

## Migraña asociada a la gestación, epidemiología, terapéutica y evolución clínica en una población cubana

### Pregnancy-associated migraine, epidemiology, therapy and clinical course in a Cuban population

MSc. Ernesto Canciano Chirino, MSc. Reina María López Silverio, MSc. Annia Alfonso Guerra, Lic. Orlando Río Ponciano

Policlínica General Docente. "Felipe Ismael Rodríguez Ramos". San Antonio de los Baños. Artemisa, Cuba.

---

#### RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Migraña es la enfermedad neurológica más frecuente asociada a la gestación, 20 % en mujeres fértiles, con difícil manejo farmacológico y escaso nivel de evidencias nacionales.

**OBJETIVOS:** Se realizó una investigación caracterizando variables capaces de influenciar en la evolución clínica de gestantes migrañosas, desde enero 2006 hasta diciembre 2009, en una consulta clínica/obstétrica regional en San Antonio de los Baños, Artemisa, Cuba. Se identificó: edad, intensidad de la cefalea y tiempo gestacional, frecuencia según variedad de migraña, terapéutica farmacológica empleada y dosis, además de evaluar otras enfermedades asociadas al embarazo.

**MÉTODOS:** Estudio descriptivo prospectivo, seleccionando aleatoriamente 240 gestantes con 1 o más crisis de cefalea que cumplieran los criterios diagnósticos de migraña de la *International Headache Society* (IHS).

**RESULTADOS:** La media global fue de 23,75 años, con tendencia a disminuir según análisis de normalidad. Fueron más frecuentes e intensas las crisis en el puerperio (50,4 %), con franca asociación estadística entre variables. Predominó la migraña con aura (proporción 2/1) en mayor relación con la frecuencia de las crisis (74,5 %) demostrado por  $\chi^2$  ( $p < 0,05$ , IC 95 %), el paracetamol fue el medicamento más usado a mayor dosis (66,1 %). Hipertensión arterial fue la patología más frecuente (25,8 %) con alto riesgo atribuible (18 X 1000).

**CONCLUSIÓN:** Aunque no influye significativamente en la evolución final de la gestación, la migraña se presenta tempranamente en la vida con difícil control

terapéutico dependiendo de su variedad y frecuencia, capaz de potencializar en un futuro mediato el riesgo vascular.

**Palabras clave:** Gestación, migraña, terapéutica, clínica, epidemiología.

---

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Migraine is the more frequent neurological disease associated with pregnancy, the 20 % of fertile women with difficult pharmacologic management and a low level of national evidences.

**OBJECTIVES:** The aim of present research is to characterize the variables able to influence on the clinical course of migrainous pregnant from January, 2006 to December, 2009 in a clinical/obstetric consultation of the San Antonio de los Baños regional, Artemisa province, Cuba. Authors identified age, headache intensity and gestational time, frequency according to migraine variety, pharmacological therapy used and the dose, also, other diseases associated with pregnancy were evaluated.

**METHODS:** A randomized prospective and descriptive study was conducted in 240 pregnant with one or more headache crises who meet the diagnostic criteria of migraine according to the International Headache Society.

**RESULTS:** The global mean was of 23.75 years, with a trend to decrease according to the normality analysis. In puerperium such crises were more frequent and intense (50.4 %), with a frank statistical association among variables. The was predominance of migraine with aura (ratio 2/1) in a greater relation to crises frequency (74.5 %) demonstrated by means of Chi<sup>2</sup> ( $p < 0.05$ , 95 % CI), the paracetamol was the more used drug at high dosis (66.1 %). Arterial hypertension was the more frequent pathology (25.8 %) with a attributable high risk (18 x 1000).

**CONCLUSION:** Although it not influence significantly in the final course of pregnancy, migraine is present early in life with a difficult therapeutical control depending on variety and frequency, able to increase the vascular risk in a near future.

