



Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018

Editorial Universidad de Sevilla

Proyecto promovido por: Con el aval científico de: Realizado por:



Colección Ciencias de la Salud
Número: 93

© Editorial Universidad de Sevilla 2018
C/ Porvenir, 27 - 41013 Sevilla.
Tlfs.: 954 487 447; 954 487 451; Fax: 954 487 443
Correo electrónico: eus4@us.es
Web: <http://www.editorial.us.es>

ISBN: 978-84-472-2832-4

~~SEMINARIO EDITORIAL:~~
SEMINARIO EDITORIAL:

José Beltrán Fortes
(Director de la Editorial Universidad de Sevilla)
Araceli López Serena
(Subdirectora)
Concepción Barrero Rodríguez
Rafael Fernández Chacón
María Gracia García Martín
Ana Ilundáin Larrañeta
María del Pópulo Pablo-Romero Gil-Delgado
Manuel Padilla Cruz
Marta Palenque Sánchez
José-Leonardo Ruiz Sánchez
Antonio Tejedor Cabrera

**Impacto y situación
de la Migraña en España:**
Atlas 2018

ÍNDICE

PRÓLOGO	7
PREFACIO	9
AUTORES	11
AGRADECIMENTOS	15
1. INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA CUESTIÓN	17
1.1. NECESIDAD DE UN ATLAS DE MIGRAÑA EN ESPAÑA.....	17
1.2. DEFINICIÓN DE LA ENFERMEDAD	17
1.3. DIAGNÓSTICO	17
1.4. IMPACTO LABORAL	18
1.5. PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL SANITARIO	18
1.6. PERSPECTIVA DEL PACIENTE Y DEL FAMILIAR.....	18
1.7. PERSPECTIVA INTERDISCIPLINAR	18
2. OBJETIVOS	21
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	21
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3. METODOLOGÍA	23
3.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	23
3.2. COMITÉ CIENTÍFICO Y COMITÉ ASESOR.....	23
3.3. IDENTIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DE PLANIFICACIÓN EN MATERIA DE MIGRAÑA.....	25
3.4. ENCUESTA A PACIENTES CON MIGRAÑA.....	25
3.4.1. Diseño del cuestionario	25
3.4.2. Realización de la encuesta	26
3.5. ESCALAS DE EVALUACIÓN.....	26
3.6. LIMITACIONES DE LA ENCUESTA.....	27
3.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	27
3.8. CARGA SOCIAL Y ECONÓMICA DE LA MIGRAÑA.....	28
3.8.1. Costes directos.....	29
3.8.2. Costes indirectos.....	30
3.8.3. Costes totales.....	30
4. GUÍAS DE EVALUACIÓN	35
4.1. GUÍAS A ESCALA NACIONAL.....	35
4.1.1. Guías de práctica clínica	35
4.1.2. Guías de diagnóstico.....	36
4.1.3. Guías de atención primaria	36
4.2. GUÍAS A ESCALA DE COMUNIDAD AUTÓNOMA.....	26

5. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE PACIENTES.....	45
5.1. PERFIL DE LA MUESTRA.....	45
5.1.1. Distribución de las personas encuestadas con migraña según CCAA.....	45
5.1.2. Distribución de las personas encuestadas con migraña según edad.....	45
5.1.3. Distribución de las personas encuestadas con migraña por género según CCAA.....	46
5.1.4. Distribución de las personas encuestadas con migraña según nivel de estudios.....	47
5.1.5. Distribución de las personas encuestadas con migraña según estado civil.....	48
5.2. DIAGNÓSTICO.....	53
5.2.1. Diagnóstico de la enfermedad.....	53
5.2.2. Grado de satisfacción de la persona con migraña en el momento del diagnóstico.....	54
5.2.3. Retraso diagnóstico.....	54
5.2.4. Personal involucrado en el diagnóstico.....	55
5.2.5. Comorbilidad.....	57
5.3. ATENCIÓN SANITARIA.....	61
5.3.1. Cobertura sanitaria.....	61
5.3.2. Visitas a especialistas médicos.....	61
5.3.3. Percepción del paciente hacia la atención sanitaria recibida.....	63
5.3.4. Utilización de recursos.....	64
5.3.5. Búsqueda de atención sanitaria.....	66
5.4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	71
5.4.1. Medicamentos consumidos.....	71
5.4.2. Eficacia de los tratamientos consumidos.....	72
5.4.3. Tratamientos preventivos.....	72
5.5. LIMITACIONES, DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA.....	77
5.5.1. Limitaciones en actividades de la vida diaria.....	77
5.5.2. Evaluación de la discapacidad.....	79
5.5.2.1. Prestación por discapacidad.....	80
5.5.3. Evaluación de la calidad de vida.....	81
5.6. HÁBITOS SALUDABLES Y NOCIVOS.....	87
5.6.1. Dieta saludable.....	87
5.6.2. Ejercicio físico.....	88
5.6.3. Sueño.....	89
5.6.4. Sobrepeso y obesidad.....	90
5.6.5. Alcohol y tabaco.....	91
5.6.6. Terapias complementarias.....	93
5.7. SITUACIÓN LABORAL.....	97
5.7.1. Situación laboral de la persona con migraña.....	97
5.7.2. Pacientes trabajadores.....	97
5.7.2.1. Días de permiso y excedencia.....	97
5.7.2.2. Días de baja laboral.....	98
5.7.2.3. Reducción de la jornada laboral.....	99
5.7.2.4. Presentismo laboral.....	99
5.7.3. Desempleo.....	101
5.7.4. Baja laboral actual.....	101
5.8. SALUD PSICOLÓGICA.....	105
5.8.1. Síntomas emocionales y migraña.....	105
5.8.2. Salud psicológica y variables sociodemográficas.....	106
5.8.3. Salud psicológica y discapacidad.....	106

5.8.4. Salud psicológica y calidad de vida.....	107
5.8.5. Salud psicológica y comorbilidad	107
5.9. PERSPECTIVAS DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIAR.....	113
5.9.1. Asociacionismo.....	113
5.9.2. Perspectiva del familiar	113
5.9.3. Miedos del paciente	114
5.9.4. Esperanzas del paciente	115
6. CARGA SOCIAL Y ECONÓMICA DE LA MIGRAÑA.....	119
6.1. INTRODUCCIÓN	119
6.2. COSTES DE DIAGNÓSTICO	119
6.3. COSTES DIRECTOS SANITARIOS.....	120
6.3.1. Visitas médicas	120
6.3.2. Pruebas médicas.....	121
6.3.3. Utilización de urgencias	121
6.3.4. Ingresos hospitalarios	122
6.3.5. Medicación	122
6.3.6. Total de costes directos sanitarios	122
6.4. COSTES DIRECTOS ASUMIDOS POR LOS PACIENTES	123
6.4.1. Visitas a especialistas privados.....	123
6.4.2. Tratamientos complementarios	123
6.4.3. Tratamientos preventivos	123
6.4.4. Ejercicios físicos.....	124
6.4.5. Dieta.....	124
6.4.6. Cuidado emocional.....	124
6.4.7. Total de costes directos asumidos por los pacientes	125
6.5. COSTES INDIRECTOS	125
6.5.1. Pérdida de productividad laboral.....	125
6.6. CARGA ECONÓMICA ANUAL DE LA MIGRAÑA	126
6.6.1. Coste total por paciente y año.....	126
7. VISIÓN INTERDISCIPLINAR DE LA MIGRAÑA.....	131
7.1. DIAGNÓSTICO Y DERIVACIÓN.....	131
7.2. ATENCIÓN SANITARIA.....	132
7.3. MANEJO MULTIDISCIPLINAR	133
7.4. VISIBILIDAD.....	136
7.5. CALIDAD DE VIDA.....	136
7.6. NECESIDADES DETECTADAS	138
8. CONCLUSIONES.....	141
9. ANEXOS	145
9.1. ANEXO I. CUESTIONARIO DE PACIENTES	145
9.2. ANEXO II. PRECIOS UNITARIOS	175

PRÓLOGO

Es una gran satisfacción para la Asociación Española de Migraña y Cefalea - AEMICE - presentar el Atlas de Migraña en España 2018, que refleja la situación real de quienes sufrimos migraña. Sin perjuicio de otros estudios previos realizados, similares en sus objetivos, podríamos afirmar que este Atlas de Migraña se distingue por ser el primero que, además de una visión multidisciplinar y recopilación documental, está elaborado desde la perspectiva del paciente. Nace de la mano de AEMICE, con el apoyo imprescindible de un comité científico formado por neurólogos expertos en migraña y otros profesionales, ha sido realizado por el Grupo de Investigación Health & Territory de la Universidad de Sevilla y cuenta con la colaboración de Novartis.

Este ambicioso proyecto responde a la necesidad de presentar datos y evidencia científica que reflejen de una manera comprensiva y relevante las circunstancias reales de la vida de las personas afectadas con migraña, con sus limitaciones y esperanzas. La valiosa información resultante servirá como motor para conseguir el reconocimiento y la visibilidad de esta enfermedad escondida y, muchas veces, subestimada. Así mismo, será un punto de apoyo para poner en conocimiento del sistema sanitario, de los empleadores y de la sociedad en general, las necesidades de las personas que vivimos con migraña, con el objetivo de poner en marcha propuestas que puedan mejorar nuestra calidad de vida.

Esperamos que este Atlas de Migraña en España 2018 ayude a poner de manifiesto aquellas áreas y aspectos que requieren de una urgente acción para luchar contra esta enfermedad, su correcto diagnóstico y adecuado tratamiento.

Isabel Colomina

Presidenta de AEMICE

PREFACIO

La migraña es más que un simple dolor de cabeza: es una enfermedad neurológica limitante que demanda el reconocimiento y la comprensión por parte de la sociedad y del entorno de los pacientes.

Tiene una alta prevalencia. Más de 4,5 millones de personas en España padecen migraña, y de estas un millón la sufren de forma crónica, lo que significa que tienen dolor de cabeza más de 15 días al mes. La OMS ha declarado que la migraña es la séptima enfermedad a escala global y la segunda desde el punto de vista neurológico que genera años perdidos de vida por discapacidad, siendo responsable de un alto porcentaje de absentismo y de pérdida de productividad laboral en el territorio nacional, con un coste anual estimado de dos mil millones de euros.

El Atlas de Migraña en España evalúa de manera integral la situación de las personas con migraña a través de una encuesta dirigida a pacientes, la opinión de un grupo multidisciplinar de expertos y la revisión de un comité científico. El trabajo se ha sustentado en publicaciones científicas y documentos oficiales que han servido para enriquecer los resultados.

Este Atlas abarca aspectos clave en torno a la enfermedad, tales como la existencia de guías de evaluación, retraso diagnóstico, atención sanitaria, comorbilidad, tratamiento farmacológico, salud psicológica, limitaciones y discapacidad, hábitos saludables, carga social, impacto laboral..., e incluye la perspectiva del paciente, del familiar y del profesional que la trata.

Esperamos que el esfuerzo de realizar este Atlas sirva para visualizar el impacto de la enfermedad en España y que sea una guía para identificar que debemos hacer para mejorar la calidad de vida de las personas que sufren migraña.

Dra. Patricia Pozo-Rosich

Responsable de la Unidad de Cefalea del Hospital Universitario Vall d'Hebron y del Grupo de Investigación en Cefalea del Vall d'Hebron Institute of Research (VHIR), Barcelona. Coordinadora del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología (GECSN), Miembro del Comité Ejecutivo de la International Headache Society (IHS) y de la European Headache Federation (EHF)

AUTORES

Marco Garrido Cumbreira¹, David Gálvez Ruiz¹, Olta Braçe¹, M.^a Isabel Nieblas Rosado¹, Carlos J. Delgado Domínguez¹, Isabel Colomina², Patricia Pozo Rosich², Pablo Irimia Sieira², Francisco Javier León², Josefina Lloret³, Carles Blanch³, Grupo de Trabajo Multidisciplinar del Atlas de Migraña en España⁴.

¹ Grupo de investigación Health & Territory Research (HTR) de la Universidad de Sevilla.

² Comité Científico:

- Sra. Isabel Colomina. Presidenta de la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE).
- Dra. Patricia Pozo-Rosich. Responsable de la Unidad de Cefalea del Hospital Universitario Vall d'Hebron y del Grupo de Investigación en Cefalea del Vall d'Hebron Institute of Research (VHIR), Barcelona. Coordinadora del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología (GECSEN), Miembro del Comité Ejecutivo de la International Headache Society (IHS) y de la European Headache Federation (EHF)
- Dr. Pablo Irimia Sieira. Neurólogo, responsable de la unidad de cefaleas de la Clínica Universidad de Navarra (Pamplona). Miembro del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (GECSEN).
- Dr. Francisco Javier León. Médico de atención primaria en la UGC Zaidín-Sur, Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Neurología de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFyC) y del Comité Editorial de las Guías semFyC.

³ Novartis.

⁴ Comité Asesor:

- Dra. Sonia Santos Lasaosa. Neuróloga, responsable de la consulta de cefaleas del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Vocal de la Junta del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología.
- Dr. Carlos de la Cruz Cosme. Neurólogo. Subdirector Médico del Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).
- Dr. Javier López Pisón. Jefe de Sección de Neuropediatría y Metabolismo. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.
- Dra. Anna Aymamí Soler. Médico de atención primaria y especialista en medicina interna y neurología. Coordinadora del grupo de Estudio de Cefaleas de la CAMFyC.
- Dra. Raquel Ramírez Parrondo. Especialista en Medicina Familiar y comunitaria. Médico Psicoterapeuta. Experta en Medicina Psicosomática en Clínica Universidad de Navarra en Madrid. Miembro del grupo de trabajo de Neurología y coordinadora del grupo de trabajo de Comunicación médico-paciente en la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).
- Dra. M.^a Jesús Cancelo Hidalgo. Ginecóloga. Hospital Universitario de Guadalajara. Profesor Titular de Ginecología y Obstetricia. Universidad de Alcalá. Secretaria General de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).
- Sr. Miguel Ángel Rodríguez Sagrado. Farmacéutico del Hospital Ramón y Cajal (Madrid).

- Lda. Diana Vasermanas Brower. Psicóloga Sanitaria especializada en migrañas. Directora de Psicoterapia, Gabinete de Psicología y Neuropsicología. Coordinadora del Grupo de Enfermedades Neurodegenerativas, Raras y Crónicas del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Sra. Gala Ruiz del Val. Fisioterapeuta y CAFYD (Ciencias de la Actividad Física y del Deporte) en la Clínica FizioHome, S. L. (Madrid).
- Sr. Patricio Pérez-Armijo. Dietista-nutricionista. Clínica Sant Antoni, Barcelona. Asociación Corazón sin Fronteras.
- Dra. Isabel Megias Rangil. Dietista-Nutricionista. Hospital Sant Joan, Reus. Profesora asociada Universitat Rovira i Virgili.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer de manera especial a todos los pacientes con migraña y a sus familiares que participaron en este proyecto por el importante tiempo dedicado a responder a las preguntas planteadas. Su participación ha servido para adquirir nueva evidencia científica que nos ayude a mejorar las condiciones de vida de las personas con migraña.

Agradecemos también a la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE) y a la comunidad Mi Dolor de Cabeza (www.midolordecabeza.org), porque sin su implicación y su apoyo en divulgar la encuesta no hubiera sido posible contar con un volumen de respuestas tan importante. A la Universidad de Sevilla, y en particular al grupo de investigación Health & Territory Research, por haber desarrollado este proyecto. A los neurólogos del grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología por haber querido unirse a esta iniciativa, por validar los resultados, avalar científicamente el proyecto y por apoyar la difusión científica. Y a Novartis por haber hecho posible este proyecto.

1. INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

1.1. Necesidad de un Atlas de Migraña en España

El Atlas de Migraña en España 2018 es una iniciativa que nace desde la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE), realizado por el Grupo de Investigación Health & Territory Research (HTR) de la Universidad de Sevilla (US), y cuenta con la colaboración de Novartis.

Este informe evalúa la situación de las personas con migraña a través de un cuestionario dirigido a pacientes, la opinión de un grupo multidisciplinar de expertos, la revisión de la literatura científica y el análisis de diversas fuentes de información. Se recopila información documental de publicaciones científicas y documentos oficiales para sustentar los datos obtenidos en el cuestionario. Todo ello permite una aproximación a la realidad de las personas que padecen migraña mediante el estudio de la atención que reciben, sus limitaciones, los tratamientos y las consecuencias personales de sufrir esta enfermedad.

Este Atlas intenta abarcar aspectos clave en torno a la enfermedad, tales como la existencia de guías de evaluación, retraso diagnóstico, atención sanitaria, comorbilidad, tratamiento farmacológico, salud psicológica, limitaciones y discapacidad, hábitos saludables, carga social, impacto laboral y la perspectiva del paciente, del familiar y del profesional que la trata. El objetivo final es aportar evidencia científica para establecer propuestas y recomendaciones destinadas a mejorar la calidad de vida del paciente.

1.2. Definición de la enfermedad

La migraña es una cefalea primaria frecuente e incapacitante, cuyos episodios de dolor suelen durar, al menos, más de cuatro horas si no se tratan. El dolor, de carácter pulsátil, es de intensidad moderada o severa y se localiza habitualmente en un único lado de la cabeza¹. La migraña es una de las causas más frecuentes de consulta al neurólogo².

Estudios epidemiológicos han documentado su alta prevalencia y enorme impacto socioeconómico, siendo, conforme al estudio Global Burden of Disease Survey 2016, el sexto trastorno más prevalente y la segunda causa de discapacidad en el mundo³. En España son más de cuatro millones las personas que padecen migraña y su prevalencia es del 12-13% y, dentro de ella, el 80% son mujeres, sobre todo entre el intervalo de edad que va desde los 20 hasta los 40 años⁴.

Las crisis de dolor varían en intensidad, frecuencia y duración, con importante exacerbación ante movimientos cefálicos o actividad física^{1,5}. Aunque la migraña puede dividirse en varios subtipos según las características que presente, para la realización de este estudio se tendrá en cuenta la división de la enfermedad según sea de tipo episódica o crónica.

Si una persona padece migraña 15 o más días al mes, el tipo de migraña que sufre es crónica. Este tipo de migraña se caracteriza por ser altamente incapacitante. Si, por el contrario, se sufre migraña menos de 15 días al mes, el tipo de migraña es episódica. La incidencia de transformación de una migraña episódica a una crónica es de aproximadamente un 3% al año⁶.

1.3. Diagnóstico

El diagnóstico precoz es uno de los objetivos de la medicina para la mejora de la situación funcional, así como reducir las comorbilidades y la pérdida de calidad de vida de las personas⁷. El retraso diagnóstico impide su tratamiento en las fases iniciales de la enfermedad y podía provocar un importante agravamiento de la misma⁸. Esta situación hace que los pacientes se vean obligados a convivir con la enfermedad varios años hasta ser diagnosticados. En ocasiones, el retraso diagnóstico se debe a que el paciente considera que no se trata de una enfermedad sino de un síntoma aislado (es decir, no tiene “consciencia de enfermedad”)⁴.

A pesar de su alta prevalencia y de su impacto en la vida diaria, la migraña es todavía una enfermedad infradiagnosticada e insuficientemente tratada y reconocida⁹.

1.4. Impacto laboral

De acuerdo con los datos del estudio Carga Mundial de la Morbilidad de 2016, la migraña supone la sexta enfermedad de mayor prevalencia a escala mundial¹⁰. En España la prevalencia es ligeramente superior al 12% de la población general¹¹. Por ello, constituye uno de los principales motivos por los que el paciente requiere asistencia en neurología o en atención primaria. La migraña puede llegar a constituir un problema de salud con implicaciones laborales, ya que las crisis pueden producir limitaciones en la actividad laboral de la persona afectada, en gran medida dependiendo de la intensidad y duración del dolor, pudiendo interferir en su desarrollo profesional (por el absentismo laboral o disminución de la productividad)^{12,13}.

1.5. Perspectiva del profesional sanitario

Los médicos de atención primaria y los especialistas en neurología son las personas más importantes en el diagnóstico, derivación, manejo y seguimiento del paciente con migraña. Para avanzar en la mejora del tratamiento y de los resultados de la atención sanitaria a la migraña, resulta imprescindible comprender la visión de los especialistas sanitarios, identificando sus necesidades y expectativas profesionales. En el abordaje de la migraña, el especialista se enfrenta a multitud de retos derivados de su difícil diagnóstico, la escasez de tratamientos efectivos, la cronicidad de la enfermedad y la escasa adherencia terapéutica por parte del paciente. Todo ello disminuye las posibilidades de éxito, lo que también condiciona la escasez de profesionales interesados y motivados en el manejo de la migraña.

1.6. Perspectiva del paciente y del familiar

Una de las principales aportaciones del Atlas 2018 es la incorporación de la perspectiva del paciente. A diferencia de otros estudios, este informe no solo persigue aspectos clínicos o de tratamiento relacionados con la salud del paciente, sino más bien reflejar el punto de vista del paciente respecto a su enfermedad en aspectos tales como: eficacia de los tratamientos, aspectos psicológicos, limitaciones en su vida social, familiar, laboral, automedicación o miedos y esperanzas, entre otros.

Otra de las aportaciones del Atlas 2018 es la inclusión de la labor del familiar o familiar de un paciente con migraña. Aunque es el paciente quién más sufre los efectos de la enfermedad (síntomas asociados y el carácter imprevisible del dolor, entre otros), la enfermedad también repercute considerablemente en su ámbito familiar y social¹⁴.

En multitud de ocasiones, las personas que asumen el rol de familiares de algún familiar o de su pareja son responsables de una gran cantidad de tareas, lo que les coloca en una situación de alta vulnerabilidad, estrés e incertidumbre.

1.7. Perspectiva interdisciplinar

Una de las contribuciones de este informe es la inclusión de una visión multidisciplinar de los profesionales sanitarios que actualmente intervienen en el abordaje y manejo de la migraña en España.

Tal visión se compone de la perspectiva y experiencia aportada por estos profesionales respecto a las siguientes áreas de estudio: diagnóstico y derivación, atención sanitaria, manejo multidisciplinar, visibilidad de la migraña y calidad de vida de las personas que la padecen.

Si bien son los neurólogos y médicos de familia quienes principalmente intervienen en la atención sanitaria a personas con migraña, se recoge asimismo la perspectiva de otros profesionales sanitarios que intervienen en el tratamiento de la migraña en el marco de un abordaje integral y multidisciplinar de esta.

Bibliografía:

1. International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1–211.
2. Vetvik KG, MacGregor EA. Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. *Lancet Neurol*. 2017 Jan 1;16(1):76–87.
3. Martelletti P, Birbeck GL, Katsarava Z, Jensen RH, Stovner LJ, Steiner TJ. The Global Burden of Disease survey 2010, Lifting The Burden and thinking outside-the-box on headache disorders. *J Headache Pain*. 2013 Feb 15;14(1):13.
4. Ruiz M, León C, Castillo J, Martínez M, Sánchez S, Quintela E. Distribución por diagnósticos de las cefaleas que acuden a los servicios de urgencias de atención primaria. *Semer - Med Fam*. 2010 Jan;36(1):10–5.
5. Silberstein S. Migraine. *Lancet*. 2004;363(9418):1399.
6. Scher AI, Stewart WF, Ricci JA, Lipton RB. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. *Pain*. 2003 Nov;106(1–2):81–9.
7. Peng KP, Wang SJ. Migraine diagnosis: Screening items, instruments, and scales. Vol. 50, *Acta Anaesthesiologica Taiwanica*. 2012. p. 69–73.
8. Moriarty M, Mallick-Searle T. Diagnosis and treatment for chronic migraine. *Nurse Pract*. 2016;41(6):18–32.
9. Mateos, V., Porta-Etessam, J., Armengol-Bertolín, S., Larios, C., García M. Situación de partida y abordaje asistencial de la migraña en las consultas de neurología de España. Estudio PRIMERA. *Rev Neurol*. 2012;55:577–84.
10. Vos T, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abate KH, Abd-Allah F, *et al*. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1211–59.
11. Matías-Guiu J, Porta-Etessam J, Mateos V, Díaz-Insa S, Lopez-Gil A, Fernández C. One-year prevalence of migraine in Spain: A nationwide population-based survey. *Cephalalgia*. 2011 Mar 6;31(4):463–70.
12. Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, *et al*. The cost of headache disorders in Europe: The Eurolight project. *Eur J Neurol*. 2012;19(5):703–11.
13. Uribe García B. Impacto de la migraña. *Acta Neurol Colomb*. 2008;. s28-s33.
14. Palacios Ceña D., Neira Martín B, Silva Hernández L, Mayo-Canalejo D, Florencio LI, Fernández de las Peñas C, *et al*. Living with chronic migraine: a qualitative study on female patients' perspectives from a specialised headache clinic in Spain. *BMJ Open [Internet]*. 2017 Aug 21 [cited 2017 Nov 9];7(8):e017851. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28827275>

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

El Atlas de Migraña en España tiene como objetivo principal evaluar el diagnóstico, la atención y las limitaciones de las personas que padecen migraña, así como las consecuencias sociales y laborales asociadas.

2.2. Objetivos específicos

En concreto, la realización del estudio propuesto incluye los siguientes objetivos específicos:

1. Evaluar la existencia y alcance de documentos de planificación en materia de migraña en el ámbito nacional y autonómico.
2. Identificar las principales barreras y dificultades para el diagnóstico y la atención de la migraña.
3. Evaluar el impacto de la migraña en la vida laboral, social y personal de las personas afectadas.
4. Evaluar las consecuencias de la migraña desde la perspectiva del paciente y del familiar.
5. Evaluar el impacto económico de la migraña.
6. Identificar las necesidades no cubiertas para el abordaje y manejo integral de la migraña.

3. METODOLOGÍA

3.1. Revisión bibliográfica

Para la realización del Atlas de Migraña en España se llevó a cabo una amplia revisión de la literatura científica sobre características sociodemográficas, tratamientos disponibles, hábitos de vida saludable, impacto laboral, calidad de vida, discapacidad y estado emocional de las personas que sufren migraña. La revisión incluyó fuentes primarias y secundarias de literatura, bases de datos disponibles y el estudio de la legislación y planificación en materia de migraña.

Para ello, se realizaron diversas búsquedas en PubMed y Scopus utilizando las palabras clave *migraine* y *headache* junto a otros términos en función del tema, como, por ejemplo:

- Empleo: *labour, employment, disability, absenteeism* o *presentism*.
- Tratamientos: *pharmacological treatments, drugs* o *physical activity*.
- Estado emocional: *mental health, psychological, psychiatric, anxiety* o *depression*.
- Vida diaria: *unhealthy habits, smoking* o *alcohol*.
- Carga social de la enfermedad: *social cost, healthcare cost* o *economic impact*.
- Perspectiva del paciente: *support group* o *patient perspective*.

La búsqueda se limitó al periodo entre 2000 y 2017, dando prioridad a los estudios realizados en España y Europa frente a los del resto del mundo.

Igualmente se consultaron documentos realizados por el Grupo de Cefaleas de la Sociedad Nacional de Neurología (SEN), el Ministerio de Sanidad y las Consejerías de Sanidad de las diferentes comunidades autónomas. Además, se consultaron documentos a escala internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS).

3.2. Comité Científico y Comité Asesor

Este estudio utiliza la opinión de un Comité Científico y de un Comité Asesor con experiencia en la migraña desde diversas perspectivas (clínica, científica y personal), así como en la participación de estudios científicos sobre la enfermedad.

El Comité Científico fue el encargado de evaluar y validar las asunciones y los resultados del estudio, así como de realizar el abordaje sanitario actual de la migraña en España. Concretamente, sus funciones fueron:

- Asistir a reuniones presenciales y participar en teleconferencias.
- Revisar el cuestionario a pacientes.
- Establecer áreas de estudio prioritarias.
- Revisar y validar el informe final.
- Establecer recomendaciones.

El Comité Científico estuvo compuesto por las siguientes personas:

- **Isabel Colomina:** presidenta de la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE).
- **Patricia Pozo-Rosich:** responsable de la Unidad de Cefalea y Dolor Craneofacial del Hospital Universal Vall d'Hebron y del Grupo de Investigación en Cefalea del VHIR, Barcelona. Coordinadora del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (GECSEN) y miembro del Comité Ejecutivo de la International Headache Society.

- **Francisco Javier León:** médico de atención primaria en la UGC Zaidín-Sur, Granada. Miembro del Grupo de Trabajo de Neurología de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFyC) y del Comité Editorial de las Guías semFyC.
- **Marco Garrido:** profesor titular de la Universidad de Sevilla y responsable del grupo de investigación Health & Territory Research (HTR).
- **Josefina Lloret:** responsable de Relación con los Pacientes de Novartis.
- **Carles Blanch:** economista de la salud en Novartis.

Además, se estableció un Comité Asesor formado por un equipo interdisciplinar cuya función fue señalar prioridades, necesidades no cubiertas y establecer propuestas de mejora. La aportación del Comité Asesor se estructuró mediante dos técnicas de investigación cualitativa basadas en un grupo de trabajo interdisciplinar (*focus group*) y cinco entrevistas personales realizadas a profesionales sanitarios. La dinámica del *focus group* consistió en una sesión en la que profesionales sanitarios de diversas disciplinas debatieron sobre diferentes aspectos relacionados con el abordaje y manejo de la migraña, sirviendo de base para el apartado de visión interdisciplinar de la migraña de este informe. Ambas técnicas fueron dirigidas por un guion estructurado en bloques temáticos y moderadas por investigadores ajenos al objeto de estudio.

Los miembros que conformaron el Comité Asesor y participaron en estas dinámicas fueron los siguientes:

- **Dra. Sonia Santos Lasaosa.** Neuróloga, responsable de la consulta de cefaleas del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. Vocal de la Junta del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología.
- **Dr. Carlos de la Cruz Cosme.** Neurólogo. Subdirector Médico del Hospital Universitario Virgen de la Victoria (Málaga).
- **Dr. Javier López Pisón.** Jefe de Sección de Neuropediatría y Metabolismo. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.
- **Dra. Anna Aymamí Soler.** Médico de atención primaria y especialista en medicina interna y neurología. Coordinadora del grupo de Estudio de Cefaleas de la CAMFyC.
- **Dra. Raquel Ramírez Parrondo.** Especialista en Medicina Familiar y comunitaria. Médico Psicoterapeuta. Experta en Medicina Psicosomática en Clínica Universidad de Navarra en Madrid. Miembro del grupo de trabajo de Neurología y coordinadora del grupo de trabajo de Comunicación médico-paciente en la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen).
- **Dra. M.^a Jesús Cancelo Hidalgo.** Ginecóloga. Hospital Universitario de Guadalajara. Profesor Titular de Ginecología y Obstetricia. Universidad de Alcalá. Secretaria General de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO).
- **Sr. Miguel Ángel Rodríguez Sagrado.** Farmacéutico del Hospital Ramón y Cajal (Madrid).
- **Lda. Diana Vasermanas Brower.** Psicóloga Sanitaria especializada en migrañas. Directora de Psicotourette, Gabinete de Psicología y Neuropsicología. Coordinadora del Grupo de Enfermedades Neurodegenerativas, Raras y Crónicas del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- **Sra. Gala Ruiz del Val.** Fisioterapeuta y CAFYD (Ciencias de la Actividad Física y del Deporte) en la Clínica FisiHome, S. L. (Madrid).
- **Sr. Patricio Pérez-Armijo.** Dietista-nutricionista. Clínica Sant Antoni, Barcelona. Asociación Corazón sin Fronteras.
- **Dra. Isabel Megias Rangil.** Dietista-Nutricionista. Hospital Sant Joan, Reus. Profesora asociada Universitat Rovira i Virgili.

3.3. Identificación de documentos de planificación en materia de migraña

Uno de los objetivos del Atlas 2018 fue evaluar la existencia de documentos de planificación en materia de migraña, tanto en el ámbito nacional como autonómico. Para ello, se realizó una búsqueda exhaustiva a través de los portales web de las principales sedes de la Administración Pública (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), así como de las diferentes Consejerías de Sanidad Autonómicas. Dicha búsqueda fue complementada con consultas telefónicas a organismos competentes (Consejerías de Sanidad, servicio de neurología de los principales hospitales autonómicos, etc.). Esta revisión se realizó durante el periodo de enero a marzo de 2018.

3.4. Encuesta a pacientes con migraña

3.4.1. Diseño del cuestionario

La elaboración de dicho cuestionario fue llevada a cabo desde el grupo de investigación Health & Territory Research (HTR) de la Universidad de Sevilla (US), con la supervisión de la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE) y de Novartis, tomando en consideración la opinión de expertos sobre el tratamiento de la enfermedad y la opinión de las personas que padecen la enfermedad. Los criterios que se siguieron para realizar el cuestionario fueron los siguientes:

- Facilidad de comprensión por parte de los pacientes (al margen de su edad o nivel educativo).
- Tiempo de cumplimentación (30 minutos aproximadamente).
- Organización de ítems por capítulos para facilitar el proceso de cumplimentación.

Durante el mes de mayo de 2017 se procedió a la validación del primer borrador del cuestionario para pacientes con migraña, para lo cual se entrevistaron a un total de 6 personas con migraña. Durante dichas entrevistas se evaluó tanto el tiempo de cumplimentación como las dificultades que generaba el proceso, y se identificaron los términos más complejos. Posteriormente se realizó una nueva versión mejorada y actualizada, incorporando comentarios y subsanando errores.

Finalmente se obtuvo un cuestionario compuesto por un total de 124 preguntas dirigidas a personas que sufren migraña, englobando las siguientes áreas:

- Características sociodemográficas: año de nacimiento, género, provincia y localidad de residencia, hospital o centro de referencia, nivel de estudios, estado civil y seguimiento de asociaciones de migraña o cefalea.
- Tipo de migraña: episódica o crónica
- Características antropométricas: peso y altura.
- Diagnóstico de la enfermedad: edad a los primeros síntomas, edad en el diagnóstico de migraña, especialistas visitados antes de ser diagnosticado, médico que diagnosticó la migraña, grado de satisfacción acerca del diagnóstico y del tratamiento para la migraña.
- Atención sanitaria: tipo de cobertura sanitaria, especialistas visitados, número de consultas realizadas, ayuda recibida por parte del médico para combatir la enfermedad, visitas realizadas a los servicios de urgencias, ingresos hospitalarios y dinero destinado a visitas a especialistas médicos.
- Comorbilidad asociada a la migraña.
- Tratamiento farmacológico: medicamentos durante crisis o ataques por migraña, valoración sobre los resultados de estos medicamentos, medicamentos preventivos y valoración de los resultados de estos, dinero destinado a medicamentos y terapias complementarias.
- Situación laboral: tipo de jornada laboral, impacto de la migraña en el desempeño del trabajo, solicitud de días de permiso o excedencia, baja laboral, reducción de la jornada laboral y productividad laboral.

- Actividad física: tipo de actividad física practicada y dinero destinado a las actividades físicas o deportivas.
- Dieta y hábitos de vida: tipo de dieta, alimentos desencadenantes de la migraña, dinero extra en dieta para combatir o mejorar los efectos de la migraña, consumo de café y consumo de tabaco.
- Cuidado emocional: visita a especialistas para tratar el estado emocional, tratamiento psicológico y dinero invertido en cuidado emocional.
- Limitaciones y discapacidad: limitaciones en distintas áreas de la vida diaria, grado de discapacidad como consecuencia de la migraña y tipo de prestación derivada de la migraña.
- Escalas de valoración: MIDAS (evaluación de la discapacidad por migraña), HANA (cuestionario de evaluación de necesidades provocadas por la cefalea), HAD (escala hospitalaria de ansiedad y depresión).
- Visión del paciente: miedos y esperanzas respecto a la enfermedad, pérdidas de eventos importantes como consecuencia de la migraña, motivos para no visitar a un especialista médico, impacto de la migraña en el hogar y la familia del paciente.
- Preguntas para los familiares del paciente con migraña: grado de afectación de su familiar o pareja.

3.4.2. Realización de la encuesta

La encuesta se realizó entre el 26 de junio y el 22 de septiembre de 2017 (3 meses), registrándose un total de 2.653 personas con migraña que comenzaron a cumplimentar el cuestionario. Tras la labor de validación, cribado y depuración de la información, la muestra válida quedó compuesta por un total de 1.288 personas con migraña.

3.5. Escalas de evaluación

Además de los ítems de la encuesta señalados, se incluyeron tres escalas de valoración específicas:

- *Evaluación de la discapacidad por migraña (MIDAS)*. Cuestionario que evalúa la pérdida de días en las áreas personal, profesional y familiar durante los últimos tres meses como consecuencia de crisis de migraña. La puntuación de esta escala se obtiene de la suma de los días perdidos por migraña registrados en las cinco preguntas. La puntuación obtenida refleja el grado de discapacidad en la vida del paciente: grado 1, discapacidad nula; grado 2, discapacidad leve; grado 3, discapacidad moderada; grado 4, discapacidad grave^{1,2}. Se trata de un instrumento que ha demostrado tener buena fiabilidad y validez en diferentes estudios (Zandifar *et al.* 2014; Stewart *et al.* 2001). Recientemente, con el fin de diferenciar de manera más específica entre personas con migraña episódica y crónica, se ha dividido el nivel de discapacidad grave en dos subniveles: discapacidad grave (grado IV-A) para puntuaciones entre 21 y 40, y discapacidad muy grave (grado IV-B) para puntuaciones entre 41 y 270⁵.
- *Cuestionario de evaluación de necesidades provocadas por la cefalea (HANA)*. Esta escala mide el impacto individual de la cefalea en diferentes aspectos de la vida diaria del paciente, tanto en la frecuencia con la que se presenta como el grado de molestia que le produce al individuo. Para ello, evalúa siete aspectos o dominios: 1. Ansiedad/preocupación; 2. Depresión; 3. Autocontrol; 4. Energía; 5. Función Social; 6. Actividades sociales/familiares; 7. Impacto general de la migraña. La puntuación final de esta escala se obtiene mediante la suma de las categorías A y B en los diferentes ítems o problemas⁶. El estudio de validación de la escala mostró buenos índices de fiabilidad (Alpha de Cronbach = 0,92. Test-retest = 0,77) y validez externa.
- *Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD)*. Adaptada al español por Terol *et al.* (2007), se trata de un instrumento que evalúa las respuestas emocionales de ansiedad y depresión en enfermos

físicos, mentales y población general sin tener en cuenta los síntomas de tipo somático, lo que limita la posibilidad de que los síntomas propios de la enfermedad afecten a las puntuaciones⁷. Contiene 14 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos con un rango de 0 a 3: a mayor puntuación mayor ansiedad o depresión. Se compone de dos subescalas: una de ansiedad y otra de depresión. El instrumento tiene una buena consistencia interna, con un coeficiente de Alpha de Cronbach de 0,77 para la subescala de ansiedad y de 0,71 para la subescala de depresión.

3.6. Limitaciones de la encuesta

Las posibilidades técnicas que ofrecen las encuestas *on-line* han motivado un extenso estudio durante los últimos años sobre sus carencias metodológicas y cómo superarlas^{8,9}. La encuesta a pacientes realizada en el marco del Atlas 2018 no está exenta de limitaciones, pero, al mismo tiempo, cuenta con una serie de ventajas que aseguran la robustez de los datos obtenidos.

Al tratarse de una encuesta *on-line*, las dificultades por parte de grupos poblacionales para el acceso a internet podrían sesgar la muestra en favor de aquellas personas con mayores habilidades para el manejo de la tecnología, como las personas jóvenes, las personas con estudios o aquellas que viven en entornos urbanos¹⁰. En esta línea, según datos del Instituto Nacional de Estadística, el 74,4% de los hogares cuentan con acceso a internet, ya sea a través de ordenador o de un teléfono móvil¹¹. Ambos formatos de acceso han sido comprobados como equivalentes en la recogida de datos¹².

Como un inconveniente de las encuestas *on-line*, se observa una mayor tasa de abandono¹³. La falta de motivación sería el principal motivo para abandonar la encuesta. En el caso del Atlas 2018, comenzaron la encuesta 2.653 personas, de los cuales el 35% completaron el 100% de los ítems de la encuesta. La tasa de abandono por parte de los encuestados podría deberse al gran número de preguntas¹⁴, incluyendo tres escalas (MIDAS, HANA y HAD), que hacían necesario dedicar, al menos, 30 minutos para su cumplimentación.

También, el Atlas 2018, al incluir la perspectiva del paciente, añade fortalezas al formato *on-line*, como son la capacidad del encuestado para elegir el momento y lugar más adecuado para cumplimentar el cuestionario, así como la privacidad asegurada por el anonimato, lo que incrementa la validez de los datos obtenidos.

3.7. Análisis estadísticos

Previo a los análisis de relaciones entre variables, se han realizado análisis descriptivos de las diferentes áreas que componen el estudio. Estos análisis descriptivos incluyen distribuciones porcentuales de las diferentes categorías de las variables analizadas y, en caso de variables cuantitativas, media y desviación típica.

Estos mismos análisis mostrados como cruce entre variables mediante tablas de contingencia o de comparación de medias han sido también elaborados como preámbulo a los test estadísticos que se han realizado para corroborar si existe relación entre distintas variables, mostrando así las hipótesis a contrastar.

Para medir la relación entre las diferentes variables del Atlas 2018 se han empleado varios tests estadísticos a un nivel de significación del 95% como umbral de aceptación de las hipótesis a contrastar, es decir, un p-valor del 0,05.

En función de la naturaleza de la variable (cualitativa o cuantitativa) y de la distribución de la muestra (normal, admitiendo contrastes de tipo paramétrico, o no normal, necesitando contrastes no paramétricos), se han utilizado diferentes pruebas. Por ello, como paso previo, se ha testeado la normalidad de todas las variables cuantitativas de análisis mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. De todas ellas, solo el índice HANA muestra una distribución normal y admite test de diferencia de medias paramétrico para testear si existe diferencia de niveles en HANA en diferentes categorías de otras variables. Para el resto de las variables, se han aplicado pruebas no paramétricas de homogeneidad.

- Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes (2 grupos). Esta prueba se basa en análisis comparado a través de rangos y se utiliza cuando los datos son ordinales, pero no se puede asumir normalidad. Permite dilucidar si la distribución de una variable es la misma para dos categorías diferentes de otra variable.
- Prueba H de Kruskal-Wallis para muestras independientes (> 2 grupos). Esta prueba se basa en análisis comparado a través de rangos y es utilizada como alternativa no paramétrica al modelo ANOVA cuando los datos son ordinales y no se puede asumir normalidad. Permite dilucidar si la distribución de una variable es la misma para más de dos categorías diferentes de otra variable.
- Prueba X^2 de Pearson para contrastar si existe independencia entre dos variables categóricas mediante tabla de contingencia cuando los datos no son pareados.
- El coeficiente de correlación de Spearman se ha utilizado para medir la asociación o relación de monotonía entre pares de variables cuantitativas o cualitativas ordinales. Es especialmente indicado cuando alguna de las variables es de tipo ordinal (no cardinal).

Para variables cuantitativas cardinales se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson, que mide la relación lineal entre pares de variables.

3.8. Carga social y económica de la migraña

Los estudios de carga de la enfermedad consideran tres grandes tipos de costes relacionados con la enfermedad: directos, indirectos e intangibles.

Los costes directos se pueden dividir entre sanitarios y no sanitarios. Los costes directos sanitarios incluyen todos los costes relativos al uso de recursos utilizados en el manejo de la enfermedad, tales como el diagnóstico, las visitas médicas y los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. Los costes directos no sanitarios se refieren al valor monetario de tratamientos y actividades realizadas por el paciente que no están cubiertas por el sistema sanitario. La valoración de los costes directos se obtuvo mediante información retrospectiva o prospectiva sobre la utilización de recursos de los pacientes, multiplicada por los costes y precios unitarios de dichos recursos.

Por su parte, los costes indirectos incluyen las pérdidas de productividad laboral (absentismo, presentismo, bajas laborales temporales o permanentes, mortalidad prematura y jubilación temprana), que resultan de la discapacidad generada por la enfermedad o que son consecuencia del tiempo dedicado a consultas, pruebas diagnósticas, sesiones de tratamiento y rehabilitación. Los costes indirectos o pérdidas de productividad se suelen estimar como equivalentes a los ingresos salariales del paciente y precisan de datos sobre absentismo, presentismo y jubilación anticipada (lo que se conoce como método del capital humano).

Los costes intangibles consisten en las consecuencias mentales y físicas que el individuo puede sufrir como resultado de la enfermedad, principalmente relacionados con el dolor, la ansiedad y el impacto emocional de la enfermedad para el paciente y su familia. Estos costes son difíciles de traducir en términos monetarios y rara vez figuran como valores financieros en la carga de la enfermedad¹⁴.

Dependiendo del sistema sanitario de cada país, las tres grandes partidas de costes (directos, indirectos e intangibles) pueden recaer en parte o en su totalidad sobre el Sistema Nacional de Salud, otro pagador institucional o el mismo paciente y sus familiares.

Siguiendo esta clasificación de costes, se realizó una agrupación en: directos sanitarios, directos no sanitarios e indirectos. Los costes intangibles no se tuvieron en cuenta en este estudio.

Los costes directos sanitarios están financiados por el Sistema Nacional de Salud. Por su parte, los costes directos no sanitarios contemplados en este análisis están financiados íntegramente por el paciente.

Todos los costes se expresaron en euros referidos al año 2017, excepto los precios unitarios de ganancia por hora normal de trabajo en España, cuya última actualización es del año 2015.

Para los costes farmacológicos, se utilizó el incremento interanual del IPC de productos farmacéuticos¹⁵, ya que los costes operativos eran del año 2010¹⁶.

El cálculo de los costes directos sanitarios y no sanitarios se realizó multiplicando los recursos utilizados por cada paciente por el precio unitario de cada recurso (todos los precios unitarios pueden consultarse en el anexo). Estos precios se han extraído de distintas fuentes:

- Los precios de las visitas, las pruebas y las urgencias se obtuvieron de las tarifas oficiales de los precios públicos de los boletines oficiales de cada una de las comunidades autónomas. Debido a la gran variabilidad de los precios existentes entre las distintas comunidades, se utilizó la media de las tarifas, previamente actualizadas a euros de 2017^{17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38}.

3.8.1. Costes directos

Los costes directos se dividen en dos grupos: Costes directos sanitarios y costes directos no sanitarios.

Los costes directos sanitarios contemplan las siguientes variables:

- Visitas médicas relacionadas con la migraña: coste de las visitas a los principales especialistas que tratan la migraña, así como a otros profesionales indicados por los pacientes, en relación con la enfermedad, realizadas en los últimos 12 meses.
- Pruebas médicas relacionadas con la migraña: coste de las principales pruebas vinculadas a la migraña, así como de otras indicadas por los pacientes, también vinculadas a la enfermedad, realizadas en los últimos 12 meses.
- Urgencias: coste de las urgencias en los últimos 12 meses.
- Ingresos hospitalarios: coste de los ingresos hospitalarios vinculados a la migraña en los últimos 12 meses.
- Medicación: coste farmacológico y de administración de la medicación vinculada a la migraña en los últimos 12 meses, incluyendo analgésicos, antiinflamatorios, triptanes y medicación preventiva. Como el coste de medicación no se recoge en la encuesta a pacientes del Atlas 2018, este dato fue extraído del estudio de Bloudek *et al.* (2012), en el que se utilizaron precios unitarios de medicamentos en España referidos al año 2010. El coste final se obtuvo teniendo en cuenta el incremento interanual del IPC de medicina (ver anexo).

