



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

Caracterización clínica de pacientes con migraña en el
Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2017 –
2020.

AUTORES:

Torres Secaira Joshua Wellington

Yáñez Escobar Galuth del Rocío

Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de Médico

TUTOR:

Dr. Ayón Genkuong Andrés Mauricio

Guayaquil, Ecuador

1 de septiembre del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Torres Secaira, Joshua Wellington**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR

f. _____

Dr. Ayón Genkuong Andrés Mauricio

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, 1 de septiembre del año 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Yánez Escobar, Galuth del Rocío**, como requerimiento para la obtención del título de **Médico**.

TUTOR

f. _____

Dr. Ayón Genkuong Andrés Mauricio

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, 1 de septiembre del 2022



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Torres Secaira, Joshua Wellington**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Caracterización clínica de pacientes con migraña en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2017 – 2020**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 1 de septiembre del 2022

EL AUTOR

f. _____

Torres Secaira, Joshua Wellington



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Yánez Escobar, Galuth del Rocío**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación: **Caracterización clínica de pacientes con migraña en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2017 – 2020**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 1 de septiembre del 2022

LA AUTORA

f. _____

Yánez Escobar, Galuth del Rocío



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Torres Secaira, Joshua Wellington**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Caracterización clínica de pacientes con migraña en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2017 – 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de septiembre del 2022

EL AUTOR

f. _____

Torres Secaira, Joshua Wellington



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Yánez Escobar, Galuth del Rocío**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: **Caracterización clínica de pacientes con migraña en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2017 – 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 1 de septiembre del 2022

LA AUTORA

f. _____

Yánez Escobar, Galuth del Rocío

REPORTE DE URKUND



Documento [P69 TESIS TORRES YANEZ.docx](#) (D143171209)

Presentado 2022-08-22 18:59 (-05:00)

Presentado por jos6128x@gmail.com

Recibido andres.ayon.ucsg@analysis.orkund.com

Mensaje Analisis tesis de migraña [Mostrar el mensaje completo](#)

1% de estas 14 páginas, se componen de texto presente en 1 fuentes.

AGRADECIMIENTO

Empiezo por agradecer a quienes leen este documento, a quienes siempre me han brindado su confianza, a mis amigos, a mi familia, que siempre me apoyaron de algún u otro modo, ya sea ayudándome a estudiar o dejarme solo esa responsabilidad por el tiempo necesario. Agradezco con quienes emprendí el viaje dentro de esta carrera, porque estudiar medicina realmente es tomar todos los conocimientos más útiles y seguir con ello, a donde nos lleve. Si bien extrañaré a todos los que me acompañaron en esta corta etapa, esto solo es el comienzo de mayores oportunidades, y por todas ellas, que recibí de quienes amo, gracias totales.

DEDICATORIA

Este humilde trabajo está dedicado primeramente a quienes en vida ya no me acompañan, cuyas enseñanzas las cosecharé y sabré aprovecharlas, queriendo ser lo mejor de mi mismo cada día como humano y como profesional, espero llenarlos de orgullo. Por supuesto, también dedico este trabajo conjunto, a la mejor compañera que pude tener para realizarlo, una excelente persona y que seguro será una gran profesional, mi muy querida amiga coautora, Galuth Yánez. A mis amigos, que seguro no podría alcanzar este apartado para nombrarlos, a mi familia del internado, mi amada G2, y por sobre todo a mi madre en vida que sin ella nunca hubiera podido tener la mejor herencia padre- hijo, la educación.

Torres Secaira, Joshua Wellington

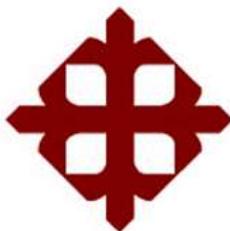
AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios quien es mi mayor guía y fortaleza, esperando servir de instrumento para él con el fin de lograr mi objetivo como médico, a mis padres que estuvieron conmigo desde un principio y me enseñaron a luchar por lo que siempre he querido, a mis hermanos y tíos quienes con su apoyo me ayudaron a pasar por los diferentes momentos que me ofreció la carrera de medicina. Agradezco por último a mis amigos, quienes me han acompañado en este largo camino, sin ellos este viaje hubiera sido distinto y difícil. A todos ellos, gracias por estar y por confiar en mí.

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado para ese ser de luz que me enseñó que una mujer puede ser fuerte y valiente, no me logro ver médico, pero ella aseguraba que lo lograría, para Doña Cira Estela Benavides Naranjo. Ella, junto a mi abuelito, Don Dimas Homero Yáñez Haro, fueron un claro ejemplo de lucha y perseverancia, gracias a ellos soy la persona de ahora, sus enseñanzas las tendré presentes. Estoy segura que desde algún lugar han observado este largo proceso y están orgullosos de lo que he alcanzado, siempre esperando que vaya más allá, porque para ellos no existía límite alguno.

Yáñez Escobar, Galuth del Rocío



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs.

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Dr. Andrés Mauricio Ayón Genkuong

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

(NOMBRES Y APELLIDOS)

OPONENTE

INDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1	4
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Objetivos	5
1.2.1 Objetivo general	5
1.2.2 Objetivo específico	5
1.3 Hipótesis.....	5
1.4 Justificación	5
CAPÍTULO 2.....	7
MARCO TEÓRICO	7
1.1 Definición	7
1.2 Epidemiología	7
1.3 Fisiopatología	7
1.4 Factores de riesgo	8
1.5 Tipos.....	9
Migraña sin aura.....	9
Migraña con aura	9
Migraña crónica.....	10
1.6 Diagnóstico.....	10
1.6.1 Manifestaciones clínicas.....	10
Migraña sin aura:	11
Migraña con aura:	11
Migraña retiniana y oftalmopléjica:	12
1.6.2 Criterios	12
Criterios para migraña sin aura:	12
Criterios para migraña con aura	13
Migraña del tronco del encéfalo.....	14
Migraña hemipléjica	14
Migraña retiniana	15

1.7	Pronóstico.....	15
CAPÍTULO 3.....		17
MATERIALES Y METODOS		17
3.1	Metodología.....	17
3.2	Tipo de investigación.....	17
3.3	Técnicas e instrumentos de investigación	17
3.4	Población y muestra	19
3.5	Representación estadística de resultados.....	19
	Análisis de la información	19
	Resultados.....	19
3.6	Discusión de resultados	24
CAPÍTULO IV		26
4.1	CONCLUSIONES	26
REFERENCIAS.....		27

RESUMEN

Objetivo: Identificar las posibles formas de presentación sintomática de la migraña en pacientes con previo diagnóstico de esta patología, que sirva de referencia al personal de salud para un mejor manejo tanto diagnóstico como terapéutico. **Métodos y Resultados:** Este es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal que incluyó 220 pacientes registrados en el sistema del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2017 – 2020. Se considero sexo, edad de presentación, signos neurológicos, signos otorrinolaringológicos, el tipo de migraña y factores de riesgo asociados. La edad media de la población estudiada fue de 48 años, siendo más afectado el sexo femenino con 174 casos de los 220 en total que equivale al 79,09%. El signo neurológico más frecuente fue la irritabilidad con 100 casos (45,45%), mientras que el signo otorrinolaringológico más común fue el vértigo con 174 casos (79,09%). El tipo de migraña que se encontró mayormente fue la migraña sin aura con 171 casos (77,7%). Y el factor de riesgo que se encontró en 62 pacientes de los 220 (28,18%) fue la hipertensión arterial y la diabetes. **Conclusión:** El sexo femenino tiene mayor tendencia a presentar migraña, en promedio a los 48 años. El tipo de migraña más común es la migraña sin aura, independiente del sexo, en ambos tipos de migraña se pueden encontrar vértigo e irritabilidad frecuentemente. La hipertensión y la diabetes fueron factores de riesgo asociados a los pacientes, aunque no intervinieran en la forma de presentación clínica de su tipo de migraña.