**Key words:** Pregnancy, migraine, therapeutics, clinics, epidemiology.

---

## INTRODUCCIÓN

La migraña se considera la enfermedad neurológica más frecuente asociada a la gestación, hasta el 20 % en mujeres en edad fértil,<sup>1</sup> su diagnóstico diferencial y manejo terapéutico es muy complejo por el riesgo potencial de malformaciones fetales o terminación abrupta del embarazo, aunque algunos estudios aseguran lo contrario.<sup>2,3</sup>

La aparición de cefalea vascular de novo en este momento de la vida hace pensar en causas secundarias, menos frecuentes pero más temidas, como: angiopatía amiloide cerebral puerperal, flebotrombosis intracraneal o el infarto migrañoso, sin existir estudios en la literatura revisada que particularicen la evolución de la gestante migrañosa, o sea aceptado internacionalmente el término: migraña gestacional.<sup>4,5</sup>

---

El gran problema consiste en el tratamiento farmacológico a emplear, muchas veces es necesario el debate entre clínicos y obstetras, teniendo en cuenta el persistente déficit de neurólogos en atención primaria y a veces secundaria.<sup>6</sup> En Cuba alrededor del 50 % de la población adulta es femenina, para un 53,7 de porcentaje en edad reproductiva con prevalencia de migraña en ciertas áreas rurales, con 24,3% para dicho sexo.<sup>7,8</sup>

Según estos datos y atendiendo a la escasez de evidencias nacionales sobre el tema se realizó una investigación en una consulta clínico-obstétrica regional en la actual provincia de Artemisa, Cuba, durante 4 años con el objetivo de identificar variables clínico- epidemiológicas y terapéuticas determinantes en la evolución de la gestación, en pacientes migrañosas. Se particularizó en: edad, intensidad de la cefalea según tiempo gestacional, frecuencia de las crisis atendiendo a la variedad de migraña, terapéutica farmacológica y dosis a emplear, además de otras patologías asociadas al embarazo.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en una consulta clínico-obstétrica regional ubicada en el Policlínico "Felipe I. Rodríguez Ramos", municipio San Antonio de los Baños, desde enero de 2006 hasta diciembre de 2009.

De una población de 2 143 gestantes atendidas -diagnosticadas previamente el embarazo- se seleccionaron aleatoriamente aquellas que refirieron 1 o más crisis de cefalea desde el diagnóstico de la gestación, cuya cefalea cumplía los criterios clínicos de migraña establecidos por la International Headache Society (IHS),<sup>9</sup> se definió así una población objetiva de 240 pacientes. Fueron excluidas las migrañosas conocidas que no presentaron crisis durante la gestación, en aras de aumentar la validez externa de la investigación.

Para la edad se calculó media global, más coeficiente de asimetría de Fisher para contraste de normalidad. La intensidad de la cefalea se clasificó en tres categorías (leve, moderada y grave) empleadas en estudios epidemiológicos previos,<sup>10</sup> acorde a los criterios del IHS, dividiendo tiempo gestacional en: hasta 6 meses, de 7 meses fecha de parto y puerperio, se calculó relación entre índices de asociación empleando el test gamma de Goodman-Kruskal. La frecuencia de la cefalea quedó representada en hasta 3 y más de 3 crisis, igual se estableció variedad de migraña (con aura/sin aura) determinando proporción y su asociación estadística, se empleó Chi<sup>2</sup> con 3 grados de libertad. Se representaron los medicamentos empleados en más del 25 % de las estudiadas, se clasificaron las dosis como baja o alta según lo establece el Programa Nacional de Medicamentos. Se tabularon aquellas patologías presentes en más del 15 % de las migrañosas, calculando y discutiendo el riesgo atribuible en la entidad de mayor incidencia.

Se empleó un intervalo de confianza calculada del 95 % y n-1 grados de libertad, para cada estadígrafo en particular. Se creó una base de datos en EXCEL, ellos se procesaron empleando el paquete estadístico V<sub>6</sub>.

Se contó con el consentimiento informado verbal y por escrito de cada paciente para participar en la investigación.

