a data collection instrument, whose content validation by means of nine experts was sufficient. In the statistical treatment, Excel 2007 and SPSS version 23 were used, with a descriptive procedure of frequencies, summations, arithmetic mean and percentages, represented in frequency tables by indicators. **Results:** The prevalence of a family history of migraine is demonstrated, while the characteristics of the pain were hemicranial, throbbing, moderate intensity, insidious, evolution over 5 years, naproxen being the most widely used drug. Prevalence of migraine without aura in females between the ages of 31 to 60 years. The most experienced symptom besides pain was vomiting / nausea. **Conclusion:** According to the results, it is concluded that the greatest triggering risk factor for migraine was environmental factors, translated into high thermal sensation. The application of local strategy guidelines in health promotion and prevention is recommended.

Keywords: Risk factors, migraine disorders, primary health care.

¹Universidad del Zulia, Zulia, Venezuela

Orcid ID: 0000-0003-0496-968X

²Centro de Investigaciones y desarrollo de Bioingeniería de la Costa Oriental del Lago (CIDIBICOL-UPTZ)

Orcid ID: 0000-0001-7740-8723

³Centro de Asesorías Educativas CEASE, Zulia, Venezuela

Orcid ID: 0000-0003-0686-1285

INTRODUCCIÓN

Al estudiar diversidad de literatura científica sobre cefaleas y migraña, resulta coincidentes las aseveraciones realizadas por Vicente (2008) al declarar que “la migraña constituye un problema frecuente y también resulta ser uno de los primeros motivos de consulta en la atención primaria y asistencia neurológica especializada”, por lo cual, se reconoce en el sistema de salud como un trastorno neurológico diferenciado.

Al describirla como un tipo de dolor de fuerte intensidad, los pacientes refieren que sienten pulsaciones en un área específica de la cabeza, asimismo presentan incomodidad ante la luz y el sonido, además de náuseas y vómitos en algunas oportunidades. Algunos pacientes refieren en las consultas que pueden sentir cuando van a tener migraña al ver destellos luminosos o perder temporalmente la vista antes de la aparición del dolor. Los trastornos migrañosos pueden perturbar la rutina diaria e interferir con el desempeño ocupacional, vida familiar o actividades recreativas, por ello se considera un problema de salud con implicaciones laborales, económicas y personales, pudiendo ser limitante en relación con la intensidad, duración y recurrencia. (Cady, 2014; Oterino & Pascual, 2008; Titus, Fraga & Martínez, 1992).

Realmente no se sabe con exactitud por qué se produce la migraña. Sin embargo, Pérez (2007) señala que la tendencia a padecerla puede ser hereditaria, corroborado por sus estudios que aseveran, si uno de los padres tiene migraña, existe un 40% de posibilidades de que su hijo las sufra. Si ambos padres tienen migraña, sus hijos tienen un 75% de posibilidades de padecerla también. Asimismo, manifiesta que en muchas mujeres el descenso del nivel de estrógeno que se produce inmediatamente antes de la menstruación, puede precipitar una migraña.

En consecuencia, diversos factores de riesgo pueden provocar su aparición, como algunos alimentos, medicamentos, estímulos sensoriales, cambios de hábitos, ciclo menstrual, cambios de estación o de presión atmosférica. En las personas sensibles, evitar estos desencadenantes, puede ayudar a reducir el grado de incapacidad; esto resulta importante en comunidades con situación económica contraída donde las posibilidades de adquisición de medicamentos y tratamientos médicos de alto costo son reducidas. Aunque existen diversos tratamientos farmacológicos,

como el preventivo, de situaciones especial y tratamiento sintomático, también se plantea el tratamiento no farmacológico, como las acciones de promoción y prevención de salud que puede aprovechar el médico, para la educación del paciente acerca de su dolencia en una atención primaria de salud. En consecuencia, surge en primera instancia la idea de realizar este estudio considerando las recomendaciones de la Organización mundial de la Salud (OMS, 2008) en su informe anual del estado de salud a nivel global, sobre el fomento de estudios epidemiológicos, biomédicos y toxicológicos en Salud Ambiental para que el hombre tenga una vida digna y un medio adecuado.

