

11226

57.
2y

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO.**

**FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISION DE ESTUDIOS
DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN.**

**PENSIONES CIVILES DEL
ESTADO DE CHIHUAHUA.**

**“ EL USO DE ANALGESICOS, ERGOTAMINICOS Y OTROS
MEDICAMENTOS EN EL TRATAMIENTO DE MIGRAÑA EN
LA CONSULTA EXTERNA DE PENSIONES CIVILES DEL
ESTADO : ¿ ES CORRECTO ? ”.**

(1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995)

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

***DR. MARIO ALBERTO
HERNANDEZ RANGEL***

CHIHUAHUA, CHIH. AGOSTO DE 1999

271321



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

**FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISIÓN DE ESTUDIOS
DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN.**

**PENSIONES CIVILES DEL
ESTADO DE CHIHUAHUA.**

**“ EL USO DE ANALGESICOS, ERGOTAMÍNICOS Y
OTROS MEDICAMENTOS EN EL TRATAMIENTO DE
MIGRAÑA EN LA CONSULTA EXTERNA DE PENSIONES
CIVILES DEL ESTADO : ¿ ES CORRECTO ? ”.**

(1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995)

**TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

***DR. MARIO ALBERTO
HERNÁNDEZ RANGEL***

CHIHUAHUA, CHIH. AGOSTO DE 1998.

**“ EL USO DE ANALGÉSICOS, ERGOTAMÍNICOS Y
OTROS MEDICAMENTOS EN EL TRATAMIENTO DE
MIGRAÑA EN LA CONSULTA EXTERNA DE PENSIONES
CIVILES DEL ESTADO : ¿ ES CORRECTO ? ”.**
(1º DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995)

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,
PRESENTA:**

**DR. MARIO ALBERTO HERNÁNDEZ
RANGEL**

DR. MANUEL ACOSTA ARMENDÁRIZ.

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA.**

ASESOR:

DR. MANUEL ACOSTA ARMENDÁRIZ

**MÉDICO FAMILIAR DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGADO DE SERVICIOS MÉDICOS DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DIRECTOR DE LA CLÍNICA UMF-44 DEL I.M.S.S.**

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES

**PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS**

AUTORIZACIONES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO

LIC. MIGUEL ETZEL MALDONADO.

DIRECTOR GENERAL DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO.

DR. RENE NÚÑEZ BAUTISTA.

SUBDIRECTOR MÉDICO DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO.

“ EL USO DE ANALGÉSICOS, ERGOTAMÍNICOS Y OTROS MEDICAMENTOS EN EL TRATAMIENTO DE MIGRAÑA, EN LA CONSULTA EXTERNA DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO : ¿ ES CORRECTO ? ”.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA:

DR. MARIO ALBERTO HERNÁNDEZ RANGEL

AUTORIZACIONES:



~~DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA.~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA.
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M.

ÍNDICE

I. Marco Teórico	5.
1. Introducción	6.
2. Definición	6.
3. Clasificación	6.
4. Fisiopatología	7.
5. Cuadro Clínico	8.
5.1 Factores desencadenantes	8.
6. Tratamiento	10.
6.1 Manejo de factores desencadenantes y agravantes	10.
6.2 Tratamiento Abortivo	11.
6.3 Tratamiento Preventivo	15.
II. Planteamiento del Problema	19.
III. Justificación	21.
IV. Objetivos	24.
V. Hipótesis	26.
VI. Material y Métodos	28.
VII. Resultados	33.
VIII. Discusión	57.
IX. Conclusiones	60.
X. Recomendaciones	62.
XI. Bibliografía	64.
XII. Anexos	68.

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN.

“La Migraña, cefalea de distribución universal, que afecta del 10 al 20 % de la población mundial, es la segunda causa más frecuente de cefalalgias (después de la tensional), más frecuente en mujeres (de 2 a 3 por 1) y en un 60 a 80 % hay historia familiar.”⁽¹⁾

DEFINICIÓN.

Cefalalgia pulsátil, lateralizada y episódica, que se inicia en la adolescencia o vida adulta temprana, sorda o pulsátil, acompañada de síntomas generales, con la PARTICULARIDAD de que la cefalalgia NO tiene un padecimiento al cual pueda ser atribuible. ⁽²⁾

CLASIFICACIÓN.

Entre las formas clínicas de la migraña se encuentran :

A) MIGRAÑA CLÁSICA O TÍPICA caracterizada por la aparición de AURA (cede conforme la cefalalgia va instalándose).

B) MIGRAÑA más frecuente Y CARECE DE AURA, es el 90 % de todos los ataques, hay alteraciones de la conducta, euforia, hiperactividad, hiperorexia, que tienden a disminuir al instalarse la cefalea.

C) CEFALEA DE HORTON (HISTAMÍNICA), afecta a los varones, principalmente de 20 a 40 años y no tiene carácter familiar. ⁽³⁾

FISIOPATOLOGIA.

Se ha relacionado a ésta, con dilatación excesiva de la arteria Carótida Externa, o bien si hay presencia de focalizaciones neurológicas atribuirse a constricción de la arteria Carotida Interna. (2)

La hipótesis vascular sugiere primero una constricción de las arterias, misma que va a originar a la cefalalgia inicial y a las AURAS, estas últimas que son alteraciones focales neurológicas, son producidas por ISQUEMIA, después el mantenimiento del dolor será consecuencia de la distensión continuada de las paredes vasculares por VASO DILATACIÓN PERIFERICA.

Ambos procesos vasculares producirán una disminución del flujo a nivel CORTEZA, otra explicación implica un mecanismo neuronal, donde los cambios vasculares son fenomenos secundarios no causales, ya que un 25 % de los pacientes tienen cambios de humor y apetito (aproximadamente 24 horas antes del ataque), algunos están irritables, somnolientos, alegres o eufóricos, dichos síntomas sugieren una DISFUNCION HIPOTALAMICA que precede a la crisis. (1)

Algunos investigadores dividen a la migraña en etapas :

A) SELBY, lo hace en tres : PRODRAMOS Y AURA, CEFALEA Y FASE POSTCEFALALGICA. (1)

B) BLAU, lo hace en cinco : PRODRAMOS, AURA, CEFALEA, RESOLUCION Y POST PRODROMO. (1)

CUADRO CLÍNICO.

LA MIGRAÑA, es una cefalalgia pulsátil o sorda, episódica, lateralizada, generalmente de inicio en la adolescencia o vida adulta temprana, cefalea que produce por su intensidad y duración, síntomas generales como hiporexia, náuseas, vómitos, fotofobia, visión borrosa, ataques que pueden ser graduales y persistir durante varias horas.

Algunas veces van acompañadas de focalizaciones neurológicas, puede haber presencia de escotomas, fotopsia, afasia, lipotimias, astenia y adinamia. (2)

En un 25 % de los pacientes, éstos presentan cambios de humor y apetito (aproximadamente 24 horas antes del ataque) pudiendo haber irritabilidad, somnolencia, euforia. (1)

En cuanto a los disturbios visuales reportados usualmente son transitorios, pero pueden algunas veces ser permanentes (descartando que la pérdida visual sea producida por otros motivos), pero generalmente estos cambios son graduales pudiendo persistir unas horas, en otros casos menos numerosos pueden persistir hasta por siete días, pero AUN ASÍ, deberá haber recuperación visual al controlar completamente el cuadro original de la cefalalgia (4)

FACTORES DESENCADENANTES.

La identificación y el manejo de los factores desencadenantes constituyen la primera etapa de las tres, en que se divide el tratamiento de la migraña.

Se considera que en un 70 % de los casos, el paciente reconoce alguna situación que provocaran las crisis, por lo que es importante la identificación de estos factores, ya que se podría evitar la aparición de un episodio y disminuir o evitar a sí mismo la sobre utilización de fármacos antimigrañosos.

FACTORES COMO :

- Estrés
- Ansiedad
- Menstruación
- Anticonceptivos Orales (En Migrañas Sin Aura No Están Contraindicados).
- Estimulos Sensoriales Intensos (Luz, Ruido Y Olores).
- Ejercicio Físico
- Fatiga
- Insomnio Y Somnolencia
- Ayuno
- Tabaco
- Alimentos Como : Queso, Yogourt, Judías, Nueces. Mariscos, Chocolate, Citricos, Platano, Habas.
- Cambios Ambientales, Humedad.
- Cambios De Altura, Viajes.
- Farmacos, Abuso De Analgesicos, Reserpina.
- Factores Agravantes, Como La Hipertension Arterial, Ansiedad Y Depresión. (5)

TRATAMIENTO.

El tratamiento se divide en tres etapas :

I. Manejo de factores desencadenantes y agravantes.

II. Tratamiento abortivo.

III. Tratamiento preventivo.

I) MANEJO DE FACTORES DESENCADENANTES Y AGRAVANTES.

Por el gran porcentaje en que se reconoce a alguna situación que provocará la crisis, este punto se considera BÁSICO en el tratamiento de la migraña.

Si se concientiza al paciente del aspecto primordial que es conocer, evitar y controlar estos factores, el mismo estará contribuyendo en gran medida con su tratamiento, tanto en la disminución de la frecuencia de nuevos episodios como en la disminución del consumo de fármacos. (5)

II) TRATAMIENTO ABORTIVO.