Los costes directos no sanitarios están relacionados con los gastos que debe afrontar el paciente con migraña relacionados con la enfermedad. Dichos costes contemplan las siguientes variables:

- Visitas médicas (euro/mes) costeadas por los pacientes que no disponen de seguro médico: coste de las visitas a los principales especialistas médicos realizadas en los últimos 3 meses.
- Tratamientos complementarios para la migraña (euro/mes) costeados por el paciente que incluyen: fisioterapia, osteopatía, acupuntura, homeopatía, etc.
- Tratamientos preventivos utilizados por los pacientes (euro/mes) que incluyen: toxina botulínica del tipo A (en migraña crónica) y otros preventivos.
- Ejercicios físicos beneficiosos, coste indicado de forma monetaria directamente por los pacientes (euro/mes).
- Dieta recomendada, coste indicado de forma monetaria directamente por los pacientes (euro/mes).
- Cuidado emocional, coste indicado de forma monetaria directamente por los pacientes (euro/mes), que incluye especialistas (psicólogo, psiquiatra, *coach*) y tratamientos (técnicas de relajación, *mindfulness*, *biofeedback*, taller autoayuda, yoga, meditación, gestión del estrés).

3.8.2. Costes indirectos

Los costes indirectos son una valoración económica de la pérdida de riqueza que la enfermedad supone para la sociedad. En este estudio se incluyeron solamente las pérdidas de productividad laboral del paciente. Este coste se deriva de los días de absentismo laboral debido a las visitas médicas, bajas laborales, días de hospitalización... vinculados a la migraña en personas en situación activa. Estos datos se analizaron teniendo en cuenta la información que declararon los pacientes en la encuesta. Por su parte, la remuneración por hora de trabajo en España se recogió de la Encuesta de Estructura Salarial³⁹.

3.8.3. Costes totales

El coste total incluye la suma de los costes directos sanitarios, los costes directos no sanitarios y los costes indirectos. El coste por paciente y año se refiere al coste medio que un paciente con migraña supone para la sociedad española (tanto para el Sistema Nacional de Salud como para la sociedad en general) en un periodo de un año.

Los costes totales anuales por paciente fueron analizados separadamente para los pacientes con migraña crónica y para los pacientes con migraña episódica.

Bibliografía

1. Fernández-Concepción, L., Canuet-Delis L. Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: factores determinantes. *Rev Neurol*. 2003;36(12):1105–12.
2. D'Amico D, Mosconi P, Genco S, Usai S, Prudenzano AMP, Grazzi L, *et al*. The Migraine Disability Assessment (MIDAS) questionnaire: Translation and reliability of the Italian version. *Cephalalgia* [Internet]. 2001;21(10):947–52.
3. Zandifar A, Asgari F, Haghdoost F, Masjedi SS, Manouchehri N, Banihashemi M, *et al*. Reliability and validity of the migraine disability assessment scale among migraine and tension type headache in Iranian patients. *Bio-med Res Int* [Internet]. 2014.
4. Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology* [Internet]. 2001 Mar 1; 56(Supplement 1):S20–8.
5. Payne KA, Varon SF, Kawata AK, Yeomans K, Wilcox TK, Manack A, *et al*. The International Burden of Migraine Study (IBMS): Study design, methodology, and baseline cohort characteristics. *Cephalalgia*. 2011;31(10):1116–30.
6. Cramer JA, Silberstein SD, Winner P. Development and validation of the headache needs assessment (HANA) survey. *Headache*. 2001 Apr 4 [cited 2017 Jul 27];41(4):402–9.
7. Terol, MC., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, MA., Reig M. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en población Española. *Soc Española para el Estud la Ansiedad y el Estrés*. 2007;13:2–3.
8. Kaczmarek LD, Haladziński P, Kaczmarek L, Baczkowski B, Ziarko M, Dombrowski SU. Validation of the Voluntary Participation in Online Surveys Scale. *Polish Psychol Bull*. 2012;43(3):210–4.
9. Van Mol C. Improving web survey efficiency: the impact of an extra reminder and reminder content on web survey response. *Int J Soc Res Methodol* [Internet]. 2017;20(4):317–27.
10. De Marchis GP. La validez externa de las encuestas en la web. Amenazas y su control. *Estud sobre el Mensaje Periodístico Núm Espec Oct* [Internet]. 2012;18:263–72.
11. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Año 2016. http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176741&menu=ultiDatos&idp=1254735976608. 2014;1–9.
12. Sommer J, Diedenhofen B, Musch J. Not to Be Considered Harmful: Mobile-Device Users Do Not Spoil Data Quality in Web Surveys. *Soc Sci Comput Rev*. 2017;35(3):378–87.
13. Hochheimer CJ, Sabo RT, Krist AH, Day T, Cyrus J, Woolf SH. Methods for evaluating respondent attrition in web-based surveys. *J Med Internet Res*. 2016;18(11).
14. Cerbo R, Pesare M, Aurilia C, Rondelli V, Barbanti P. Socio-economic costs of migraine. *J Headache Pain*. 2001;2(SUPPL. 1):15–9.
15. INE. Índice de Precios de Consumo (productos farmacéuticos) de 2009 a 2017. Base 2016. 2017.
16. Bloudek LM, Stokes M, Buse DC, Wilcox TK, Lipton RB, Goadsby PJ, *et al*. Cost of healthcare for patients with migraine in five European countries: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *J Headache Pain* [Internet]. 2012 Jul 29;13(5):361–78.
17. Andalucía. ORDEN de 14 de octubre de 2005, por la que se fijan los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por centros dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía. BOJA núm. 210. 2005.
18. Andalucía. ORDEN de 18 de noviembre de 2015, por la que se modifica la Orden de 14 de octubre de 2005, por la que se fijan los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por centros dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía. BOJA núm. 228. BOJA. 2015.
19. Andalucía. ORDEN de 8 de noviembre de 2016, por la que se modifica la Orden de 14 de octubre de 2005, por la que se fijan los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por centros dependientes del Sistema Sanitario Público de Andalucía. BOJA núm. 218. 2016.

20. Aragón. Resolución de 1 de enero de 2011, de la Directora-Gerente del Consorcio de Salud, por la que se aprueban las tarifas a aplicar en el seno del Consorcio a los terceros obligados al pago o a los usuarios sin derecho a la asistencia sanitaria 2011 [Internet]. 2011.
21. Aragón. Resolución de 30 de julio de 2012, de la dirección de gerencia del Servicio Aragonés de Salud, sobre revisión de las tarifas a aplicar por la prestación de servicios sanitarios a terceros obligados al pago a usuarios sin derecho a asistencia sanitaria 201 [Internet]. 2012.
22. Asturias. Decreto 120/2013, de 27 de diciembre, por el que se actualizan los precios públicos de cuantía fija. BOPA núm. 301, 31 diciembre de 2013. BOPA. 2013.
23. Asturias. Resolución de 25 de febrero de 2013, de la Consejería de Hacienda y Sector Público, por la que hace pública la relación de las cuantías exigibles por tasas y precios públicos en el ejercicio 2013. BOPA núm. 77. 14 de abril de 2013.
24. Canarias. Resolución de 30 de marzo de 2015, de la Directora, por la que se modifica la cuantía de los precios públicos de servicios sanitarios previstos en el Decreto 81/2009, de 16 de junio, que establece los precios públicos de los servicios sanitarios. 2015.
25. Cantabria. Orden SAN/12/2011, de 20 de abril, por la que se fijan las cuantías de los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Cántabro de Salud. BOC núm. 85, 5 de mayo de 2011.
26. Castilla-La Mancha. Orden de 17/11/2014, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, por la que se establecen los precios públicos de la asistencia sanitaria y de los servicios prestados en la red de centros sanitarios dependientes del Servicio de Salud. 2014.
27. Castilla y León. Decreto 25/2010, de 17 de junio, por el que se actualizan los precios públicos por actos asistenciales y servicios sanitarios prestados por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. BOCYL núm. 119, 23 de junio de 2010.
28. Cataluña. Orden SLT/30/2013, de 20 de febrero, por la que se aprueban los precios públicos del Servicio Catalán de la Salud. DOGC núm. 6323, 26 de febrero de 2013.
29. Ceuta y Melilla. Resolución de 19 de julio de 2013, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, sobre revisión de precios a aplicar por los centros sanitarios del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en Ceuta y Melilla, por las asistencias [Internet]. Boletín Oficial del Estado. 2013.
30. Extremadura. Resolución de 17 de febrero de 2015, del Consejero, por la que se publican las tarifas actualizadas de las tasas y precios públicos de la Comunidad Autónoma de Extremadura, en virtud de lo dispuesto en la Ley de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma. 2015.
31. Galicia. Decreto 392/2009, de 1 de octubre, por el que se establecen las tarifas de los servicios sanitarios prestados en los centros dependientes del Servicio Gallego de Salud y en las fundaciones públicas sanitarias. DOG núm. 199, 9 de octubre de 2009.
32. Galicia. Decreto 56/2014, de 30 de abril, por el que se establecen las tarifas de los servicios sanitarios prestados en los centros dependientes del Servicio Gallego de Salud y en las fundaciones públicas sanitarias. DOG núm. 96, 21 de mayo de 2014.
33. Islas Baleares. Resolución del director general del Servei de Salut de modificación del anexo I de la Orden de la Conselleria de Salut i Consum de 22 de diciembre de 2006. BOIB núm. 89, 1 de julio de 2014.
34. La Rioja. Orden 17/2014, de 16 de noviembre de 2014, de la Consejería de Administración Pública y Hacienda por la que se establece y regula el precio público por los servicios sanitarios prestados a particulares en los centros del Servicio Riojano de Salud. 2014.
35. Madrid. Orden 731/2013, de 6 de septiembre, del consejero de Sanidad, por la que se fijan los precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la Red de Centros de la Comunidad de Madrid. BOCM núm 215. Vol. 215, BOCM. 2013.
36. Murcia. Orden de 3 de febrero de 2015 de la Consejería de Economía y Hacienda, por la que se publican las tarifas de las tasas y precios públicos aplicables en 2015. BORM núm. 33, 10 de febrero de 2015. [Internet]. 2015.

37. Navarra. Resolución 882/2010, de 3 de mayo, del director gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se actualizan las tarifas por prestación de servicios en los centros y establecimientos asistenciales del Servicio Navarro de Salud-Osas. 2010.
38. Valencia. Decreto Legislativo 1/2005, de 25 de febrero, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Tasas de la Generalitat. DOCV núm. 4971, 22 de marzo de 2005.
39. INE. Encuesta Anual de Estructura Salarial del año 2015. Principales resultados. Ganancia bruta anual. 2017.

4. GUÍAS DE EVALUACIÓN

La continua formación de los profesionales sanitarios es una actividad necesaria para llevar a la práctica un ejercicio profesional acorde con el nivel exigido. En el caso de la práctica médica, una manera de establecer y garantizar la calidad y responder a las exigencias de la medicina basada en la evidencia es la instauración de normas de actuación acordes con el conocimiento científico¹.

Esto es lo que pretenden las Guías para la buena práctica clínica en materia de planificación en migraña en el ámbito nacional y autonómico. Estas guías han sido elaboradas por profesionales sanitarios pertenecientes al ámbito de trabajo de la atención especializada en neurología y de la atención primaria, que depositan en ellas la experiencia de su trabajo y su dedicación profesional y se dirigen a médicos que ejercen en ese medio. Suelen estar realizadas mediante un lenguaje y una actuación propia del personal sanitario que la va a utilizar, con un carácter práctico sobre patologías prevalentes, alineando criterios para ser más resolutivos en el ejercicio profesional.

El principal objetivo de las guías o manuales de práctica clínica es consolidar principios de carácter general para alcanzar una mejora en la eficiencia clínica y en la calidad de la atención, así como permitir la toma de decisiones con información suficiente a médicos y pacientes. Por tanto, su contenido es práctico y deja traslucir lo que el profesional conoce de primera mano, ayudándole a la toma de decisiones más eficientes.

Las diferencias existentes en cuanto a las tipologías de sistemas sanitarios, profesionales sanitarios, pacientes y materiales terapéuticos disponibles en diferentes países hacen recomendable disponer de guías de actuación que reflejen la práctica desde el punto de vista clínico y local. Este tipo de guías tienen que ser consideradas como recomendaciones generales que no deben reemplazar, en ningún caso, las situaciones clínicas particulares.

4.1. Guías a escala nacional

De manera más detallada, en el ámbito español se pueden encontrar diversas guías dirigidas a especialistas para el manejo de la migraña y otras tipologías de dolores de cabeza. A continuación, se especifican las principales guías a escala nacional divididas en tres grupos diferentes: práctica clínica, diagnóstico y atención primaria.

4.1.1. Guías de práctica clínica

- **Guía oficial de la práctica clínica en cefaleas** (2015)². Esta guía está dirigida al residente, al neurólogo clínico, a los médicos de atención primaria, a otros especialistas médicos y a todos los profesionales de la salud que en su quehacer diario deban tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas ante pacientes que consultan por dolor de cabeza, facial o cervical.
- **Guía de recomendaciones para el tratamiento de la migraña en la práctica clínica** (2005), de los grupos de estudio de cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN) y de la Campaña³. En este manuscrito se incluyen recomendaciones consensuadas acerca del tratamiento sintomático y preventivo de la migraña.
- **Guía de buena práctica clínica en migraña y otras cefaleas** (2003), de la Organización Médica Colegial de España⁴. Esta guía está realizada por médicos de familia, y en ella se revisa cómo llevar a cabo la exploración física reglada en cefaleas, cómo diagnosticar las principales cefaleas primarias y secundarias y, por último, las pautas principales para el tratamiento de las principales cefaleas primarias.

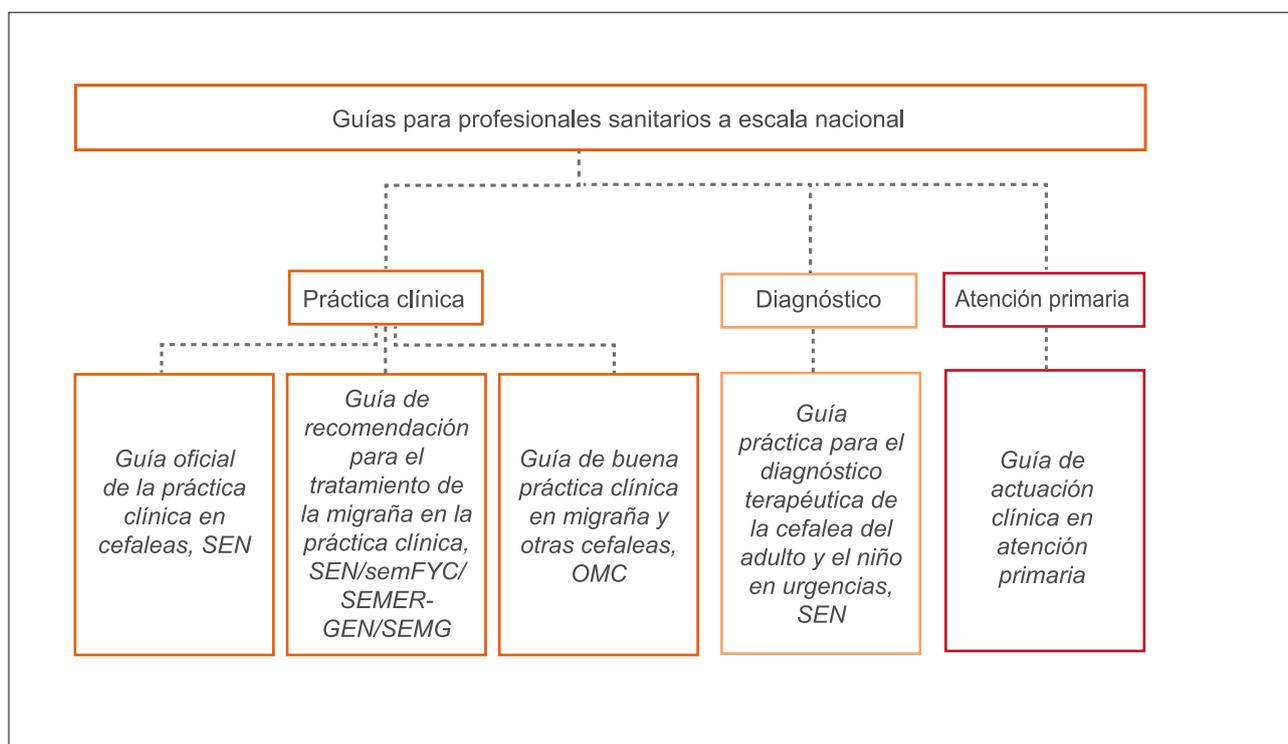
4.1.2. Guías de diagnóstico

- **Guía práctica diagnóstico terapéutica de la Cefalea del adulto y el niño en Urgencias** (2016), de la Sociedad Española de Neurología⁵. En esta guía se establece la diferencia fundamental de si la cefalea supone una patología benigna o, por el contrario, existe un proceso neurológico grave. Está dirigida a médicos que trabajan en los servicios de urgencias, con el objetivo de mejorar la atención de la cefalea en dicho servicio.

4.1.3. Guías de atención primaria

- **Cefaleas. Guía de actuación clínica en atención primaria**⁶. Esta Guía aporta datos suficientes para diagnosticar casos de cefalea en la consulta del médico de familia. El conocimiento de la migraña, cefalea tensional y cefalea crónica diaria y su correcto abordaje diagnóstico y terapéutico es de capital importancia para el correcto abordaje de la cefalea en medicina de familia.

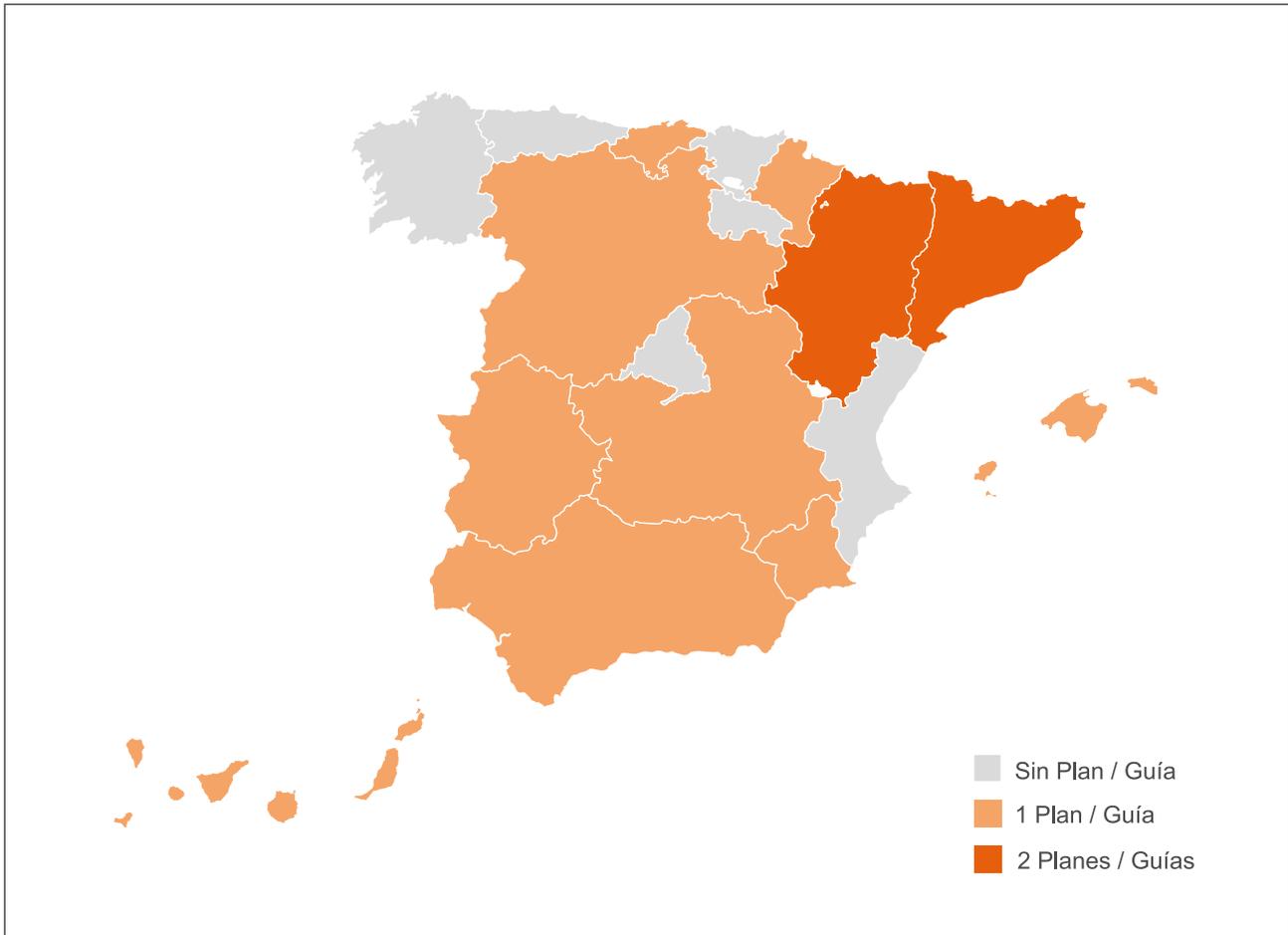
Gráfico 1. Existencia de documentos de planificación en materia de migraña a escala nacional.



Fuente: elaboración propia

4.2. Guías a escala de comunidad autónoma

Desde el punto de vista de comunidades autónomas existen diferencias en la elaboración de planificación y estrategias especificadas encaminadas a la mejora del manejo y tratamiento de la migraña.

Mapa 1. Existencia de documentos de planificación en materia de migraña en el ámbito autonómico.

Fuente: elaboración propia

Tabla 1. Existencia de documentos de planificación en materia de migraña en el ámbito autonómico.

CC. AA.	AÑO	TÍTULO	OBJETIVO
Andalucía	2012	<i>Guía rápida de cefaleas. Consenso entre atención primaria y neurología</i>	Acordar protocolos de actuación para el manejo de la migraña, tanto en atención primaria como especializada
Aragón	2016	<i>Aprendiendo a conocer y manejar la migraña crónica: Información para pacientes, familiares y cuidadores</i> <i>Protocolo para el manejo del paciente con migraña crónica</i>	Servir de ayuda a personas que padecen migraña crónica con el fin de aumentar su calidad de vida Abordar el diagnóstico de la migraña crónica
Principado de Asturias	-	-	-
Islas Baleares	2012	<i>Orientaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas</i>	Apoyar a los profesionales médicos en el diagnóstico y tratamiento de la cefalea

Canarias	2016	<i>Guía para el diagnóstico y el tratamiento</i>	Establecer protocolos de actuación para tratar la cefalea tensional y en racimos y la migraña
Cantabria	2007	<i>Protocolo de cefaleas</i>	Dar claves para el correcto diagnóstico y tratamiento de la cefalea y migraña
Castilla La Mancha	2002	<i>Cefaleas, proceso asistencial</i>	Orientar a los profesionales sanitarios para el manejo de la cefalea
Castilla y León	2011	<i>Cefaleas, proceso asistencial</i>	Ayudar al profesional sanitario en el diagnóstico y manejo clínico de las cefaleas
Cataluña	2015	<i>Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la Cefalea</i> <i>Consenso catalán sobre la Atención del Paciente con Migraña</i>	Dar apoyo al profesional sanitario para el adecuado diagnóstico y tratamiento de la cefalea Servir de ayuda a profesionales sanitarios para mejorar la formación y resolución de problemas en materia de migraña
Comunidad de Valencia	-	-	-
C. Foral de Navarra	2017	<i>Cefalea: guía de actuación</i>	Facilitar al personal sanitario pautas para el diagnóstico y manejo de la cefalea
Extremadura	2015	<i>Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas</i>	Ayudar al paciente a tener una mejor comprensión de su enfermedad, ofreciendo soluciones terapéuticas
Galicia	-	-	-
La Rioja	-	-	-
C. de Madrid	-	-	-
Región de Murcia	2017	<i>Proceso de actuación ante un paciente con cefalea</i>	Establecer un proceso de actuación para tratar a un paciente con cefalea
País Vasco	-	-	-

Fuente: elaboración propia

Andalucía: *Guía rápida de cefaleas. consenso entre atención primaria y neurología*⁷. En esta guía se han acordado protocolos y criterios de diagnóstico, tratamiento, derivación y seguimiento de pacientes con la idea de facilitar el manejo de la enfermedad a los profesionales sanitarios implicados en esta patología, tanto en atención primaria como especializada.

Aragón: *Aprendiendo a conocer y manejar la migraña crónica: información para pacientes, familiares y cuidadores, elaborado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)*⁸. Este documento está dirigido a personas que tienen migraña crónica, pudiendo ser de ayuda también para sus familiares y cuidadores. La información presentada ayudará a conocer mejor las cuestiones básicas sobre la migraña crónica, contribuyendo a mejorar el conocimiento y autocuidado de las personas afectadas, con la finalidad de aumentar su calidad de vida.

Aragón: *Protocolo para el manejo del paciente con migraña crónica, elaborado por el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)*⁹. Aborda el diagnóstico de la migraña crónica en población adulta, en su derivación a consultas externas de neurología y en el manejo terapéutico de estos pacientes en atención primaria y consultas externas de atención especializada. Se dirige a los profesionales sanitarios de atención primaria y especializada, en concreto medicina familiar y comunitaria y neurología.

Baleares: *Orientaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Balear de Neurología*¹⁰. Este documento pretende ser un apoyo para los profesionales médicos en el diagnóstico y tratamiento de la cefalea, así como una herramienta útil para pacientes que sufran esta enfermedad.

Canarias: *Cefaleas. Guía para el diagnóstico y el tratamiento*¹¹. Esta guía se centra, principalmente, en las cefaleas primarias, y, dentro de estas, en las más prevalentes. Así, se recogen los protocolos de actuación para la cefalea tensional, la migraña y su forma crónica, la cefalea en racimos y la neuralgia del trigémino. El documento aporta, asimismo, herramientas muy útiles para el médico de atención primaria, tales como un modelo de diario de migraña para entregar a los pacientes con esta patología, un anexo con los criterios que debe presentar una cefalea para su derivación al servicio de neurología, y un vademécum con los fármacos más utilizados en el tratamiento de las cefaleas.

Cantabria: *Protocolo de cefaleas*¹². Documento dirigido a profesionales médicos en el que se clasifica a los diferentes tipos de cefaleas y migrañas y se dan claves para la correcta exploración y diagnóstico de estas, así como tratamientos sintomáticos y preventivos efectivos según los casos.

Castilla La Mancha: *Boletín farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha*¹³. Documento orientativo dirigido a profesionales sanitarios para el manejo de la migraña, estableciendo tratamientos farmacológicos adecuados según la forma en la que se presente la enfermedad (migraña episódica, migraña crónica diaria, migraña menstrual, migraña y embarazo, migraña en ancianos, etc.).

Castilla y León: *Cefaleas, proceso asistencial*¹⁴. Los principales objetivos de este documento son ayudar al profesional en la toma de decisiones ante una cefalea, mejorar el diagnóstico y manejo clínico de las cefaleas en Atención Primaria, mejorar la efectividad de las intervenciones en la atención a las cefaleas y unificar criterios de actuación en el abordaje de las cefaleas desde la Atención Primaria.

Cataluña: *Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la cefalea de la Sociedad Catalana de Neurología*¹⁵. Hace alusión a criterios para realizar un adecuado diagnóstico hacia el paciente con cefalea, señalando cuáles son los signos y síntomas de alarma, exploraciones médicas pertinentes, tratamientos farmacológicos adecuados y factores desencadenantes del dolor. También hace mención a cómo tratar cefaleas en situaciones especiales, tales como la infancia, el embarazo o la lactancia. Entre los propósitos de este documento también está el dar recomendaciones generales con la finalidad de mejorar el manejo de la enfermedad.

Cataluña: *Consenso catalán sobre la atención del paciente con migraña*¹⁶. Este documento trata de servir de ayuda a profesionales sanitarios para mejorar la formación y resolución de problemas en materia de migraña, consensuando el abordaje en los protocolos de actuación para tratar la enfermedad y los criterios de derivación a la atención especializada de neurología.

Comunidad Foral de Navarra: *Cefalea. Guía de actuación*¹⁷. Instrumento de consulta dirigido a los profesionales del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea. Su objetivo es facilitar el diagnóstico y el manejo de los distintos tipos de cefaleas, así como establecer criterios de derivación y de solicitud de pruebas complementarias.

Extremadura: *Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas*¹⁸, de la Sociedad Extremeña de Neurología y la Sociedad Extremeña de Medicina de Familia y Comunitaria. Guía práctica caracterizada por ir dirigida hacia el paciente, ayudando a que tenga una mejor comprensión de su enfermedad y ofreciendo soluciones terapéuticas. A la vez, presenta el abordaje del paciente con cefalea desde la anamnesis y exploración, incluyendo la migraña crónica como entidad que refleja la gravedad a la que se puede llegar si el paciente pasa de sufrir dolor episódico a crónico.

Región de Murcia: *Proceso de actuación ante un paciente con cefalea (2017)*¹⁹. Este documento surge con la finalidad de implantar un proceso de actuación ante un paciente con cefalea que garantice la calidad y la coordinación de la asistencia sanitaria en toda la región.

Bibliografía

1. Blanco E, Espinosa J, Carrera H, Rodríguez M. Buena práctica clínica en dolor y su tratamiento [Internet]. *Atención primaria de calidad*. Madrid; 2004 [cited 2018 Mar 22]. 1-120 p. Available from: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_dolor_0.pdf
2. Sociedad Española de Neurología. *Guía oficial de práctica clínica en cefaleas* [Internet]. Ezpeleta, David; Pozo-Rosich P, editor. Madrid; 2015 [cited 2018 Mar 1]. Available from: http://gecsen.sen.es/pdf/GUIA_NEURO_2015.pdf
3. Láinez J, Castillo J, González V, Otero M, Mateos V, Leira R, et al. Recommendations guide for the treatment of migraine in the clinical practice. *Rev Clin Esp Rev Clin Esp* [Internet]. 2007 [cited 2017 Oct 19];207(4):190–3. Available from: http://www.doctormateos.com/documentacion/articulos/guia_de_recomendaciones_para_el_tratamiento_de_la_migrana_en_la_practica_clinica.pdf
4. Caamaño Bárcena M, Castillo Obeso J, García Criado EI. *Guía de buena práctica clínica en Migraña y otras cefaleas* [Internet]. Madrid: Organización Médica Colegial; 2003. 1-106 p. Available from: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_cefaleas.pdf
5. Macaya Ruiz A, Pozo Rosich P. *Guía práctica diagnóstico terapéutica de la Cefalea del adulto y el niño en urgencias* [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Neurología; 2016 [cited 2017 Oct 19]. 1-114 p. Available from: <http://gecsen.sen.es/pdf/GuiaCefalea-adulto-nino.pdf>
6. Pedrera Carbonell, Víctor; Miralles Parres, M.ª José; Lainez Andrés JM. Cefaleas. Guía de actuación clínica en Atención Primaria [Internet]. 2007 [cited 2018 Jan 8]. Available from: <http://www.san.gva.es/documentos/246911/251004/guiasap09cefaleas.pdf>
7. Sociedad Andaluza de Neurología, SEMERGEN, SEMFYC. *Guía rápida de cefaleas. Consenso entre atención primaria y neurología*. [Internet]. Granada; 2012 [cited 2018 Mar 22]. Available from: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvv/sites/default/files/documentos/Guia-Cefaleas-Atencion-Primaria-Neurologia.pdf>
8. Instituto Aragonés de Ciencia de la Salud. *Aprendiendo a conocer y manejar la migraña crónica* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017 [cited 2018 Mar 22]. 1-24 p. Available from: http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2017/04/IACS_Protocolo_Migraña_Pacientes.pdf
9. Instituto Aragonés de Ciencia de la Salud. *Protocolo para el manejo del paciente con migraña crónica* [Internet]. Ministerio de Sanidad SS e I, editor. Madrid; 2017 [cited 2018 Mar 22]. Available from: http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2017/04/IACS_Protocolo_Migraña_Profesionales.pdf
10. Molina Martínez FJ, Figuerola Roig A. *Orientaciones sobre cefaleas* [Internet]. Palma de Mallorca: Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Balear de Neurología; 2012 [cited 2018 Mar 22]. 156 p. Available from: <https://es.slideshare.net/arantxa/orientaciones-sobre-cefaleas-sociedad-balear-neurologia-2012>
11. *Cefaleas. Guía para el diagnóstico y el tratamiento* [Internet]. Servicio Canario de Salud; 2015 [cited 2018 Mar 22]. Available from: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=6596b0cd-36df-11e6-a80f-d353fff5f90&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c>
12. Quintela E, Castillo J, León C, Oterino A. *Protocolo de cefaleas*. 2007, pp. 1-44.
13. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. *La cefalea en atención primaria*. 2002;III:1–8.
14. Jorge Bravo MT, Cal de la Fuente A, Torres Nieto A, et al. *Proceso asistencial en cefaleas*. Junta de Castilla y León, 2010.
15. Sociedad Catalana de Neurología. *Guia oficial de diagnòstic i tractament de la cefalea*. 2015 [cited 2018 Mar 22]; Available from: http://www.scn.cat/docs/guies_protoc/1_Cefalees.pdf
16. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria SC de N. *Consens català sobre l'atenció al pacient amb migranya* [Internet]. 2015 [cited 2018 Mar 22]. Available from: <http://www.academia.cat/files/204-3488-FITXER/ConsenscatalasobrelatencioalpacientambmigranyaDEFINITIU.pdf>
17. Servicio Navarro de Salud. *Cefalea. Guía de actuación*, 2017.

18. Aguirre Sánchez JJ, Casado Naranjo I, Moreno Moreno A, Al. E. Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas [Internet]. Sociedad Extremeña de Neurología y la Sociedad Extremeña de Medicina de Familia y Comunitaria, 2015 [cited 2018 Jan 8]. 1-84 p. Available from: http://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/elibros/guia_cefaleas.pdf
19. Servicio Murciano de Salud. Proceso de actuación ante un paciente con cefalea [Internet]. Terapéutica CR de F y, editor. Murcia: Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica; 2017 [cited 2018 Mar 22], pp. 1-50. Available from: http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2521&idsec=88

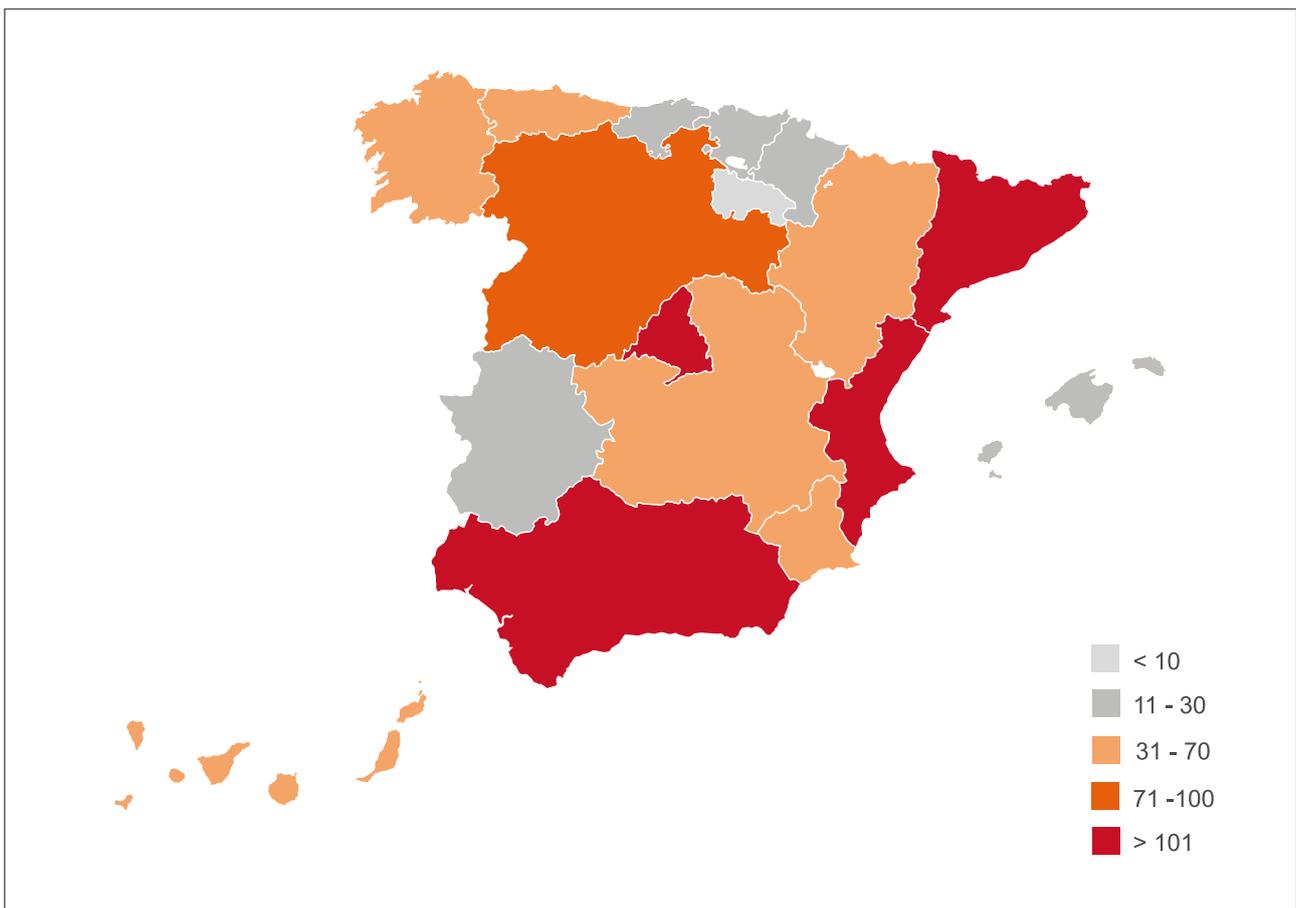
5. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE PACIENTES

5.1 Perfil de la muestra

5.1.1. Distribución de las personas con migraña según CC. AA.

En el mapa 1 se observa la distribución territorial de las personas encuestadas en el Atlas 2018. Cabe destacar que las comunidades autónomas de Andalucía, Cataluña, Comunidad de Madrid y Comunidad Valenciana han registrado el mayor número de encuestados, lo que se corresponde con su mayor peso demográfico.

Mapa 1. Distribución de los pacientes con migraña encuestados según CCAA. (N: 1.288).



Fuente: Atlas 2018

5.1.2. Distribución de las personas encuestadas con migraña según edad

La migraña afecta a todas las edades, aunque no es frecuente que los primeros síntomas aparezcan pasados los 50 años.

La tabla 1 muestra que un 81,6% de los pacientes encuestados tenían edades comprendidas entre los 16 y 47 años, un 17,1% se encontraba entre los 48 y 64 y únicamente el 1,3% se encontraba por encima de los 64 años.

Tabla 1. Distribución de las personas con migraña por grupos de edad (N: 1.278)

EDAD (AÑOS)	N	PORCENTAJE
16 a 31	428	33,5
32 a 47	615	48,1
48 a 64	218	17,1
≥ 65	17	1,3
Total	1.278	100

Fuente: Atlas 2018

Como se puede apreciar en la tabla 2, la edad media total de las personas con migraña se situó en los 37,3 años de edad.

Tabla 2. Edad de los participantes en la encuesta (N: 1.278)

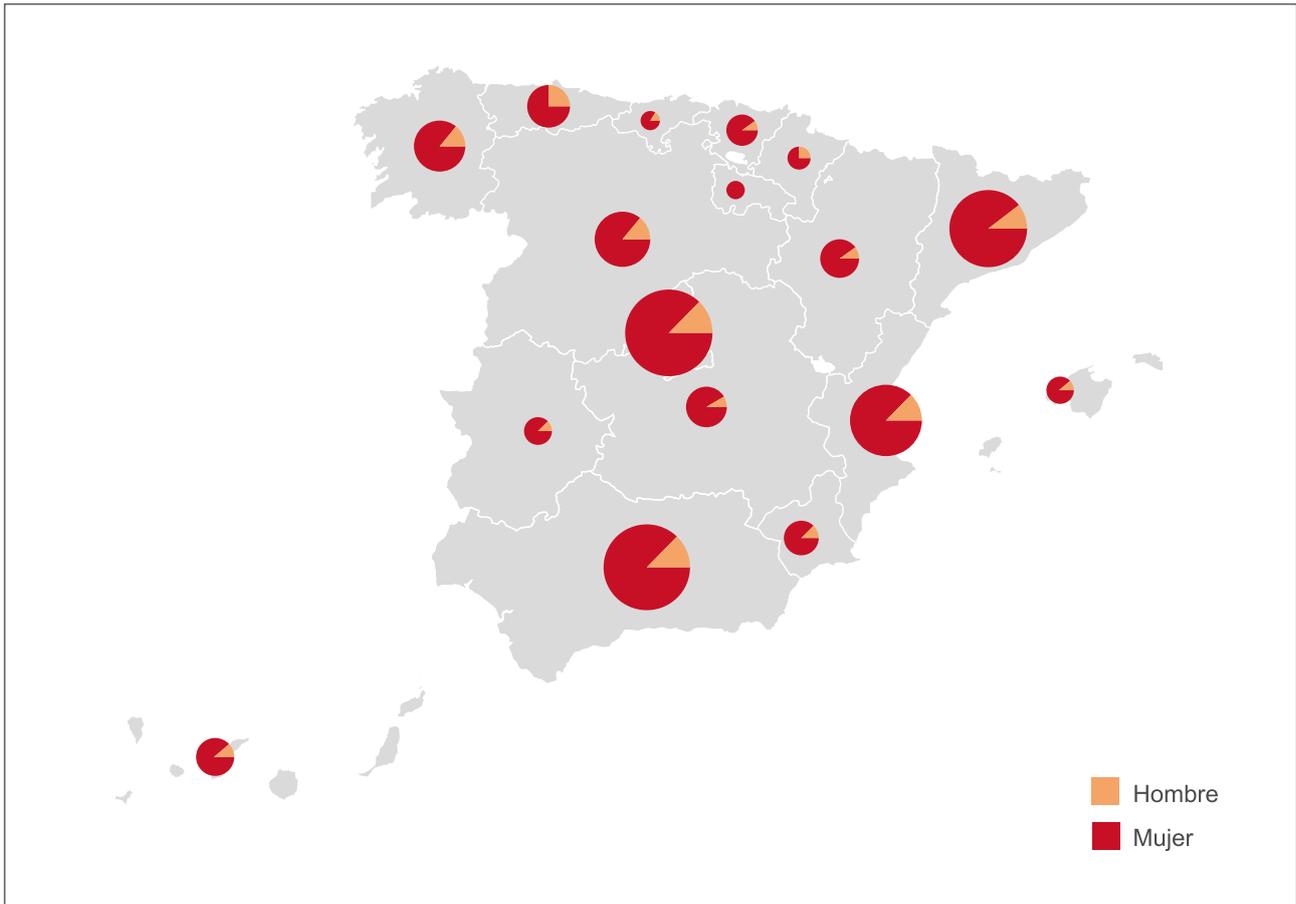
	DÍA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
Edad media total (años)	37,3	11,5

Fuente: Atlas 2018

5.1.3 Distribución de las personas encuestadas con migraña por género según CC. AA.

La migraña es dos o tres veces más prevalente en las mujeres que en los hombres¹, sufriendo estas mayor duración e intensidad de dolor en las crisis, mayor riesgo de recurrencia, mayor discapacidad y necesitando, a la vez, un periodo de tiempo mayor para recuperarse^{2,3}.

Como se puede apreciar en el mapa 2, la mayoría de los encuestados eran mujeres (88,2%).

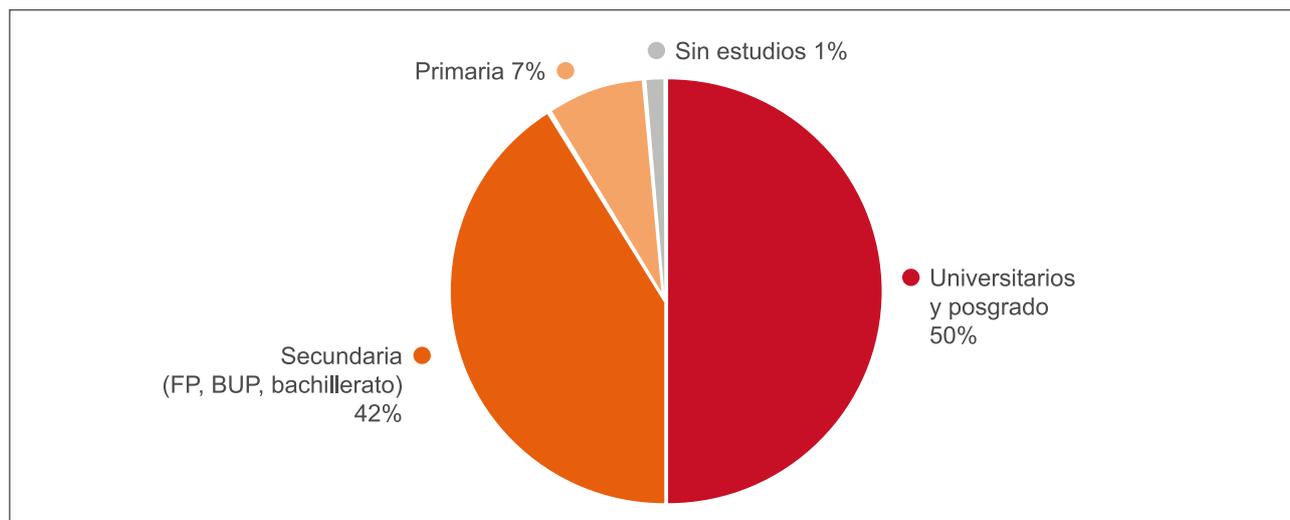
Mapa 2. Distribución de las personas encuestadas con migraña por género según CC. AA.

Fuente: Atlas 2018

Los datos del Atlas 2018 son similares a los obtenidos en el estudio de Keman, en el que el 84,3% eran mujeres y el 15,7% hombres en una encuesta de 1.283 pacientes⁴. Estos datos corroboran otros estudios como el Plan de Acción de Lucha contra la Migraña (PALM)⁵ o la National Health Service⁶, que establecen que el número de mujeres con migraña supera al de varones en una relación 3:1.

5.1.4 Distribución de las personas encuestadas con migraña según nivel de estudios

En relación con el nivel de estudios de los encuestados, casi la mitad declaró poseer estudios universitarios, seguido de secundarios y primario y el restante no poseía ningún tipo de estudios.

