

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Grado en Medicina



**Universidad
Europea**

EL IMPACTO DE LA MIGRAÑA SOBRE EL DESEO GESTACIONAL DE MUJERES EN
EDAD FÉRTIL: ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL DE OCTUBRE 2024 A
ENERO 2025

Tutor clínico: Dra. Talía Liaño Sánchez

Tutor metodológico: Rocío Queipo Matas

Servicio: Neurología

Alumno: Miguel Mesa del Castillo Muñoz

Hospital: Hospital Universitario Ruber Juan Bravo

*A mi abuelo, el Dr. Miguel Mesa del Castillo, cuyo nombre y
vocación me han servido de guía todos estos años.
A mis abuelas, padres y hermanas, gracias por el apoyo
incondicional y la confianza.
A mis amigos y compañeros, sin vosotros este viaje no tendría
sentido.*

Índice:

1. Resumen y palabras clave.....	1
2. Introducción.....	4
3. Hipótesis y Objetivos.....	8
4. Metodología.....	8
a. Diseño del estudio.....	8
b. Ámbito y población del estudio.....	8
Criterios de Inclusión/ Exclusión.....	8
Cálculo del tamaño muestral.....	9
c. Selección y definición de las variables.....	9
d. Recogida de datos.....	10
5. Plan de análisis estadístico.....	10
6. Aspectos éticos y legales.....	11
7. Resultados.....	12
8. Discusión.....	18
9. Conclusiones.....	21
10. Bibliografía.....	22
11. Anexos.....	I
a. Variables.....	I
b. Encuesta Maternidad y Migraña.....	II
c. Informe del Comité de Ética.....	III
d. Consentimiento informado.....	IV
e. Compromisos.....	V

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Introducción

La migraña es una enfermedad neurológica que puede influir en distintos aspectos de la vida diaria de las mujeres en edad fértil, incluyendo su planificación familiar. Este estudio analizó el impacto de la migraña sobre el deseo gestacional en mujeres con migraña.

Objetivos:

El objetivo principal fue determinar el porcentaje de mujeres con migraña que habían renunciado a la maternidad debido a esta patología.

Metodología:

Se llevó a cabo un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. La población incluida fueron mujeres entre 18 y 49 años diagnosticadas de migraña, que aceptaron participar voluntariamente mediante la firma del consentimiento informado. Aunque se estimó un tamaño muestral de 683 participantes, el número final fue de 46. La recogida de datos se realizó mediante una encuesta administrada en la consulta de Neurología de la Dra. Liaño. La variable principal fue la renuncia a la maternidad por la migraña, expresada en frecuencias absolutas y relativas. Las variables secundarias se analizaron mediante tablas de contingencia y regresión logística binaria. La edad se analizó tras comprobar su normalidad, y se expresó como media y desviación estándar. El nivel de significancia estadística se estableció en $p < 0,05$. El análisis se llevó a cabo con el software Jamovi.

Resultados:

El 4,3% de las mujeres encuestadas manifestó haber renunciado a la maternidad por la migraña. No se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre esta variable y otros factores como el tipo de migraña, el deseo de hijos en el futuro o la percepción sobre el embarazo y los tratamientos. Sin embargo, se identificaron preocupaciones frecuentes: un 56,6% temía un empeoramiento de la migraña durante el embarazo, un 69,9% estaba preocupada por la transmisión genética y un 37% dudaba sobre la seguridad de los tratamientos durante la gestación.

Conclusiones:

Aunque la migraña no parece influir de forma significativa en la decisión de renunciar a la maternidad, sí genera un nivel relevante de preocupación entre las pacientes, lo cual podría condicionar indirectamente en su decisión reproductiva. Conocer estas inquietudes podría permitir un abordaje clínico más personalizado y mejorar su calidad de vida.

Palabras clave: migraña, deseo gestacional, crianza, planificación familiar, mujer en edad fértil.

ABSTRACT AND KEYWORDS

Introduction:

Migraine is a neurological disorder that can affect various aspects of life in women of childbearing age, including their reproductive planning. This study aimed to its impact on the desire of motherhood.

Objectives:

To determine the percentage of women with migraine who had given up motherhood because of the condition.

Methods:

A prospective, cross-sectional, observational and descriptive study was carried out during a neurology consultation. Women aged 18 to 49 with a diagnosis of migraine who signed informed consent were included. Although the estimated sample size was 683, the final number was 46. Data were collected via a survey and analyzed using contingency tables and binary logistic regression. Age was expressed as mean and standard deviation after testing for normality. A p-value < 0.05 was considered statistically significant. Jamovi software was used for analysis.

Results:

4.3% of participants reported having given up motherhood because of migraine. No statistically significant associations were found between this variable and other factors such as migraine type, future reproductive desire, or perceptions of pregnancy and treatment. However, common concerns included fear of worsening migraine during pregnancy (56.6%), genetic transmission (69.9%), and the safety of treatments during gestation (37%).

Conclusions:

Although migraine does not appear to significantly influence the decision to forgo motherhood, it generates considerable concern among patients, which could indirectly affect reproductive choices. Understanding these concerns could help clinicians provide more personalized care and improve quality of life.

Key words: migraine, reproductive desire, parenting, family planning, woman of childbearing age.

2. INTRODUCCIÓN

La migraña es una enfermedad neurológica de gran prevalencia e impacto funcional, que representa actualmente la segunda causa de discapacidad a nivel mundial y la primera entre mujeres jóvenes en edad reproductiva (1). En España, el 80 % de los pacientes migrañosos son mujeres, siendo más frecuente en aquellas entre los 20 y 40 años, coincidiendo con el periodo de máxima fertilidad (2). En este grupo, los episodios de migraña suelen ser más prolongados, intensos y discapacitantes, con mayor riesgo de recurrencia y un tiempo de recuperación más lento.

Además, se ha documentado que la migraña repercute en la productividad laboral y en la capacidad para mantener relaciones sociales y familiares, afectando tanto al rendimiento académico o profesional como al disfrute del tiempo de ocio (3,4), lo que afecta negativamente a la calidad de vida de las pacientes, incluso fuera de los episodios agudos. Este impacto no se limita al ámbito individual, sino que también repercute en su entorno familiar y social, ya que los convivientes refieren dificultades en la vida doméstica y en las actividades compartidas debido a la enfermedad (5).

La migraña se define como una cefalea primaria, es decir, no es consecuencia de una lesión estructural ni de una enfermedad sistémica subyacente. Se caracteriza por episodios recurrentes de cefalea pulsátil, habitualmente hemicraneal, que pueden variar en duración, intensidad y frecuencia. La crisis puede asociarse a síntomas como náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia, afectando de forma significativa la calidad de vida del paciente (6).

Desde el punto de vista clínico, se clasifica en migraña con aura y sin aura. La migraña sin aura se inicia de forma súbita, mientras que la forma con aura se caracteriza por síntomas neurológicos transitorios que preceden o acompañan a la cefalea, como escotomas centelleantes, parestesias, afasia o debilidad muscular unilateral (7). Estos fenómenos se explican por la denominada despolarización cortical propagada (8).