El siguiente paso dentro del tratamiento será tratar la crisis aguda llamado también tratamiento abortivo, el cual está encaminado a DISMINUIR SU INTENSIDAD Y DURACIÓN, controlando el DOLOR y los síntomas concomitantes. (6)

La migraña asociada con mareos y vértigos a sido investigada, el medicamento empleado deberá tener la habilidad para mejorar tanto a estos síntomas como directamente eficacia para mejorar la cefalalgia, proporcionando también un tratamiento específico a desordenes vestibulares asociados con migraña (incluyendo a la Enfermedad de Meniere), es decir que la terapia antimigrañosa adecuada, puede ofrecer tratamiento específico a pacientes que sufren del espectro de desordenes vestibulares asociados con migraña. (7)

Los fármacos utilizados en esta etapa del tratamiento los describiremos por grupos :

1) ANALGESICOS SIMPLES

Son utilizados principalmente :

Acido Acetil Salicilico de .5 a 1 gr. a cada 8 horas, orales.

Paracetamol de .5 a 1 gr. de 4 a cada 8 horas oral o rectal. (8)

2) AINE (s)

Naproxen. De 250 a 750 mg. orales cada 6 horas, sin pasar de 1,650 mg./dia, tiene la inconveniencia de provocar alteraciones secundarias gastrointestinales, cefalea, erupciones, retención hidrosalina.

Ibuprofeno. De 400 mg. de 4 a cada 6 horas orales, con raros efectos adversos. (9)

3) ANTIHEMETICOS

En caso de náuseas y vómitos durante la crisis, se asocian al analgésico escogido.

Metoclopramida (10 mg.), Domperidona (30 mg.), administrados unos 15 minutos antes del analgésico. (7)

4) ERGOTAMINICOS

Grupo de fármacos, vasoconstrictores, que podemos utilizar cuando los analgésicos no resolvieron la crisis aguda, de absorción limitada y errática, con efectos vasoconstrictores excesivos e imprevisibles, con efectos colaterales importantes como : náuseas, frialdad de extremidades, prurito, calambres, rara vez gangrena periférica, su uso excesivo provoca ADICCIÓN, TOLERANCIA Y ERGOTISMO (efecto de rebote, agravando la crisis original).

Están contraindicados en : VASCULOPATIAS (periférica, cerebral y coronaria), CARDIOPATIA ISQUEMICA, INSUFICIENCIA HEPÁTICA O RENAL, HIPOTIROIDISMO, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EMBARAZO, no se deben asociar a : beta bloqueadores por riesgo de ISQUEMIA PERIFERICA GRAVE. (10), (11).

Tartrato de Ergotamina. De 1 a 2 mg. orales; 2 mg. por vía rectal, pudiendo repetir cada hora 6 mg. por día o 12 mg. a la semana. (10)

Dihidroergotamina. De .5 a 1 mg., repetir cada 30 a 60 minutos, hasta 6 mg. por día o 12 mg. por semana. (11)

5) ESTEROIDES

Principalmente se deben de usar en crisis migrañosas que duren mas de tres días:

Prednisolona. De 40 a 80 mg. IM.

Dexametasona. De 8 a 12 mg. IM. (6)

6) SUMATRIPTAN

Farmaco relacionado estructuralmente con la SEROTONINA (5-hidroxitriptamina) la cual está ligada a la etiología de la migraña tanto a nivel Periférico como Central, por acción sobre vasos sanguíneos y por modulación del dolor respectivamente.

Medicamento agonista selectivo de receptores SEROTONINERGICOS (5-HT_{1D}), su efecto antimigrañoso es por estimulación de estos receptores, disminuyendo la liberación de Neuropeptidos y otros mediadores de la inflamación neurogénica, también provoca una contracción selectiva de los vasos sanguíneos cerebrales inflamados durante el ataque de migraña.

Puede revertir del 50 al 79 % de las crisis, y puede producir en el 38 % de los pacientes sensación de calor y parestecias de cabeza y pecho, náuseas y vómito, y reacción local en el sitio de aplicación.

La vía subcutánea es a nivel del Deltoides o muslo a dosis de 6 mg. y preferentemente al inicio de los síntomas.

Puede administrarse de nuevo 1 hora después de la primera dosis. El máximo diario es de 12 mg., se absorbe rápidamente y alcanza concentraciones plasmáticas máximas en 15 a 20 minutos. Su biodisponibilidad es del 96 % y se elimina principalmente a través de orina y menos en heces.

La vía oral ; Dosis de 100 mg. al inicio de los síntomas, pudiendose administrar si es necesario hasta dos dosis adicionales de 100 mg. durante un período de 24 horas sin sobrepasar de 300 mg. diarios, alcanza niveles plasmáticos en 90 minutos, su biodisponibilidad solo es del 14 %, se metaboliza en Hígado, se elimina en orina en un 57 % y heces en un 38 %.

En ambas vías la vida media es de 24 horas, el 40 % de los pacientes tratados con una dosis simple, padecen recurrencia de las 24 a 48 horas siguientes a la administración, por dos motivos :

- 1) La larga duración de muchos ataques.
- 2) La corta vida media del medicamento.

Sus efectos adversos son leves, transitorios y remiten sin tratamiento. (12), (13)

III) TRATAMIENTO PREVENTIVO.

Constituye la tercera etapa dentro del tratamiento de la migraña, este manejo se establece en base a la frecuencia de las crisis, se acepta que con DOS A TRES CRISIS AL MES, el paciente amerita tratamiento preventivo. (6)

La mayoría de los medicamentos preventivos para migraña fueron diseñados para tratar otros padecimientos (ejemplo: Propanolol para la hipertensión arterial; Valproato para epilepsia, etc.), éstos medicamentos usualmente se pueden administrar diariamente por meses o años, pudiendo ser el tratamiento episódico, subagudo o crónico.

Los medicamentos pueden ser divididos en dos categorías mayores:

1) Alternativas de alta eficacia con :

- ⇒Beta bloqueadores.
- ⇒Antidepresivos Tricíclicos.
- ⇒Divalproex.

Y de baja eficacia con inhibidores de receptores específicos de Serotonina, Calcio antagonistas, AINE (s).

2) Y una segunda línea de alta eficacia con Methysergide e inhibidores de la monoaminaoxidasa. (14)

- ⇒Betabloqueadores (Principalmente Propanolol Y Atenolol).
- ⇒Calcio Antagonistas (Flunarizina, Verapamil, Nifedipina, Etc.).
- ⇒Aine (S) (Principalmente Naproxen).
- ⇒Antidepresivos (Amitriptilina, Fluoxetina).
- ⇒Antiheméticos (Metoclopramida).
- ⇒Ansiolíticos (Benzodiazepinas) (15)

LOS BETABLOQUEADORES.

Hasta 1991, el único agente aprobado por la Food and Drug Administration, en uso para profilaxis de migraña era el propranolol, cuyo mecanismo de acción es múltiple:

- 1) Bloquea receptores Beta impidiendo dilatación arterial.
- 2) Bloquea agregación plaquetaria inducida por catecolaminas.
- 3) Disminuye adhesividad plaquetaria.
- 4) Impide elevación de factores de coagulación durante la elevación de adrenalina.
- 5) Desvía la curva de disociación O₂-H₆ y favorece la liberación de O₂ hacia los tejidos.
- 6) Inhibe la secreción de Renina.
- 7) Bloquea la lipólisis inducida por catecolaminas, produciendo un decremento del Ácido Araquidónico (precursor de prostaglandinas), explicando ésto la inhibición plaquetaria.

DOSIS. De 20 a 40 mg./4 veces al día.

CONTRAINDICACIONES :

- 1) Asma
- 2) Neumopatía Obstructiva
- 3) Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- 4) Alteraciones De Conducción A-V
- 5) Tratamientos Con Insulina O Hipoglucemiantes
- 6) Tratamientos Con Inhibidores De La Mono Oxidasa ^{(9), (16)}

LOS CALCIO ANTAGONISTAS

El calcio juega importante papel en varias funciones celulares, necesiándose para la contracción del músculo liso vascular y cardíaco y para eventos excitatorios de despolarización de membrana y eventos mecánicos de acortamiento muscular.

Fisiológicamente en el músculo liso vascular, un aumento del calcio citosólico regula la contracción al unírsele una proteína (calmodulina), éste complejo en presencia de AMP, activa la enzima Cinasa de Miosina, la cual fosforila una cadena ligera de Miosina, al activarse ésta cadena hay interacción Actina-Miosina e inicia la contracción muscular y la constricción vascular, por lo que las sustancias que bloquean la entrada del calcio, disminuyen el ingreso de este a la fibra muscular, bloqueándose esta cadena de acontecimientos, el musculo liso arteriolar es el más sensible a la acción de dichos bloqueadores, más que el sistema venoso, por lo que deben considerarse sobre todo dilatadores arteriulares, ejemplo:

- 1) Verapamil (360 mg./día)
- 2) Flunarizina (dosis nocturna de 10 mg. para evitar efectos adversos matutinos).
- 3) Nifedipina (mejor tolerado pero menos eficaz).

Estos fármacos inhiben el vaso espasmo arterial y bloquean la liberación y agregación plaquetaria de SEROTONINA, su eficacia es magnífica por sus efectos sobre neurotransmisores y bloqueo de neuroreceptores. (9)

De los calcioantagonistas el más eficaz es el Verapamil por las siguientes razones :

- 1) Efecto sobre dilatación arterial
- 2) Liberación de Nor Adrenalina
- 3) Efectos sobre receptores de Dopamina
- 4) Liberación de Serotonina en encéfalo
- 5) Por su función plaquetaria

(17)

OTROS MEDICAMENTOS PROFILÁCTICOS

⇒ Aine (s) :

Principalmente : NAPROXEN (550 mg./2 veces al día)

FENOPROFEN y el KETOPROFEN, usados principalmente en migraña menstrual (3 días antes de ella e inclusive durante el período transmenstrual. (9), (16)

⇒ Antidepresivos Triciclicos.

⇒ Ácido Valproico : En niños epilépticos.