Gráfico 1. Distribución de las personas encuestadas con migraña según nivel de estudios (N: 1.282)

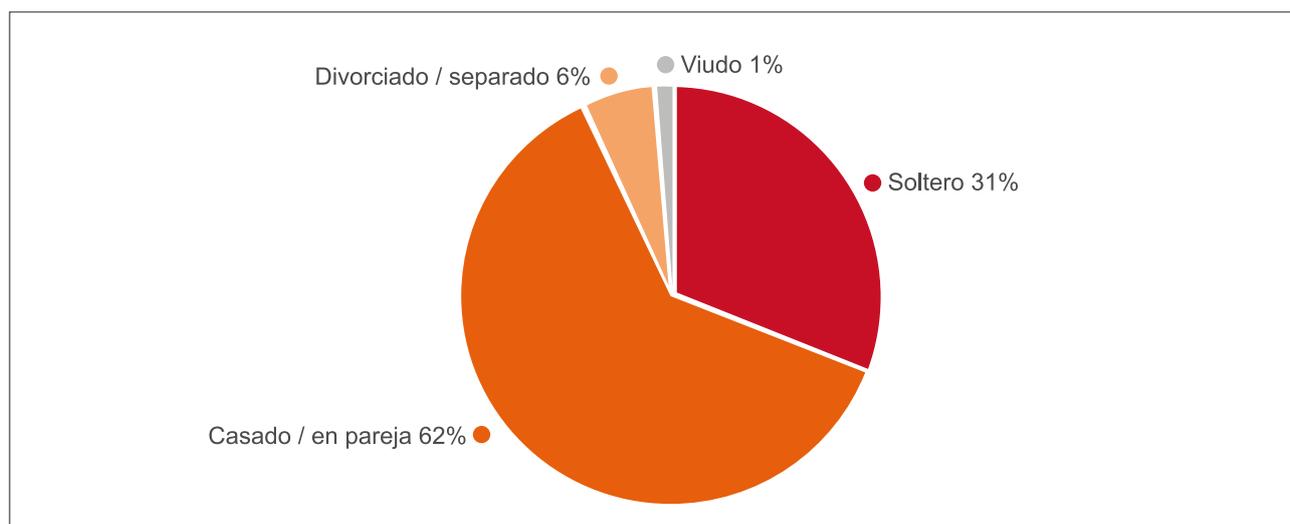
Fuente: Atlas 2018

En el estudio PRIMERA, en el que participaron 168 especialistas y 851 pacientes que acudían por primera vez a una consulta de neurología, las personas con estudios secundarios (44,3%) superaban a aquellos con estudios universitarios (30,4%)⁷.

En el estudio de Winter *et al.*⁸, realizado en una cohorte de 36.858 mujeres, de las cuales 6.801 presentaban migraña, se observó cómo aquellas pacientes con menor nivel socioeconómico presentaban una mayor predisposición a que la migraña fuese más frecuente y se cronificase. De este modo, es posible afirmar que las personas con bajo estatus socioeconómico presentan mayor probabilidad de que su cefalea se vuelva frecuente.

5.1.5. Distribución de las personas encuestadas con migraña según estado civil

Más del 60% de los encuestados declaró estar casado o con pareja de hecho, seguido de solteros, y un bajo porcentaje separados o divorciados y viudos.

Gráfico 2. Distribución porcentual de las personas con migraña según estado civil (N: 1.280)

Fuente: Atlas 2018

Esta distribución es similar a la que aparece en el estudio de García-Cabo Fernández, en el que el 59,3% de los pacientes declararon estar casados, el 22% solteros, el 12,6% separados y el 6% viudos⁹. Algunos estudios poblacionales en migraña, como el realizado por Scher *et al.*, pusieron de relieve que el estado civil podría asociarse a la cronificación de la migraña. Así, resulta más probable que este trastorno se vuelva crónico en pacientes divorciados, separados o viudos, frente a los solteros y casados¹⁰ n=1.134.

- La mayoría de las personas con migraña que participaron en la encuesta eran mujeres (88,2%).
- La edad media de las personas con migraña era de 37,3 años.
- El 50% de las personas con migraña poseía estudios universitarios.
- El 62% de las personas con migraña estaban casadas o en pareja de hecho.

Bibliografía:

1. Matías-Guiu J, Porta-Etessam J, Mateos V, Díaz-Insa S, Lopez-Gil A, Fernández C. One-year prevalence of migraine in Spain: A nationwide population-based survey. *Cephalalgia*. 2011 Mar 6;31(4):463–70.
2. Vetvik KG, MacGregor EA. Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. *Lancet Neurol*. 2017 Jan 1;16(1):76–87.
3. Buse DC, Loder EW, Gorman JA, Stewart WF, Reed ML, Fanning KM, *et al*. Sex differences in the prevalence, symptoms, and associated features of migraine, probable migraine and other severe headache: Results of the American Migraine prevalence and prevention (AMPP) study. *Curr Pain Headache Reports Headache*. 2013;53(8):1278–99.
4. Kelman L. Migraine Pain Location: A Tertiary Care Study of 1283 Migraineurs. *Headache J Head Face Pain*. 2005 Sep 1;45(8):1038–47.
5. Sociedad Española de Neurología. *Plan de Acción en la Lucha contra la Migraña (PALM)* [Internet]. 2006 [cited 2017 Oct 11]. Available from: http://www.programapalm.com/index_00.htm
6. Fernández-de-las-Peñas C, Palacios-Ceña D, Salom-Moreno J, López-de-Andres 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 Public Library of Science*; 2014 p. e110530.
7. Mateos V, Porta-Etessam J, Armengol-Bertolin S, Larios C, Garcia M, En representación de los investigadores del estudio PRIMERA. Initial situation and approach to the care of migraine in neurology services in Spain: the PRIMERA study. *Rev Neurol*. 2012;55(10):577–84.
8. Winter AC, Berger K, Buring JE, Kurth T. Associations of socioeconomic status with migraine and non-migraine headache. *Cephalalgia*. 2012 Jan 15;32(2):159–70.
9. García-Cabo Fernández C, Sánchez-Lozano P, Pérez-Álvarez A, Martínez-Ramos JJMM, Martínez-Rodríguez L, Pascual J, *et al*. Sociodemographic characteristics of a cohort of patients with chronic migraine from a health district in Asturias. *Neurología*. 2016;31(3):157–60.
10. Scher AI, Stewart WF, Ricci JA, Lipton RB. Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. *Pain*. 2003 Nov;106(1–2):81–9.

5.2 DIAGNÓSTICO

La migraña es un trastorno común e incapacitante que se puede dividir en dos grupos en función del número de días de cefalea: migraña episódica y migraña crónica¹. Si los ataques o crisis tienen una frecuencia menor de 15 días por mes se denomina migraña episódica. En cambio, si estos ataques o crisis duran 15 o más días por mes, es catalogada como migraña crónica.

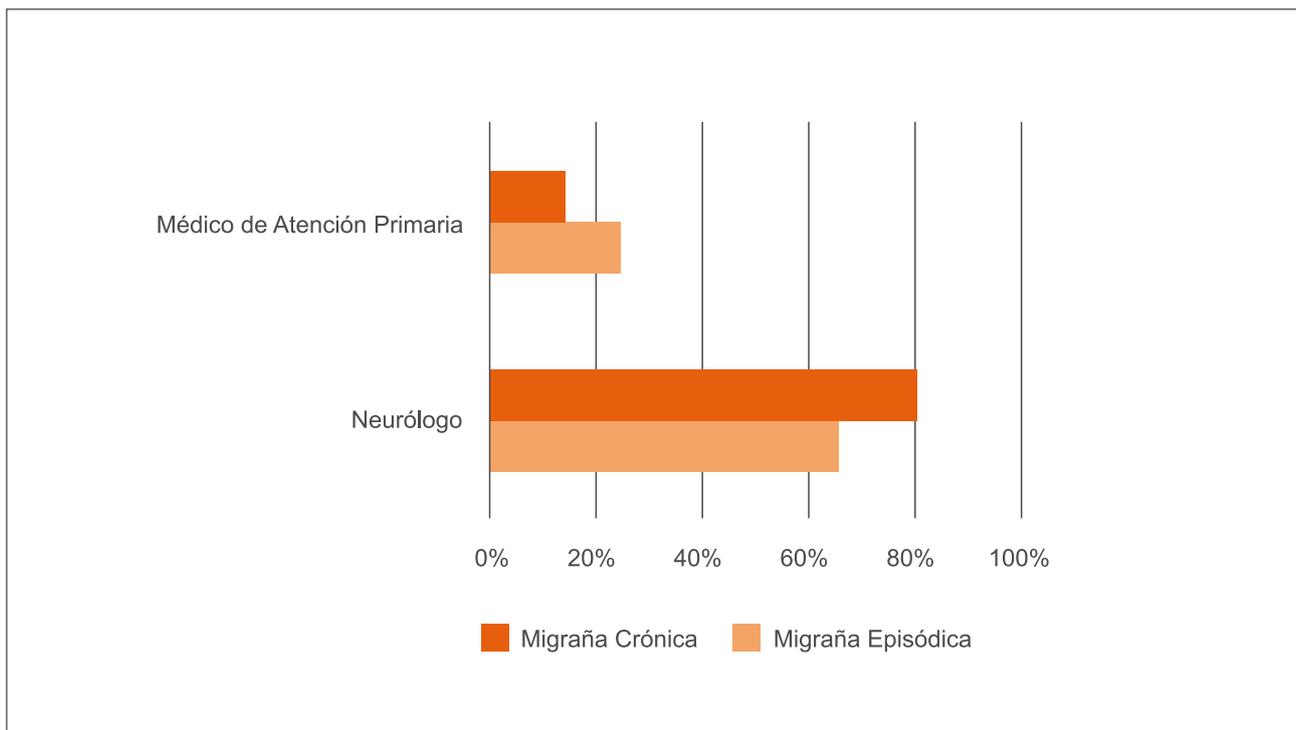
En el Atlas 2018, y tomando en consideración el número de días que las personas con migraña manifestaron sufrir dolor de cabeza, el 65,4% de estos padecían migraña de tipo episódico, frente a un 34,2% que declaró padecerla de forma crónica.

5.2.1. Diagnóstico de la enfermedad

El diagnóstico de los diferentes tipos de los dolores de cabeza puede no ser fácil, ya que muchas cefaleas primarias comparten rasgos clínicos similares. Además, los ataques o crisis individuales son volubles y varían considerablemente entre las personas que los sufren².

Respecto al especialista médico que diagnosticó la migraña, las personas con migraña declararon que, en la mayoría de los casos, fue el neurólogo, seguido por el médico de atención primaria.

Gráfico 1. Especialista médico que diagnosticó de migraña (N: 1.110)



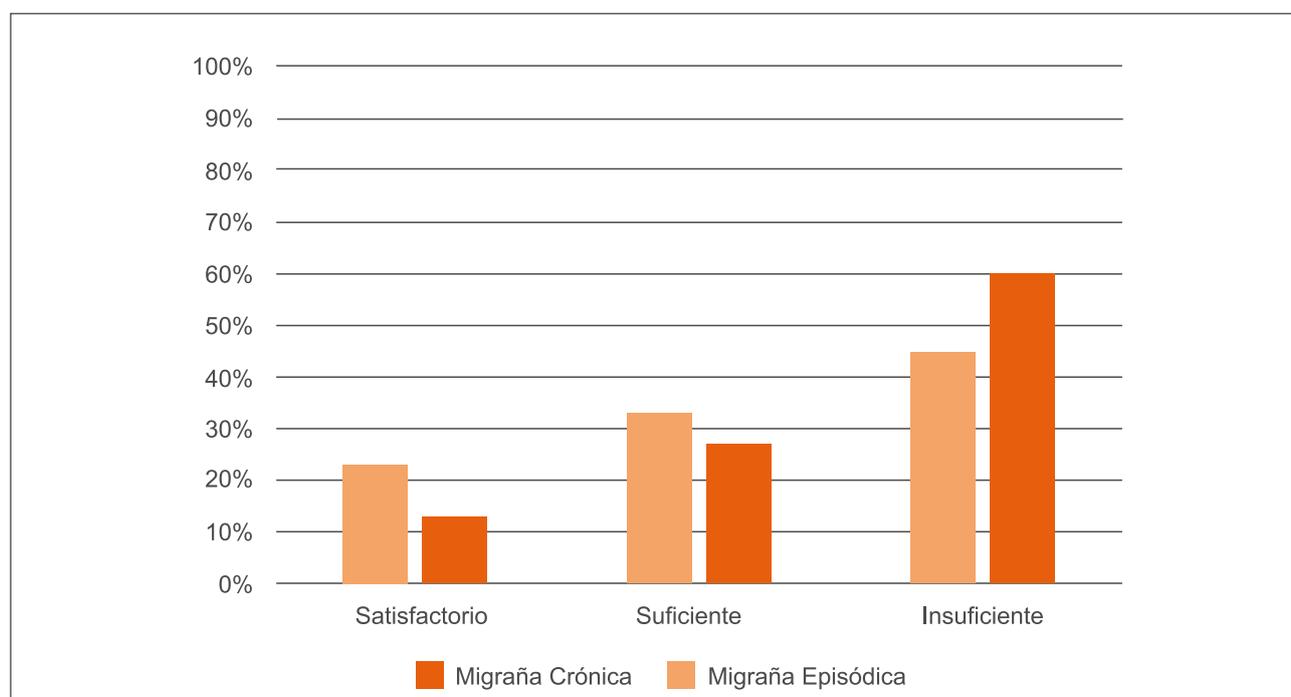
Fuente: Atlas 2018

En general, puede considerarse que los neurólogos tienen una formación óptima para el diagnóstico de la migraña. Dentro del proyecto “*Concienciación, información, educación para neurología en migraña*” (CIEN-mig)³, estudio en el que participaron un amplio número de neurólogos y pacientes, llevado a cabo en España con el intento de analizar la satisfacción de las personas que sufren migraña y que acuden a consultas de neurología, se realizó una encuesta a 160 neurólogos: el 71,1% de los neurólogos consideraba tener una formación en cefaleas suficiente para desenvolverse en el terreno, pero no se autocalificaba como experto en cefaleas; el 28,3% se consideraba experto y solo el 0,6% pensaba que tenía una formación deficiente en cefaleas)

5.2.2. Grado de satisfacción de la persona con migraña en el momento del diagnóstico

Según datos del Atlas 2018, la mayoría de las personas con migraña consideraban como insuficiente la información recibida por los profesionales sanitarios acerca de su migraña y tratamiento.

Gráfico 2. Grado de satisfacción sobre la información recibida acerca de su migraña y tratamiento en el momento de su diagnóstico (N: 1.237)



Fuente: Atlas 2018

En concreto, el proyecto CIEN-mig reveló que solo el 47% de los neurólogos informan a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación. No obstante, según este mismo estudio, la satisfacción de las personas con migraña que acuden a consultas de neurología ha mejorado en los últimos años³.

5.2.3. Retraso diagnóstico

Los resultados de la encuesta del Atlas de Migraña 2018 muestran cómo las personas con migraña episódica (≤ 14 días de dolor al mes) habían sufrido los primeros síntomas asociados a la enfermedad a los 17,3 años, habían sido diagnosticados a los 21,3 años y, por tanto, tenían un retraso diagnóstico de 6,4 años. Por otro lado, las personas que padecían migraña de tipo crónica (≥ 15 días de dolor al mes) señalaron que fue a los 16,3 años cuando sufrieron los primeros síntomas asociados a la enfermedad, fueron diagnosticados a los 21,6 años y padecían un retraso diagnóstico de 7,3 años.

Tabla 1. Edad media de los primeros síntomas, del diagnóstico y retraso diagnóstico según tipo de migraña episódica o crónica

	MIGRAÑA EPISÓDICA			MIGRAÑA CRÓNICA		
	N	Media (años)	Desviación estándar	N	Media (años)	Desviación estándar
Edad a los primeros síntomas asociados	833	17,3	9,0	440	16,3	9,6
Edad de diagnóstico	804	21,3	9,6	428	21,6	10,0
Años de retraso diagnóstico	595	6,4	6,2	332	7,3	7,2

Fuente: Atlas 2018

Únicamente un 25% de los encuestados había sido diagnosticado en menos de 2 años, mientras que un 50% tardó más de 4 años y un 25% más de 9 años. Por lo tanto, es posible afirmar que para el 75% de las personas con migraña el retraso diagnóstico fue superior a los 2 años.

Tabla 2. Años de retraso diagnóstico con percentiles

PERCENTILES	AÑOS
25	2
50	4
75	9

Fuente: Atlas 2018

Estos datos duplican los establecidos en el proyecto CIEN-mig. En pacientes con migraña crónica se estimó un retraso diagnóstico ligeramente superior a los dos años, que contrasta con los 7,2 años observados en la encuesta del Atlas 2018. Por otro lado, en el estudio PRIMERA, la primera crisis fue de $19,1 \pm 7,5$ años, y el tiempo medio de evolución desde la primera crisis hasta el momento de la consulta en neurología fue de $14,8 \pm 10,1$ años³, y en muchos casos el diagnóstico previo a la consulta era incorrecto.

Resulta interesante analizar si el retraso diagnóstico varía en función del nivel de estudios de las personas (tabla 3). La media de años de retraso diagnóstico más alta corresponde a las personas con estudios primarios (7,7 años de media), seguidos de las personas con estudios secundarios y universitarios, ambos con 6,7 años de media. Con estos datos, no puede concluirse que el nivel de estudios influya en el retraso diagnóstico.

Tabla 3. Retraso diagnóstico medio de las personas con migraña según su nivel de estudios

NIVEL DE ESTUDIOS	AÑOS DE RETRASO DIAGNÓSTICO
Sin estudios	3,8
Primaria	7,7
Secundaria	6,7
Universitarios	6,7

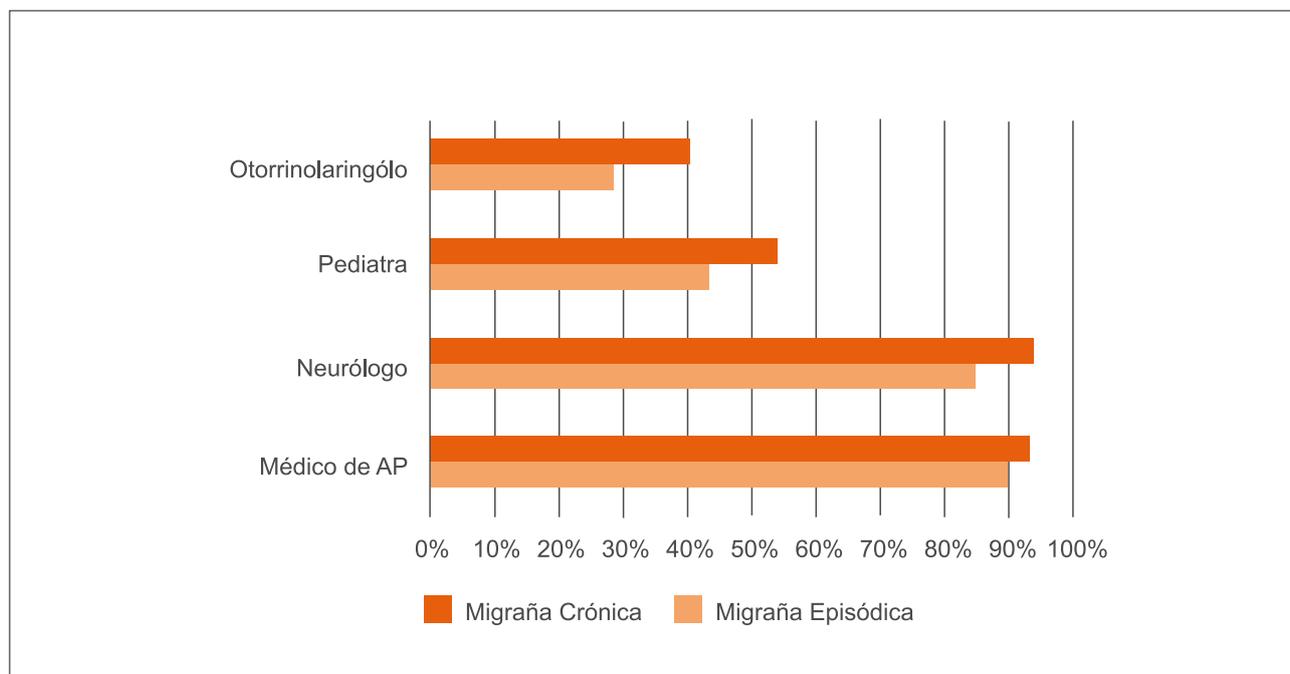
Fuente: Atlas 2018

5.2.4. Personal involucrado en el diagnóstico

En la mayoría de las ocasiones, el médico de atención primaria se convierte en la puerta de entrada al sistema sanitario, siendo este especialista el que deba decidir si el paciente, por sus características, debe ser remitido a la consulta de neurología^{4,5}. En esta línea, la buena conexión entre médicos de atención primaria y neurólogos ayudaría a reducir los tiempos de diagnóstico, así como la disminución de los tiempos en lista de espera en la consulta de neurología.

Los resultados de la encuesta a pacientes del Atlas 2018 permitió conocer a los especialistas sanitarios que intervinieron durante el proceso de diagnóstico. En el gráfico 1 se muestra el porcentaje de especialistas médicos a los que acudieron los pacientes por cefalea antes de ser diagnosticados de migraña, teniendo en cuenta que estos pudieron haber visitado a más de un especialista médico.

Gráfico 1. Especialista médico al que visitó la persona con migraña antes de ser diagnosticada (N: 2.260)



Fuente: Atlas 2018

Respecto al número medio de visitas a especialistas médicos antes de haber sido diagnosticados, según datos del Atlas 2018, las personas con migraña declararon haber realizado un número mayor de visitas por cefalea a médicos de atención primaria y pediatras que a consultas de neurología.

Sorprende el elevado número de visitas realizadas al otorrinolaringólogo, que podría deberse a que los pacientes con cefaleas primarias en ocasiones creen que sus síntomas se deben a sinusitis.

Tabla 4. Visitas a cada especialista médico por parte de las personas con migraña antes de ser diagnosticados (N: 1.685)

	MIGRAÑA EPISÓDICA			MIGRAÑA CRÓNICA		
	Total visitas	Media	Desviación estándar	Total visitas	Media	Desviación estándar
Médico de AP	4.012	8,4	11,6	3.986	14,4	15,7
Neurólogo	1.798	4,5	7,7	2.086	7,9	11,3
Pediatra	656	7,6	11,3	750	10,7	13,2
Otorrinolaringólogo	246	4,4	8	255	4,9	7,6

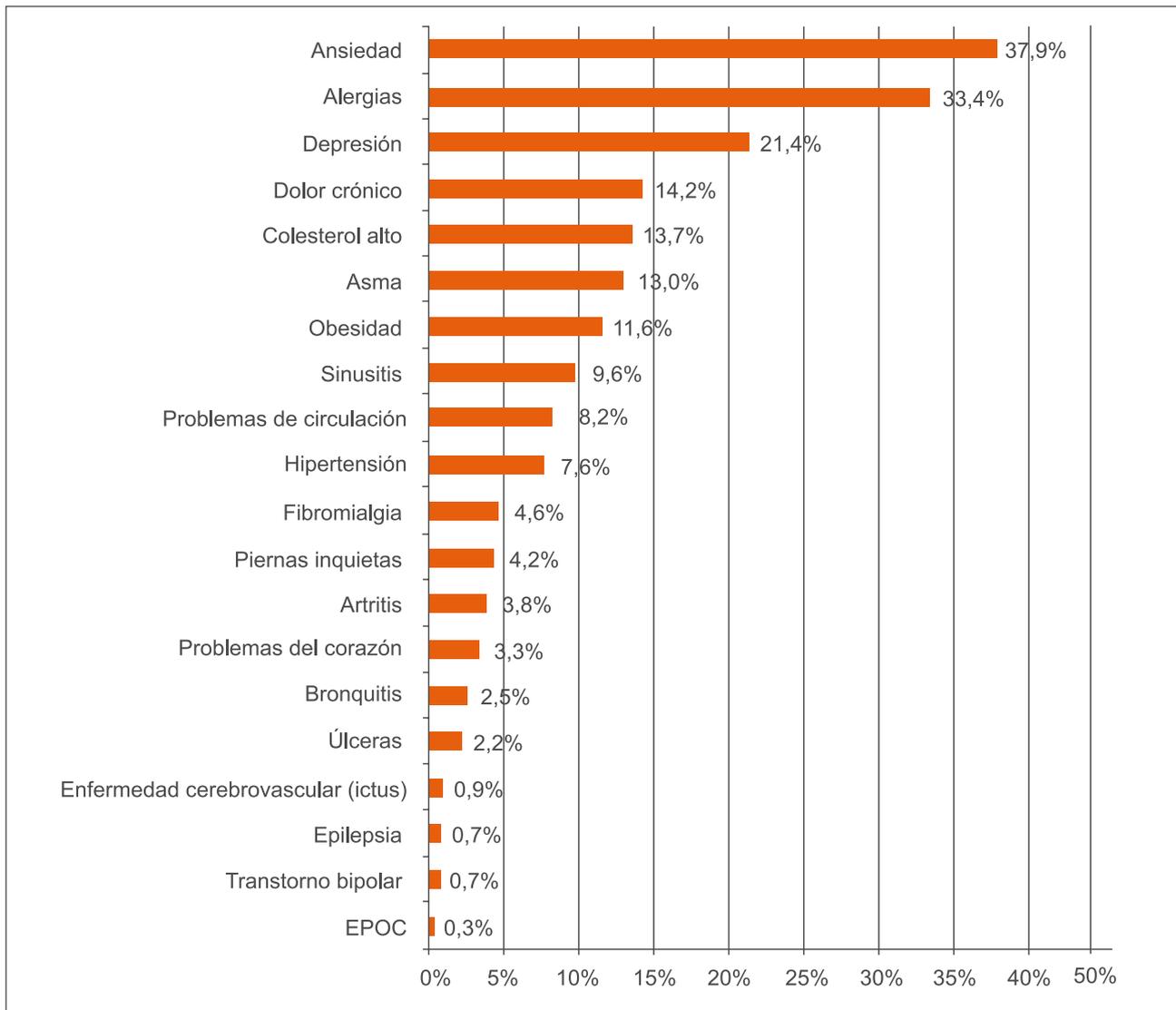
Fuente: Atlas 2018

5.2.5. Comorbilidad

Una persona con migraña tiene mayor probabilidad de presentar un trastorno psicológico respecto al resto de la población general⁶, más aún si la migraña es de tipo crónico. En un estudio realizado en unidades de atención primaria, se encontró que una proporción significativa de personas con migraña sufrían uno o más trastornos psiquiátricos⁷, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo.

El Atlas 2018 muestra cómo las enfermedades concomitantes más prevalentes fueron la ansiedad (37,9%) y la depresión (21,4%), ambas de carácter psicológico. A su vez, también declararon otras afecciones médicas como alergias (33,4%), colesterol alto (13,7%), asma (13,0%) u obesidad (11,6%) (gráfico 4).

Gráfico 4. Comorbilidad declarada por las personas con migraña (N: 796)



Fuente: Atlas 2018

La ansiedad es una reacción frecuente a la migraña, en particular, y a los trastornos que cursan con dolor, en general, y suele asociarse junto con otros trastornos mentales como la depresión⁸. A su vez, aunque la depresión se presenta menos veces que la ansiedad en la migraña, se han señalado posibles mecanismos fisiopatológicos comunes a la depresión y a la migraña. Un estudio desarrollado en Estados Unidos

comprobó que las personas con migraña que además desarrollan depresión requieren más atención médica, lo que incrementa el gasto sanitario⁹.

Variables psicológicas como rasgos de personalidad obsesivos o estrategias de afrontamiento desadaptativas podrían facilitar el abuso de analgésicos y retroalimentar la frecuencia e intensidad de las crisis de dolor, cronificando la migraña⁷.

Dadas las relaciones e interacciones múltiples entre migraña y trastornos psicológicos, estos deberán ser tenidos en cuenta para el adecuado diagnóstico y tratamiento de la persona con migraña¹⁰.

El colesterol alto también ha sido relacionado con la migraña, aunque estudios más pormenorizados señalan que dicha relación esta mediada por los diferentes tipos de colesterol que afectan de manera distinta a cada sexo¹¹.

- El 34,2% de las personas encuestada declaró padecer migraña crónica.
- La mayoría de las personas con migraña crónica fueron diagnosticadas por neurólogos, mientras que la mayoría de las personas con migraña episódica fueron diagnosticadas por médicos de atención primaria.
- Las personas con migraña consideraron insuficiente la información recibida en el momento del diagnóstico acerca de su migraña y su tratamiento.
- El retraso diagnóstico se situó en 6,4 años de media para las personas con migraña episódica y en 7,3 años para las personas con migraña crónica.
- La principal enfermedad concomitante asociada a la migraña fue la ansiedad, seguida de alergias y depresión.

Bibliografía

1. International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1–211.
2. Láinez J, Castillo J, González V, Otero M, Mateos V, Leira R, *et al*. Recommendations guide for the treatment of migraine in the clinical practice. *Rev Clin Esp Rev Clin Esp*. 2007;207(4):190–3.
3. Pascual, Julio; Sánchez del Río, Margarita; Jiménez, María Dolores; Láinez-Andrés, José Miguel; Mateos, Valentín, Leira, Rogelio; Pozo-Rosich, Patricia; Guzmán-Quilo C. Actitud del neurólogo español frente a la migraña: resultados del proyecto CIEN-mig (I). *Rev Neurol*. 2010;50(10):577–83.
4. Olesen J. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, Abstracts. *Cephalalgia*. 2018 Jun;38(1):1–211.
5. Sociedad Española de Neurología. *Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2015. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas*. 2015.
6. Dindo L, Recober A, Marchman JN, Turvey C, O'Hara MW. One-day behavioral treatment for patients with comorbid depression and migraine: A pilot study. *Behav Res Ther*. 2012 Sep;50(9):537–43.
7. Buse DC, Silberstein SD, Manack AN, Papapetropoulos S, Lipton RB. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *J Neurol*. 2013 Aug 7;260(8):1960–9.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association; 2013.
9. Wu J, Davis-Ajami ML, Kevin Lu Z. Impact of Depression on Health and Medical Care Utilization and Expenses in US Adults With Migraine: A Retrospective Cross Sectional Study. *Headache*. 2016;56(7):1147–60.
10. Yamada K, Moriwaki K, Oiso H, Ishigooka J. High prevalence of comorbidity of migraine in outpatients with panic disorder and effectiveness of psychopharmacotherapy for both disorders: A retrospective open label study. *Psychiatry Res*. 2011 Jan 30;185(1–2):145–8.
11. Goulart AC, Lotufo PA, Santos IS, Bittencourt MS, Santos RD, Blaha MJ, *et al*. The relationship between migraine and lipid sub-fractions among individuals without cardiovascular disease: A cross-sectional evaluation in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Cephalalgia*. 2017;0(0):333102417699181.

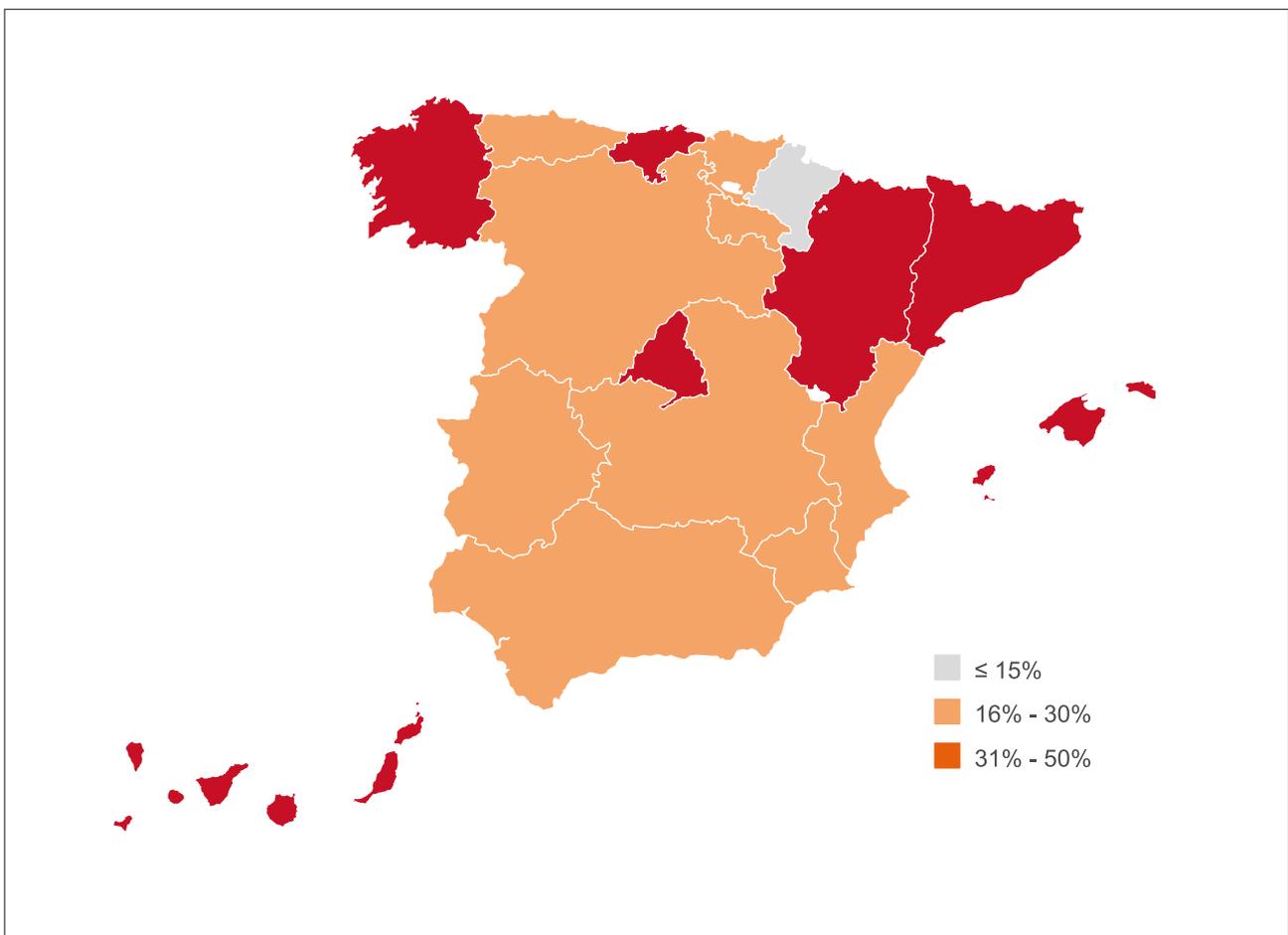
5.3. ATENCIÓN SANITARIA

5.3.1. Cobertura sanitaria

La migraña constituye una enfermedad de gran impacto médico, abarcando distintos niveles asistenciales, con una gran demanda de recursos sanitarios^{1,2}.

La mayoría de las personas con migraña encuestadas en el Atlas 2018 contaban con atención sanitaria pública (93,8%), mientras que el 32,6% contaban con doble cobertura sanitaria (pública y privada) (N: 1.282). Este dato contrasta con lo que encontramos en la población general, ya que en España los usuarios de seguros privados solo suponen el 15,6%³.

Mapa 1. Proporción de pacientes que contaban con atención sanitaria privada por comunidades autónomas



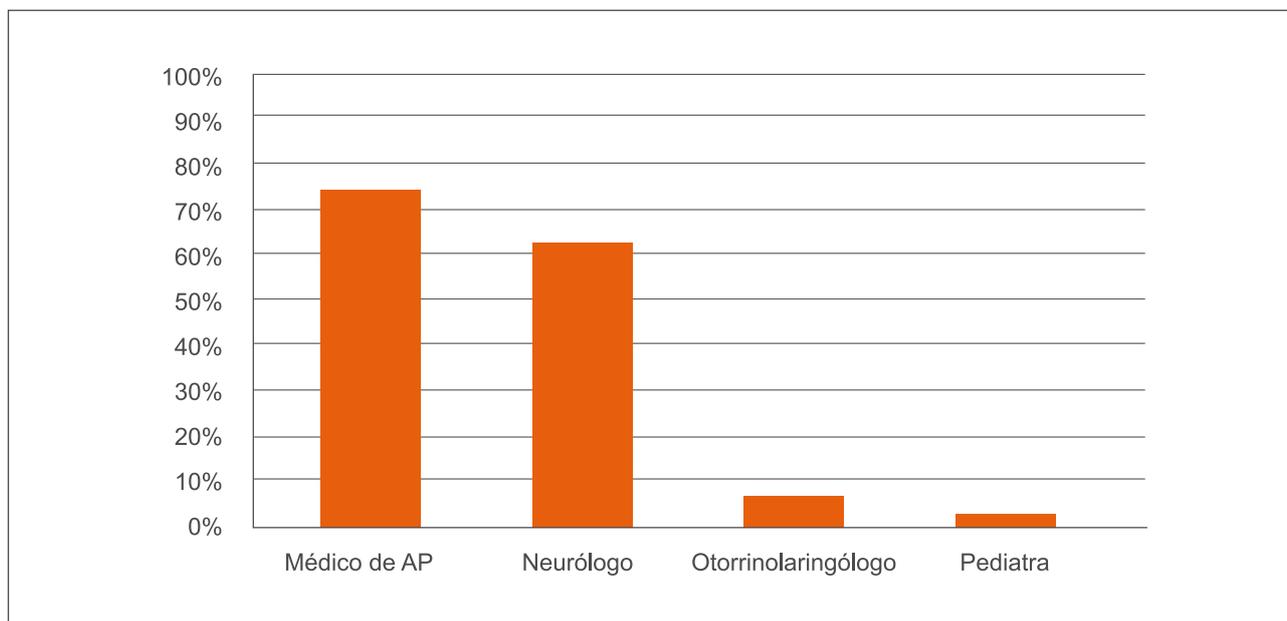
Fuente: Atlas 2018

5.3.2. Visitas a especialistas médicos

En la atención sanitaria, los pacientes encuestados señalaron que el médico de atención primaria y el neurólogo fueron los especialistas médicos más visitados, seguido de aquellos pacientes que indicaron no haber visitado a ningún especialista médico en los últimos 12 meses.

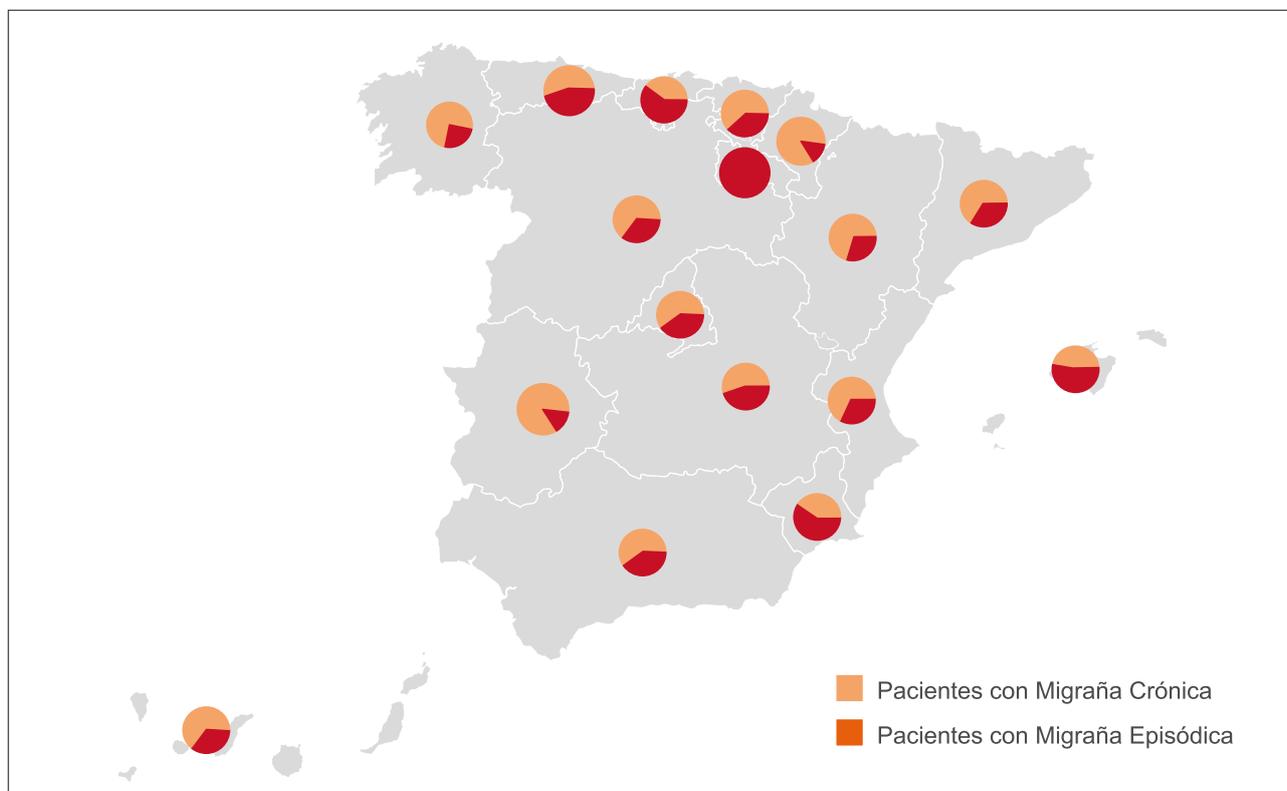
Como muestra el gráfico 1, en los últimos 12 meses, tres cuartas partes de las personas con migraña acudió al menos una vez al médico de atención primaria, así como más del 60% visitó al neurólogo.

Gráfico 1. Porcentaje de personas con migraña según visitas a especialistas a lo largo de los últimos 12 meses (N: 1.282)



Fuente: Atlas 2018

Mapa 2. Distribución de pacientes encuestados tratados por un neurólogo especialista distinguiendo entre migraña de tipo crónica o episódica por comunidad autónoma



Fuente: Atlas 2018

Nuestro país ha vivido un importante cambio en la estructura organizativa de la atención primaria, nivel que

atiende en primera instancia a las cefaleas y, por tanto, crucial en las vías clínicas del dolor de cabeza. En esta línea, la tabla 1 muestra que el número de visitas totales y la media de visitas que los pacientes, tanto con migraña de tipo episódica como crónica, han realizado al médico de atención primaria supera las realizadas a neurólogos. Estos datos también evidencian la mayor accesibilidad de los pacientes a las consultas de atención primaria respecto a consultas de neurología.

Tabla 1. Frecuencia de visitas a especialistas médicos de las personas con migraña en los últimos 12 meses

	MIGRAÑA EPISÓDICA				MIGRAÑA CRÓNICA			
	N	Total visitas	Media	Desviación estándar	N	Total visitas	Media	Desviación estándar
Médico de AP	347	2.053	5,9	7,7	231	2.186	6,8	11,3
Neurólogo	266	862	3,2	5,6	242	1.197	4,9	6,9
Otorrinolaringólogo	19	7	1,8	1,3	27	68	2,5	1,7
Pediatra	7	19	4,6	4,9	5	37	7,4	9,4

Fuente: Atlas 2018

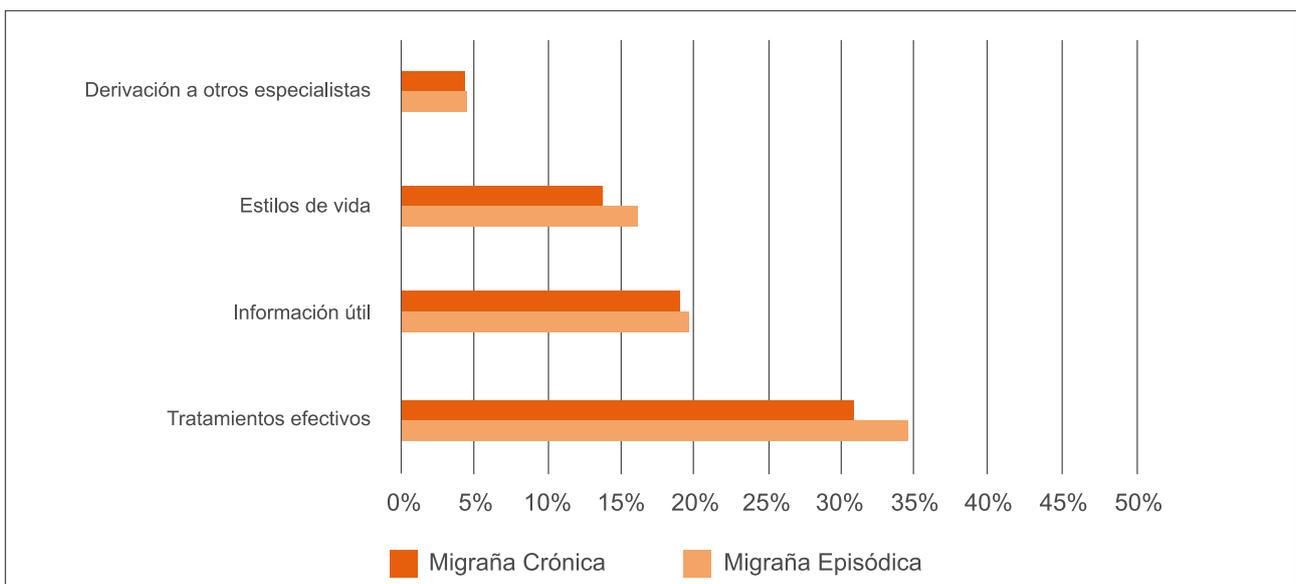
El estudio CIEN-mig⁴ señaló que los motivos más frecuentes por las que un paciente es remitido desde atención primaria a neurología son sufrir una elevada frecuencia de la crisis y la **ineficacia** del tratamiento sintomático.

5.3.3. Percepción del paciente hacia la atención sanitaria recibida

La encuesta del Atlas 2018 hacía hincapié en la influencia de determinados aspectos de actitud asistencial en la satisfacción del paciente que sufre migraña.

En el Atlas 2018, el 53,7% de los pacientes declaró que ningún especialista le había **ayudado significativamente** para sobrellevar los efectos de su migraña. Por otro lado, entre aquellos pacientes que si declararon haber recibido ayuda por parte de su especialista, esta ayuda giraba entorno a los tratamientos, la información útil acerca de la migraña y las pautas útiles sobre un estilo de vida saludable para afrontar su migraña.