Al respecto, la investigación plantea una problemática observada en la atención médica realizada en una comunidad del Estado Zulia, Venezuela donde un alto porcentaje de adultos dispensarizados presentan trastornos migrañosos como primordial patología junto a la Hipertensión arterial (HTA) y trastornos respiratorios. Por otro lado, es importante destacar el desconocimiento que tiene esta población sobre la información básica acerca de la migraña, evidenciado mediante entrevista no estructurada realizada durante la atención del paciente; por lo cual la investigación podría servir de base para formular programas de educación al respecto.

En tal sentido, es menester determinar científicamente, la epidemiología y etiología de la migraña en el sector señalado, evidenciando en la propia población los niveles de prevalencia de este trastorno de salud, así como las limitantes que ha representado esta dificultad en su propio organismo y desenvolvimiento social. De tal manera que el objetivo general de la investigación fue determinar los factores de riesgo para trastornos migrañosos en una población adulta del Estado Zulia, Venezuela, para consecuentemente diseñar lineamientos estratégicos de promoción y prevención de salud referidos a evitar la evolución de los episodios de migraña.

METODOLOGÍA

A través de una investigación descriptiva con diseño de campo, no experimental, de corte transversal orientada a recolectar informaciones desde el estado real y en el espacio donde ocurren los hechos para describirlos e interpretar su naturaleza (Hernández, et al. 2010; Chávez,

2003), se estudia durante un año, una muestra de 64 pacientes adultos dispensarizados con presunto diagnóstico de migraña. El muestreo empleado fue no probabilístico intencional (Padua, 2002), sobre la población de 1.694 pacientes del consultorio popular Salud y Vida, situado en una comunidad de bajos recursos económicos en el Estado Zulia, Venezuela; acorde a los siguientes criterios de inclusión, señalados por Pascual (2012) y Silberstein (2004): que fueran pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos, consultas reiteradas, presentaran al menos tres síntomas asociados a la migraña. De esta forma, se ubican los sujetos seleccionados como muestra, se citan a consulta en el Modulo de salud, y se incluyen definitivamente en el estudio una vez que autorizan su participación en la investigación, mediante la firma de un comunicado pidiendo su colaboración al respecto.

Como instrumento de recolección de datos se emplea un cuestionario tipo historial médico, validado por nueve especialistas, dividido en 4 secciones referidas a: Abordaje diagnóstico, Prevalencia, Síntomas asociados a la migraña y Factores de riesgo. Las preguntas y proposiciones fueron diseñadas de forma cerrada, en escala dicotómica o de selección cerrada.

A la información recolectada se le aplica tratamiento estadístico descriptivo, procesado en Microsoft Excel 2007 y el software SPSS versión 23, determinando frecuencias, sumatorias, media aritmética y porcentajes, representados en cuadros frecuenciales por indicadores y dimensiones. Cabe destacar que este estudio fue revisado y aprobado por el comité de ética conformado por médicos docentes del Instituto de Altos Estudios Dr Arnoldo Gabaldón y de la Universidad del Zulia, Venezuela.

RESULTADOS

El abordaje diagnóstico de la migraña, inicia con la Anamnesis de los antecedentes personales y familiares en la Tabla 1, con media aritmética de 79% de los pacientes sin antecedentes personales y resaltando 88% con antecedentes familiares en primer grado. Los antecedentes personales, con mayor porcentaje de prevalencia son los Trastornos de la refracción ocular en 64%, sinusitis en 56% y 53% con patologías dentales, cada uno de los cuales pudiera estar ocasionando las crisis de migraña presentada.