⇒ Antagonistas Serotoninicos en niños, principalmente la Ciproheptadina, antagonistas de histamina y de receptores muscarinicos colinergicos. (9), (16)

La mayor o menor utilización de agentes profilácticos, esta dada por la mayor o menor frecuencia de crisis migrañosa.

Ellos basan su trabajo a través de 4 mecanismos principales :

- 1) Antagonistas 5HT₂
- 2) Modulación de la extravasación de proteínas plasmáticas.
- 3) Modulación de los mecanismos de control de Central aminérgica.
- 4) Estabilizando membranas a través de acciones de canales sensitivos de voltaje.

En resumen se establecería una red de hallazgos:

Calcio--Canal--Bloqueadores--Fármacos.

Migraña--Prevención--Control.

Migraña--Droga--Terapia.

Serotonina--Antagonistas--Fármacos.

(18)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Migraña, es considerada una patología de naturaleza y distribución UNIVERSAL, CRÓNICA y RECIDIVANTE, que no respeta SEXO (aunque esta comprobado tanto por la literatura como en la práctica su preferencia por el sexo femenino), OCUPACION y EDAD.

El control de dicha enfermedad, se fundamenta en la adecuada atención del paciente, primeramente con un oportuno diagnóstico, y posteriormente con un manejo farmacológico apoyado científicamente en la literatura médica correspondiente, identificando primeramente al padecimiento, así como la etapa en que se encuentra, para poder escoger el tratamiento adecuado.

En Pensiones Civiles del Estado el derechohabiente no acude a consulta con un médico en específico, ya que la misma naturaleza de la Institución, propicia que el paciente pueda acudir a diversos médicos, lo que pudiera favorecer una diversidad de criterios médicos para el manejo de la migraña. Esto podría provocar un retraso a la resolución de la patología en mención e impactar de paso en la economía de nuestra Institución.

De lo anterior deriva el siguiente cuestionamiento :

¿ SON LOS ERGOTAMINICOS, ANALGESICOS Y OTROS MEDICAMENTOS EMPLEADOS EN MIGRAÑA, MANEJADOS ADECUADAMENTE EN EL TRATAMIENTO DE DICHO PADECIMIENTO EN LA CONSULTA EXTERNA DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO POR LOS MEDICOS DE PRIMER NIVEL ?.

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN :

Como ya se mencionó en el capítulo del Marco Teórico, la Migraña es uno de los padecimientos más frecuentes, de una distribución universal, que afecta del 10 al 20 % de la población mundial, siendo la causa más frecuente de cefalalgia (después de la tencional).

Otro factor importante es que en Pensiones Civiles del Estado, el paciente no lleva el seguimiento de sus enfermedades por un mismo médico, habiendo diversidad de criterios para la prescripción de sus medicamentos, fomentandose un uso incorrecto de ellos, de esta forma incrementarse el presupuesto al no seguir un criterio uniforme, científicamente apoyado en el manejo de la Migraña.

El conocer y cuestionar la forma de prescripción de estos medicamentos, nos permitirá mejorar la calidad de dicha prescripción por parte de los médicos de primer nivel y fomentaremos el uso racional y correcto de ellos, a fin de poder disminuir : tanto los efectos ADVERSOS como las EROGACIONES económicas extraordinarias que se estan presentando.

De estarse prescribiendo mal, será una área de oportunidad para proporcionar a los médicos una capacitación a través de educación médica continua y así como el establecimiento de protocolos de tratamiento.

A continuación se detallan las cantidades tanto en número de piezas originales así como la derrama económica que representa para la Institución la prescripción de estos medicamentos.

Investigando en la computadora de la farmacia de la Institución se obtuvieron las siguientes cantidades durante los primeros 4 meses de 1996.

MEDICAMENTO	PIEZAS MENSUALES	MONTO \$ MENSUAL
CAFERGOT	99	2,654
SANDOMIGRAN	171	6,092
MIGRISTENE	138	955
TONOPAN	1,446	25,376
SIDOLYL	748	15,077
FASOLAN	307	16,195
TOTAL	2,909	\$ 66,280

DADO EL DISPARO DE PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS, PARA PODER VALORAR EL IMPACTO ECONÓMICO, SE CONSIDERARON LOS COSTOS ACTUALES.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Conocer la forma de prescripción de analgésicos y ergotaminicos en el tratamiento de la Migraña por parte de los médicos de primer nivel de la consulta externa de Pensiones Civiles del Estado.

OBJETIVO ESPECÍFICO.

1. Conocer los diferentes medicamentos usados en el manejo de Migraña así como su posología en los derechohabientes de Pensiones Civiles del Estado.
2. Conocer si el médico prescribe asociaciones entre dichos medicamentos.
3. Conocer la distribución de la Migraña por sexo, edad y ocupación de los derechohabientes que la presentaron.

HIPÓTESIS

HIPOTESIS :

NO REQUIERE POR SER UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó un estudio :

RETROESPECTIVO.

DESCRIPTIVO.

TRANSVERSAL

OBSERVACIONAL.

LUGAR : Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua.

PERIODO : Del 1ero. de Enero al 31 de Diciembre de 1995.

UNIVERSO DE TRABAJO : 90,014 expedientes.

Los pacientes de se agruparon de la siguiente manera:

- a) Por grupos de edad
- b) Por sexo
- c) Por ocupación
- d) Por medicamentos usados

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Ser derechohabientes de Pensiones Civiles del Estado.
- Edad : mayores de 15 años.
- Ambos sexos.
- Pacientes con diagnóstico de migraña a los que se les prescribieron analgésicos y ergotaminicos, que asistan a Consulta Externa de primer nivel en el período de 1ero. de enero al 31 de diciembre de 1995.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- No ser derechohabientes de Pensiones Civiles del Estado.
- Edad : menor de 15 años.
- Tener diagnóstico de Migraña pero que no se le hayan prescrito analgésicos y ergotaminicos.

CAMPO DE TRABAJO : 677 expedientes.

CAMPO DE ESTUDIO : 106 expedientes.

DISEÑO DE LA MUESTRA: No aleatoria, no estratificada, muestra tomada al azar.

Se tomaron en cuenta los pacientes que acudieron al servicio de consulta externa en el período comprendido del 1ero. de enero al 31 de diciembre de 1995 y que fueron diagnosticados con migraña, obteniéndose un total de 677 expedientes.

VARIABLES :

- Independientes : La migraña, edad, sexo, ocupación
- Dependientes : El tratamiento médico (analgésicos y ergotaminicos), las dosis, tiempo y tipo de prescripción (primera vez y subsecuente).

MÉTODOS Y MEDICIONES:

Para el procesamiento estadístico de datos de este trabajo de tesis se utilizó el SPSS for MS-WINDOWS versión 5.0 (Statistical Package for Social Science), para lo cual se elaboró un diccionario de datos requerido en la construcción de la estructura de la base de datos que contiene los registros de los datos de : Número de filiación, edad, sexo, ocupación, medicamento, vía de administración, dosis y prescripción, recopilados de 106 expedientes clínicos de Pensiones Civiles del Estado.

Una vez capturados en el SPSS los 106 registros, se elaboraron las tablas de distribución de frecuencias y se obtuvieron las medidas de dispersión y tendencia central para cada una de las variables del estudio. Estos resultados se utilizaron para construir las siguientes gráficas.

PRESENTACION DE DATOS :

1. Pirámide poblacional. representa la distribución de la migraña por sexo y grupos etáreos.
2. Incidencia de migraña. Representa el número de casos del padecimiento en mujeres y hombres.
3. Incidencia de migraña por ocupación. Representa la distribución porcentual del padecimiento de acuerdo a la ocupación del paciente.
4. Frecuencia de medicamentos más usados. Representa la distribución porcentual del uso de medicamentos antimigrañosos.
5. Frecuencia de medicamentos usados como tratamiento único. Las veces en los que cada medicamento antimigrañoso fué usado solo.
6. Frecuencia de medicamentos asociados a otro medicamento antimigrañoso. Veces en que cada medicamento antimigrañoso se usó en combinación con otro.

7. Frecuencia de medicamentos asociados a otros dos medicamentos. Veces en que cada medicamento antimigrañoso se utilizó como tratamiento junto con otros dos antimigrañosos.

8. Prescripción. Frecuencia en que los tratamientos con uno, dos o tres medicamentos antimigrañosos fueron utilizados por primera vez o en forma subsecuente.

8.1 Prescripción. Número de veces que se aplica un tratamiento por primera vez o subsecuente usando uno, dos o tres medicamentos antimigrañosos.

9. Distribución de frecuencias de la aplicación de diferentes dosis para cada uno de los medicamentos antimigrañosos utilizados como tratamiento.

RESULTADOS

RESULTADOS.

El universo de trabajo del estudio fue de 90,014 expedientes, de los cuales 677 (.75%) fue el campo de trabajo y de este último 106 expedientes (15.6 %) fue el campo de estudio.

DISTRIBUCIÓN DE LA MIGRAÑA POR SEXO Y GRUPOS ETAREOS.

En relación a la edad y al sexo se encontraron los siguientes datos:

- 1) Edades comprendidas entre los 15 a 75 años.
- 2) Predominio del sexo femenino
- 3) El grupo III (25 a 29 años) fue el más afectado con 22 pacientes (20.8%), seguido de los grupos VI (40 a 44 años) y el VII (45 a 49 años) con 14 pacientes, cada uno un 13.2% respectivamente.
- 4) Los grupos menos afectados, fueron el XI (65 a 69 años) y el XII (70 a 75 años).
- 5) En cuanto al sexo, se aprecia un notorio predominio del sexo femenino con 84 pacientes y sólo 22 masculinos, siendo el grupo más dominante el III con 19 mujeres contra sólo 3 masculinos, seguidos del grupo VI con 12 mujeres y 2 hombres y el VII con 11 femeninos y 3 hombres.