Gráfico 2. Percepción de las personas con migraña hacia la ayuda recibida por los médicos especialistas (N: 929)



Fuente: Atlas 2018

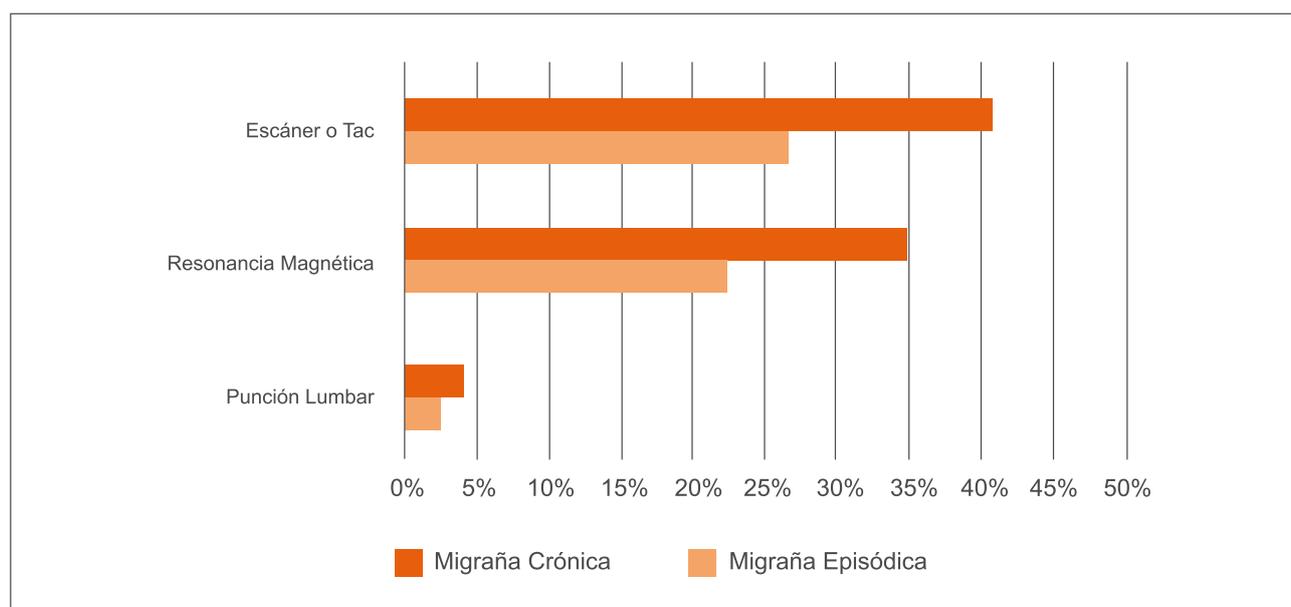
En el proyecto CIEN-mig⁵, los factores que los pacientes consideraban importantes por parte del neurólogo para su satisfacción fueron, por este orden: experiencia profesional, explicación de la migraña como afección que debe tratarse, facilidad de acceso y disponer de tiempo para explicar el tratamiento. Por otro lado, los pacientes consideraban que la actitud del neurólogo debía mejorar en los siguientes aspectos: tiempo para explicar el tratamiento, facilidad de acceso, explicación de la migraña como enfermedad que debe ser tratada, experiencia y amabilidad.

5.3.4. Utilización de recursos

Como parte del diagnóstico, manejo y seguimiento de las personas con migraña se realizan una serie de pruebas, siendo las principales escáner o TAC, resonancia magnética o punción lumbar. Esto significa que no se llevan a cabo estudios de forma indiscriminada y que tanto el neurólogo como el médico de atención primaria siguen, en general, las recomendaciones establecidas para la práctica de estudios de neuroimagen⁶.

Para el seguimiento de la migraña en los últimos 12 meses, y entre las personas con migraña crónica, el 41% de estas declaró haber sido sometida a un escáner o TAC, el 35% a una resonancia magnética y el 4,2% a punción lumbar.

Gráfico 3. Pruebas realizadas a los pacientes en el seguimiento de su migraña los últimos 12 meses (N: 496)



Fuente: Atlas 2018

Entre los servicios más utilizados en el último año, los encuestados del Atlas 2018 destacaron las visitas a urgencias, seguido de los ingresos hospitalarios.

Tabla 2. Frecuencia de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses

	MIGRAÑA EPISÓDICA				MIGRAÑA CRÓNICA			
	N	Total visitas	Media	Desviación estándar	N	Total visitas	Media	Desviación estándar
Urgencias	300	1233	4,1	5,9	242	1678	6,9	11,8
Ingresos hospitalarios	45	78	1,7	1,6	65	308	4,7	11,8

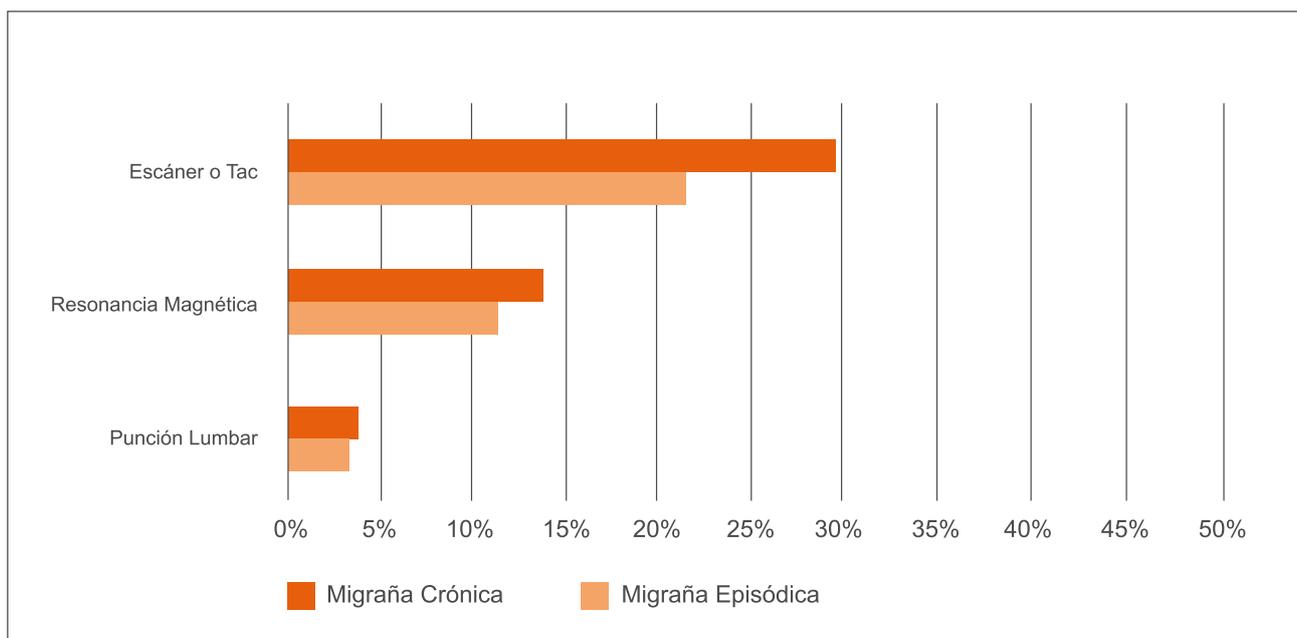
Fuente: Atlas 2018

Las pruebas realizadas en urgencias o durante hospitalizaciones como consecuencia de la migraña en los últimos 12 meses fueron:

- Entre aquellos que habían acudido a urgencias, al 86,3% se le realizó escáner o TAC, con una media de 1,4 veces; al 38,7% una resonancia magnética, con una media de 1,3 veces al año, y al 10,5% una punción lumbar, con una media de 1,9.
- De los pacientes hospitalizados como consecuencia de su migraña durante los últimos 12 meses, al 88,6% le realizaron un escáner o TAC, con una media de 1,5 veces al año, al 46,6% una resonancia magnética, y al 14,8% una punción lumbar, ambas pruebas con una media de 1,6.
- Los pacientes con migraña crónica requieren para el diagnóstico un mayor número de exploraciones complementarias.

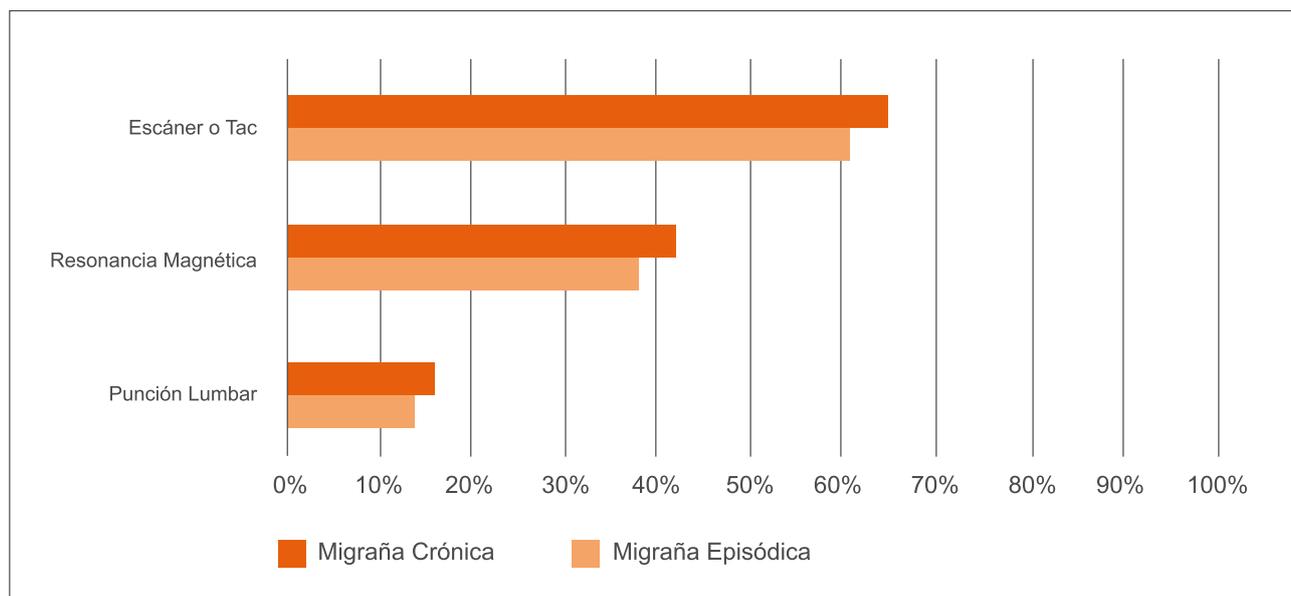
Gráfico 4. Pruebas realizadas a los pacientes cuando han acudido a urgencias o han sido hospitalizados como consecuencia de su migraña.

Urgencias (N: 168)



Fuente: Atlas 2018

Ingresos hospitalarios (N: 132)



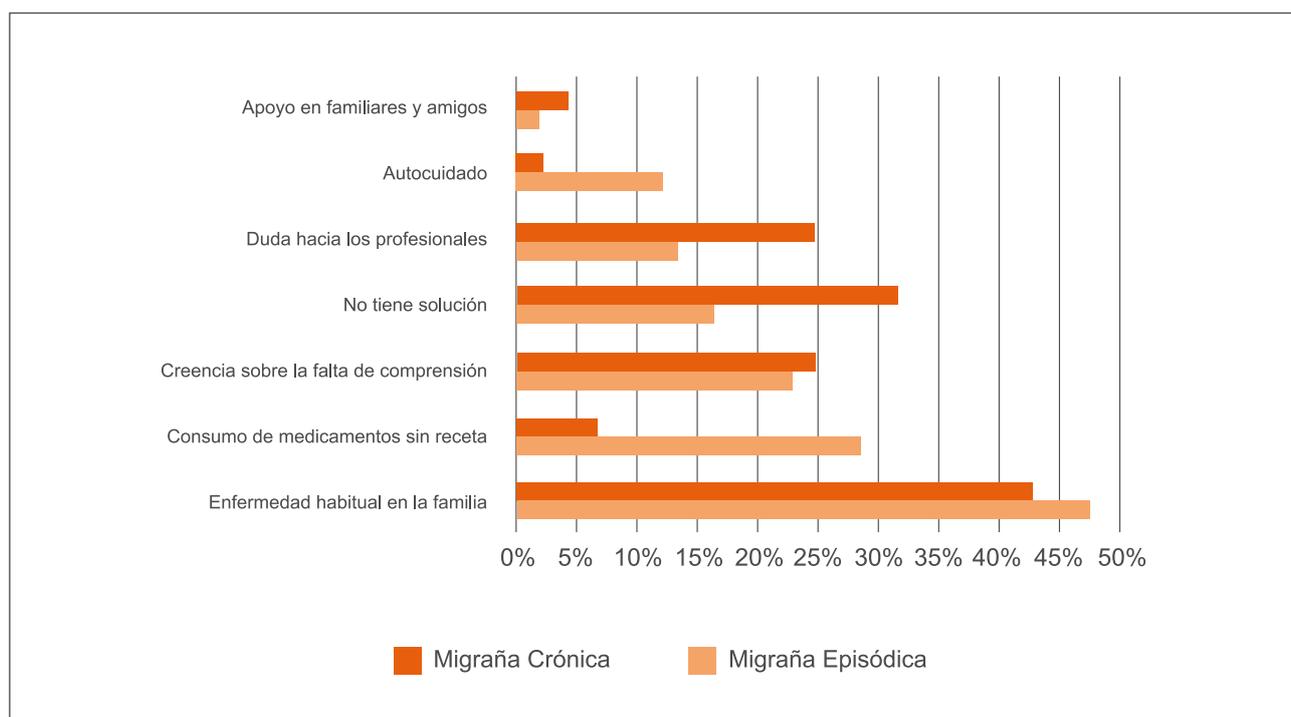
Fuente: Atlas 2018

5.3.5. Búsqueda de atención sanitaria

Según datos de la Sociedad Española de Neurología, al menos un 25% de los pacientes con migraña no han consultado su dolencia con un médico y un 50% abandona el seguimiento tras las primeras consultas.

En esta misma línea, entre los encuestados del Atlas 2018, el motivo principal por el que los pacientes no habían consultado nunca sus dolencias con un especialista fue que padecer migraña era habitual entre los miembros de su familia.

Gráfico 5. Motivos por los que los pacientes no han visitado nunca a un especialista (N: 261)



Fuente: Atlas 2018

De acuerdo con los datos del estudio PRIMERA, realizado en España por miembros del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, a pesar de la elevada discapacidad que la migraña lleva aparejada, son aún muchos los pacientes que nunca han consultado con su médico su patología o, si lo han hecho, no han recibido un tratamiento adecuado⁷.

- El 32,6% de las personas con migraña contaba con doble cobertura sanitaria (pública y privada).
- Los principales especialistas médicos en el manejo y seguimiento de la enfermedad eran los médicos de atención primaria y los neurólogos, registrando un mayor número de visitas los médicos de atención primaria.
- El 53,7% de los pacientes señaló que no ha habido ningún especialista que le haya sido útil para sobrellevar los efectos de su migraña.
- La realización de escáner o TAC era la prueba de seguimiento más realizada entre las personas con migraña, tanto entre los que acudieron a urgencias como entre los que fueron hospitalizados como consecuencia del dolor.
- Los pacientes señalaron que el hecho de que la migraña fuese una enfermedad común en su familia justificaba el que nunca hubiesen visitado a un especialista médico.

Bibliografía

1. Delgado López, F.; Girón Úbeda, J.M., Muñoz Málaga, A.; Rodríguez Fernández, N.; Sáenz Aguilar, S.; Vila Duplón MJ. La migraña en atención primaria: revisión y actualización. *SEMERGEN*. 2000;26:248–52.
2. Bloudek LM, Stokes M, Buse DC, Wilcox TK, Lipton RB, Goadsby PJ, *et al*. Cost of healthcare for patients with migraine in five European countries: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *J Headache Pain*. 2012 Jul 29;13(5):361–78.
3. Instituto Nacional de Estadística (INE). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Europea de Salud en España 2014 [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 13]. Available from: http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm
4. Pascual, J.; Sánchez del Río, M.; Jiménez, MD.; Láinez-Andrés, JM., Mateos, V., Leira, R. *et al*. Actitud del neurólogo español frente a la migraña: resultados del proyecto CIEN-mig (I). *Rev Neurol*. 2010;50(10):577–83.
5. Pascual, Julio; Sánchez del Río, Margarita; Jiménez, María Dolores; Láinez-Andrés; José Miguel; Valentín, Mateos; Leira, Rogelio; Pozo-Rosich, Patricia; Guzmán-Quilo C. Satisfacción del paciente con migraña que acude a consultas de neurología: resultados del proyecto CIEM-mig (II). *Rev Neurol*. 2010;50(11):641–5.
6. Sociedad Española de Neurología. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2015. *Guía oficial de práctica clínica en cefaleas*. 2015.
7. Mateos, V.; Porta-Etessam, J.; Armengol-Bertolín, S.; Larios, C.; García M. Abordaje asistencial de la migraña en las consultas de neurología de España: estudio PRIMERA: Neurología.com. *Neurología*. 2012;577–84.

5.4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En determinadas ocasiones, puede resultar complicado manejar las dolencias de las personas con migraña y obtener resultados satisfactorios. En este proceso de manejo, es importante informar a estas personas de las características que presenta su migraña, las posibilidades terapéuticas existentes y de la eficacia y seguridad de cada tratamiento¹.

Los tratamientos para la migraña se dividen en dos tipos: sintomáticos y preventivos. Ambos tienen el objetivo de aliviar el dolor, restaurar la función y reducir la frecuencia del dolor de cabeza¹. El uso de los preventivos es recomendable para casos en los que la migraña resulta difícil de controlar, bien porque sean frecuentes o bien porque sean duraderas².

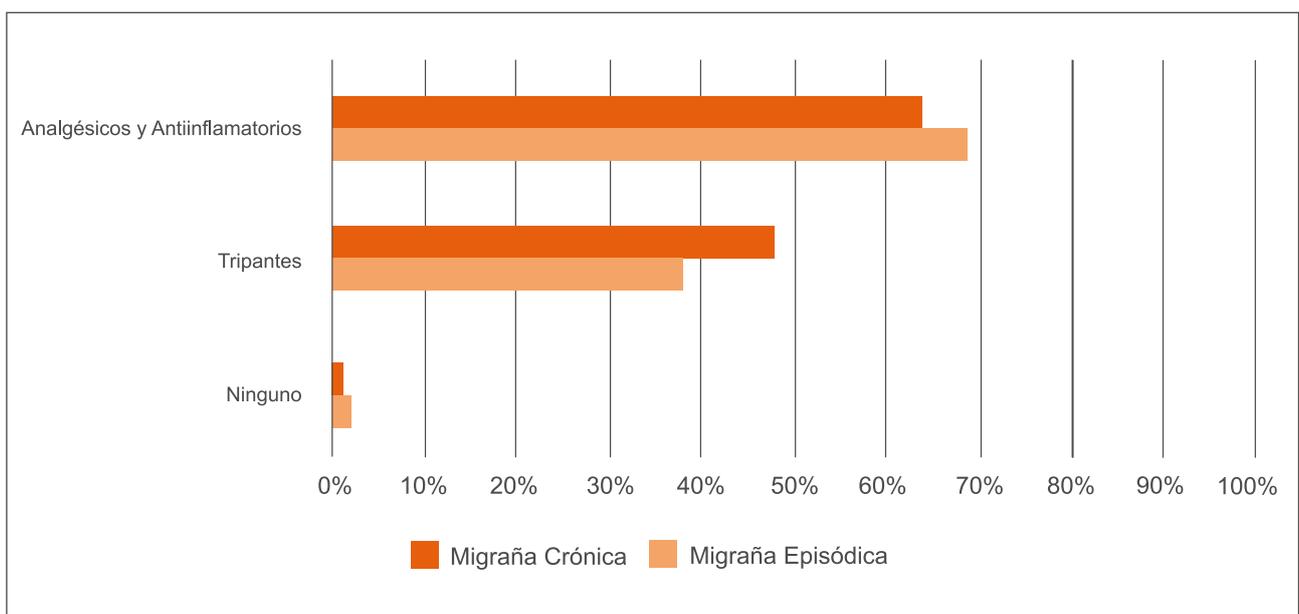
5.4.1. Medicamentos consumidos

Además de la discapacidad que puede llegar a producir la migraña, desde un punto de vista farmacológico se identifican dos problemas. Por un lado, el infratratamiento, debido, en gran parte, a que las personas con migraña no acuden al médico o, si lo hacen, en muchos casos no reciben un tratamiento apropiado³. Y por otro, el abuso de analgésicos, lo cual puede actuar como desencadenante de la cronificación de la migraña^{4,5}.

En el caso de abuso de analgésicos, diversos estudios han relacionado el consumo frecuente de analgésicos con la cronificación de la migraña⁶. Por otro lado, en los pacientes con abuso de analgésicos, la deshabituación de estos fármacos puede provocar un aumento de la migraña durante unos días (“cefalea de rebote”), pero posteriormente los pacientes mejoran significativamente el cuadro clínico y se mejora la eficacia de la medicación preventiva⁷.

Según los datos obtenidos de la encuesta a pacientes del Atlas 2018, se puede apreciar que los analgésicos y los antiinflamatorios son los medicamentos más consumidos, seguido de los triptanes. Destaca el reducido porcentaje de personas que no tomaba ningún medicamento cuando sufría una crisis o ataque de dolor por migraña (2%).

Gráfico 1. Medicamentos consumidos por las personas con migraña cuando sufrían una crisis o ataque de migraña (N: 1.397)



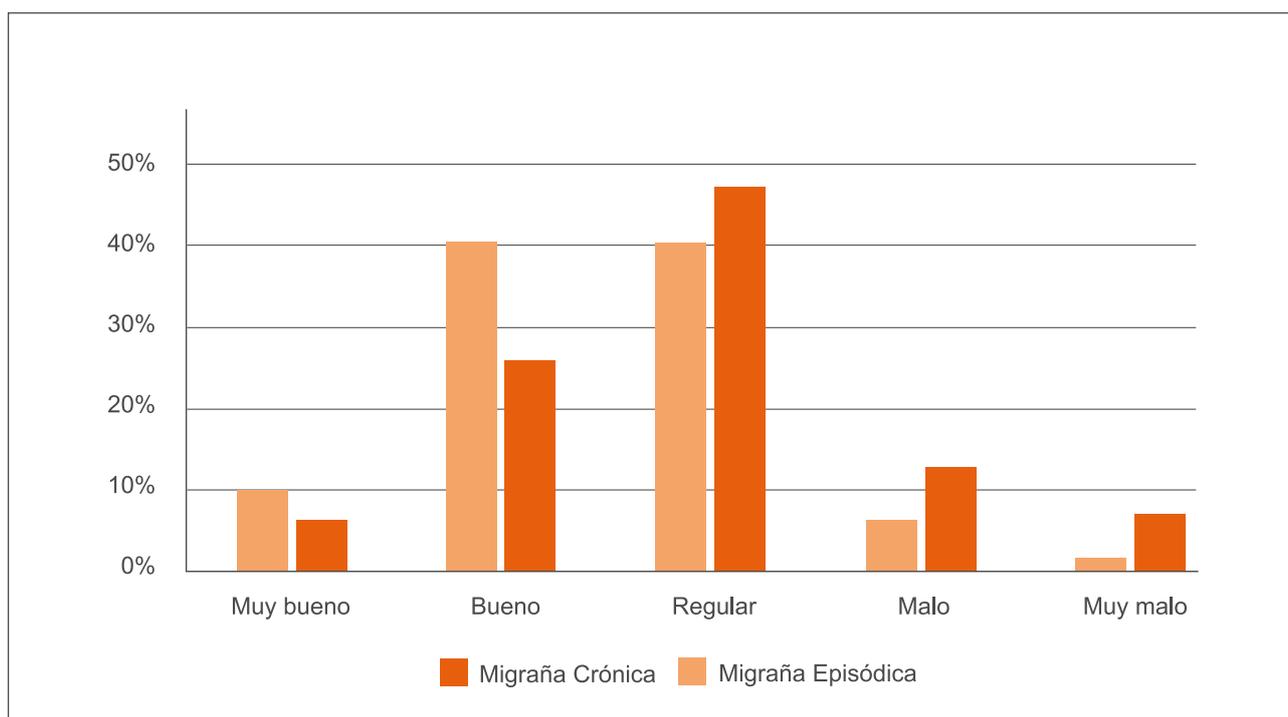
Fuente: Atlas 2018

5.4.2. Eficacia de los tratamientos consumidos

El factor común de todos los dolores por migraña es que precisan tratamientos eficaces que reduzcan la intensidad del dolor y que, además, produzcan los mínimos efectos secundarios⁸. Como las crisis de migraña son heterogéneas y volubles entre sí, la eficacia de cada tratamiento depende de la selección y trabajo que cada médico haga en función de las características individuales de las personas⁹.

En el cuestionario del Atlas 2018 se utilizó una escala de cinco valores (siendo el valor 1 muy malo y el valor 5 muy bueno) para que los encuestados pudieran valorar la eficacia de los tratamientos consumidos de acuerdo con su capacidad para disminuir la frecuencia de las crisis, la intensidad y durabilidad del dolor y la discapacidad asociada.

Gráfico 2. Eficacia de los medicamentos para tratar la migraña (N: 1.053)



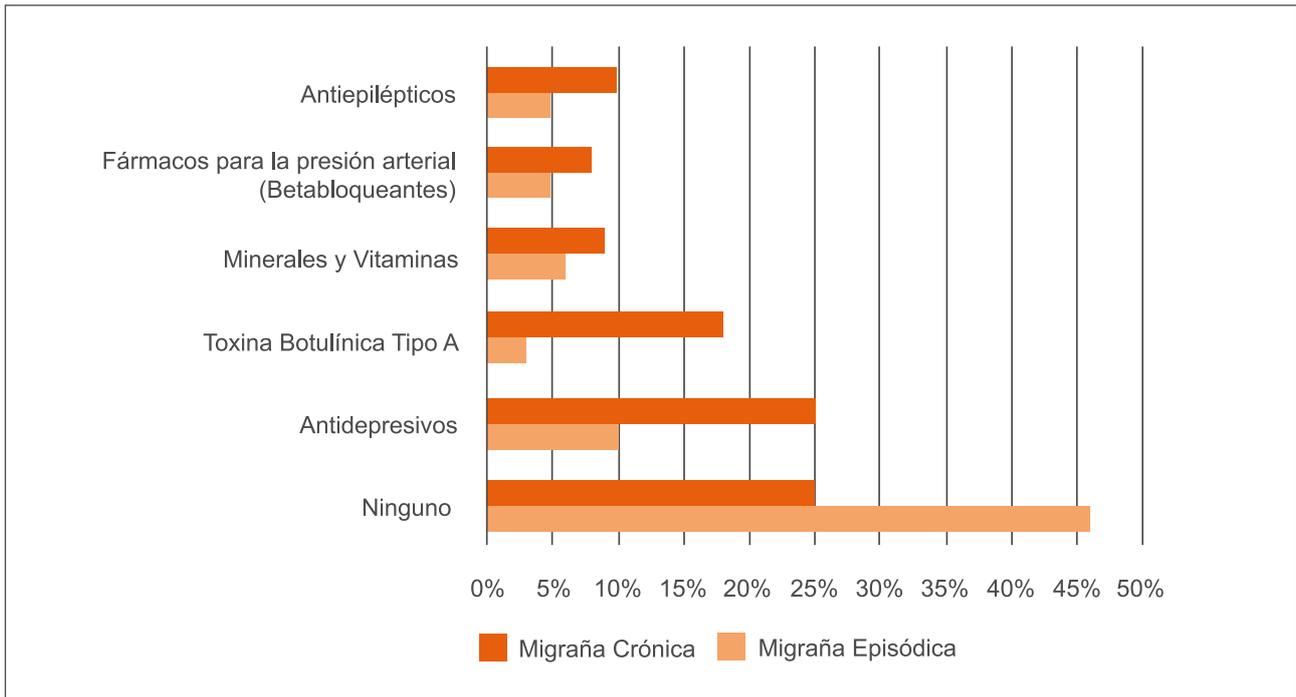
Fuente: Atlas 2018

Según el proyecto CIEN-mig, el 89,2% de las personas encuestadas consideró que los tratamientos contra la migraña habían mejorado considerablemente en los últimos años¹⁰.

5.4.3. Tratamientos preventivos

Por tratamiento preventivo o profiláctico se entiende aquel que se toma a diario o durante un periodo de tiempo prolongado con el objeto de disminuir la frecuencia, duración e intensidad del dolor¹. Una persona con migraña puede tener una frecuencia de crisis muy elevada, o bien crisis muy incapacitantes o con mala respuesta al tratamiento sintomático. En todos estos casos debe considerarse el uso de tratamiento preventivo o profiláctico de la migraña.

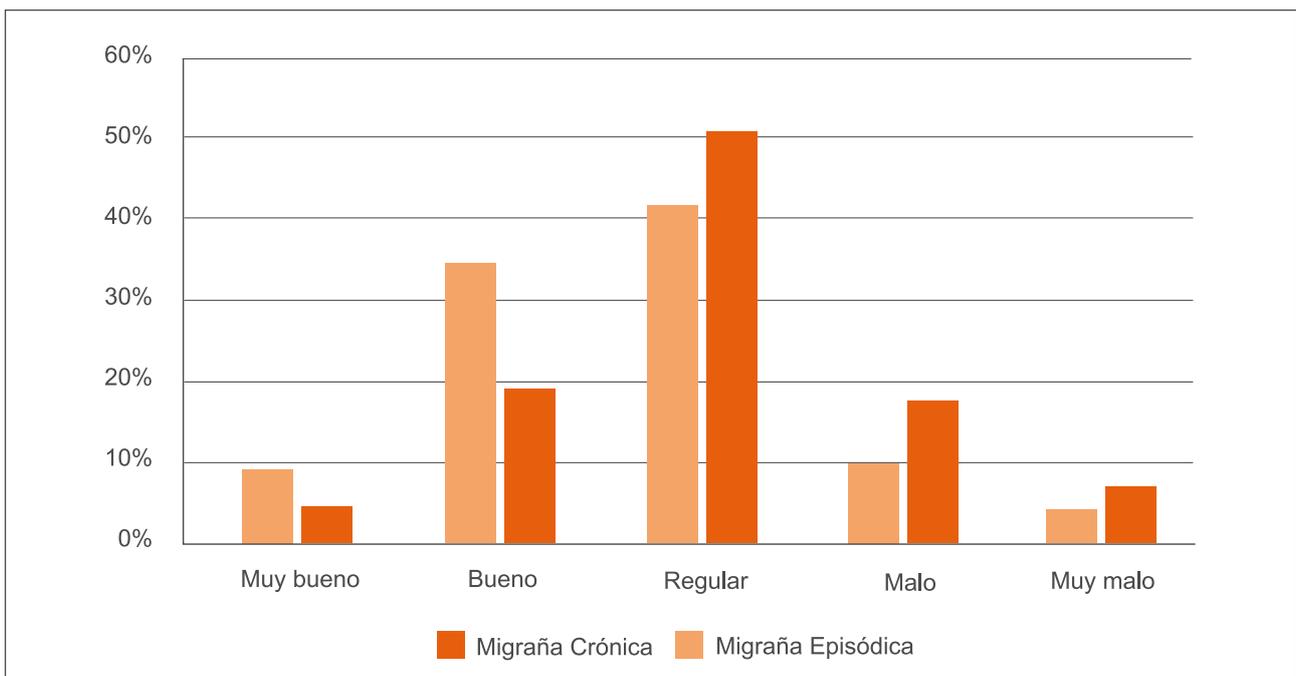
En el siguiente gráfico se muestra el porcentaje de pacientes que declaró no tomar ningún tipo de medicamento, frente a aquellos que utilizaron algún fármaco preventivo.

Gráfico 3. Medicamentos consumidos diariamente por las personas con migraña de manera preventiva (N: 1.048)

Fuente: Atlas 2018

Los resultados difieren de otros estudios, en los que los principales medicamentos consumidos fueron antiepilépticos (92,5%), antidepresivos (81,6%) y betabloqueantes (76,9%)¹¹.

Según resultados de la encuesta a pacientes del Atlas 2018, la mayoría habían catalogado el resultado del tratamiento preventivo de la migraña como regular, seguido de aquellos que opinaron que su resultado fue bueno.

Gráfico 4. Eficacia del uso de medicamentos preventivos (N: 503)

Fuente: Atlas 2018

- El 81,6% de las personas con migraña tomaba analgésicos y antiinflamatorios en los momentos de crisis o ataque de migraña.
- El 51,1% de las personas con migraña no consumía ningún tipo de medicamento de manera preventiva.
- El 47,8% de las personas con migraña que tomaban tratamientos preventivos afirmaron que su eficacia era regular.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Neurología. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2015. *Guía oficial de práctica clínica en cefaleas*. 2015.
2. Shapiro R. Preventive Treatment of Migraine. *Headache*. 2012 Oct 1;52(2):65–9.
3. Tepper SJ, Dahlof CGH, Dowson A, Newman L, Mansbach H, Jones M, *et al*. Prevalence and Diagnosis of Migraine in Patients Consulting Their Physician With a Complaint of Headache: Data From the Landmark Study. *Headache J Head Face Pain*. 2004 Oct;44(9):856–64.
4. International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1–211.
5. Bigal ME, Serrano D, Reed M, Lipton RB. Chronic migraine in the population: Burden, diagnosis, and satisfaction with treatment. *Neurology*. 2008;71(8):559–66.
6. Bigal ME, Lipton RB. What predicts the change from episodic to chronic migraine? *Curr Opin Neurol*. 2009 Jun;22(3):269–76.
7. Gómez Ayala A-E. Cefalea crónica diaria. *Offarm. Doyma*. 2016. 52-63 p.
8. Dodick DW. Migraine. *Lancet*. 2018 Mar 31;391(10127):1315–30.
9. Ong JJY, De Felice M. Migraine Treatment: Current Acute Medications and Their Potential Mechanisms of Action. *Neurotherapeutics*. 2017;
10. Pascual, J.; Sánchez del Río, M.; Jiménez, MD.; Láinez-Andrés, JM., Mateos, V., Leira, R. *et al*. Actitud del neurólogo español frente a la migraña: resultados del proyecto CIEN-mig (I). *Rev Neurol*. 2010;50(10):577–83.
11. Pascual J, Sánchez Del Río M, Dolores Jiménez M, Láinez-Andrés JM, Mateos V, Leira R, *et al*. La migraña crónica vista por el neurólogo y el paciente: resultados del proyecto CIEN-mig (III). *Rev Neurol*. 2010;50(12):705–10.

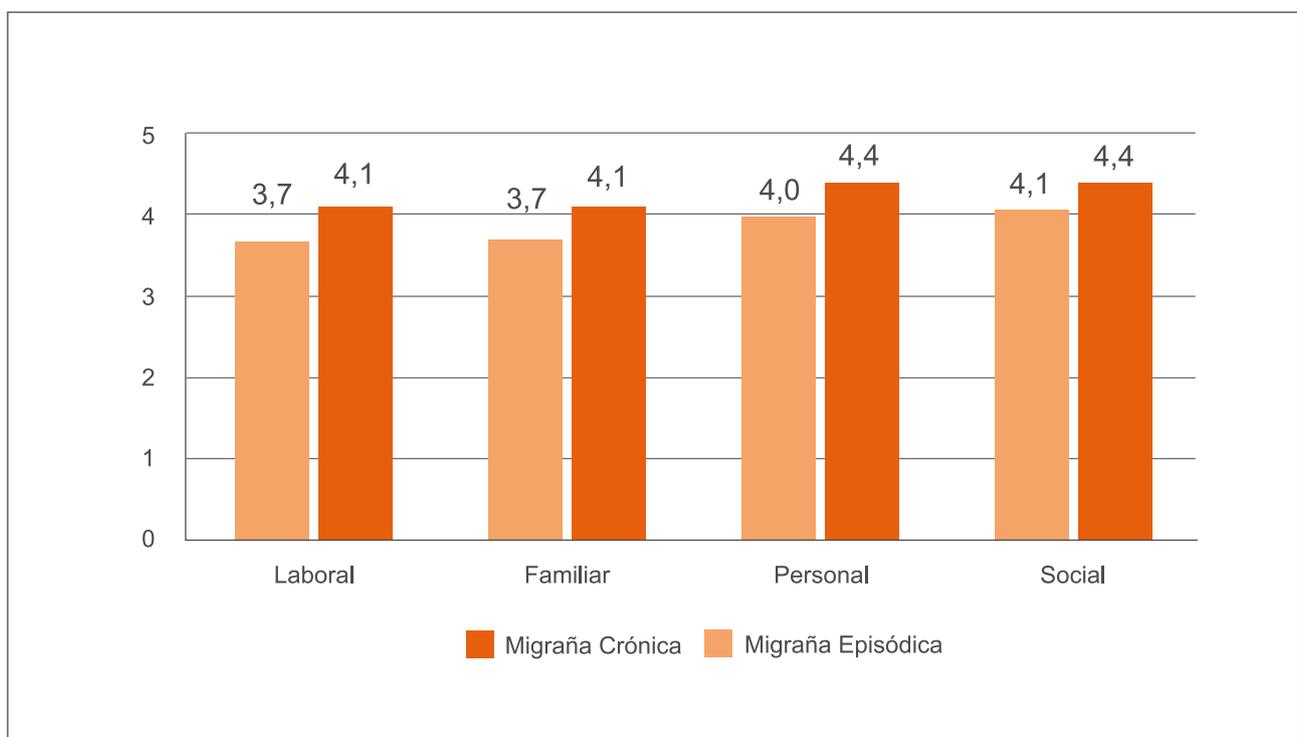
5.5. LIMITACIONES, DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA

5.5.1. Limitaciones en actividades de la vida diaria

La sintomatología asociada a la migraña (dolor crónico, malestar, náuseas, intolerancia a la luz, olores o sonidos, etc.) ejerce un gran impacto en el funcionamiento diario de las personas que padecen migraña, tanto en aspectos físicos, emocionales y sociales, como con la familia, el trabajo y las relaciones sociales^{1,2}.

En el siguiente gráfico se presentan los niveles de limitación de las personas con migraña, distinguiendo entre episódica y crónica, valorando en una escala del 1 al 5 las limitaciones en distintas áreas de su vida (siendo 1 ninguna limitación y 5 mucha limitación).

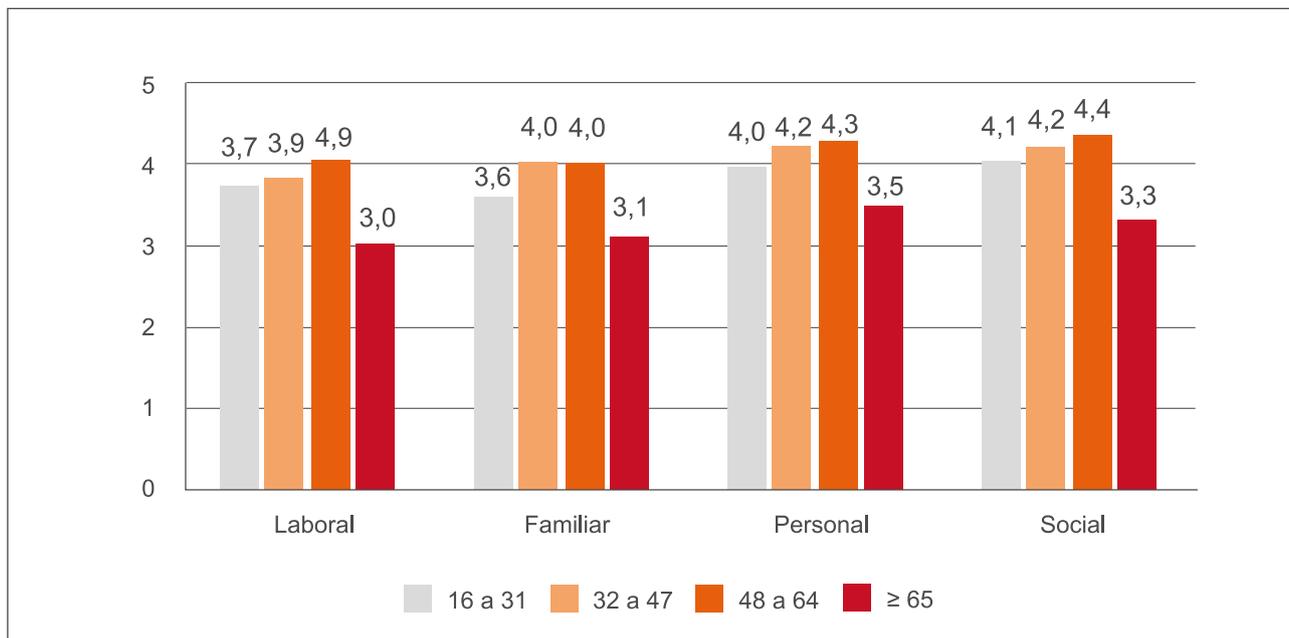
Gráfico 1. Nivel de limitación (0-5) en áreas de la vida durante las crisis de dolor (N: 991)



Fuente: Atlas 2018

Al igual que en el gráfico anterior, en el siguiente se muestran los grados de limitación en diferentes áreas de la vida de las personas que sufren migraña según la edad, mostrando cómo las edades adultas (entre 32 y 64) muestran los mayores grados de limitación, frente a los más jóvenes y los mayores de 64.

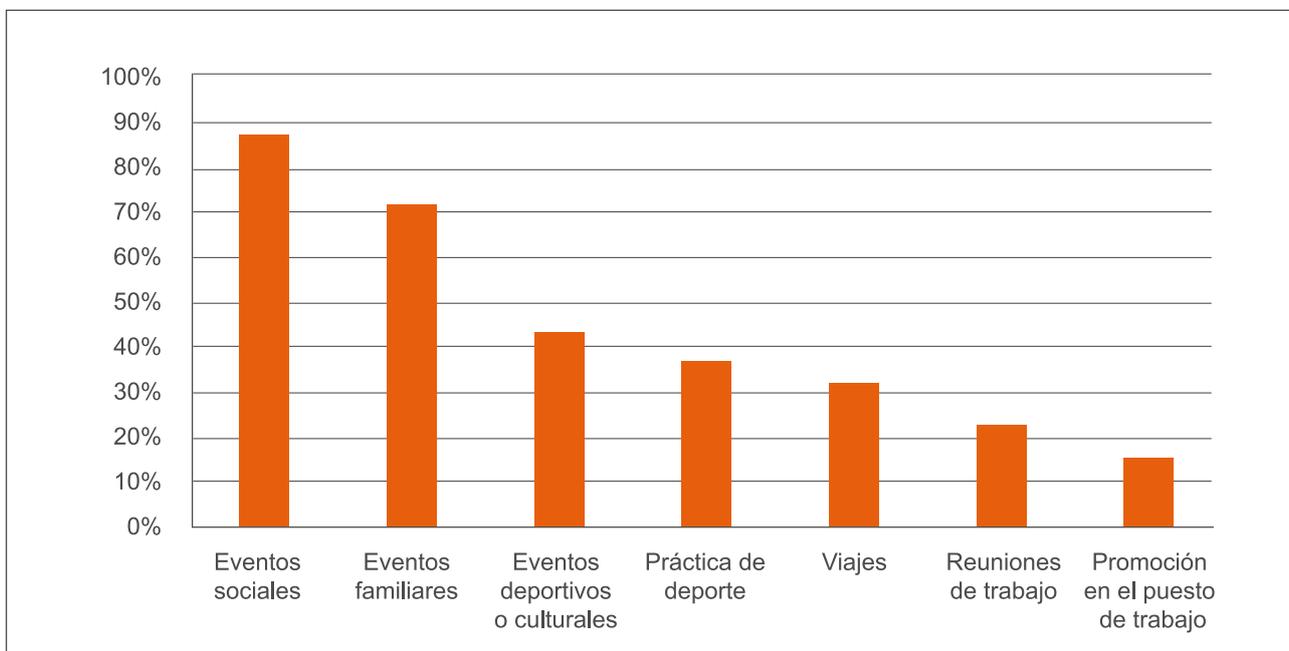
Gráfico 2. Nivel de limitación (0-5) en áreas de la vida declarada por los pacientes con migraña según grupo de edad (N: 984)



Fuente: Atlas 2018

Según datos extraídos del Atlas 2018, los pacientes señalaron haber tenido que perderse eventos importantes en sus vidas como consecuencia de su migraña, encabezando esta lista los eventos sociales.

Gráfico 3. Eventos importantes que los pacientes se han perdido como consecuencia de su migraña (N: 675)



Fuente: Atlas 2018

5.5.2. Evaluación de la discapacidad

La evaluación de la discapacidad es una de las variables más utilizadas a la hora de valorar el impacto de las cefaleas en la vida de las personas. Para ello suelen utilizarse cuestionarios estandarizados como el MIDAS (del inglés Migraine Disability Assessment Questionnaire), siendo este uno de los más usados en el ámbito internacional³.

Como puede observarse en la tabla 1, las personas con migraña crónica obtuvieron una puntuación media mayor (discapacidad muy grave/grado IV-B) que las personas con migraña episódica (discapacidad grave/grado IV-A), siendo esta diferencia estadísticamente significativa a cualquier nivel ($p = 000$).

Tabla 1. Puntuación media de los pacientes con migraña crónica (N: 241) y migraña episódica (N: 392) en el cuestionario MIDAS

	MIGRAÑA EPISÓDICA		MIGRAÑA CRÓNICA		TEST DIFERENCIA VARIABLE VS. TIPO DE MIGRAÑA
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	P valor
MIDAS	27,83	25,87	85,75	71,04	,000

Fuente: Atlas 2018

En la tabla 2 se muestra el grado de discapacidad de los encuestados establecido a través del MIDAS. Cabe destacar que más del 50% de las personas presentaba un grado de discapacidad grave o muy grave, tanto aquellos con migraña episódica como crónica. Sin embargo, se aprecia cómo el porcentaje con nivel de discapacidad muy grave en aquellos con migraña crónica era bastante superior (69,7%), respecto a la episódica (19,3%).

Tabla 2. Nivel de discapacidad asociada a la enfermedad mediante MIDAS, distinguiendo entre episódica y crónica, en los últimos 3 meses

NIVEL DE DISCAPACIDAD (MIDAS)	MIGRAÑA EPISÓDICA		MIGRAÑA CRÓNICA	
	N	%	N	%
Nula o mínima (grado I)	43	10,97%	9	3,73%
Leve (grado II)	54	13,78%	6	2,49%
Moderada (grado III)	93	23,72%	11	4,56%
Grave (grado IV-A)	126	32,14%	47	19,50%
Muy grave (grado IV-B)	76	19,39%	168	69,71%
Total	392	100,00%	241	100,00%

Fuente: Atlas 2018

En la tabla 3 se presenta el grado de discapacidad (MIDAS), distinguiendo entre migraña episódica y crónica, según grupos de edad. El mayor nivel de discapacidad se concentra entre los 16 y los 47 años de edad, coincidiendo esta franja de edad con gran actividad profesional, lo que provoca importantes pérdidas de productividad laboral.

