MIGRAÑA
AQUÍ
Y AHORA

La ilustración de Pep Carrió que se presenta en portada simboliza la esencia de la publicación “Migraña, aquí y ahora”, a través de una poderosa metáfora visual: cada llave antigua sobre la cabeza del maniquí representa una vía diferente de acceso para comprender esta compleja patología. La cabeza como lienzo central evoca inmediatamente el sitio donde se sufre el dolor, mientras que las llaves distribuidas sobre ella simbolizan los distintos enfoques —clínico, sanitario, social y del paciente— necesarios para desbloquear el conocimiento completo sobre la migraña. La disposición de las llaves sugiere además cómo algunos factores inciden especialmente en la relación del paciente con su enfermedad, mientras otros conforman el contexto social y sanitario en el que la migraña es experimentada, tratada y comprendida.

Esta obra de Carrió (1963) resulta particularmente apropiada porque la filosofía artística de este autor busca establecer conexiones que amplíen nuestra comprensión de la realidad. Así como el científico descubre relaciones existentes, Carrió crea nuevas conexiones que ensanchan la realidad, exactamente lo que pretende este trabajo sobre migraña: ofrecer múltiples llaves o perspectivas que, en conjunto, abren las puertas a un entendimiento más completo de esta enfermedad.

MIGRAÑA

AQUÍ

Y AHORA

Edición Técnica
Healthy Numbers

Dirección de arte y diseño
Errea

Ilustración de portada
Pep Carrió

Con el aval científico de la **Sociedad Española de Neurología** (SEN)

Con el aval de la **Asociación Española de Migraña y Cefalea** (AEMICE)

Depósito Legal: M-6725-2025

AVISO LEGAL. Este documento ha contado con la financiación de Pfizer SLU. Pfizer no garantiza ni se hace responsable de la exactitud, actualidad o exhaustividad de los contenidos de este Documento sobre "Migraña, aquí y ahora". Las opiniones de Pfizer no tienen por qué ser coincidentes con las opiniones, recomendaciones o manifestaciones realizadas por los profesionales de la salud, expertos u otras personas que han colaborado en la elaboración de dicho Documento. Esta información se proporciona en respuesta a una prioridad de interés público y se considera veraz, precisa, equilibrada, imparcial y no engañosa. Es apoyada por los datos científicos pertinentes, incluidos datos de seguridad, y ha sido elaborada para responder a una pregunta específica; no se trata de promoción.

ÍNDICE

1 Clínica
P. 9

2 Sanidad
P. 21

3 Paciente
P. 29

4 Sociedad
P. 37

La migraña es una enfermedad que afecta a millones de personas en todo el mundo (unos 5 millones en España y 41 millones en Europa), y que causa no solo un impacto clínico significativo, sino una severa afección en las dimensiones personales y sociales de los pacientes que la padecen. Se trata de una enfermedad neurológica crónica que es mucho más que un dolor de cabeza. Se caracteriza por dolores de cabeza recurrentes que a veces están acompañados por otros síntomas, como náuseas, vómitos, y sensibilidad a la luz y al ruido. La duración de los episodios de migraña puede variar de 4 a 72 horas. Pueden ocurrir tan a menudo como varias veces por semana, o con menor frecuencia, incluso sólo una vez al año. Típicamente, afectan un lado de la cabeza, aunque algunos episodios de migraña pueden afectar a ambos lados. Las personas con migraña también pueden experimentar síntomas asociados, como movimientos y sensaciones anormales en la cara, brazos y piernas, así como ansiedad, depresión y cambios frecuentes en el estado de ánimo.

La migraña supone para la mayoría de las personas que la sufren un trastorno de su capacidad para realizar actividades diarias, desempeñar un trabajo, formarse, disfrutar del ocio, acceder a la cultura o simplemente tener una vida como otras prsonas. En efecto, las implicaciones sociales de la migraña pueden ser muy significativas para aquellos que la padecen. Ciertos síntomas asociados al dolor de cabeza característico de la migraña, como la fatiga y los cambios en el estado de ánimo, pueden hacer que las actividades sociales sean difíciles. Los problemas que surgen como consecuencia del dolor pueden afectar al bienestar emocional de la persona, o causar aislamiento y ansiedad, lo cual a su vez puede exacerbar la propia migraña. Las mujeres son hasta tres veces más propensas a sufrir migrañas que los hombres, según un patrón epidemiológico que está bien acreditado. La migraña también puede empeorar durante el embarazo, la menopausia y la terapia de reemplazo hormonal. Los síntomas típicos de la migraña en las mujeres incluyen dolores de cabeza intensos, sensibilidad a la luz y al ruido, náuseas y vómitos. Algunas mujeres pueden experimentar síntomas premonitorios, como visión borrosa o problemas de equilibrio, antes de un ataque de migraña.

Como enfermedad crónica, la migraña representa una exigencia significativa sobre los recursos y dispositivos asistenciales sanitarios y sociales, tanto directa como indirectamente. Por un lado, los gastos directos se requieren para cumplimentar pruebas diagnósticas, exámenes y tratamientos necesarios para controlar los síntomas de la migraña, o incluso prevenirlos. Por otro lado, el sistema de protección social afronta por esta causa gastos indirectos como los relacionados con las ausencias en el trabajo, el absentismo, la discapacidad o la incapacidad para realizar determinadas tareas. Las personas que sufren migrañas pueden tomar medidas activas para reducir el efecto negativo de esta enfermedad en su vida habitual. Esto puede incluir cambios en sus estilos de vida, utilizar adecuadamente los tratamientos necesarios para controlar los síntomas, buscar apoyo y comprensión de los demás, o encontrar actividades sociales que sean compatibles con su situación.

Las oportunidades para prevenir la migraña abarcan diversos elementos, desde la modificación de algunos estilos de vida hasta el uso de medicamentos específicos. Pero con ser relevante el papel del paciente en el control de su enfermedad, esto no es todo. El sistema sanitario debería desempeñar una función más activa y eficaz en la reducción del impacto de la migraña, mediante mejoras en las pautas de acceso a los recursos clínicos que son necesarios. En muchas ocasiones, los pacientes experimentan la sensación de que sufren una enfermedad invisible para el sistema, en la que se constatan carencias y donde se identifican áreas de mejora que deberían abordarse. Paralelamente, el conjunto de la sociedad está llamado a promover medidas integrales que mejoren la situación de los pacientes, y para ello se debe valorar adecuadamente la repercusión y el impacto que esta patología conlleva en todas sus distintas dimensiones.

Este documento tiene como objetivo proporcionar un conjunto de hechos claros y concisos que permitan entender y analizar mejor el impacto que tiene esta enfermedad en nuestro entono, a través de sus dimensiones clínicas, sanitarias, sociales y del propio paciente, para que a partir de ahí se pueda emplear información objetiva para la adopción de decisiones informadas y oportunidades de mejora que lleguen a los pacientes.

1

CLÍNICA

Aspectos relacionados con la caracterización clínica de la migraña y su dimensión médica.

QUÉ ES Y QUÉ TIPOS DE MIGRAÑA HAY

La migraña es un tipo de **cefalea primaria** que se manifiesta a través de episodios recurrentes de dolor de cabeza, de localización habitualmente unilateral.

Es una enfermedad neurológica compleja, caracterizada por ataques de dolor de cabeza moderados a severos recurrentes que generalmente duran de unas horas a unos pocos días. Se describen tres tipos principales: migraña sin aura, migraña con aura y migraña crónica

La **migraña sin aura** se caracteriza por episodios recurrentes de dolor de cabeza de intensidad moderada o severa, que dura habitualmente entre 4 a 72 horas sin tratamiento, habitualmente de localización unilateral, y que se percibe como un latido o pulsación que empeora con la actividad física.

