

Multimed 2017; 21(4)

JULIO-AGOSTO

ARTICULO ORIGINAL

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS. GRANMA
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO CARLOS MANUEL DE
CÉSPEDES****Prevalencia y características clínico epidemiológicas de
la migraña en Bayamo****Prevalence and clinical epidemiological characteristics of migraine
in Bayamo**

MsC. Enf. Infec. Andrés José Quesada Vázquez, Esp MGI y Cir. Gen. Lisbet Jalsenys Contreras Maure, Esp MGI e Imagenol. Ana Suilen Pérez Joa, Esp MGI y Med Int. Obidaglio Mendoza Acosta, DrC Alexis Álvarez Aliaga, MsC.Urg.Med. Adonis Frómeta Guerra.

Hospital General Universitario Carlos M. de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la migraña es una enfermedad crónica frecuente y una importante causa de discapacidad a nivel mundial. Los datos sobre la prevalencia de la migraña en Cuba son escasos

Objetivo: determinar la prevalencia y las características clínicas y epidemiológicas de la migraña en el municipio Bayamo

Método: se realizó un estudio transversal en la población general del municipio Bayamo. Se empleó la segunda clasificación de la Sociedad Internacional de Cefaleas. El tamaño de la muestra se calculó mediante el programa EpiDat 3.0, fue de 3000 adultos mayores de 18 años, quienes se seleccionaron por muestreo aleatorio simple.

Resultados: la prevalencia de migraña fue de 16,8 % (25,8 % en mujeres y 7,9 % en hombres). La edad de inicio de la migraña fue de 20,57±9,31 años y la duración de la enfermedad fue de 21,91± 14,69 años. Los pacientes tuvieron una media de 19,30±9,71

días con cefalea y la intensidad promedio $6,80 \pm 1,91$; 60,8 % de los pacientes se encontraban entre los 18 y los 45 años de edad; 60,2 % mantenían algún tipo de relación estable. En 40,2 % coexistía más de un tipo de cefalea y 37,2 % abusaban del consumo de medicamentos. Fueron frecuentes la ansiedad (45,1 %), la depresión (41,1 %) y la mala calidad del sueño (36,4 %); 29,9 % de los pacientes tenían discapacidad moderada a grave.

Conclusiones: la prevalencia de migraña es elevada en la población estudiada; existe una gran frecuencia de ansiedad, depresión, mala calidad del sueño, cefaleas comórbidas y abuso de medicamentos. Predominó la discapacidad mínima a ligera.

Palabras claves: trastornos migrañosos, prevalencia, epidemiología, personas con discapacidad.

ABSTRACT

Background: migraine is a frequent chronic disease and a very important worldwide cause of disability. Data about prevalence of migraine in Cuba are scarce.

Aim: to determine the prevalence and the clinical epidemiological characteristics of migraine in Bayamo municipality

Methods: a cross-sectional study was conducted in the general population of Bayamo municipality. The second International Headache Society classification was used. Sample size, which was calculated by means of the program Epidat, was 3000 adults over 18 years of age, who were selected by simple random sampling.

Results: the prevalence of migraine was 16,8 % (women 25,8 % and men 7,9 %). Age at migraine onset was $20,57 \pm 9,31$ years and disease duration $21,91 \pm 14,69$ years. Mean headaches days were $19,30 \pm 9,71$ and mean headache severity was $6,80 \pm 1,91$; 60,8 % of patients were between 18 and 45 years old; 60,2 % had some stable relationship. 40,2 % had coexistent headaches and 37,2 % abused medication. Anxiety (45,1 %), depression (41,1 %) and bad sleep quality were frequent; 29,9 % of patients had moderate to severe disability.

Conclusions: migraine prevalence is high in the population under study; there is a high rate of anxiety, depression, bad sleep quality, coexistent headaches and medication abuse. Little to mild disability prevailed.

Key words: migraine disorders, prevalence, epidemiology, disabled persons.