Tabla 1
Anamnesis. Antecedentes personales y familiares

Antecedentes personales	SI		NO	
	fi	%	fi	%
Sinusitis	36	56	28	44
Otomastoiditis	01	02	63	98
Traumatismo craneoencefálico	0	0	64	100
Cervicoartrosis	06	09	58	91
Patología dental	34	53	30	47
Patología de la articulación temporomandibular	0	0	64	100
Glaucoma	0	0	64	100
Trastornos de la refracción ocular	41	64	23	36
Punción lumbar reciente	01	02	63	98
Σ	119	186	457	714
\bar{X}	21		79	
Antecedentes familiares de migraña	56	88	08	12

Fuente: Elaboración propia

En la anamnesis dirigida a la cefalea, la tabla 2 presenta 80% con dolor localizado hemicraneal; 13% holocraneal, 0% en banda; a nivel fronto-orbitaria se presenta al 4% y occipital a 3% de los sujetos. En la localización del dolor migrañoso, 80% presentan de carácter hemicraneal, Mientras que en las

características de la cefalea, predomina en 70% carácter pulsátil cuando su intensidad aumenta; 28% la caracterizan como opresiva y 2% punzante. De intensidad moderada en un 64% y 36% de forma intensa. Ninguno reportó intensidad leve, ni incapacitante.

Tabla 2*Anamnesis dirigida a la cefalea*

Sección	fi	%
Localización del dolor		
Occipital	2	3
Fronto-orbitaria	3	4
En banda	0	0
Holocraneal	8	13
Hemicraneal	51	80
Características de la cefalea	fi	%
Explosiva	0	0
Un peso	0	0
Tirante	0	0
Punzante	1	2
Opresiva	18	28
Pulsátil	45	70
Intensidad	fi	%
Incapacitante	0	0
Intensa	23	36
Moderada	41	64
Leve	0	0
Modo de instauración	fi	%
Insidioso	38	59
En minutos	25	39
Brusco	1	2
Tiempo de evolución	fi	%
Más de 5 años	49	76
Meses	14	22
Semanas	1	2
Duración del episodio de cefalea	fi	%
Varios días	41	64
Pocas horas	23	36
Frecuencia aproximada	fi	%
Cada mes	38	59
Cada 15 días	25	39
1 semana	1	2
Medicación	fi	%
Ibuprofeno	16	25
Naproxeno	30	47
Aspirina	1	2
Paracetamol	9	14
Otros	8	12

Fuente: Resultados de la búsqueda.

En el modo de instauración es mayormente insidioso, corroborado por 59% de pacientes; 39% manifiesta la instauración en minutos y 2% de forma brusca. Asimismo, 76% presentan un tiempo de evolución de más de 5 años; 22% en meses y 2% en semanas. Asimismo, la duración de los episodios de cefalea mayormente se reporta de varios días, afirmado por 64%, mientras que 36% presentan episodios de pocas horas. La frecuencia aproximada de la cefalea, puede observarse en 59% cada mes; 39% cada 15 días y 2% cada semana. Respecto a la medicación se muestra que 47% utilizan naproxeno, 25% ibuprofeno; 14% paracetamol, 2% aspirina y 12% otros medicamentos que generalmente son esteroides.

En la exploración física general, evaluada en la Tabla 3, se determina que la auscultación craneal resultó normal en el 100% de los sujetos, igualmente la Palpación de los senos paranasales y articulación temporomandibular se reflejó como normal 100%, sin embargo, en la palpación de cadenas ganglionares, resultó palpable en 6% mientras que en 94% fue normal. Por otra parte, la palpación del trago auditivo y mastoides y la palpación de las apófisis espinosas cervicales y musculatura cervical, así como palpación abdominal estuvo dentro de los límites normales en 100% en cada caso; no así en la auscultación cardiopulmonar reportada en 22% con HTA y 78% considerado normal.