Durante las crisis, el dolor puede acompañarse de náuseas, vómitos y/o intolerancia a la luz y al sonido.

Atendiendo a la frecuencia de las crisis, la migraña se puede clasificar en episódica (si el paciente tiene menos de 14 días de dolor al mes) o crónica (con 15 o más días de dolor al mes). Los pacientes con **migraña episódica** pueden clasificarse en migraña episódica de baja frecuencia (menos de 8 crisis al mes) o de alta frecuencia (cuando padecen entre 8 y 14 días de migraña al mes).

La **migraña con aura** se caracteriza por crisis recurrentes con síntomas visuales, sensitivos o del sistema nervioso central (como el aura) reversibles, de duración inferior a una hora, y que normalmente están seguidos de la cefalea y los síntomas asociados a la migraña.

15 días

La **migraña crónica** se corresponde con el dolor de cabeza que aparece durante 15 o más días al mes durante más de tres meses, y que, al menos durante 8 días al mes, presenta características de cefalea migrañosa.

→ Headache classification committee of the international headache society (IHS) the international classification of headache disorders, 3rd edition. Cephalalgia [Internet]. 2018;38(1):1-211. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/0333102417738202

La palabra “migraña” tiene su origen en el término latino “hemicrania”, que a su vez proviene del griego “ἡμικρανία” (hemikranía). Hacía referencia al dolor que afecta a una mitad de la cabeza, característica común de estos dolores. A lo largo del tiempo, “hemicrania” pasó al francés antiguo como “migraine”, simplificando y adaptando el término original. Luego, el vocablo llegó al español como “migraña”, manteniendo el significado relacionado con el dolor de cabeza unilateral.

Su uso en español está documentado ya en el siglo XIII, y se encuentra con relativa frecuencia en los textos médicos bajomedievales.

→ Dicciomed: Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico [Internet]. Usal.es. Disponible en: https://dicciomed.usal.es/palabra/migrana

☛ La migraña es una enfermedad neurológica compleja caracterizada por ataques recurrentes de dolor de cabeza de intensidad moderada a severo. Existen tres tipos principales: sin aura, con aura y crónica. La migraña sin aura se caracteriza por episodios recurrentes de dolor de cabeza unilateral, que empeora con la actividad física, acompañado de naúseas, vómitos y/o intolerancia a la luz y al sonido. La migraña con aura se caracteriza por crisis reversibles con síntomas visuales, sensitivos o del sistema nervioso central. La migraña crónica se determina como tal cuando se presenta con dolor de cabeza durante 15 o más días al mes durante más de tres meses.

51%

En términos comparativos, la **prevalencia en Europa** del conjunto de las cefaleas se calcula en el 51%, la de la migraña en particular en el 14%, y la de las cefaleas crónicas (con dolor más de 15 días al mes), en el 4%.

→ Stovner LJ, Zwart J-A, Hagen K, Terwindt GM, Pascual J. Epidemiology of headache in Europe. Eur J Neurol [Internet]. 2006;13(4):333-45. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-1331.2006.01184.x

Es frecuente que los pacientes con migraña tengan **antecedentes familiares**. Un estudio de 2016 que analizó datos de más de 375.000 individuos confirmó la naturaleza poligénica de la migraña y estimó una **heredabilidad** del 44%. Sin embargo, estas estimaciones pueden variar dependiendo de la población estudiada, el método de estudio utilizado, y cómo se define y diagnostica la migraña en cada estudio.

→ Gormley P, Anttila V, Winsvold BS, Palta P, Esko T, Pers TH, et al. Meta-analysis of 375,000 individuals identifies 38 susceptibility loci for migraine. Nat Genet [Internet]. 2016; 48(8):856-66. Disponible en: https://www.nature.com/articles/ng.3598

Se han identificado hasta 123 loci (lugares en el ADN) relacionados con el riesgo de padecer migraña, que condicionan los diferentes subtipos. Las anotaciones genómicas entre las variantes de la migraña muestran que tanto el **sistema vascular** como el **sistema nervioso** central están involucrados en la patofisiología de esta enfermedad.

→ Hautakangas H, Winsvold BS, Ruotsalainen SE, Bjornsdottir G, Harder AVE, Kogelman LJA, et al. Genome-wide analysis of 102,084 migraine cases identifies 123 risk loci and subtype-specific risk alleles. Nat Genet [Internet]. 2022;54(2):152-60. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1038/s41588-021-00990-0

Los **biomarcadores en la migraña** son un área de investigación activa y en evolución. Varios tipos de moléculas y sustancias han sido estudiados como posibles biomarcadores para la migraña, aunque es importante saber que la identificación de biomarcadores definitivos y universalmente aceptados no está bien establecida. El péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) es unos de los más estudiados, y se sabe que los niveles de CGRP se elevan durante los ataques de migraña.

→ Pellesi L, Guerzoni S, Pini LA. Spotlight on anti-CGRP monoclonal antibodies in migraine: The clinical evidence to date. Clin Pharmacol Drug Dev [Internet]. 2017;6(6):534-47. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1002/cpdd.345

Los pacientes con **migraña crónica** muestran patrones alterados en potenciales evocados somatosensoriales, visuales y relacionados con el dolor. A nivel neuroquímico, hay evidencia de cambios que ocurren en el cerebro cuando la migraña se vuelve crónica, particularmente relacionados con neuropéptidos como el CGRP (péptido relacionado con el gen de la calcitonina). Los **niveles de CGRP en sangre periférica y saliva se han encontrado elevados** en pacientes con migraña crónica en comparación con controles sanos y pacientes con migraña episódica.

→ Pozo-Rosich P, Coppola G, Pascual J, Schwedt TJ. How does the brain change in chronic migraine? Developing disease biomarkers. Cephalalgia [Internet]. 2021;41(5):613-30. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/0333102420974359

La existencia de una **susceptibilidad genética** a padecer migraña determina también una mayor sensibilidad a padecer otros tipos de cefaleas.

→ Rasmussen BK, Olesen J. Symptomatic and nonsymptomatic headaches in a general population. Neurology [Internet]. 1992;42(6):1225-1225. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1212/wnl.42.6.1225

Su **fisiopatología** está en continuo estudio. Se ha descrito la existencia de una alteración del procesamiento de los estímulos dolorosos, la activación del denominado sistema trigéminovascular y la liberación de diferentes neuropéptidos con efecto vasodilatador y proinflamatorio (como el péptido regulador del gen de la calcitonina o CGRP).

→ Charles A. The pathophysiology of migraine: implications for clinical management. Lancet Neurol [Internet]. 2018; 17(2):174-82. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29229375/

☛ La migraña puede considerarse como una **enfermedad común** si atendemos al nivel de afectación que genera en la población, con una prevalencia del 14% en Europa. Aunque sus causas no están bien determinadas, se ha comprobado que hay una heredabilidad del 42% de los casos, y en ella se han implicado hasta más de 100 loci (lugares en el ADN) que parecen estar relacionados con un mayor riesgo de padecer migraña. La fisiopatología sigue siendo estudiada, y se han descrito distintas vías relacionadas con ella, como la alteración en el procesamiento de los estímulos dolorosos o la activación del sistema trigéminovascular y la liberación de diferentes neuropéptidos.

COMORBILIDADES

Las **comorbilidades más habituales de la migraña** pueden consistir en trastornos cardiológicos y vasculares, enfermedades neurológicas, trastornos mentales, trastornos del sueño, enfermedades inflamatorias y dolor crónico de diversa localización, entre otras.