INTRODUCCIÓN

La migraña, clasificada entre las cefaleas primarias, es una enfermedad crónica frecuente, potencialmente incapacitante, caracterizada por al menos cinco ataques de dolor de cabeza moderados a severos, que duran entre 4 y 72 horas, por lo general

pulsátiles, unilaterales, que se agravan con la actividad física rutinaria y asociados con náuseas, vómitos, fotofobia y sonofobia.¹

Esta enfermedad, que con anterioridad fue considerada como neurovascular,² se ha definido en la actualidad como un trastorno neurobiológico³ gracias a la evidencia de la sensibilización de las vías del dolor a nivel periférico y central, unido a la demostración del origen de los ataques en el sistema nervioso central, de la existencia de un sistema de circuitos del dolor migrañoso, que incluye al sistema trigémino vascular, la sustancia gris mesencefálica y el tálamo, además de la identificación de los mediadores químicos implicados en la generación de los eventos que desencadenan el dolor, de los receptores específicos de los mismos y la confirmación, mediante técnicas de neuroimagen de la existencia cambios estructurales y funcionales en el sistema nervioso central de estos pacientes.¹⁻⁴

La migraña es una enfermedad frecuente, su prevalencia en la población general es elevada y tiende al incremento a lo largo del tiempo en las diferentes poblaciones estudiadas, en 2013 la migraña ocupó el puesto número siete entre las enfermedades más frecuentes a nivel mundial,⁵ y en 2015 se situó en el quinto lugar de esa lista.⁶ En Cuba los estudios relacionados con la frecuencia de la migraña en la población general son escasos, en Bayamo, en un estudio realizado en áreas rurales de la policlínica Mabay se detectó una prevalencia poblacional de migraña cercana al 17 %⁷ y cifras elevadas de discapacidad laboral, doméstica y social.⁸

El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia y las características clínicas y epidemiológicas de la migraña en la población urbana y rural del municipio Bayamo.

MÉTODO

Se realizó un estudio transversal multicéntrico en la provincia Granma en el período comprendido desde el 1º de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2009, como parte del Proyecto de Cefaleas Bayamo.

El universo de estudio, estuvo constituido por todos los adultos mayores de 18 años que residían en el municipio Bayamo durante el año 2007, la muestra se calculó mediante el paquete estadístico Epidat 3.0 teniendo en cuenta los siguientes criterios: tamaño poblacional no especificado, proporción esperada 17 %, nivel de confianza 95 %,

precisión absoluta mínima 2 %, efecto del diseño 2, con lo cual se obtuvo un tamaño muestral mínimo necesario de 2712 sujetos, el tamaño definitivo de la muestra fue fijado en 3000 sujetos; para minimizar el efecto del sesgo de género se decidió entrevistar igual cantidad de mujeres y hombres.

Para la selección definitiva, se utilizó la técnica del muestreo por conglomerados bietápico. Como unidades de primera etapa se seleccionaron con probabilidades proporcionales a su tamaño dos policlínicos, Bayamo Oeste y Comandante Pedro Soto Alba. Como unidades de segunda etapa se seleccionaron 14 consultorios médicos pertenecientes a las unidades de primera etapa. Las unidades de análisis se eligieron mediante muestreo aleatorio simple sin reposición.

Los criterios de inclusión fueron tener una edad igual o mayor de 18 años y dar su consentimiento para participar en la investigación. Se excluyeron los que tenían antecedentes de enfermedades psiquiátricas mayores, de enfermedad cerebrovascular y las mujeres que estuvieran embarazadas en el momento de realizar la entrevista. Las personas con edad igual o mayor de 18 años asignadas aleatoriamente se visitaron en sus casas, si tenía alguno de los criterios de exclusión o rechazaba participar, se eliminó del estudio y en su lugar se seleccionó aleatoriamente un nuevo individuo de su grupo de edad y sexo y se repetía el proceso.

A los que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión se les interrogó sobre la presencia de dolor de cabeza en el último año. A los que respondieron afirmativamente se les aplicó el cuestionario autoadministrado ID-Migraine™ el cual está validado para el diagnóstico de migraña,⁹ los pacientes identificados a nivel poblacional mediante esta prueba se evaluaron por el equipo multidisciplinario de investigación en el área de salud a la que pertenecían. A cada enfermo se le realizó, en una entrevista inicial, un interrogatorio y examen físico detallado por dos especialistas por separado, los que posteriormente confrontaban los resultados antes de emitir el diagnóstico de migraña.