Tabla 3
Exploración física general

Exploración	Normal		Anormal	
	fi	%	fi	%
Auscultación craneal	64	100	0	0
Palpación de los senos paranasales y articulación temporomandibular	64	100	0	0
Palpación de cadenas ganglionares	60	94	04	06
Palpación del trago auditivo y mastoides	64	100	0	0
Palpación de las apófisis espinosas cervicales y musculatura cervical	64	100	0	0
Auscultación cardiopulmonar	50	78	14	22
Palpación abdominal	64	100	0	0

Fuente: *Elaboración propia*

En la exploración neurológica, la Tabla 4 presenta aspectos normales en su totalidad: Nivel de conciencia, orientación y funciones cerebrales superiores; pares craneales y función pupilar; balance muscular, sensibilidad, reflejos osteotendinosos y cutaneoplantares, coordinación, marcha y equilibrio. La presencia de signos de irrigación meníngea es negativa: Rigidez de nuca; signo de Brudzinski; signo de Kerning.

Tabla 4
Exploración neurológica

Exploración	Normal		Anormal	
	fi	%	fi	%
Nivel de conciencia, orientación y funciones cerebrales superiores	64	100	0	0
Pares craneales y función pupilar	64	100	0	0
Balance muscular, sensibilidad, reflejos osteotendinosos y cutaneoplantares, coordinación, marcha y equilibrio	64	100	0	0
		Negativo		Positivo
Signos de irrigación meníngea: Rigidez de nuca	64	100	0	0
Signos de irrigación meníngea: Signo de Brudzinski	64	100	0	0
Signos de irrigación meníngea: Signo de Kerning	64	100	0	0

Fuente: *Elaboración propia*

Finalmente, se presentan en la Tabla 5, los resultados de las pruebas complementarias, que deben incluirse en el abordaje diagnóstico cuando existe sospecha de una etiología orgánica extracraneal de la cefalea, determinando que 100% obtuvo resultado negativo en los exámenes de laboratorio, radiología simple craneal y radiología cervical. En los estudios de neuroimagen, la tomografía computarizada y resonancia magnética practicada a aquellos pacientes que lo requerían, resultó 100% negativas. En el caso de migraña con auras atípicas o de larga duración los estudios de hipercoagulabilidad fueron 100% negativos. Como complemento se diagnosticó que la situación personal, laboral y familiar en el aspecto psicológico predisponente al estrés y consecuente migraña fue 52% favorable y 48% desfavorable según datos suministrados por los sujetos.

Tabla 5
Pruebas complementarias

En sospecha de etiología orgánica extracraneal de la cefalea	Negativo		Positivo	
	fi	%	fi	%
Laboratorio	64	100	0	0
Radiología simple craneal	64	100	0	0
Radiología cervical	64	100	0	0
Estudios de neuroimagen				
Tomografía Computarizada con contraste	64	100	0	0
Resonancia Magnética	64	100	0	0
En migraña con auras atípicas o de larga duración				
Estudio de hipercoagulabilidad	64	100	0	0
Complemento psicológico de estrés	Favorable		Desfavorable	
Situación personal, laboral y familiar	33	52	31	48

En la dimensión referida a la prevalencia de la migraña, la Tabla 6 presenta los tipos de migraña en los pacientes por edad y sexo; específicamente 48% padeciendo de migraña sin aura, de los cuales 39% son del sexo femenino y 09% del sexo masculino. De estos datos se evidencia que 16% son de edades comprendidas entre 18 a 30 años de edad, 31% son de 31 a 60 años y 2% de 61 y más. La migraña con aura es presentada por 44%; 38% mujeres y 6% hombres. De ellos, 30% son de 31 a 60 años y 14% son de 18 a 30 años. En la migraña vertebrobasilar no se presentó ningún caso; mientras que en la migraña transformada por abuso de analgésico se presenta 8% de casos, en su totalidad son de sexo femenino y entre 31 a 60 años. La sumatoria en la Tabla 6, indica que 85% son de sexo femenino y 15% masculino; 69% en edad de 31 a 60, 30% de 18 a 30 y 2% de 61 y más.