Con solo ambos con un paciente y 0.9%, ambos masculinos.

Ver cuadro y gráfica 1.

INCIDENCIA POR SEXO

Se aprecia notorio predominio de sexo femenino con 84 pacientes contra 22 hombres, que corresponden a 79% y 21% respectivamente.

Ver cuadro y gráfica 2.

INCIDENCIA POR OCUPACION

Se investigó las ocupaciones y profesiones más frecuentes desarrolladas por los pacientes estudiados:

- 1) La mayor incidencia se encontró en maestros con 30 casos (28%).
- 2) Posteriormente amas de casa con 28 casos (26%).
- 3) Empleados diversos incluyendo trabajadores manuales 25 casos (24%).
- 4) Estudiantes 10 casos (9%).
- 5) Jubilados 7 casos (7%).
- 6) Profesionistas (enfermeras, médicos, abogados), sólo 6 casos (6%).

Ver cuadro y gráfica 3.

TRATAMIENTO

En el cuadro y gráfica 4, se observa los medicamentos más usados en forma general sin importar si se utilizaron solos, o asociados a otros medicamentos o si fueron utilizados por primera vez o en forma subsecuente, siendo además amenos:

- 1) Tonopan, utilizado 50 ocasiones (30.9%).
- 2) Sydolil, utilizado 46 ocasiones (28.4%).
- 3) Fosolan, utilizado 18 ocasiones (11%).
- 4) Inderallice, utilizado 12 ocasiones (7.4%).
- 5) Menos usados fueron: migristene, sandomigran, dolac, neo-melubrina, ponstan 500, cafergot y tempra, representando todos un 18% de veces usados.

6) Por último el tofranil, tegretol, sibeliym, naproxen, diclofenaco, darvón compuesto, representaron un 3.6% de utilización.

En el cuadro y gráfica 5 se aprecian los medicamentos utilizados, pero ya especificando que fueron utilizados como tratamiento único, siendo el tonopan el más prescrito en 33 ocasiones (53.2%) seguido del sydolil en 19 ocasiones (30.6%).

En el cuadro y gráfica 6, podemos apreciar la frecuencia y porcentaje de la asociación de un antimigrañoso con otro antimigrañoso, siendo el Sydolil el medicamento que más veces se asoció a otro antimigrañoso en una frecuencia de veintiún ocasiones (30.9%), seguido por el Fasolan en 13 ocasiones (19.1%) y posteriormente el Tonopan en 12 ocasiones (17.6%).

En la gráfica 7, vemos que también hubo asociación de un antimigrañoso con otros dos, siendo el Tonopan el medicamento que más ocasiones se asoció a otros dos, siendo en 5 ocasiones (32%), seguido el Sydolil en 4 (20%).

En el cuadro 8 y gráficas 8 y 8.1, vemos que los antimigrañosos (solos y asociados) fueron utilizados de primera vez y subsecuentemente de la siguiente manera:

a) Cuando se utilizó un sólo medicamento, por primera vez se hizo en 17 ocasiones (27.4%) y en forma subsecuente se realizó en 45 ocasiones (72.6%), éste porcentaje es del total de las veces que se utilizó un solo antimigrañoso (62) (cuadro y gráfica 5).

b) La asociación entre dos antimigrañosos se utilizó de primera vez en 35 ocasiones (51.5%) y subsecuentemente en 33 ocasiones (48.5%). Con respecto al total de la asociación entre dos antimigrañosos (68) (cuadro y gráfica 6).

c) La asociación entre 3 antimigrañosos se utilizó por primera vez en 10 ocasiones (41.7%) y en forma subsecuente en 14 ocasiones (58.3%), con respecto al total de la asociación entre 3 antimigrañosos (24) (gráfica 7).

DÓISIS

En el cuadro 9 y gráfica 9 y 9.1, se aprecia que se utilizaron diferentes dosis para un mismo medicamento, ejemplo:

1) Tonopan el cual se utilizó en forma general en 50 ocasiones (cuadro y gráfica 4), se prescribió: 18 ocasiones cada 6 horas; 24 ocasiones cada 8 horas; 5 ocasiones cada 12 horas y 3 ocasiones PRN.

2) Sydolil el cual se utilizó en forma general en 46 ocasiones, se prescribió 3 ocasiones cada 6 horas; 6 ocasiones cada 8 horas; 25 ocasiones cada 12 horas; 1 ocasión cada 24 horas y 11 ocasiones PRN.

3) Fasolan el cual se utilizó en forma general en 18 ocasiones, se prescribió 3 ocasiones cada 8 horas; en 2 ocasiones cada 12 horas; en 12 ocasiones cada 24 horas y en 1 ocasión PRN.

4) El Inderalice 40 el cual se utilizó en forma general en 12 ocasiones, se prescribió en 1 ocasión cada 8 horas; en 7 ocasiones cada 12 horas y en 4 ocasiones cada 24 horas.

5) En el resto de los medicamentos, también se utilizaron diferentes dosis para un sólo medicamento.

A) MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención

Pensiones Civiles del Estado

(1 de enero al 31 de diciembre de 1995)

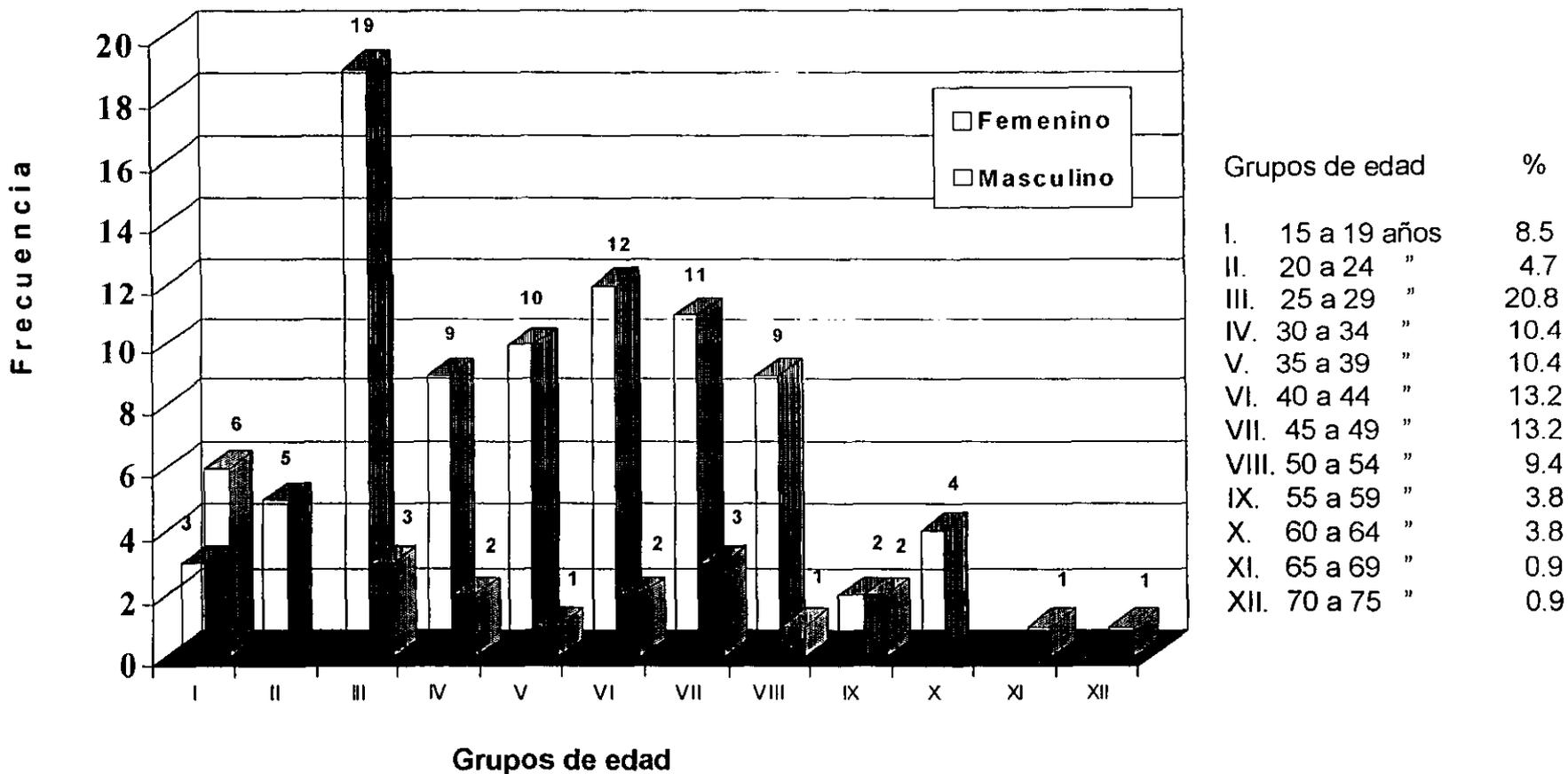
Cuadro 1. Piramide poblacional (por sexo)

Grupos de edad	%	Frec.	Femenino	Masculino
I. 15 a 19 años	8.5	9	3	6
II. 20 a 24 "	4.7	5	5	
III. 25 a 29 "	20.8	22	19	3
IV. 30 a 34 "	10.4	11	9	2
V. 35 a 39 "	10.4	11	10	1
VI. 40 a 44 "	13.2	14	12	2
VII. 45 a 49 "	13.2	14	11	3
VIII. 50 a 54 "	9.4	10	9	1
IX. 55 a 59 "	3.8	4	2	2
X. 60 a 64 "	3.8	4	4	
XI. 65 a 69 "	0.9	1		1
XII. 70 a 75 "	0.9	1		1
TOTAL	100.0	106	84	22

MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención
Pensiones Civiles del Estado
(1 de Enero al 31 de Diciembre de 1995)

Gráfica 1. Pirámide poblacional (por sexo)



Fuente: Archivo de Pensiones Civiles del Estado,
Chihuahua, Chih., México

B) MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención

Pensiones Civiles del Estado

(1 de enero al 31 de diciembre de 1995)

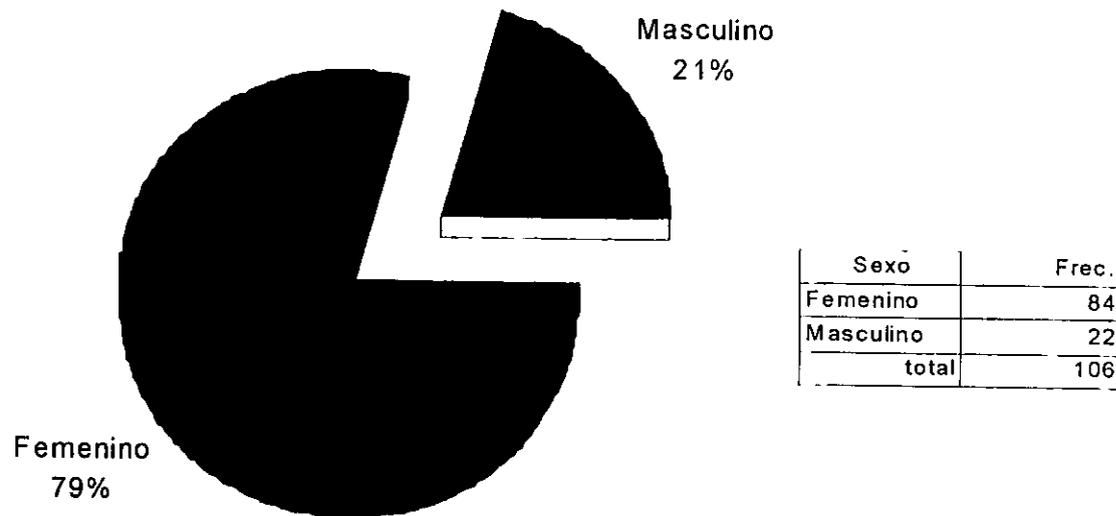
Cuadro 2. Incidencia de la migraña (por sexo)

Sexo	Frec.	%
Femenino	84	79%
Masculino	22	21%
TOTAL	106	100%

MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención
Pensiones Civiles del Estado
(1 de Enero al 31 de Diciembre de 1995)

Gráfica 2. Incidencia de la migraña (por sexo)



Fuente: Archivo de Pensiones Civiles del Estado,
Chihuahua, Chih., México

C) MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención

Pensiones Civiles del Estado

(1 de enero al 31 de diciembre de 1995)

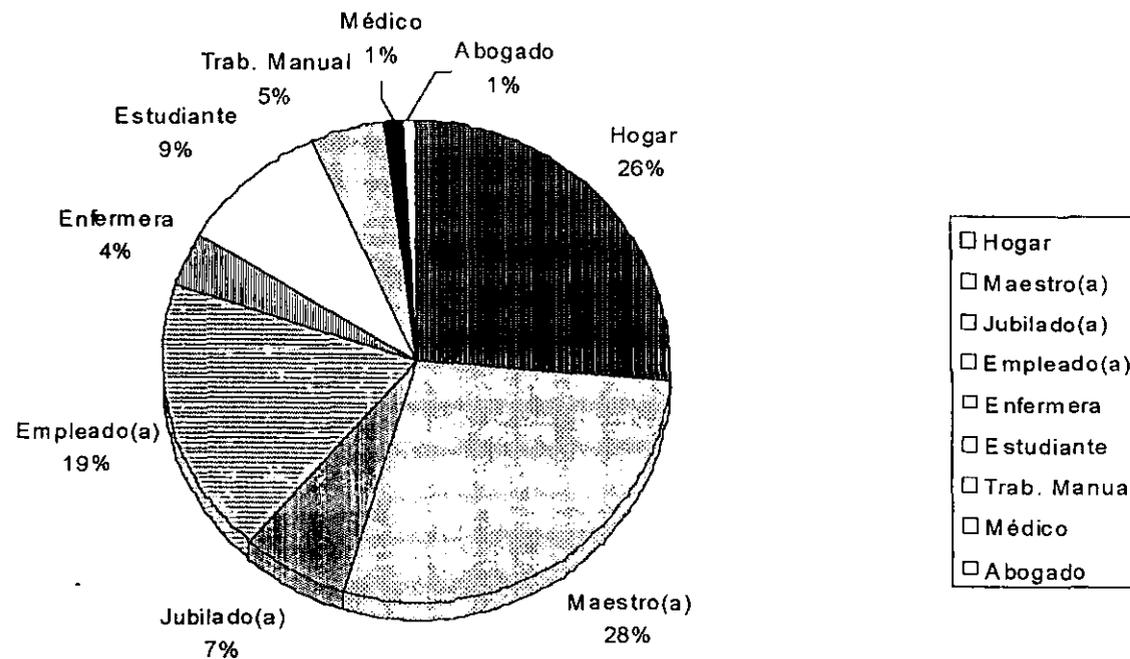
Cuadro 3. Incidencia de la migraña por ocupación

Ocupación	Frec.	%
Hogar	28	26%
Maestro(a)	30	28%
Jubilado(a)	7	7%
Empleado(A)	20	19%
Enfermera	4	4%
Estudiante	10	9%
Trab. Manual	5	5%
Médico	1	1%
Abogado	1	1%
TOTAL	106	100%

MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención
Pensiones Civiles del Estado
(1 de Enero al 31 de Diciembre de 1995)

Gráfica 3. Incidencia de la migraña por ocupación



Fuente: Archivo de Pensiones Civiles del Estado,
Chihuahua, Chih., México

D) MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención

Pensiones Civiles del Estado

(1 de enero al 31 de diciembre de 1995)

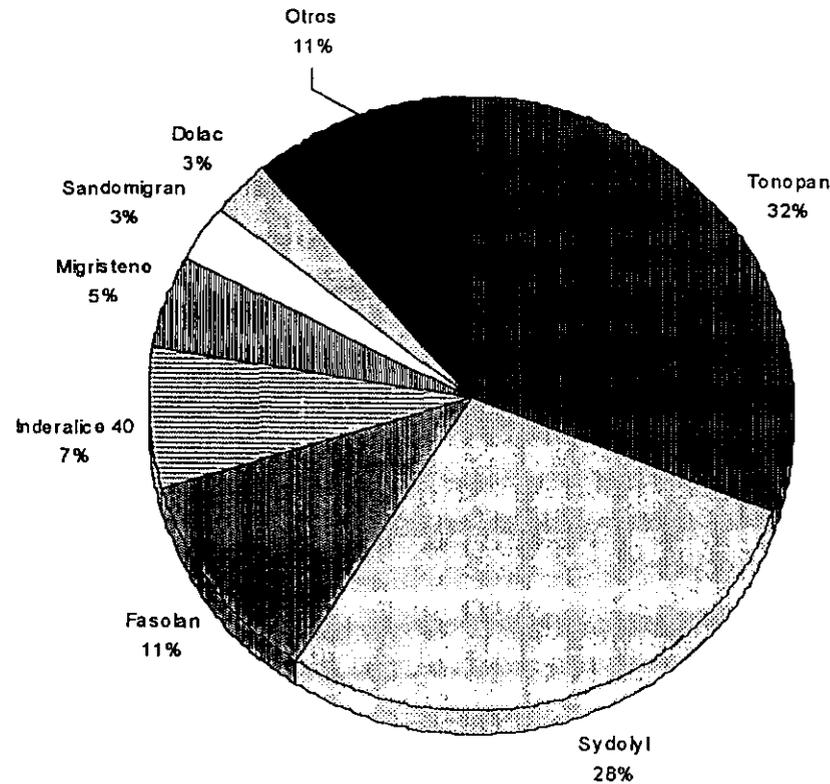
Cuadro 4. Tratamiento: frecuencia de medicamentos más usados
forma general (# de veces prescrito único,
asociado, primera vez o subsecuente)

Medicamento	Frec.	%
Tonopan	50	30.9%
Sydoly	46	28.4%
Fasolan	18	11.1%
Inderalice 40	12	7.4%
Migristene	8	4.9%
Sandomigran	5	3.1%
Dolac	5	3.1%
Neomelubrina	4	2.5%
Ponstan 500	3	1.9%
Cafergot	3	1.9%
Tempra	2	1.2%
Tofranil	1	0.6%
Tegretol	1	0.6%
Sibelium	1	0.6%
Naxen	1	0.6%
Diclofenaco	1	0.6%
Darvon comp.	1	0.6%
TOTAL	162	100%

MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención
Pensiones Civiles del Estado
(1 de Enero al 31 de Diciembre de 1995)

Gráfica 4. Tratamiento:frecuencia de medicamentos mas usados.



Medicamento	Frec.
Tonopan	50
Sydolyl	46
Fasolan	18
Inderalice 40	12
Migristene	8
Sandomigran	5
Dolac	5
Otros	
Neomelubrina	4
Ponstan 500	3
Cafergot	3
Tempra	2
Tofranil	1
Tegretol	1
Sibelium	1
Naxen	1
Diclofenaco	1
Darvon comp.	1

Fuente: Archivo de Pensiones Civiles del Estado,
Chihuahua, Chih., México

E) MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención

Pensiones Civiles del Estado

(1 de enero al 31 de diciembre de 1995)

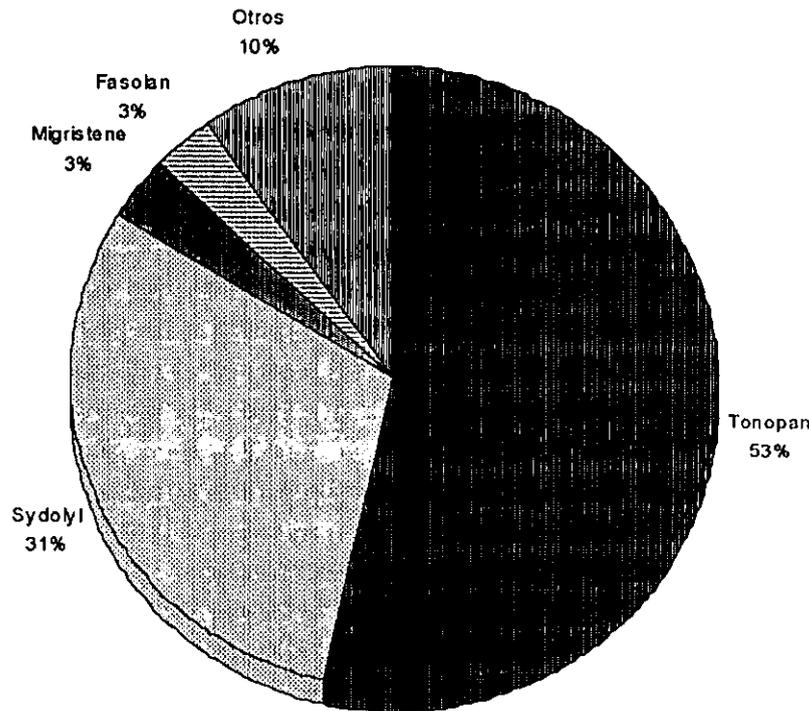
Cuadro 5. Tratamiento: frecuencia de medicamentos
usados como tratamiento único

Medicamento	Frec.	%
Tonopan	33	53.2
Sydolyl	19	30.6
Migristene	2	3.2
Fasolan	2	3.2
Sandomigran	1	1.6
Inderalice 40	1	1.6
Dolac	1	1.6
Diclofenaco	1	1.6
Darvon comp.	1	1.6
Cafergot	1	1.6
Tofranil		-
Tempra		-
Tegretol		-
Sibelium		-
Ponstan 500		-
Neomelubrina		-
Naxen		-
TOTAL	62	100.0

MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención
Pensiones Civiles del Estado
(1 de Enero al 31 de Diciembre de 1995)

Gráfica 5. Tratamiento: frecuencia de medicamentos usados como tratamiento único



Medicamento	Frec.
Tonopan	33
Sydoly	19
Fasolan	2
Migristene	2
Otros	
Sandomigran	1
Inderalice 40	1
Cafergot	1
Diclofenaco	1
Darvon comp.	1

Fuente: Archivo de Pensiones Civiles del Estado,
Chihuahua, Chih., México

F) MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención

Pensiones Civiles del Estado

(1 de enero al 31 de diciembre de 1995)

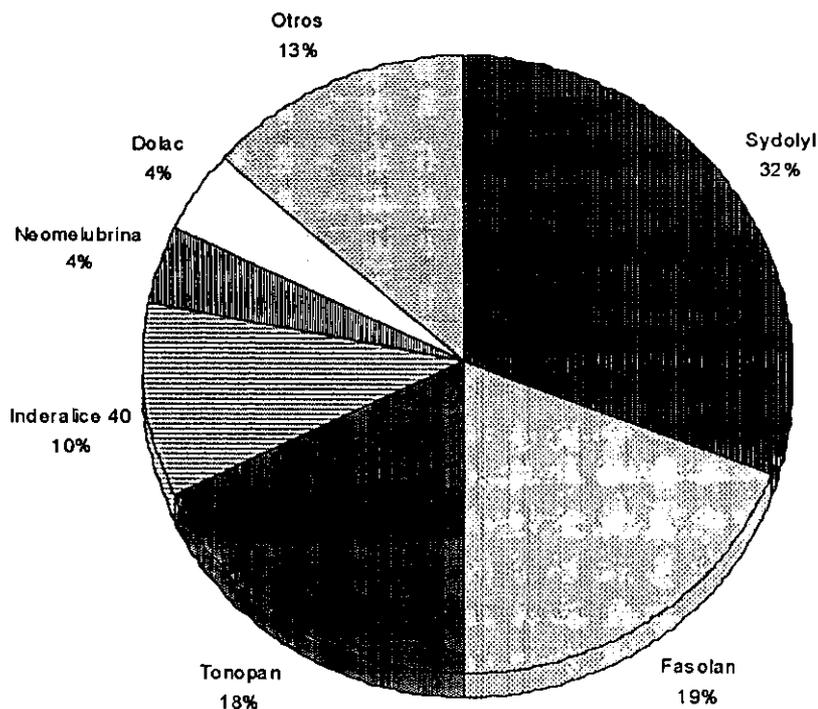
Cuadro 6. Tratamiento: frecuencia de medicamentos asociado a otro medicamento antimigrañoso

Medicamento	Frec.	%
Sydolyl	21	30.9
Fasolan	13	19.1
Tonopan	12	17.6
Inderallice 40	7	10.3
Neomelubrina	3	4.4
Dolac	3	4.4
Sandomigran	2	2.9
Migristene	2	2.9
Cafergot	2	2.9
Tofranil	1	1.5
Tempra	1	1.5
Ponstan 500	1	1.5
Tegretol		0.0
Sibelium		0.0
Naxen		0.0
Diclofenaco		0.0
Darvon comp.		0.0
TOTAL	68	100.00

MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención
Pensiones Civiles del Estado
(1 de Enero al 31 de Diciembre de 1995)

Gráfica 6. Tratamiento: frecuencia de medicamentos asociados a otro medicamento antimigrañoso



Medicamento	Frec.
Sydolyl	21
Fasolan	13
Tonopan	12
Inderalice 40	7
Neomelubrina	3
Dolac	3

Otros

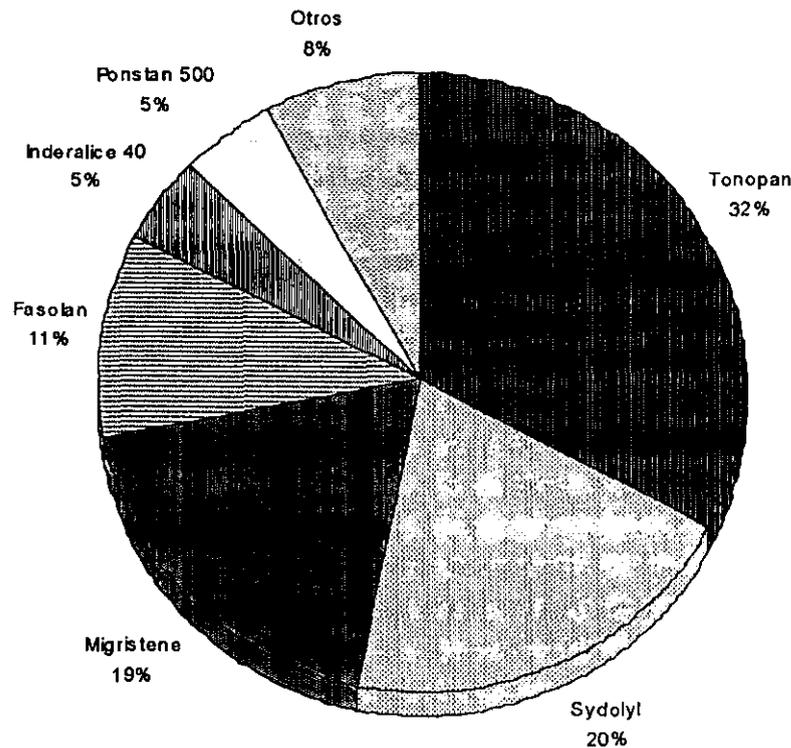
Sandomigran	2
Migristene	2
Cafergot	2
Tempra	1
Ponstan 500	1
Tofranil	1

Fuente: Archivo de Pensiones Civiles del Estado,
Chihuahua, Chih., México

MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención
Pensiones Civiles del Estado
(1 de Enero al 31 de Diciembre de 1995)

Gráfica 7. Tratamiento: frecuencia de medicamentos asociados a otros dos medicamentos antimigrañosos



Medicamento Frec.

Tonopan	5
Sydolyt	4
Migristene	3
Fasolan	3
Inderalice 40	2
Ponstan 500	2

Otros

Tempra	1
Neomelubrina	1
Sibelium	1
Dolac	1
Naxen	1

Fuente: Archivo de Pensiones Civiles del Estado,
Chihuahua, Chih., México

G) MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención

Pensiones Civiles del Estado

(1 de enero al 31 de diciembre de 1995)

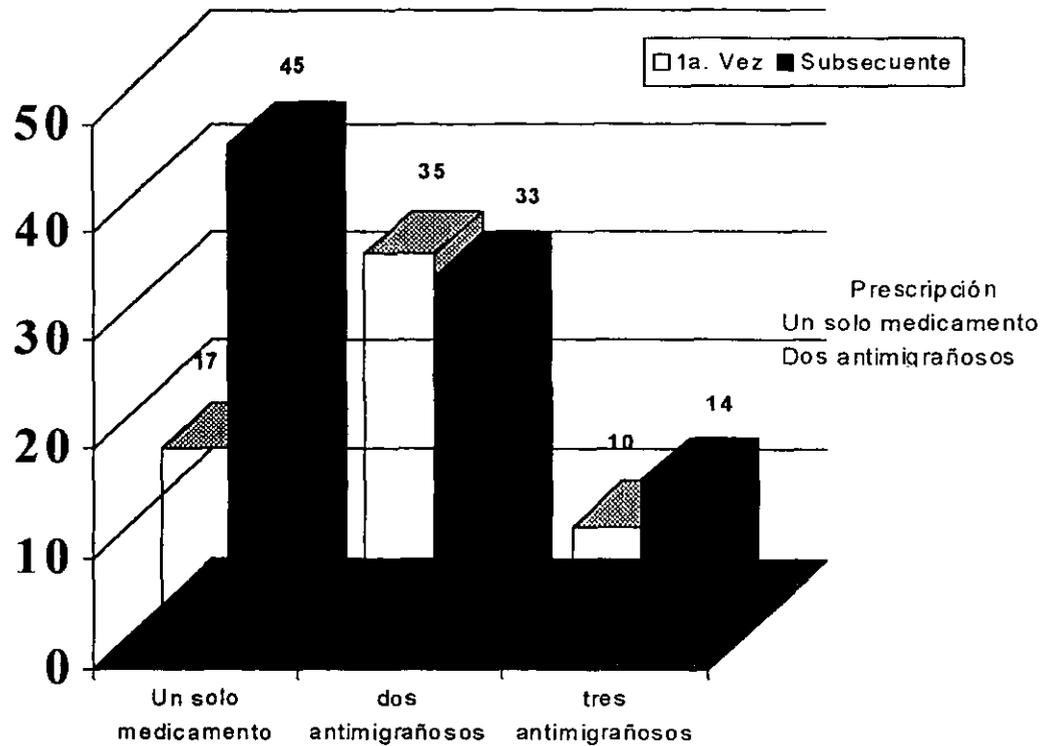
Cuadro 8. Prescripción de uno, dos o tres medicamentos antimigrañosos

Prescripción	1a. Vez Frec.	%	Subsecuente Frec.	%	Total
Un solo medicamento	17	27.4	45	72.6	62
Dos antimigrañosos	35	51.5	33	48.5	68
Tres antimigrañosos	10	41.7	14	58.3	24

MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención
Pensiones Civiles del Estado
(1 de Enero al 31 de Diciembre de 1995)

Gráfica 8. Prescripción

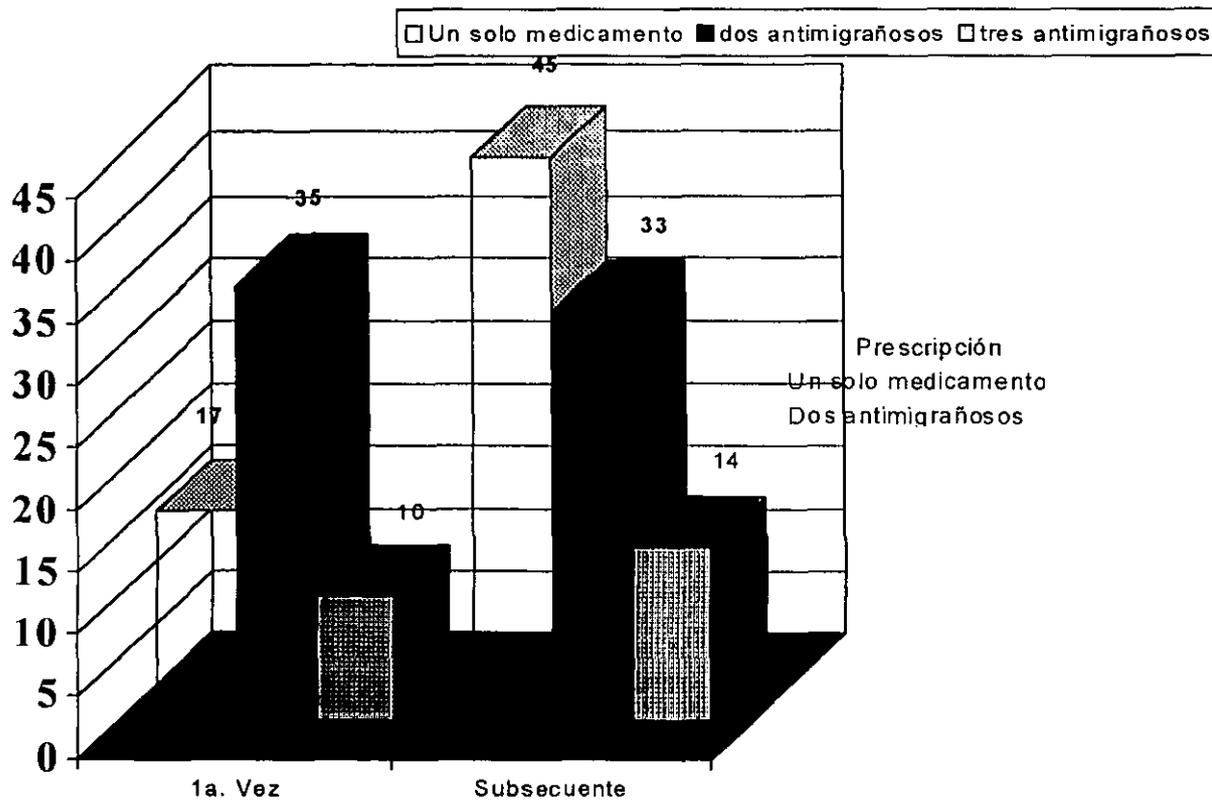


Fuente: Archivo de Pensiones Civiles del Estado,
Chihuahua, Chih., México

MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención
Pensiones Civiles del Estado
(1 de Enero al 31 de Diciembre de 1995)

Gráfica 8.1. Prescripción



Fuente: Archivo de Pensiones Civiles del Estado,
Chihuahua, Chih., México

H) MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención

Pensiones Civiles del Estado

(1 de enero al 31 de diciembre de 1995)

Cuadro 9. Frecuencia de dosis de medicamentos antimigrañosos

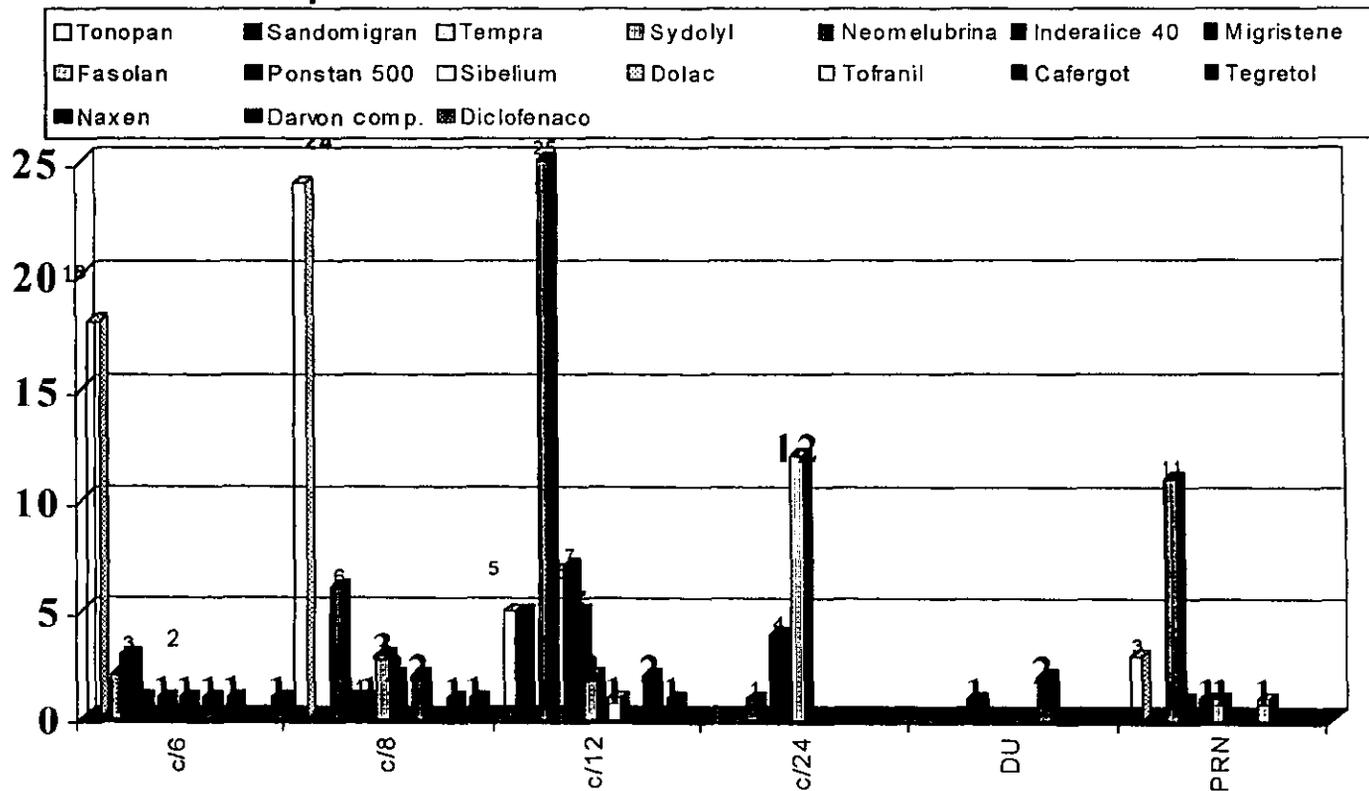
Medicamento	c/6	c/8	c/12	c/24	DU	PRN	TOTAL
Tonopan	18	24	5			3	50
Sydolyl	3	6	25	1		11	46
Fasolan		3	2	12		1	18
Inderalice 40		1	7	4			12
Migristene	1	1	5			1	8
Sandomigran			5				5
Dolac	1	2			2		5
Neomelubrina	1	1			1	1	4
Ponstan 500	1	2					3
Cafergot	1		2				3
Tempra	2						2
Tofranil						1	1
Tegretol		1					1
Sibelium			1				1
Naxen			1				1
Diclofenaco	1						1
Darvon comp.		1					1
TOTAL	29	42	53	17	3	18	162