Si el diagnóstico de migraña se verificaba, el paciente era incluido en el proyecto y se le aplicaba una encuesta diseñada específicamente para esta investigación, cuyo objetivo era recolectar datos de interés epidemiológico y clínico así como identificar otras cefaleas primarias o secundarias que estuvieran coexistiendo, además de instrumentos como la Escala de Ansiedad Patológica²⁶ para medir ansiedad, el Inventario de Beck¹⁰ para medir la depresión, el Índice de la calidad del sueño de Pittsburgh¹¹ para la evaluación de los trastornos del sueño y el cuestionario MIDAS,¹² (del inglés *Migraine Disability Assessment*

Questionnaire) para medir el grado de discapacidad. Todas las cefaleas se diagnosticaron teniendo en cuenta los criterios de la segunda edición de la clasificación internacional de cefaleas de la Sociedad Internacional de Cefaleas.¹

Los datos se procesaron mediante el software estadístico SPSS v. 11.5.

Dadas las características del estudio, los datos se presentan con estadígrafos descriptivos, como porcentajes, media \pm desviación estándar e intervalos de confianza. Para la comparación de frecuencias se aplicó la prueba de ji cuadrado de Pearson y la comparación de proporciones para grupos independientes y mutuamente excluyentes. La comparación de medias se realizó con la prueba de la t de Student cuando la distribución de la variable fue normal y la prueba U de Mann-Whitney cuando la distribución fue diferente. Para todas las pruebas se aceptó un nivel de significación de 0,05. La prevalencia se estimó en forma de proporciones.

RESULTADOS

Se encuestaron 3000 sujetos que vivían en el municipio Bayamo y que cumplieron con los criterios de inclusión, de ellos, 1830 (61 %) refirieron haber tenido al menos un episodio de cefaleas en el transcurso de los últimos 12 meses; de acuerdo con el resultado obtenido en el ID Migraine™ y al examen clínico de los que resultaron positivos a esta prueba, 505 sujetos recibieron el diagnóstico de migraña, con una prevalencia en población general de 16,8 % (IC95 % 15,5 % a 18,2 %). Se realizó diagnóstico de migraña en 387 mujeres para una prevalencia de 25,8 % (IC95 % 23,5 % a 28,0 %) y 118 hombres (7,9 %; IC95 % 6,5 % a 9,3 %) ($p < 0,0001$). La razón entre mujeres y hombres fue 3,3:1.

La edad media general de la muestra fue de $42,48 \pm 15,63$ años, superior en los hombres ($47,69 \pm 16,80$ años) que en las mujeres ($40,89 \pm 14,91$ años), la diferencia fue estadísticamente significativa.

La edad de inicio de la migraña fue de $20,57 \pm 9,31$ años. En los varones se inició a los $20,77 \pm 10,51$ años, y en las mujeres, a los $20,51 \pm 9,92$ años ($p > 0,05$). La duración de la enfermedad fue de $21,91 \pm 14,69$ años, con predominio estadísticamente significativo entre los varones ($26,92 \pm 16,66$ años contra $20,39 \pm 13,69$ entre las mujeres).

Los pacientes refirieron una media de $19,30 \pm 9,71$ días con cefalea en los últimos tres meses, sin diferencias significativas entre los sexos. La intensidad de la cefalea fue de

6,80±1,91según la pregunta A de la escala MIDAS, las mujeres refirieron cefaleas más intensas que los hombres (7,03±1,93 contra 6,06±1,65, p<0,001).

En la tabla 1 se observa la distribución de la prevalencia de la migraña de acuerdo con los grupos de edad definidos en esta investigación, la mayor frecuencia de la enfermedad se observó en el grupo de 36 a 45 años de edad, aunque es importante destacar que el 60,8 % de los pacientes se encontraban entre los 18 y los 45 años de edad; a partir de los 46 años de edad se evidencia una disminución gradual y sostenida de la prevalencia de la migraña.

Tabla 1. Prevalencia de la migraña según grupos de edad.

	Base	Encuestados	Migraña	Prevalencia (%)	IC95%
Grupos de edad	18 a 25 años	421	85	20,2	16,2 a 24,1
	26 a 35 años	453	84	18,5	14,8 a 22,2
	36 a 45 años	652	144	22,1	18,8 a 25,3
	46 a 55 años	580	85	14,7	11,7 a 17,6
	56 a 65 años	440	58	13,2	9,9 a 16,5
	66 a 75 años	454	49	10,8	7,8 a 13,7

La distribución de acuerdo con el estado civil muestra que el 60,2 % de los pacientes mantenía algún tipo de relación estable, con preponderancia de los hombres entre los casados así como de las mujeres entre los acompañados (p<0,0001); la ocupación más frecuente en ambos sexos fue la de trabajador manual y con respecto al nivel escolar predominó el nivel medio y medio-superior sin diferencias significativas entre los sexos. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de algunas variables socio-demográficas según sexo.