Tabla 3. Nivel de discapacidad asociada a la migraña mediante la escala MIDAS por grupos de edad en los últimos 3 meses

Intervalos de edad	MIGRAÑA EPISÓDICA		MIGRAÑA CRÓNICA	
	N	Media en escala MIDAS	N	Media en escala MIDAS
16-31	122	28,56	89	88,76
32-47	199	27,14	105	82,76
48-64	67	29,79	43	92,53
≥ 65	3	4,33	3	32
Total	391	27,86	240	86,10

Fuente: Atlas 2018

5.5.2.1. Prestación por discapacidad

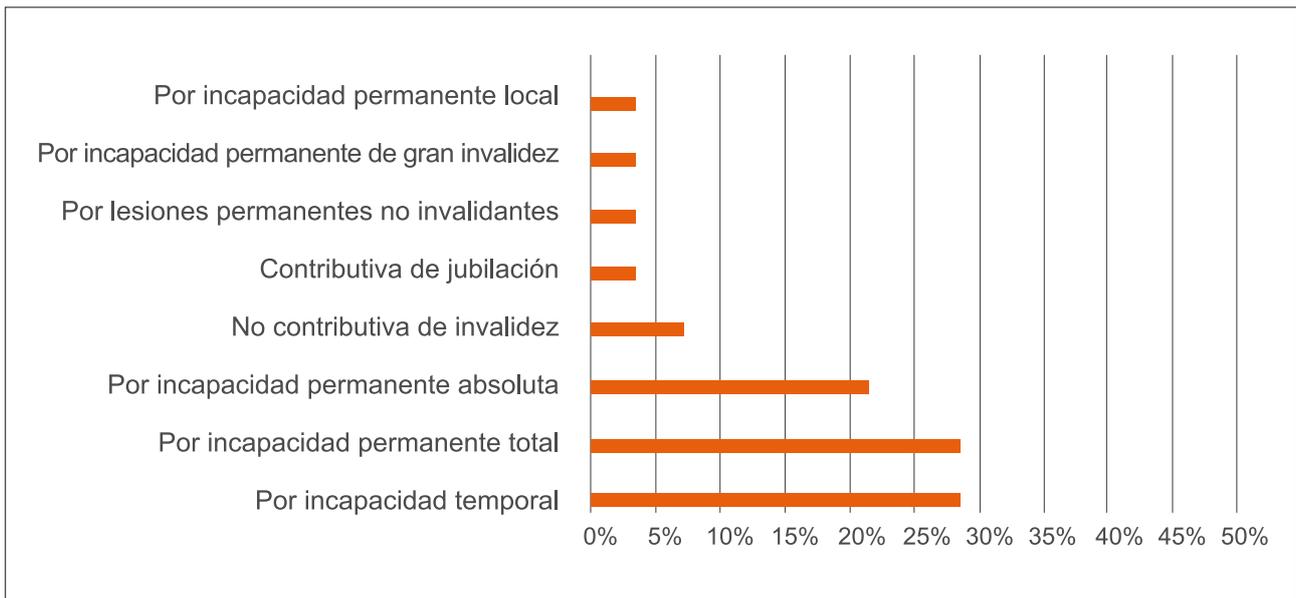
La tabla 4 muestra el grado de discapacidad reconocido a las personas que padecen migraña, observándose como, de los 37 sujetos que contestaron a esta pregunta, al menos el 75% tenía un grado de discapacidad igual o superior al 33% (siendo este porcentaje el umbral para la obtención del certificado de discapacidad). En relación con la edad, el 58,8% de las personas con un grado de discapacidad reconocida tenían entre 32 y 47 años, seguido del 35,3% entre 48 y 64 años.

Tabla 4. Estadísticos descriptivos del grado de discapacidad reconocida en personas con migraña (N: 37)

	GRADO DE DISCAPACIDAD
Media	42
Mediana	37
Desviación estándar	22,1
Percentiles	
25	33
50	37
75	48,5

Fuente: Atlas 2018

En el Atlas 2018, el 96,8% de las personas declaró no haber recibido ninguna prestación de la Seguridad Social derivada de su migraña. Entre las que declararon recibir algún tipo de prestación (2,9%), el 28,6% indicó que la recibía por incapacidad laboral temporal, frente al 28,6% por incapacidad laboral permanente total (N: 28).

Gráfico 4. Porcentaje de pacientes que sí recibían prestaciones de la Seguridad Social (N: 28)

Fuente: Atlas 2018

5.5.3. Evaluación de la calidad de vida

Como ya se ha mencionado en apartados anteriores, la migraña puede llegar a ser una enfermedad verdaderamente discapacitante con crisis frecuentes y altos niveles de dolor durante los ataques, que pueden dar lugar a una importante disminución de la calidad de vida de las personas^{4,5}. Uno de los instrumentos más utilizados para evaluar este aspecto es el cuestionario de evaluación de necesidades provocadas por la cefalea, HANA (del inglés, Headache Needs Assessment), que mide el impacto de la cefalea en siete dominios de la vida².

Según datos extraídos del Atlas 2018, el índice HANA mostró una correlación estadísticamente significativa con el índice MIDAS ($r = 0,50^{**}$; $p = ,000$). Es decir, se apreció como el índice de discapacidad de las personas está estrechamente relacionado con su nivel de calidad de vida.

En esta línea, según diferentes estudios, la frecuencia de las crisis es uno de los principales determinantes de la calidad de vida de las personas que sufren migraña⁶⁻⁸. Dicha relación se vio reflejada en los datos obtenidos del Atlas 2018 ya que, como puede verse en la tabla 5, las personas con migraña crónica obtuvieron una puntuación media bastante superior (peor calidad de vida) frente a las personas con migraña episódica, siendo esta diferencia estadísticamente significativa a cualquier nivel ($p = 000$).

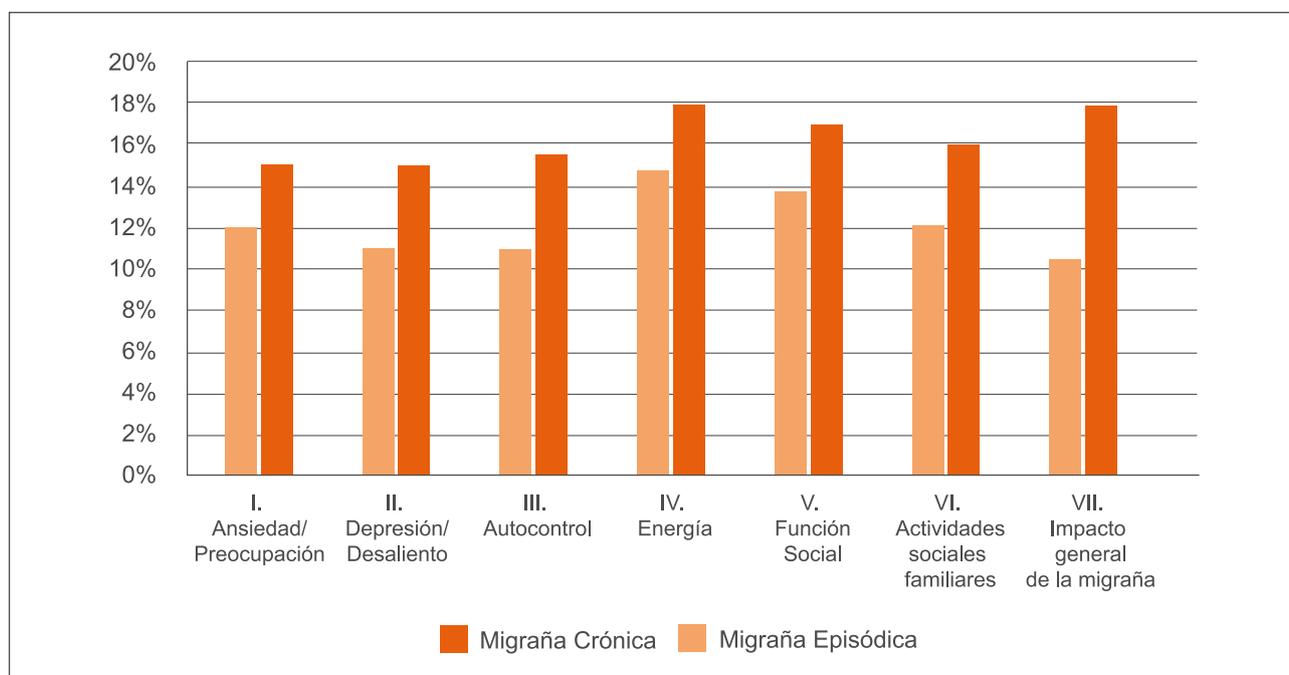
Tabla 5. Puntuación media de los pacientes con migraña crónica (N: 384) y migraña episódica (N: 247) en el cuestionario HANA

	MIGRAÑA EPISÓDICA		MIGRAÑA CRÓNICA		TEST DIFERENCIA VARIABLE VS. TIPO DE MIGRAÑA
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	P valor
HANA	84,5	32,25	114,33	30,02	,000

Fuente: Atlas 2018

El gráfico 5 refleja los siete problemas del cuestionario HANA, distinguiendo entre migraña crónica y episódica. En todos los problemas se reflejan unos valores superiores en el caso de migraña crónica respecto a migraña episódica, con las puntuaciones más altas en el problema 4 (“tengo poca energía; me siento más cansado de lo habitual debido al dolor”).

Gráfico 5. Valores medios del cuestionario de evaluación de la calidad de vida con cefalea (HANA) (N: 761)



Fuente: Atlas 2018

En el estudio de Fernández-Concepción y Canuet-Delis (2003)⁹, las puntuaciones totales del instrumento de evaluación de la calidad de vida afectada por migraña (HANA) correspondían al problema 5 (“funcion y trabajo (atención, concentración, etc.) a un nivel más bajo de lo habitual debido a los dolores”), problema 4 (“tengo poca energía; me siento más cansado de lo habitual debido al dolor”) y al problema 2 (“me siento deprimido, desanimado por mis dolores de cabeza”).

- Las personas con migraña señalaron que sentían importantes limitaciones en las esferas social, personal, familiar y laboral debido a su enfermedad.
- La mayoría de las personas con migraña declaró haberse perdido eventos importantes, como consecuencia de su enfermedad, entre los que destacaron los sociales, seguidos de los familiares (bastante por encima de los deportivos o culturales, práctica de deporte, viajes, reuniones de trabajo o promociones).
- Más del 50% de las personas con migraña presentaba un grado de discapacidad grave o muy grave, medida a través de la escala MIDAS, siendo la discapacidad muy grave para casi el 70% de los que sufren migraña crónica.
- Las personas que presentan un mayor nivel de discapacidad asociada a la migraña son aquellas entre los 16 y los 47 años de edad.
- El 96,8% de las personas con migraña declaró no haber recibido ninguna prestación de la Seguridad Social derivada de su migraña.
- Las personas con migraña crónica presentaban unos valores superiores de necesidades provocadas por la enfermedad, medida a través de la escala HANA, respecto a aquellos con migraña episódica.

Bibliografía

1. Ruiz de Velasco I, González N, Etxeberria Y, Garcia-Monco J. Quality of Life in Migraine Patients: A Qualitative Study. *Cephalalgia*. 2003 Nov 17;23(9):892–900.
2. Cramer JA, Silberstein SD, Winner P. Development and validation of the headache needs assessment (HANA) survey. *Headache*. 2001;41(4):402–9.
3. Blumenfeld AM, Varon SF, Wilcox TK, Buse DC, Kawata AK, Manack A, *et al*. Disability, HRQoL and resource use among chronic and episodic migraineurs: Results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *Cephalalgia*. 2011;31(3):301–15.
4. Lipton RB, Stewart WF, von Korff M. Burden of migraine: societal costs and therapeutic opportunities. *Neurology*. 1997 Mar;48(3 Suppl 3):S4-9.
5. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed ML, Stewart WF. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. Vol. 68, *Neurology*. 2007. p. 343–9.
6. Wang S-J, Wang P-J, Fuh J-L, Peng K-P, Ng K. Comparisons of disability, quality of life, and resource use between chronic and episodic migraineurs: A clinic-based study in Taiwan. *Cephalalgia*. 2013 Feb;33(3):171–81.
7. Lantéri-Minet M, Duru G, Mudge M, Cottrell S. Quality of life impairment, disability and economic burden associated with chronic daily headache, focusing on chronic migraine with or without medication overuse: A systematic review. *Cephalalgia*. 2011 May 4;31(7):837–50.
8. Torres-Ferrús M, Quintana M, Fernández-Morales J, Álvarez-Sabin J, Pozo-Rosich P. When does chronic migraine strike? A clinical comparison of migraine according to the headache days suffered per month. *Cephalalgia* [Internet]. 2017 Feb 11 [cited 2018 May 23];37(2):104–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26961321>
9. Fernández Concepción O, Canuet-Delis L. Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: factores determinantes. Vol. 36, *Revista de Neurología*. 2003. p. 1105.

5.6. HÁBITOS SALUDABLES Y NOCIVOS

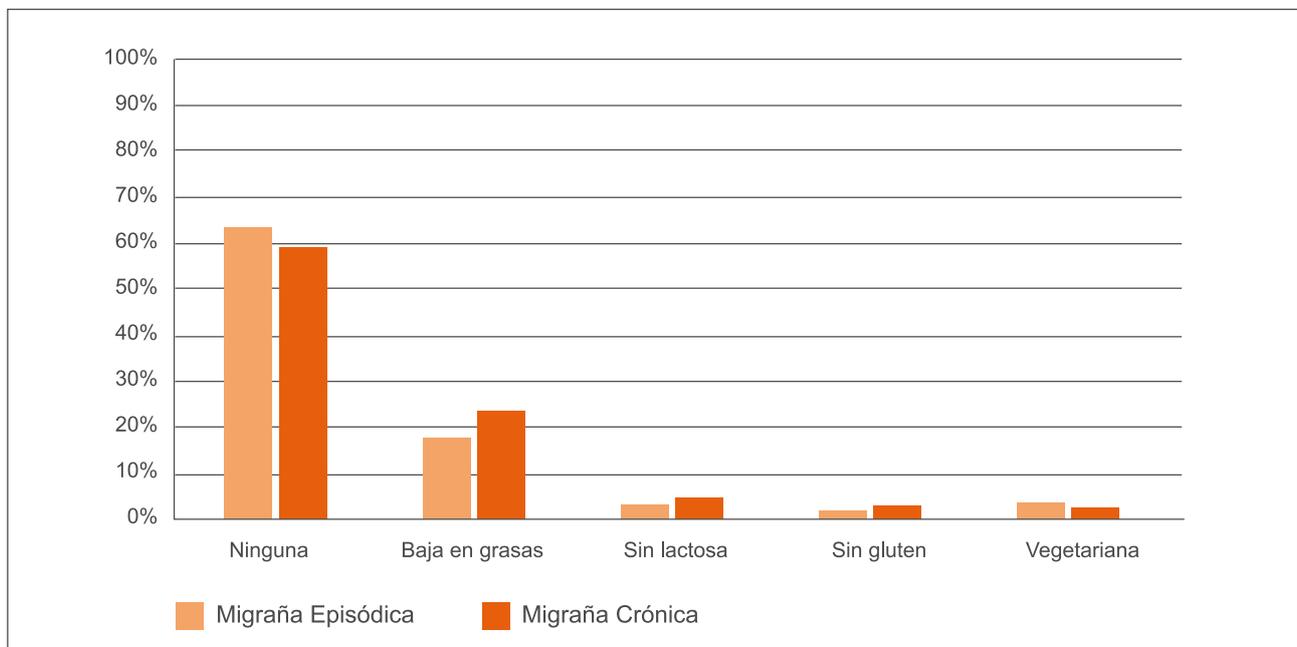
5.6.1. Dieta saludable

La cronificación de la migraña se ha relacionado con diversos factores desencadenantes, que incluyen determinados hábitos dietéticos¹⁻³.

Diversos estudios señalan que determinados alimentos y bebidas como el chocolate, el café, el alcohol, las nueces, el salami, la leche, los cítricos y el queso funcionan como desencadenantes de la migraña⁴. Sin embargo, en este apartado, solo se hace referencia a aquellos alimentos incluidos en la encuesta a pacientes del Atlas 2018.

En primer lugar, cabe destacar que la mayoría de las personas encuestadas en el Atlas 2018 no seguía ninguna dieta específica para controlar la intensidad o frecuencia de los ataques de migraña. Entre las que seguían algún tipo de dieta, la mayoría optaban por una dieta baja en grasas.

Gráfico 1. Tipo de dieta que llevan las personas con migraña (N: 887)



Fuente: Atlas 2018

En cuanto al gasto realizado en dietas especiales al mes, la mayoría de las personas con migraña no gastaba nada en alimentos que podrían ayudarles a mitigar la frecuencia de los episodios de dolor o a combatir/mejorar los efectos de su migraña (tabla 1).

Tabla 1. Dinero extra que los pacientes gastan al mes en dieta para combatir o mejorar los efectos de su migraña

	MIGRAÑA EPISÓDICA		MIGRAÑA CRÓNICA	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje
No gasta nada	253	68,40%	102	49,80%
Entre 0 y 100 euros	96	26%	74	36,10%
Más de 101 euros	21	5,70%	29	14,20%

Fuente: Atlas 2018

Considerando los diferentes tipos de alimentos, un 48,7% de los encuestados del Atlas 2018 asociaron el consumo de chocolate con la aparición de sintomatología de la migraña, frente a un 39,7% y 25,6% al consumo de queso y café, respectivamente.

En relación con la cafeína, su consumo en exceso podría provocar una dependencia que puede empeorar la cefalea. Además, afecta negativamente al descanso, al sueño y aumenta la ansiedad⁵.

En la tabla 2 se observa que más de 7 de cada 10 encuestados tomaba al menos un café al día.

Tabla 2. Número de cafés que las personas con migraña consumen al día

	N	PORCENTAJE
Más de 3 cafés al día	87	8,5%
2 cafés al día	254	24,9%
1 café al día	387	37,9%
Nunca	293	28,7%

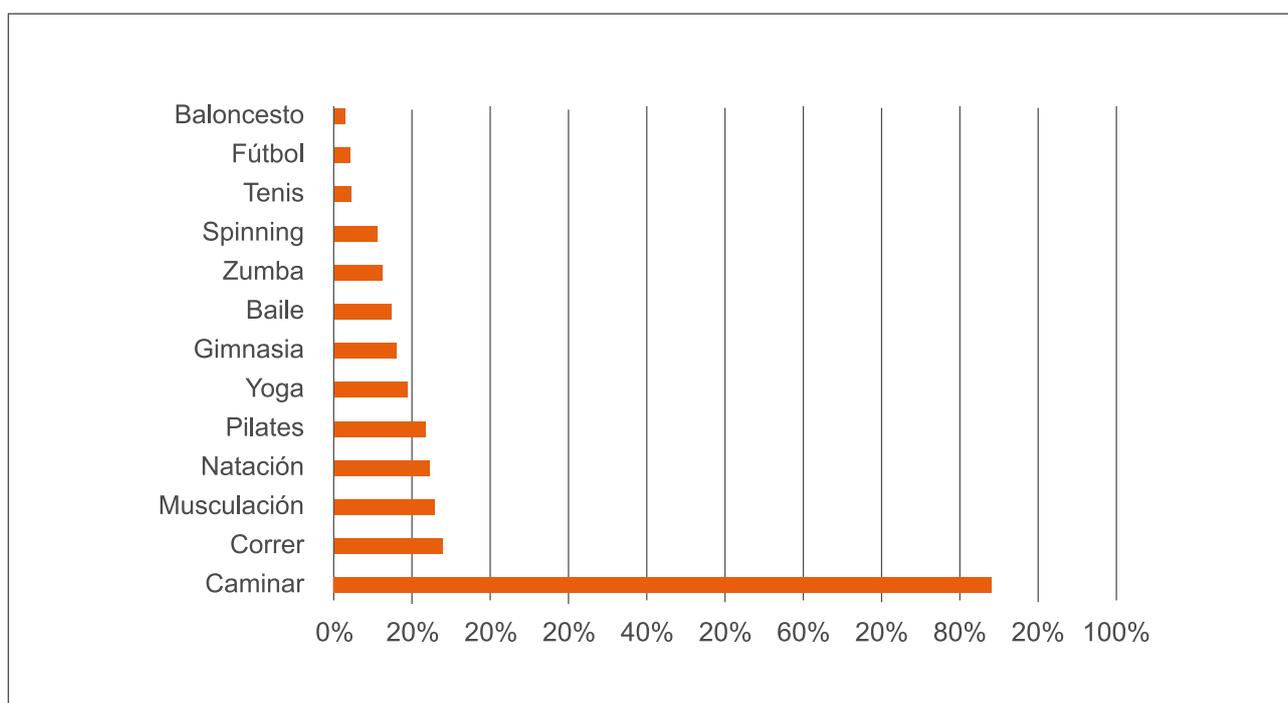
Fuente: Atlas 2018

5.6.2. Ejercicio físico

Realizar ejercicio físico de forma regular ha demostrado ser un tratamiento no farmacológico que ayuda a prevenir la aparición de dolores de cabeza⁶. Por un lado, genera una buena tonificación muscular que permite que la musculatura se relaje y, por otro lado, permite manejar la ansiedad y el estrés⁷. En esta línea, numerosos estudios demuestran que realizar ejercicio físico ayuda a prevenir el dolor de cabeza al activar mecanismos que moderan las señales de dolor que recibe el cerebro⁸.

En la encuesta del Atlas 2018 se preguntó a las personas con migraña sobre la práctica de actividad física. Concretamente el 84% manifestó que caminar era el ejercicio físico que más practicaba, siendo este porcentaje el 70,6% para la población general según datos de la encuesta de hábitos deportivos en España⁹.

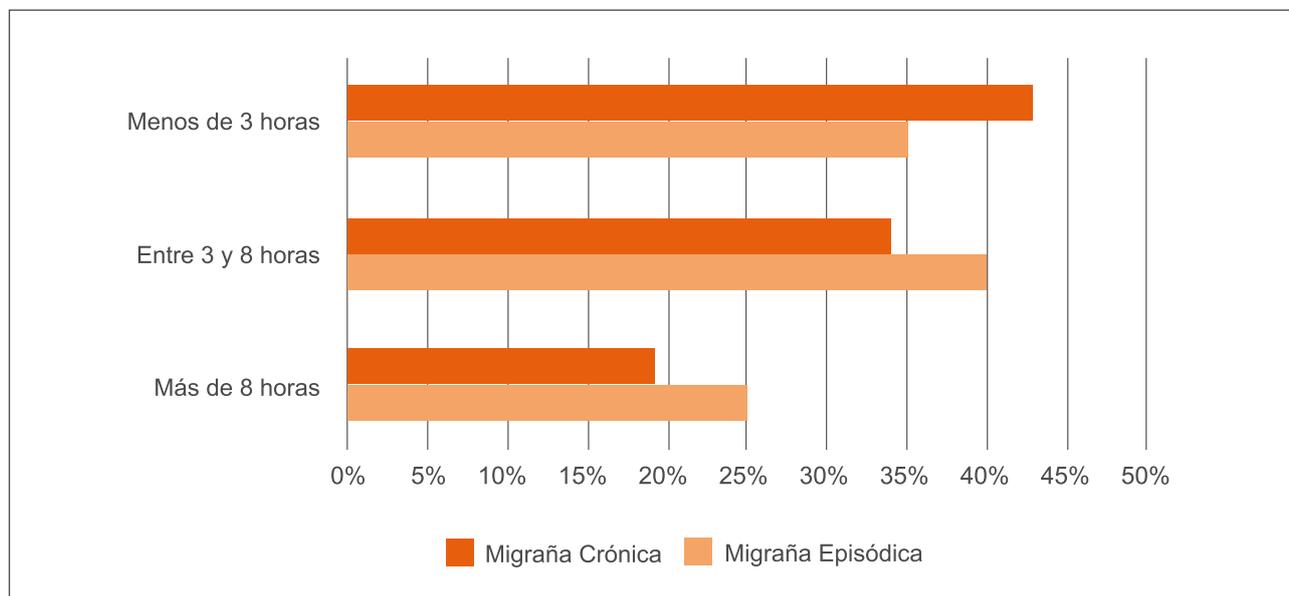
Gráfico 2. Actividades que realizan las personas con migraña semanalmente (N: 823)



Fuente: Atlas 2018

Al analizar las horas semanales dedicadas a cada una de las actividades físicas, se observa cómo la mayoría de las personas con migraña dedicaban menos de 3 horas a la semana a su práctica deportiva.

Gráfico 3. Horas por semana de actividad física de las personas con migraña (N: 696)



Fuente: Atlas 2018

En un estudio publicado en 2011, investigadores de la Universidad de Gotemburgo (Suecia) aseguran que las personas que realizaban ejercicio regular experimentaron una mejora en la frecuencia de sus ataques de migraña. Por este motivo, los investigadores suecos concluyeron que el ejercicio es una alternativa a la relajación y al fármaco cuando se trata de prevenir la migraña⁶. En cuanto al gasto, la mayoría de las personas afirmó no gastar nada en actividades físicas o deportivas al mes (tabla 3).

Tabla 3. Gasto medio al mes de las personas con migraña en actividades físicas o deportivas (N: 729)

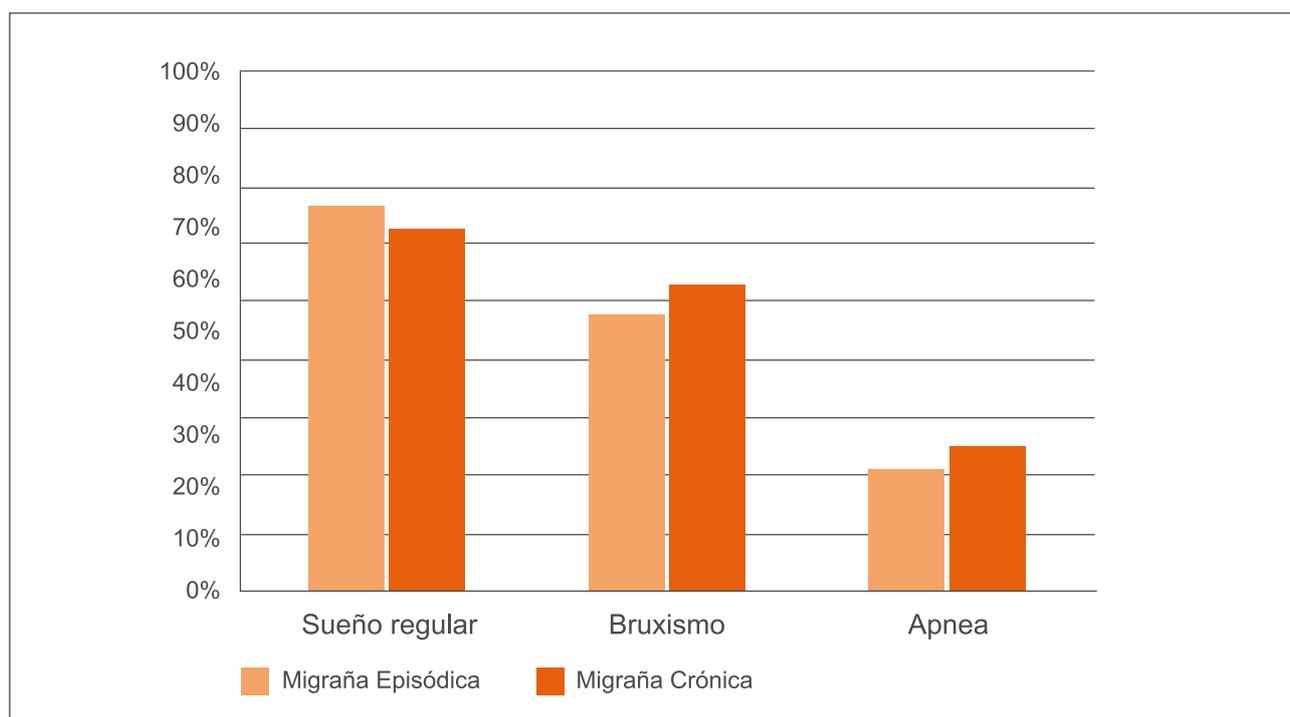
	N	PORCENTAJE
No gasta nada	340	46,6
Menos de 50 euros	264	36,2
Más de 50 euros	125	17,1

Fuente: Atlas 2018

5.6.3. Sueño

El sueño tiene una gran importancia entre los desencadenantes controlables de la migraña. El síndrome de apnea obstructiva de sueño (asociado con frecuencia a la obesidad) podría facilitar un incremento del número de días de cefalea y cronificar la migraña¹⁰.

Según datos extraídos del Atlas de 2018, el 66,55% de las personas con migraña episódica mantenía diariamente una rutina en los horarios de sueño (N: 431). En lo que respecta a trastornos relacionados con el sueño, un 52,7% (N: 186) de las personas con migraña crónica sufría episodios de bruxismo (apretaban o rechinaban los dientes mientras dormían) y un 25% (N: 88) de estos padecía episodios de apnea durante el sueño (ronquera habitual o paradas de respiración durante el sueño).

Gráfico 4. Características del sueño de las personas con migraña (N: 1.367)

Fuente: Atlas 2018

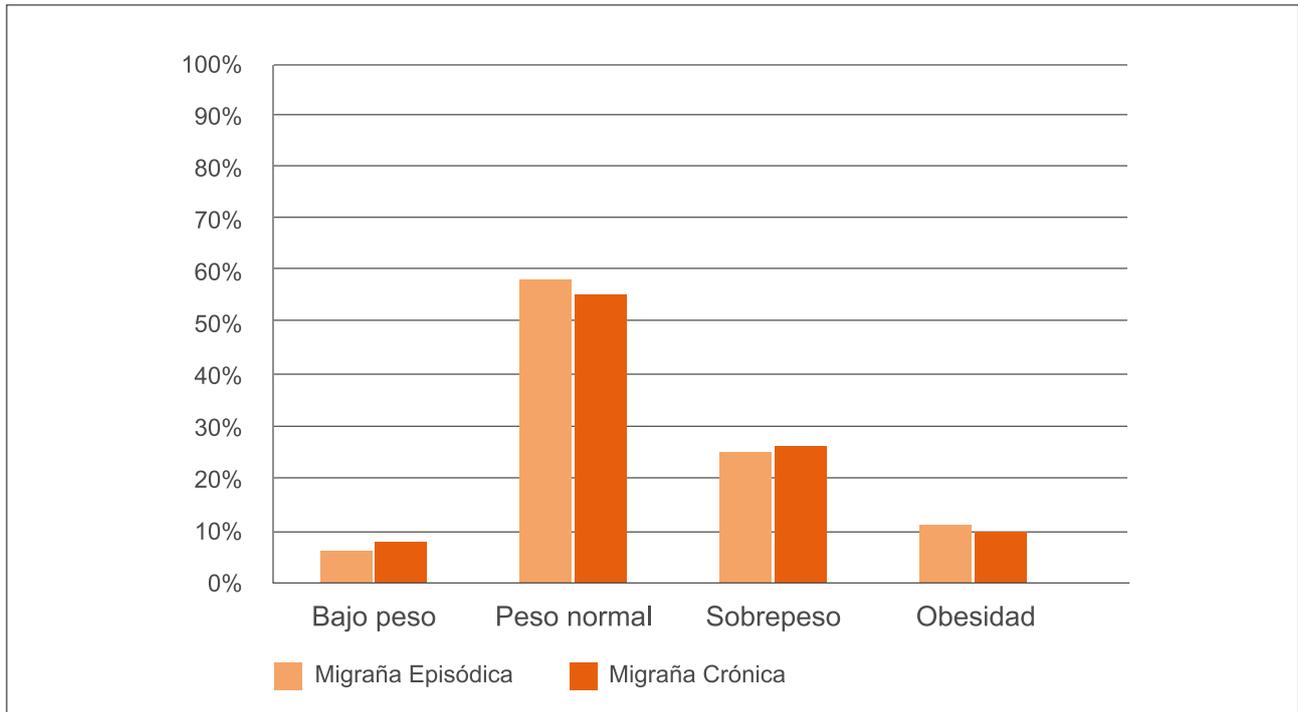
En el trabajo realizado por Barbanti se comparó la calidad del sueño y de las tasas de ansiedad y depresión en 100 personas con migraña episódica. Las personas con migraña mostraron una excesiva somnolencia, observándose correlación entre migraña, somnolencia diurna excesiva, discapacidad, problemas de sueño y ansiedad. Se estableció en este estudio que la somnolencia diurna excesiva es consecuencia de la propia migraña¹¹.

5.6.4. Sobrepeso y obesidad

El riesgo de padecer migraña aumenta en personas con sobrepeso u obesidad. Los estudios más recientes estiman que el riesgo de padecer migraña se incrementaba un 27% en sujetos con obesidad¹². La asociación entre migraña y obesidad es más evidente en mujeres y en individuos menores de 50 años de edad^{12,13}. Por otro lado, entre los factores modificables que condicionan que la migraña episódica evolucione hacia una forma crónica destaca especialmente la obesidad.

Tomando como referencia los datos extraídos del Atlas 2018, el índice de masa corporal (IMC) medio de las personas que sufrían migraña era de 24,2, por lo que se considera como normal dentro de los parámetros establecidos por la Organización Mundial de la Salud. La distribución del IMC de los encuestados se muestra en la tabla 6.

Gráfico 5. Distribución de los encuestados según su IMC de acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (N: 1.253)



Fuente: Atlas 2018

Bigal *et al.* analizaron una muestra de más de 30.000 sujetos (con una edad media de 39 años) y concluyeron que aquellos que presentaban sobrepeso tenían tres veces más probabilidad de desarrollar migraña crónica, y que en las personas obesas el riesgo de cronificación era cinco veces mayor¹⁴.

5.6.5. Alcohol y tabaco

La Clasificación Internacional de Cefaleas en su 3ª edición (CIC-III) contempla el consumo de alcohol como factor desencadenante de la migraña, ya sea por sí mismo o asociado a otros fármacos. De hecho, las personas con migraña pueden ser más sensibles a los efectos del alcohol. Las cefaleas inducidas por alcohol suelen iniciarse entre su consumo y hasta 12 horas más tarde, y la duración del episodio de migraña puede durar hasta 72 horas¹⁵. Según estudios retrospectivos sobre factores desencadenantes de la migraña, las bebidas alcohólicas han resultado ser un desencadenante en aproximadamente un tercio de las personas con migraña¹⁶.

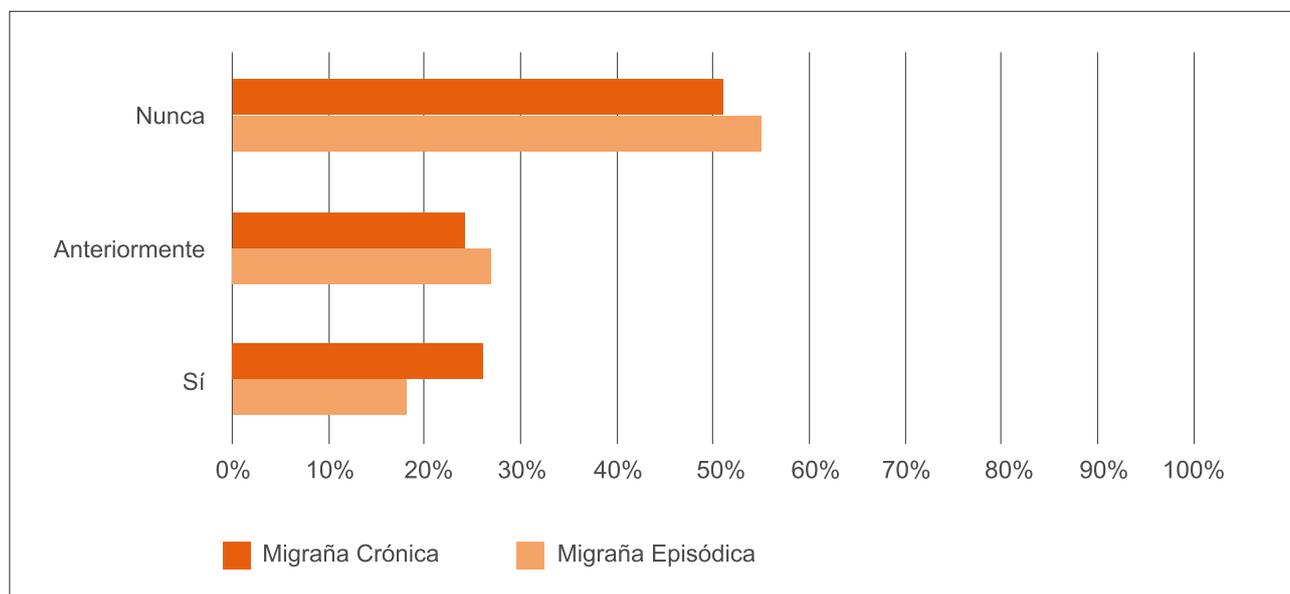
En los datos extraídos de la encuesta del Atlas de 2018, el 65,2% de las personas señaló el alcohol como uno de los desencadenantes de las crisis de dolor (Tabla 5). Por otro lado, el 44,6% de las personas con migraña crónica afirmaron no beber nada de alcohol de baja graduación (cerveza/vino), seguido de aquellos (26,7%) que lo tomaban de 1 a 3 veces al mes. En cuanto a la ingesta de alcohol de alta graduación, el 67,1% de las personas con migraña crónica señaló no ingerir alcohol de alta graduación, seguido de aquellos que sí lo hacían menos de una vez al mes (23,9%).

Tabla 4. Distribución porcentual de las personas con migraña episódica o crónica según ingesta de alcohol

Consumo de alcohol	MIGRAÑA EPISÓDICA		MIGRAÑA CRÓNICA	
	Baja graduación (cerveza o vino)	Alta graduación (whisky, vodka, etc.)	Baja graduación (cerveza o vino)	Alta graduación (whisky, vodka, etc.)
N	658	634	359	343
Nunca	28,4%	53,3%	44,6%	67,1%
Menos de 1 vez al mes	23%	31,6%	19,8%	23,9%
De 1 a 3 días al mes	29,6%	14,4%	26,7%	8,6%
De 1 a 4 días a la semana	15,7%	0,3%	7,5%	0,3%
A diario o casi a diario	3,3%	0,5%	1,4%	0%

Fuente: Atlas 2018

Según datos extraídos de la encuesta del Atlas 2018, más de la mitad de las personas encuestadas señaló no haber fumado nunca, seguido de aquellos que sí lo habían hecho anteriormente. De entre las que fumaban, al 84,4% no les dolía la cabeza ni presentaban ningún tipo de malestar después de fumar. Estas personas llevaban fumando una media de 15 años y consumían una media de 10 cigarrillos al día.

Gráfico 5. Pacientes fumadores (N: 1.020)

Fuente: Atlas 2018

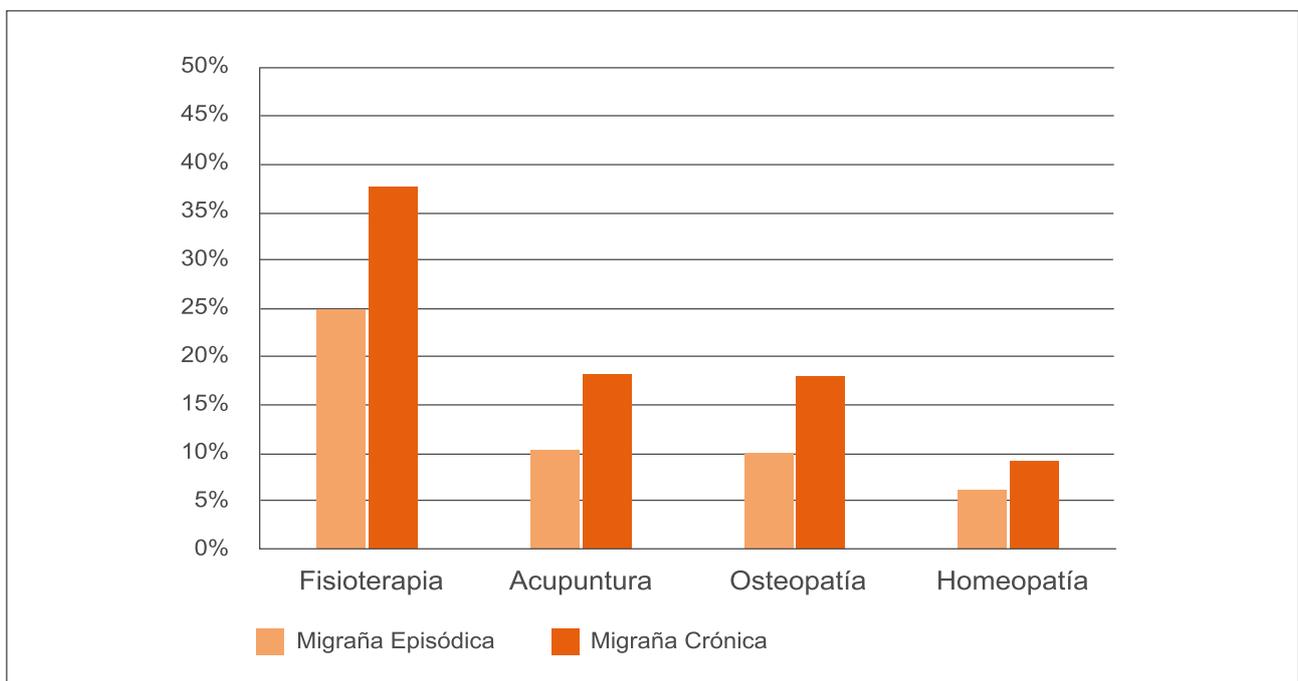
Algunos estudios han demostrado una fuerte relación causal entre la intensidad del consumo de tabaco y cualquier tipo de dolor de cabeza¹⁷.

5.6.6. Terapias complementarias

Las personas que padecen migraña y otras cefaleas suelen acudir con frecuencia a diversas terapias complementarias para paliar sus efectos, tales como la fisioterapia, osteopatía, homeopatía, acupuntura, terapias de relajación, etc^{18,19}. En muchos casos, estas terapias actúan como complemento a tratamientos de tipo farmacológico. Se estima que la eficacia de las terapias complementarias en la migraña está asociada a cambios en el modelo de vida, rutinas o ejercicio físico por parte de los pacientes²⁰.

En el gráfico 6 se representa el porcentaje de personas con migraña que recibe algún tipo de terapia complementaria, según la encuesta Atlas 2018. En esta línea, el 63,9% de los pacientes consideraron que con las terapias complementarias obtenían buenos resultados o les resultaban eficaces, frente a un 36,1% que señalaron lo contrario (N: 274).

Gráfico 6. Tipo de terapia complementaria recibida por los pacientes (N: 397)



Fuente: Atlas 2018

- El 62,1% de las personas con migraña no seguía ningún tipo de dieta para disminuir los efectos de la migraña, seguido de aquellos que sí preferían una dieta baja en grasas (19,9%).
- El 46,6% de las personas con migraña no dedicaba nada de su presupuesto mensual en actividades físicas o deportivas.
- La mayoría de las personas con migraña presentaba un índice de masa corporal medio considerado como normal dentro de los parámetros establecidos, mientras que el 36,1% presentaba sobrepeso/obesidad.
- El 28,4% de las personas con migraña crónica y el 53,3% con episódica declaró no beber alcohol y algo más del 50% manifestó no haber fumado nunca (en ambos tipos de migraña).
- El 63,9% de las personas con migraña consideraron que con las terapias complementarias obtenían buenos resultados o les resultaban eficaces para mitigar el dolor y la frecuencia de las crisis.

Bibliografía

1. Lipton RB, Bigal ME. Migraine: Epidemiology, impact, and risk factors for progression. *Headache*. 2005;45 (Suppl. 1).
2. Bigal ME, Serrano D, Buse D, Scher A, Stewart WF, Lipton RB. Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: A longitudinal population-based study. *Headache*. 2008;48(8):1157–68.
3. Mateos V, Guerrero-Peral ÁL, García M, Armengol-Bertolín S, Plazas MJ, representación de los investigadores del estudio FACTOR. Precipitating factors of migraine attacks in patients attended in neurology services. The FACTOR study. *Rev Neurol*. 2012 Jun 1;54(11):641–8.
4. Martin VT, Vijn B. Diet and Headache: Part 1. *Headache J Head Face Pain*. 2016 Oct;56(9):1543–52.
5. Shapiro RE. Caffeine and headaches. *Neurol Sci*. 2007 May;28(2):S179–83.
6. Varkey E, Cider A, Carlsson J, Linde M. Exercise as migraine prophylaxis: a randomized study using relaxation and topiramate as controls. *Cephalalgia*. 2011 Oct;31(14):1428–38.
7. Paluska SA, Schwenk TL. Physical Activity and Mental Health. *Sport Med*. 2000;29(3):167–80.
8. Irby MB, Bond DS, Lipton RB, Nicklas B, Houle TT, Penzien DB. Aerobic Exercise for Reducing Migraine Burden: Mechanisms, Markers, and Models of Change Processes. *Curr Pain Headache Rep*. 2016;56(2):357–69.
9. Ministerio de Educación Cultura y Deporte. Encuesta de Hábitos Deportivos en España 2015. 2015.
10. Dodick DW, Eross EJ, Parish JM. Clinical, Anatomical, and Physiologic Relationship Between Sleep and Headache. *Headache J Head Face Pain*. 2003 Mar 1;43(3):282–92.
11. Barbanti P, Fabbrini G, Aurilia C, Vanacore N, Cruccu G. A case-control study on excessive daytime sleepiness in episodic migraine. *Cephalalgia*. 2007;27(10):1115–9.
12. Gelaye B, Sacco S, Brown WJ, Nitchie HL, Ornello R, Peterlin BL. Body composition status and the risk of migraine. *Neurology*. 2017 May 9;88(19):1795–804.
13. Bigal ME, Lipton RB, Holland PR, Goadsby PJ. Obesity, migraine, and chronic migraine: Possible mechanisms of interaction. *Neurology*. 2007 May 22;68(21):1851–61.
14. Bigal ME, Liberman JN, Lipton RB. Obesity and migraine: A population study. *Neurology*. 2006 Feb 28;66(4):545–50.
15. Olsen J. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1–211.
16. Panconesi A, Franchini M, Bartolozzi ML, Mugnai S, Guidi L. Alcoholic drinks as triggers in primary headaches. *Pain Med (United States)*. 2013;14(8):1254–9.
17. Johnsen MB, Winsvold BS, Børte S, Vie GÅ, Pedersen LM, Storheim K, *et al*. The causal role of smoking on the risk of headache. A Mendelian randomization analysis in the HUNT Study. *Eur J Neurol*. 2018 May 10;
18. Lenssinck, M.L., Damen, L., Verhagen, A., Berger, M., Passchier, J., Koes B w. The effectiveness of physiotherapy and manipulation in patients with tension-type headache: a systematic review. *Pain [Internet]*. 2004 Dec 1 [cited 2017 Nov 9];112(3):381–8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395904004555>
19. Vickers AJ, Rees RW, Zollman CE, McCarney R, Smith CM, Ellis N, *et al*. Acupuncture for chronic headache in primary care: large, pragmatic, randomised trial. *BMJ*. 2004 Mar 27;328(7442):744.
20. Rossi P, Di Lorenzo G, Malpezzi M, Faroni J, Cesarino F, Di Lorenzo C, *et al*. Prevalence, Pattern and Predictors of use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Migraine Patients Attending a Headache Clinic in Italy. *Cephalalgia [Internet]*. 2005 Jul 26 [cited 2017 Oct 17];25(7):493–506. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15955036>

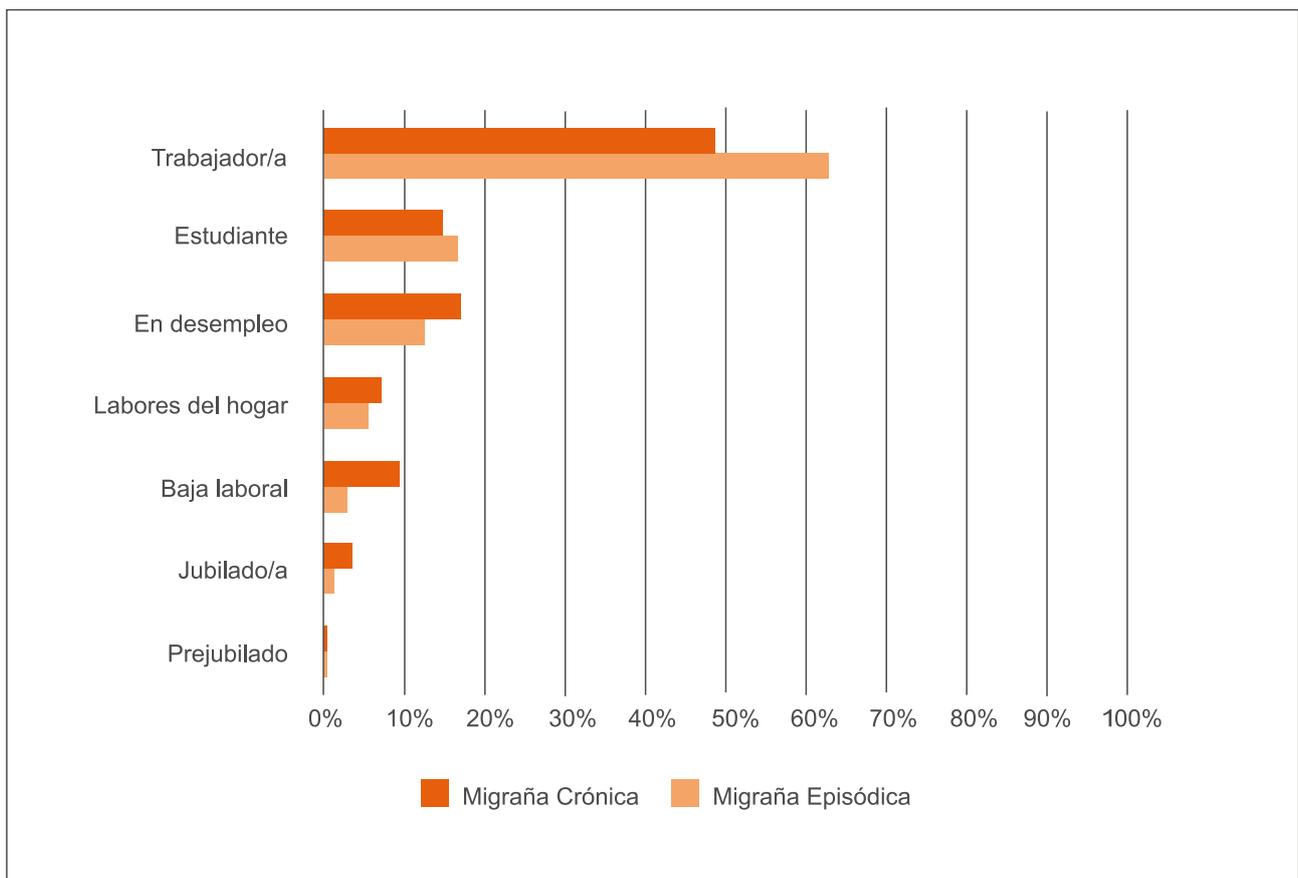
5.7. SITUACIÓN LABORAL

5.7.1. Situación laboral de la persona con migraña

La migraña es una enfermedad que no solo afecta al bienestar físico, psicológico y social, sino que también impacta sobre la situación laboral de la persona que la padece debido a los cambios estructurales, dolor y limitaciones funcionales que provoca^{1,2}.