Palabras claves: Migraña, Signos Neurológicos, Otorrinolaringología, Vértigo, Tinnitus, Migraña Sin Aura, Hipertensión Arterial y Diabetes.

ABSTRACT

Objective: To identify the possible ways of clinical onset of migraine in patients diagnosed with this illness, so it can be of reference to health personnel for a better diagnostic and treatment control. **Methodology and results:** This is a descriptive, retrospective, observational and cross-sectional study that included 220 patients registered in the Teodoro Maldonado Carbo Hospital system in the period 2017-2020. Sex, age of onset, neurological signs, otorhinolaryngological signs, type of migraine and associated risk factors. The average age of the population studied was 48 years, with the female sex being affected in most cases with 174 cases out of 220 in total, which is equivalent to 79.09%. The most frequent neurological sign was irritability with 100 cases, corresponding to 45.45%, while the otorhinolaryngological sign was vertigo with 174 cases, meaning 79.09%. The type of migraine that was most frequently found was migraine without aura with 171 cases, indicating 77.7%. And the risk factor that was found in 62 patients of the 220, which is equivalent to 28.18%, was arterial hypertension and diabetes. **Conclusion:** The female sex has a greater tendency to present migraine, on average, at 48 years of age. The most common type of migraine is migraine without aura, regardless of gender, in both types of migraine vertigo and irritability can be found most frequently. Arterial Hypertension and Diabetes were risk factors associated with the patients, although they did not intervene in the clinical presentation of their type of migraine.

Keywords (MeSH): Migraine disorders, Neurologic manifestations, Otolaryngology, Vertigo, Tinnitus, Hypertension, and Diabetes.

INTRODUCCIÓN

La migraña se caracteriza por presentarse con dolores de cabeza de carácter episódico de tipo pulsátil de localización unilateral, acompañados de signos y síntomas vegetativos como: náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia, escotomas, entre otros, que pueden incapacitar a la persona que lo padece. Esta es producida por desencadenantes externos, teniendo un periodo de duración que oscila entre las 12 a 72 horas (1,2). Esta ocupa el tercer puesto entre las enfermedades más prevalentes en el mundo (3). Suele presentarse con mayor tendencia en mujeres que en hombres entre las edades de 30 a 45 años. La prevalencia de esta varía dependiendo de cada región, en el año 2017 se estimó que a nivel mundial el 11,6% padecía de esta condición. A nivel de nuestra región la prevalencia varía de acuerdo al sexo, teniendo una proporción de 3:1 mayor en mujeres que en hombres (1,4).

Se conoce que la migraña se clasifica en dos grandes grupos: migraña con aura y migraña sin aura. La más común es la migraña sin aura, que se caracteriza por ser un dolor hemicraneal o generalizado con o sin presencia de síntomas vegetativos que suele desaparecer posterior al sueño; la migraña con aura se presenta con diversos fenómenos previos al ataque de cefalea, estos pueden ser visuales, sensitivos, auditivos, etc. (5,6)

En el área de otorrinolaringología, se ha observado pacientes con diagnóstico previo de migraña que cursan con síntomas de: tinnitus, mareo, fonofobia y pérdida de la audición, siendo estos los más frecuentes que se han reportado en ataques de migraña. Varios estudios han mostrado una fuerte relación de los síntomas previamente mencionados con la migraña que presenta aura e incluso han llegado a desarrollar mayor sintomatología involucrando una relación con

defectos vestibulares (7). Sin embargo, no se llega a un consenso de la relación directa entre la migraña y otros desordenes auditivos.

En un estudio longitudinal prospectivo publicado en 2018 por So Young Kim y col. Se demostró que los pacientes que padecen migraña, tanto hombres como mujeres, tienen una mayor probabilidad de presentar pérdida súbita de audición neurosensorial o SSNHL por sus siglas en inglés (8). En el mismo año también se publicó un estudio en la revista JAMA de otorrinolaringología donde se evidenciaba que los pacientes con previo historial de migraña poseen un riesgo más elevado de desórdenes cocleares, especialmente de tinnitus (7). Por otro parte, en la revista americana SAGE de otorrinolaringología se demostró, en un estudio transversal, que en pacientes otorrinolaringológicos se observaba una mayor prevalencia de migraña, con un mayor índice de síntomas sinusales y otológicos como tinnitus, problemas del equilibrio, rinorrea, causadas o exacerbadas por migrañas (9).

CAPÍTULO 1

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La migraña es una enfermedad crónica tratable que afecta al que la padece en los ámbitos social, económico y mental, es caracterizado por cefalea unilateral, aunque esta no siempre se presenta de la misma manera. A lo largo de la historia se han descrito síndromes donde se presentan cefalea, recapitulando, las descripciones médicas más antiguas provienen de Egipto, del pueblo de Mesopotamia e incluso Babilonia ya que estas desarrollaron un lenguaje escrito para dejar registro de parte de su historia, por lo tanto, la historia de la cefalea o incluso de la migraña. En el papiro de Ebers, uno de los primeros documentos médicos que se encontró y fue escrito aproximadamente 1500 a.c se describen varias enfermedades y tratamientos, dentro de las enfermedades está la cefalea, creían que pidiendo ayuda a los dioses podrían curar sus males (10). Un ejemplo es el relato de un hombre que pedía que se le reemplazase su cabeza por otra, a un dios llamado Horus, debido a la gran intensidad de dolor de característica unilateral que padecía (10,11). No solo humanos se han relatado de sufrir cefalea o migraña, inclusive Zeus, dios griego, padecía de ella, teniendo que recurrir a una descompresión quirúrgica para que se aliviase. Hay descripciones más exactas de este ente en el pasado, Platón, menciona en sus escritos lo que sería una migraña con aura con manifestaciones oculares (11).

La migraña es de extensión mundial y afecta una parte importante de la población, y aunque no hay datos exactos y actualizados, la prevalencia de la migraña a nivel de Ecuador se espera que sea a la par a la de nuestra región. No se ha realizado un censo nacional para establecer la prevalencia de esta patología, y dado que esta corresponde a la tercera enfermedad más prevalente en el mundo se debería dar más importancia en el sistema nacional de salud, ya

que como se ha explicado anteriormente, esta incide negativamente en los diferentes ámbitos de la persona afectada.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Determinar la caracterización clínica de la migraña, mediante estudio de pacientes con diagnóstico previo de esta patología, que sirva de referencia al personal de salud para un mejor manejo tanto diagnóstico como terapéutico.

1.2.2 Objetivo específico

1. Describir los signos y síntomas neurológicos y auditivos en la migraña.
2. Relacionar los signos y síntomas con las formas de migraña
3. Distinguir los factores de riesgo que influyen en la aparición de la migraña

1.3 Hipótesis

Los pacientes con diagnóstico de migraña tienen una mayor tendencia a desarrollar síntomas otorrinolaringológicos.

1.4 Justificación

En una publicación realizada en el 2020, donde se recogió información de 23 estudios a nivel de España y de América latina, llamo la atención la falta de datos sobre la prevalencia en Latinoamérica, producto de la falta de recursos y de datos epidemiológicos relacionados con esta enfermedad (12).

Dado que es una patología de gran prevalencia sería ideal establecer los síntomas más comunes que se presenten en nuestro medio para que se tome en

cuenta en el manejo de la migraña de una forma más integral entre las especialidades de otorrinolaringología y neurología, puesto que no existen datos oficiales y actualizados que determinen la población realmente afectada. También es cierto que la migraña no forma parte del panel de enfermedades crónicas de las cuales existe una gran variedad de tratamientos que son cubiertos por el servicio del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, sobre todo en atención primaria, aunque sí lo estén otras enfermedades catalogadas como catastróficas, raras o huérfanas, que mantienen una asociación con la migraña, por su afectación en áreas en que ocurre los distintos mecanismos de producción de esta patología.