Asimismo, algunos pacientes experimentan pródromos horas o días antes del ataque, con síntomas como fatiga, irritabilidad, antojos alimentarios, rigidez cervical o hipersensibilidad a estímulos (9).

En función de su frecuencia, la migraña puede clasificarse como episódica (menos de 15 días de cefalea al mes) o crónica (15 o más días al mes durante al menos tres meses). Esta última representa una forma más grave y limitante, y se asocia a una mayor carga de enfermedad, alteraciones del estado de ánimo, mayor consumo de recursos sanitarios y peor pronóstico funcional (9). Estudios poblacionales han demostrado que las personas con migraña crónica presentan un impacto significativamente mayor en su vida diaria en comparación con aquellas con formas episódicas (10).

En cuanto al abordaje de la migraña, disponemos de medidas farmacológicas y no farmacológicas. El tratamiento agudo se basa en el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) para crisis leves a moderadas, y triptanes para crisis graves. Estos últimos, agonistas de los receptores 5-HT_{1B/1D}, son actualmente el tratamiento de elección, por su eficacia y perfil de seguridad superior al de los antiguos ergotamínicos (11,12). En algunos casos puede recurrirse al uso de opioides, aunque se desaconseja su uso prolongado por el riesgo de cronificación.

La terapia preventiva está indicada en pacientes con crisis frecuentes o muy incapacitantes, y abarca un amplio abanico terapéutico: betabloqueantes, antagonistas del calcio, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina, anticonvulsivantes o toxina botulínica tipo A (11). Sin embargo, uno de los grandes retos clínicos es la elección del tratamiento en mujeres en edad fértil, ya que muchos de estos fármacos tienen efectos teratogénicos o no cuentan con estudios suficientes en gestantes, lo que genera gran incertidumbre y ansiedad entre aquellas pacientes que desean un embarazo (13,14). Además, la necesidad de una administración diaria prolongada, los posibles efectos adversos y las expectativas poco realistas sobre los resultados del tratamiento contribuyen a una baja aceptación y adherencia por parte de las pacientes, especialmente si no reciben una información clara y personalizada sobre sus beneficios y limitaciones (15).

En este contexto, se han revisado los medicamentos tradicionalmente considerados seguros. Por ejemplo, el paracetamol ha sido recientemente objeto de debate, mientras que el uso de AINEs está contraindicado a partir del tercer trimestre (16).

La relación entre migraña y deseo gestacional ha sido objeto de escasa investigación. No obstante, se ha documentado que un número significativo de mujeres evita o pospone el embarazo debido a su enfermedad (17). En estudios recientes, se ha observado que aquellas con migraña crónica, especialmente las que presentan una clara relación entre las crisis y el ciclo menstrual, son más propensas a renunciar a la maternidad (17). Entre sus principales preocupaciones se encontraba el miedo al empeoramiento durante la gestación, la inseguridad sobre el uso de tratamientos antimigrañosos en el embarazo y la percepción de que la migraña dificultaría la crianza (17). Estos temores no son infundados, ya que se ha documentado que la migraña materna se asocia a un mayor riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales como preeclampsia, parto prematuro, bajo peso al nacer y mayor ingreso en unidades de cuidados intensivos neonatales (17).

Por otro lado, muchas mujeres con migraña manifiestan preocupación por el impacto que la enfermedad podría tener en la crianza de los hijos. Se ha descrito que la migraña materna puede repercutir negativamente en el bienestar emocional de los menores, especialmente cuando los episodios son intensos o frecuentes, lo que se refleja tanto en la dinámica familiar como en la percepción que los propios hijos tienen sobre su calidad de vida y su relación con la madre (18).

Además del ámbito reproductivo, la migraña afecta otros dominios de la vida cotidiana. Estudios como el Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) han demostrado su influencia negativa en las relaciones de pareja, el entorno familiar, el desarrollo profesional y la estabilidad económica. El 9,5 % de las mujeres con migraña crónica en este estudio afirmaron haber renunciado o postergado la maternidad debido a la enfermedad. Asimismo, más del 60 % consideraba que sería una mejor madre si no padeciera migraña. Estos datos reflejan el gran impacto de la enfermedad, no solo desde una perspectiva clínica, sino también emocional y social (19). Otro estudio realizado por la clínica Mayo, reveló que un 20% de mujeres recogidas en el American Registry for Migraine Research (ARMR) evitó el embarazo debido a la migraña (20).

A pesar de ello, en la práctica clínica habitual se exploran escasamente los efectos de la migraña sobre la vida reproductiva de las pacientes. Las consultas suelen centrarse en la frecuencia e intensidad de las crisis, dejando de lado aspectos tan relevantes como el deseo gestacional o la planificación familiar.

Esta omisión puede llevar a una falta de acompañamiento y a decisiones no informadas, afectando tanto a la salud de la mujer como a su autonomía. De forma similar, estudios internacionales han evidenciado una comunicación insuficiente entre mujeres jóvenes con migraña y sus médicos, lo que limita un abordaje integral y personalizado de la enfermedad (21,22).

El presente trabajo de fin de grado nació con el objetivo de arrojar luz sobre este fenómeno. A través de un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, realizado mediante encuestas en una consulta de Neurología, se cuantificó el porcentaje de mujeres que renunciaron a la maternidad por su diagnóstico de migraña y se identificaron sus principales miedos y creencias al respecto.

Con esta información, se buscó contribuir a mejorar la atención global de estas pacientes, promoviendo un enfoque más empático, personalizado y centrado en sus necesidades vitales.

Justificación del estudio

Es escasa la información que hay respecto al impacto de la migraña en los deseos de gestación de las pacientes que las padecen, por tanto, el objetivo de este trabajo fue ofrecer una perspectiva mayor hacia esta problemática, ya que son muchas las mujeres que sufren de esta patología y que a su vez desean tener hijos. De esta manera se pudieron identificar las preocupaciones de las pacientes para poder abordarlas de una manera más personalizada, y, en conclusión, poder mejorar su calidad de vida.

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

A continuación, se expone la hipótesis del estudio y los objetivos de este.

Hipótesis: un 20% de mujeres en edad fértil que padecen de migrañas rechazan la maternidad por su patología (20).

Objetivos:

- Objetivo principal: determinar el porcentaje de mujeres en edad fértil con migrañas que rechazan la maternidad debido a esta patología.
- Objetivos secundarios:
 - Identificar si hay ciertos patrones de migraña (migraña episódica vs crónica) que afectan de forma distinta en el deseo de tener hijos.
 - Investigar si a las pacientes les preocupa transmitir a su descendencia la predisposición a padecer migrañas.
 - Evaluar las creencias que tienen las pacientes sobre los tratamientos antimigrañosos y los efectos que pueden tener en el embarazo.

4. METODOLOGÍA

a. Diseño del estudio

Para cumplir los objetivos mencionados previamente, se realizó estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo.

b. Ámbito y población del estudio:

Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión:
 - Pacientes mujeres mayores de edad que se encuentren en edad fértil (18 a 49 años).
 - Pacientes con diagnóstico de migraña.
 - Pacientes que, voluntariamente, hayan firmado el consentimiento informado.
- Criterios de exclusión:
 - Paciente con otra patología neurológica diagnosticada, a parte de la migraña, que interfiera directamente con la planificación familiar o que pueda alterar el impacto de la migraña.