Variables	Categorías	Sexo				Total		p
		Masculino N=118		Femenino N=387				
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Estado civil	Casado	33	28,0	72	18,6	105	20,8	<0,0001*
	Divorciado	4	3,4	54	14,0	58	11,5	
	Viudo	26	22,0	18	4,7	44	8,7	
	Soltero	19	16,1	80	20,7	99	19,6	
	Acompañado	36	30,5	163	42,1	199	39,4	
Nivel escolar	Primaria	15	12,7	48	12,4	63	12,5	0,985*
	Secundaria	49	41,5	168	43,4	217	43,0	
	Preuniversitario	39	33,1	125	32,3	164	32,5	
	Universitario	15	12,7	46	11,9	61	12,1	
Ocupación	Ama de casa	0	0	112	28,9	112	22,2	<0,0001*
	Estudiante	10	8,4	54	14,0	64	12,7	
	Trabajador manual	48	40,7	151	39,0	199	39,4	
	Trabajador intelectual	14	11,9	50	12,9	64	12,7	
	Jubilado	17	14,4	20	5,2	37	7,3	
	Desocupado	29	26,4	0	0	29	5,7	

*prueba de ji cuadrado de Pearson

La investigación de la frecuencia de los hábitos tóxicos en esta población mostró elevadas cifras de consumo de café, tabaco y alcohol, con 50,9 %, 43,6 % y 32,7 % respectivamente, aunque solo se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la ingesta de alcohol por parte de los hombres (42,4 % contra 29,7 % las mujeres, $p=0,010$)

Como se observa en la tabla 3, las náuseas fueron el síntoma más frecuente después de la cefalea, se observaron en el 76,6 % de los pacientes, seguido por la fotofobia en 76,2 % y la fonofobia en 71,9 %. Estos síntomas fueron significativamente más frecuentes entre las mujeres, los vómitos tuvieron igual frecuencia en ambos sexos.

Las cefaleas coexistentes con la migraña fueron frecuentes, se detectaron en el 40,2 % del total de pacientes y predominaron entre los hombres (42,9 % $p=0.023$), las cefaleas

primarias comórbidas más frecuentes fueron la cefalea tensional episódica, la probable cefalea tensional, las asociadas a la actividad sexual y las cefaleas trigeminales autonómicas, entre las secundarias predominaron las cefaleas asociadas al abuso de medicamentos y las relacionadas con el alcohol y la supresión del café. El 45,1 % de los pacientes tenía ansiedad patológica y 41,1 % tenían algún grado de depresión, en ambos casos sin diferencias estadísticas entre los sexos; la mala calidad del sueño fue frecuente, observándose en 36,4 % del total y predominó en el sexo masculino (44,9 % $p=0,029$); 37,2 % de los pacientes abusaban del consumo de medicamentos, el cual fue más frecuente entre los hombres ($p=0,048$). Predominó el grado de discapacidad ligera (grado II) con 41,4 % del total, seguido por la discapacidad mínima (grado I) con 28,7 %, el 29,9 % de los pacientes fueron clasificados con discapacidad moderada a grave. La discapacidad mínima se asocio estadísticamente al sexo masculino ($Z=3,3980$, $p=0,0007$), la discapacidad ligera ($Z=0,0155$, $p=0,0155$) y la moderada ($Z=1,9128$, $p=0,0558$) se presentaron con mayor frecuencia en el sexo femenino y la discapacidad grave predominó entre los hombres pero sin diferencias estadísticas ($p=0,1865$).

Tabla 3. Distribución de algunas variables clínicas según sexo.