→ Burch RC, Buse DC, Lipton RB. Migraine: Epidemiology, burden, and comorbidity. Neurol Clin [Internet]. 2019;37(4):631-49. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.ncl.2019.06.001

También puede acompañarse de otros tipos clínicos de cefaleas, especialmente en pacientes con **migraña crónica**.

→ Buse DC, Reed ML, Fanning KM, Bostic R, Dodick DW, Schwedt TJ, et al. Comorbid and co-occurring conditions in migraine and associated risk of increasing headache pain intensity and headache frequency: results of the migraine in America symptoms and treatment (MAST) study. J Headache Pain [Internet]. 2020; 21(1). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32122324/

La aparición de la migraña suele estar asociada con **síntomas prodrómicos**, que pueden comenzar hasta dos días antes de una **crisis dolorosa con o sin aura**. Entre ellos se incluye el cansancio, la dificultad para concentrarse, la rigidez cervical, la sensibilidad a la luz o al ruido, las náuseas, la visión borrosa, los bostezos o la palidez. Una vez finalizada la crisis se describen síntomas postdrómicos, representados por sensación de cansancio, depresión, avidez por determinados alimentos, bostezos repetidos, rigidez cervical, dificultad para concentrarse y otros síntomas cognitivos.

→ Headache classification committee of the international headache society (IHS) the international classification of headache disorders, 3rd edition. Cephalalgia [Internet]. 2018;38(1):1-211. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/0333102417738202

81%

El dolor que conlleva la migraña suele desaparecer gradualmente y, una vez que este ha desaparecido, hay síntomas subjetivos que pueden persistir durante un tiempo. El 81% de los pacientes reportaron al menos un **síntoma postdrómico**.

Los síntomas postdrómicos más comunes son sensación de cansancio o debilidad, dificultades de concentración, rigidez de cuello, embotamiento mental o "niebla mental" y dificultades para leer o comprender.

→ Giffin NJ, Lipton RB, Silberstein SD, Olesen J, Goadsby PJ. The migraine postdrome: An electronic diary study. Neurology [Internet]. 2016;87(3):309-13. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0000000000002789

La mayor parte de los pacientes con migraña crónica presentan algún antecedente de migraña episódica.

→ Lipton RB, Manack Adams A, Buse DC, Fanning KM, Reed ML. A comparison of the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) study and American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) study: Demographics and headacherelated disability: Research submission. Headache [Internet]. 2016;56(8):1280-9. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/ head.12878

Las personas con migraña tiene más probabilidades de presentar **otras alteraciones de su salud** en comparación con personas sin migraña. Entre ellas, insomnio, depresión, ansiedad, úlceras estomacales o sangrado gastrointestinal, angina (dolor

en el pecho) y epilepsia. Además, cuanto más intensos y frecuentes sean los dolores de cabeza por migraña, mayor era el riesgo de tener problemas relacionados con procesos inflamatorios (como psoriasis o alergias), trastornos psiquiátricos y dificultades para dormir.

→ Buse DC, Reed ML, Fanning KM, Bostic R, Dodick DW, Schwedt TJ, et al. Comorbid and co-occurring conditions in migraine and associated risk of increasing headache pain intensity and headache frequency: results of the migraine in America symptoms and treatment (MAST) study. J Headache Pain [Internet]. 2020; 21(1). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32122324/

La migraña es, en sí misma, un factor de riesgo relacionado con los **accidentes cerebrovasculares**. El riesgo es mayor en personas que tienen migraña con aura.

→ NIH. Biblioteca Nacional de Medicina. Migraña. MedlinePlus. Información de salud para usted. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000709.htm.

El 51% de las personas con migraña padecen **estrés**; el 37%, **insomnio**; el 30% sufren **depresión**; y el 22%, **ansiedad**. La depresión y el insomnio asociados son más frecuentes en mujeres que en hombres.

→ Sevillano García MD, Manso Calderón R, Cacabelos Pérez P. Comorbilidad en la migraña: depresión, ansiedad, estrés y trastornos del sueño. Rev Neurol [Internet]. 2007;45(07):400. Disponible en: http://dx.doi.org/10.33588/rn.4507.2007122

DIAGNÓSTICO Y FACTORES DE RIESGO

90%

La mayoría de las cefaleas conocidas (el 90%) son **primarias**, esto es, que constituyen por sí mismas la enfermedad y no son secundarias a ninguna patología o lesión cerebral. La migraña y la cefalea tensional representan aproximadamente el 90% del total de los casos de cefaleas primarias. El **diagnóstico de la migraña es clínico** y se basa en los datos obtenidos en la entrevista con el paciente o anamnesis. La anamnesis debe ser detallada y seguir un orden lógico con dos objetivos: **diferenciar las cefaleas primarias de las secundarias** y disponer de datos suficientes para diagnosticar cada tipo y subtipo de cefalea primaria.

→ Grupo de Estudios de Cefaleas. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología [Internet]. Ediciones SEN; 2022. Disponible en: http://cefaleas.sen.es/pdf/GuiaCefaleaAtencionPrimaria.pdf

Como **factores de riesgo** para la progresión de la migraña episódica a migraña crónica, se han descrito factores variados como la elevada frecuencia de las crisis, depresión, escasos recursos económicos o uso excesivo de medicación sintomática, entre otros. También, la existencia de eventos vitales estresantes o la presencia de náusea persistente en los ataques de migraña, o la concurrencia con síntomas de asma.

→ Grupo de Estudios de Cefaleas. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones diagnóstico terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología [Internet]. Ediciones SEN.; 2020. Disponible en: https:// www.sen.es/pdf/2020/ManualCefaleas2020.pdf

La migraña es una enfermedad que conlleva **comorbilidades psíquicas** como ansiedad, depresión y estrés.

☛ El 51% de las personas con migraña sufren estrés, el 37% insomnio, el 30% depresión y el 22% ansiedad. Estos síntomas son más frecuentes en mujeres. El diagnóstico se realiza a través de una entrevista clínica. Factores de riesgo para la progresión de la migraña episódica a crónica incluyen depresión, escasos recursos económicos, uso excesivo de medicación sintomática, eventos vitales estresantes o náusea persistente.

50%

Las **estrategias preventivas multidisciplinarias** pueden conducir a una reducción del 50% o más en la frecuencia de la migraña en muchos pacientes. La combinación de **intervenciones farmacológicas y no farmacológicas** es clave para el manejo efectivo de la migraña. La educación del paciente y el seguimiento clínico son fundamentales para optimizar los resultados.

→ Ashina M, Buse DC, Ashina H, Pozo-Rosich P, Peres MFP, Lee MJ, et al. Migraine: integrated approaches to clinical management and emerging treatments. Lancet [Internet]. 2021;397(10283):1505-18. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/ S0140-6736(20)32342-4

TRATAMIENTO

El tratamiento farmacológico se divide en dos tipos: **el tratamiento sintomático** y **el tratamiento preventivo**. El tratamiento sintomático o tratamiento de las crisis incluye fármacos de diverso tipo: inespecíficos, como los analgésicos o antinflamatorios no esteroideos, y específicos, como triptanes o ergóticos. El tratamiento preventivo se utiliza para reducir la frecuencia e intensidad de las crisis de migraña, e incluye una serie de fármacos que se administran por vía oral, la infiltración de toxina botulínica en diferentes puntos de cabeza y cuello, y los anticuerpos monoclonales frente al CGRP o su receptor.

→ Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). Guía Práctica de Cefaleas [Internet]. Medea, Medical Education.; 2021. Disponible en: https://www.saneurologia.org/wp-content/uploads/ 2021/02/Guia-Práctica-Cefaleas-SANCE-2021.pdf

El tratamiento preventivo también puede tener efectos favorables relacionados con el control sintomático que se aborda en la fase aguda, y para **prevenir la cronificación de la migraña**.