Cálculo del tamaño muestral

Para realizar un análisis representativo sobre el impacto de la migraña en decisiones de maternidad entre mujeres en edad fértil, se requirió una muestra de 683 pacientes, esperando que la proporción de mujeres que renunciaron a la maternidad debido a la migraña fuera del 20%. Con este tamaño se garantizó un nivel de confianza del 95%, aceptando un margen de error del 3%. No obstante, se contempló desde el inicio que el número de participantes podría ser menor, y finalmente, la muestra utilizada fue de 46 pacientes.

c. Selección y definición de variables

La variable principal del estudio fue si la paciente había renunciado a la maternidad debido a su diagnóstico de migraña, tratándose de una variable cualitativa dicotómica nominal (Sí/No). Esta permitió cuantificar de forma directa el impacto percibido de la migraña sobre la planificación familiar y se consideró la variable dependiente del estudio.

Entre las variables secundarias recogidas se incluyeron la edad (cuantitativa continua expresada en años); si la paciente tenía hijos (Sí/No), variable cualitativa dicotómica de escala nominal; el tipo de migraña diagnosticada (episódica de baja frecuencia, episódica de alta frecuencia o crónica), variable cualitativa politómica nominal; y si deseaba tener hijos en el futuro (Sí/No), variable cualitativa dicotómica nominal.

Asimismo, se registraron variables relacionadas con percepciones y creencias de las pacientes, todas ellas variables cualitativas de escala nominal, de tipo dicotómico o politómico según el caso. Estas incluyeron: si había pospuesto la maternidad por la migraña, si consideraba que esta empeoraba durante el embarazo, si creía que los tratamientos antimigrañosos eran seguros durante la gestación, si opinaba que la crianza podría verse afectada por la enfermedad y si le preocupaba la transmisión de la migraña a su descendencia. Estas variables se recogieron en formato categórico (Sí/No o Sí/No/No estoy segura).

Todas las variables se seleccionaron por su relevancia clínica y su posible influencia en la decisión reproductiva, en línea con los objetivos del estudio. Se recogieron mediante una encuesta que se rellenó en consulta. La clasificación detallada de todas las variables se presenta en la tabla del Anexo I.

d. Recogida de datos

Este estudio prospectivo se llevó a cabo mediante la recogida de datos en la consulta de Neurología de la Dra. Liaño, en el Hospital Universitario Ruber Juan Bravo, entre los meses de octubre de 2024 y enero de 2025. La información fue obtenida a través de encuestas estructuradas, realizadas por las pacientes durante la consulta, dicha encuesta puede ser revisada en el Anexo II. La selección de las participantes se realizó siguiendo los criterios de inclusión y exclusión definidos en el protocolo y los datos fueron registrados de forma anónima, garantizando la confidencialidad y la protección de la información personal. Por último, se introdujeron en una base de datos creada específicamente para el análisis estadístico.

5. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se estructuró en dos fases: descriptiva y bivariada, con el objetivo de caracterizar la muestra y explorar asociaciones relevantes entre variables clínicas, sociodemográficas y percepciones personales en mujeres con migraña.

Análisis descriptivo

Se describieron las características sociodemográficas y clínicas de las participantes.

- La variable principal del estudio (haber renunciado a la maternidad por la migraña) fue analizada mediante frecuencias absolutas y relativas, cumpliendo así el objetivo principal del trabajo.
- Las variables cualitativas, como el tipo de migraña, tener o no hijos, deseo gestacional, percepción de empeoramiento durante el embarazo, preocupación por la crianza o por la transmisión genética de la enfermedad, también se examinaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes.
- La edad, como variable cuantitativa continua, se analizó previamente para comprobar su distribución mediante el test de Shapiro-Wilk. Al confirmar que seguía una distribución normal, se expresó utilizando la media y la desviación estándar.

Análisis bivariado

Se analizaron asociaciones entre diferentes variables cualitativas mediante el test de Chi-cuadrado (χ^2). Las principales comparaciones realizadas fueron:

- Asociación entre el tipo de migraña (episódica/crónica) y la renuncia a la maternidad.
- Asociación entre el tipo de migraña y el deseo actual de tener hijos.
- Asociación entre la preocupación por transmitir la migraña a los hijos y la renuncia a la maternidad.
- Asociación entre la percepción sobre la seguridad de los tratamientos durante el embarazo y la renuncia a la maternidad.

Estas asociaciones permitieron responder a los objetivos secundarios planteados. En todos los análisis se estableció un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Generalidades

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa Jamovi. La base de datos fue previamente depurada y codificada para su correcta interpretación.

6. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario de Getafe con el código V2 2024-2025, en el Anexo III se puede encontrar la resolución favorable correspondiente. Todas las participantes firmaron un consentimiento informado por escrito antes de su inclusión en el estudio, que se encuentra en el Anexo IV.

El tratamiento de los datos personales se realizó conforme a la legislación vigente: la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales; el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (RGPD); el Real Decreto 1720/2007, de desarrollo de la citada ley orgánica; y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Se garantizó en todo momento la confidencialidad, seguridad y no reidentificación de las participantes. Además, se cumplieron los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, el informe Belmont, el Convenio de Oviedo sobre derechos humanos y biomedicina, y la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.

El investigador firmó un compromiso de confidencialidad y de cumplimiento normativo, que se puede encontrar en el Anexo V.

7. RESULTADOS

Se incluyó un total de 46 mujeres con diagnóstico de migraña. La edad media fue de 35,1 años (DE = 5,34), con un rango de edades entre 25 y 45 años.

Tabla 1. Datos Descriptivos De La Edad De Las Participantes

N	46
Media	35,1
Mediana	35,0
Desviación estándar	5,34
Mínimo	25
Máximo	45

A continuación, en la tabla 2, se describen las características de la muestra en relación con el tipo de migraña, el deseo de maternidad, la percepción sobre el impacto de la migraña durante el embarazo y la crianza, así como las creencias acerca de la seguridad de los tratamientos durante la gestación.

En cuanto al tipo de migraña, 7 participantes (15,2%) presentaban migraña crónica, 13 (28,3%) migraña episódica de alta frecuencia, y la mayoría, 26 mujeres (56,5%), migraña episódica de baja frecuencia.

De las 46 mujeres incluidas en el estudio, solo 2 (4,3%) manifestaron haber renunciado a la maternidad debido a la migraña, mientras que 44 (95,7%) no lo hicieron.

Respecto a la situación familiar, 25 mujeres (54,3%) no tenían hijos en el momento de la encuesta y 21 (45,7%) sí los tenían. El 43,5% expresó deseo de tener hijos en el futuro, frente al 56,5% que no lo deseaba.