Según los datos del Atlas 2018, en el momento de la encuesta más de la mitad de los encuestados se encontraba trabajando, seguidos de los estudiantes y de aquellos en desempleo.

Gráfico 1. Situación laboral de los pacientes según padezcan migraña de tipo crónica o episódica (N: 1.267)



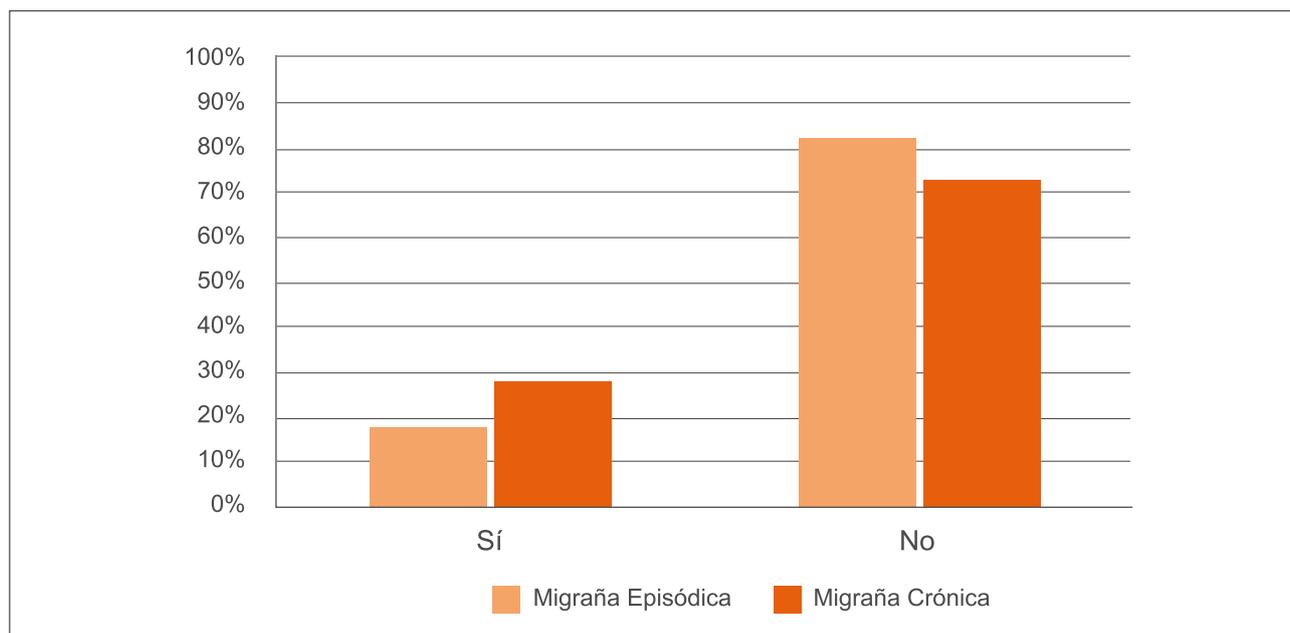
Fuente: Atlas 2018

Puesto que la mayoría de los pacientes se encontraban laboralmente activos en el momento de cumplimentar la encuesta, la implantación de un plan específico para pacientes con migraña podría reducir su impacto en el ámbito laboral³.

5.7.2. Pacientes trabajadores

5.7.2.1. Días de permiso y excedencia

Una quinta parte tuvo que solicitar días de permiso o excedencia (gráfico 2), situándose la media en más de una semana de permiso en el último año (tabla 1). Del mismo modo, un 9,8% desempañaba un trabajo autónomo, viéndose obligado a recuperar tareas fuera del horario laboral, trabajando fines de semana, noches o días de fiesta.

Gráfico 2. Permiso/excedencia a causa de la migraña en los últimos 12 meses (N: 705)

Fuente: Atlas 2018

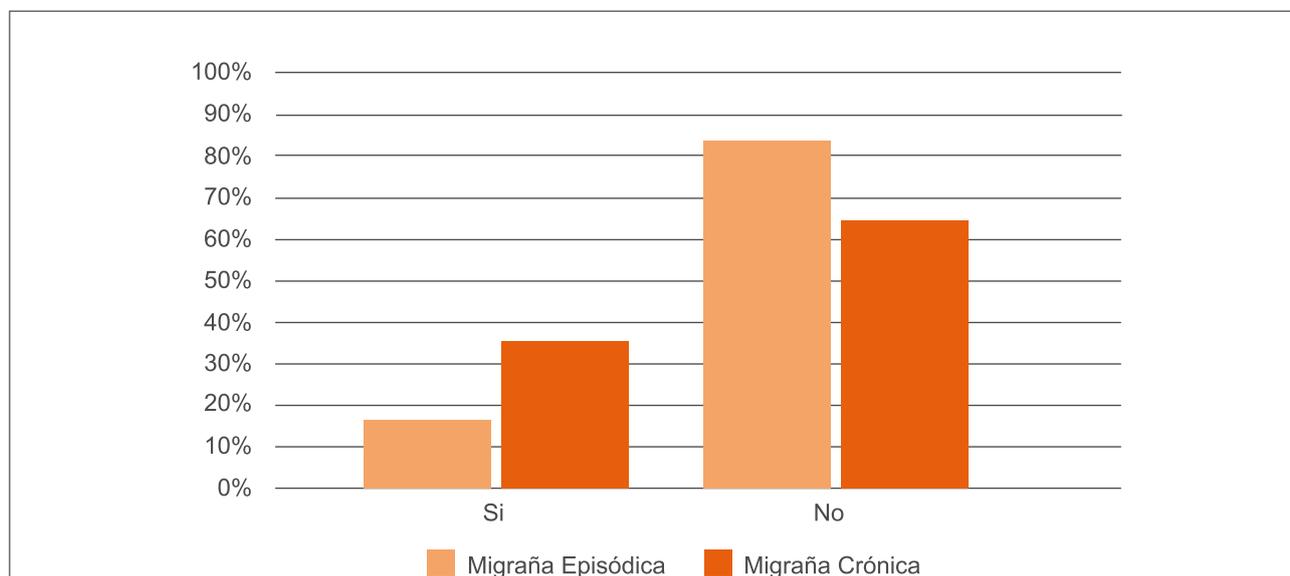
Tabla 1. Número de días de permiso / excedencia a causa de la migraña en los últimos 12 meses (N: 145)

	MIGRAÑA EPISÓDICA		MIGRAÑA CRÓNICA	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Días de permiso/ excedencia	6,2	6,9	9,9	16,4

Fuente: Atlas 2018

5.7.2.2. Días de baja laboral

Aproximadamente uno de cada cuatro trabajador con migraña se encontraba de baja durante la realización de la encuesta. Las bajas laborales eran más frecuentes entre aquellos con migraña crónica.

Gráfico 3. Baja laboral a causa de la migraña en los últimos 12 meses (N: 170)

Fuente: Atlas 2018

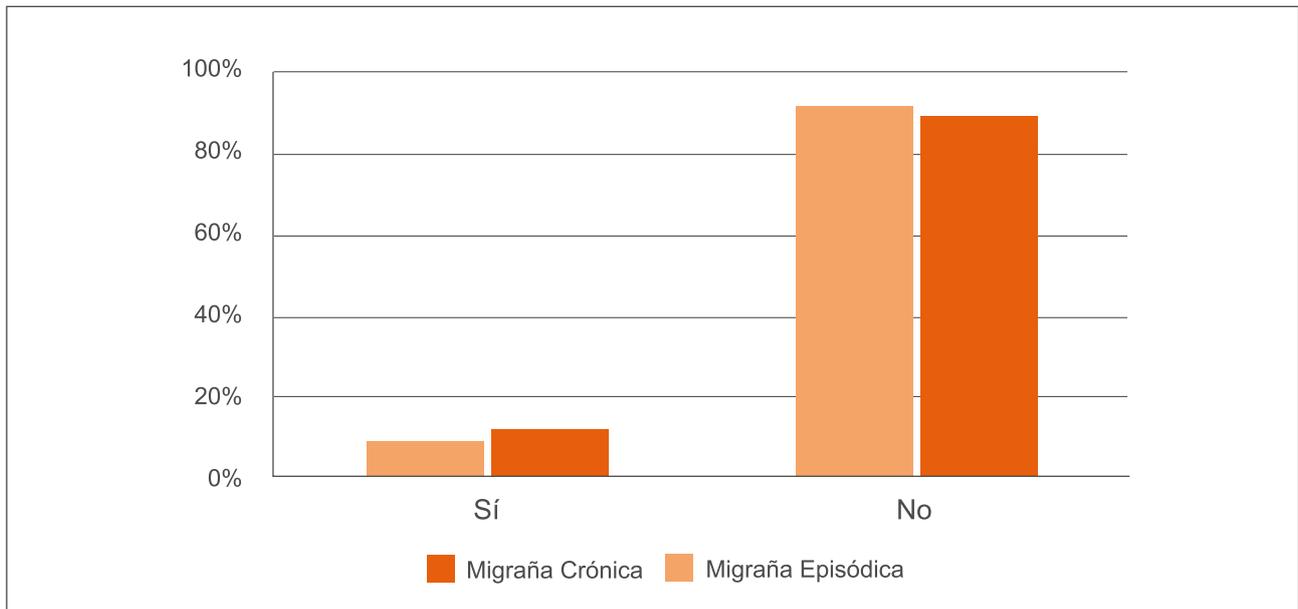
Hallazgos similares se observaron en el estudio HUNT realizado en Noruega, que puso de manifiesto cómo a mayor cronificación de la migraña se da un incremento de los días de baja laboral⁴.

En dicho estudio, las personas con migraña crónica realizaban una media de 14,6 días de baja laboral al año, mientras que aquellos que sufrían migraña de tipo episódica solo tenían 2,6 días de baja.

5.7.2.3. Reducción de la jornada laboral

Una de cada diez personas tuvo que reducir su jornada laboral una media de más de doce horas a la semana en el último año (gráfico 4).

Gráfico 4. Reducción de la jornada laboral a causa de la migraña en los últimos 12 meses (N: 703)



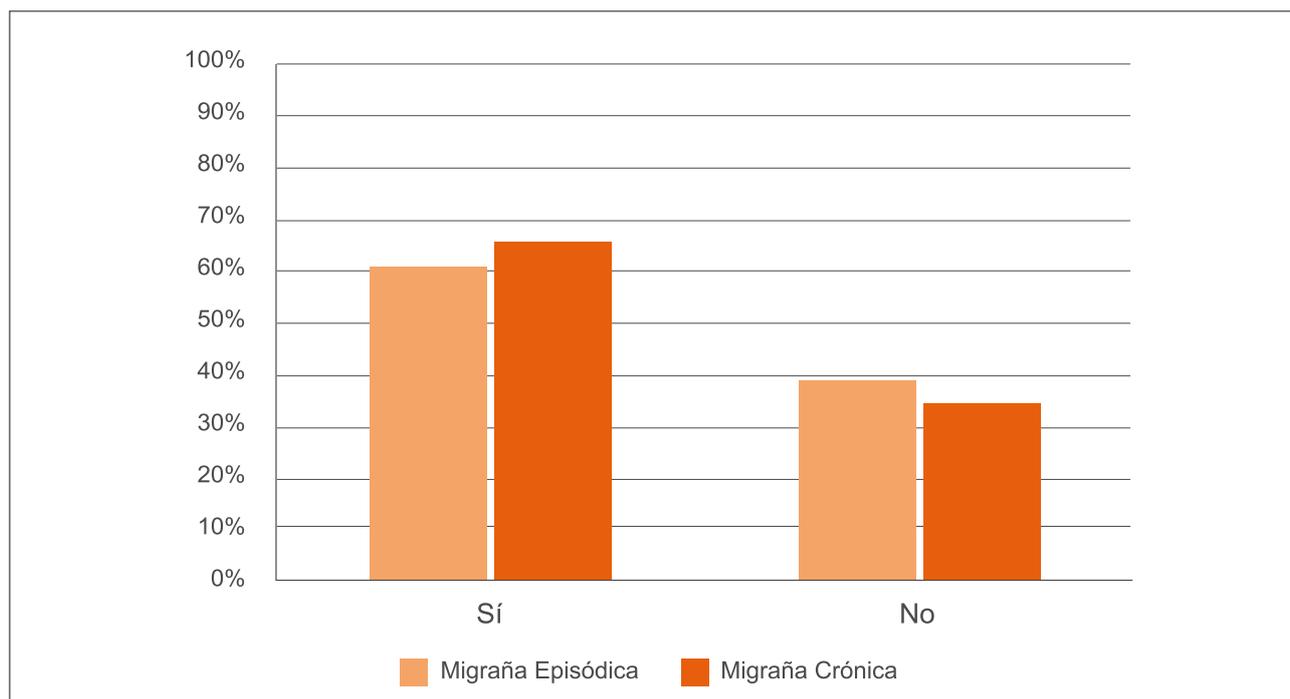
Fuente: Atlas 2018

En la misma línea, en un estudio realizado en Estados Unidos encontraron que las personas con migraña episódica se veían obligadas a perder una media de 1,1 horas a la semana, mientras que aquellas con migraña crónica perdían 3,6 horas⁵.

5.7.2.4. Presentismo laboral

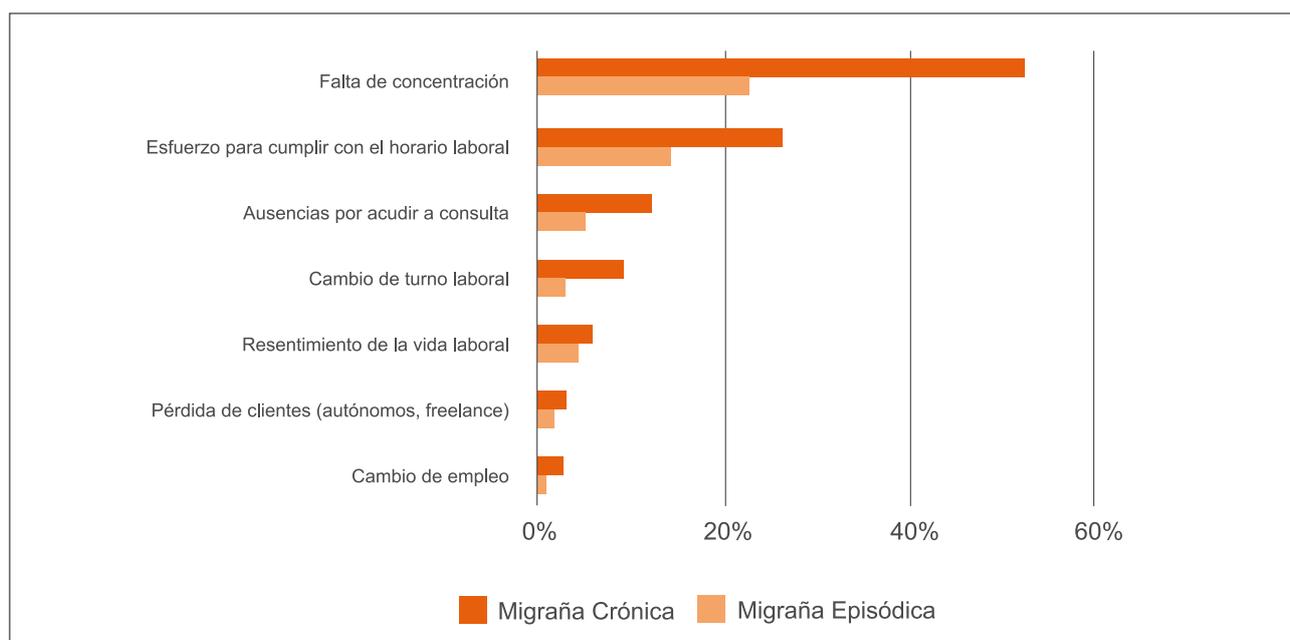
En la encuesta del Atlas 2018 se evaluó el presentismo laboral, entendido como la disminución en la eficacia del trabajo. Diferentes estudios han evidenciado que el presentismo laboral es un importante factor predictivo para explicar futuras bajas laborales, pero, al tratarse de un concepto más difuso que el de absentismo laboral, resulta compleja su identificación y su medición⁶.

Aproximadamente, y según datos del Atlas 2018, dos terceras partes de los pacientes encuestados no fueron todo lo eficientes que podrían haber sido en su trabajo como consecuencia de su migraña en el último año.

Gráfico 5. Trabajadores: influencia de la migraña en la eficiencia laboral (N: 703)

Fuente: Atlas 2018

En los datos obtenidos en el Atlas 2018, encontramos que la mayoría de los encuestados informaron de dificultades para concentrarse en el trabajo. Menos de la mitad declararon que cumplir con el horario laboral les suponía un esfuerzo y aproximadamente la quinta parte tenía problemas con las ausencias al trabajo por acudir a citas médicas (gráfico 6).

Gráfico 6. Problema/s relacionado/s con el trabajo a causa de la migraña (N: 716)

Fuente: Atlas 2018

Una revisión que tradujo las consecuencias del presentismo laboral a horas de eficacia perdidas encontró que el presentismo hacía perder a la empresa tres veces más horas de trabajo al año que los días de baja ⁷. Una serie de estudios realizados en Estados Unidos estimaron en 4 días de trabajo al año la pérdida de productividad ocasionada por la migraña⁸.

5.7.3. Desempleo

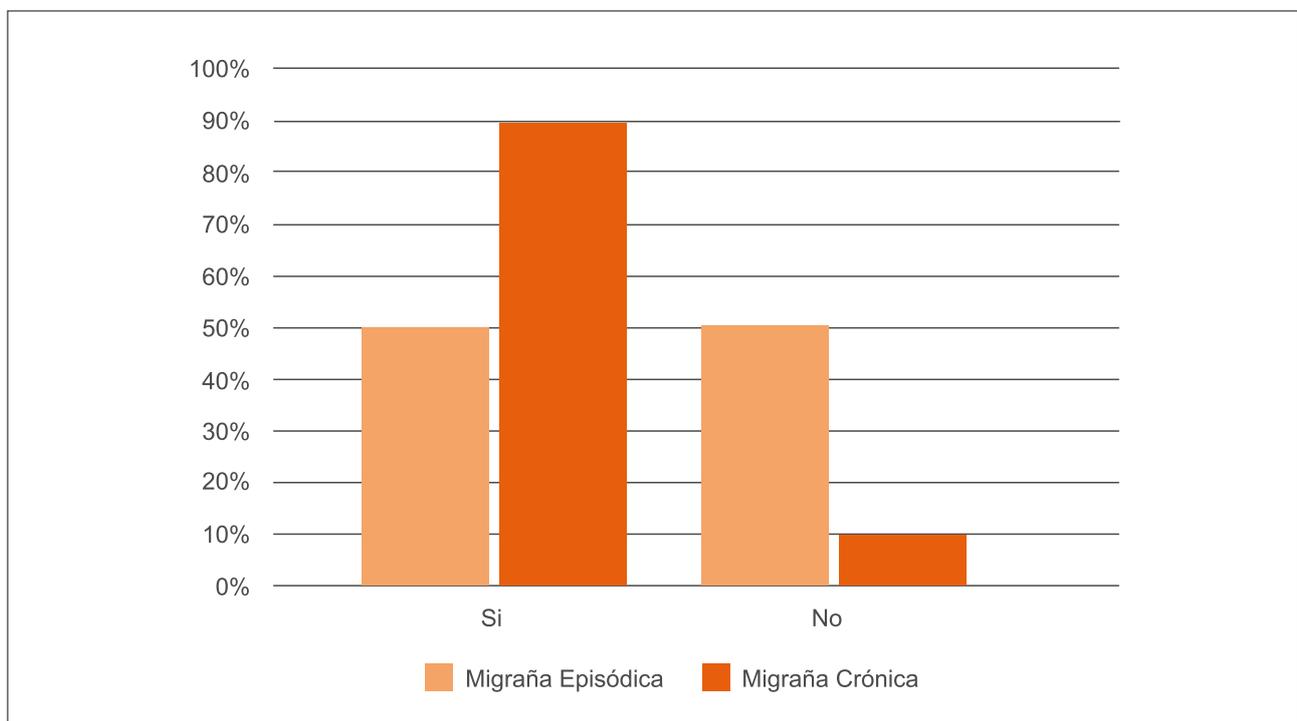
Entre las personas que se encontraban en situación de desempleo en el momento de la encuesta, el 24,6% declaró que perdió su empleo como consecuencia de su migraña, situándose la media de meses en desempleo en 9,9 meses.

Los efectos negativos de la migraña también pueden reflejarse en una menor probabilidad de conseguir un trabajo o ascender dentro del mismo. En este estudio, el 28% de los pacientes encuestados manifestó que el padecimiento de migraña le había impedido ascender laboralmente, así como el 50,5% creía que tenía o podría llegar a tener dificultades para acceder a un empleo o promocionar dentro de este como consecuencia de su migraña.

5.7.4. Baja laboral actual

Entre las personas que se encontraban de baja laboral en el momento de la encuesta, la mayoría con MC señaló que la migraña era el motivo de su actual situación laboral. Cabe señalar que la mayoría no se pronunció sobre el motivo de su baja laboral y que únicamente 29 personas respondieron a esta pregunta.

Gráfico 7. Baja laboral consecuencia de la migraña en el momento de la encuesta (N: 18)



Fuente: Atlas 2018

- La mayoría de las personas con migraña no pidieron permiso o excedencia como consecuencia de su migraña en los últimos 12 meses.
- El 24% de las personas con migraña crónica había estado de baja laboral como consecuencia de su enfermedad en los últimos 12 meses.
- El 63,8% de las personas con migraña crónica manifestaron que la enfermedad había afectado a su eficiencia laboral, siendo la falta de concentración el mayor de los problemas.
- El 24,6% de las personas con migraña declaró que perdió su empleo como consecuencia de su migraña.

Bibliografía

1. Lipton RB, Bigal ME. Migraine: Epidemiology, impact, and risk factors for progression. *Headache*. 2005;45 (Suppl. 1).
2. Silberstein SD. Migraine. In: *Lancet*. 2004. p. 381–91.
3. Vicente-Herrero T, Burke TA, Láinez MJA. The impact of a worksite migraine intervention program on work productivity, productivity costs, and non-workplace impairment among Spanish postal service employees from an employer perspective. *Curr Med Res Opin*. 2004 Nov 13;20(11):1805–14.
4. Fiane I, Haugland ME, Stovner LJ, Zwart JA, Bovim G, Hagen K. Sick leave is related to frequencies of migraine and non-migrainous headache - The HUNT Study. *Cephalalgia*. 2006;26(8):960–7.
5. Stewart WF, Wood C, Manack A, Varon SF, Buse DC, Lipton RB. Employment and work impact of chronic migraine and episodic migraine. *J Occup Environ Med*. 2010;52(1):8–14.
6. Skagen K, Collins AM. The consequences of sickness presenteeism on health and wellbeing over time: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2016 Jul;161:169–77.
7. Raggi A, Covelli V, Leonardi M, Grazi L, Curone M, D'Amico D. Difficulties in work-related activities among migraineurs are scarcely collected: Results from a literature review. *Neurol Sci*. 2014;35(Suppl. 1).
8. Burton WN, Landy SH, Downs KE, Runken MC. The impact of migraine and the effect of migraine treatment on workplace productivity in the United States and suggestions for future research. *Mayo Clin Proc*. 2009;84(5):436–45.

5.8. SALUD PSICOLÓGICA

5.8.1. Síntomas emocionales y migraña

Diversos estudios han puesto de manifiesto que la comorbilidad psiquiátrica actúa como factor de riesgo en la cronificación de la migraña^{1,2}. Por ello, resulta importante identificar y tratar adecuadamente este tipo de problemas mentales en personas con migraña, ya que estas condiciones, a su vez, pueden contribuir a un aumento de la discapacidad, la disminución de la calidad de vida relacionada con la salud y los malos resultados del tratamiento³.

El Atlas 2018 evalúa las respuestas de ansiedad y depresión a través de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)⁴. Según la recomendación de los autores, se establecieron los siguientes puntos de corte para cada una de las subescalas de ansiedad y depresión: casos (11 o más), casos probables (de 8 a 10) y no casos (< 8)⁵. Este criterio dio lugar a una prevalencia de un 59,5% de ansiedad y 28,2% de depresión para los pacientes con migraña episódica, frente al 77,4% de ansiedad y 55,4% de depresión en aquellos con migraña crónica.

En la tabla 1 se presenta el porcentaje de pacientes incluidos en cada una de las categorías establecidas para las dimensiones de ansiedad y depresión (casos, casos probables y no casos) en función del tipo de migraña (migraña episódica/migraña crónica).

Tabla 1. Niveles de ansiedad y depresión (no casos, casos probables y casos) en función del tipo de migraña que padecían los pacientes.

		MIGRAÑA EPISÓDICA %	MIGRAÑA CRÓNICA %	P-VALOR
Ansiedad	Casos	34,2%	51,8%	0,000 (1)*
	Casos probables	25,3%	25,6%	
	No casos	40,5%	22,7%	
Depresión	Casos	9,9%	31,2%	0,000 (1)*
	Casos probables	18,3%	24,2%	
	No casos	71,8%	44,6%	

Fuente: Atlas 2018

*Significatividad entre tipo de migraña (ME/MC) y sintomatología ansioso/depresiva (test de independencia chi-cuadrado).

Los resultados del Atlas 2018 concuerdan con estudios previos en los que se ha encontrado una prevalencia entre el 50% y el 47,9% para los trastornos de ansiedad y depresión, respectivamente⁶⁻⁹.

5.8.2. Salud psicológica y variables sociodemográficas

El Atlas 2018 analiza la relación entre aspectos sociodemográficos (sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, situación laboral y pertenecer o no a una asociación de pacientes) y los niveles de salud psicológica (ansiedad/depresión) de los pacientes. La significatividad encontrada (*Test Kruskal-Wallis*) entre las variables nivel de estudios y situación laboral con los niveles de salud psicológica dio lugar a las siguientes conclusiones:

- Los pacientes (migraña crónica y episódica) con estudios universitarios y de posgrado obtuvieron puntuaciones más bajas en ansiedad/depresión respecto a los pacientes sin estudios o con estudios de primaria.
- Las personas que estaban de baja o desempleadas en el momento de realizar la encuesta mostraron más niveles de depresión en el caso de los pacientes con migraña crónica. En el caso de los pacientes con migraña episódica los que estaban de baja o desempleados obtuvieron puntuaciones más altas tanto en ansiedad como en depresión.

5.8.3. Salud psicológica y discapacidad

La comorbilidad psiquiátrica puede contribuir a un aumento de la discapacidad en personas con migraña³. Por un lado, una alta prevalencia de pacientes (entre el 60% y el 94%) informan del impacto moderado o severo que su discapacidad les genera en su funcionamiento cotidiano¹⁰⁻¹³. Por otro, la asociación entre sintomatología ansiosodepresiva con el grado de discapacidad se mantiene tras controlar variables como la edad, el sexo y la frecuencia de episodios de migraña¹⁴.

En el Atlas 2018 se analiza la relación significativa encontrada entre la sintomatología ansiosodepresiva (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión) y el nivel de discapacidad (Evaluación de la Discapacidad por Migraña -MIDAS), dando lugar a los resultados que se muestran en la tabla 2, en la que puede verse cómo las puntuaciones medias en discapacidad eran más altas en aquellos pacientes con ansiedad y depresión y, más aún, en el caso de los pacientes con migraña crónica.

Tabla 2. Puntuaciones medias en discapacidad (MIDAS) según los niveles de ansiedad y depresión (casos, casos probables y no casos) en función del tipo de migraña

Media MIDAS**		MIGRAÑA EPISÓDICA*		MIGRAÑA CRÓNICA*	
		N	Media MIDAS**	Media MIDAS**	N
Ansiedad	Casos	31,29	136	87,20	123
	Casos probables	28,89	96	76,72	54
	No casos	26,93	150	98,20	54
	Total	28,19	382	87,32	231
Depresión	Casos	42,03	38	110,96	77
	Casos probables	28,14	73	61,70	50
	No casos	26,00	268	81,70	105
	Total	28,02	379	87,10	232

Fuente: Atlas 2018

*Significatividad entre tipo de migraña (ME/MC) y sintomatología ansiosa/depresiva (contraste de Mann-Whitney).

** Correlación de Pearson entre HAD y MIDAS ($r = 0.28^{**}$; $p = .000$)

5.8.4. Salud psicológica y calidad de vida

Los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo suponen las comorbilidades psiquiátricas que más influyen en aspectos de la enfermedad tales como pronóstico, respuesta al tratamiento e incluso el nivel de calidad de vida de los que la padecen¹⁵.

Dentro del marco del Atlas 2018, se evidencia una relación significativa entre la sintomatología ansioso-depresiva (Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión) y el nivel de calidad de vida (Cuestionario de Evaluación de Necesidades provocadas por la Cefalea –HANA) en función del tipo de migraña (episódica o crónica).

En la tabla 3 se pueden observar mayores puntuaciones, y por tanto peor calidad de vida, para aquellos pacientes con ansiedad y depresión y, más aún, en el caso de aquellos pacientes con migraña crónica.

Tabla 3. Puntuaciones en calidad de vida (HANA) según los niveles de ansiedad y depresión (no casos, casos probables y casos) según tipo de migraña

Media HANA**		MIGRAÑA EPISÓDICA*		MIGRAÑA CRÓNICA*	
		N	Media HANA**	Media HANA**	N
Ansiedad	No casos	72,24	150	97,00	46
	Casos probables	84,92	100	103,89	61
	Casos	97,99	133	125,97	133
	Total	84,49	383	114,80	240
Depresión	No casos	77,57	272	105,32	104
	Casos probables	97,01	69	107,63	60
	Casos	109,43	40	131,11	79
	Total	84,52	381	114,33	243

Fuente: Atlas 2018

*Significatividad entre tipo de migraña (ME/MC) y sintomatología ansiosa/depresiva (contraste de Mann-Whitney).

** Correlación de Pearson entre HAD y HANA ($r = 0,50^{**}$; $p = ,000$)

5.8.5. Salud psicológica y comorbilidad

A las diferencias significativas encontradas entre la sintomatología ansiosodepresiva y el tipo de migraña (episódica o crónica), añadimos su relación con los niveles de comorbilidad. De esta manera, se encontró que la ansiedad y la depresión estaban asociadas a un mayor número de comorbilidades, tal y como puede verse en la tabla 4. En el caso de los pacientes con migraña episódica existe relación entre la sintomatología emocional (ansiedad y depresión) y la comorbilidad en general, así como con artritis, dolor crónico, hipertensión, EPOC, bronquitis y fibromialgia. En el caso de los pacientes con migraña crónica la relación fue con comorbilidad general, artritis, dolor crónico, obesidad, sinusitis, hipertensión, problemas del corazón y fibromialgia.

Tabla 4. Niveles de comorbilidad según sintomatología ansiosadepresiva y tipo de migraña

	MIGRAÑA EPISÓDICA						MIGRAÑA CRÓNICA					
	Ansiedad			Depresión			Ansiedad			Depresión		
	N	%	P valor*	N	%	P valor*	N	%	P valor*	N	%	P valor*
Trastorno bipolar	1	0,5%	0,058	0	0%	0,732	3	2,1%	0,194	2	2%	0,336
Artritis	6	3,3%	0,086	6	6,8%	0,000	10	6,9%	,0037	8	8,2%	0,021
Dolor crónico	14	7,6%	0,005	8	9,1%	0,011	45	31%	0,000	37	37,8%	0,000
Alergias	53	28,8%	0,062	25	28,4%	0,265	28	19,3%	0,630	18	18,4%	0,529
Asma	24	13%	0,009	10	11,4%	0,273	14	9,7%	0,962	12	12,2%	0,345
Obesidad	22	12%	0,012	8	9,1%	0,577	20	13,8%	0,003	17	17,3%	0,000
Colesterol alto	22	12%	0,134	12	13,6%	0,122	19	13,1%	0,073	13	13,3%	0,153
Úlceras	5	2,7%	0,014	2	2,3%	0,246	4	2,8	0,628	3	3,1%	0,550
Sinusitis	23	12,5%	0,000	6	6,8%	0,870	11	7,6%	0,647	13	13%	0,004
Problemas circulación	11	6%	0,279	6	6,8%	0,271	15	10,3%	0,110	12	12,2%	0,042
Hipertensión	11	6%	0,197	9	10,2%	0,004	18	12,4%	0,001	13	13,3%	0,004
EPOC	1	0,5%	0,335	2	2,3%	0,000	0	0%	0,483	0	0%	0,593
Bronquitis	6	3,3%	0,126	7	8%	0,000	2	1,4%	0,981	2	2%	0,510
Problemas corazón	5	2,7%	0,446	3	3,4%	0,327	7	4,8%	0,057	7	7,1%	0,002
Ictus	1	0,5%	0,920	0	0%	0,444	2	1,4%	0,221	2	2%	0,063
Fibromialgia	4	2,2%	0,332	7	8%	0,000	16	11%	0,003	13	13,3%	0,001
Epilepsia	1	0,5%	0,630	0	0%	0,553	1	0,7%	0,987	2	2%	0,063
Piernas inquietas	4	2,2%	0,649	2	2,3%	0,713	8	5,5%	0,602	8	8,2%	0,073
Otra	27	14,7%	0,603	11	12,5%	0,335	28	19,3%	0,922	21	21,4%	0,496
Comorbilidad general	128	69,6%	0,000	61	9,3%	0,027	110	75,9%	0,001	80	81,6%	0,000

Fuente: Atlas 2018

- Existe una importante prevalencia de sintomatología ansiosodepresiva en los pacientes que padecen migraña.
- La sintomatología ansiosodepresiva está relacionada con los niveles de discapacidad declarados por los pacientes.
- La calidad de vida de las personas con migraña está relacionada con la sintomatología anímica que padecen.
- La ansiedad y la depresión están asociadas a un amplio número de comorbilidades relacionadas con la migraña.

Bibliografía

1. Bigal ME, Lipton RB. What predicts the change from episodic to chronic migraine? *Curr Opin Neurol*. 2009 Jun;22(3):269–76.
2. Buse DC, Silberstein SD, Manack AN, Papapetropoulos S, Lipton RB. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *J Neurol*. 2013 Aug 7;260(8):1960–9.
3. Louter MA, Pijpers JA, Wardenaar KJ, van Zwet EW, van Hemert AM, Zitman FG, *et al*. Symptom dimensions of affective disorders in migraine patients. *J Psychosom Res*. 2015;79(5):458–63.
4. Terol MC, López-Roig S, Rodríguez-Marín J, Martín-Aragón M, Pastor MA, Reig MT. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en población española. / Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD): Psychometric properties in Spanish population. *Soc Española para el Estud la Ansiedad y el Estrés*. 2007;Vol 13(2-3).
5. Terol Cantero M del C, Quiles Marcos Y, Pérez Jover MV. Manual de evaluación psicosocial en contextos de salud. *Psicología*. 2012. p. 197.
6. Devlen J. Anxiety and depression in migraine. *J R Soc Med*. 1994 Jun;87(6):338–41.
7. Juang KD, Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Su TP. Comorbidity of depressive and anxiety disorders in chronic daily headache and its subtypes. *Headache*. 2000;40(10):818–23.
8. Antonaci F, Nappi G, Galli F, Manzoni GC, Calabresi P, Costa A. Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. *J Headache Pain*. 2011;12(2):115–25.
9. Cardona-Castrillón GP, Isaza R, Zapata-Soto AP, Franco JG, González-Berrio C, Tamayo-Díaz CP. The comorbidity of major depressive disorder, dysthymic disorder and anxiety disorders with migraine. *Rev Neurol*. 2006;45(5):272–5.
10. Bera S, Goyal V, Khandelwal S, Sood M. A comparative study of psychiatric comorbidity, quality of life and disability in patients with migraine and tension type headache. *Neurol India*. 2014;62(5):516.
11. Nachit-Ouinekh F, Dartigues JF, Henry P, Becq JP, Chastan G, Lemaire N, *et al*. Use of the headache impact test (HIT-6) in general practice: Relationship with quality of life and severity. *Eur J Neurol*. 2005;12(3):189–93.
12. Buse D, Manack A, Serrano D, Reed M, Varon S, Turkel C, *et al*. Headache impact of chronic and episodic migraine: Results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. *Headache*. 2012;52(1):3–17.
13. Shin HE, Park JW, Kim YI, Lee KS. Headache impact test-6 (HIT-6) scores for migraine patients: Their relation to disability as measured from a headache diary. *J Clin Neurol*. 2008;4(4):158–63.
14. Silva F, Sieger S, Guillermo J, Serrano Z, Camargo SS, Camacho P, *et al*. Influencia de la ansiedad y depresión sobre la discapacidad relacionada con la migraña. *Acta Neurol Colomb*. 2012;28:194–201.
15. Peres MFP, Mercante JPP, Tobo PR, Kamei H, Bigal ME. Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research. *J Headache Pain*. 2017;18(1).

5.9. PERSPECTIVAS DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIAR

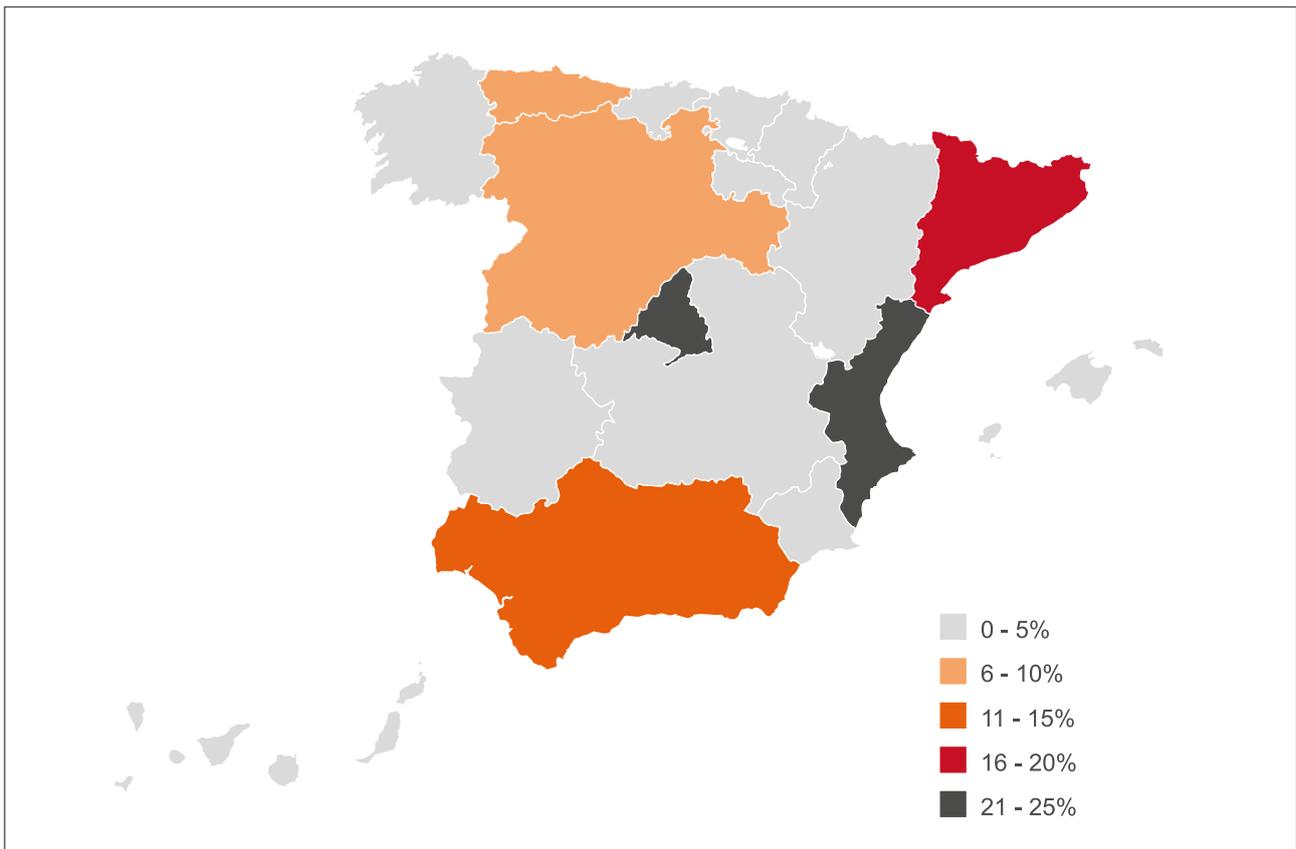
5.9.1. Asociacionismo

El seguimiento de una asociación por parte del paciente conlleva una serie de ventajas, que pueden ayudarlo a convivir mejor con la enfermedad, tales como el acceso a información detallada sobre la enfermedad y su tratamiento, el conocimiento de profesionales especializados y el intercambio de experiencias con otros miembros de la asociación.

En este sentido, las asociaciones hacen mucho hincapié en la necesidad no solo de informar al paciente, sino de formarlo, educarlo en el trato con los profesionales sanitarios para que supere los reparos tradicionales para comunicarse con su médico, para expresar lo que le ha ido bien y lo que no con el fin de generar un *feedback* positivo entre ambas partes¹.

Según datos extraídos del Atlas 2018, la Comunidad Valenciana es la región donde se registró un mayor porcentaje de personas que seguían a asociaciones de pacientes con migraña (21,3%), seguida por la Comunidad de Madrid (19,1%) y Cataluña (16,3%).

Mapa 1. Seguimiento por parte de los pacientes a asociaciones de pacientes con migraña según comunidades autónomas (N: 1.278)



Fuente: Atlas 2018

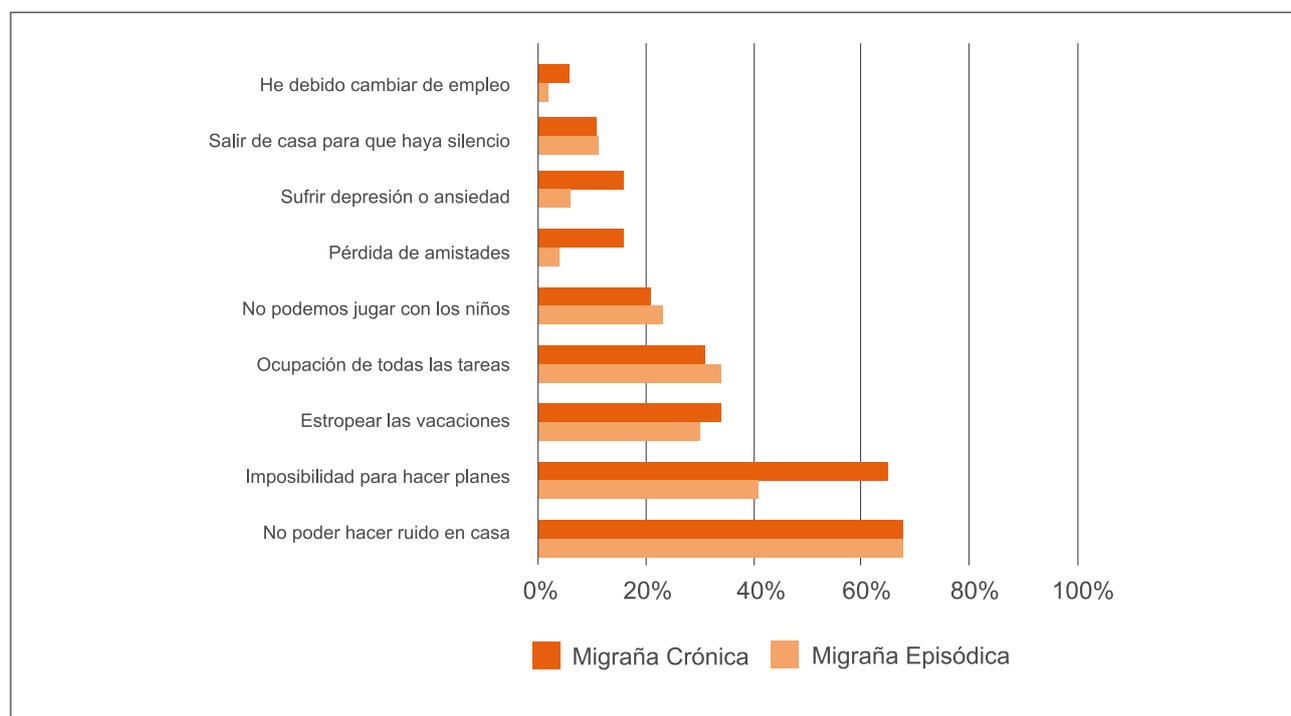
5.9.2. Perspectiva del familiar

Cuando una persona sufre de migraña, tanto la intensidad del dolor como los síntomas que provocan las crisis, así como su carácter imprevisible para aparecer, repercute irremediabilmente en la calidad de vida de los pacientes, afectando a sus relaciones familiares, laborales y sociales².