Tabla 6
Prevalencia por tipo de migraña, según edad y sexo

Tipo de migraña	Migraña		Edad						Sexo			
	fi	%	18 a 30		31 a 60		61 y mas		M		F	
			fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Migraña sin aura	31	48	10	16	20	31	01	2	06	09	25	39
Migraña con aura	28	44	09	14	19	30	0	0	04	06	24	38
Migraña vertebrobasilar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Migraña transformada con abuso de analgésicos.	05	08	0	0	05	08	0	0	0	0	05	08
Σ	64	100	19	30	44	69	1	2	10	15	54	85

Fuente: Elaboración propia

Se aclara que el caso de la dimensión síntomas asociados a la migraña, por registrarse más de un dato por cada paciente, se analiza estadísticamente desde la frecuencia y no del porcentaje en sí; ya que los pacientes pueden presentar varios síntomas a la vez. La tabla 7 presenta 62 pacientes con síntoma más frecuente, dolor entre moderado a intenso; 59 un dolor palpitante; 47 Náuseas/vómitos; 40 pacientes refieren foto-sonofobia; 36 presentan auras y 2 reportan pérdida de una parte del campo visual. Resulta importante reseñar que la descripción de los síntomas más frecuentes presentados, es significativo ya que el dolor puede venir acompañado con mayor o menor frecuencia de otros síntomas, cuya aparición es determinante en algunos casos para el diagnóstico diferencial.

Tabla 7*Síntomas más frecuentes asociados a la migraña*

Síntoma	fi	%
Aurea: Fenómenos visuales	36	56
Dolor entre moderado e intenso	62	97
Dolor palpitante	59	92
Pérdida de una parte del campo visual	02	03
Foto-sonofobia	40	63
Náuseas/Vómitos	47	73

Fuente: Elaboración propia

Todos los planteamientos de los resultados referidos hasta el momento, sirvieron de antesala para concretar los Factores de riesgo en la tabla 8, motivo principal de la investigación. Los factores de riesgos, también presentaron respuestas simultáneas en un mismo caso, se observa que 63 pacientes consideran factores ambientales con mayor tendencia a la cronicidad de la migraña. Seguidamente se presenta el factor estímulos sensoriales en 60 pacientes, constituyéndose también como un componente considerable. Además, se observa el Cambio de hábitos en 56 personas; algunos alimentos en 46; medicamentos en 3 y Factores genéticos en 2 sujetos.

Tabla 8*Factores moduladores del dolor*

Síntoma	fi	%
Alimentos	46	72
Medicamentos	03	05
Estímulos sensoriales	60	94
Cambio de hábitos	56	88
Factores genéticos	02	03
Factores ambiental	63	98

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

En los resultados del abordaje diagnóstico de la migraña, los altos porcentajes de pacientes con antecedentes familiares corroboran la afirmación de las investigaciones de Oterino y Pascual (2008), Terwindt et al. (1998) y McCandless et al (2011) sobre la gran cantidad de sujetos migrañosos que tienen familiares de primer grado con migraña, y antecedentes de otras enfermedades congénitas que pudieran relacionarse con este trastorno.

La localización del dolor hemicraneal permitió clasificarlo como uno de los más frecuentes, sin embargo, tal como lo señala Ezpeleta (2007); quien coincide en resultados similares en algunos de sus estudios; no obstante considera necesario seguir indagando siempre en un diagnóstico diferencial acerca de las características, intensidad, evolución, entre otros, para determinar con precisión el tipo de migraña.