Percepciones sobre el embarazo y la maternidad:

En relación con las percepciones sobre el embarazo, 26 participantes (56,5%) creían que la migraña empeora durante la gestación, 11 (23,9%) opinaban lo contrario y 9 (19,6%) no estaban seguras. En cuanto a la seguridad de los tratamientos durante el embarazo, 18 mujeres (39,1%) consideraban que los fármacos son seguros, 17 (37,0%) lo negaban y 11 (23,9%) lo desconocían.

El 17,4% creía que la migraña afecta o podría afectar la crianza, mientras que el 82,6% no lo percibía así. Finalmente, 32 participantes (69,6%) expresaron preocupación por una posible transmisión genética de la migraña a sus hijos.

Tabla 2. Características relacionadas con la migraña, maternidad y percepción de los tratamientos en la muestra estudiada.

Variable	Categoría	n	%	IC (95%)
Tipo de migraña	Migraña crónica	7	15,2	7,6%-28,2%
	Episódica alta frecuencia (8-14/mes)	13	28,3	17,3%-42,5%
	Episódica baja frecuencia (< 8/mes)	26	56,5	42,2%-69,8%
Hijos	Sí	21	45,7	31,3%-60%
	No	25	54,3	40,2%-67,8%
Deseo de tener hijos en el futuro	Sí	20	43,5	29,2%-57,8%
	No	26	56,5	42,2%-69,8%
Renuncia a la maternidad por la migraña	Sí	2	4,3	-1,5%-10,2%
	No	44	95,7	85,5%-98,8%
Percepción de empeoramiento con el embarazo	Sí	26	56,5	42,2%-70,8%
	No	11	23,9	11,6%-36,2%
	No está segura	9	19,6	8,1%-31%
Creencia tratamientos seguros en embarazo	Sí	18	39,1	25%-53,2%
	No	17	37,0	23%-50,9%
	No está segura	11	23,9	11,6%-36,2%
Percepción de que la migraña afecta a la crianza	Sí	8	17,4	6,4%-28,3%
	No	38	82,6	69,3%-90,9%
Preocupación por que los hijos hereden la migraña	Sí	32	69,6	56,3%-82,9%
	No	14	30,4	19,1%-44,8%

Asociación entre el tipo de migraña y renuncia a la maternidad:

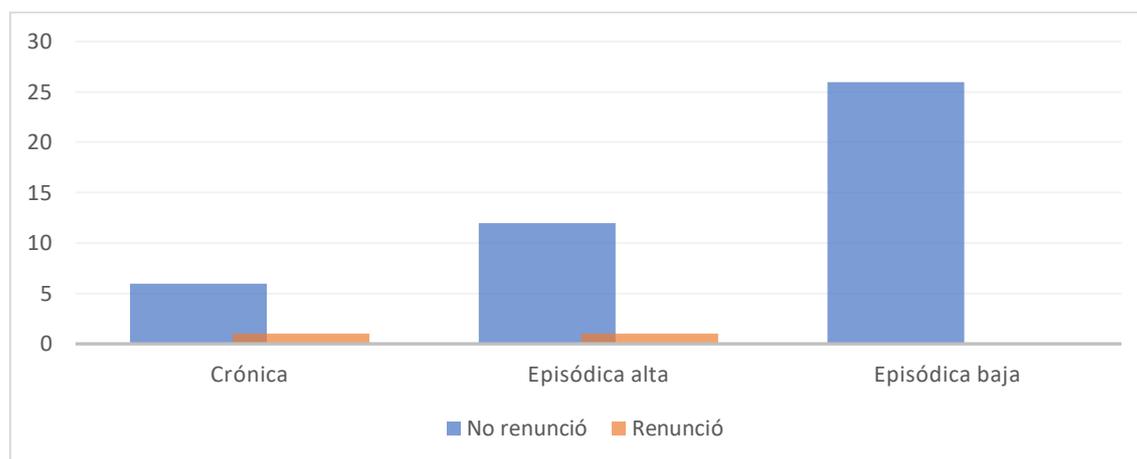
Se exploró la asociación entre el tipo de migraña y la renuncia a la maternidad, y se vio que un 14,3% de mujeres con migraña crónica y un 7,7% con migraña episódica de alta frecuencia renunció, mientras que ninguna participante con migraña episódica de baja frecuencia lo hizo. No obstante, esta diferencia no alcanzó significación estadística ($p=0,203$).

Tabla 3. Asociación Entre El Tipo De Migraña Y Renuncia A La Maternidad.

Tipo de migraña	No renunció (n, %)	Renunció (n, %)	P-valor
Migraña crónica	6 (85,7%)	1 (14,3%)	0,203
Migraña episódica de alta frecuencia (8-14/mes)	12 (92,3%)	1 (7,7%)	
Migraña episódica de baja frecuencia (< 8/mes)	26 (100,0%)	0 (0,0%)	
Total	44 (95,7%)	2 (4,3%)	

P- valor calculado con test Chi-cuadrado

Gráfico 1. Renuncia A La Maternidad Según El Tipo De Migraña.



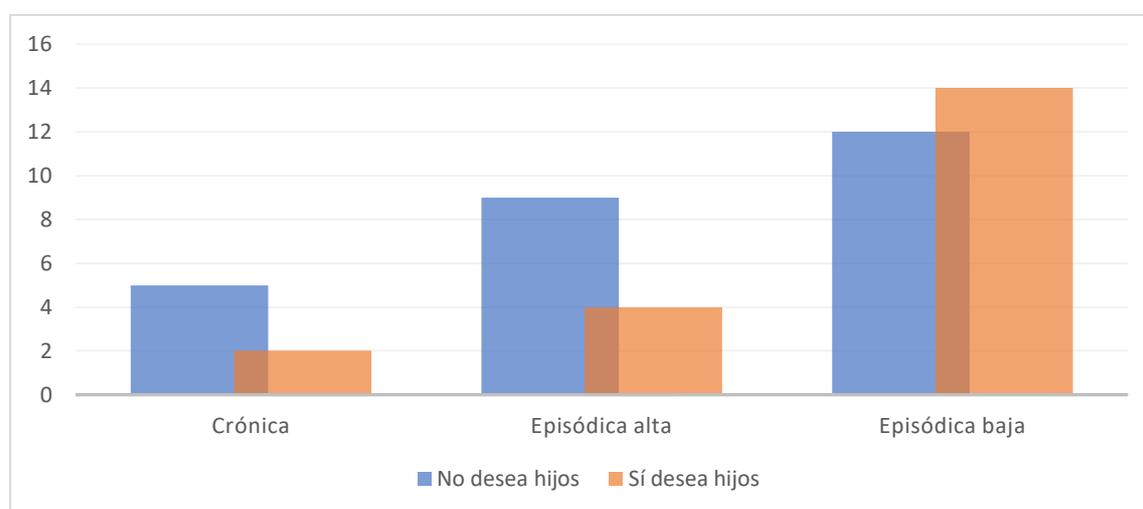
Asociación entre tipo de migraña y deseo de tener hijos:

En cuanto a la relación entre el tipo de migraña y el deseo actual de tener hijos, se observó que el deseo de maternidad fue más frecuente entre las mujeres con migraña episódica de baja frecuencia (53,8%), en comparación con aquellas con migraña episódica de alta frecuencia (30,8%) o crónica (28,6%). Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,269$).