Variable	Categorías	Sexo				Total		p
		Masculino N=118		Femenino N=387		N=505		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Elementos del cuadro clínico	Nauseas	82	69,5	305	78,1	387	76,6	0,036*
	Vómitos	16	13,6	80	20,7	96	19,0	0,085*
	Fotofobia	77	65,1	308	79,6	385	76,2	0,002*
	Fonofobia	75	63,6	288	74,4	363	71,9	0,029*
Cefaleas comórbidas	Presente	58	42,9	145	37,5	203	40,2	0,023*
Ansiedad patológica	Presente	56	47,5	172	44,4	228	45,1	0,565*
Depresión	Presente	54	45,8	155	40,1	209	41,4	0,270*
Mala calidad sueño	Presente	53	44,9	131	33,9	184	36,4	0,029*
Abuso de fármacos	Presente	53	44,9	135	34,9	188	37,2	0,048*
Grado de discapacidad según MIDAS	Grado I	49	41,5	96	24,8	145	28,7	0,0007**
	Grado II	37	31,4	172	44,4	209	41,4	0,0155**
	Grado III	15	12,7	82	21,2	97	19,2	0,0558**
	Grado IV	17	14,4	37	9,6	54	10,7	0,1865**

*prueba de ji cuadrado de Pearson

**prueba de comparación de grupos independientes

DISCUSIÓN

En este estudio la prevalencia anual de migraña estimada para el municipio Bayamo es similar a la reportada con anterioridad por Quesada⁷ en un área rural del mismo municipio, estudios realizados con una metodología similar en Brasil,¹³ Turquía,¹⁴ y Egipto,¹⁵ reportan resultados parecidos.

En varias investigaciones se han encontrado prevalencias más bajas que las aquí referidas, en un metaanálisis sobre prevalencia de migraña anual realizado en España se detectan cifras que van de 6,5 % en 2003 a 9,7 % en 2012,¹⁶ por su parte Smitherman,¹⁷ en EEUU detecta una prevalencia anual de migraña de 11,7 %.

Merikangas¹⁸ en una revisión sistemática reportó valores de prevalencia de migraña de 8,8 % hasta 17,1 % en la población general de EEUU entre los años 1992-2010.

La prevalencia de la migraña es muy cambiante de un país a otro e incluso de una región a otra dentro del mismo país, las razones principales para estas diferencias pueden estar en relación con las diferencias metodológicas entre los estudios, donde se incluye el tipo de diseño, la técnica de muestreo, el tipo de entrevista y los instrumentos diagnósticos empleados;¹⁸ sin dejar de mencionar otros factores que tienen también una gran importancia, entre los que se encuentran las características específicas de la población de donde se extrajo la muestra, ya que las comunidades tienen pequeñas diferencias genéticas entre sí, las cuales son acentuadas por el hecho de estar sometidas a diferentes estímulos epigenéticos, lo que provoca diferencias en la expresión del epigenoma entre un área y otra.¹⁹

La mayor prevalencia entre las mujeres detectada en este estudio se ha reportado también en la totalidad de la literatura revisada^{7, 13-18} y es probable que las diferencias de prevalencia entre los sexos se relacionen con varios factores, tanto biológicos como psicológicos.

Los estrógenos, parecen ser los factores biológicos más importantes; lo demuestra el predominio de la migraña en mujeres a partir de la menarquía, la relación de esta enfermedad con la menstruación y otros estados con grandes fluctuaciones de hormonas ováricas como el embarazo así como su declinar con la menopausia.^{20,21}

Entre los factores psicológicos, el estrés es el más importante, existe una asociación directa entre la presencia de estrés y la magnitud de este con una mayor frecuencia de cefaleas, ansiedad, depresión y amplificación somática.²²

Con respecto a los grupos de edades donde la migraña es más prevalente, los autores consultados^{13-15,17} coinciden en esencia con los resultados de esta investigación, las diferencias están relacionadas con los puntos de corte empleados para dividir los grupos, que difieren de un estudio a otro pero que identifican a las edades de máximo potencial reproductivo y laboral como las más afectadas; la disminución de la prevalencia a partir de la quinta década de la vida ha sido también reportada²³ y parece estar en relación con los cambios hormonales en los niveles de estrógeno que fueron mencionados con anterioridad.

La frecuencia de la migraña de acuerdo con el estado civil es muy variable y depende de las características socioculturales de la muestra, algunos investigadores encuentran predominio de las personas casadas o que conviven de manera estable con una pareja,^{15,24} otros reportan mayor frecuencia de solteros,²⁵ mientras que otros asocian la prevalencia de migraña al estado civil divorciado/separado y viudo.¹⁶

La ocupación laboral, uno de los factores que influyen en el nivel socioeconómico de los individuos se ha vinculado ampliamente con la frecuencia de la migraña en la población general, los resultados son contradictorios ya que mientras algunos autores vinculan esta enfermedad con los desempleados y jubilados,¹⁶ otros los asocian con los trabajadores a tiempo completo,²⁴ las diferencias metodológicas entre los estudios y las diferencias sociales, culturales y económicas entre las diferentes regiones y países pueden ser la mejor explicación para tal diversidad de resultados.