Considerando lo antes ya mencionado, se debería tomar en cuenta el diagnóstico y manejo de la migraña a este nivel para una adecuada atención primaria, que responde a más del 70% de la población de nuestro país. Para este tipo de patologías que presentan cefalea, que en caso de la migraña es primaria, son parte de un diagnóstico neurológico, especialidad que no está disponible a un nivel primario de salud en nuestro país, se evidenció que en países donde sí se adoptan programas de esta índole que sí es rentable proporcionar diagnóstico y dependiendo del caso tratamiento para asegurar una atención de calidad, de cobertura y bajo costo (13).

Tomando en cuenta que esta puede ser incapacitante es menester para este estudio realzar la importancia de la migraña en nuestra población, lo que pudiera ayudar a establecer un mejor manejo clínico y terapéutico, con un impacto positivo en el pronóstico de los afectados, además de aportar con datos actualizados de los tipos de migraña y sus manifestaciones que aquejan a la población en nuestra localidad.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

1.1 Definición

Trastorno neurológico caracterizado por episodios de dolor de cabeza, acompañados de síntomas visuales, auditivos, cutáneos, olfatorios, vegetativos e hipersensibilidad a estímulos externos (14).

1.2 Epidemiología

La migraña, considerada como una enfermedad altamente incapacitante, presenta una incidencia del 15% en la población mundial (15). Presentándose con mayor frecuencia en el sexo femenino, con un 6,5% al 17,4%, frente al 2,9% al 7,8% del sexo masculino, mostrando que la proporción es de 3;1 (4). La edad que con mayor frecuencia se presenta es entre los 25 y 55 años (16).

A nivel de Latinoamérica, los diferentes estudios muestran que el país con mayor porcentaje de prevalencia es Brasil con cifras del 29,5%, siguiendo Colombia con 13,8% (17). En Ecuador no se han encontrado datos actualizados respecto a la incidencia y prevalencia. Un estudio realizado en 1999, basado en los criterios del CIC, evidencio que a nivel nacional la prevalencia era del 13,5% (17).

La presencia de alteraciones auditivas y vestibulares en conjunto con la migraña, suelen ser usuales. La incidencia de la migraña con síntomas vestibulares es de 3,2 %, presentando inestabilidad habitualmente entre un 25 y 50% de los pacientes con migraña (18).

1.3 Fisiopatología

El mecanismo de la migraña es aún una interrogante, puesto que no se tiene claro los sucesos que conllevan al mismo. Se menciona cambios en la dilatación de los vasos sanguíneos, alteraciones del flujo sanguíneo, hipersensibilidad neuronal e incluso mutaciones genéticas.

En el caso de la presencia de cambios vasculares, ante un evento que perjudique los vasos cerebrales, se liberará una onda que producirá despolarización a nivel glial y neuronal en la corteza, cerebelo, ganglios basales, hipocampo y tálamo denominado propagación de depresión cortical (19). Esta depresión cortical es producto de cambios en el tono vascular, ocurriendo liberación neuronal y endotelial de neurotransmisores (19), produciendo hipersensibilidad de las neuronas del sistema nervioso central, estando implicadas las vías vestibulares y regiones del tronco encefálico, afectando el sistema simpático y parasimpático (15). Esta estimulación afectara las terminales del trigémino (19).

El sistema del trigémino, cumple un papel primordial en la inervación de la parte interna del oído, al verse afectado por mediadores químicos, generará cambios vasomotores y en áreas corticales, proyectándose en regiones a nivel del temporal, parietal, insular y cingular (18).

En el caso de ocurrir una alteración en la perfusión cerebral, se dará un proceso de hiperexcitabilidad neuronal en la corteza cerebral, en especial a nivel occipital(19).

Así también se ha encontrado mutaciones genéticas que alteran canales iónicos, descubriendo una posible predisposición genética que se vincula a la aparición de la migraña, pero estos aún no se estudian de forma clara (15,18)

1.4 Factores de riesgo

Los factores ligados a la migraña son conocidos como: modificables y no modificables.

No modificables:

- Edad: pudiendo darse a cualquier edad, siendo la edad promedio los 30 años
- Sexo: se presenta con mayor frecuencia en mujeres, ligado frecuentemente a los cambios hormonales

- Estado socioeconómico: encontrándose usualmente en la población con escasos recursos.

Modificable:

- Factores emocionales: alteraciones del estado y estrés (20). Eventos o cambios importantes consideradas como "situaciones estresantes" han sido asociados con la migraña (21).
- Factores toxico-alimentarios: alimentos, consumo de alcohol, tabaco o café (20). el consumo excesivo de café tiene relación con la migraña, siendo más notoria al verse interrumpido el consumo del mismo, provocándolos por abstinencia (21).
- Factores hormonales: el uso de anticonceptivos, la menstruación o el puerperio son considerados factores desencadenantes, estando involucrado principalmente el estrógeno (20).
- Otros factores: obesidad y síndrome metabólico. La obesidad se encuentra altamente relacionada con la prevalencia de la migraña, teniendo un mayor efecto en la duración de los días al prolongarlo y en el riesgo de cronicidad del mismo solo o en conjunto con la resistencia a la insulina (22).

1.5 Tipos

Migraña sin aura

Se deben presentar 5 crisis de dolor de cabeza, con una duración de entre 4 a 72 horas y con dos de las siguientes características: pulsátil, unilateral, de intensidad moderada o severa y que empeore ante la actividad física diaria o bien el paciente la evita, esto se ve acompañado por náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia (3).

Migraña con aura

Se deben presentar al menos 2 ataques, acompañados de síntomas visuales, sensitivos, alteración del lenguaje, motores, troncoencefálicas y de la retina,

además de la presencia de síntomas de aura que se extienden por más de 5 minutos unilateralmente (16). El aura va seguida de dolor de cabeza (3).

Migraña crónica

Cefaleas de 15 días o más por un periodo que supere los 3 meses y que presenten características de migraña sin aura, migraña con aura y que ante el efecto de triptanos o derivados de ergotamina se alivien (3).

1.6 Diagnóstico

El diagnóstico de migraña se realiza por medio de criterios clínicos establecidos por el ICHD-III, teniendo en cuenta que la migraña es una cefalea primaria, habría que descartar otro tipo de cefalea que cumpla con los criterios diagnósticos correspondientes.

1.6.1 Manifestaciones clínicas

Este tipo de cefalea primaria cursa con episodios recurrentes de su característica más emblemática, el dolor unilateral o hemicraneana, de localización variable (derecha o izquierda), este dolor tiene una intensidad, duración y ocurrencia distintas. El dolor suele ser frontotemporal o periorcular, puede ser de carácter implosivo o explosivo. Puede presentarse dolor referido en la región de C2-C3 lo cual puede despistar el diagnóstico.

Las manifestaciones clínicas de la migraña son variadas e incluyen formas subjetivas descritas por el paciente. Esta sintomatología puede agruparse en fases, como las que estableció Blau las cuales son: Pródromo, aura, cefalea, resolución y posdromo.

Según el tipo de migraña, además se pueden presentar náuseas, vómitos y sintomatología neurológica como sensibilidad a la luz y al sonido (23). Los pródromos o aura son parte de la descripción clásica de la migraña las cuales tienen distintas manifestaciones.

Dentro de la clasificación de migraña podemos observar ciertas características y síntomas relacionados a ellas, según la ICHD-3 tenemos:

Migraña sin aura:

Se puede observar además en niños y adolescentes que no se cumple con totalidad la unilateralidad, siendo más común la presentación bilateral de localización frontotemporal hasta que se llega a una adolescencia tardía (3). El cuadro clínico se menciona en el apartado previo.

Migraña con aura:

Esta presenta ataques recurrentes de varios minutos hasta 60 minutos de duración con síntomas unilaterales visuales, sensoriales, totalmente reversibles, que aparecen gradualmente y están acompañados de síntomas asociados y puede cursar con cefalea o sin ella.