Tabla 4. Asociación Ente El Tipo De Migraña Y El Deseo De Tener Hijos En El Futuro.

Tipo de migraña	No desea (n, %)	Sí desea (n, %)	P-valor
Migraña crónica	5 (71,4%)	2 (28,6%)	0,269
Migraña episódica de alta frecuencia (8-14/mes)	9 (69,2%)	4 (30,8%)	
Migraña episódica de baja frecuencia (< 8/mes)	12 (46,2%)	14 (53,8%)	
Total	26 (56,5%)	20 (43,5%)	
<i>P-valor calculado con test Chi-cuadrado</i>			

Gráfico 2. Deseo de tener hijos según el tipo de migraña.



Asociación entre la preocupación genética y renuncia a la maternidad:

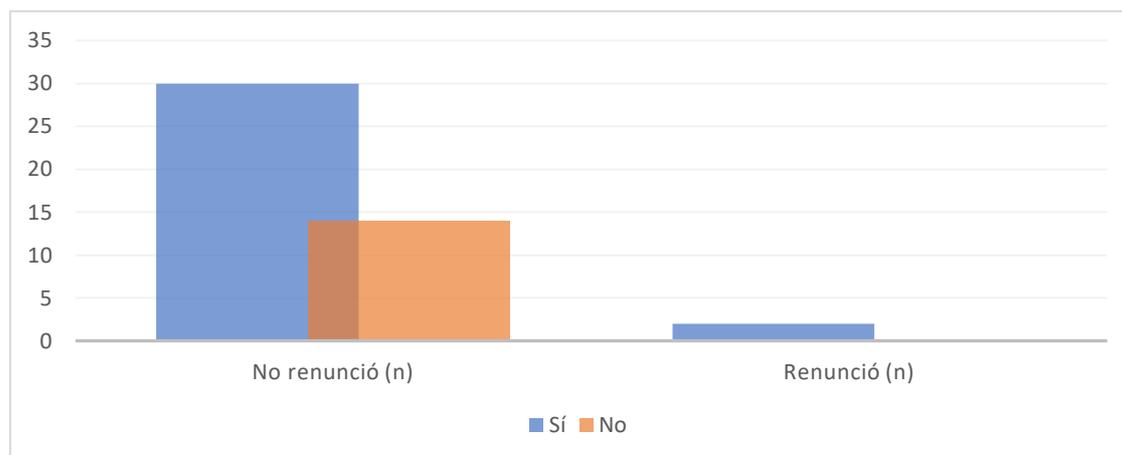
Se analizó si la preocupación ante la posibilidad de que los hijos pudieran heredar la migraña se asociaba con la renuncia a la maternidad. De las 32 mujeres que manifestaron esta preocupación, solo 2 (6,3%) renunciaron a la maternidad, frente a ninguna de las que no compartían dicha inquietud. A pesar de esta diferencia, los resultados no mostraron una asociación estadísticamente significativa ($p=0,339$).

Tabla 5. Asociación Entre Preocupación Por La Herencia De La Migraña Y Renuncia A La Maternidad.

¿Cree que sus hijos pueden padecer migraña?	No renunció (n, %)	Renunció (n, %)	P-valor
No	14 (100,0%)	0 (0,0%)	
Sí	30 (93,8%)	2 (6,3%)	
Total	44 (95,7%)	2 (4,3%)	0,339

P-valor calculado con test Chi-cuadrado

Gráfico 3. Renuncia a la maternidad por preocupación genética.



Asociación entre percepción de seguridad de los tratamientos y renuncia:

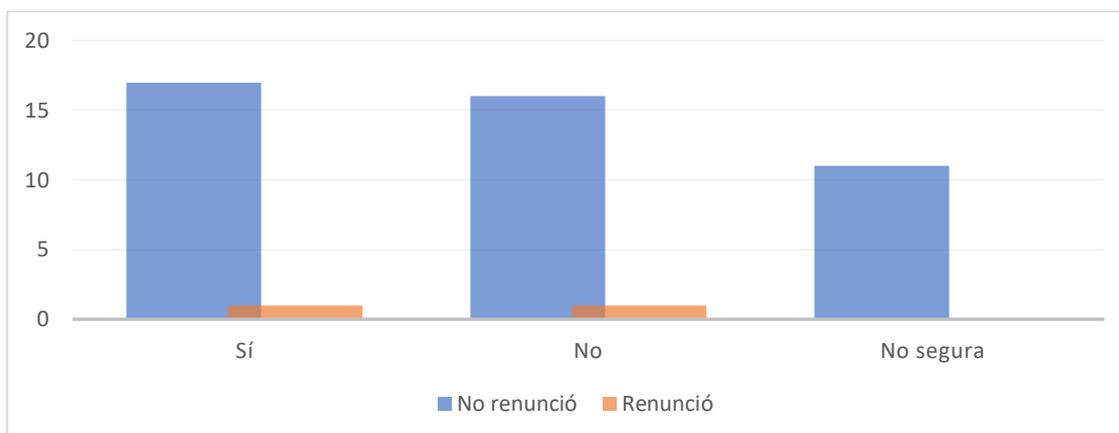
Por último, se exploró la relación entre la percepción sobre la seguridad de los tratamientos durante el embarazo y la renuncia a la maternidad. Un 5,9% de mujeres que consideraban que los tratamientos no son seguros renunciaron a la maternidad. Un 5,6% que consideraba que los tratamientos son seguros renunció a la maternidad, y ninguna de las que no estaban seguras renunció. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,719$).

Tabla 6. Asociación Entre Percepción Sobre Tratamientos Seguros En Embarazo Y Renuncia A La Maternidad.

¿Cree que hay tratamientos seguros en el embarazo?	No renunció (n, %)	Renunció (n, %)	P-valor
Sí	17 (94,4%)	1 (5,6%)	0,719
No	16 (94,1%)	1 (5,9%)	
No está segura	11 (100,0%)	0 (0,0%)	
Total	44 (95,7%)	2 (4,3%)	

P-valor calculado con test Chi-cuadrado

Gráfico 4. Renuncia A La Maternidad Según La Percepción De La Seguridad De Tratamientos.



8. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue explorar la influencia de la migraña en la decisión reproductiva de mujeres en edad fértil, concretamente si esta patología podía estar asociada con la renuncia a la maternidad. Los resultados mostraron que solo un 4,3% de las participantes había renunciado a la maternidad por este motivo, una cifra considerablemente inferior al 20% estimado inicialmente.

Los datos obtenidos no permiten confirmar la hipótesis del estudio, que planteaba una relación más directa entre migraña y renuncia a la maternidad. Tampoco se hallaron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables clínicas o perceptivas y dicha renuncia.

A pesar de ello, los hallazgos coinciden con estudios previos que señalan que la migraña afecta a aspectos vitales de la vida cotidiana, como la planificación familiar. En el estudio CaMEO, el 9,5% de las mujeres con migraña crónica afirmó haber renunciado o postergado la maternidad por su enfermedad, y más del 60% consideraba que sería mejor madre si no la padeciera (20). En nuestro estudio, aunque el porcentaje fue menor, más de la mitad de las participantes expresaron preocupaciones significativas en torno al embarazo, el uso de tratamientos y la posible transmisión hereditaria de la enfermedad.