Las personas que asumen el rol de algún familiar o de su pareja son responsables de una gran cantidad de tareas que las coloca en una situación de alta vulnerabilidad, estrés e incertidumbre. El sentido del cuidado debe estar orientado en identificar las necesidades de los pacientes para así ayudar y acompañar desde una perspectiva de trabajo conjunto y autónomo³.

Según datos de la encuesta del Atlas 2018, el 77,2% de los familiares o familiares encuestados eran conscientes de la gravedad e impacto que la migraña ocasiona en la vida familiar o de pareja. En este sentido, el 68% de los familiares o parejas no podía hacer ruido en casa, seguido del 65,3% que no podía hacer planes en el caso concreto de la migraña crónica. En general, una mayor proporción de familiares o parejas de pacientes con migraña crónica declararon que la enfermedad del familiar o pareja les repercutía en todas las áreas analizadas, a excepción de no poder jugar con los niños y la ocupación de las tareas, en las que el impacto era mayor para aquellos con familiares o pareja con migraña episódica que con migraña crónica.

Gráfico 1. Repercusión de la migraña en la vida de la pareja o familiar del paciente (N: 706)

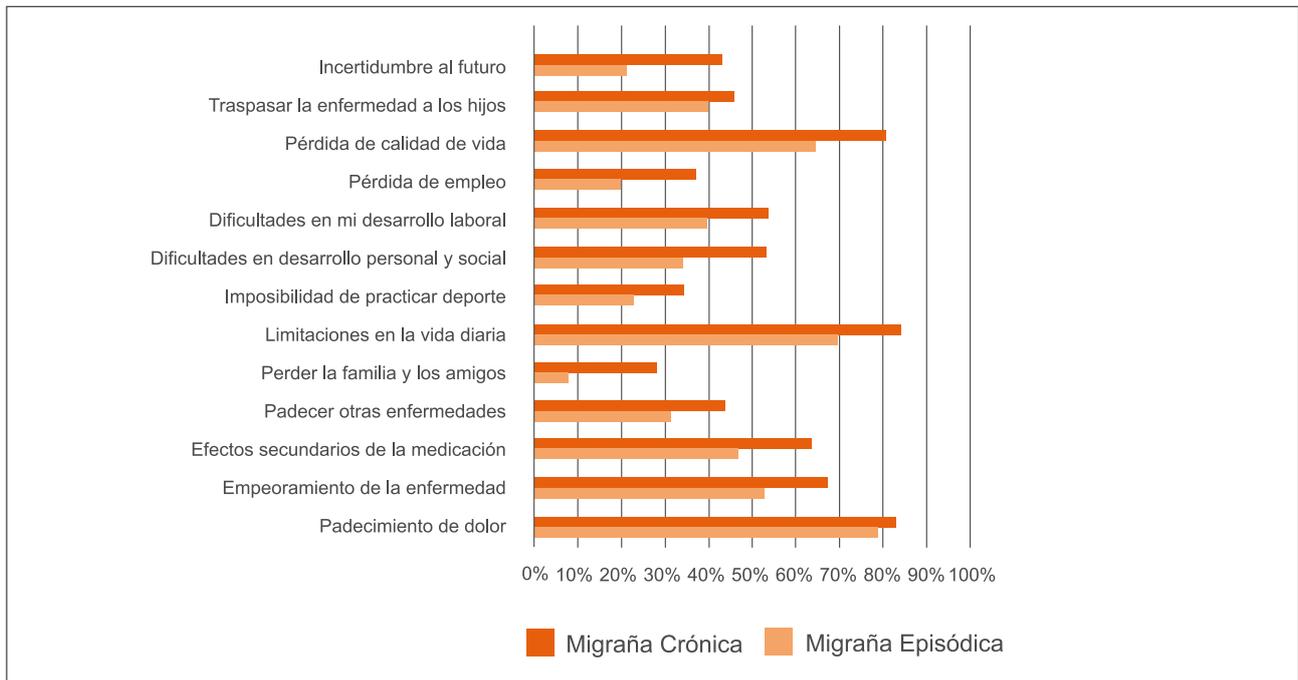


Fuente: Atlas 2018

Según los resultados adquiridos en el estudio CaMEO (*Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes*), los cónyuges de personas con migraña informaron que el impacto de la enfermedad en la pareja era mayor cuando la migraña era de tipo crónica⁴.

5.9.3. Miedos del paciente

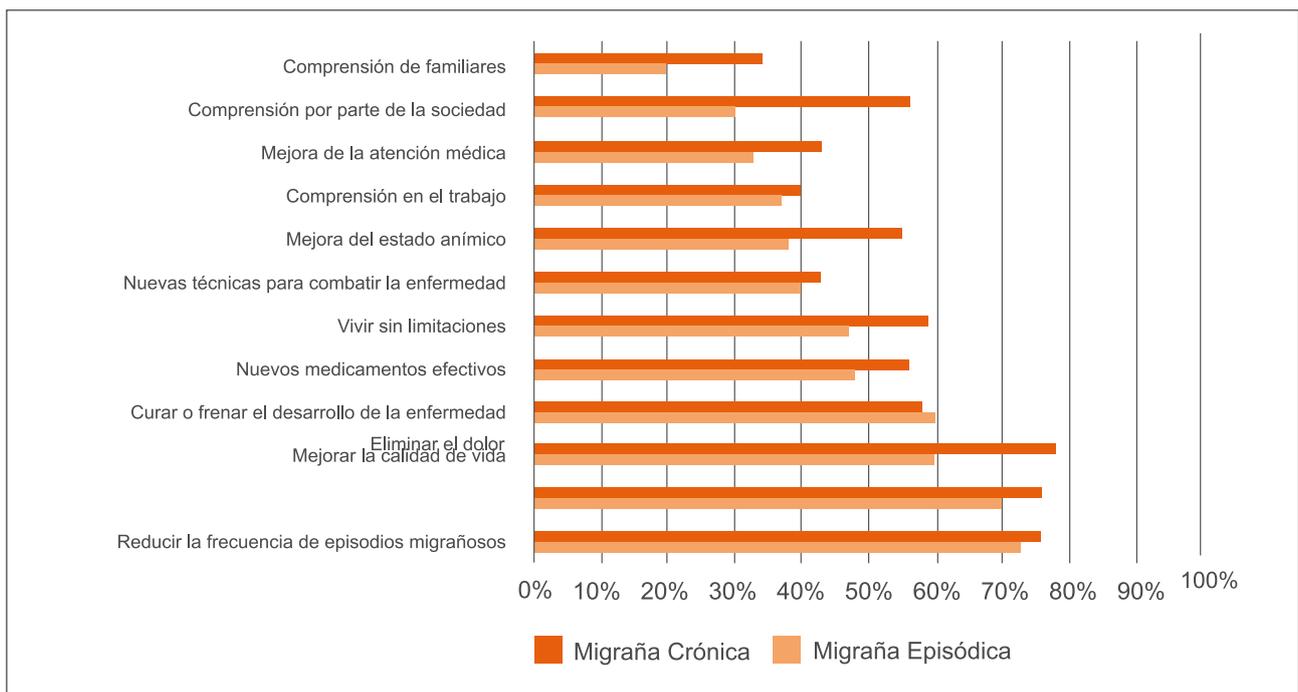
Los pacientes encuestados en el Atlas 2018 experimentaban miedos orientados en tres grandes áreas: limitaciones en la vida diaria, padecimiento del dolor y pérdida de calidad de vida. Todos los miedos recogidos en la encuesta eran sufridos en mayor proporción por los pacientes que sufrían migraña crónica, respecto a los que sufrían migraña episódica.

Gráfico 2. Principales miedos de las personas con migraña (N: 959)

Fuente: Atlas 2018

5.9.4. Esperanzas del paciente

Las principales esperanzas de los pacientes fueron: mejorar la calidad de vida, eliminar el dolor y reducir la frecuencia de los episodios de migraña. Los pacientes que padecían la enfermedad de forma crónica señalaron mayor nivel de interés en estas esperanzas mencionadas respecto a aquellos que sufrían la enfermedad de forma episódica.

Gráfico 3. Principales esperanzas de las personas con migraña (N: 958)

Fuente: Atlas 2018

- Únicamente el 11,3% de los encuestados era seguidor de alguna asociación de pacientes con migraña.
- El 68,4% de los familiares de personas con migraña afirmó que su vida se veía afectada por la enfermedad de su cónyuge o familiar.
- Las personas con migraña declararon sentir miedos relacionados con la enfermedad en tres grandes áreas: limitaciones en la vida diaria, padecimiento del dolor y pérdida de calidad de vida.
- La mayoría de las personas con migraña declaró tener esperanzas en mejorar la calidad de vida, eliminar el dolor y reducir la frecuencia de los episodios.

Bibliografía

1. Fundación Farmaindustria. *El paciente en España. Mapa nacional de asociaciones de pacientes*. Madrid; 2005. 62 p.
2. Ruiz de Velasco I, González N, Etxeberria Y, Garcia-Monco J. Quality of Life in Migraine Patients: A Qualitative Study. *Cephalalgia*. 2003 Nov 17;23(9):892–900.
3. Gómez Carretero P, Soriano Pastor JF, Monsalve Dolz V, Andrés Ibáñez J de. Satisfacción con la información: posible variable interviniente en el estado de ánimo de es primarios de pacientes críticos. *Clínica y Salud*. 2009;20(1):91–105.
4. Buse DC, Scher AI, Dodick DW, Reed ML, Fanning KM, Manack Adams A, *et al*. Impact of Migraine on the Family: Perspectives of People With Migraine and Their Spouse/Domestic Partner in the CaMEO Study. *Mayo Clin Proc*. 2016 May 25;91(5):596–611.

6. CARGA SOCIAL DE LA MIGRAÑA

6.1. INTRODUCCIÓN

La migraña, por ser una enfermedad discapacitante, requiere de una alta utilización de recursos de atención sanitaria, baja el rendimiento y la productividad laboral y aumenta el absentismo de quien la padece, produciendo costes para los empleadores y la Seguridad Social^{1,2,3,4}.

Además de los altos costes directos de la migraña, esta condición provoca también grandes pérdidas económicas, ya que la enfermedad generalmente afecta a personas laboralmente activas de entre 25 y 55 años de edad⁵. Estas pérdidas económicas están causadas en gran medida por la pérdida de productividad laboral, derivada tanto del absentismo de quien la padece como de la reducción del rendimiento en el trabajo, afectando a los pacientes, sus familiares y empleadores⁶.

La evidencia científica indica que la migraña es una enfermedad neurológica costosa para la sociedad europea^{7,8}, aunque con importantes variaciones en las estimaciones en los países en los que se dispone de información.

Una encuesta reciente sobre economía de la salud realizada en Europa puso de relieve que la migraña resultó ser el trastorno neurológico más costoso^{7,8}. Además de su impacto económico, existen otras consecuencias difíciles de cuantificar. Así, la migraña reduce la calidad de vida y causa un marcado deterioro de la participación, tanto en el trabajo como en actividades sociales⁹.

La carga económica y social de una enfermedad en un periodo de tiempo dado (por ejemplo, un año) puede interpretarse como el beneficio total que obtendría la sociedad en dicho periodo si la enfermedad no existiese o hubiese sido erradicada anteriormente mediante un programa preventivo¹⁰.

Actualmente, tanto la comunidad médica como los pagadores sanitarios examinan con frecuencia el criterio coste-efectividad para decantarse por opciones terapéuticas a las que asignar recursos del Sistema Nacional de Salud. Por ello, la aproximación a la carga económica de la migraña resulta imprescindible para arrojar datos objetivos que permitan determinar prioridades y evaluar nuevos abordajes terapéuticos de la migraña.

Este capítulo tiene como objetivo estimar el coste anual promedio por paciente diagnosticado de migraña y aproximar el impacto socioeconómico que supone la migraña a escala nacional, utilizando como fuente de información principal la encuesta de pacientes realizada en el marco del presente Atlas de Migraña en España 2018.

6.2. COSTES DE DIAGNÓSTICO

La tabla 1 presenta los costes derivados del diagnóstico. Cabe destacar que el coste promedio por visitas a profesionales para el diagnóstico fue del doble para pacientes con migraña crónica (MC) que para pacientes con migraña episódica (ME). El coste de las visitas previas al diagnóstico representa la mayor proporción del gasto por diagnóstico. Ello pone de relieve el alto coste generado a consecuencia del retraso del diagnóstico, que podría evitarse, o al menos reducirse, mediante un diagnóstico precoz.

Tabla 1. Coste/diagnóstico: visitas a profesionales médicos

		MEDIA	DESVIACIÓN ESTÁNDAR	MÍN.	MÁX.
Visita al profesional que realizó el diagnóstico definitivo	MC (n=441)	91,7	40,12	0	187,5
	ME (n=842)	85,61	45,59	0	187,5
Visitas a profesionales previas al diagnóstico	MC (n=441)	986,72	1.563,93	0	15.099,9
	ME (n=842)	496,08	945,86	0	8.871,9
Coste total	MC (n=441)	1.078,42	1.560,89	0	15.287,4
	ME (n=842)	581,7	943,84	0	8.906

Fuente: Atlas 2018

A estos costes por visitas a profesionales para realizar el diagnóstico, sería necesario añadir los costes derivados de las pruebas realizadas (especialmente el TAC, la resonancia magnética y la punción lumbar).

6.3. COSTES DIRECTOS SANITARIOS

6.3.1. Visitas médicas

Las especialidades que visitaron en mayor medida los pacientes con migraña como consecuencia de su enfermedad y que, por tanto, supusieron un mayor coste medio fueron el neurólogo y el médico de atención primaria, con un coste medio por paciente en 2017 de 231,18 € y 173,49 € respectivamente, para los pacientes con MC, y 87,19 € y 85,34 € para los pacientes con ME (Tabla 2).

Tabla 2. Coste/paciente/año: visitas médicas relacionadas con la migraña en los últimos 12 meses

COSTE (€) 2017	MEDIA		DESVIACIÓN ESTÁNDAR		MÍN.		MÁX.	
	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)
Neurólogo	231,18	87,19	482,27	295,67	0	0	4.343,67	4.343,17
Médico de atención primaria	173,49	85,34	329,54	201,44	0	0	1.785	1.785
Pediatra	7,15	3,24	101,26	50,08	0	0	2.044,08	1.107,21
Otorrinolaringólogo	13,13	3,54	62,58	28,71	0	0	511,02	425,85
Total	424,94	179,30	688,30	438,25	0	0	6.128,67	6.469,35

Fuente: Atlas 2018

6.3.2. Pruebas médicas

El coste total de las pruebas médicas relacionadas con la migraña, por paciente y año, ascendió a 152,81 € para la MC y 68,09 € para la ME (tabla 3). Esta elevada diferencia en los costes entre ambos tipos de migraña se debe a que los pacientes con MC realizaron el doble de pruebas que aquellos con ME.

Tabla 3. Coste/paciente/año: pruebas médicas relacionadas con la migraña en los últimos 12 meses

COSTE (€) 2017	MEDIA		DESVIACIÓN ESTÁNDAR		MÍN.		MÁX.	
	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)
Escáner o TAC	61,05	30,66	129,69	86,42	0	0	921,95	921,95
Resonancia magnética	81,89	35,22	197,30	110,39	0	0	1761,60	1.174,4
Punción lumbar o raquídea	9,87	2,22	83,30	30,26	0	0	1.244,20	622,1
Total	152,81	68,09	305,24	166,78	0	0	2.389,95	1.854,23

Fuente: Atlas 2018

6.3.3. Utilización de urgencias

Las visitas a urgencias realizadas por los pacientes, relacionadas con la migraña, supusieron un coste por paciente y año de 771,38 € para los pacientes con MC y 296,17 € para aquellos con ME. Esta elevada diferencia en los costes deriva de que los pacientes con MC acudieron tres veces más a los servicios de urgencias que aquellos con ME (tabla 4).

Tabla 4. Coste/paciente/año: visitas a urgencias relacionadas con la migraña en los últimos 12 meses

COSTE (€) 2017	MEDIA		DESVIACIÓN ESTÁNDAR		MÍN.		MÁX.	
	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)
Urgencias (visitas)	713,43	274,57	1.765,15	748,87	0	0	28,13	9.375
Urgencias (pruebas)	57,88	21,60	234,12	110,37	0	0	3.019,17	1.433,97
Escáner o TAC	31,36	10,95	141,81	53,59	0	0	2.397,07	553,17
Resonancia magnética	16,64	7,32	85,81	57,70	0	0	880,80	880,80
Punción lumbar o raquídea	9,87	3,32	95,59	44,10	0	0	1.244,20	933,15
Total urgencias	771,38	296,17	1.789,05	765,52	0	0	28,16	9.375

Fuente: Atlas 2018

6.3.4. Ingresos hospitalarios

Con respecto a los ingresos hospitalarios motivados por la migraña en el último año, cabe destacar que los pacientes con MC se hospitalizaron casi nueve veces más que los pacientes con ME (tabla 5).

Tabla 5. Coste/paciente/año: ingresos hospitalarios relacionados con migraña en los últimos 12 meses

COSTE (€ 2017)	MEDIA		DESVIACIÓN ESTÁNDAR		MÍN.		MÁX.	
	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)
Ingresos	1.873,88	248,55	19.543,39	1.453,39	0	0	402,46	26,83

Fuente: Atlas 2018

6.3.5. Medicación

En la encuesta realizada para el Atlas 2018 no se incluyó una pregunta respecto a la medicación utilizada por los pacientes con migraña. Teniendo en cuenta las diferentes dosis, los tipos y marcas de medicamentos resulta complejo determinar el coste, por lo que se estimó utilizando el último coste de medicación realizado en España multiplicado por el IPC de medicina del año 2017 (tabla 6).

Tabla 6. Coste/paciente/año: medicación relacionada con la migraña

COSTE (€) 2017	MC (N=441)	ME (N=842)
Coste anual en medicamentos	624,28	172,08

Fuente: Bloudek et al. 2012

Nota: el coste se ha calculado utilizando los precios unitarios de los medicamentos en España del año 2010 multiplicado por el IPC de medicina, INE 2017.

6.3.6. Total de costes directos sanitarios

Los costes directos sanitarios totales por paciente y año ascendieron a 3.847,29 € para los pacientes con MC y 964,19 € para los pacientes con ME (tabla 7). La mayor parte de este coste para los pacientes con MC (48,7%) se destinó a los ingresos hospitalarios, seguido del uso de urgencias (20%). Cabe destacar que los CDS de los pacientes con MC son cuatro veces más altos que los CDS de los pacientes con ME.

Tabla 7. Costes directos sanitarios según tipología de coste

COSTE (€) 2017	COSTE (€ 2017)		% SOBRE TOTAL CDS	
	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)
Visitas médicas	424,94	179,30	11%	18,6%
Pruebas médicas	152,81	68,09	4%	7,1%
Urgencias	771,38	296,17	20%	30,7%
Ingresos hospitalarios	1.873,88	248,55	48,7%	25,8%
Medicación	624,28	172,08	16,3%	17,8%
Total coste directos sanitarios	3.847,29	964,19	100%	100%

CDS= costes directos sanitarios

Fuente: Atlas 2018

6.4. COSTES DIRECTOS ASUMIDOS POR LOS PACIENTES

6.4.1. Visitas a especialistas privados

Los pacientes con MC gastaron de media 48,07 € en visitas a especialistas privados cada 3 meses relacionadas con la enfermedad, mientras que los que padecían ME 17,07 €, lo que muestra que los pacientes con MC han acudido tres veces más a un especialista privado que los pacientes con ME (tabla 8).

Tabla 8. Visita a especialistas privados (sin seguro médico) en los últimos 3 meses

COSTE (€) 2017	MEDIA		DESVIACIÓN ESTÁNDAR		MÍN.		MÁX.	
	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)
Visita a especialistas	48,07	17,07	136,50	81,29	0	0	600	600

Fuente: Atlas 2018

6.4.2. Tratamientos complementarios

Como tratamientos complementarios se emplearon principalmente la fisioterapia, la osteopatía, la acupuntura y la homeopatía, que supusieron un coste medio mensual de 30,36 € para los pacientes con MC frente a 13,21 € que gastaron mensualmente los pacientes con ME (tabla 9).

Tabla 9. Tratamientos complementarios que realizan los pacientes con migraña (euro/mes)

COSTE (€) 2017	MEDIA		DESVIACIÓN ESTÁNDAR		MÍN.		MÁX.	
	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)
Tratamientos complementarios	30,36	13,21	71,48	41,09	0	0	600	400

Fuente: Atlas 2018

Nota: Los tratamientos complementarios incluyen: fisioterapia, osteopatía, acupuntura, homeopatía

6.4.3. Tratamientos preventivos

Respecto a los tratamientos preventivos de los pacientes con migraña, se registró un gasto mensual medio para el paciente con MC de 42,97 € y con ME de 23,54 €, es decir un coste de casi la mitad (tabla 10).

Tabla 10. Tratamientos preventivos utilizados diariamente (euro/mes)

COSTE (€) 2017	MEDIA		DESVIACIÓN ESTÁNDAR		MÍN.		MÁX.	
	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)
Tratamientos preventivos	42,97	23,54	60,85	28,15	0	0	600	250

Fuente: Atlas 2018

Nota: tratamientos preventivos incluyen: toxina botulínica del tipo A, antidepresivos, medicinas para la presión arterial, medicamentos anticonvulsivos, minerales y vitaminas.

6.4.4. Ejercicios físicos

El gasto en actividad física supuso un coste medio mensual por paciente similar para los dos tipos de migraña, siendo de 14,51 € para la MC y de 14,01 € para la ME (Tabla 11).

Tabla 11. Coste mensual destinado a actividad física realizada por los pacientes con migraña (Euro/mes)

COSTE (€) 2017	MEDIA		DESVIACIÓN ESTÁNDAR		MÍN.		MÁX.	
	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)
Actividad física	14,51	14,01	41,89	28,19	0	0	600	400

Fuente: Atlas 2018

6.4.5. Dieta

Respecto al coste destinado a una dieta específica para combatir la migraña, los pacientes con MC gastaron de media 19,56 € mensualmente, mientras que los pacientes con ME únicamente 9,77 € (Tabla 12).

Tabla 12. Dinero extra para la dieta por los pacientes con migraña (euro/mes)

COSTE (€) 2017	MEDIA		DESVIACIÓN ESTÁNDAR		MÍN.		MÁX.	
	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)
Dieta	19,56	9,77	53,45	41,97	0	0	600	600

Fuente: Atlas 2018

6.4.6. Cuidado emocional

Como se observa en la tabla 13, los pacientes gastaron en cuidado emocional 14,74 € al mes en el caso de la MC y 6,95 € de la ME.

Tabla 13. Coste mensual del cuidado emocional de los pacientes con migraña (euro/mes)

COSTE (€) 2017	MEDIA		DESVIACIÓN ESTÁNDAR		MÍN.		MÁX.	
	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)
Cuidado emocional	14,74	6,95	58,18	2,92	0	0	600	250

Fuente: Atlas 2018

Nota: el cuidado emocional incluye especialistas (psicólogo, psiquiatra, coach) y tratamientos (técnicas de relajación, mindfulness, biofeedback, taller de autoayuda, yoga, meditación, gestión del estrés).

6.4.7. Total de costes directos asumidos por los pacientes

El total de los costes directos asumidos por los pacientes ascendió a 1.657,96 € al año para los pacientes con MC y 878,04 € al año para los pacientes con ME. El mayor coste en ambos casos correspondió a los tratamientos preventivos, seguido de los tratamientos complementarios y de la actividad física realizada (tabla 14).

Tabla 14. Distribución de los costes directos asumidos por los pacientes según tipología de coste (euro/año)

COSTE (€) 2017	COSTE (2017)		% SOBRE TOTAL CDP	
	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)
Visitas médicas	144,21	68,28	9%	7,8%
Tratamientos complementarios	364,32	158,52	22,6%	18,1%
Tratamientos preventivos	515,64	282,48	32%	32,2%
Actividad física	174,12	168,12	10,8%	19,2%
Dieta	234,72	117,24	14,6%	13,3%
Cuidado emocional	176,88	83,4	11%	9,4%
Total Coste Directos Sanitarios	1.657,96	878,04	100%	100%

Fuente: Atlas 2018

6.5. COSTES INDIRECTOS

6.5.1. Pérdida de productividad laboral

Las pérdidas de productividad laboral de los pacientes con MC ascendieron a una media de 7.464,83 €/paciente/año, mientras que para los pacientes con ME fue de 3.199,15 €. Estos datos confirman que la pérdida de productividad laboral es más que el doble en los pacientes con MC. A pesar de que la mayoría de los encuestados se encontraba trabajando, son ellos que, por causa de absentismo o falta de concentración, tuvieron el mayor coste derivado de la pérdida de productividad con una media de 5.878,37 €/paciente/año para los pacientes con MC y 2.856,67 €/paciente/año para los pacientes con ME. En segundo lugar, se encuentran los desempleados con 1.140,07 € para los pacientes con MC y 339,72 € para los pacientes con ME. Resulta necesario señalar que la mayoría de los pacientes que se encontraban desempleados padecían MC (tabla 15).

Tabla 15. Coste/paciente/año: pérdidas de productividad laboral anual del paciente con migraña.

COSTE (€) 2017	MEDIA		DESVIACIÓN ESTÁNDAR		MÍN.		MÁX.	
	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)
Trabajando	5.878,37	2.856,67	8.656,73	4.229,31	0	0	43.970,40	37.637,10

Baja laboral temporal	139,09	2,76	1.019,97	44,73	0	0	43.970,40	1.011,75
Abandono prematuro¹	307,30	0	2.881,55	0	0	0	29.688,20	0
Desempleo	1.140,07	339,72	5.222,94	2.797,24	0	0	29.688,20	25.394,93
Total pérdida de productividad laboral	7.464,83	3.199,15	9.579,24	4.873,67	0	0	43.970,40	37.637,10

Fuente: Atlas 2018

Nota 1: antes de la edad de jubilación estándar (65 años). Incluye baja laboral permanente y prejubilación.

6.6. CARGA ECONÓMICA ANUAL DE LA MIGRAÑA

6.6.1. Coste total por paciente y año

El coste medio de la migraña por paciente y año ascendió a 12.970,08 € para los pacientes con MC y 5.041,41€ para los pacientes con ME. Es posible afirmar que la carga económica anual para los pacientes con MC es casi tres veces superior a la de los pacientes con ME. En ambos casos, más de la mitad del coste (MC=57,8%; ME=63,5%) está ocasionado por la pérdida de productividad laboral, seguido a gran diferencia por los costes directos sanitarios (MC=29,8%; ME=19,1%) (Tabla 16).

Tabla 16. Costes por paciente/año y distribución del coste según tipología

Coste (€) 2017	Coste (2017)		% sobre coste Total	
	MC (n=441)	ME (n=842)	MC (n=441)	ME (n=842)
Coste directos sanitarios	3.847,29	964,19	29,8 %	19,1%
Coste directos pacientes	1.609,89	878,04	12,4%	17,4%
Pérdida de productividad laboral	7.464,83	3.199,15	57,8%	63,5%
Total coste migraña	12.970,08	5.041,38	100%	100%

Fuente: Atlas 2018

La comparación de estos resultados con los de otros estudios realizados anteriormente en España es discutible debido a las diferencias metodológicas existentes (tabla 17). Los resultados derivados del estudio de Bloudek *at al.* (2012), realizado en cinco países europeos, pueden servir para compararlos con los del presente estudio. En dicho estudio se estimó que los costes directos medios en España ascendieron a 2.669,8 €/año (N=55) para pacientes con MC y 1.092,48 €/año (N=644) para pacientes con ME, mientras que según los datos del Atlas 2018 estos costes ascendieron a 3.847,29 €/año (N=441) para los pacientes con MC y 964.185 €/año para los pacientes con ME (N=842). Estas diferencias pueden deberse a varios motivos. En primer lugar, los costes unitarios utilizados en el estudio de Bloudek se calcularon a partir de los costes unitarios registrados en 4 CCAA. (Galicia, País Vasco, Andalucía y Valencia), mientras que en el Atlas 2018 se han tenido en cuenta los costes unitarios de las 17 CCAA. En segundo lugar, muchos precios unitarios han cambiado desde 2010, año en el que se realizó el estudio de Bloudek, por lo que nuestro estudio supone una actualización.

Respecto al estudio de Linde *et al.* (2012) realizado en ocho países europeos, el coste total por paciente con migraña en España ascendió a 1.425 €/año (N= 412). Este dato no es comparable con los resultados del Atlas 2018 por varios motivos. En primer lugar, la muestra utilizada en el estudio de Linde es tres veces más reducida que la del Atlas 2018. En segundo lugar, en el estudio de Linde no se distinguió a los pacientes con MC respecto a aquellos con ME, sino que estos costes fueron calculados de forma conjunta. A pesar de ello, coincide el hecho de que los costes indirectos en pacientes con migraña son tres veces más altos que los costes directos.

Tabla 17. Los costes anuales de los pacientes con migraña en España según diferentes estudios (€/año)

Autor año	Costes directos MC	Costes directos ME	Costes indirect. MC	Costes indirect. ME	Total costes MC	Total costes ME	Costes directos	Costes indirect.	Total costes
Láinez, 1995	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	599
Láinez, 2003	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	33	499	532
Badía, 2004	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	198,16€	453,54	651,7
Linde, 2012	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	Si	Si	1.425
Bloudek, 2012	2.669,8 (N=55)	1.092,48 (N=644)	No	No	N/P	N/P	No	No	1.217
Atlas Migraña, 2018	3.847,29 (n=441)	964,19 (n=842)	7.464,83 (n=441)	3.199,15 (n=842)	12.922,02 (n=441)	5.041,38	N/P	N/P	N/P

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de estudios científicos y del Atlas 2018

- El coste total anual por paciente ascendió a 12.970,08€ para los pacientes con migraña crónica y 5.041,38€ para los pacientes con episódica. Estos costes se distribuyen en costes directos sanitarios (MC=29,8 %; ME=19,1%), costes directos asumidos por los pacientes (MC=12,4%; ME=17,4%) y costes indirectos atribuidos a las pérdidas de productividad laboral (MC=57,8%; ME=63,5%).
- El coste medio de las visitas previas al diagnóstico representa el 91,5% del gasto total de diagnóstico para los pacientes con migraña crónica y 85% para los pacientes con episódica.
- Las pérdidas de productividad laboral equivalen a 7.464,83 euros por paciente y año para la migraña crónica y 3.199,15 para la episódica, constituyendo el mayor porcentaje del coste de la migraña.

Bibliografía

1. Stewart WF, Wood C, Manack A, Varon SF, Buse DC, Lipton RB. Employment and work impact of chronic migraine and episodic migraine. *J Occup Environ Med* [Internet]. 2010;52(1):8–14.
2. Bloudek LM, Stokes M, Buse DC, Wilcox TK, Lipton RB, Goadsby PJ, *et al.* Cost of healthcare for patients with migraine in five European countries: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *J Headache Pain* [Internet]. 2012 Jul 29;13(5):361–78.
3. Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, *et al.* The cost of headache disorders in Europe: The Eurolight project. *Eur J Neurol*. 2012;19(5):703–11.
4. Griep RH, Toivanen S, Santos IS, Rotenberg L, Juvanhol LL, Goulart AC, *et al.* Work-Family Conflict, Lack of Time for Personal Care and Leisure, and Job Strain in Migraine: Results of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Am J Ind Med*. 2016;59(11):987–1000.
5. Lipton RB, Bigal ME. The epidemiology of migraine. [Am J Med. 2005] - PubMed result. *Am J Med*. 2005;118 Suppl:3S–10S.
6. Badia X, Magaz S, Gutiérrez L, Galván J. The Burden of Migraine in Spain Beyond Direct Costs. *Pharmacoeconomics*. 2004;22(9):591–603.
7. Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen H-U, Olesen J. Cost of disorders of the brain. *Eur J Neurol*. 2005;12:1–27.
8. Berg J. Economic evidence in migraine and other headaches: A review. Vol. 5, *European Journal of Health Economics*. 2004. p. S43–S54.
9. Stovner LJ, Andrée C, Eurolight Steering Committee. Impact of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *J Headache Pain* [Internet]. 2008;9(3):139–46.
10. Akobundu E, Ju J, Blatt L, Mullins CD. Cost-of-illness studies: A review of current methods. Vol. 24, *Pharmacoeconomics*. 2006. p. 869–90.

7. VISIÓN INTERDISCIPLINAR DE LA MIGRAÑA

La atención a la migraña debe contemplarse desde una perspectiva multidisciplinar, dados los síntomas y el impacto que ejerce en la calidad de vida de las personas: neurología, medicina de familia, farmacia hospitalaria, ginecología, pediatría, psicología, nutrición o fisioterapia son algunas de las áreas que intervienen en la atención a esta enfermedad.

Este capítulo del Atlas 2018 pretende recoger las principales conclusiones que se extrajeron de una sesión de trabajo con el Comité Asesor del proyecto con el objetivo de debatir la situación actual del manejo de la migraña en los ámbitos de diagnóstico y derivación de pacientes con migraña, atención sanitaria, manejo multidisciplinar, visibilidad y calidad de vida, así como apuntar las principales necesidades que se requieren abordar para el mejor abordaje de la migraña y en beneficio de la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas.

7.1. Diagnóstico y derivación

Diagnóstico de la migraña

A pesar de la alta prevalencia de la migraña, existe un retraso general en su diagnóstico, salvo en el caso de la infancia, cuya derivación por parte del pediatra a neurología suele ser rápida. Las causas que motivan tal retraso son multifactoriales, entre las que destacan las siguientes:

Por un lado, un importante número de personas con migraña se retrasa en dirigirse al sistema sanitario desde el inicio de los síntomas en busca de una solución para su dolencia, debido al desconocimiento sobre esta patología y a la creencia de que el dolor de cabeza es una afección común que se puede controlar con analgésicos. Una vez que el dolor se cronifica y las diferentes estrategias de medicación no funcionan la persona con migraña toma cierta conciencia de la presencia de un problema de salud y acude a consulta.

“Muchos de los pacientes tienen familiares con migraña y la encuentran una patología normal, ya familiar, aconsejando el tratamiento los familiares” (médica de familia)

Por otro lado, dado que la migraña comparte síntomas con la cefalea tensional, en determinadas ocasiones se realiza un diagnóstico erróneo. Sin embargo, no son la misma patología, ni implican el mismo impacto en la calidad de vida, a pesar de que ambas puedan coexistir.

En ocasiones, el hecho de que la migraña no sea considerada una enfermedad grave por parte de los médicos de familia y neurólogos generalistas (además de por las propias personas con migraña, como se ha mencionado anteriormente) conlleva un infradiagnóstico. Cuando esta causa se da, los profesionales sanitarios no proporcionan al paciente información ni diagnóstico claros, limitándose únicamente a la prescripción de analgésicos.

“El diagnóstico es puramente clínico y con una buena historia clínica y una exploración física y neurológica básica se puede diagnosticar, pero algunos médicos de familia están poco sensibilizados con la migraña” (médica de familia)

El desconocimiento de la enfermedad, el diagnóstico erróneo o el infradiagnóstico son factores que inciden en el retraso del diagnóstico y conllevan una serie de consecuencias, principalmente el abuso de analgésicos y la cronificación de la migraña, así como la aparición de trastornos emocionales ligados al proceso de búsqueda por parte del paciente de diferentes especialistas sanitarios (médicos, paramédicos y otros profesionales) en búsqueda de un diagnóstico claro de su sintomatología, pudiendo a llegar a obtener diferentes valoraciones.

Derivación de la persona con migraña en el sistema sanitario

El circuito asistencial del paciente con migraña empieza normalmente en el médico de familia, que en la mayoría de los casos realiza el diagnóstico y seguimiento terapéutico, prescribiendo principalmente analgésicos.

En un número de casos más reducido, tras varias visitas al médico de familia, la persona con migraña es derivada al neurólogo, bien por no disponer de un diagnóstico claro o como consecuencia del fracaso terapéutico. Según han apuntado tanto los médicos de familia como los neurólogos, la persona que con mayor frecuencia requiere ser derivada a neurología es aquella que padece migraña crónica o migraña con aura (que representa a una parte minoritaria del colectivo de personas con migraña), ya que suelen requerir tratamiento preventivo o se plantean dudas de diagnóstico.

Ocasionalmente, algunos pacientes acuden al servicio de urgencias para tratar la enfermedad por primera vez cuando sufren una crisis aguda de migraña, desde donde son directamente derivados al neurólogo, sin pasar por atención primaria (lo que no constituye una buena práctica clínica).

7.2. Atención sanitaria

Rol de los profesionales sanitarios en el abordaje de la migraña

Como se ha comentado anteriormente, el abordaje de la migraña es multidisciplinar, donde cada una de las disciplinas suelen tener un rol específico. En el caso de neurología y medicina de familia es necesario:

- Diagnosticar la migraña, descartando otras patologías, por medio de pruebas diagnósticas adecuadas.
- Realizar un informe claro especificando el diagnóstico de la migraña, con el fin de evitar que el paciente vague por el sistema sanitario.
- Informar a la persona con migraña sobre las diferentes opciones de tratamiento farmacológico (preventivo o sintomático) y pautar un tratamiento personalizado con cada una.
- Corresponsabilizar al paciente en el manejo de su migraña, dotándolo de información completa sobre la enfermedad, enseñándole a identificar síntomas y ofreciéndole apoyo.

El rol del farmacéutico hospitalario consistiría en, además de dispensar los fármacos, controlar e informar al paciente de las posibles interacciones con otros tratamientos alternativos a los que algunos pacientes recurren cuando el tratamiento farmacológico no funciona.

Por otra parte, profesionales sanitarios como fisioterapeutas, nutricionistas y psicólogos destacan que el abordaje de la migraña desde estas disciplinas requiere formación y experiencia adicionales en esta patología y que sus principales funciones serían:

- Analizar los posibles factores precipitantes e intentar evitarlos, así como ofrecer recomendaciones sobre un estilo de vida saludable.
- Favorecer la integración de pautas de ejercicios en la rutina diaria que permitan al paciente mitigar sus molestias.
- Dotar a la persona con migraña de herramientas que le permitan abordarla en el día a día.

Expectativas del paciente en la consulta médica

El acto de la consulta médica es un momento importante tanto para el paciente como el profesional sanitario, quien debe gestionar también las expectativas del paciente.

El paciente espera obtener una prescripción farmacológica que logre mitigar totalmente el dolor producido por la migraña o que, al menos, distancie los episodios y suavice los síntomas. De hecho, habitualmente el motivo

fundamental por el que una persona con migraña acude a consulta es la ineficacia del tratamiento farmacológico. Así, los temas más comentados en la consulta son la demanda de tratamientos efectivos para el dolor producido por la migraña y su impacto en el día a día (desde el punto de vista emocional, social y laboral).

*“Cuando voy a la consulta del neurólogo busco cualquier tratamiento que me quite la migraña de verdad, o por lo menos que las distancie en el tiempo”
(persona afectada por migraña).*

7.3. Manejo multidisciplinar

Tratamiento farmacológico

Como se ha señalado anteriormente, el tratamiento farmacológico es uno de los aspectos que más preocupa a las personas con migraña y que protagoniza las consultas médicas sobre esta enfermedad. El tratamiento de la migraña se divide en tratamiento sintomático (para las crisis de dolor) y fármacos preventivos (para reducir la frecuencia e intensidad de los episodios, y hacer que estas sean más leves y, por tanto, más fáciles de manejar). Entre los tratamientos sintomáticos existen fármacos específicos para la migraña (como los triptanes) y analgésicos simples, como los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y el paracetamol, fundamentalmente. Todas las personas con migraña deben recibir tratamiento sintomático. Entre los fármacos preventivos más comúnmente prescritos para la migraña destacan los antihipertensivos (betabloqueantes, candesartán, lisinopril), antidepresivos (amitriptilina, venlafaxina), calcioantagonistas (flunarizina) y antiepilépticos (topiramato y valproato sódico). En pacientes con migraña crónica existe además la posibilidad de utilizar toxina botulínica. El tratamiento preventivo está indicado en pacientes con migrañas frecuentes o que presentan determinadas complicaciones de la migraña (auras muy prolongadas, por ejemplo). Los fármacos preventivos comercializados no han sido diseñados específicamente para el tratamiento de la migraña, pero su efecto beneficioso se ha comprobado en personas con migraña. En los adolescentes, a partir de 12 años de edad, la mayoría de las recomendaciones de tratamiento son muy similares a la de los adultos. Sin embargo, en menores de 12 años los triptanes y alguno de los fármacos preventivos enumerados previamente no deben utilizarse.

En la decisión del tratamiento farmacológico de la migraña, generalmente el paciente mantiene un rol activo y es el profesional sanitario quien debería aconsejar e informar al paciente en lo relativo a la toma de medicación, siendo la decisión final compartida entre el profesional y la persona con migraña.

La experiencia muestra que no solo no hay fármacos exclusivos para la migraña crónica, sino que tampoco los utilizados son efectivos al 100% para anular el dolor (aunque sí existen algunos altamente eficaces) y que su efecto es variable en el tiempo y según el paciente. En el caso de la infancia, se suelen obtener buenos resultados con el tratamiento sintomático, así como con el preventivo en los casos de ataques de migraña severos e incapacitantes, teniendo que ser este último retirado en periodos vacacionales.

La ineficacia de los fármacos disponibles para tratar la migraña obliga a los neurólogos a realizar frecuentes cambios en la medicación de los pacientes hasta encontrar el más efectivo para cada caso particular.

*“Cada vez que voy a la consulta del neurólogo es para cambiar el tratamiento.
Cuando ya he memorizado el nombre de las medicinas que me estoy tomando, me las cambian.
En el último año y medio, voy por el quinto tratamiento” (persona afectada por migraña)*

Como consecuencia de esta falta de eficacia, algunos pacientes recurren a una diversidad de alternativas, entre las que predominan las siguientes:

- Búsqueda de diferentes especialistas sanitarios, que puedan ayudarlo en el manejo de la migraña.
- Búsqueda de terapias y medicinas alternativas. Durante esta búsqueda, algunos pacientes son atendidos por profesionales que no están capacitados para el abordaje de su migraña.

*“En este peregrinaje, debido a la desesperación del paciente, se llega a creer en falsas promesas de terapeutas no cualificados”
(presidenta de AEMICE y persona afectada por migraña)*

- Falta de adherencia al tratamiento farmacológico que consistiría, por un lado, en la automedicación basada en recomendaciones farmacológicas y no farmacológicas de personas que no son expertas en migraña (otros pacientes, profesionales no cualificados para el manejo de la migraña,...) y, por otro, en el abandono total de la medicación. La persona con migraña que opta por la automedicación prueba diferentes fármacos hasta decidir cuál le reporta mayor beneficio, resignándose a alcanzar un alivio temporal del dolor.

*“Todos los días los pacientes te cuentan que toman una cosa porque un amigo o su vecino se lo ha comentado”
(farmacéutico hospitalario)*

La automedicación en infancia y adolescencia con migraña es poco frecuente: los padres y madres realizan un buen seguimiento de la medicación y, en general, los episodios de migraña en este colectivo son menos intensos que en adultos.

Además de los resultados poco satisfactorios del tratamiento farmacológico, existen otras causas que fomentan la falta de adherencia en estos pacientes como:

- El padecimiento de episodios de migraña caracterizados por síntomas de elevada intensidad que impiden hacer un buen cumplimiento de la pauta terapéutica, llegando incluso a requerir la ayuda de un familiar.
- La aparición de efectos adversos que obliga a retirar el tratamiento.
- La identificación del momento oportuno para tomar la medicación analgésica prescrita es completa, especialmente por parte de los pacientes diagnosticados de migraña crónica, ya que estos pueden tomar una cantidad limitada de fármacos por efectos secundarios o el riesgo de desarrollar una cefalea por abuso de analgésicos. Por eso, esperan a que el dolor aumente para decidir tomar la medicación, dando lugar al aumento de la intensidad y de la duración de la migraña.
- Falta de compromiso con el tratamiento de la migraña una vez que los síntomas desaparecen.

*“Cuando estamos bien no queremos ni oír hablar de migraña y esa es una de las razones por la que hay tan poco compromiso de los pacientes, también con las asociaciones de pacientes”
(presidenta de AEMICE y persona afectada por migraña)*

La elección del tratamiento farmacológico es particularmente compleja en el caso de las mujeres con migraña con aura que, adicionalmente, padezcan otras complicaciones de salud como endometriosis, sangrado menstrual abundante o dismenorrea. Estas patologías se benefician del tratamiento con anticonceptivo hormonal combinado (estrógenos + gestágenos) pero de acuerdo con criterios clínicos algunas de estas pacientes no reciben dicho tratamiento hormonal por estar contraindicado en casos de migraña con aura. Además, existe evidencia que demuestra que la migraña con aura es un factor de riesgo del ictus, por lo que tampoco se utilizarían en caso de anticoncepción. En su defecto, se usan dispositivos intrauterinos de cobre o bien hormonales liberadores de levonorgestrel o anticonceptivos con solo gestágenos. En este sentido, los ginecólogos se encuentran ante una limitación importante en cuanto a la decisión del tratamiento oportuno en mujeres con diagnóstico de migraña con aura que requieren tratamiento con un anticonceptivo hormonal combinado, bien para su uso como método anticonceptivo, o bien para el tratamiento de algunas patologías ginecológicas.

Para evitar posibles complicaciones derivadas de una inadecuada indicación terapéutica, los ginecólogos suelen preguntar sobre el padecimiento de migraña y las características de esta (con o sin aura), cuando se encuentran ante un caso en el que parece necesario prescribir tratamientos anticonceptivos.

Acceso al tratamiento farmacológico

En España el acceso a los tratamientos farmacológicos es universal, pero sin embargo en el caso de la migraña existen dificultades de acceso para los pacientes con escasos recursos económicos, puesto que su financiación es parcial y su coste es elevado, además de estar condicionado por el número de crisis de migraña.

*“El precio de los triptanes está disparado y no todo el mundo los puede comprar. El paciente está esperando a no poder resistir más el dolor -tengo dos y no me puedo permitir el lujo de comprarme más-, por lo que no es una cosa que esté al alcance de todos”
(presidenta de AEMICE y persona afectada de migraña)*

Tratamiento no farmacológico

Cuando el tratamiento farmacológico es ineficaz el paciente suele recurrir a otros tratamientos complementarios. El tratamiento no farmacológico se basa en la medicina natural y las terapias complementarias, que son esencialmente la fisioterapia, la psicología, la acupuntura, las técnicas de relajación o el yoga, entre otras que ayudan a gestionar mejor el dolor derivado de la migraña. Algunas requieren, además de la asistencia regular a la consulta del profesional, el cumplimiento de pautas de ejercicios regulares fuera de la consulta.