→ Grupo de Estudios de Cefaleas. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología [Internet]. Ediciones SEN; 2022. Disponible en: http://cefaleas.sen.es/pdf/GuiaCefaleaAtencionPrimaria.pdf

Recientemente, una nueva clase de medicamentos, los llamados **antagonistas del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina**, han mostrado eficacia en el tratamiento y prevención de esta enfermedad. actúan bloqueando la acción de una sustancia natural del cuerpo que causa los dolores de la migraña.

→ Brain SD, Russo AF, Hay DL. Editorial: Calcitonin gene-related peptide: Novel biology and treatments. Front Physiol [Internet]. 2022; 13. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3389/fphys.2022.964568

Los **objetivos amplios del tratamiento preventivo** son varios: reducir la frecuencia de los ataques, la gravedad, la duración y los síntomas relacionados con la migraña, la discapacidad asociada, mejorar la capacidad de respuesta al tratamiento agudo y reducir el impacto económico de la enfermedad.

→ The American Headache Society Position Statement On Integrating New Migraine Treatments Into Clinical Practice. Headache [Internet]. 2019;59(4):1-18. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1111/head.13506

El tratamiento preventivo se recomienda para **pacientes con 3 o más crisis de migraña al mes**. También se puede considerar para pacientes con menos crisis pero que experimenten episodios prolongados, de gran intensidad o que no respondan al tratamiento de las crisis.

→ Grupo de Estudios de Cefaleas. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología [Internet]. Ediciones SEN; 2022. Disponible en: http://cefaleas.sen.es/pdf/GuiaCefaleaAtencionPrimaria.pdf

La **continuidad en el tratamiento** preventivo propicia la disminución de la discapacidad relacionada con el dolor de cabeza, previene la progresión de la migraña y mejora los resultados medidos al nivel del paciente.

→ Blumenfeld AM, Bloudek LM, Becker WJ, Buse DC, Varon SF, Maglinte GA, et al. Patterns of use and reasons for discontinuation of prophylactic medications for episodic migraine and chronic migraine: Results from the second international burden of migraine study (IBMS-II). Headache [Internet]. 2013; 53(4):644-55. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23458496/

La migraña es el tipo de cefalea que con más frecuencia deviene en abuso de medicación. Los opiáceos y barbitúricos, la cafeína y los triptanes son los fármacos que más típicamente, y en un menor tiempo, favorecen la cronificación de la cefalea.

→ Grupo de Estudios de Cefaleas. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones diagnóstico terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología [Internet]. Ediciones SEN.; 2020. Disponible en: https://www.sen.es/pdf/2020/ManualCefaleas2020.pdf

☛ La migraña ha tenido tradicionalmente diversos abordajes terapéuticos. Se trata con fármacos inespecíficos, específicos, preventivos, mediante infiltración de toxina botulínica, anticuerpos monoclonales, antagonistas del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina y otros. El objetivo del tratamiento es **reducir la sintomatología aguda** y, en su vertiente preventiva, la frecuencia y gravedad de los ataques, la duración y los síntomas relacionados. También es un objetivo de los tratamientos reducir el impacto económico y la afectación general de la enfermedad. El abuso de medicación puede provocar cronificación de la cefalea.

②

SANIDAD

Aspectos relacionados con las repercusiones sanitarias de la migraña, en su vertiente asistencial y de requerimientos para su prevención, diagnóstico y tratamiento.

REPERCUSIÓN MUNDIAL

En todo el mundo, la migraña es la tercera enfermedad más común.

→ GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet [Internet]. 2020;396(10258):1204-22. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9

1.000

Afecta aproximadamente a **mil millones de personas** en todos los países.

→ Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet [Internet]. 2020; 396(10258):1204-22. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33069326/

Es la la **segunda causa de discapacidad** dentro del conjunto global de las enfermedades.

→ On behalf of Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache, Steiner TJ, Stovner LJ, Jensen R, Uluduz D, Katsarava Z. Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. J Headache Pain [Internet]. 2020;21(1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s10194-020-01208-0

La migraña es el motivo neurológico de consulta más frecuente en nuestro entorno sanitario.

→ Guerrero ÁL, Rojo E, Herrero S, Neri MJ, Bautista L, Peñas ML, et al. Characteristics of the first 1000 headaches in an outpatient headache clinic registry: February 2011. Headache [Internet]. 2011; 51(2):226-31. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21284608/

14%

La migraña afecta, aproximadamente, al **14% de la población mundial**, y se considera que está presente en casi el 19% de las mujeres y en casi el 10% de los hombres. Tiene su mayor la prevalencia en Europa, seguida del sudoeste asiático y, en menor proporción, en el continente africano.

→ Stovner LJ, Nichols E, Steiner TJ, Abd-Allah F, Abdelalim A, Al-Raddadi RM, et al. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurol [Internet]. 2018; 17(11):954-76. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ 30353868/

☛ La migraña **es una enfermedad muy común** a nivel mundial, afectando aproximadamente a mil millones de personas. Es la segunda causa de discapacidad en el mundo y la principal causa de consulta neurológica en los sistemas sanitarios occidentales. La prevalencia de la migraña es mayor en Europa, seguida del sudoeste asiático y, en menor proporción, en el continente africano.

EUROPA Y ESPAÑA

17%-8%

En Europa, afecta aproximadamente al **14% de la población general**, a un 17% de las mujeres y a un 8% de los hombres. En cuanto a la prevalencia en niños y jóvenes, los estudios que los incluyen son mucho más escasos, con resultados que indican que el 9% de los niños y jóvenes padecen migraña, siendo algo más frecuente en el sexo femenino (9%) que en el masculino (5%).

→ GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet [Internet]. 2020;396(10258):1204-22. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9

La migraña afecta aproximadamente al **14.4% de la población a nivel mundial**. Hay una marcada diferencia en la prevalencia entre mujeres y hombres, siendo la migraña alrededor de tres veces más frecuente en mujeres que en hombres. En los países occidentales la prevalencia

en mujeres suele oscilar entre el 15% y el 20%, mientras que en hombres se sitúa en torno al 5% a 8%.

→ GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet [Internet]. 2020;396(10258): 1204-22. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9

80%

En España, se estima que **5 millones de personas** padecen esta enfermedad, lo que supone un 12% de la población general. De ellas, aproximadamente el 80% son mujeres.

→ 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 [Internet]. 2011; 31(4):463-70. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20819843/

Otros estudios realizados confirman el dato de que aproximadamente el 80% de quienes padecen migraña en España son mujeres.

→ Grupo de Investigación Health & Territory (HTR) de la Universidad de Sevilla y Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018 [Internet]. Editorial Universidad de Sevilla.; 2018. Disponible en: https://editorial.us.es/es/detalle-libro/720013/impacto-ysituacion-de-la-migrana-en-espana-atlas-2018

20

Las cifras de prevalencia de la migraña en España no han cambiado en un periodo de 20 años.

→ 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 [Internet]. 2011; 31(4):463-70. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20819843/

Este dato es coherente con estudios similares desarrollados en otros países.

→ Stovner LJ, Nichols E, Steiner TJ, Abd-Allah F, Abdelalim A, Al-Raddadi RM, et al. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet Neurol [Internet]. 2018; 17(11):954-76. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ 30353868/

☛ La migraña afecta al 14% de la población europea, siendo más común en mujeres (17%) que en hombres (8%). En España, se estima que 5 millones de personas padecen esta enfermedad, lo que supone un 12% de la población general, siendo el 80% mujeres. La tasa de incidencia en España es de 4 por cada 1.000 habitantes, y no ha cambiado en los últimos 20 años, lo que es congruente con estudios similares en otros países.