Vivir con migraña implica convivir con una enfermedad incierta, fluctuante, y en muchas ocasiones, invisibilizada. Se ha descrito que muchas mujeres viven en estado de alerta constante, por miedo a verse incapacitadas, lo que puede condicionar sus decisiones sobre la maternidad (4). Esta carga emocional, sumada a la falta de comprensión social y médica, podría explicar por qué muchas mujeres sienten temor a no poder afrontar la crianza.

A nivel funcional, el estudio Eurolight demuestra que la migraña genera limitaciones incluso fuera de las crisis, lo que refuerza la idea de una "carga interictal", es decir, el impacto que la migraña tiene en la vida de una persona incluso en los periodos en los que no está sufriendo una crisis (23). A esto se suma el efecto en el entorno familiar: según la OMS, las enfermedades crónicas suponen una carga importante

para las familias, lo cual puede influir en el deseo de tener hijos en pacientes con migraña (24).

Adicionalmente, los resultados de este estudio coinciden con las recomendaciones clínicas actuales, que reconocen la inquietud de muchas pacientes a empeorar durante el embarazo o los efectos de los fármacos sobre el feto (16). Aunque la mayoría de los triptanes se consideran seguros, existe cierta controversia en torno al uso crónico del paracetamol, por su parte, los AINEs están contraindicados en el tercer trimestre (16). Estos datos se ven reflejados en la preocupación expresada por las participantes del estudio, especialmente entre aquellas que desconocen qué alternativas terapéuticas podrían mantenerse durante la gestación.

Por otro lado, a pesar de que una parte significativa de las participantes expresó temor al posible empeoramiento de la migraña durante la gestación, existe evidencia de que entre un 50% y un 70% de las mujeres embarazadas con migraña experimentan una mejoría de los episodios, especialmente, a partir del segundo trimestre, lo que se atribuye a la estabilidad hormonal, particularmente de los niveles de estrógenos (25). Esta mejoría, se suele observar sobre todo en mujeres con migraña sin aura. Asimismo, es importante considerar el periodo de lactancia, ya que se ha observado que la lactancia materna puede ejercer un efecto protector sobre las crisis migrañosas, debido a la estabilización estrogénica y a la acción de la prolactina y la oxitocina, hormonas que modulan positivamente la percepción del dolor, sobre todo en mujeres que optan por la lactancia materna exclusiva (26). Estos datos son de gran importancia, ya que reflejan que una mayor educación sanitaria y asesoramiento por parte de los profesionales de la salud ayudarían a reducir la ansiedad asociada al embarazo y deshacer creencias erróneas que podrían condicionar el deseo gestacional.

Si bien solo un 4,3% de las mujeres afirmó haber renunciado a la maternidad por su diagnóstico, una proporción elevada expresó preocupación por las posibles implicaciones de la enfermedad en el embarazo y la crianza. Esto sugiere que la migraña podría no ser un factor decisivo, pero sí un elemento que influya en el deseo gestacional de estas pacientes. Por tanto, una de las principales fortalezas del estudio es haber visibilizado una problemática escasamente abordada en la literatura: la relación entre migraña y deseo reproductivo.

Sin embargo, deben señalarse ciertas limitaciones metodológicas relevantes, como el tamaño muestral reducido, el diseño transversal y el uso de encuestas autoinformadas, que podrían introducir sesgos de memoria o deseabilidad social.

El principal sesgo identificado es el informativo. La naturaleza autodeclarada de los datos puede influir en la veracidad de las respuestas. Para minimizarlo, se garantizó el anonimato y confidencialidad, y se utilizó un cuestionario estructurado. Aun así, sería recomendable complementar futuros estudios con entrevistas en profundidad o cuestionarios validados.

La principal dificultad fue la baja participación de pacientes, lo que redujo el tamaño muestral y limitó la capacidad estadística del análisis. También resultó complejo formular preguntas perceptivas que fueran comprensibles para las pacientes y, al mismo tiempo, útiles desde el punto de vista investigador.

Este trabajo aporta un nuevo punto de vista sobre el impacto de la migraña en la planificación familiar, ampliando lo recogido hasta el momento en la literatura clínica. Invita a considerar el deseo gestacional como parte del abordaje integral de la migraña y a promover una comunicación más abierta entre paciente y profesional. El estudio se vincula con el ODS 3 (Salud y Bienestar), al proponer una mejora en la atención integral de mujeres con migraña, incluyendo su salud reproductiva. También contribuye al ODS 5 (Igualdad de género), al visibilizar barreras indirectas que enfrentan las mujeres con patologías crónicas en la toma de decisiones sobre maternidad. En este sentido, sería recomendable incorporar preguntas sobre el deseo gestacional en la historia clínica de las mujeres con migraña.

Asimismo, futuras investigaciones deberían ser multicéntricas, longitudinales y contemplar otras variables psicosociales como el apoyo familiar, la estabilidad económica o la experiencia con embarazos previos.

En conclusión, aunque no se confirmó la asociación entre migraña y renuncia a la maternidad, se evidenció una preocupación real por parte de las pacientes. Esta percepción debe ser tomada en cuenta en la consulta clínica, promoviendo un abordaje integral, personalizado y orientado a acompañar decisiones reproductivas libres e informadas.

9. CONCLUSIONES

El 4,3% de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de migraña encuestadas manifestó haber renunciado a la maternidad debido a su enfermedad, un porcentaje inferior al esperado inicialmente, lo que sugiere que, aunque la migraña puede generar preocupación, no siempre determina la decisión reproductiva.

No se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre el tipo de migraña (episódica vs. crónica) y la renuncia a la maternidad, aunque se apreció una mayor proporción de mujeres con migraña crónica entre aquellas que sí renunciaron, lo cual podría indicar una tendencia que merece ser explorada en estudios con mayor potencia estadística.

El 69,9% de las participantes expresó preocupación por la posibilidad de transmitir la migraña a su descendencia, lo que refleja que la herencia percibida de la enfermedad es una inquietud frecuente entre las pacientes, aunque esta preocupación no siempre se traduce en renuncia a la maternidad.