## RESULTADOS

El 44,5 % de las pacientes se encontraba entre 23 y 28 años (tabla 1), para una media global de 23,75 años. El coeficiente de asimetría de Fisher fue de  $\gamma = -1,55$ , con franca desviación izquierda en la distribución de los datos.

**Tabla 1.** Distribución de edades en gestantes migrañosas atendidas en una consulta clínico obstétrica regional. Artemisa. Cuba. Enero 2006-diciembre 2009

Edades	FA
16 - 22	86
23 - 28	107
29 - 35	47
Total	240

FA: frecuencia absoluta.

Con diferencias significativas de frecuencias de las crisis entre puerperio y 1er. semestre (50,4 y 38,4 %, respectivamente), la intensidad del dolor también aumentó en el posparto (65,9 % de los moderados) empeoró solo un 11,2 % de las pacientes durante la gestación, (tabla 2). Se demostró, estadísticamente (0,23 según test gamma), que existe asociación entre evolución en el tiempo de la gestación e intensidad de la crisis migrañosa.

**Tabla 2.** Intensidad de la cefalea atendiendo al tiempo de gestación en migrañosas atendidas en una consulta clínico obstétrico regional, Artemisa. Cuba. Enero 2006-diciembre 2009

Intensidad	Hasta 6 meses	7 meses - parto	Puerperio	Total
Leve	57	16	41	114
Moderada	23	9	62	94
Grave	12	2	18	32
Total	92	27	121	240

Test gamma de Goodman-Kruskal de 0,23 con IC del 95 %

En la tabla 3 se muestra que fue importante la presencia de migraña con aura (proporción 2/1), con mayor frecuencia de las crisis (74,5 %). Fue igual de significativo el estadígrafo Chi<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ , IC 95 %) para esta variedad de migraña, atendiendo a la frecuencia de las crisis.

Solo 98 pacientes (48,3 %) no necesitaron medicamentos para alivio del dolor, indicándose tratamiento profiláctico a muy pocos casos (propranolol 3,7 %), contrastando con el mayor uso y dosis del paracetamol (66,1 % del total de dosis alta) (tabla 4).

**Tabla 3.** Pacientes con tromboembolismo pulmonar según momento, factores de riesgo y variables clínicas

Tromboembolismo pulmonar*			
Variables Valor			
Edad promedio		26,4 años DE 3,2	
Momento de presentación		No.	%
Periodo anteparto		9	17,0
Periodo posparto		44	83,0
Factores de riesgo	Cesárea	32	60,3
	Infección posparto	24	45,2
Manifestaciones clínicas	Falta de aire	51	96,2
	Taquicardia	50	94,3
	Ansiedad	43	81,4

\*TVP+TEP: 23  
(n=53)

**Tabla 4.** Diagnóstico enfermedad tromboembólica venosa según test de probabilidad y Doppler

Enfermedad tromboembólica venosa	Baja		Media		Alta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Trombosis venosa profunda	4	2,8	5	3,4	136	93,8	145	100,0
Tromboembolismo pulmonar	3	5,7	2	3,7	48	90,6	53	100,0
Trombosis venosa profunda	Con Doppler		Sin Doppler		Total			
	No.	%	No.	%	No.	%		
Venas proximales*	60	87,0	9	13,0	69	47,6		
Venas distales**	70	92,1	6	7,9	76	52,4		
Total	130	89,7	15	10,3	145	100,0		

Sensibilidad \*94 % \*\*70 %

En la tabla 5 se aprecia que la hipertensión arterial marcó protagonismo (25,8 %), aunque debe destacarse que solo el 40,8 % de la población estudiada presentó otras enfermedades. El riesgo atribuible fue de 18 por 1000.