El nivel educacional identificado en esta investigación está en relación con el grado de escolarización de la población cubana, otros autores también encuentran un predominio de la migraña entre personas con estudios terminados de nivel secundario, preuniversitario y universitario,^{15,24} al contrario, Fernández de las Peñas,¹⁶ en su estudio en España encontró una relación inversa y significativa entre el nivel escolar y la prevalencia de la migraña.

El alcohol, el café y el tabaco se han identificado entre las sustancias que son capaces de desencadenar un ataque de migraña²⁶ y a la vez están incluidos en la clasificación de la sociedad internacional de cefaleas como causas de cefaleas secundarias,¹ que pueden coexistir con la migraña, debido a la elevada frecuencia de esta en la población general. Las náuseas, los vómitos, la fotofobia y la fonofobia están incluidos entre los criterios que permiten diagnosticar la migraña y pueden ser observados con alguna frecuencia en

otras cefaleas primarias y secundarias.¹ Su frecuencia es elevada en pacientes migrañosos y se ha demostrado que disminuye con la edad.^{1, 27}

La coexistencia de varios patrones de cefaleas en un mismo paciente no es infrecuente²⁸ por lo que la Sociedad Internacional de cefaleas estimula el reporte diferenciado de cada uno de los tipos de cefalea que se identifiquen en los pacientes,¹ la cefalea tensional es de mayor prevalencia a nivel poblacional que la migraña,^{1,7,15} y otras cefaleas primarias que se reportan con relativa frecuencia^{7,15} son en ocasiones comórbidas con la migraña, contribuyen con una mayor frecuencia de cefaleas, de dificultad para que el médico haga un correcto diagnóstico y de consumo de analgésicos y otros medicamentos para aliviar el dolor.

Al igual que en la presente investigación, otros estudios identifican una gran frecuencia de ansiedad, depresión y trastornos del sueño en los pacientes con migraña,²⁹ existen fuertes evidencias de una vinculación fisiopatológica entre ellas.³⁰

La frecuencia con la que se presentan los diferentes grados de discapacidad en los pacientes con migraña depende de la población específica que se haya estudiado; los estudios realizados a nivel poblacional^{7, 14} por lo general detectan cifras más bajas de discapacidad moderada a grave que los estudios realizados en muestras de pacientes obtenidas de clínicas especializadas y hospitales de nivel terciario.²⁴

En este estudio hubo un predominio significativo de la discapacidad mínima entre los hombres y del sexo femenino en los grados intermedios, llama la atención la cifra de hombres con discapacidad grave, que no tiene significación estadística pero si significación clínica teniendo en cuenta la gran diferencia de la prevalencia de acuerdo al sexo. Se ha vinculado al sexo femenino con los grados más altos de discapacidad;^{8,13,14} la posible explicación al predominio masculino identificado en este estudio puede ser la existencia de una mayor comorbilidad con otras cefaleas entre los hombres y una mayor frecuencia de mala calidad del sueño y de consumo abusivo de medicamentos analgésicos y opioides. Por otra parte se identificó una asociación entre el género masculino y la necesidad de autonomía, el control emocional y la subestimación de la necesidad de ayuda,³¹ lo que genera tendencia a la automedicación con el riesgo de abuso de analgésicos, la menor demanda de asistencia sanitaria y la posible progresión a formas más discapacitantes de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Se concluye que la prevalencia de migraña es elevada en la población estudiada; existe una gran frecuencia de ansiedad, depresión, mala calidad del sueño, cefaleas comórbidas y abuso de medicamentos analgésicos. Predominó la discapacidad mínima a ligera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Headache Classification Subcommittee of the IHS. The international classification of headache disorders, 2nd ed. Cephalalgia [Internet]. 2004 [citado 21 Nov 2005]; Suppl 1:S24. Disponible en: http://journals.sagepub.com/toc/cepa/24/1_suppl.
2. Garza I, Schwedt TJ, Robertson CE, Smith JN. Headache and Other Craniofacial Pain. En: Daroff RB, Mazziotta JC, Jankovic J, Pomeroy SL, eds. Bradley's Neurology in Clinical Practice, 7th ed. [Internet]. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2016. p. 1686-719 [citado 10 Dic 2016]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9780323287838001034>.
3. Borsook D, Dodick DW. Taking the headache out of migraine. Neurol Clin Pract [Internet]. 2015 [citado 1 Mar 2016]; 5(4):317-25. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4549713/>.
4. Jia Z, Yu S. Grey matter alterations in migraine: A systematic review and meta-analysis. NeuroImage Clin [Internet]. 2017 [citado 30 Ene 2017]; 14:130-40. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213158217300190>.
5. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet [Internet]. 2015 [citado 15 Feb 2017]; 386(9995):743-800. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561509/>.
6. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet [Internet]. 2016 [citado 10 Dic 2016]; 388:1545-602. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5055577/pdf/main.pdf>.