CONSULTA, DIAGNÓSTICO, COSTES Y TRATAMIENTO

En el 80% de los pacientes con migraña crónica se requiere una **consulta de neurología** para llegar al diagnóstico, y datos registrados de actividad asistencial muestran que este se demora más allá de 7 años tras la aparición de los primeros síntomas.

→ Grupo de Investigación Health & Territory (HTR) de la Universidad de Sevilla y Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018 [Internet]. Editorial Universidad de Sevilla.; 2018. Disponible en: https://editorial.us.es/es/detalle-libro/720013/impacto-ysituacion-de-la-migrana-en-espana-atlas-2018

75%

En España, el 75% de los pacientes con migraña tarda **más de 2 años en obtener un diagnóstico**.

→ SEN. 12 de septiembre: Día Mundial de Acción contra la Migraña [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link278.pdf

Otros estudios establecen que en España un paciente puede tardar hasta más de 6 años en recibir el diagnóstico.

→ Grupo de Investigación Health & Territory (HTR) de la Universidad de Sevilla y Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018 [Internet]. Editorial Universidad de Sevilla.; 2018. Disponible en: https://editorial.us.es/es/detalle-libro/720013/impacto-ysituacion-de-la-migrana-en-espana-atlas-2018

14%

En algunos casos, pueden pasar hasta 14 años desde la primera crisis de migraña hasta la primera consulta con el neurólogo.

→ Mateos Marcos V, Porta Etessam J, Armengol Bertolín S, Larios C, Garcia Garcia M, En representación de los investiga en R de LI. Situación de partida y abordaje asistencial de la migraña en las consultas de neurología de España. Estudio PRIMERA. Rev Neurol [Internet]. 2012;55(10):577. Disponible en: http://dx.doi.org/10.33588/rn.5510.2012295

3.847,29

Los costes de la migraña para nuestro país están calculados en **3.847,29 euros de coste directo sanitario** por cada paciente con MC y 964,19 euros en el caso de pacientes con ME. En estos costes directos sanitarios, el apartado más relevante corresponde a la hospitalización, que supone 1.873,88 euros por paciente/año en MC, mientras que en la ME la cantidad más elevada corresponde al uso de los servicios de urgencia, con 296,17 euros promedio por caso.

→ Grupo de Investigación Health & Territory (HTR) de la Universidad de Sevilla y Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018 [Internet]. Editorial Universidad de Sevilla.; 2018. Disponible en: https://editorial.us.es/es/detalle-libro/720013/impacto-ysituacion-de-la-migrana-en-espana-atlas-2018

Se considera que el número y la distribución de las **unidades especializadas en migraña** del Sistema Nacional de Salud no es suficiente.

→ Pozo-Rosich P, Martínez-García A, Pascual J, Ignacio E, Guerrero-Peral ÁL, Balseiro-Gómez J, et al. Quality assurance in specialized headache units in Spain: an observational prospective study. J Headache Pain [Internet]. 2019;20(1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s10194-019-1020-1

75%

En España se ha observado que, de los pacientes con migraña que **acuden por primera vez a la consulta de Neurología**, el 75% son del sexo femenino y el 66% tiene antecedentes familiares de migraña.

Más del 60% de las personas con migraña son laboralmente activas, el 70% presenta una discapacidad grave (puntuación superior a 60 en la escala HIT-6) y casi la mitad presentan alguna comorbilidad.

→ Mateos Marcos V, Porta Etessam J, Armengol Bertolín S, Larios C, Garcia Garcia M, En representación de los investiga en R de LI. Situación de partida y abordaje asistencial de la migraña en las consultas de neurología de España. Estudio PRIMERA. Rev Neurol [Internet]. 2012;55(10):577. Disponible en: http://dx.doi.org/10.33588/rn.5510.2012295

Un porcentaje significativo de pacientes con migraña en España **no están recibiendo un tratamiento adecuado**, ya sea por falta de diagnóstico o por subutilización de tratamientos específicos y preventivos, incluso entre aquellos que experimentan dolores de cabeza frecuentes y son candidatos a terapias preventivas.

→ Pascual J, Núñez M, Panni T, Díaz-Cerezo S, Novick D, Ciudad A. Burden and unmet needs in migraine patients: Results from the OVERCOME (Spain) study. Pain Ther [Internet]. 2023;12(5):1209-20. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s40122-023-00538-6

Los neurólogos tienen una papel fundamental en el tratamiento de los dolores de cabeza complejos y de la migraña en particular. Sin embargo, la mayoría de pacientes con migraña deberían ser atendidos por su **médico de Atención Primaria** dada su prevalencia y porque la mayoría de los casos pueden ser tratados a este nivel.

→ Grupo de Estudios de Cefaleas. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología [Internet]. Ediciones SEN; 2022. Disponible en: http://cefaleas.sen.es/pdf/GuiaCefaleaAtencionPrimaria.pdf

70,5%

En España, un 70,5% de los pacientes que llegan al neurólogo y son diagnosticados de migraña, acuden **derivados por el médico de atención primaria**. Cuando se pregunta a los neurólogos quién debería realizar el diagnóstico de la migraña, la mayoría coinciden en que debe ser el médico de Atención Primaria. En esta opinión, los neurólogos coinciden con los propios médicos de Atención Primaria.

→ López-Bravo A, Bellosta-Diago E, Viloria-Alebesque A, Marín-Gracia M, Laguna-Sarriá J, Santos-Lasaosa S. Cefalea como motivo de consulta: la visión desde atención primaria. Neurologia [Internet]. 2021;36(8):597-602. Disponible en: http:// dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2018.06.003

☛ La migraña crónica requiere de una consulta de Neurología para llegar al diagnóstico, pero el 75% de los pacientes tarda más de 2 años en obtenerlo. El coste directo sanitario por cada paciente con migraña crónica es de 3.847,29 euros y 964,19 euros para los pacientes con migraña episódica. El 75% de los pacientes que acuden por primera vez a la consulta de atención especializada de neurología son del sexo femenino y el 66% tienen antecedentes familiares de migraña. El 70,5% de los pacientes diagnosticados de migraña acuden derivados por el médico de Atención Primaria y la mayoría de los neurólogos y médicos de Atención Primaria coinciden en que el diagnóstico debería ser realizado a este nivel.

③

PACIENTE

Aspectos relacionados con la dimensión propia del paciente, y su vivencia en relación con la enfermedad.

PERFIL DEL PACIENTE Y SÍNTOMAS

El perfil que define de manera más común al paciente con migraña en nuestro país es el de **una mujer de mediana edad**, con migraña episódica y en situación de desarrollo familiar y laboral.

→ Libro blanco de la migraña en España. Diversas sociedades científicas y de pacientes [Internet]. 2021. Disponible en: https:// www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2021/11/Libro_Blanco_Migrana_Espana_2021.pdf

Los pacientes con migraña sufren crisis severas que deterioran su calidad de vida, pero además pueden experimentar una **sensación de estigmatización** originada por la percepción de que los recursos sanitarios no ponderan adecuadamente su caso.

→ Young WB, Park JE, Tian IX, Kempner J. The stigma of migraine. PLoS One [Internet]. 2013; 8(1):e54074. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0054074. Results of EFNA's survey on stigma and neurological disorder – EFNA [Internet]. Efna.net. Disponible en: https://www.efna.net/survey2020/

Los síntomas principales de la migraña (cefalea, malestar, náuseas, vómitos, intolerancia a la luz, olores o sonidos, entre otros), producen una **importante limitación en la actividad cotidiana** de quien las sufre, obligando a reducirla en más del 50% al 70% de las ocasiones, y precisando reposo en cama hasta en el 20 al 30% de los casos.

→ Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed ML, Stewart WF, et al. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. Neurology [Internet]. 2011;77(21):1905-1905. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1212/01.wnl.0000407977.35054.34

Algunos pacientes presentan el fenómeno de la **ansiedad anticipatoria**, es decir, miedo permanente a que sobrevengan nuevas crisis y se experimenten sucesivas imitaciones. Esta situación repercute en el estado de ánimo, generando mayor ansiedad y agravando la enfermedad.

→ Adams AM, Serrano D, Buse DC, Reed ML, Marske V, Fanning KM, et al. The impact of chronic migraine: The Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study methods and baseline results. Cephalalgia [Internet]. 2015;35(7):563-78. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1177/0333102414552532

☛ Los pacientes con migraña sufren **crisis severas que afectan su calidad de vida,** además de la sensación subjetiva de estigmatización. Los síntomas principales de la migraña (como cefalea, malestar, náuseas, vómitos, intolerancia a la luz, olores o sonidos, entre otros) producen una importante limitación en la actividad de quien la sufre, obligando a reducirla en más del 50% de las ocasiones y precisando reposo en cama hasta en el 20-30% de los casos. Algunos pacientes presentan el fenómeno de la ansiedad anticipatoria, lo que repercute en su estado de ánimo y agrava la enfermedad.

Los **costes directos** asumidos por los pacientes (que son clasificados en algunos estudios como "no sanitarios"), suponen 1.657,96 euros promedio en la migraña crónica (MC) y 878,04 euros en pacientes con migraña episódica (ME).

→ Grupo de Investigación Health & Territory (HTR) de la Universidad de Sevilla y Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018 [Internet]. Editorial Universidad de Sevilla.; 2018. Disponible en: https://editorial.us.es/es/detalle-libro/720013/impacto-ysituacion-de-la-migrana-en-espana-atlas-2018

Se ha puesto de manifiesto que la **información proporcionada** desde el sistema sanitario, en general, no es suficiente para que los pacientes puedan manejar eficazmente su enfermedad.

→ López-Bravo A, Bellosta-Diago E, Viloria-Alebesque A, Marín-Gracia M, Laguna-Sarriá J, Santos-Lasaosa S. Cefalea como motivo de consulta: la visión desde atención primaria. Neurologia [Internet]. 2021;36(8):597-602. Disponible en: http:// dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2018.06.003

COSTE Y RELACIÓN CON LA DISCAPACIDAD

50%

En España, la migraña es la **primera causa de discapacidad** en adultos menores de 50 años. Más del 50% de las personas que padecen migraña presentan un grado de discapacidad grave o muy grave, medida a través de la escala MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale).

→ SEN. 12 de septiembre: Día Mundial de Acción contra la Migraña [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link278.pdf

16-47 años

El porcentaje de personas con migraña con nivel de **discapacidad muy grave en España** se estima en el **19%** en caso de la ME y asciende hasta el **70%** en el caso de la MC, siendo la discapacidad mayor en las personas entre los 16 y los 47 años. La mayor discapacidad se da en el rango de edad de mayor productividad laboral y mayores expectativas sociales.

→ Grupo de Investigación Health & Territory (HTR) de la Universidad de Sevilla y Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018 [Internet]. Editorial Universidad de Sevilla.; 2018. Disponible en: https://editorial.us.es/es/detalle-libro/720013/impacto-ysituacion-de-la-migrana-en-espana-atlas-2018

La migraña es la segunda causa responsable de más **pérdida de años de vida** ajustados por discapacidad en la clasificación de trastornos clínicos específicos. A pesar de que la migraña no causa mortalidad prematura, ninguna otra enfermedad (transmisible o no transmisible), es responsable de más años de vida sana perdida en mujeres jóvenes.

on behalf of Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache, Steiner TJ, Stovner LJ, Jensen R, Uluduz D, Katsarava Z. Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. J Headache Pain [Internet]. 2020;21(1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s10194-020-01208-0

La discapacidad asociada a la migraña (en términos de actividades de la vida diaria, AVD) en las **mujeres adolescentes** es significativamente mayor a la observada en los hombres adolescentes.

→ Leonardi M, Grazzi L, D'Amico D, Martelletti P, Guastafierro E, Toppo C, et al. Global Burden of headache disorders in children and adolescents 2007–2017. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020; 18(1):250. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18010250

☛ La migraña es una enfermedad que supone un **coste directo para los pacientes de 1.657,96 euros** promedio en caso de crónica y 878,04 euros en caso de episódica. El porcentaje de personas con migraña con nivel de discapacidad muy grave en España se estima en el 19% en caso de la forma episódica y asciende hasta el 70% en el caso de la crónica, siendo la discapacidad mayor en las personas entre los 16 y 47 años. La discapacidad asociada a la migraña en las mujeres adolescentes es significativamente mayor a la observada en los hombres adolescentes.

Los pacientes con migraña más **activos por conocer su enfermedad** y que participan en programas educativos y de desarrollo de habilidades para el manejo de su enfermedad reducen el impacto que el dolor de cabeza origina en sus parámetros de calidad de vida.

→ Smith TR, Nicholson RA, Banks JW. Migraine education improves quality of life in a primary care setting. Headache [Internet]. 2010; 50(4):600-12. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20148982/

REPERCUSIÓN EN EL DÍA A DÍA

SF-36

Los dominios del **cuestionario de salud SF-36** (preguntas que valoran los estados positivos y negativos de la salud) más marcadamente afectados por la migraña son los de función física, función emocional, dolor corporal y función social.

→ Abu Bakar N, Tanprawate S, Lambru G, Torkamani M, Jahanshahi M, Matharu M. Quality of life in primary headache disorders: A review. Cephalalgia [Internet]. 2016; 36(1):67-91. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25888584/

El estrés producido por la aparición de crisis de migraña frecuentes puede favorecer el desarrollo de **comorbilidades médicas y psicológicas** que contribuyen al incremento de la discapacidad del paciente con migraña.

→ Malone C, Wachholtz A, Bhowmick A. Migraine: treatments, comorbidities, and quality of life, in the USA. J Pain Res [Internet]. 2015; 8:537. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26316804

En términos generales, existe una **carencia de pautas** adecuadas de información desde el sistema sanitario hacia el paciente, estructuradas al efecto de que estos puedan manejar eficazmente su enfermedad.

→ López-Bravo A, Bellosta-Diago E, Viloria-Alebesque A, Marín-Gracia M, Laguna-Sarriá J, Santos-Lasaosa S. Cefalea como motivo de consulta: la visión desde atención primaria. Neurologia [Internet]. 2021;36(8):597-602. Disponible en: http:// dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2018.06.003

La migraña tiene una repercusión significativa en la **conciliación** de las actividades cotidianas en la vida diaria.

→ Smith TR, Nicholson RA, Banks JW. Migraine education improves quality of life in a primary care setting. Headache [Internet]. 2010; 50(4):600-12. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20148982/

La **reducción de la calidad de vida** mostrada en las mujeres con migraña es significativamente más acusada que en los hombres.

→ Fernández Concepción O, Canuet Delis L. Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: Factores determinantes. Rev Neurol [Internet]. 2003;36(12):1105. Disponible en: http://dx.doi.org/10.33588/rn.3612.2002458

La **afectación** de la migraña **en la vida del paciente** es debida tanto a las limitaciones causadas directamente por el dolor de cabeza y otros síntomas durante las crisis (carga ictal), como a las limitaciones que se dan durante los periodos entre crisis (carga interictal), que aparecen en forma de síntomas cognitivos, psicológicos y emocionales, y limitaciones para realizar ciertas actividades.

→ Lampl C, Thomas H, Stovner LJ, Tassorelli C, Katsarava Z, Laínez JM, et al. Interictal burden attributable to episodic headache: findings from the Eurolight project. J Headache Pain [Internet]. 2016; 17(1). Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26879832/

Una mayoría de las personas con migraña afirma que su enfermedad tiene repercusión en la conciliación de las labores asociadas al ámbito familiar, por ejemplo, en la interacción diaria con los hijos o la pareja.

→ Executive Summary. MIGRAINE IMPACT REPORT [Internet]. Olfaxmedical.com. Disponible en: https://olfaxmedical.com/wp-content/uploads/2021/05/ExecutiveSummary_2017-Migraine-Impact-Report.pdf

El **ámbito laboral** es uno de los escenarios donde el estigma de la migraña se manifiesta con mayor intensidad. Muchos pacientes enfrentan **incomprensión** por parte de empleadores y colegas, lo que puede llevar a dificultades en el desarrollo profesional y a ocultar su condición por **miedo a repercusiones** negativas.

→ Casas-Limón J, Quintas S, López-Bravo A, Alpuente A, Andrés-López A, Castro-Sánchez MV, et al. Unravelling migraine stigma: A comprehensive review of its impact and strategies for change. J Clin Med [Internet]. 2024;13(17):5222. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/jcm13175222

☛ Los pacientes con migraña que se involucran en programas educativos y de desarrollo de habilidades para el manejo de su enfermedad, reducen el impacto que el dolor de cabeza origina en su calidad de vida. La afectación de la migraña en la vida del paciente es debida tanto a las limitaciones causadas directamente por el dolor de cabeza y otros síntomas durante las crisis, como a las limitaciones que se dan durante los periodos entre crisis, que afectan la interacción diaria con los hijos o la pareja. La mayoría de las personas con migraña afirma que su enfermedad tiene repercusión en la conciliación de las labores asociadas al ámbito familiar.

④

SOCIEDAD

Aspectos relacionados con el impacto social y comunitario de la migraña.

PREVALENCIA

El Papiro de Ebers, uno de los documentos médicos más antiguos que se conservan, datado en Egipto en el 1500 a.C, contiene descripciones de dolores de cabeza intensos que se asemejan a la migraña.

→ Gupta J, Gaurkar SS. Migraine: An underestimated neurological condition affecting billions. Cureus [Internet]. 2022;14(8):e28347. Disponible en: http://dx.doi.org/10.7759/cureus.28347

Hipócrates, conocido como el padre de la medicina, describió las alteraciones visuales que pueden preceder a una migraña, como luces intermitentes o visión borrosa, lo que hoy llamamos aura. También observó el alivio que sentían los pacientes después de vomitar.

→ Mandal A. Migraine History. News-MedicalNet [Internet]. 14 de julio de 2023; Disponible en: https://www.news-medical.net/ health/Migraine-History.aspx

La migraña es, en nuestro entorno, una de las enfermedades que pueden considerarse de **más alta prevalencia**, dado que en España afecta al 12% de la población general.

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 [Internet]. 2011; 31(4):463-70. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20819843/

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la migraña es el **tercer trastorno más prevalente** y la séptima causa de incapacidad mundial (la segunda dentro de las patologías neurológicas, solo por detrás de los ictus).

→ Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet [Internet]. 2016; 388(10053):1545-602. Disponible en: https:// pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27733282/

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve iniciativas para mejorar el conocimiento de la migraña y la atención sanitaria que se ofrece a los pacientes.

→ Cefaleas [Internet]. Centro de Prensa de la OMS (Organización Mundial de la Salud). Disponible en: https://www.who.int/es/ news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders

46,6 mill

La migraña fue responsable de **46,6 millones de años vividos** con discapacidad (AVD) en todo el mundo en el año 2019.

→ Institute for Health Metrics and Evaluation. Headache disorders - Level 3 cause [Internet]. Disponible en: https:// www.healthdata.org/research-analysis/diseases-injuries-risks/factsheets/2021-headache-disorders-level-3-disease

Se trata de una de las primeras causas que provoca la **pérdida de años de vida** ajustados por discapacidad (AVAD) en todas las regiones del mundo.

→ Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T. GBD 2015: migraine is the third cause of disability in under 50s. J Headache Pain [Internet]. 2016;17(1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s10194-016-0699-5

☛ La migraña es una enfermedad de **alta prevalencia** en España, afectando al 12% de la población. Según la OMS, es el tercer trastorno más común y la séptima causa de incapacidad mundial. La OMS promueve iniciativas para mejorar el conocimiento y la atención de los pacientes. En 2019, la migraña fue responsable de 46,6 millones de años vividos con discapacidad en todo el mundo, siendo una de las principales causas de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad en todas las regiones.

CONSECUENCIAS LABORALES

50 años

En España, la migraña es la primera causa de discapacidad en menores de 50 años.

→ SEN. 12 de septiembre: Día Mundial de Acción contra la Migraña [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link278.pdf

En nuestro país, la migraña es la principal causa de discapacidad en la población joven y activa.

→ on behalf of Lifting The Burden: the Global Campaign against Headache, Steiner TJ, Stovner LJ, Jensen R, Uluduz D, Katsarava Z. Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. J Headache Pain [Internet]. 2020;21(1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s10194-020-01208-0

13 mill

En España se pierden más de 13 millones de **jornadas laborales** al año por la migraña.

→ Grupo de Investigación Health & Territory (HTR) de la Universidad de Sevilla y Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad. Andaluza de Neurología (SANCE). Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018 [Internet]. Editorial Universidad de Sevilla.; 2018. Disponible en: https://editorial.us.es/es/detalle-libro/720013/impacto-ysituacion-de-la-migrana-en-espana-atlas-2018

70%

El 70% de las personas con migraña crónica padecen un nivel de **discapacidad grave o muy grave** que les impide llevar a cabo su vida con normalidad.

→ 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 [Internet]. 2011; 31(4):463-70. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20819843/

☛ La migraña es la primera causa de discapacidad en menores de 50 años en España. Esta enfermedad causa la pérdida de 13 millones de jornadas laborales al año y el 70% de las personas con migraña crónica sufren un nivel de discapacidad grave o muy grave que les impide llevar una vida normal.

0,95/2,34

Existe una **relación lineal** entre el número de días de migraña mensuales y el número de días de **absentismo y/ o presentismo**. Para 8 días de migraña mensuales, los trabajadores sufren 0,95 días de promedio de absentismo y 2,34 de presentismo. Estas cifras aumentan especialmente en aquellos que sufren 18 días de migraña mensuales, con 1,86 días de promedio de absentismo y 5,18 de presentismo.

→ Porter JK, Di Tanna GL, Lipton RB, Sapra S, Villa G. Costs of acute headache medication use and productivity losses among patients with migraine: Insights from three randomized controlled trials. Pharmacoeconom Open [Internet]. 2019; 3(3):411-7. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30377991/

Es el tipo de cefalea que más impacto tiene a nivel laboral.

→ Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T. GBD 2015: migraine is the third cause of disability in under 50s. J Headache Pain [Internet]. 2016;17(1). Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s10194-016-0699-5

Se ha considerado a la migraña como la **enfermedad más problemática** durante los años más productivos de las personas (desde el final de la adolescencia hasta los 50 años).

→ European Migraine & Headache Alliance. Migraine in the EU: Bringing women out of the shadows [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.emhalliance.org/wp-content/uploads/Women-M-Policy-Paper-FINAL23MARCH.pdf

España uno de los países europeos en los que los trabajadores afirman tener mayores dificultades en el acceso a un trabajo debido a la migraña.