**Tabla 5.** Otras enfermedades asociadas a la gestación en embarazadas migrañosas atendidas en una consulta clínico obstétrico regional, Artemisa. Cuba. Enero 2006-diciembre 2009

Enfermedades	FA
Hipertensión arterial	62
Bajo peso materno	16
Placenta Previa	11
Parto pretérmino	9
Total	98

FA: frecuencia absoluta

## DISCUSIÓN

Algunos autores<sup>11</sup> reportan edades muy similares (media 22,95), con inclinación a aparecer tempranamente. Ellos investigaron gestantes que padecían migraña menstrual, que debuta en edades relacionadas con la menarquia (edad promedio 13 años en Cuba) y en quienes el tratamiento abortivo de la crisis con estrógenos, anticonceptivos orales o antiestrogénicos (danazol, tamoxifeno), provocan muchas veces trastornos menstruales con embarazos no deseados.<sup>12</sup> No obstante la edad está por debajo de la media en que se embarazan las cubanas (25 años), con tendencia a disminuir.

Se conoce que las cefaleas tienden a aumentar en el 3er. trimestre sin sufrir cambios en sus patrones un 20 % de las migrañosas,<sup>13</sup> Stein<sup>14</sup> plantea 37 % de migraña en la primera semana del posparto. Estos resultados son inferiores a los aquí presentados, ello responde a que no particularizaron migraña sino el comportamiento en general de las cefaleas, trabajaron con mayor población y los datos fueron recogidos a través de cuestionarios dirigidos creando sesgos. No apareció en la literatura revisada artículo que relacione intensidad y frecuencia de las crisis migrañosas, durante el embarazo, ni analice su asociación estadística.

La migraña con aura es más frecuente que continúe con la gestación,<sup>15</sup> mejora solo la migraña menstrual o asociada a la menstruación, incluso el 10 % de las pacientes que tienen la primera crisis estando embarazadas presentan aura.<sup>16</sup> Se piensa que el pobre alivio de los síntomas y su frecuencia durante la gestación se deban a los altos niveles de estrógenos, estos aumentan la síntesis de prostaglandinas que sensibilizan a los nociceptores y promueven el desarrollo de inflamación neurogénica produciendo dolor.

El uso de medicamentos durante la gestación debe ser limitada, estos quedan indicados cuando las medidas no farmacológicas (evitar ciertos alimentos, el estrés, la falta de sueño, entre otros) no surtan efecto.<sup>17</sup> En un reporte sobre uso y abuso de medicamentos los analgésicos menores alcanzaron un 34,7% llevando paracetamol la mayor parte,<sup>18</sup> muy por debajo a lo presentado en la presente investigación, ello puede estar relacionado con la presencia de otros factores comórbidos que empeoran

la respuesta al tratamiento (ansiedad, depresión, estrés y trastornos del sueño) más frecuentes de 3-5 veces en mujeres migrañosas<sup>19</sup> y que tienden a agravarse durante la gestación, facilitando la automedicación con la resultante interconsulta tardía a los especialistas.<sup>6</sup>

Un estudio<sup>20</sup> examinando relación entre migraña y enfermedades cardiovasculares durante el embarazo, arrojó un Odds Ratio (OD) para preeclampsia e hipertensión gestacional de 2,29 2,46. Aquel es un estudio de casos-control que analizó 33 956 gestantes migrañosas, donde se calculó OD que no necesariamente guarda relación con el riesgo atribuible (el primero es un estadígrafo epidemiológico tendente a establecer causalidad, el segundo indica beneficio al establecer una medida sanitaria en un grupo expuesto a un factor de riesgo). Además sus conclusiones permiten establecer relación, no asociación en el tiempo entre 2 sucesos (migraña y daño vascular); no obstante los resultados son muy similares a los del presente estudio.

Aunque no influye significativamente en la evolución clínica obstétrica final de la gestación, la migraña se presenta tempranamente en la vida con difícil control terapéutico dependiendo de su variedad y frecuencia, capaz de potencializar en un futuro mediato el riesgo vascular en la mujer en edad fértil.

### Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración prestada por la alumna de 4to. año de Medicina y alumna ayudante en Medicina Interna, Sunaidy Valdés Busquet.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pascual J. La migraña y no la epilepsia es la enfermedad neurológica más frecuente e el embarazo. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:438.
2. Correa A, Cragan JD, Kucik JE, Alverson CJ, Gilboa SM, Balakrishnan S, et al. Reporting birth defects surveillance data 1968-2003. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*. 2007;79:65-186.
3. Cunningham M, Ephross S, Churchill P. The safety of sumatriptan and naratriptan in pregnancy: what have we learned? *Headche*. 2009;49:141-22.
4. Jan Stam, M.D., Ph.D. Thrombosis of the Cerebral Veins Veins and Sinuses. *N Engl J Med*. 2007;17:352:1791-8.
5. Pascual J, Aguirre JJ, García-Moncó JC, Seijo M. Migraña y cefalea de tensión. En: Mateos V, ed. *Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas (Comité ad hoc del Grupo de Cefaleas de la SEN)*. Barcelona: Prous Science; 2006. p. 37-36.
6. Morera Guitart J. Estudio transversal multicéntrico de la asistencia neurológica extrahospitalaria en la Comunidad Valenciana. *Rev Neurol*. 1998;27:4386.
7. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. *Indicadores Seleccionados de la Mujer Cubana*. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2008.
8. Andrés QV, Lisbet CM, Elba TT, Adonis FG. Migraña: características clínicas y discapacidad en una población rural Cubana. *Rev Neurol*. 2010;50(2):72-6.
9. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classifications of Headache disorders. *Cephalagia*. 2004;24:1-160.

10. Stewart WF, Lipton RB, Kolodner K. Migraine disability assessment (MIDAS) scores: relations to headache frequency, pain intensity, and headache symptoms. *Headache*. 2005; 43:258-65.
11. Eliana M, Jayme AM, Carlos MG. Headings during pregnancy in women with a prior history of menstrual headaches. *Arq. Neuro- Psiquiatr* 2005; 63(4):18-22.
12. Ciciarelli MC. Cefaléia e ciclo hormonal. In Specialli JG, Silva WF, (eds). *Cefaléias*. São Paulo: Lemos, 2002. p. 181-200.
13. Scharff L, Marcus DA, Tuick DC. Cefalea durante el embarazo y en el post-parto: un estudio prospectivo. *Headche*. 1997; 37(4):203-10.
14. Stein C. Cefaleas en la primera semana del post-parto y su relación a la migraña. *Headche*. 1981; 21:201-5.
15. Raña -Martínez N. Migraña en la mujer. *Rev Neurol*. 2008; 46:373-8.
16. Loder EW, Massiou H. Especial problems in the headaches their management. In: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, TfeltHansen P, Welch KMA, eds. *The headaches*. 3ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 1091-7.
17. Láines JM, Castillo J, González VM, Otero M, Mateos V, Leira R, et al. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. Guía de Recomendaciones para el tratamiento de la migraña. *Rev Clin Esp*. 2007; 207:190-3.
18. Gracia NM, Sánchez VM, Latorre JM, Ríos GC, Santos LS, Mauri JA, et al. Pacientes con cefalea y abuso de medicación Indicadores de respuesta al tratamiento ambulatorio. *Rev Neurol*. 2009; 49(5):225-30.
19. Sevillano G, Manso CR, Cacabelos PP. Comorbilidad en la migraña: depresión, ansiedad, estrés y trastornos del sueño. *Rev Neurol*. 2007; 45(7):400-5.
20. Cheryl DB, Margaret J, Andra HJ. Migraine during pregnancy linked to Stroke and vascular disease: US populations based case-control study. *BMJ*. 2009; 338:b664.

Recibido: 2 de abril de 2011.

Aprobado: 17 de abril de 2011.

MSc. *Ernesto Canciano Chirino*. Policlínica General Docente "Felipe Ismael Rodríguez Ramos". San Antonio de los Baños, Artemisa. Cuba. Correo electrónico: [ecanciano@infomed.sld.cu](mailto:ecanciano@infomed.sld.cu). Teléfono: 047-362501