-
7. Quesada Vázquez AJ, Contreras Maure LJ, Álvarez Aliaga A, Traba Tamayo ER. Prevalencia de cefaleas primarias en una población rural cubana. Rev Neurol [Internet]. 2009 [citado 1 Mar 2016]; 49(3):131-5. Disponible en: <http://www.neurologia.com/articulo/2008651>.
8. Quesada Vázquez AJ, Contreras Maure LJ, Traba Tamayo ER, Frómeta Guerra A. Migraña: características clínicas y discapacidad en una población rural cubana. Rev Neurol [Internet]. 2010 [citado 1 Mar 2016]; 50(2):72-6. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2008652>.
9. Streef S, Donneau AF, Dardenne N, Hoge A, Bruyere O, Albert A, et al. Validation of an extended French version of ID Migraine™ as a migraine-screening tool. Cephalalgia. 2015; 35(5):437-42. doi: 10.1177/0333102414544910.
10. Gonzáles Llana FM. Instrumentos de evaluación psicológica. [Internet]. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2007 [citado 20 Oct 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/ins-eva-psicol/completo.pdf.
11. Luna Solís Y, Robles Arana Y, Agüero Palacios Y. Validación del Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh en una muestra peruana. Anales de Salud Mental [Internet]. 2015 [citado 11 Nov 2016]; XXXI (2):23-30. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/download/15/14>.
12. Shaik MM, Hassan NB, Tan HL, Bhashar S, Gan SH. Validity and Reliability of the Bahasa Melayu Version of the Migraine Disability Assessment Questionnaire. Biomed Res Int [Internet]. 2014 [citado 20 Dic 2016] ; 2014 :435856. Disponible en : <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/435856/cta/>.
13. Queiroz LP, Silva Junior AA. The Prevalence and Impact of Headache in Brazil. Headache [Internet]. 2015 [citado 11 Nov 2016]; 55(Suppl 1):32-8. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/head.12511/pdf>.
14. Özdemir G, Aygül R, Demir R, Özel L, Ertekin A, Ulvi H. Migraine prevalence, disability, and sociodemographic properties in the eastern region of Turkey: a population-based door-to-door survey. Turk J Med Sci. 2014; 44(4):624-9.

-
15. El-Sherbiny NA, Masoud M, Shalaby NM, Shehata HS. Prevalence of primary headache disorders in Fayoum Governorate, Egypt. *J Headache Pain* [Internet]. 2015 [citado 21 Nov 2016]; 16:85-92. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4593989/pdf/10194_2015_Article_569.pdf.
16. Fernández de las Peñas C, Palacios Ceña D, Salom Moreno J, López de Andrés A, Hernández Barrera V, Jiménez-Trujillo I, et al. Has the prevalence of migraine changed over the last decade (2003–2012)? A Spanish population-based survey. *PLoS ONE* [Internet]. 2014 [citado 30 Dic 2016]; 9 (10):e110530. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0110530&type=printable>.
17. Smitherman TA, Burch R, Sheikh H, Loder E. The prevalence, impact, and treatment of migraine and severe headaches in the United States: a review of statistics from national surveillance studies. *Headache* [Internet]. 2013 [citado 30 Dic 2016]; 53(3):427-36. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/head.12074/pdf>.
18. Merikangas KR. Contributions of epidemiology to our understanding of migraine. *Headache* [Internet]. 2013 [citado 30 Dic 2016]; 53(2):230-46. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/head.12038/pdf>.
19. Álvaro González LC. Migraña y teoría evolutiva: vías para un acercamiento clínico. *Rev Neurol.* [Internet]. 2016 [citado 30 Dic 2016]; 63: 315-25. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/6307/bq070315.pdf>.
20. Antonaci F, Voiticovschi-Ioso C, Di Stefano AL, Galli F, Ozge A, Balottin U. The evolution of headache from childhood to adulthood: a review of the literatura. *J Headache Pain* [Internet]. 2014 [citado 30 Dic 2016]; 15: 15. Disponible en: <https://thejournalofheadacheandpain.springeropen.com/articles/10.1186/1129-2377-15-15>.
21. Ripa P, Ornello R, Degan D, Tiseo C, Stewart J, Pistoia F. Migraine in menopausal women: a systematic review. *Int J Women Health* [Internet]. 2015 [citado 30 Dic 2016]; 7: 773–82. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4548761/>.