En cuanto a los tratamientos antimigrañosos, el 37% de las encuestadas expresó dudas sobre su seguridad durante el embarazo, y un 23,9% afirmó no estar segura al respecto. Estos datos evidencian una necesidad de mejorar la información proporcionada en consulta sobre la compatibilidad de los tratamientos con la gestación.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Steiner, T. J., Stovner, L. J., Jensen, R., Uluduz, D., & Katsarava, Z. (2020). Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: Findings from GBD2019. *The Journal of Headache and Pain*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s10194-020-01208-0>
2. Sociedad Española de Neurología. (s.f.). <https://www.sen.es/>
3. Dueland, A. N., Leira, R., & Cabelli, S. T. (2005). The impact of migraine on psychological well-being of young women and their communication with physicians about migraine: A multinational study. *Current Medical Research and Opinion*, 21(8), 1297–1305. <https://doi.org/10.1185/030079905X56394>
4. Rutberg, S., & Öhrling, K. (2011). Migraine – more than a headache: Women's experiences of living with migraine. *Disability and Rehabilitation*, 34(4), 329–336. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.607211>
5. MacGregor, E. A., Brandes, J., Eikermann, A., & Giammarco, R. (2004). Impact of migraine on patients and their families: The MAZE survey – Phase III. *Current Medical Research and Opinion*, 20(7), 1143–1150. <https://doi.org/10.1185/030079904125004178>
6. Burstein, R., Nosedá, R., & Borsook, D. (2015). Migraine: Multiple processes, complex pathophysiology. *The Journal of Neuroscience*, 35(17), 6619–6629. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0373-15.2015>
7. Bozoghlanian, M., & Vasudevan, S. (2011). Migraine pathophysiology. *Pain Management*, 1(4), 337–352. <https://doi.org/10.2217/pmt.11.34>
8. Olesen, J., Goadsby, P., & Steiner, T. (2003). The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *The Lancet Neurology*, 2(12), 720. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(03\)00590-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(03)00590-8)
9. Buse, D., Manack, A., Serrano, D., Reed, M., Varon, S., Turkel, C., & Lipton, R. (2012). Headache impact of chronic and episodic migraine: Results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 52, 3–17. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2011.02046.x>
10. Montañés Pauls, B. M. (2020). Actualización en el tratamiento de la migraña. *Sociedad Valenciana de Farmacia Hospitalaria*. <https://svfh.es/wp-content/uploads/2020/11/M%C3%93DULO-1.-Actualizaci%C3%B3n-en-el-tratamiento-de-la-migra%C3%B1a.pdf>
11. Marmura, M. J., Silberstein, S. D., & Schwedt, T. J. (2015). The acute treatment of migraine in adults: The American Headache Society evidence assessment of migraine pharmacotherapies. *Headache*, 55(1), 3–20. <https://doi.org/10.1111/head.12499>
12. Deneris, A., Rosati Allen, P., Hart Hayes, E., & Latendresse, G. (2017). Migraines in women: Current evidence for management of episodic and chronic migraines. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(3), 270–285. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12626>
13. MacGregor, E. A. (2004). Migraine in pregnancy. *BMJ*, 328(7442), 401–403. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7442.401>
14. D'Amico, D., & Tepper, S. J. (2008). Prophylaxis of migraine: General principles and patient acceptance. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 4(6), 1155–1167. <https://doi.org/10.2147/ndt.s3497>

15. Ishii, R., Schwedt, T. J., Kim, S. K., Dumkrieger, G., Chong, C. D., & Dodick, D. W. (2020). Effect of migraine on pregnancy planning: Insights from the American Registry for Migraine Research. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(10), 2079–2089. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.06.053>
16. U.S. Food and Drug Administration. (2020). *FDA recommends avoiding use of NSAIDs in pregnancy at 20 weeks or later because they can result in low amniotic fluid*. Recuperado de <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-recommends-avoiding-use-nsaids-pregnancy-20-weeks-or-later-because-they-can-result-low-amniotic>
17. Skajaa, N., et al. (2019). Pregnancy, birth, neonatal, and postnatal neurological outcomes after pregnancy with migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 59(9), 1390–1399. <https://doi.org/10.1111/head.13536>
18. Seng, E. K., Mauser, E. D., Marzouk, M., Patel, Z. S., Rosen, N., & Buse, D. C. (2019). When mom has migraine: An observational study of the impact of parental migraine on adolescent children. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 59, 224–234. <https://doi.org/10.1111/head.13433>
19. Buse, D. C., Fanning, K. M., Reed, M. L., Murray, S., Dumas, P. K., Adams, A. M., et al. (2019). Life with migraine: Effects on relationships, career, and finances from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) study. *Headache*, 59(8), 1286–1299. <https://doi.org/10.1111/head.13613>
20. Halker Singh, R. B., & Sirven, J. I. (2020). Migraine headaches and family planning: What we think we know. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(10), 2054–2056. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.08.026>
21. Dueland, A. N., Leira, R., Burke, T. A., Hillyer, E. V., & Bolge, S. (2004). The impact of migraine on work, family, and leisure among young women – a multinational study. *Current Medical Research and Opinion*, 20(10), 1595–1604. <https://doi.org/10.1185/030079904X3357>
22. Smith, R. (1998). Impact of migraine on the family. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 38, 423–426. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4610.1998.3806423.x>
23. Lampl, C., Thomas, H., Stovner, L. J., et al. (2016). Interictal burden attributable to episodic headache: Findings from the Eurolight project. *The Journal of Headache and Pain*, 17, 9. <https://doi.org/10.1186/s10194-016-0599-8>
24. Viana, M. C., Gruber, M. J., Shahly, V., Alhamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., de Girolamo, G., de Jonge, P., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hinkov, H., Hu, C., Karam, E. G., ... Kessler, R. C. (2013). Family burden related to mental and physical disorders in the world: Results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 35(2), 115–125. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-0919>
25. Phillips, K., Koonalintip, P., & Wakerley, B. R. (2024). Migraine and Pregnancy. *Life*, 14(10), 1224. <https://doi.org/10.3390/life14101224>
26. Allais, G., Chiarle, G., Sinigaglia, S., Mana, O., & Benedetto, C. (2019). Migraine during pregnancy and in the puerperium. *Neurological science: official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 40(Suppl 1), 81–91. <https://doi.org/10.1007/s10072-019-03792-9>

11. ANEXOS

ANEXO I: VARIABLES

Variable	Tipo de variable	de Medición	Categorías / Unidades	Rol en el estudio
Renuncia a la maternidad por la migraña	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí / No	Principal, dependiente
Edad	Cuantitativa continua	Ratio	Años	Independiente
Tiene hijos	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí / No	Independiente
Tipo de migraña diagnosticada	Cualitativa politómica	Nominal	Episódica / baja frecuencia / alta frecuencia / Crónica	Independiente
Desea tener hijos en el futuro	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí / No	Independiente
Ha pospuesto la maternidad por la migraña	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí / No	Independiente
Considera que la migraña empeora en el embarazo	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí / No	Independiente
Cree que el tratamiento antimigrañoso es seguro durante la gestación	Cualitativa politómica	Nominal	Sí / No / No está segura	Independiente
Opina que la crianza se ve afectada por la migraña	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí / No	Independiente
Le preocupa la transmisión de la migraña a la descendencia	Cualitativa dicotómica	Nominal	Sí / No	Independiente