Respecto a las características, prevalece el carácter pulsátil con una intensidad moderada resaltando según los antecedentes de estudio de Vicente (2008), que la intensidad tiene un valor diagnóstico menor, pero debe precisarse en una escala de 1 a 10; para seguir la evolución del paciente. La intensidad de la cefalea puede determinarse según el impacto que produzca en las actividades habituales del paciente. Será leve si no altera las actividades; mediana si las dificulta parcialmente y severa si las impide. Para la muestra en cuestión, en su mayoría, consideran la migraña moderada como una patología que le obstaculiza objetivamente llevar a cabo su trabajo. Se registró un modo de instauración mayormente insidioso, con un tiempo de evolución prevalente de más de 5 años. Según su duración, se caracteriza por episodios recurrentes en los que la cefalea puede durar entre unas horas a varios días, coincidiendo con los estudios de Uribe (2008) donde se encontró de manera similar que 70% de las mujeres presentan duración de los ataques de dolor de cabeza a más de 24 horas y el 48% de los hombres con duración prolongada.

En cuanto a la frecuencia aproximada de la cefalea de manera mensual, los resultados permitieron considerar el hecho de que la mayoría de las mujeres migrañosas reportadas sufren un aumento de sus crisis durante la menstruación. Se relaciona de esta manera con los resultados de la investigación de Larrosa-Campo et al (2012) quienes evidenciaron que los cambios hormonales fisiológicos que presentan cíclicamente pueden producir la migraña menstrual.

Respecto a la medicación para combatir el dolor, cabe señalar que los pacientes han probado gran parte de los medicamentos señalados en la teoría; sin embargo, se ha tomado en cuenta aquel medicamento que consume con mayor frecuencia, debido a la condición socioeconómica en la que se sitúa la muestra, y las posibilidades de dotación médica con la que se cuenta en los módulos de salud, resultando prevalencia de utilización del Naproxeno, como antiinflamatorio no esteroideo (AINES). Se ha encontrado con estos resultados que su efectividad ha sido mayor que las opciones terapéuticas de primera línea citadas en los hallazgos de Pérez (2007) y Martínez (2004) en sus respectivas investigaciones, cuando se suministra desde la atención primaria de salud y no se ha instaurado un estatus migrañoso agudo de más de 72 horas de evolución. Cabe destacar que el porcentaje

de pacientes que reportó otro tipo de tratamiento en emergencias clínicas incluidos triptanes, benzodiacepinas y clorpromazina, presentaban crisis agudas frecuentes, intensas y de larga duración.

A la exploración física general y neurológica, los resultados fueron habitualmente normales. Sin embargo, se analiza el único elemento con resultados diferentes a la tendencia normal del resto de pasos dentro de la auscultación física, refiriéndose a la cardiopulmonar, específicamente en el aspecto de la tensión arterial, de acuerdo a una posible comorbilidad de las cefaleas; no obstante, este caso está poco estudiado y presente en la literatura, aunque es importante determinar según la investigación de Martin (2004) que un paciente puede ser considerado hipertenso si aparecen varios registros de HTA independientes de las crisis de cefalea. En todo caso, dado el papel de la vasodilatación en la patogenia de la cefalea, principalmente en la migraña, sería razonable que existiera una correlación entre la presión de pulso y la tendencia a la cefalea; aunque ello correspondería a un estudio más especializado respecto a las dos variables.

Los exámenes complementarios no fueron fundamentales en el diagnóstico, excepto en los pocos casos en los cuales se sospecha una lesión orgánica, como tumor cerebral, hemorragia subaracnoidea u otra lesión similar; no obstante, los resultados fueron negativos en los casos que se recomendó tales pruebas. En cuanto a la Prevalencia, se concluye que afecta mayormente a las mujeres, con tipo de migraña sin aura, y edad de 31 a 60 años.

Por otra parte, se evidenció un conjunto de síntomas entre los que se encuentran, además del dolor de cabeza pulsátil, moderado a intenso; sistemáticamente: vómitos, náuseas, sensibilidad a la luz, ruido, presentación de fenómenos visuales, mientras que la pérdida del campo visual no representó porcentajes significativos.

Frente a este escenario, se analiza como aspecto totalmente coincidente con la teoría explicada sobre los síntomas asociados a la migraña donde Goadsby (2012) expone con estricto orden, que los más habituales incluidos en los criterios de diagnóstico, son las náuseas, vómitos y la combinación de fotofobia y fonofobia. Por su puesto, la muestra en investigación refirió como primer síntoma, el dolor según su intensidad, para luego determinar la característica, coincidiendo

igualmente con los datos anteriormente apreciados en el abordaje diagnóstico, resultante en un dolor moderado a intenso y de carácter pulsátil.