→ European Migraine & Headache Alliance. Migraine at work. European Survey. Analsys of Results and Conclusions [Internet]. 2022. Disponible en: https://www.emhalliance.org/wp-content/uploads/EMHA-Migraine-at-work.pdf

La **pérdida de productividad laboral** puede llegar a ser de hasta el 50% durante las crisis y también en los periodos entre crisis.

→ Vicente Herrero T. La migraña. Su impacto y repercusión laboral [Internet]. [Departament de Medicina Preventiva, Salut Pública, Bromatologia, Toxicologia i Medicina Legal]: Universitat de València. ; 2008. Disponible en: http://hdl.handle.net/10803/10078

12.922€

El **coste anual total** por paciente alcanza los 12.922 euros para quienes padecen migraña crónica y 5.041 euros para aquellos con migraña episódica.

29,8/19,1%

Estos gastos se dividen en **costes directos sanitarios** (consultas, tratamientos y pruebas) que representan el **29,8%** del total en migraña crónica y el **19,1%** en **migraña episódica**, y costes directos asumidos por los pacientes (medicamentos sin receta y terapias complementarias), que constituyen el 12,4% en migraña crónica y el 17,4% en migraña episódica.

57,8/63,5%

Las **pérdidas económicas** debido a ausencias en el trabajo o disminución del rendimiento por causa de la migraña son el componente más grande, con un 57,8% en migraña crónica y un 63,5% en migraña episódica.

91,5%

Además, el gasto promedio en visitas médicas antes de recibir el diagnóstico correcto representa el **91,5% del costo total de diagnóstico para los pacientes con migraña crónica**, y el 85% para aquellos con migraña episódica. Esto significa que la mayoría del dinero destinado al diagnóstico se gasta en consultas previas hasta identificar correctamente la migraña.

→ Grupo de Investigación Health & Territory (HTR) de la Universidad de Sevilla y Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018 [Internet]. Editorial Universidad de Sevilla.; 2018. Disponible en: https://editorial.us.es/es/detalle-libro/720013/impacto-ysituacion-de-la-migrana-en-espana-atlas-2018

☛ La migraña tiene una **relación directa con el absentismo y el presentismo laboral**. Para 8 días de migraña mensuales, los trabajadores sufren 0,95 días de absentismo y 2,34 de presentismo. Estos números aumentan significativamente para aquellos que sufren 18 días de migraña mensuales, con 1,86 días de absentismo y 5,18 de presentismo. La migraña también tiene un gran impacto en el acceso al trabajo en España, y la pérdida de productividad laboral puede llegar a ser de hasta el 50%. Además, el coste medio de la migraña episódica y crónica es de 5.041 € y 12.922 €, respectivamente, con los costes indirectos siendo mayores que los directos.

IMPACTO ECONÓMICO

El **gasto total en migraña en Europa** se calcula entre 50.000 y 111.000 millones de euros, distribuidos entre costes sanitarios directos (7 %) y costes indirectos (93 %). El **absentismo y las pérdidas de productividad** representan la mayor parte de los **costos indirectos**, mientras que los costos directos son los relacionados con el uso de los servicios sanitarios, incluyendo los relacionados con los efectos secundarios relacionados con los tratamientos.

→ Ashina M, Katsarava Z, Do TP, Buse DC, Pozo-Rosich P, Özge A, et al. Migraine: epidemiology and systems of care. Lancet [Internet]. 2021; 397(10283):1485-95. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ 33773613/

Un **10% de los trabajadores con migraña reduce su jornada laboral** más de doce horas a la semana, mientras que el 20% de los trabajadores con migraña solicita días de permiso o excedencia. Los denominados costes indirectos (asociados a absentismo o pérdida de productividad laboral) son mayores que los costes directos (dependientes de la atención médica y tratamientos que reciben

los pacientes). En la atención de los pacientes con migraña participan diferentes agentes y profesionales, incluyendo Atención Primaria (AP), Neurología (Consulta Externa, Consultas Especializadas de Cefaleas, Unidades de Cefalea), Enfermería, Urgencias, Farmacia Hospitalaria (FH) y Farmacia Comunitaria (FC).

→ Grupo de Investigación Health & Territory (HTR) de la Universidad de Sevilla y Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018 [Internet]. Editorial Universidad de Sevilla.; 2018. Disponible en: https://editorial.us.es/es/detalle-libro/720013/impacto-ysituacion-de-la-migrana-en-espana-atlas-2018

En términos de **eficiencia sanitaria**, las causas de mayor impacto económico son el retraso diagnóstico, los ingresos hospitalarios, las atenciones en urgencias, la realización de pruebas complementarias y el tratamiento farmacológico. Entre los tipos de migraña, la **migraña con aura** se asocia a costes médicos directos más elevados que la migraña sin aura.

→ Darbà J, Marsà A. Analysis of the management and costs of headache disorders in Spain during the period 2011-2016: a retrospective multicentre observational Study. BMJ Open [Internet]. 2020;10(2):e034926. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034926

☛ La migraña tiene un costo total en Europa entre 50.000 y 111.000 millones de euros, con costos directos relacionados con el uso de servicios sanitarios y costos indirectos relacionados con el absentismo y pérdida de productividad. Un 10% de los trabajadores con migraña reduce su jornada laboral más de doce horas a la semana, mientras que el 20% solicita días de permiso o excedencia. Los costos indirectos son mayores que los costos directos. Los principales factores de impacto económico son el retraso diagnóstico, los ingresos hospitalarios, las atenciones en urgencias, la realización de pruebas complementarias y el tratamiento farmacológico. La migraña con aura se asocia a costos médicos directos más elevados que la migraña sin aura.

En relación con la migraña, se describen **tres tipos de estigma**: **el público**, basado en estereotipos y actitudes negativas de la sociedad, **el estructural**, referido a barreras sistémicas en políticas e instituciones, y **el internalizado**, cuando los pacientes absorben las visiones negativas sobre su condición. El estigma dificulta el diagnóstico y tratamiento adecuado, afecta negativamente la calidad de vida y salud mental, y causa problemas en el ámbito laboral (absentismo, presentismo). Aproximadamente **un tercio de los pacientes reportan experimentar frecuentemente estigma relacionado con la migraña**. La prevalencia del estigma aumenta con la frecuencia de los dolores de cabeza: más del 40% en aquellos con 8 o más días de dolor de cabeza al mes, comparado con el 25.5% en aquellos con menos de 4 días. Aproximadamente el 30% de los encuestados habían dudado sobre buscar atención médica para su migraña.

→ Casas-Limón J, Quintas S, López-Bravo A, Alpuente A, Andrés-López A, Castro-Sánchez MV, et al. Unravelling migraine stigma: A comprehensive review of its impact and strategies for change. J Clin Med [Internet]. 2024;13(17):5222. Disponible en: http://dx.doi.org/10.3390/jcm13175222

☛ Las creencias culturales influyen en cómo se percibe y se trata la migraña. Históricamente, la migraña ha sido estereotipada como una patología femenina, lo que ha contribuido a malentendidos sobre su etiología, atribuyéndola erróneamente a factores psicológicos. **El estigma afecta a múltiples aspectos de la vida de los pacientes**, desde el diagnóstico y tratamiento hasta el ámbito laboral y social. Se hace muy necesario desarrollar estrategias solventes para combatir el estigma de la migraña, que incluyan una mejor educación pública, mejoras en la formación médica, cambios en las políticas laborales y un aumento en los recursos dedicados a la investigación social, clínica y sanitaria.

Con el aval científico
de la **Sociedad Española**
de Neurología (SEN)

Con el aval de la
Asociación Española
de Migraña y Cefalea
(AEMICE)

PP-NNT-ESP-0190