ANEXO II: ENCUESTA MATERNIDAD Y MIGRAÑAS

1. ¿Qué edad tiene?
2. ¿Tiene hijos?
 - Si
 - No
3. ¿Qué tipo de migraña padece?
 - Migraña episódica de baja frecuencia (< 8 crisis al mes).
 - Migraña episódica de alta frecuencia (8 a 14 crisis al mes).
 - Migraña crónica (más de 15 crisis al mes).
4. ¿Desea tener hijos en el futuro?
 - Si
 - No
5. ¿Ha renunciado a la maternidad por la migraña?
 - Si
 - No
6. ¿Ha pospuesto la maternidad por la migraña?
 - Si
 - No
7. ¿Cree que la migraña empeora con el embarazo?
 - Si
 - No
 - No estoy segura
8. ¿Cree que los tratamientos contra la migraña son seguros en el embarazo?
 - Si
 - No
 - No estoy segura
9. ¿Cree que la crianza de sus hijos se puede ver afectada por la migraña?
 - Si
 - No
10. ¿Le preocupa que sus hijos puedan padecer de migrañas?
 - Si
 - No

ANEXO III: INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS (CEIm) DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE

D. Óscar Peñuelas Rodríguez, Presidente del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario de Getafe

CERTIFICA:

Que ha sido revisada la documentación presentada por el Investigador principal D. Miguel Mesa del Castillo Muñoz, alumno de la Facultad de Medicina de la Universidad Europea de Madrid, en la que se incluyen los cambios solicitados en el informe favorable condicionado, emitido por el CEIm de este Hospital, en la reunión que tuvo lugar el día miércoles, 09 de octubre de 2024 (A09/24), en relación a la evaluación del Trabajo fin de Grado titulado: **“El impacto de la migraña sobre el deseo gestacional de mujeres en edad fértil: estudio prospectivo observacional de octubre 2024 a enero 2025”**.

- **Protocolo:** *Versión 2.0, 20/11/2024*

Y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del Protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son adecuados para llevar a cabo el estudio.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto de los postulados éticos.

Por ello, este Comité emite **Informe Favorable** sobre la realización de dicho Trabajo fin de Grado a, D. Miguel Mesa del Castillo Muñoz, alumno del Grado Medicina de la Universidad Europea de Madrid, como Investigador principal y cuya tutora es la Dra. Talía Liaño Sánchez, del Servicio de Neurología de nuestro centro.

Lo que firmo en Getafe, a 17 de diciembre de 2024.



Fdo.: D. Óscar Peñuelas Rodríguez
Presidente del CEIm
Hospital Universitario de Getafe

ANEXO IV: CONSENTIMIENTO INFORMADO
HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

TÍTULO DEL ESTUDIO	EL IMPACTO DE LA MIGRAÑA SOBRE EL DESEO GESTACIONAL DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL: ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL DE OCTUBRE 2024 A ENERO 2025
CÓDIGO DEL ESTUDIO	V2, 2024-2025
INVESTIGADOR PRINCIPAL	Miguel Mesa del Castillo Muñoz
CENTRO	Hospital Universitario Ruber Juan Bravo

Introducción

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación que se realizará para el desarrollo de un Trabajo de fin de Grado en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación con medicamentos del Hospital Universitario de Getafe.

Nuestra intención es que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda decidir si acepta o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir. Si tiene alguna duda puede dirigirse a la Dra. Liaño.

Además, puede consultar con las personas que considere oportuno. En este estudio participa el Hospital Universitario Ruber Juan Bravo.

Participación voluntaria

Le invitamos a participar en el estudio porque ha sido diagnosticada de migraña, y se encuentra en el grupo de edad de estudio.

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir NO participar. Si decide participar, puede cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su atención sanitaria.

Objetivo del estudio

Es escasa la información que hay respecto al **impacto de la migraña** en los deseos de gestación de las pacientes que las padecen, por tanto, este trabajo tiene el objetivo de ofrecer una perspectiva mayor hacia esta problemática, ya que son muchas las mujeres que sufren de esta patología y que a su vez desean tener hijos.

Descripción del estudio

Este estudio de características descriptivas se pretende recoger mediante un **cuestionario** el efecto de la migraña sobre la planificación familiar de aquellas pacientes que la sufren.

Se intentará incluir a 683 participantes, no obstante, este número puede ser menor.

Posibles beneficios

Los principales beneficios del estudio son **identificar las preocupaciones de las pacientes** para poder abordarlas de una manera más personalizada, y, en conclusión, poder mejorar su calidad de vida.

Protección de datos personales

El investigador se compromete al cumplimiento Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, de manera que no incluya información que pueda identificarle, y sólo su médico del estudio/colaboradores podrá relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones en caso de urgencia médica o requerimiento legal. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los participantes se ajustarán a lo dispuesto en esta ley.

Contacto en caso de dudas

Si durante su participación tiene alguna duda o necesita obtener más información, póngase en contacto con la Dra. Liaño.

Hoja de Consentimiento de Participante/CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio	EL IMPACTO DE LA MIGRAÑA SOBRE EL DESEO GESTACIONAL DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL: ESTUDIO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL DE OCTUBRE 2024 A ENERO 2025
Código de protocolo	V2, 2024-2025

Yo, _____

- He leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio.
- He podido hacer preguntas sobre el estudio.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He hablado con la Dra. Liaño.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Recibiré una copia firmada y fechada de este documento de consentimiento informado.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante

Fecha: ___/___/___

**Firma del investigador
(Tutor Clínico)**

Fecha: ___/___/___

Deseo que me comuniquen la información derivada de la investigación que pueda ser relevante para mí salud:

SI

NO

Firma del participante

Fecha: ___/___/___

(Nombre, firma y fecha de puño y letra por el participante)

**Firma del investigador
(Tutor Clínico)**

Fecha: ___/___

ANEXO V: Compromisos del tutor y estudiante

- El estudiante y su tutor nos comprometemos a conocer y cumplir la normativa reguladora en materia de protección de datos de carácter personal en concreto, declaramos haber leído y comprendido Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27/04/2016, así como el resto de normativa de desarrollo, y las previsiones al respecto contempladas en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- En el caso de que los datos objeto de tratamiento sean pseudonimizados
 - o Estudiante y tutor, nos comprometemos a guardar la debida confidencialidad de los mismos, así como a no realizar ninguna actividad de reidentificación de los mismos, salvo que se aprecie la existencia de un peligro real y concreto para la seguridad o salud de una persona o grupo de personas, o una amenaza grave para sus derechos o sea necesaria para garantizar una adecuada asistencia sanitaria.
 - o El Estudiante se compromete a una vez realizada la recogida de datos, realizar el análisis estadístico sin datos personales en la base de datos.
- El estudiante se obliga a mantener absoluta confidencialidad y reserva sobre cualquier dato que pudiera conocer con ocasión de la realización del trabajo, especialmente los de carácter personal, que no podrá copiar o utilizar con fin distinto al que esté determinado, ni tampoco ceder a otros ni siquiera a efectos de conservación. Esta obligación subsistirá una vez cumplido el periodo de tiempo para el que se le haya autorizado el acceso.
- El estudiante declara haber leído y se compromete a conocer y cumplir la “Política de seguridad de la información en el ámbito de la Administración Electrónica y de los sistemas de información de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid”, publicado en la Orden 491/2013, de 27 de junio y todas las políticas, normas y procedimientos de la CSCM y/o el Hospital que emanen del citado código

Firmado

Tutor clínico

Estudiante