Finalmente, al reconocer los factores de riesgo, según su clasificación, se concluyó que la predisposición ambiental en primer lugar, seguido de los estímulos sensoriales, los cambios de hábitos y ciertos alimentos fueron los factores desencadenantes de episodios de migraña y considerando en gran medida que el calor y las altas temperaturas experimentadas como sensación térmica propio de la región geográfica del Zulia donde la temperatura máxima promedio diaria es más de 34°C y la sensación térmica puede sobrepasar los 50°C, se asocia con las crisis migrañosas de esta población.

Resalta el hecho de que una considerable parte de los pacientes no reconocen algunos de los desencadenantes de su cefalea; siendo importante para identificar de forma oportuna los detonantes del dolor, y lograr un control personal del padecimiento. De esta manera, resulta imperante aportar una serie de recomendaciones de prevención de salud.

Dentro del contexto de resultados en los factores de riesgo, y desde el punto de vista de la medicina comunitaria en atención primaria; fue determinante establecer lineamientos estratégicos de promoción y prevención de salud para evitar los desencadenantes de la migraña, que pueden ser adoptados por los médicos y pacientes de la realidad estudiada y por otros grupos de interés, que presenten situaciones similares a las detectadas en esta investigación.

Como un aporte concluyente, resulta necesario fortalecer tres puntos esenciales bajo un enfoque informativo-terapéutico preventivo, dividiendo lineamientos estratégicos en tres aspectos que engloban los requerimientos en los espacios revisados (Figura 1): Información individualizada al paciente, Jornadas de información comunitaria del tratamiento preventivo y Círculos de calidad de Médicos. En consecuencia, es imprescindible educar al paciente a través de la información adecuada de la patología que le afecta por medio de una consulta de calidad en tiempo y asesoría médica en cuanto a características de la migraña, naturaleza, carácter recurrente, tratamiento preventivo, sintomático y sobre todo los factores de riesgo que predisponen y desencadenan las crisis. Asimismo, es necesario

involucrar a la comunidad en una participación protagónica durante jornadas de información, profundizando en el apoyo a los familiares con trastornos migrañosos explicando las diferencias entre tratamiento sintomático y preventivo, tanto farmacológico como no farmacológico.

Figura 1

Portafolio de perspectivas en el enfoque informativo-terapéutico preventivo de la migraña



Fuente: Elaboración propia

Finalmente activar círculos de médicos del entorno y de todo personal de salud que desee participar, reuniéndose intencionalmente de modo regular, para identificar casos y llevar a la práctica soluciones oportunas. Ante su elevada prevalencia, este problema de salud debe despertar el interés entre profesionales de Atención Primaria, Neurólogos, profesionales de la salud en general y la comunidad, por cuanto la demanda que sus síntomas provoca, plantea una importante necesidad de mejoramiento en la sociedad.

Declaración de financiamiento y de conflictos de interés:

El estudio fue financiado por los autores, quienes declaran no tener conflictos de interés.

Correspondencia:

Elizabeth Salas Acosta
 Correo electrónico:
 mirelisaeva@gmail.com

Mireya Salas de González
 Correo electrónico:
 mireyafine@gmail.com

Melissa González-Salas
 Correo electrónico:
 melissaagsstar@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Artigas-Pallarés J; Grau, R.; Esclusa, F.; Canosa, P y Moltó, E. (1998). "Prevalencia y características de la cefalea y la migraña en la infancia". *Rev Neurol*; vol.26 (151): 368-371. Recuperado de: <https://www.neurologia.com/articulo/98952>
- Cady RK (2014). "Red flags and comfort signs for ominous secondary headaches". *Otolaryngol Clin N Am* 2014; Apr 47 (2):289-299. doi: 10.1016/j.otc.2013.10.010.
- Chávez, N. (2003). *Introducción a la Investigación Educativa*. Maracaibo:
- Ezpeleta D. (2007). "Diagnóstico diferencial de la cefalea en urgencias" *Jano: Medicina y Humanidades* 2007; 1662: 31-35.
- Goadsby PJ.(2012) "Pathophysiology of migraine". *Ann Indian Acad Neurol*. 2012 Aug; 15 (Suppl 1): S15–S22. DOI: 10.4103/0972-2327.99993
- Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. 5ª ed. México, DF & Mc. Graw Hill.
- Larrosa-Campo, D.; Ramón-Carbajo, C.; Para-Prieto, M.; Calleja-Puerta, S.; Cernuda-Morollón, E. y Pascual, J. (2012). "La migraña como factor de riesgo vascular". *Rev Neurol* 2012; 55 (6): 349-358.
- Martin V, E. (2004). "Diagnosis and classification of primary headache disorders". In: *Standards of care for headache diagnosis and treatment*. Chicago (IL): Rev. National Headache Foundation; 2004. p. 4-18.
- Martínez, L. (2004) *Epidemiología de la migraña en adolescentes*. Tesis de postgrado de Neuropediatría. Barquisimeto: Universidad Centro occidental Lisandro Alvarado.
- McCandless RT, Arrington CB, Nielsen DC, Bale JF y Minich LLA. (2011). "Patent Foramen Ovale in Children with Migraine Headaches". *The Journal Pediatrics*. August 2011 Volume 159, Issue 2: 243–247. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.01.062>
- Organización mundial de la Salud (OMS, 2008). *Trastornos neurológicos. Desafíos para la salud pública*. Documento en línea. [acceso 15 septiembre 2019]. Disponible en: www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Trastornos_Neurologicos.pdf
- Oterino, A. y Pascual, J. (2008). "Genética de la migraña" *Acta Neurol Colomb* 2008. Vol. 24 No. 3 Suplemento (3:1) pp. 34-43. Septiembre 2008 https://www.acnweb.org/acta/2008_24_S3_34.pdf
- Padua, J. (2002) *Técnicas de Investigación aplicadas a las Ciencias Sociales*. México: Fondo de Cultura Económica
- Pascual J. (2012). "Migraña crónica: tratamiento". *Rev Neurol* 2012; 54 (Supl 2): S31-68. <https://psyciencia.com/wp-content/uploads/2012/10/tratamiento-migrana1.pdf>
- Pérez, R. (2007) "Migraña. Tratamiento". *Revista científica Portales Médicos*. Vol II. Nº13, Septiembre, 2007. España
- Silberstein, S. (2004). "Migraine pathophysiology and its clinical implications". *Cephalalgia*. 2004; 24 (Suppl 2): S2-7.
- Terwindt, GM.; Ophoff, RA.; Haan, J.; Sandkuijl, LA.; Frants, R. y Ferrari, MD. (1998). "Migraine, ataxia and epilepsy: a challenging spectrum of genetic determined calcium channelopathies". *Eur J Hum Genet* Jul-Aug 1998;6(4):297-307. doi: 10.1038/sj.ejhg.5200206.
- Titus, F; Fraga, C. y Martínez, J. (1992). *Clasificación y criterios diagnósticos de las cefaleas, las neuralgias craneales y el dolor facial*. Barcelona: MCR.
- Uribe García, B. (2008). "Impacto de la migraña". *Acta Neurol Colomb* Vol. 24 No. 3 Suplemento (3:1) septiembre 2008. https://www.acnweb.org/acta/2008_24_S3_28.pdf
- Vicente, M. (2008). *La migraña. Su impacto y repercusión laboral*. Tesis de grado publicada. España: Universidad de Valencia. <http://hdl.handle.net/10803/10078>

Recibido: 17/02/2021

Aceptado: 24/05/2021