-
22. Yavuz BG, Aydinlar EI, Dikmen PY, Incesu C. Association between somatic amplification, anxiety, depression, stress and migraine. *J Headache Pain* [Internet]. 2013 [citado 30 Dic 2016]; 14:53. Disponible en: <http://www.thejournalofheadacheandpain.com/content/14/1/53>.
23. Song TJ, Kim YJ, Kim BK, Kim BS, Kim JM, Kim SK, et al. Characteristics of elderly-onset (≥ 65 years) headache diagnosed using the International Classification of Headache Disorders, third edition beta version. *J Clin Neurol* [Internet]. 2016 [citado 30 Dic 2016]; 12(4):419-25. Disponible en: <https://thejcn.com/DOIx.php?id=10.3988/jcn.2016.12.4.419>.
24. Wang SJ, Wang PJ, Fuh JL, Peng KP, Nq K. Comparisons of disability, quality of life, and resource use between chronic and episodic migraineurs: A clinic-based study in Taiwan. *Cephalalgia*. 2013; 33(3):171-81. doi: 10.1177/0333102412468668.
25. Malone CD, Bhowmick A, Wachholtz AB. Migraine: treatments, comorbidities, and quality of life, in the USA. *J Pain Res* [Internet]. 2005 [citado 10 May 2016]; 8: 537-47. Disponible en: <https://www.dovepress.com/migraine-treatments-comorbidities-and-quality-of-life-in-the-usa-peer-reviewed-fulltext-article-JPR>.
26. Zaeem Z, Zhou L, Dilli E. Headaches: a Review of the Role of Dietary Factors. *Curr Neurol Neurosci Rep* [Internet]. 2016 [citado 30 Dic 2016]; 16:101. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11910-016-0702-1>.
27. Vongvaivanich K, Lertakyamanee P, Silberstein SD, Dodick DW. Late-life migraine accompaniments: A narrative review. *Cephalalgia*. 2015; 35(10):894-911. doi: 10.1177/0333102414560635.
28. Krøll LS, Hammarlund CS, Jensen RH, Gard G. Migraine co-existing tension-type headache and neck pain: Validation of questionnaires. *Scand J Pain* [Internet]. 2015 [citado 30 Dic 2016]; 8:10-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2015.03.002>.
29. Dikmen PY, Yavuz BG, Aydinlar EI. The relationships between migraine, depression, anxiety, stress, and sleep disturbances. *Acta Neurol Belg* [Internet]. 2015 [citado 10 Dic 2016]; 115:117-22. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs13760-014-0312-0>.

30. Nosedá R, Kainz V, Borsook D, Burstein R. Neurochemical pathways that converge on thalamic trigeminovascular neurons: potential substrate for modulation of migraine by sleep, food intake, stress and anxiety. PLoS ONE [Internet]. 2014 [citado 30 Dic 2016]; 9(8):e103929. Disponible en:

<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0103929>.

31. Deepa J, Ram D, Sundarmurthy H, Rathod H, Rathod S. Study of barrier to help seeking and its relationships with disability in patients with headache. J Clin Diagn Res [Internet]. 2016 [citado 30 Dic 2016]; 10(10):VC01-5. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5121768/>.

Recibido: 28 de abril de 2017.

Aprobado: 25 de mayo de 2017.

Andrés José Quesada Vázquez. Hospital General Universitario Carlos M. de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba. Email: andresquesada2012@gmail.com