Medicamento	c/6	c/8	c/12	c/24	DU	PRN
Tempra	2					
Tofranil						1
Tegretol		1				
Sibelium			1			
Naxen			1			
Diclofenaco	1					
Darvon comp.		1				

MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención
Pensiones Civiles del Estado
(1 de Enero al 31 de Diciembre de 1995)

Gráfica 8.1. Prescripción

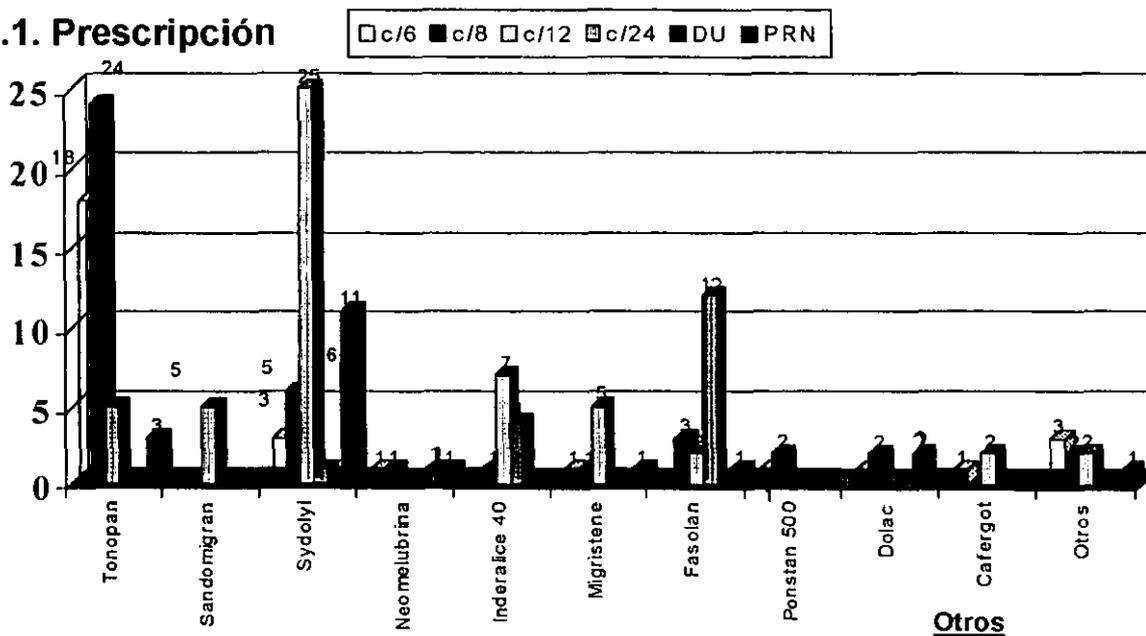


Fuente: Archivo de Pensiones Civiles del Estado,
Chihuahua, Chih., México

MIGRAÑA

Manejo médico en el primer nivel de atención
Pensiones Civiles del Estado
(1 de Enero al 31 de Diciembre de 1995)

Gráfica 8.1. Prescripción



DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

1) En nuestro trabajo los resultados encontrados en lo que respecta a la distribución de la migraña por sexo y edad, son congruentes con los reportados en la literatura nacional y mundial en cuanto a la edad de mayor incidencia y el predominio en el sexo femenino.

2) En lo que se refiere a la relación entre la presencia de la enfermedad y la ocupación la literatura mundial no menciona a esta última como el único factor predisponente, sino que habla de múltiples factores que la favorecen tales como : stress, fatiga, ansiedad, etc., y en nuestro trabajo encontramos que la principal incidencia ocurre en maestros, amas de casa y empleados. Relacionando estos dos puntos mencionados, pudieramos decir que los factores están en relación directa a la ocupación y su influencia por los factores socioeconómicos y ambientales propios de nuestra época.

3) En lo referente al tratamiento podemos referir :

a) La literatura mundial menciona que los cuadros migrañosos deben manejarse en etapas o varios aspectos los cuales son:

Manejo de factores desencadenantes, utilizando aspectos dietéticos y medidas generales.

Tratamiento abortivo y preventivo en cual es eminentemente farmacológico, pero con medicamentos específicos para uno y otro.

b) En nuestro estudio se comprobó que la prescripción de medidas generales y dietéticas fué nula, en lo que se refiere al tratamiento farmacológico predominó el uso de medicamentos abortivos del cuadro migrañoso (derivados ergotaminicos) y el mínimo grado los medicamentos preventivos (ejemplo, los Beta bloqueadores).

c) Encontramos también que el manejo farmacológico, no coincidió con la etapa de la enfermedad (abortivo-preventivo), usando indiscriminadamente el medicamento abortivo para etapas preventivas y medicamentos preventivos para etapas agudas.

d) También es conveniente mencionar como error común en la prescripción la frecuente combinación entre dos y hasta tres derivados ergotamínicos en forma simultánea, situación que más que potencializar el efecto analgésico buscado, favorece la presencia del cuadro denominado como “ergotismo”, el cual básicamente es un incremento de la cefalea por fenómeno de rebote.

e) En lo que se refiere a la posología encontramos que en las dosis y frecuencia empleada ninguno de los derivados ergotamínicos fué prescrito correctamente, de acuerdo a los lineamientos aceptados a nivel mundial y en el caso de los beta bloqueadores en el 92 % se usaron a dosis inadecuadas a las recomendadas en la literatura.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

I. Se puede concluir que nuestro estudio cumplió con lo planteado tanto en el objetivo general como en los específicos.

II. El tratamiento de la migraña por parte de los médicos de primer nivel de la Consulta Externa de Pensiones Civiles del Estado es incorrecto, ya que no existe un criterio uniforme y acorde a lo establecido por la literatura mundial al respecto.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Es conveniente que la autoridad institucional difunda entre el personal médico los criterios aceptados universalmente en el manejo y tratamiento de la migraña, con la finalidad de homogenizar los criterios de prescripción farmacológica y a la vez fomentar un manejo integral del individuo con esta patología, buscando disminuir los factores de riesgo en su entorno familiar, social y laboral.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. MORALES ASIN
Cefaleas
Tratado de Medicina Práctica
Medicine, 4a. Edición 1994
6 (52) 2307-2319
P. 1678-1679
2. MICHAEL J. AMINOF M.D. FREP
Cefaleas
diagnóstico Clínico y Tratamiento
31 Edición, 1996
3. M.D. FERRARI
Cerebral Blood Flow During Migraine Attacks
Without aura.
Archives of Neorology, 1995, February
P. 135-140
4. SULLIVAN-MEE; BONMAN-B
Migraine-related visual- field loss
with prolonged recovery.
J-AM-optom-Assoc. 1997 Jun.
P. 377-388
5. B. CASABELLA
Prevención y Tratamiento de la Migraña
Atención primaria, Abril 1993
P. 367-369
6. J. ROQUER
Tratamiento de la migraña
Atención primaria Abril 1994
P. 339-340

7. BIKMAZI- P; JACKSON-C; RUCKENSTEIN-MJ
Efficacy of antimigrainous therapy in the treatment of migraine associated
dizziness
Am-J-Otol 1997 May
P. 350-354
8. J.W. LANCE
Treatment of Migraine
The lancet, 1992 May
P. 1207-1209
9. N.M. RASKIN
Acute and prophylactic treatment of migraine Practical approaches and
pharma cologic rationale neurology 1993 Jun.
P. 39-42
10. PRACTICE PARAMETER; APPROPRIATE USE OF ERGOTAMINE
TARTRATE AND STATUS MIGRAINOSUS.
NEUROLOGY 1995 Marca.
11. S.D. SILBERTSTEIN
SAFETY AND EFFICACY OF ERGOTAMINE TARTRATE AND
DIMYDRO ERGOTAMINE IN THE TREATMENT OF MIGRAINE
AND STATUS MIGRAINOSUS.
Neurology, 1995, March.
P. 577-584
12. G. REDERICH
Oral sumatriptan for the long term treatment of migraine
Neurology, 1995, August.
P. 15
13. S. ANAYA ORDOÑEZ
Sumatriptón en el tratamiento de la migraña aguda, su papel en la
atención primaria
Atención Primaria 1994 Abril
P. 387-390

14. S.O. SILBERTS TEIN
Overview preventive treatment of migraine
Cephalalgia 1997, Abril
P. 67-72
15. S.D. SILBERTSTEIN
Overview of diagnosis and treatment of migraine
Neurology, 1994 October
P. 6 -16
16. K. WELCRL
Drug Therapy; drug terapy of migraine
New England J. of Medicine, 1993 November
P. 1476-1483
17. M.A. MOSKOWITZ
Neurologic inflammation in the pathophysiology and treatment of
migraine
Neorology 1993 June.
P. 16-20
18. P.J. GOADSBY
How the currenty used prophy lactic agents work in migraine
Cephalalgia 1997 April
P. 85-92

ANEXOS