Los síntomas visuales, que son los que se presentan con mayor frecuencia, se pueden denominar, según sus rasgos, positivos y negativos, fotopsias, fosfenos e imágenes en forma de alfiler, en el primer caso y pérdida de la visión en el segundo. Son comunes los escotomas centellantes y el espectro de fortificación que puede o no acompañarlo, también podremos encontrar metamorfopsias, micropsia y macropsia, frecuentes en niños, diplopía y poliopía (24,25).

Entre los sensoriales tenemos la sensación de alfileres o agujas desde un punto de origen y que luego incluye un lado del cuerpo, puede localizarse en la cara o la lengua, en ocasiones se presenta entumecimiento. Además, puede haber alteraciones del lenguaje como afasia y disartria (3).

La migraña hemipléjica cursa con debilidad muscular y cefalea, la debilidad puede durar hasta semanas, mientras que otros síntomas asociados pueden dejar de estar presentes a las 72 horas.

Los síntomas premonitorios y el aura no deben confundirse, el aura tiene un inicio brusco, mientras que los síntomas premonitorios pueden presentarse hasta horas o días previos a algún ataque y son de tipo mental, psicológico o físico (26).

Migraña retiniana y oftalmopléjica:

La migraña ocular también llamada migraña oftálmica o retiniana, en ella se describe la amaurosis fugaz o presencia de escotomas monoculares de corta duración, con recuperación total y cefalea.

La migraña oftalmopléjica encierra neuralgias craneales, dolor facial y debido a una alteración de los nervios oculomotores se presenta, de forma transitoria o permanente, una oftalmoplejía que puede ser repetitiva (25).

Además de la clínica clásica y no clásica tenemos el conocido estatus migrañoso que sucede cuando los ataques duran por más de 72 horas. Este puede ser causado por sobre medicación.

1.6.2 Criterios

Hay una subdivisión de criterios según la presentación de la migraña, ya sea por aura y sin aura.

Criterios para migraña sin aura:

Clínicamente sería la presentación de 5 episodios de crisis que cumplen los siguientes criterios

- Episodios de cefalea de 4-72 horas de duración
- Cefalea con al menos 2 de estas características: localización hemicraneana, carácter pulsátil, dolor de intensidad moderada o grave, empeora o impide llevar a cabo con normalidad actividades cotidianas.
- Cefalea acompañada de al menos uno de estos síntomas: náusea y/o vómitos, fotofobia y fonofobia (3).

Además, otro criterio que puede o no estar presente es que el episodio no sea atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III (3).

La duración de las crisis puede modificarse si se trata de niños o adolescentes menores a 18 años, siendo esta entre 2 y 72 horas.

Una subdivisión de la Migraña sin aura es la Migraña pura menstrual sin aura y Migraña sin aura relacionada con la menstruación, debido a que al estar cerca de la menstruación existen modificación de los síntomas, sobre todo en su duración e intensidad, como es el caso de las náuseas intensificadas (3).

Criterios para migraña con aura

Para certeza del diagnóstico de migraña con aura se deben cumplir dos ataques que contengan las siguientes características:

- Una o más de los siguientes síntomas reversibles de aura
 - Visuales
 - Sensoriales
 - Del habla o lenguaje
 - Motor
 - De retina
 - Tronco encefálico o basilar(3).
- Al menos tres de las siguientes seis características
 - Al menos un síntoma de aura que se propague gradualmente en 5 minutos o más.
 - Dos o más síntomas de aura que ocurren seguidos
 - Cada síntoma de aura dura entre 5 y 60 minutos.
 - Al menos un síntoma de aura es unilateral
 - Al menos un síntoma de aura es positivo
 - El aura está acompañada o seguida en los siguientes 60 minutos por cefalea (3).

Al igual que en la migraña sin aura, otro criterio es que no sea atribuible a otro diagnóstico de la ICDH-III (3).

Cuando los síntomas de aura son múltiples, estos seguirían una sucesión, por ejemplo, se desarrollan síntomas visuales, luego sensoriales y luego afasia. Hay que tener en cuenta que los síntomas múltiples reversibles de aura pueden tener

una duración de hasta 60 minutos, pero los motores pueden llegar a durar 72 horas (3).

Dentro de la presentación típica de la migraña con aura no se incluye ningún síntoma motor, tronco encefálico o retiniano, y puede estar o no acompañada de cefalea.

Migraña del tronco del encéfalo

Este tipo de migraña incluye síntomas originarios del tronco encefálico, pero sin debilidad motora o síntomas retinianos. Entre estos tenemos:

- Disartria
- Vértigo
- Acúfenos
- Hipoacusia
- Diplopía
- Ataxia no atribuible a déficit sensitivo
- Disminución del nivel de conciencia, es decir Glasgow menor o igual a 13.

Para diagnosticar este tipo de migraña se deben cumplir los criterios de Migraña con aura y presentar al menos dos de los síntomas mencionados que son totalmente reversibles (3).

Migraña hemipléjica

En este tipo de migraña con aura se incluye la debilidad motora; para diagnosticarla se deben cumplir los criterios de migraña con aura y tener debilidad motora completamente reversible y síntomas visuales, sensitivos y/o del lenguaje también completamente reversibles (3).

En la variante de migraña hemipléjica familiar se diagnostica cuando se cumplen los criterios de migraña hemipléjica y adicionalmente con antecedentes de un

pariente de primer a segundo grado que ha presentado episodios de migraña hemipléjica (3).

Migraña retiniana

Se deben cumplir los criterios de migraña con aura y presentar las siguientes características:

- Aura en donde se confirma por medio de examen del campo visual o dibujo del paciente del defecto del campo ocular que presente con fenómenos visuales reversibles monoculares que pueden ser positivos o negativos como fotopsias, escotomas o amaurosis.
- Al menos dos de estos tres síntomas:
 - Progresión mayor o igual a 5 minutos del aura.
 - Síntomas con duración de 5 a 60 minutos.
 - Que se presente cefalea simultáneamente o en los siguientes 60 minutos (3).

De manera infrecuente se ha descrito pérdida visual monocular transitoria y también pérdida permanente asociada a migraña.

1.7 Pronóstico

La migraña es una enfermedad crónica que aún necesita exploración, se han realizado numerosos estudios acerca de la posible utilización de biomarcadores que tendrían uso clínico en esta patología. Existen biomarcadores tanto químicos como genéticos, se ha evidenciado el aumento del “péptido relacionado genéticamente a la calcitonina” o CGRP por sus siglas en inglés, la cual se eleva durante crisis migrañosas(27), por otra parte, se ha probado que el polimorfismo genético del gen MHTFR puede influir en el fenotipo de la migraña, lo cual ayudaría a su caracterización(28). Dentro de la terapia farmacológica ha habido grandes avances con la especificidad de estos tratamientos en la migraña, partiendo de fármacos experimentales como los ditanos, entre ellos el Lasmiditan, un agonista del receptor de serotonina 5HT que es usado en

episodios agudos de migraña, así como los triptanos, pero con la diferencia de no tener propiedades vasoactivas(29).

La cefalea, uno de los síntomas característicos de la migraña, puede entrar en remisión después de algunos años, puede recurrir en ciclos de actividad variable de cefalea o evolucionar en una cefalea crónica en un estado más refractario. Aunque no se pueda evitar el desarrollo de la migraña en pacientes con riesgo aumentado, el diagnóstico y manejo mejora a largo plazo el pronóstico (30).

CAPÍTULO 3

MATERIALES Y METODOS

3.1 Metodología

Se utilizó una base de datos, proporcionada por el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, de pacientes con migraña del área de medicina interna, neurología y otorrinolaringología durante el periodo 2017 – 2020, desde la cual se incluyeron pacientes según los criterios a continuación.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnósticos previos de migraña
- Pacientes atendidos en el HTMC durante el periodo 2017 - 2020 en las áreas de neurología, otorrinolaringología y medicina interna.
- Pacientes que presenten síntomas auditivos como: tinnitus, vértigo, pérdida neurosensorial súbita de la audición, entre otros, simultáneos con el diagnóstico de migraña.
- Pacientes que presenten síntomas neurológicos como: fotopsias, fonofobia, fotofobia, entre otros, simultáneos con el diagnóstico de migraña.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con información incompleta en la historia clínica.
- Pacientes descritos con dolores de cabeza parecidos a migraña pero que sea secundario a otro desorden o enfermedad.

3.2 Tipo de investigación

Este es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal

3.3 Técnicas e instrumentos de investigación

Computadoras, programa estadístico SPSS 22, sistema AS400 (hospitalario), impresora, papel bond y bolígrafos.

Operacionalización de variables

Nombre Variables	Definición de la variable	Tipo	RESULTADO
Sexo	Femenino Masculino	Categórica nominal dicotómica	Femenino Masculino
Edad de presentación	Años	Cuantitativa discreta	10-19 años 20-39 años 40-59 años 60-79 años >80 años
Signos neurológicos	Se entiende como síntomas neurológicos la presencia de: Fotofobia, fonofobia e irritabilidad.	Cualitativa nominal	1: Fotofobia 2: Fonofobia 3: Irritabilidad 4: Fotofobia e Irritabilidad 5: Fotofobia y Fonofobia 6: Fotofobia, Fonofobia e Irritabilidad
Signos ORL	Se entiende como síntomas otorrinolaringológicos la presencia de: Tinnitus, Vértigo, hipoacusia y otalgia	Cualitativa nominal	1: Tinnitus 2: Vértigo 3: Hipoacusia 4: Otalgia 5: Tinnitus y Vértigo 6: Otalgia e Hipoacusia 7: Tinnitus, Vértigo e Hipoacusia
Tipo de migraña		Categórica nominal dicotómica	1: Con aura 2: Sin aura
Otros Factores de riesgo	Se entiende como factores de riesgo a: HTA, Diabetes y estrés laboral	Cualitativa nominal	1: Hta 2: Diabetes 3: Estrés laboral 4: Sin Factores De Riesgo

			5: Hta + Diabetes 6: Hta + Oficio Estresante 7: Diabetes + Oficio Estresante 8: Hta+Diabetes + Oficio Estresante
--	--	--	---

3.4 Población y muestra

Pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo. El Universo que se nos proporciono fue de 1411 pacientes en el periodo 2017- 2020

La muestra reunida, posterior a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, es de 220.

3.5 Representación estadística de resultados

Análisis de la información

Se utilizó el programa estadístico de IBM, el SPSS 22, con el cual se tomó los datos filtrados y recopilados previamente de historias clínicas usando el sistema AS400, proporcionado por el hospital, en el cual se realizaron cálculos de moda, mediana, media, tablas con Chi cuadrado de Pearson para establecer significancia estadística de cada variable y gráficos tanto de barras como pastel para el entendimiento de los datos evaluados.

Resultados

Este estudio contempló un universo de 1411 pacientes proporcionados por el departamento estadístico del hospital con CIE 10: G43.0, G43.1, G43.2, G43.3, G43.8, G43.9, del cual, realizando un cálculo muestral y siguiendo criterios de inclusión y exclusión, se obtuvieron 220 pacientes mediante el análisis de

historias clínicas en sistema AS400. Dentro de la población estudiada, se pudo observar que en base a la edad de presentación de la migraña hubo una media de 48,55, la edad mínima fue de 10 años y la máxima de 90 años, a mediana en este estudio fue de 48 y la moda de 34,0 años, con una desviación estándar de 17,93. Las frecuencias se detallan en la **Tabla 1**.

EDAD		
N	Válido	220
	Perdidos	0
Media		48.55
Mediana		48
Moda		34,0a
Desviación estándar		17.9332
Mínimo		10
Máximo		90

Tabla 1: Frecuencia de presentación de la migraña

El estudio mostró que en base al sexo con mayor frecuencia se ve afectado el sexo femenino con 174 casos de los 220 en total lo que equivale al 79,09%, frente

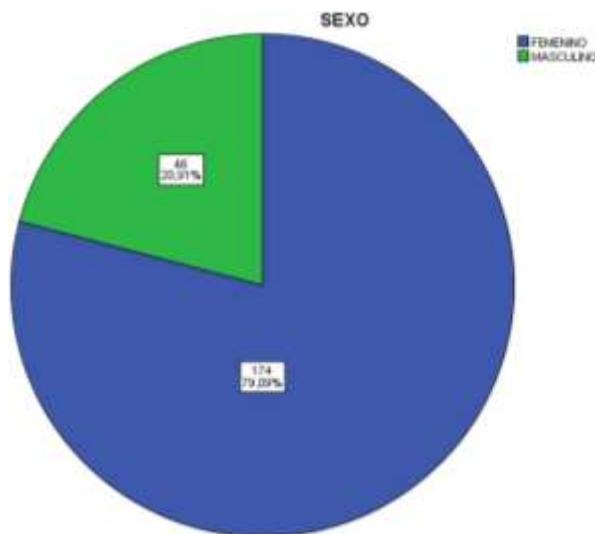


Gráfico 1: Frecuencia de la migraña de acuerdo al sexo

a 46 pacientes masculinos que corresponden al 20,91% (**Gráfico 1**). Dentro de los signos y síntomas que se tomaron en cuenta, el signo neurológico más común fue la irritabilidad seguida de la fotofobia y fonofobia. La irritabilidad presentó 100 casos de los 220, representando un 45,45%, la fotofobia tuvo 63 casos que indican un 28,64%, finalmente, la fonofobia se encontró en 46 pacientes,

indicando que un 20,91% manifestaba este síntoma. El signo otorrinolaringológico más frecuente fue el vértigo, seguido muy de lejos por tinnitus e hipoacusia. El vértigo tuvo 174 casos, representando un 79,09%, tinnitus con 17 casos, equivaliendo el 7,73% y la hipoacusia con 9 casos, con 4,09%, finalmente, la otalgia tuvo solamente 3 casos, correspondiendo al 1,36% (**Gráfico 2**). El estudio mostro que el tipo de migraña más frecuente es la migraña

sin aura, presentando 171 casos, equivalente al 77,7%. Mientras que la migraña clásica o migraña con aura, tuvo 49 casos, con un porcentaje de 22,3%. El factor de riesgo que se encontró con mayor frecuencia en este estudio fue la combinación de la hipertensión arterial y la diabetes, presentándose en 62 pacientes, significando un 28,18%. Le siguió el estrés laboral con 51 casos, representando un 23,18%. En el tercer lugar se ubicó a aquellos pacientes que no presentaban ninguno de los factores de riesgo considerados en este estudio, encontrándonos con 38 casos, equivaliendo un 17,21%. Tanto la hipertensión arterial sumada a la diabetes y el estrés laboral presentaron 25 casos con 11,36%, seguido de la combinación de diabetes y estrés laboral con 16 casos, que equivalen al 7,27%. Le sigue muy de cerca el dúo de hipertensión arterial y estrés laboral con 13 casos que representan un 5,91%.

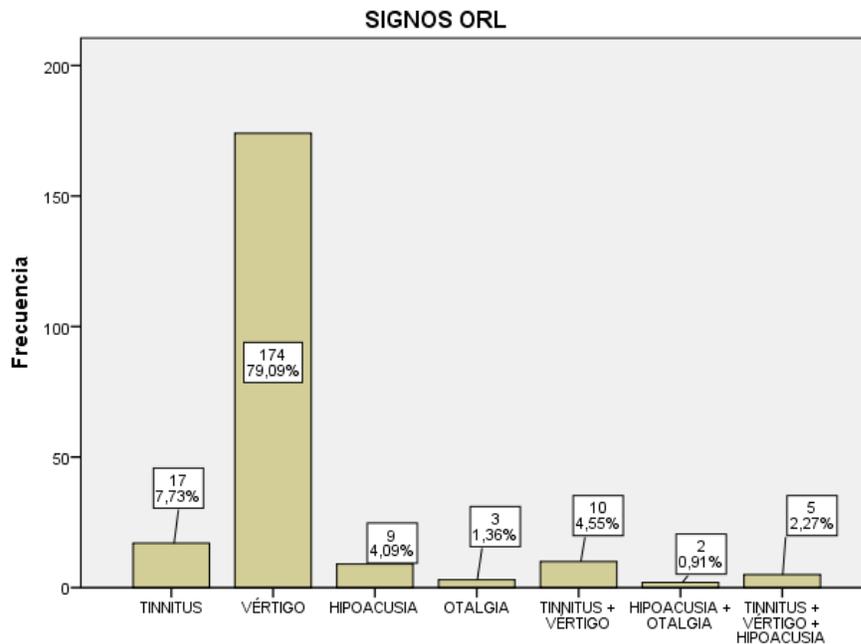


Gráfico 2: Signos Otorrinolaringológicos

En base a los datos recolectados el grupo etario que se vio afectado en mayor frecuencia por migraña fueron aquellos con edades entre 40 y 59 años, con 78 casos que porcentualmente equivale a 35,45%. Seguidos de cerca por aquellos entre los 20 a 39 años, donde se encontraron 70 casos, con un porcentaje 31,82%, el rango de 60 a 79 años mantenía un tercer lugar con 24.09% (53

casos) y la minoría se dio en los rangos de edades 10 a 19 años y mayores de 80 años con 4.09% y 4.55% respectivamente.

Se pudo evidenciar que los signos neurológicos más comunes en migraña con aura son la fotofobia con 12.27% (27 casos), seguido por irritabilidad con 6.82% (15 casos), en porcentajes menores tenemos la combinación de fotofobia y fonofobia con 1.36% (3 casos), la presentación de 3 signos fotofobia, fonofobia e irritabilidad con 0.91% (2 casos) y finalmente la fonofobia aislada con 0.45% (1 caso). Mientras que para la migraña sin aura la irritabilidad era el mayor signo con 38.64% (85 casos), seguido de fonofobia con 20.45% (45 casos), fotofobia 16.36% (36 casos), y en porcentajes mejores la combinación de fotofobia y fonofobia 1.36% (3 casos), y para las presentaciones simultáneas de fotofobia e irritabilidad, tanto como para fotofobia, fonofobia e irritabilidad equivalieron un 0.45% con un caso cada una. Valor de Chi-cuadrado de Pearson de 0, lo cual indica máxima significancia estadística (**Gráfico 3**).

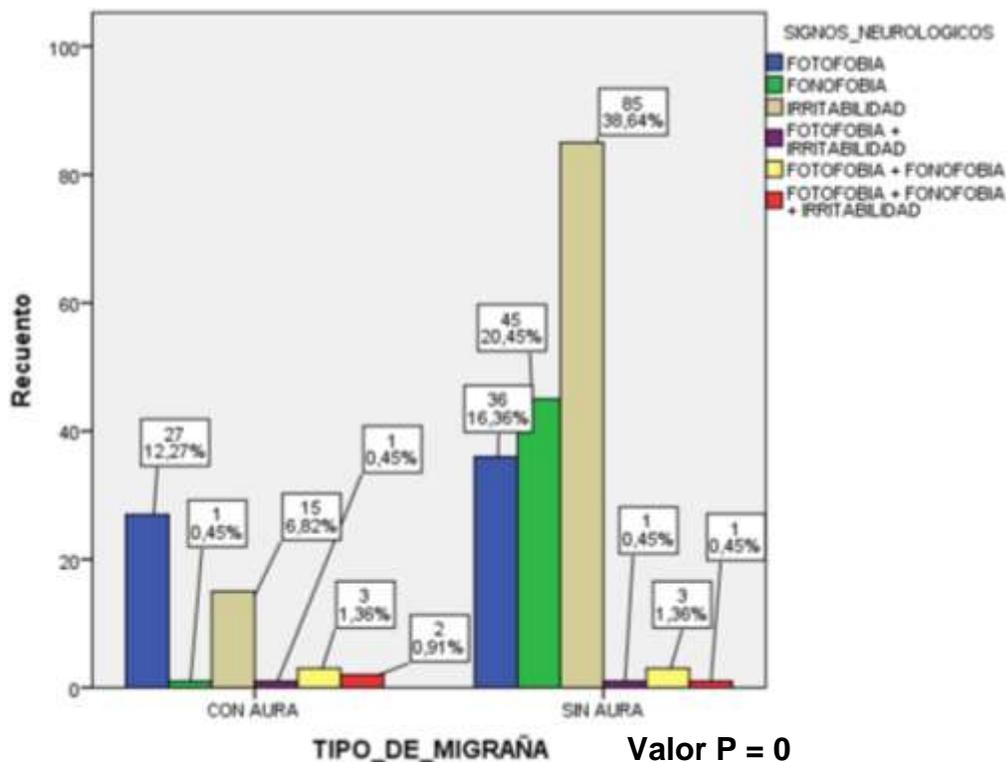


Gráfico 3: Signos neurológicos por tipo de migraña.

En los signos otorrinolaringológicos que se observaron en la migraña con aura tenemos que el vértigo se presentó en el 15% de los pacientes (33 casos), el tinnitus siendo el segundo signo más común con 4.09% (9 casos), le sigue la combinación de tinnitus y vértigo con 1.36% (3 casos) y tinnitus, vértigo e hipoacusia 0.91% (2 casos), tanto la hipoacusia como para su presentación añadida a otalgia representaron solamente 0.45% (1 caso), la otalgia aislada no se observó en ningún paciente con migraña con aura. En pacientes con migraña sin aura vemos que al igual que la migraña con aura hay predominancia del vértigo 64.09% (141 casos), seguida por tinnitus e hipoacusia con 3.64% (8 casos) respectivamente, la combinación de tinnitus y vértigo equivalió al 3.18% (7 casos), la asociación de tinnitus, vértigo e hipoacusia se presentó en el 1.36% (3 casos) así como la otalgia aislada, mientras que la combinación de hipoacusia y otalgia solo representó el 0.45% (1 caso). Prueba de Chi-cuadrado de Pearson 0.03, estadísticamente significativa (**Gráfico 4**).

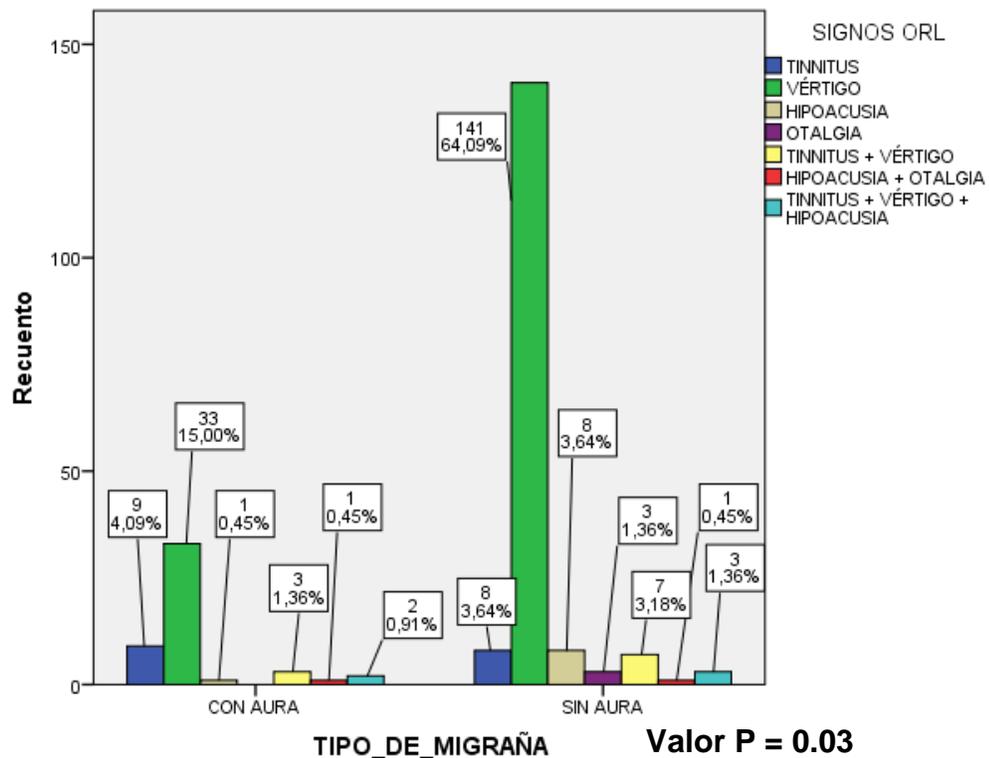


Gráfico 4: Signos otorrinolaringológicos por tipo de migraña.

3.6 Discusión de resultados

Según los datos obtenidos conforme a la edad se respeta lo que se ha visto en demás estudios antes citados con el rango de edades entre 20 y 59 años siendo los más comunes de presentación clínica de la migraña, en nuestra muestra los pacientes con migraña estaban representados en gran medida por mujeres y la edad promedio fue 48 años, lo cual es de importancia en vigilancia clínica ya que, en los resultados de un estudio de 3 metaanálisis, realizado en el 2012 por *Kurth y Diener* publicada en la revista AHA, se describió que las personas que sufren de migraña con aura tienen el doble de riesgo de padecer de algún evento cerebro vascular, y dependiendo de la frecuencia de los ataques este riesgo aumentaría, siendo la población más joven, tanto como las mujeres los más afectados (31).

Este trabajo mostró que el signo neurológico más frecuente, considerado en el estudio, fue la irritabilidad, seguido por fotofobia y fonofobia. En el estudio del 2019 de *Rueda-Sánchez*, se concluyó a la irritabilidad como uno de los principales signos a presentarse posterior a la migraña. Dicho estudio reveló que entre las características más importantes a presentarse durante los episodios de migraña fueron la fotofobia junto con fonofobia, puesto que presentaron prevalencias similares (32).

El presente estudio arrojó que el vértigo fue el síntoma otorrinolaringológico más frecuente encontrado en la población estudiada. Esto coincide con el estudio de *Schulz*, publicado en el 2018 por la Academia Americana de Otorrinolaringología, en el que también se menciona el predominio de este síntoma, así también el signo de tinnitus fue tomado en cuenta ocupando el tercer puesto en frecuencia, después del vértigo, esto es debido a cambios químicos y vasomotores que ocurren en el laberinto mientras ocurre la migraña (9). El estudio de *Haur Hwang*, realizado en el 2018, menciona la relación existente entre el vértigo y la migraña, en efecto, existía una gran tendencia de desarrollar trastornos cocleares, especialmente tinnitus, en un futuro (7).

La presente investigación también describió el tipo de migraña más común a encontrarse, siendo la migraña sin aura la que se presentó en la mayoría de casos. Lo cual es un resultado similar al obtenido en el estudio de *Navarro Pérez*, del año 2020, que tomó en cuenta diversos estudios epidemiológicos descriptivos de la migraña, recalcando que, en todos estos, la migraña más común es aquella que no presenta aura. Este mismo estudio mostró que la mayor prevalencia de casos se presentó en mujeres (17).

En este estudio, los factores asociados que se relacionaron con mayor frecuencia fueron la hipertensión arterial y diabetes en conjunto, pero muchos estudios las tratan por separados, como el de *Fernández-Concepción*, publicado en el 2003, donde menciona que la prevalencia de la hipertensión de su muestra de estudio fue significativa en comparación con la de la diabetes mellitus, donde un pobre control de este puede exacerbar la frecuencia y gravedad de la migraña (33). Si bien el estrés laboral ocupa el segundo puesto como factor de riesgo, no tiene menor importancia que el principal. Según el estudio de *González-Quintanilla et al* , realizado en 2015, menciona que el estrés laboral no debe ser ignorado, puesto que contribuye de forma negativa al desarrollo profesional, así como una posible relación entre la migraña con el síndrome del «burnout», y la presencia de un posible fenómeno adaptativo como respuesta al mismo, razón por la cual este factor pasaría desapercibido (34).

CAPÍTULO IV

4.1 CONCLUSIONES

- En base a los resultados de esta investigación podemos concluir que las mujeres con una edad promedio de 48 años, en nuestra población, tienen mayor predisposición a presentar migraña con respecto a los hombres. Distinguiéndose la migraña sin aura como la más común tanto en el sexo femenino como en el masculino.
- La prevalencia de síntomas otorrinolaringológicos desarrollados en pacientes con migraña está conformada en su gran mayoría por vértigo y tinnitus en ambos tipos de migraña, hipoacusia siendo más frecuente en migraña sin aura, por lo tanto, podemos asegurar que los pacientes con migraña tienden a desarrollar más vértigo. En contraste, la irritabilidad fue el signo neurológico más frecuente que se encontró indistintamente del tipo de migraña.
- La migraña se vio asociada a ciertos factores de riesgo como la hipertensión arterial y diabetes, además de estrés laboral. Estos factores de riesgo encontrados en el estudio, hipertensión y diabetes, se deben a la distribución de estas patologías en nuestro país, siendo así que su fisiopatología no influye en la variación de la presentación clínica de migraña.

REFERENCIAS

1. M.LOURDES MN. identificación de los factores determinantes de la sección del tratamiento analgésico en la cefalea. 2017;1–23.
2. Guerra-Jiménez G, Arenas Rodríguez A, Falcón González JC, Pérez Plasencia D, Ramos Macías Á. Epidemiology of vestibular disorders in the otoneurology unit. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2017;68(6):317–22.
3. Olesen J, Steiner TJ, Bendtsen L, Dodick D, Ducros A, Evers S, et al. The International Classification of Headache Disorders, 3rd Edition (ICHD-3) Abbreviated pocket version. 2018;(2988368):28.
4. Osorio-Bustamante D, Toro-Jiménez JC, Giraldo-Moreno N, Vargas-Henríquez LK, Machado-Alba JE, Castrillón-Spitia JD. Profilaxis en la Migraña: Descripción de la Prescripción en un Primer Nivel de Colombia. *Revista Ecuatoriana de Neurología*. 2020;29(1):18–24.
5. Infante Velázquez EJ, Del Campo YP, Pérez MDJD, Consuegra OV. Enfoque clínico-etiológico de las cefaleas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2001;17(5):483–9.
6. Schürks M, Buring JE, Kurth T. Migraine features, associated symptoms and triggers: A principal component analysis in the Women’s Health Study. *Cephalalgia*. 2011;31(7):861–9.
7. Hwang JH, Tsai SJ, Liu TC, Chen YC, Lai JT. Association of tinnitus and other cochlear disorders with a history of migraines. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018;144(8):712–7.
8. Kim SY, Kim MK, Lim JS, Kong IG, Choi HG. Migraine increases the proportion of sudden sensorineural hearing loss: A longitudinal follow-up study. *Auris Nasus Larynx*. 2019;46(3):353–9.
9. Schulz KA, Esmati E, Godley FA, Hill CL, Monfared A, Teixido M, et al. Patterns of Migraine Disease in Otolaryngology: A CHEER Network Study. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States)*. 2018;159(1):42–50.
10. Palacios Sánchez L. Breve historia de las clasificaciones de las cefaleas. *Revista Ciencia Salud [Internet]*. 2004 Jan [cited 2022 Aug 8];2(1):46–55. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v2n1/v2n1a7.pdf>

11. Silberstein SD, Upton RB, Goadsby PJ. Headache in Clinical Practice [Internet]. Routledge; 2018 [cited 2022 Aug 8]. Available from:
<https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780203752210/headache-clinical-practice-stephen-silberstein-richard-upton-peter-goadsby>
12. M.P. Navarro-Pérez, M. Marín-Gracia, E. Bellosta-Diago SSL. Epidemiología de la migraña en España y Latinoamérica. 2020.
13. Cañizares-Villalba MJ, Vásquez-Cedeño D. Enfermedades Neuro-Psiquiátricas en Atención Primaria en una Zona Rural de la Sierra Ecuatoriana en el 2018. Revista Ecuatoriana de Neurología [Internet]. 2019 [cited 2022 Aug 8];28(3). Available from:
http://revecuatneurol.com/magazine_issue_article/enfermedades-neuro-psiquiatricas-atencion-primaria-zona-rural-sierra-ecuatoriana-2018-neuro-psychiatric-diseases-primary-care-rural-area-ecuadorian-highlands-2018/
14. Molina Narvárez M de L. Identificación de los factores determinantes en la selección del tratamiento analgésico en la cefalea de inicio agudo en adultos por parte del personal médico del servicio de emergencia del hospital San Francisco de Quito, desde enero hasta junio de 2016. Repositorio Digital: Universidad Central del Ecuador [Internet]. 2017 [cited 2022 Jul 12]; Available from:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/16126/1/T-UCE-0006-CME-022P.pdf>
15. Zaleski-King A, Monfared A. Vestibular Migraine and Its Comorbidities. Otolaryngol Clin North Am. 2021;54(5):949–58.
16. Cadena P. Patrones de automedicación por migraña en pacientes atendidos en el servicio de consulta externa centro de salud n1 msp de la ciudad de Ibarra en la provincia de Imbabura en el año 2018. tesis. 2019;3:1–9.
17. Pilar Navarro-Pérez M, Marín-Gracia M, Bellosta-Diago E, Santos-Lasaosa S. Epidemiology of migraine in Spain and Latin America. Rev Neurol. 2020;71(3):110–8.
18. Emiliano MDS, Sabrina MF, Alexander MS. Actualización: Migraña vestibular. Revista Faso. 2015;75–81.
19. Solano Mora A, Ramírez Vargas X, Solano Castillo A. Actualización de la migraña Migraine update. Revista Médica Sinérgica. 2020;5(4).

20. Bartolom A, Garc F. Factores precipitantes de la crisis de migraña. 2005;31(8):347–50.
21. Buse DC, Greisman JD, Baigi K, Lipton RB. Migraine Progression: A Systematic Review. *Headache*. 2019;59(3):306–38.
22. May A, Schulte LH. Chronic migraine: Risk factors, mechanisms and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2016;12(8):455–64.
23. Deza Bringas L. La Migraña. *Acta Médica Peruana*. 2010;27(2):129–36.
24. Takeuchi Y. Actualización en migraña. *Acta Neurol Colomb*. 2008;24(3(Sup3:1)):S44-52.
25. Serrano-Calderón C. Fenómenos visuales como parte de un síndrome migrañoso. Revisión de la literatura. *MedUNAB*. 2004;192–8.
26. Federico C, Buonanotte C. Neurología Argentina Migra na. *Neurología Argentina*. 2013;5(2):94–100.
27. Ferroni P, Barbanti P, Spila A, Fratangeli F, Aurilia C, Fofi L, et al. Circulating Biomarkers in Migraine: New Opportunities for Precision Medicine. *Curr Med Chem*. 2019 Dec 12;26(34):6191–206.
28. Rainero I, Vacca A, Govone F, Gai A, Pinessi L, Rubino E. Migraine: Genetic Variants and Clinical Phenotypes. *Curr Med Chem*. 2019 Dec 12;26(34):6207–21.
29. Vécsei L, Lukács M, Tajti J, Fülöp F, Toldi J, Edvinsson L. The Therapeutic Impact of New Migraine Discoveries. *Curr Med Chem*. 2019 Dec 12;26(34):6261–81.
30. MacGregor EA. Migraine. *Ann Intern Med*. 2017 Apr 4;166(7):ITC49.
31. Kurth T, Diener HC. Migraine and stroke perspectives for stroke physicians [Internet]. Vol. 43, *Stroke*. 2012 [cited 2022 Jul 28]. p. 3421–6. Available from: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STROKEAHA.112.656603?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
32. Rueda-sánchez M. Clinical features of migraine in a general population of Colombia. *Acta Neurol Colomb*. 2009;25(2):63–74.
33. Fernández-Concepción O, Canuet-Delis L. Disability and quality of life in patients with migraine: Determining factors. *Rev Neurol*. 2003;36(12):1105–12.

34. González-Quintanilla V, Toriello-Suárez M, Gutiérrez-González S, Rojo-López A, González-Suárez A, Viadero-Cervera R, et al. Stress at work in migraine patients: Differences in attack frequency. *Neurologia*. 2015;30(2):83–9.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Torres Secaira, Joshua Wellington** con C.C: **#0928325646** y **Yáñez Escobar, Galuth del Rocío** con C.C: **#0953491966** autores del trabajo de titulación: **Caracterización clínica de pacientes con migraña en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2017 – 2020**, previo a la obtención del título de Médico en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaramos tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizamos a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes. Guayaquil, 02 de mayo de 2022.

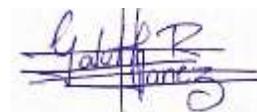
Guayaquil, 1 septiembre del 2022

EL AUTOR



f. _____
Torres Secaira, Joshua Wellington
CI: 0928325646

LA AUTORA



f. _____
Yáñez Escobar, Galuth del Rocío
CI: 0953491966

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Caracterización clínica de pacientes con migraña en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2017 – 2020.		
AUTOR(ES)	Torres Secaira, Joshua Wellington y Yáñez Escobar, Galuth del Rocío		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Ayón Genkuong Andrés Mauricio		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Medicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	01 de septiembre del 2022	No. DE PÁGINAS:	30
ÁREAS TEMÁTICAS:	Endocrinología, Medicina Interna, Enfermedades		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Signos Neurológicos, Otorrinolaringología, Vértigo, Tinnitus, Migraña Sin Aura, Hipertensión Arterial y Diabetes		
RESUMEN:	<p>Objetivo: Identificar las posibles formas de presentación sintomática de la migraña en pacientes con previo diagnóstico de esta patología, que sirva de referencia al personal de salud para un mejor manejo tanto diagnóstico como terapéutico. Métodos y Resultados: Este es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal que incluyó 220 pacientes registrados en el sistema del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2017 – 2020. Se considero sexo, edad de presentación, signos neurológicos, signos otorrinolaringológicos, el tipo de migraña y factores de riesgo asociados. La edad media de la población estudiada fue de 48 años, siendo más afectado el sexo femenino con 174 casos de los 220 en total que equivale al 79,09%. El signo neurológico más frecuente fue la irritabilidad con 100 casos (45,45%), mientras que el signo otorrinolaringológico más común fue el vértigo con 174 casos (79,09%). El tipo de migraña que se encontró mayormente fue la migraña sin aura con 171 casos (77,7%). Y el factor de riesgo que se encontró en 62 pacientes de los 220 (28,18%) fue la hipertensión arterial y la diabetes. Conclusión: El sexo femenino tiene mayor tendencia a presentar migraña, en promedio a los 48 años. El tipo de migraña más común es la migraña sin aura, independiente del sexo, en ambos tipos de migraña se pueden encontrar vértigo e irritabilidad frecuentemente. La hipertensión y la diabetes fueron factores de riesgo asociados a los pacientes, aunque no intervinieran en la forma de presentación clínica de su tipo de migraña</p>		
ADJUNTO PDF:			
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 0967584321+59093 929352	E-mail:torres.joshua@cu.ucsg.edu.ec Yanez.gatuth@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Ayón Genkuong, Andrés Mauricio		
	Teléfono: +593997572784		
	E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			