En cuanto a las terapias complementarias, las físicas como la fisioterapia se muestran efectivas en áreas sobre las que el tratamiento farmacológico no puede actuar (contracturas y tensión muscular, puntos gatillo y hábitos posturales).

Existen algunos tratamientos naturales eficaces, pero deben ser complementarios y nunca sustitutivos del tratamiento farmacológico. Desde la AEMICE (Asociación Española de Migraña y Cefalea) se realiza una labor informativa de la existencia de estos recursos complementarios, mientras que a su vez se incide en la importancia de no abandonar el tratamiento farmacológico.

Por su parte, los profesionales de farmacia hospitalaria suelen informar a la persona con migraña de los posibles peligros e interacciones de algunas medicinas naturales con los fármacos prescritos para su migraña.

“Aparentemente hay muchos tratamientos, pero que tengan evidencia contrastada, la lista se reduce mucho” (neurólogo)

Estilos de vida y alimentación

En lo que respecta a la alimentación, los profesionales sanitarios recomiendan no suprimir alimentos de la dieta debido a la ausencia de evidencia científica que apoye la existencia de una relación causal entre la ingesta de determinados alimentos y la migraña, ni del beneficio de una dieta particular para la migraña. No obstante, es importante reconocer el papel que puede jugar la dieta en los planes personalizados de cambio de hábitos y estilo de vida.

“Algunos pacientes sí identifican muy claramente un desencadenante y deberían en adelante evitarlo” (neurólogo)

Según los nutricionistas entrevistados, puntualmente, algunas de las intervenciones dietéticas aplicadas para tratar de gestionar mejor los síntomas de la migraña se enfocan en la identificación y control de ciertos alimentos en la dieta. Para este fin, por un lado, se suelen utilizar herramientas como cuestionarios dietéticos en los que se realiza un registro de los alimentos ingeridos y los síntomas padecidos cada día y, por otro, se valora la historia clínica del paciente y se realiza un adecuado control nutricional.

Por otro lado, las intervenciones dirigidas a realizar cambios conductuales son las que cuentan con mayor base científica, esto es, realizar comidas regulares (evitando saltarse comidas), realizar ejercicio físico regular o mantener un peso saludable y una correcta higiene del sueño.

Por su parte, los trastornos de estrés cotidiano y de ansiedad (a veces relacionados con factores de personalidad) suelen acompañar los episodios de migraña.

En la esfera laboral, algunos tipos de empleo podrían ser un factor precipitante de la migraña, por favorecer episodios de estrés, así como ciertos malos hábitos horarios que impiden llevar un estilo de vida saludable.

En el entorno escolar, el estrés y la ansiedad suelen estar presentes en casos de infancia y adolescencia con migraña.

Asimismo, las personas con migraña se suelen enfrentar al estrés provocado por la propia condición de afectado por esta enfermedad y la convivencia con el dolor, que actúa como agravante y precipitante de esta.

Los profesionales de la psicología, preferiblemente especializados en migraña, pueden ayudar al paciente a adoptar estrategias de gestión y afrontamiento del estrés, que posibiliten una mayor sensación de control sobre la patología.

Sin embargo, los factores desencadenantes o precipitantes de la migraña son variables entre las personas con migraña y en la propia persona con migraña en diferentes momentos de su vida, además de no necesariamente explicar la aparición de la migraña.

7.4. Visibilidad

Todas las personas que componen el Comité Asesor coinciden en señalar que existe un déficit de divulgación y conciencia social de la migraña que favorece los sentimientos de incomprensión y culpa en las personas que la padecen. El hecho de que la migraña no sea una patología que conlleve graves complicaciones visibles dificulta que esta pueda impactar mediáticamente y, por tanto, en la sociedad.

El término “dolor de cabeza” se banaliza, comúnmente se denomina migraña a cualquier tipo de dolor de cabeza esporádico y, sin embargo, la migraña se caracteriza por unos síntomas concretos y una cefalea incapacitante.

7.5. Calidad de vida

La migraña impacta sobre todas las dimensiones de la vida de la persona que la sufre, en el plano físico y psicológico, y cada paciente afronta la enfermedad de diferente forma en función del grado de afectación que presenta.

“Yo he redirigido todo en mi vida por la migraña. Antes salía muchísimo y ahora me da miedo salir. Si me dicen ‘vamos a salir’, empiezo a tener ansiedad desde por la mañana” (persona afectada por migraña)

Dimensión personal, familiar y social

Como consecuencia de la migraña, algunos pacientes modifican su estilo de vida y evitan o reducen la frecuencia de ciertas actividades sociales, deportivas o de ocio, lo cual repercute en sus relaciones familiares y sociales.

Por un lado, determinadas personas con migraña experimentan ansiedad anticipatoria, es decir, miedo constante a que sobrevenga una crisis y sentimiento de culpa por no participar en eventos sociales y familiares. En algunos casos ese sentimiento de culpa es motivado por la incomprensión de la enfermedad por parte de las personas que conviven con el paciente, el cual repercute en su estado de ánimo y generan un nivel de ansiedad que puede llegar a agravar la migraña.

Por otro lado, algunos pacientes deciden no evitar tales eventos tras comprobar que hacerlo no necesariamente evita los episodios de migraña.

Dimensión laboral y escolar

El impacto de la migraña en el empleo varía en función del tipo de trabajo que se realiza y de las funciones que se desempeñan. En términos de absentismo laboral, la migraña impacta en el rendimiento y la calidad del trabajo realizado y de las decisiones tomadas. Inclusive, algunos pacientes reorientan sus carreras profesionales como consecuencia de la migraña.

Por el contrario, en el ámbito pediátrico y escolar de la infancia y adolescencia afectados por migraña, la aceptación y visibilidad de la migraña parece estar más extendida.

Discapacidad

Por lo general, la persona con migraña no se autodefine como persona con discapacidad (en especial, la que padece migraña episódica) y no suele tramitar el reconocimiento de la discapacidad ocasionada por la migraña, sino un certificado médico para justificar ante el empleador las posibles adaptaciones que pudiera requerir en el puesto de trabajo (flexibilidad horaria, adaptación del puesto, etc.).

En este sentido, la AEMICE trabaja sobre dos líneas: por un lado, realizar una labor de concienciación y reconocimiento social de la migraña y, por otro, rechazar el uso del término de persona discapacitada o incapacitada con el propósito de evitar la estigmatización de este colectivo de pacientes.

Las personas con migraña crónica rara vez consiguen un certificado de discapacidad, dado que esta patología presenta sintomatología muy variable e implica una discapacidad puntual y subjetiva difícilmente demostrable (relacionada con la percepción del dolor).

En el supuesto de que una persona con migraña tuviera acceso a una valoración de discapacidad, el informe médico debería ser realizado de forma multidisciplinar y coordinada por el conjunto de profesionales sanitarios que la atienden.

“La información que se refleje en un certificado para obtener la discapacidad u otro tipo de reconocimiento es muy importante para normalizar la situación del paciente y para conseguir los apoyos que hacen falta y, por ello, debe ser muy detallada” (psicóloga)

En cuanto a la infancia y adolescencia debe considerarse la posibilidad de que exista un factor desencadenante o agravante de la migraña. Debe prestarse atención a la ansiedad o estrés en relación con los estudios y actividades extraescolares diarias o con problemas de relación en el colegio, frecuentes en el trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), problema muy prevalente que afecta la calidad de vida del niño. El adecuado tratamiento del TDAH podría evitar o mitigar episodios de migraña en este colectivo.

En el caso de las mujeres que, además de migraña crónica, sufren síndrome premenstrual (que incluye una variedad de síntomas, entre los que destaca la migraña) o migraña menstrual, el impacto en la calidad de vida es limitante, puesto que en suma podrían sufrir migraña mayor número de días al mes.

7.6. Necesidades detectadas

Fruto del análisis anterior, a continuación se presentan las principales necesidades que el Comité Asesor ha apuntado como posibles acciones que contribuirían a mejorar la calidad de vida de la persona con migraña desde un punto de vista integral.

Impulsar programas educativos a las personas con migraña y formativos a los profesionales sanitarios:

- Enseñar a los pacientes a reconocer la sintomatología de la migraña. Esta patología se caracteriza, además de por el dolor, por otra serie de síntomas (como falta de concentración, fotofobia -molestia frente a la luz-, sonofobia - molestia frente al sonido-, mareos, ansiedad...) que el paciente no siempre sabe reconocer.
- Potenciar el interés de los profesionales sanitarios en la migraña, particularmente de neurólogos generalistas y médicos de familia, pero también de ginecólogos y otros profesionales, mediante una oferta de formación continuada sobre la patología.

Favorecer el autocontrol y autocuidado de la migraña:

- Promocionar el conocimiento y uso de un calendario de migraña (interactivo o en papel) que permita realizar un control diario de síntomas así como de webs científicas con información sobre migraña y otras herramientas similares. Por otro lado, optimizar estas aplicaciones con el objetivo de facilitar su uso.
- Además, estas herramientas pueden orientar al profesional sanitario en lo relativo a la decisión del tratamiento farmacológico que requiere cada persona con migraña.
- Crear un pacto terapéutico entre la persona con migraña y el profesional sanitario con el fin de aumentar la adherencia terapéutica, en cuyo marco se informe al paciente sobre las diferentes opciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico y sus posibles interacciones, así como de la importancia de cumplir la pauta terapéutica indicada.

Mejorar la preparación de la consulta médica por parte de profesionales sanitarios y pacientes:

- Lanzar campañas informativas dirigidas a las personas con migraña sobre la necesidad de preparar la consulta con el neurólogo. Algunas estrategias ya implementadas en este sentido en otras patologías consisten en la proyección de vídeos en las salas de espera de los centros sanitarios con información relativa a la planificación de la consulta.
- Dotar al médico de familia de una hoja de ruta o cuestionario previo que sirva para orientar a la persona con migraña en la preparación de su primera visita con el neurólogo y así estar preparado para responder a las preguntas sobre fármacos administrados, número de días mensuales que sufre migraña, etc.

Favorecer el abordaje multidisciplinar y coordinado de la migraña:

- Entre los médicos de familia y los neurólogos con el fin de conocer las necesidades de ambos colectivos sanitarios en cuanto al manejo de la migraña y proporcionar a los médicos de familia herramientas que mejoren la derivación, diagnóstico y tratamiento de los pacientes con migraña. Informar a los médicos de familia de la importancia de registrar en la historia clínica toda la información relativa a la migraña y sus síntomas con el fin de que todos los profesionales tengan acceso a esa información y facilitar así el manejo de la enfermedad.
- Entre los profesionales sanitarios implicados en el abordaje de la migraña, que actualmente se encuentran incluidos en la cartera de servicios (neurólogos, médicos de familia y ginecólogos) y los profesionales paramédicos (psicólogos, fisioterapeutas y nutricionistas), por medio del intercambio de informes relativos a la evolución de la persona con migraña.
- Entre hospitales de primer, segundo y tercer nivel.

Integrar otros perfiles sanitarios en el abordaje y manejo de la migraña, tales como:

- Profesionales de enfermería. Se espera que, en el futuro, la introducción de nuevos tratamientos favorezca la incorporación de esta figura en el abordaje de la migraña.
- Profesional de farmacia comunitaria como canal de entrada del paciente al sistema sanitario. La inclusión de este profesional aportaría información útil sobre el consumo de fármacos por parte de las personas con migraña.
- Recomendación por parte de los médicos de familia y neurólogos de los servicios de especialistas paramédicos tales como fisioterapeutas, nutricionistas y psicólogos, con el fin de ofrecer al paciente un abordaje integral de la migraña.

Implicar a diferentes agentes del entorno laboral (empleadores, representantes de medicina de empresa y compañeros de trabajo) en el manejo de la migraña en el entorno laboral dotándoles de información con la finalidad de:

- Comprender a la persona con migraña y adaptar el puesto de trabajo a sus necesidades (flexibilidad horaria, regulación de luces y ruidos, etc).
- Reducir el número de bajas laborales que se producen debido a esta enfermedad crónica. En ocasiones, se dan casos de abuso de medicación por parte de pacientes que tratan de evitar ausentarse del puesto de trabajo y que no pueden solicitar una adaptación de este.

8. CONCLUSIONES

PERFIL DE LA MUESTRA:

- La mayoría de las personas con migraña que participaron en la encuesta eran mujeres (88,2%).
- La edad media de las personas con migraña era de 37,3 años.
- El 50% de las personas con migraña poseía estudios universitarios.
- El 62% de las personas con migraña estaban casadas o con pareja de hecho.

DIAGNÓSTICO:

- El 34,2% de las personas encuestada declaró padecer migraña crónica.
- Antes de ser diagnosticados, las personas con migraña realizaron más visitas a médicos de atención primaria que a neurólogos.
- La mayoría de las personas con migraña crónica fueron diagnosticadas por neurólogos, mientras que la mayoría de las personas con migraña episódica fueron diagnosticadas por médicos de atención primaria.
- Las personas con migraña consideraron insuficiente la información recibida en el momento del diagnóstico acerca de su migraña y su tratamiento.
- El retraso diagnóstico se situó en 6,4 años de media para las personas con migraña episódica y en 7,3 años para las personas con migraña crónica.
- La principal enfermedad concomitante asociada a la migraña fue la ansiedad, seguida de alergias y depresión.

ATENCIÓN SANITARIA:

- El 32,6% de las personas con migraña contaba con doble cobertura sanitaria (pública y privada).
- Los principales especialistas médicos en el manejo y seguimiento de la enfermedad eran los médicos de atención primaria y los neurólogos, registrando un mayor número de visitas los médicos de atención primaria.
- El 53,7% de los pacientes señaló que no ha habido ningún especialista que le haya sido útil para sobrellevar los efectos de su migraña.
- La realización de escáner o TAC era la prueba de seguimiento más realizada entre las personas con migraña, tanto entre los que acudieron a urgencias como entre los que fueron hospitalizados como consecuencia del dolor.
- Los pacientes señalaron que el hecho de que la migraña fuese una enfermedad común en su familia justificaba el que nunca hubiesen visitado a un especialista médico.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

- El 81,6% de las personas con migraña tomaba analgésicos y antiinflamatorios en los momentos de crisis o ataque de migraña.
- El 43,4% de las personas con migraña catalogaba como regular y mala la eficacia de los medicamentos para disminuir la frecuencia de las crisis, su intensidad, la durabilidad del dolor y la discapacidad asociada.

- El 51,1% de las personas con migraña no consumía ningún tipo de medicamento de manera preventiva.
- El 47,8% de las personas con migraña que tomaban tratamientos preventivos afirmaron que su eficacia era regular.

LIMITACIONES, DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA:

- Las personas con migraña señalaron que sentían importantes limitaciones en las esferas social, personal, familiar y laboral debido a su enfermedad.
- La mayoría de las personas con migraña declaró haberse perdido eventos importantes, como consecuencia de su enfermedad, entre los que destacaron los sociales, seguidos de los familiares (bastante por encima de los deportivos o culturales, práctica de deporte, viajes, reuniones de trabajo o promociones).
- Más del 50% de las personas con migraña presentaba un grado de discapacidad grave o muy grave, medida a través de la escala MIDAS, siendo la discapacidad muy grave para casi el 70% de los que sufren migraña crónica.
- Las personas que presentan un mayor nivel de discapacidad asociada a la migraña son aquellas entre los 16 y los 47 años de edad.
- El 96,8% de las personas con migraña declaró no haber recibido ninguna prestación de la Seguridad Social derivada de su migraña.
- Las personas con migraña crónica presentaban unos valores superiores de necesidades provocadas por la enfermedad, medida a través de la escala HANA, respecto a aquellos con migraña episódica.

HÁBITOS SALUDABLES Y NOCIVOS:

- El 62,1% de las personas con migraña no seguía ningún tipo de dieta para disminuir los efectos de la migraña, seguido de aquellos que sí preferían una dieta baja en grasas (19,9%).
- El 46,6% de las personas con migraña no dedicaba nada de su presupuesto mensual a actividades físicas o deportivas.
- La mayoría de las personas con migraña presentaba un índice de masa corporal medio considerado como normal dentro de los parámetros establecidos, mientras que el 36,1% presentaba sobrepeso/obesidad.
- El 28,4% de las personas con migraña crónica y el 53,3% con episódica declaró no beber alcohol y algo más del 50% manifestó no haber fumado nunca (en ambos tipos de migraña).
- El 63,9% de las personas con migraña consideraron que con las terapias complementarias obtenían buenos resultados o les resultaban eficaces para mitigar el dolor y la frecuencia de las crisis.

SITUACIÓN LABORAL:

- La mayoría de las personas con migraña no pidieron permiso o excedencia como consecuencia de su migraña en los últimos 12 meses.
- El 24% de las personas con migraña crónica había estado de baja laboral como consecuencia de su enfermedad en los últimos 12 meses.
- El 63,8% de las personas con migraña crónica manifestaron que la enfermedad había afectado a su eficiencia laboral, siendo la falta de concentración el mayor de los problemas.
- El 24,6% de las personas con migraña declaró que perdió su empleo como consecuencia de su migraña.

SALUD PSICOLÓGICA:

- Existe una importante prevalencia de sintomatología ansiosodepresiva en los pacientes que padecen migraña.
- La sintomatología ansiosodepresiva está relacionada con los niveles de discapacidad declarados por los pacientes.
- La calidad de vida de las personas con migraña está relacionada con la sintomatología anímica que padecen.
- La ansiedad y la depresión están asociadas a un amplio número de comorbilidades relacionadas con la migraña.

PERSPECTIVAS DEL PACIENTE Y DE SU FAMILIA:

- Únicamente el 11,3% de los encuestados era seguidor de alguna asociación de pacientes con migraña.
- El 68,4% de los familiares de personas con migraña afirmó que su vida se veía afectada por la enfermedad de su cónyuge o familiar.
- Las personas con migraña declararon sentir miedos relacionados con la enfermedad en tres grandes áreas: limitaciones en la vida diaria, padecimiento del dolor y pérdida de calidad de vida.
- La mayoría de las personas con migraña declaró tener esperanzas en mejorar la calidad de vida, eliminar el dolor y reducir la frecuencia de los episodios.

CARGA SOCIAL Y ECONÓMICA DE LA MIGRAÑA:

- El coste total anual por paciente ascendió a 12.922,01 € para los pacientes con migraña crónica y a 5.041,38 € para los pacientes con episódica. Estos costes se distribuyen en costes directos sanitarios (MC=29,8 %; ME=19,1%), costes directos asumidos por los pacientes (MC=12,4%; ME=17,4%) y costes indirectos atribuidos a las pérdidas de productividad laboral (MC=57,8%; ME=63,5%).
- El coste medio de las visitas previas al diagnóstico representa el 91,5% del gasto total de diagnóstico para los pacientes con migraña crónica y el 85% para los pacientes con episódica.
- Las pérdidas de productividad laboral equivalen a 7.464,83 € por paciente y año para la migraña crónica y 3.199,15 € para la episódica, constituyendo el mayor porcentaje del coste de la migraña.

ANEXO I

CUESTIONARIO DE PACIENTES

Bienvenidos.

Esta encuesta está dirigida exclusivamente a la población afectada de migraña que reside en España, y pretende servir para visibilizar las consecuencias laborales y sociales de nuestra enfermedad, promover un diagnóstico precoz, mejorar la atención sanitaria, la utilización de tratamientos eficaces y establecer recomendaciones para la mejora de nuestra calidad de vida. Esta encuesta se enmarca en el proyecto 'Atlas de Migraña en España' promovido por la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE), que realiza la Universidad de Sevilla con la colaboración de Novartis.

ADVERTENCIA

Utilice únicamente los botones Ant. y Sig. que aparecen en la imagen de abajo.

No utilice avanzar o retroceder de su navegador (Chrome, Firefox, Explorer).

Aviso legal

En todo momento los datos proporcionados serán objeto de protección y quedarán amparados por el secreto estadístico (art. 131 de la Ley de la Función Estadística Pública de 9 de mayo de 1989). Los datos personales que nos proporcione no serán cedidos a terceros como estipula la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999, de 13 de diciembre, y el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, del Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal. Se han adoptado los niveles de seguridad adecuados a los datos que nos facilite y, además, adoptándose todas las medidas técnicas a nuestro alcance para evitar la pérdida, mal uso, alteración, acceso no autorizado y robo de los mismos.

PREGUNTAS INTRODUCTORIAS

1. ¿Cuántos días al mes sufre dolor de cabeza? (nº de días)		
2. ¿Cuántos de esos días al mes el dolor de cabeza no le permite realizar sus actividades diarias? (nº de días)		
3. El dolor de cabeza que sufre dura normalmente más de 4 horas si no lo trata? (marcar con una X solo una opción)	Sí	
	No	
4. ¿Qué tipo de migraña cree que tiene?	Migraña sin aura	
	Migraña con aura	
	Migraña crónica (15 o más días al mes)	
	No sabe/No contesta	

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

5. Género	Hombre	
	Mujer	
6. Año de nacimiento		
7. Provincia de residencia		
8. Localidad de residencia		
9. Hospital o centro de referencia		
10. Altura (cm) (ejemplo: 182)		
11. Peso (kg) (ejemplo: 74)		

12. Nivel de estudios	Sin estudios	
	Primaria	
	Secundaria (FP, BUP, bachillerato)	
	Universitarios y posgrado	
13. Estado civil	Soltero	
	Casado / en pareja	
	Divorciado / separado	
	Viudo	
14. ¿Es seguidor de alguna asociación de cefalea o migraña?	Sí	
	No	
15. Especifique de qué asociación de cefalea o migraña es seguidor		
16. ¿Dónde suele buscar información sobre migraña? (puede marcar más de 1 opción)	Profesionales	
	Redes sociales (p. ej. Facebook)	
	Internet o webs	
	Asociaciones de pacientes	
	Familiares o amigos	
	Otra (especifique, por favor)	
17. En el caso de haber indicado en la pregunta anterior que busca información sobre migraña en internet/ webs o asociaciones de pacientes, especifique los nombres	Internet o webs	
	Asociaciones de pacientes	

SITUACIÓN LABORAL

18. Actualmente, ¿cuál es su situación laboral? (indique una única respuesta)	Trabajador/a	
	Baja laboral temporal	
	Baja laboral permanente (parcial, total, absoluta o gran invalidez)	
	En desempleo	
	Prejubilado/a	
	Jubilado/a	
	Labores del hogar	
	Estudiante	
	No sabe / No contesta	
	Otra (especifique por favor)	

TRABAJADORES

19. Indique cómo es su jornada laboral	A tiempo completo	
	A tiempo parcial / media jornada	

20. ¿En qué medida su migraña condiciona actualmente el desempeño de su trabajo? (puede marcar más de 1 respuesta)	Falta de concentración en mis tareas diarias	
	Falté al trabajo solamente el tiempo justo para ir a consulta	
	Me ha costado cumplir mi horario laboral	
	A veces he cambiado mi turno de trabajo	

	Mi vida profesional se ha resentido (pérdida de una promoción, por ejemplo)	
	En caso de autónomo/ <i>freelance</i> he perdido posibles clientes o proyectos	
	Tuve que cambiar mi empleo anterior	
	No sabe / No contesta	
	Otra (<i>Especifique por favor</i>)	
21. Solicité días del permiso o excedencia (<i>últimos 12 meses</i>)	No	
	Sí (<i>especifique el número de días</i>)	
22. Estuve de baja (<i>últimos 12 meses</i>)	No	
	Sí (<i>especifique el número de días</i>)	
23. Reduje mi jornada laboral semanalmente (<i>últimos 12 meses</i>)	No	
	Sí (<i>especifique el número de días</i>)	
24. Trabajando no soy todo lo eficiente que debería como consecuencia de mi migraña (<i>últimos 12 meses</i>)	No	
	Sí (<i>especifique el número de días</i>)	
25. Tengo un trabajo autónomo/ <i>freelance</i> y tuve que recuperar tareas fuera del horario laboral trabajando fines de semana, noches o días de fiesta (<i>últimos 12 meses</i>)	No	
	Sí (<i>especifique el número de días</i>)	
26. ¿Cuántos días al mes no es capaz de realizar o resolver sus funciones en su trabajo con el mismo nivel de rendimiento como consecuencia de su migraña? (<i>nº de días al mes</i>)		

BAJA LABORAL TEMPORAL

27. ¿Su baja laboral temporal es consecuencia de su migraña? (últimos 12 meses)	Sí	
	No	
	No sabe / No contesta	

28. Indique cuánto tiempo en total ha estado de baja laboral temporal debido a su migraña en los últimos 12 meses	
---	--

29. ¿Su baja laboral permanente (parcial, total, absoluta o gran invalidez) o prejubilación es consecuencia de su migraña?	Sí	
	No	
	No sabe / No contesta	

30. Indique cuánto tiempo lleva o ha estado de baja laboral permanente o prejubilado debido a su migraña	Nº de meses (0-12)	
	Nº de días (0-31)	

DESEMPLEO

31. ¿Dejó de trabajar o perdió su empleo a causa de su migraña?	Sí	
	No	
	No sabe / No contesta	

32. Indique cuánto tiempo lleva en desempleo debido a su migraña en los últimos 12 meses..	Nº de meses (0-12)	
	Nº de días (0-31)	

33. De alguna manera, ¿cree que el padecimiento de su migraña le ha impedido algún ascenso laboral?	Sí	
	No	
	No sabe/No contesta	

34. ¿Cree que tiene o podría llegar a tener dificultades para acceder a un empleo o promocionar a causa de su migraña?	Sí	
	No	
	No sabe/No contesta	

DIAGNÓSTICO

35. ¿Qué edad tenía cuando sufrió los primeros síntomas asociados a la migraña?	
---	--

36. ¿A qué edad se le diagnosticó la migraña?	
---	--

		Sí o no	Indique nº de consultas
37. Indique los especialistas que visitó antes de recibir el diagnóstico de su migraña y el número de consultas	Médico de atención primaria		
	Pediatra		
	Otorrinolaringólogo		
	Neurólogo		
	No visité ningún especialista (en caso afirmativo indique Sí)		
	Otro (especifique, por favor)		

38. ¿Qué médico le diagnosticó su migraña?	Neurólogo	
	Otro (Especifique por favor)	

39. En caso de haber sido diagnosticado por un médico de atención primaria, ¿se ha sentido bien diagnosticado?	Sí	
	No	

40. En caso de haber sido diagnosticado por un médico de atención primaria, ¿cree que le han dado el tratamiento adecuado para la migraña?	Sí	
	No	

41. En el momento de su diagnóstico, ¿cómo calificaría la información que recibió acerca de su migraña y su tratamiento?	Satisfactorio	
	Suficiente	
	Insuficiente	

OTRAS ENFERMEDADES

42. Indique si está diagnosticado de:	Ansiedad	
	Depresión	
	Trastorno bipolar	
	Artritis	
	Dolor crónico	
	Alergias	
	Asma	
	Obesidad	
	Colesterol alto	
	Úlceras	
	Sinusitis	
	Problemas de circulación	
	Tensión arterial alta (hipertensión)	
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	
	Bronquitis	
	Problemas del corazón (angina de pecho, arritmias, etc.)	
	Enfermedad cerebrovascular (ictus)	
	Fibromialgia	
Epilepsia		
Piernas inquietas		
Otra (especifique, por favor)		

DIAGNÓSTICO

43. Señale el tipo de cobertura sanitaria que posee	Pública	
	Privada	
	Ambas (pública y privada)	

		Sí o no	Indique nº de consultas
44. Indique los especialistas que visitó antes de recibir el diagnóstico de su migraña y el número de consultas	Médico de atención primaria		
	Neurólogo		
	Pediatra		
	Otorrinolaringólogo		
	No visité ningún especialista (en caso afirmativo indique Sí)		
	Otro (Especifique por favor)		

45. ¿Ha habido algún especialista que le haya sido útil con su migraña?	Si	
	No	
	No sabe/No contesta	

46. Indique la especialidad y el nombre del centro	Especialidad	
	Nombre del centro	

47. ¿Cómo le ha ayudado el especialista médico con su migraña? (puede marcar más de 1 opción)	Estilos de vida	
	Información útil (p. ej. Facebook)	
	Tratamientos efectivos	
	Derivación a otros especialistas	
	Otros (especifique, por favor)	

48. ¿Le trata algún neurólogo especialista en migraña?	Sí	
	No	
	<i>No sabe/No contesta</i>	

		Sí o no	Indique nº de veces
49. ¿Qué tipo de pruebas ha realizado en los últimos 12 meses en el seguimiento de su migraña? <i>(en caso afirmativo, indique el número de veces)</i>	Escáner o TAC primaria		
	Resonancia magnética		
	Punción lumbar o raquídea		

50. ¿Ha acudido a urgencias como consecuencia de la migraña? <i>(en caso afirmativo, indique el número de veces durante los últimos 12 meses)</i>	
--	--

		Sí o no	Indique nº de veces
51. ¿Qué tipo de pruebas ha realizado cuando ha acudido a urgencias como consecuencia de la migraña? <i>(en caso afirmativo, indique el número de veces)</i>	Escáner o TAC primaria		
	Resonancia magnética		
	Punción lumbar o raquídea		

52. ¿Ha realizado algún ingreso hospitalario como consecuencia de la migraña? <i>(en caso afirmativo, indique el número de veces durante los últimos 12 meses)</i>	
---	--

		Sí o no	Indique nº de veces
53. ¿Qué tipo de pruebas ha realizado cuando ha sido ingresado en un hospital como consecuencia de la migraña? <i>(en caso afirmativo, indique el número de veces)</i>	Escáner o TAC primaria		
	Resonancia magnética		
	Punción lumbar o raquídea		

54. En el caso de no tener seguro privado, ¿cuánto dinero ha gastado en visitas a especialistas médicos como consecuencia de la migraña en los últimos 3 meses? <i>(incluya el coste total en euros)</i>	
---	--

55. En el caso de tener seguro médico privado, ¿a cuánto asciende su póliza de seguro médico anual?	
---	--

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y OTROS RECURSOS

56. ¿Toma alguno de estos medicamentos cuando tiene una crisis o ataque de migraña? <i>(puede marcar más de 1 opción)</i>	No tomo ningún medicamento	
	Analgésicos y antiinflamatorios (como paracetamol, ibuprofeno o enantyum)	
	Triptanes	
	Otros <i>(especifique, por favor)</i>	

57. Valore el resultado del uso de estos medicamentos cuando tiene una crisis o ataque de migraña	Muy bueno	
	Bueno	
	Regular	
	Malo	
	Muy malo	

58. ¿Toma alguno de estos medicamentos diariamente de manera preventiva?	No tomo ningún medicamento	
	Inyecciones de toxina botulínica del tipo A (botox)	
	Antidepresivos	
	Medicinas para la presión arterial	
	Medicinas anticonvulsivas	
	Minerales y vitaminas	
	Otros <i>(especifique, por favor)</i>	

59. Valore el resultado del uso de estos medicamentos de manera preventiva	Muy bueno	
	Bueno	
	Regular	
	Malo	
	Muy malo	

60. ¿Cuánto dinero gasta al mes en medicamentos para la migraña? (euros/mes)	
---	--

		Sí o no	Indique nº de veces
61. ¿Qué tipo de pruebas ha realizado en los últimos 12 meses en el seguimiento de su migraña? (en caso afirmativo, indique el número de veces)	Fisioterapia		
	Osteopatía		
	Acupuntura		
	Homeopatía		

62. ¿Considera que con ese tipo de tratamiento obtiene buenos resultados o le resulta eficaz?	Sí	
	No	
	No procede/no recibo ninguno de esos tratamientos	

63. Cuánto dinero gasta aproximadamente al mes en dichos tratamientos para su migraña? (euros/mes)	
---	--

ACTIVIDAD FÍSICA

	Sí o no	Indique nº de horas/semana
64. ¿Qué tipo de actividad física o deportiva realiza? (en caso afirmativo, señale el número de horas a la semana)	Caminar	
	Pilates	
	Yoga	
	Gimnasia de musculación	
	Correr	
	Gimnasia	
	<i>Spinning</i>	
	Zumba	
	Baile	
	Natación	
	Tenis	
	Fútbol	
	Baloncesto	
Otros (especifique, por favor)		

65. ¿Cuánto dinero gasta al mes en actividades físicas o deportivas? (euros/mes)	
---	--

DIETA Y HÁBITOS DE VIDA

66. ¿Lleva a cabo algún tipo de dieta?	Vegetariana	
	Vegana	
	Sin gluten	
	Sin almidón	
	Baja en grasas	
	Ninguna	
	Otros (especifique, por favor)	

67. ¿Qué alimentos o productos cree que le producen migraña?	Queso	
	Café	
	Chocolate	
	Alcohol	
	Otros (especifique, por favor)	

68. ¿Cuánto dinero extra gasta al mes en dieta para combatir o mejorar los efectos de su migraña? (euros/mes)	
--	--

69. ¿Consume café?	Nunca	
	1 café al día	
	2 cafés al día	
	> 3 cafés al día	

70. Después de tomar café, ¿le duele la cabeza o presenta algún tipo de malestar?	Sí	
	No	

71. ¿Fuma?	Sí	
	Anteriormente (pero ya lo he dejado)	
	Nunca	

72. Después de fumar, ¿le duele la cabeza o presenta algún tipo de malestar?	Sí	
	No	

73. ¿Cuántos años lleva fumando?	
----------------------------------	--

74. ¿Cuántos cigarrillos consume al día?	
--	--

75. ¿Consume alcohol?					
	Nunca	Menos de una vez al mes	De 1 a 3 días al mes	De 1 a 4 días a la semana	A diario o casi a diario
Alcohol de baja graduación (cerveza o vino)					
Alcohol de alta graduación (<i>whisky</i> , ron, vodka, etc.)					

76. Después de beber alcohol de baja graduación (cerveza o vino), ¿le duele la cabeza?	Sí	
	No	
	No bebo alcohol de baja graduación	

77. Después de beber alcohol de alta graduación (<i>whisky</i> , ron, vodka, etc.), ¿le duele la cabeza?	Sí	
	No	
	No bebo alcohol de alta graduación	

CUIDADO EMOCIONAL

		Sí o No	
78. ¿Ha visitado alguno de estos especialistas para tratar su estado emocional en los últimos 12 meses? (en caso afirmativo, indique el número de horas totales)	Psicólogo		
	Psiquiatra		
	Coach		

		Sí o no	Con monitor o por su cuenta	Indique nº de horas totales
79. ¿Ha realizado algún tipo de tratamiento para mejorar su estado emocional en los últimos 12 meses? (en caso afirmativo, indique el número de horas totales)	Técnicas relajación			
	<i>Mindfulness</i>			
	<i>Biofeedback</i>			

	Taller de autoayuda			
	Yoga			
	Meditación			
	Gestión del estrés			
	Otros (especifique por, favor)			

80. ¿Cuánto dinero gasta al mes en cuidado emocional para combatir o mejorar los efectos su migraña? (euros/mes)	
---	--

SUEÑO

81. ¿Mantiene diariamente una rutina en los horarios de sueño?	Sí	
	No	

82. ¿Ronca habitualmente o tiene paradas de respiración (apneas) de forma repetida mientras duerme?	Sí	
	No	

83. Cuando duerme ¿aprieta o rechina los dientes (bruxismo)?	Sí	
	No	

LIMITACIONES

		Valoración
84. Indique si en los momentos en que padece migraña experimenta alguna limitación en las siguientes áreas de su vida (valore en una escala de 0 a 5, siendo 0 ninguna y 5 mucha)	Laboral	
	Familiar	
	Personal	
	Social	

DISCAPACIDAD

85. ¿Le ha valorado algún equipo de valoración el grado de discapacidad/minusvalía por su migraña?	Sí	
	No	

86. ¿Tiene algún grado de discapacidad/minusvalía reconocido como consecuencia de su migraña que padece?	Sí	
	No	

87. Indique el grado de discapacidad/minusvalía reconocido en porcentaje (0-100%)	
---	--

88. ¿Recibe alguna prestación de la Seguridad Social derivada de su migraña? (puede marcar más de 1 opción)	Ninguna	
	Prestación por incapacidad permanente parcial (revisable o no)	
	Prestación por incapacidad permanente total (revisable o no)	
	Prestación por incapacidad permanente absoluta (revisable o no)	
	Prestación por incapacidad permanente de gran invalidez (revisable o no)	
	Prestación económica por incapacidad temporal	
	Prestación por lesiones permanentes no invalidantes	
	Prestación contributiva de jubilación (65 años o más)	
	Prestación no contributiva de invalidez (de 18 a 64 años)	
	Prestación no contributiva de jubilación (65 años o más)	
	No sabe / No contesta	

MIEDOS Y ESPERANZAS EN RELACIÓN CON LA MIGRAÑA

89. Indique sus miedos en relación con su migraña (puede marcar más de 1 opción)	Padecimiento de dolor	
	Empeoramiento de la enfermedad	
	Efectos secundarios a causa de la medicación	
	Padecer otras enfermedades a causa de la migraña	
	Perder la familia y los amigos	
	Limitaciones en la vida diaria	
	Imposibilidad de practicar deporte	
	Dificultades en el desarrollo personal y social	
	Dificultades en mi desarrollo laboral	
	Pérdida de empleo	
	Pérdida de calidad de vida	
	Traspasar la enfermedad a los hijos	
	Incertidumbre al futuro	
Otros (especifique, por favor)		

90. Indique sus esperanzas en relación con su migraña (puede marcar más de 1 opción)	Curar o frenar el desarrollo de la migraña	
	Reducir la frecuencia de episodios migrañosos la enfermedad	
	Eliminar el dolor	
	Mejorar la calidad de vida	
	Vivir sin limitaciones	
	Nuevos medicamentos efectivos	
	Nuevas técnicas para combatir la enfermedad	
	Mejorar la atención médica	
	Comprensión por parte de los familiares	
	Comprensión en el trabajo por parte de los compañeros y superiores	
	Mejora del estado anímico	
	Comprensión por parte de la sociedad	
	Otros (especifique, por favor)	

91. ¿Se ha perdido eventos importantes en su vida como consecuencia de su migraña? (especifique el número y aporte ejemplos)	Acontecimientos familiares (reuniones, bodas, etc.)	
	Eventos sociales (salir con amigos, cenas de empresa, etc.)	
	Eventos deportivos o culturales relevante (conciertos, partidos, competiciones, etc.)	
	Viajes	
	Práctica de deportes	
	Promoción en el puesto de trabajo	
	Reuniones de trabajo, Congresos, etc.	
	Otros (especifique, por favor)	

<p>92. En caso de que no haya visitado nunca a un especialista para su migraña, ¿cuáles han sido los motivos? (puede marcar más de 1 opción)</p>	Pensé que no me iban a comprender	
	No necesito ayuda porque me sé cuidar por mí mismo/a	
	No necesito ayuda porque me apoyo en mis familiares y amigos	
	No creo que existan profesionales lo suficientemente formados	
	Los medicamentos que utilizo no necesitan recetas	
	La migraña que sufro no tiene solución, ni tratamiento	
	En mi familia es algo habitual porque hay otras personas que la padecen	
	Otros (especifique, por favor)	

<p>93. ¿En qué medida ha impactado su migraña en su hogar y familia?</p>	Cambio de habitación	
	Divorcio o separación	
	Cambios de planes constantes	
	Cambio de vivienda	
	Reducción de la jornada laboral de mi pareja o de mis padres	
	Atención a los hijos o cuidado de los hijos	

<p>94. En los momentos que sufre un ataque de migraña, ¿cuánto dinero estaría dispuesto/a pagar para volver a la normalidad?</p>	
--	--

PREGUNTAS PARA SU FAMILIAR O PAREJA

95. ¿En qué medida le afecta la migraña de su familiar o pareja? (responda tantas como crea conveniente)	He debido cambiar de empleo	
	No podemos hacer planes	
	Me ha fastidiado las vacaciones	
	No podemos hacer ruido en casa	
	Debo salir de casa para que haya silencio	
	No podemos jugar con los niños	
	Me debo de ocupar de todas las tareas	
	Hemos perdido muchas de nuestras amistades	
	Sufro depresión o ansiedad derivada del cuidado de mi pareja o familiar	

96. ¿Es consciente de la gravedad/impacto de esta enfermedad?	Sí	
	No	

MIDAS (EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD POR MIGRAÑA)

97. ¿Cuántos días faltó al trabajo o a la escuela en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza? (si no va a la escuela o al trabajo indique 0)	
---	--

98. ¿Cuántos días disminuyó a la mitad o menos su productividad en el trabajo o escuela en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza? (no incluya los días que marcó en la pregunta anterior por faltar. Si no va a la escuela o al trabajo, marque 0)	
--	--

99. ¿Cuántos días no hizo sus quehaceres domésticos en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza?	
---	--

100. ¿Cuántos días disminuyó a la mitad o menos su productividad en los quehaceres de la casa en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza? (no incluya los días que ya contó en la pregunta anterior por no haber hecho sus quehaceres)	
101. ¿Cuántos días no pudo participar en actividades familiares, sociales y de diversión en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza?	
102. ¿Cuántos días sufrió dolor de cabeza en los últimos 3 meses? (si un ataque duró más de un día cuente cada día)	
103. En una escala de 0 a 10, ¿qué tan intensos fueron esos dolores de cabeza en promedio? (0: ningún dolor, 10: el peor dolor imaginable)	

HANNA

Cuestionario de evaluación de necesidades provocadas por la cefalea

104. Me he sentido ansioso o preocupado en espera de tener otra crisis grave de dolor	¿Con qué frecuencia ocurre el problema?	
	¿Cuánto le molesta ese problema?	
105. Me siento deprimido, desanimado por mis dolores de cabeza	¿Con qué frecuencia ocurre el problema?	
	¿Cuánto le molesta ese problema?	
106. Siento que no tengo control sobre mí debido a los dolores de cabeza	¿Con qué frecuencia ocurre el problema?	
	¿Cuánto le molesta ese problema?	
107. Tengo poca energía; me siento más cansado de lo habitual debido al dolor	¿Con qué frecuencia ocurre el problema?	
	¿Cuánto le molesta ese problema?	

108. Funciono y trabajo (atención, concentración, etc.) a un nivel más bajo de lo habitual debido a los dolores	¿Con qué frecuencia ocurre el problema?	
	¿Cuánto le molesta ese problema?	

109. He sentido que mis actividades familiares y sociales se encuentran limitadas por mis dolores de cabeza	¿Con qué frecuencia ocurre el problema?	
	¿Cuánto le molesta ese problema?	

110. He sentido que mi vida se centra o gira alrededor de mis dolores de cabeza	¿Con qué frecuencia ocurre el problema?	
	¿Cuánto le molesta ese problema?	

HAD

(hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada))

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta. En este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

111. Me siento tenso/a o nervioso/a	Casi todo el día	
	Gran parte del día	
	De vez en cuando	
	Nunca	

112. Sigo disfrutando de las cosas como siempre	Igual que antes	
	No tanto como antes	
	Solamente un poco	
	Ya no disfruto con nada	

113. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder	Sí, y muy intenso	
	Sí, pero no muy intenso	
	Sí, pero no me preocupa	
	No siento nada de eso	

114. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas	Igual que siempre	
	Actualmente, algo menos	
	Actualmente, mucho menos	
	Actualmente, en absoluto	
115. Tengo la cabeza llena de preocupaciones	Casi todo el día	
	Gran parte del día	
	De vez en cuando	
	Nunca	
116. Me siento alegre	Nunca	
	Sólo en algunas ocasiones	
	A menudo	
	Muy a menudo	
117. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquila y relajadamente	Siempre	
	A menudo	
	Raras veces	
	Nunca	
118. Me siento lento/a y torpe	Gran parte del día	
	A menudo	
	A veces	
	Nunca	
119. He sentido que mis actividades familiares y sociales se encuentran limitadas por mis dolores de cabeza	Nunca	
	Solo en algunas ocasiones	
	A menudo	
	Muy a menudo	

120. He perdido el interés por mi aspecto personal	Completamente	
	No me cuido como debería hacerlo	
	Es posible que no me cuide como debiera	
	Me cuido como siempre lo he hecho	

121. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme	Realmente mucho	
	Bastante	
	No mucho	
	Nunca	

122. Tengo ilusión por las cosas	Como siempre	
	Algo menos que antes	
	Mucho menos que antes	
	En absoluto	

123. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor	Muy a menudo	
	Con cierta frecuencia	
	Raramente	
	Nunca	

124. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión	A menudo	
	Algunas veces	
	Pocas veces	
	Casi nunca	

FIN DEL CUESTIONARIO

Muchas gracias por haber participado

ANEXO II

Precios unitarios

ANEXOS

Precios unitarios

Tabla 1. Precios unitarios: visita a profesionales sanitarios

	EUROS (2017)
Primera consulta atención primaria	63,11
Consulta sucesiva atención primaria	35,00
Primera consulta especialista	145,43
Consulta sucesiva especialista	85,17
Fisioterapia	21,93

Tabla 2. Precios unitarios: pruebas diagnósticas

	EUROS (2017)
Resonancia magnética de la cabeza (RM)	293,60
Tomografía computarizada de la cabeza (TAC)	184,39
Punción lumbar para estudios LCR (líquido céfaloraquídeo)	311,05

Tabla 3. Precios unitarios: uso Urgencias

	EUROS (2017)
Urgencias hospitalarias	187,50

Tabla 4. Precios unitarios: ingresos hospitalarios

	EUROS (2017)
Ingresos hospitalarios por cefaleas	2.683,06

Tabla 5. Precios unitarios: ganancia por hora normal de trabajo en España

SEXO	OCUPACIÓN	EUROS (2017)
Mujer	Alta	18,60
	Media	10,50
	Baja	9,52
	Todas las ocupaciones	13,49
Hombres	Alta	22,24
	Media	12,99
	Baja	12,11
	Todas las ocupaciones	15,76

Fuente: INE. Encuesta de Estructura Salarial. Resultados de la encuesta anual (2017)

Alta incluye:

- Directores y gerentes (código 1 de la CNO-11)
- Técnicos y profesionales científicos e intelectuales (código 2 de la CNO-11)
- Técnicos y profesionales de apoyo (código 3 de la CNO-11)

Media incluye:

- Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina (código 4 de la CNO-11)
- Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores (código 5 de la CNO-11)
- Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero (código 6 de la CNO-11)
- Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción excepto los operadores de instalaciones y maquinaria (código 7 de la CNO-11)

Baja incluye:

- Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores (código 8 de la CNO-11)
- Ocupaciones elementales (código 9 de la CNO-11)

Tabla 6. Índice de precios de consumo. Base 2016. Medias anuales

Año	MEDIA ANUAL								
	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
0611 Productos farmacéuticos	100,751	100,000	101,238	101,431	100,490	81,533	72,447	77,058	81,336

Fuente: INE. Índice de precios de consumo (productos farmacéuticos) de 2009 a 2017. Base 2016 (2017)

Gráfico 1. Índice de precios de consumo (IPC). 0611 Productos farmacéuticos. Media anual

Fuente: INE. Índice de precios de consumo (Productos farmacéuticos) de 2009 a 2017. Base 2016 (2017)



Con la colaboración de:

