



---

# Atlas de Migraña en Andalucía

---

Editorial Universidad de Sevilla



Promovido por:



Con el aval científico de:



Realizado por:




Colección Ciencias de la Salud  
Número: 97

#### COMITÉ EDITORIAL

Araceli López Serena  
(Directora de la Editorial Universidad de Sevilla)  
Elena Leal Abad  
(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  
María Eugenia Petit-Breuilh Sepúlveda  
José-Leonardo Ruiz Sánchez  
Antonio Tejedor Cabrera

Editorial Universidad de Sevilla 2022  
C/ Porvenir, 27 – 41013 Sevilla.  
Tlfs: 954 487 447; 954 487 451; Fax: 954 487 443  
Correo electrónico: eus4@us.es  
Web: <https://editorial.us.es>

Esta obra se distribuye con la licencia  
Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional  
(CC BY-NC-SA 4.0) 

DOI: <https://dx.doi.org/10.12795/9788447223145>

Maquetación e interactividad: CREATIVIDAD NOVARTIS



---

# Atlas de Migraña en Andalucía

---

Carmen González Oria  
Marco Garrido-Cumbrera  
José Correa-Fernández





# ÍNDICE

<b>AUTORES Y AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>9</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA CUESTIÓN .....</b>	<b>11</b>
1.1. NECESIDAD DE UN <i>ATLAS DE MIGRAÑA EN ANDALUCÍA</i> .....	11
1.2. DEFINICIÓN DE LA ENFERMEDAD .....	11
1.3. DIAGNÓSTICO .....	11
1.4. IMPACTO LABORAL .....	12
1.5. PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL SANITARIO .....	12
1.6. PERSPECTIVA DEL PACIENTE Y DEL CUIDADOR.....	12
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	15
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>17</b>
3.1. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	17
3.2. COMITÉ CIENTÍFICO .....	17
3.3. ENCUESTA A PACIENTES CON MIGRAÑA.....	18
3.3.1. Diseño del cuestionario.....	18
3.3.2. Realización de la encuesta .....	19
3.4. ESCALAS DE EVALUACIÓN .....	19
3.5. LIMITACIONES DE LA ENCUESTA.....	20
3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS .....	20
3.7. CARGA SOCIAL Y ECONÓMICA DE LA MIGRAÑA .....	21
3.7.1. Costes directos .....	22
3.7.2. Costes indirectos.....	23
3.7.3. Costes totales .....	23
<b>4. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE PACIENTES.....</b>	<b>27</b>
4.1 PERFIL DE LA MUESTRA .....	27
4.1.1. Distribución de las personas con migraña según provincia .....	27
4.1.2. Distribución de las personas encuestadas con migraña según edad .....	27
4.1.3 Distribución de las personas encuestadas con migraña por género .....	28
4.1.4 Distribución de las personas encuestadas con migraña según nivel de estudios .....	28
4.2 DIAGNÓSTICO .....	31
4.2.1. Diagnóstico de la enfermedad .....	31
4.2.2. Grado de satisfacción de la persona con migraña en el momento del diagnóstico .....	31
4.2.3. Retraso diagnóstico .....	32
4.2.4. Personal involucrado en el diagnóstico.....	33
4.2.5. Comorbilidad .....	34



4.3. ATENCIÓN SANITARIA.....	37
4.3.1. Cobertura sanitaria.....	37
4.3.2. Visitas a especialistas médicos.....	37
4.3.3. Percepción del paciente hacia la atención sanitaria recibida.....	38
4.3.4. Utilización de recursos.....	39
4.3.5. Búsqueda de atención sanitaria.....	40
4.4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.....	42
4.4.1. Medicamentos consumidos.....	42
4.4.2. Eficacia de los tratamientos consumidos.....	42
4.4.3. Tratamientos preventivos.....	43
4.5. LIMITACIONES, DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA.....	46
4.5.1. Limitaciones en actividades de la vida diaria.....	46
4.5.2. Evaluación de la discapacidad.....	47
4.5.2.1. Prestación por discapacidad.....	48
4.5.3. Evaluación de la calidad de vida.....	48
4.6. HÁBITOS SALUDABLES Y NOCIVOS.....	51
4.6.1. Dieta saludable.....	51
4.6.2. Ejercicio físico.....	52
4.6.3. Sueño.....	53
4.6.4. Sobrepeso y obesidad.....	54
4.6.5. Alcohol y tabaco.....	55
4.6.6. Terapias complementarias.....	56
4.7. SITUACIÓN LABORAL.....	58
4.7.1. Situación laboral de la persona con migraña.....	58
4.7.2. Pacientes trabajadores.....	58
4.7.2.1. Días de permiso y excedencia.....	58
4.7.2.2. Días de baja laboral.....	59
4.7.2.3. Reducción de la jornada laboral.....	60
4.7.2.4. Presentismo laboral.....	60
4.7.3. Desempleo.....	62
4.7.4. Baja laboral actual.....	62
4.8. SALUD PSICOLÓGICA.....	64
4.8.1. Síntomas emocionales y migraña.....	64
4.8.2. Salud psicológica y discapacidad.....	64
4.8.3. Salud psicológica y calidad de vida.....	65
4.8.4. Salud psicológica y comorbilidad.....	65
4.9. PERSPECTIVA DEL PACIENTE Y DE SU CUIDADOR.....	68
4.9.1. Asociacionismo.....	68
4.9.2. Perspectiva del Cuidador.....	68
4.9.3. Miedos del paciente.....	69
4.9.4. Esperanzas del paciente.....	70

## **5. CARGA SOCIAL DE LA MIGRAÑA..... 72**

5.1. INTRODUCCIÓN.....	72
5.2. COSTES DE DIAGNÓSTICO.....	72
5.3. COSTES DIRECTOS SANITARIOS.....	73
5.3.1. Visitas médicas.....	73
5.3.2. Pruebas médicas.....	74



5.3.3. Utilización de urgencias .....	74
5.3.4. Ingresos hospitalarios .....	75
5.3.5. Medicación .....	75
5.3.6. Costes directos sanitarios total .....	75
5.4. COSTES DIRECTOS ASUMIDOS POR LOS PACIENTES .....	76
5.4.1. Visitas a especialistas privados .....	76
5.4.2. Tratamientos complementarios .....	76
5.4.3. Tratamientos preventivos .....	76
5.4.4. Ejercicios físicos.....	77
5.4.5. Dieta .....	77
5.4.6. Cuidado emocional .....	77
5.4.7. Costes directos totales asumidos por los pacientes .....	77
5.5. COSTES INDIRECTOS .....	78
5.5.1. Pérdida de productividad laboral .....	78
5.6. CARGA ECONÓMICA ANUAL DE LA MIGRAÑA .....	79
5.6.1 Coste total por paciente y año .....	79
<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>81</b>







## AUTORES

- Dra. Carmen González Oria. Coordinadora de la Unidad de Cefaleas del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Coordinadora del Plan Integral de Atención a las Cefaleas en Andalucía de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía.
- Dr. Marco Garrido-Cumbrera. Profesor Titular. Miembro del grupo de investigación Health & Territory Research (HTR) de la Universidad de Sevilla.
- Sr. José Correa-Fernández. Bioestadístico. Miembro del grupo de investigación Health & Territory Research (HTR) de la Universidad de Sevilla.

## AGRADECIMIENTOS AL GRUPO DE TRABAJO DEL ATLAS DE LA MIGRAÑA EN ESPAÑA Y ANDALUCÍA

Carles Blanch<sup>3</sup>, Carlos J. Delgado Domínguez<sup>1</sup>, Carmen González Oria<sup>2</sup>, David Gálvez Ruiz<sup>1</sup>, Francisco Javier León<sup>2</sup>, Grupo de Trabajo Multidisciplinar del Atlas de Migraña en España<sup>4</sup>, Isabel Colomina<sup>2</sup>, Isabel Nieblas Rosado<sup>1</sup>, Josefina Lloret<sup>3</sup>, M.<sup>a</sup> Patricia Pozo Rosich<sup>2</sup>, Marco Garrido Cumbrera<sup>1</sup>, Olta Braçe<sup>1</sup>, Pablo Irimia Sieira<sup>2</sup>.

### 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).
- Carmen González Oria. Responsable de la Unidad de Cefalea del Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.
- 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. 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). Coordinador del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología (GECSN).
- 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 Lasasa. 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 la 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.<sup>a</sup> Jesús Cancelo Hidalgo. Ginecóloga. Hospital Universitario de Guadalajara. Profesora 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).
- Sra. Diana Vasermanas Brower. Psicóloga sanitaria especializada en migrañas. Directora de Psicoutourette, 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 Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (CAFYD) 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 de la Universidad Rovira i Virgili.



# 1. INTRODUCCIÓN Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

## 1.1. Necesidad de un *Atlas de Migraña en Andalucía*

El *Atlas de Migraña en Andalucía* es una iniciativa promovida por el Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE), realizado por el grupo de investigación Health & Territory Research (HTR) de la Universidad de Sevilla con la colaboración de Novartis. El *Atlas de Migraña en Andalucía* se centra en la situación concreta de Andalucía, utilizando para ello información derivada de la encuesta nacional del Atlas de Migraña en España<sup>1</sup>, pero referida únicamente a los pacientes con migraña en Andalucía.

El objetivo del Atlas de Migraña en España era conocer la realidad de las personas que padecen migraña, centrándose en aspectos clave en torno a la enfermedad, tales como el retraso diagnóstico, la atención sanitaria, las comorbilidades, los tratamientos, la salud psicológica, las limitaciones y discapacidad, los hábitos saludables y el impacto laboral. El objetivo final de este subanálisis es aportar evidencia científica para establecer propuestas y recomendaciones destinadas a mejorar la calidad de vida del paciente en Andalucía.

## 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 cabeza<sup>2</sup>. La migraña es una de las causas más frecuentes de consulta al neurólogo<sup>3</sup>.

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 mundo<sup>4</sup>. En España son más de cuatro millones las personas que padecen migraña y su prevalencia es del 12-13%, dentro de la cual el 80% son mujeres, sobre todo entre el intervalo de edad que va desde los 20 hasta los 40 años<sup>5</sup>.

Las crisis de dolor varían en intensidad, frecuencia y duración, con importante exacerbación ante movimientos cefálicos o actividad física<sup>2,6</sup>. 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 año<sup>7</sup>.

## 1.3. Diagnóstico

El diagnóstico precoz es uno de los objetivos de la medicina para la mejora de la situación funcional, reducir las comorbilidades y la pérdida de calidad de vida de las personas con migraña<sup>8</sup>. El retraso diagnóstico impide su tratamiento en las fases iniciales de la enfermedad y podía provocar un importante agravamiento de la misma<sup>9</sup>. 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”)<sup>5</sup>.

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 reconocida<sup>10</sup>.



## 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 mundial<sup>11</sup>. En España la prevalencia es ligeramente superior al 12% de la población general<sup>12</sup>. 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, pudiendo interferir en su desarrollo profesional (por el absentismo laboral o disminución de la productividad)<sup>13,14</sup>.

## 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 cuidador

Una de las principales aportaciones del *Atlas de Migraña en Andalucía* 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 la 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 de Migraña en Andalucía* es la inclusión de la labor del cuidador o familiar del 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 social<sup>15</sup>.

En multitud de ocasiones, las personas que asumen el rol de cuidadores 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.



## Bibliografía:

1. Garrido-Cumbrera, M.; Gálvez Ruiz, D.; Braçe, O.; Nieblas Rosado, M.I.; Delgado Domínguez, C.J.; Colomina, I.; Pozo Rosich, P.; Irimia Sieira, P.; Javier León, F.; Lloret, J.; Blanch, C. *Impacto y situación de la Migraña en España. Atlas 2018*. Sevilla: Editorial Universidad de Sevilla 2018.
2. International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1–211.
3. Vetvik KG, MacGregor EA. Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. *Lancet Neurol*. 2017 Jan 1;16(1):76–87.
4. 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*. 2018;17(11):954–76.
5. 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.
6. Silberstein S. Migraine. *Lancet*. 2004;363(9418):1399.
7. 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.
8. Peng KP, Wang SJ. Migraine diagnosis: Screening items, instruments, and scales. Vol. 50, *Acta Anaesthesiologica Taiwanica*. 2012. p. 69–73.
9. Moriarty M, Mallick-Searle T. Diagnosis and treatment for chronic migraine. *Nurse Pract*. 2016 Jun 19;41(6):18–32.
10. 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(10):577–84.
11. Vos T, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, 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* [Internet]. 2017 Sep 16 [cited 2017 Nov 9];390(10100):1211–59. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28919117>
12. 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.
13. 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.
14. Uribe García B. Impacto de la migraña. *Acta Neurol Colomb*. 2008;. s28-s33.
15. 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*. 2017 Aug 21;7(8):e017851.





## 2. OBJETIVOS

### 2.1. Objetivo general

El *Atlas de Migraña en Andalucía* 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 a esta enfermedad neurológica.

### 2.2. Objetivos específicos

En concreto, la realización de este subanálisis referido a Andalucía incluye los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar las principales barreras y dificultades para el diagnóstico y la atención de la migraña en Andalucía.
2. Evaluar el impacto de la migraña en la vida laboral en Andalucía.
3. Evaluar las consecuencias de la migraña desde la perspectiva del paciente y del familiar o cuidador en Andalucía.
4. Evaluar la perspectiva del paciente y de su familiar en Andalucía.
5. Evaluar el impacto económico de la migraña en Andalucía.







### 3. METODOLOGÍA

El subanálisis *Atlas de Migraña en Andalucía* se basa en la metodología utilizada en el Atlas de Migraña en España 2018. Es decir, se trata de un estudio centrado en los pacientes con migraña en Andalucía que participaron en la encuesta del Atlas de Migraña en España.

#### 3.1. Revisión bibliográfica

Para la realización del *Atlas de Migraña en Andalucía* 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, incluyendo los siguientes:

- 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 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 Española de Neurología (SEN), el Ministerio de Sanidad y la Consejería de Salud de Andalucía. Adicionalmente, se consultaron documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS).

#### 3.2. Comité Científico

El Atlas de Migraña utiliza la opinión de un Comité Científico con experiencia en la migraña desde diversas perspectivas (clínica, científica y personal), así como en la revisión 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 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 los siguientes expertos:

- 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-Cumbrera. 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.

En el caso del Atlas de Migraña en Andalucía, los autores se encargaron del estudio de los pacientes con migraña residentes en Andalucía, que participaron en el Atlas de Migraña en Andalucía. Para ello, se contó con la opinión experta de la Dra. Carmen González Oria y de los investigadores de la Universidad de Sevilla, el Dr. Marco Garrido-Cumbrera y el Bioestadístico José Correa-Fernández. Asimismo, los autores se encargaron de evaluar y validar las asunciones y resultados obtenidos, revisando y validando el documento, así como su publicación.

### 3.3. Encuesta a pacientes con migraña

#### 3.3.1. 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, con la supervisión de la Asociación Española de Pacientes con Cefaleas (AEPAC) 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 sufrían 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.
- 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: 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 y piernas inquietas.
- 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 cuidadores del paciente con migraña: grado de afectación de su familiar o pareja.

### 3.3.2. Realización de la encuesta

La encuesta se realizó entre junio y septiembre de 2017 (3 meses), registrándose para el caso de Andalucía un total de 201 pacientes con migraña que cumplimentaron el cuestionario del Atlas de Migraña en España 2018.

## 3.4. 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<sup>1,2</sup>. 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 270<sup>5</sup>.
- *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 problemas<sup>6</sup>. 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 puntuaciones<sup>7</sup>. 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.

### 3.5. 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<sup>8,9</sup>. La encuesta a pacientes realizada en el marco del Atlas de Migraña 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 urbanos<sup>10</sup>. 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 móvil<sup>11</sup>. Ambos formatos de acceso han sido comprobados como equivalentes en la recogida de datos<sup>12</sup>.

Como un inconveniente de las encuestas *on-line*, se observa una mayor tasa de abandono<sup>13</sup>. La falta de motivación sería el principal motivo para abandonar la encuesta. En el caso del Atlas de Migraña, comenzaron la encuesta 2.653 personas, de los cuales el 35% completaron el 100% de ítems de la encuesta. La tasa de abandono por parte de los encuestados podría deberse al gran número de preguntas (124), incluyendo tres escalas (MIDAS, HANA y HAD), que hacían necesario dedicar, al menos, 30 minutos para su cumplimentación.

Además, el Atlas de Migraña, 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.

### 3.6. 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 el 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 que contrastar.

Para medir la relación entre las diferentes variables del *Atlas de Migraña en Andalucía* se han empleado varios test estadísticos a un nivel de significación del 95% como umbral de aceptación de las hipótesis que contrastar, es decir, un p-valor de 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 comprobado 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 comprobar 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<sup>2</sup> 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 par 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 par de variables.

### 3.7. 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 enfermedad<sup>14</sup>.

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 o 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 farmacéuticos<sup>15</sup>, ya que los costes operativos eran del año 2010<sup>16</sup>.

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 Autónomas, se utilizó la mediana de las tarifas, previamente actualizadas a euros de 2017<sup>17-38</sup>.

### 3.7.1. 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 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 de autoayuda, yoga, meditación, gestión del estrés).

### 3.7.2. 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 únicamente las pérdidas de productividad laboral del paciente. Este coste 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 salarial<sup>39</sup>.

### 3.7.3. 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, Grazi 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. *Biomed 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](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 junio de 2010. 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.
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 año 2015. Principales resultados. Ganancia bruta anual. 2017.



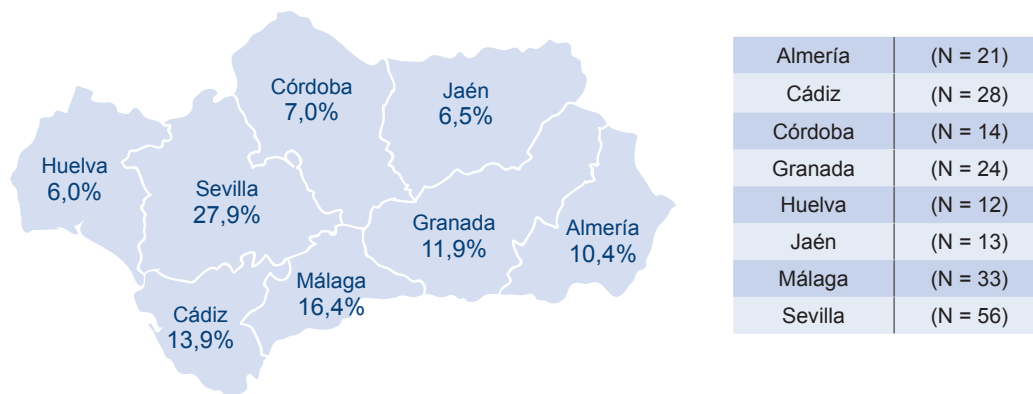
## 4. RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE PACIENTES

### 4.1 Perfil de la muestra

#### 4.1.1. Distribución de las personas con migraña según provincia

201 pacientes pertenecientes a Andalucía completaron el cuestionario, porcentaje que representa el 15,6% de los participantes en el Atlas de Migraña en España 2018 (1.288 participantes). Cabe destacar que las provincias de Sevilla, Málaga y Cádiz registraron el mayor número de encuestados.

**Gráfico 1.** Distribución de los pacientes con migraña encuestados según provincias (N: 201)



#### 4.1.2. 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 el 82,4% de los pacientes encuestados tenían edades comprendidas entre los 16 y 47 años, el 16,6% se encontraba entre los 48 y 64, y únicamente el 1,0% se encontraba por encima de los 64 años.

**Tabla 1.** Distribución de las personas con migraña por grupos de edad (N: 199)

Edad (años)	N	Porcentaje
16 a 31	69	34,7
32 a 47	95	47,7
48 a 64	33	16,6
≥ 65	2	1,0
Total	199	100,0

Como se puede apreciar en la tabla 2, la edad media total de las personas con migraña se situó en los 36,7 años de edad.

**Tabla 2.** Edad de los participantes en la encuesta (N: 199)

	Media	Desviación estándar
<b>Edad media total (años)</b>	36,7	11,1

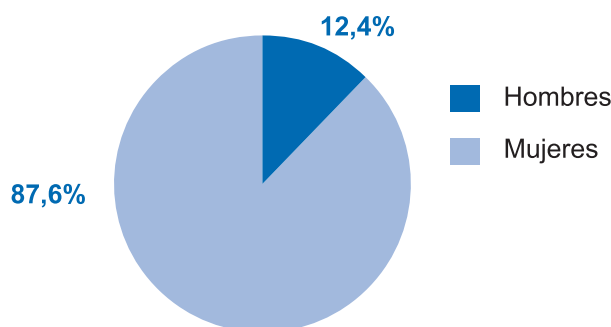


### 4.1.3 Distribución de las personas encuestadas con migraña por género

La migraña es dos o tres veces más prevalente en las mujeres que en los hombres<sup>1</sup>, 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<sup>2,3</sup>.

Como se puede apreciar en el gráfico 2, la mayoría de los encuestados eran mujeres (87,6%).

**Gráfico 2.** Distribución de las personas encuestadas con migraña por género (N: 201)

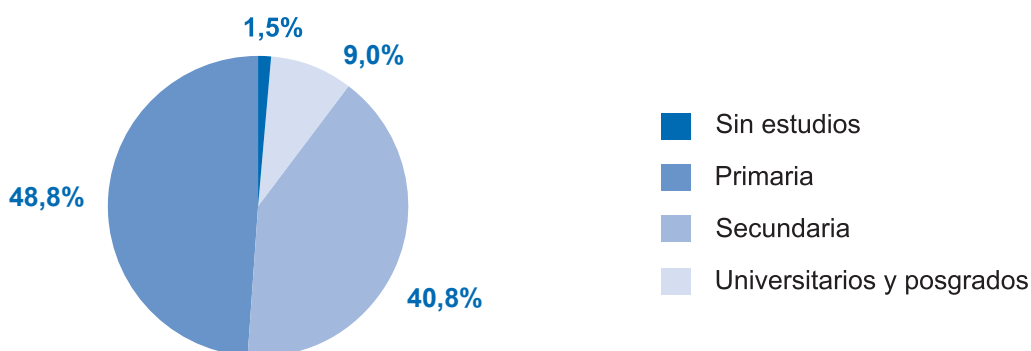


Los datos del *Atlas de Migraña en Andalucía* son similares a los obtenidos en el estudio de Keman, en que el 84,3% eran mujeres y el 15,7% hombres en una encuesta de 1.283 pacientes<sup>4</sup>. Estos datos corroboran otros estudios como el Plan de Acción de Lucha contra la Migraña (PALM)<sup>5</sup> o la National Health Service<sup>6</sup>, que establecen que el número de mujeres con migraña supera al de varones en una relación 3:1.

### 4.1.4 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 (48,8%), seguido de secundarios (40,8%) y primarios (9,0%) y el restante no poseía ningún tipo de estudios (1,5%).

**Gráfico 3.** Distribución de las personas encuestadas con migraña según nivel de estudios (N: 201)



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%)<sup>7</sup>.

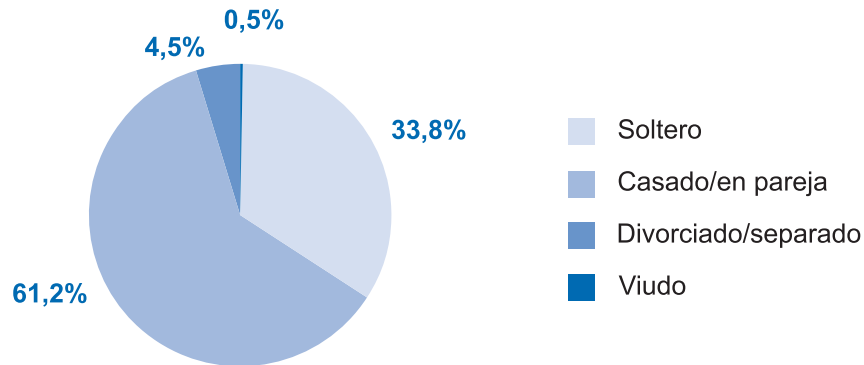
En el estudio de Winter *et al.*<sup>8</sup>, realizado en una cohorte de 36.858 mujeres, de las cuales 6.801 presentaban migraña, se observó cómo aquellas pacientes con menor nivel socioeconómico presentaban una mayor predisposición a que la migraña fuese más frecuente y se cronificase. De este modo,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



#### 4.1.5. 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 (33,8%), y un bajo porcentaje separados o divorciados (4,5%) y viudos (0,5%).

**Gráfico 4.** Distribución porcentual de las personas con migraña según estado civil (N: 201)



Esta distribución es similar a la que aparece en el estudio de García-Cabo Fernández, en que el 59,3% de los pacientes declararon estar casados, el 22% solteros, el 12,6% separados y el 6% viudos<sup>9</sup>. 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 casados<sup>10</sup>.

- La mayoría de las personas con migraña que participaron en la encuesta eran mujeres (87,6%).
- La edad media de las personas con migraña era de 36,7 años.
- El 48,8% de las personas con migraña poseía estudios universitarios.
- El 61,2% de las personas con migraña se encontraba casada 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]. Disponible en: [http://www.programapalm.com/index\\_00.htm](http://www.programapalm.com/index_00.htm)
6. Fernández-de-las-Peñas C, Palacios-Ceña D, Salom-Moreno J, López-de-Andres A, Hernández-Barra 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.



## 4.2 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 crónica<sup>1</sup>. 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.

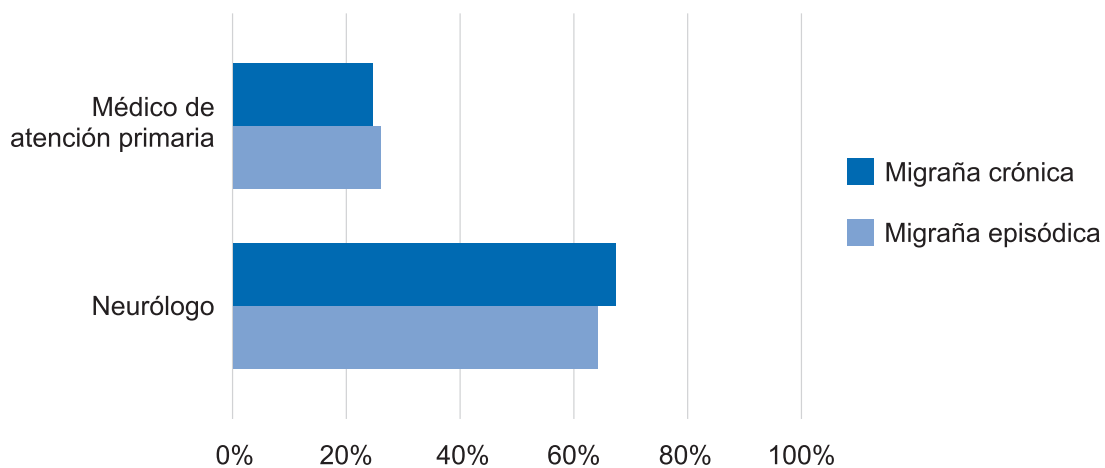
De acuerdo con el *Atlas de Migraña en Andalucía*, considerando el número de días que las personas con migraña manifestaron sufrir dolor de cabeza, el 63,3% de estos padecían migraña de tipo episódico, frente a un 36,7% que declaró padecerla de forma crónica en Andalucía.

### 4.2.1. 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 sufren<sup>2</sup>.

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: 175)



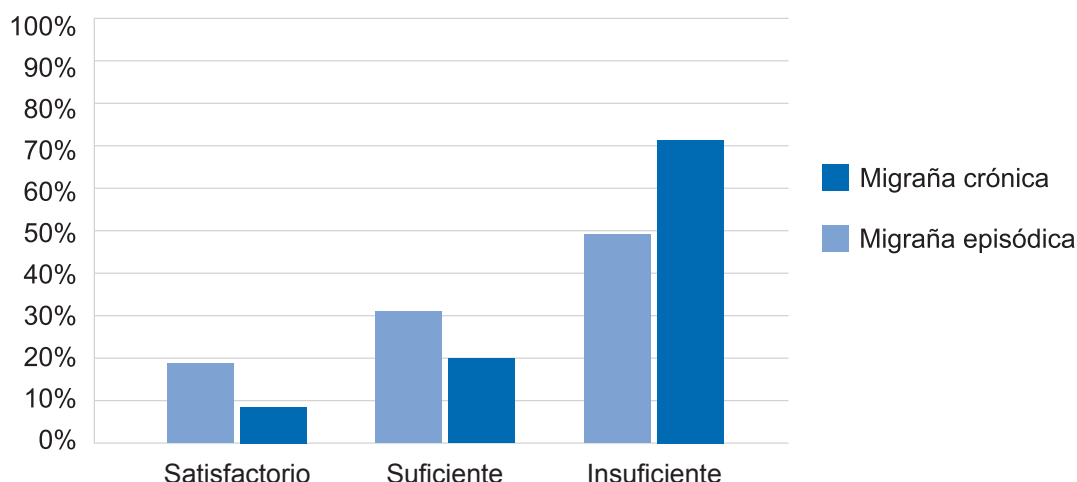
En general, puede considerarse que los neurólogos tienen una formación óptima para el diagnóstico de la migraña. Dentro del proyecto Concienciación, Información, Educación para Neurología en Migraña (CIENmig)<sup>3</sup> - estudio en el que participaron un amplio número de neurólogos y pacientes, llevado a cabo en España con el intento de analizar la satisfacción de las personas que sufren migraña y que acude a consultas de neurología -, se realizó una encuesta a 160 neurólogos. En dicha encuesta, 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.

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

Según datos del *Atlas de Migraña en Andalucía*, la mayoría de las personas con migraña consideraban como insuficiente la información recibida por los profesionales sanitarios acerca de su migraña y tratamiento (49,6% para los pacientes con migraña episódica y 71,4% para los pacientes con migraña crónica).



**Gráfico 2.** Grado de satisfacción sobre la información recibida acerca de su migraña y tratamiento en el momento de su diagnóstico (N: 191)



En concreto, el proyecto CIEN-mig reveló como 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 años<sup>3</sup>.

#### 4.2.3. Retraso diagnóstico

Los resultados del *Atlas de Migraña en Andalucía* muestran cómo las personas con migraña episódica en Andalucía ( $\leq 14$  días de dolor al mes) habían sufrido los primeros síntomas asociados a la enfermedad a los 17,4 años, habían sido diagnosticados a los 21,0 años y, por tanto, tenían un retraso diagnóstico de 3,6 años. Por otro lado, las personas que padecían migraña de tipo crónica ( $\geq 15$  días de dolor al mes) señalaron que fue a los 15,3 años cuando sufrieron los primeros síntomas asociados a la enfermedad, fueron diagnosticados a los 20,5 años y padecían un retraso diagnóstico de 5,2 años.

**Tabla 1.** Edad media de los primeros síntomas, del diagnóstico y retraso diagnóstico según tipo de migraña episódica o crónica (N: 187)

	Migraña episódica			Migraña crónica		
	N	Media (años)	Desviación estándar	N	Media (años)	Desviación estándar
<b>Edad a los primeros síntomas asociados</b>	118	17,4	9,7	69	15,3	8,1
<b>Edad de diagnóstico</b>	118	21,0	10,0	69	20,5	8,8
<b>Años de retraso diagnóstico</b>	118	3,6	4,9	69	5,2	5,7

Únicamente un 25% de los encuestados había sido diagnosticado en menos de 1 año, mientras que un 50% tardó más de 2 años y un 25%, más de 6 años.





**Tabla 2.** Años de retraso diagnóstico con percentiles (N: 187)

Percentiles	Años
25	0
50	2
75	6

Estos datos se acercan a los establecidos en el proyecto CIEN-mig. En pacientes con migraña crónica se estimó un retraso diagnóstico ligeramente superior a los dos años, que se acerca a los 4,1 años observados en la encuesta del *Atlas de Migraña en Andalucía*. 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  $14,8 \pm 10,1$  años<sup>3</sup>, 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 (4,8 años de media), seguidos de las personas con estudios secundarios (4,6 años de media) y la menor media se presentan en aquellos con estudios universitarios (3,7 años de media).

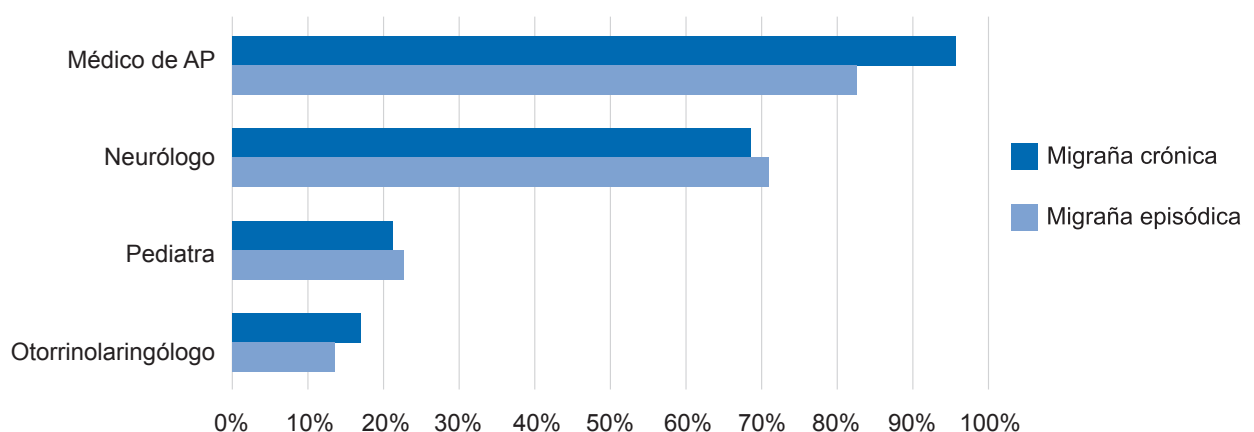
**Tabla 3.** Retraso diagnóstico medio de las personas con migraña según su nivel de estudios (N: 189)

Nivel de estudios	Años de retraso diagnóstico
Sin estudios	4,0
Primaria	4,8
Secundaria	4,6
Universitarios	3,7

#### 4.2.4. 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, deba ser remitido a consulta de neurología<sup>4,5</sup>. 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 consulta de neurología.

Los resultados del *Atlas de Migraña en Andalucía* permitieron conocer a los especialistas sanitarios que intervinieron durante el proceso de diagnóstico en Andalucía. En el gráfico 3 se muestra el porcentaje de especialistas médicos a los que acudieron los pacientes por cefalea antes de ser diagnosticados de migraña, teniéndose en cuenta que estas pudieron haber visitado a más de un especialista médico.

**Gráfico 3.** Especialista médico al que visitó la persona con migraña antes de ser diagnosticado (N: 180)

Respecto al número medio de visitas a especialistas médicos antes de haber sido diagnosticados, en Andalucía 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.

En la migraña crónica la media de visitas fue mayor para las visitas a médicos de atención primaria, mientras que para la migraña episódica fue para las visitas al pediatra.

**Tabla 4.** Visitas a cada especialista médico por parte de las personas con migraña antes de ser diagnosticados

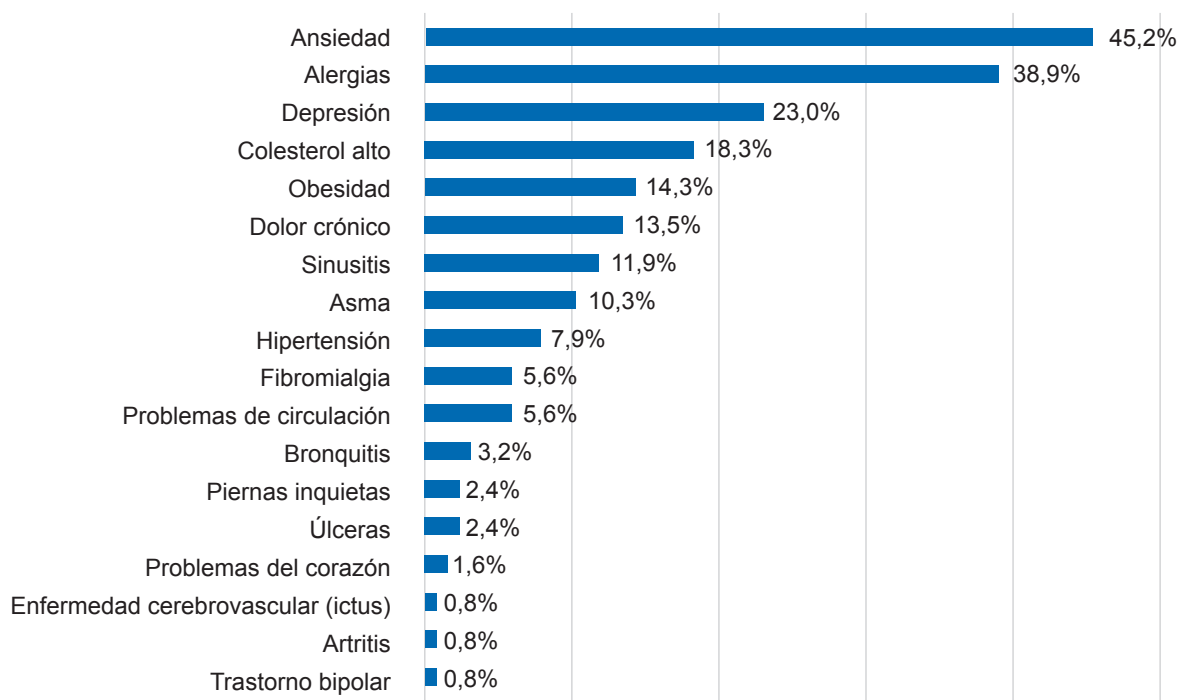
	Migraña episódica			Migraña crónica		
	Total visitas	Media	Desviación estándar	Total visitas	Media	Desviación estándar
Médico de AP	590	8,6	12,4	799	13,8	15,8
Neurólogo	244	4,1	7,5	213	5,3	7,7
Pediatra	128	9,1	13,2	130	10,0	10,2
Otorrinolaringólogo	55	5,5	9,0	28	2,5	1,4

#### 4.2.5. Comorbilidad

Una persona con migraña tiene mayor probabilidad de presentar un trastorno psicológico respecto al resto de la población general<sup>6</sup>, 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 psiquiátricos<sup>7</sup>, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo.

El *Atlas de Migraña en Andalucía* muestra cómo las enfermedades concomitantes más prevalentes fueron la ansiedad (45,2%), las alergias (38,9%) y la depresión (23,0%). A su vez, también declararon otras afecciones médicas como colesterol alto (18,3%), obesidad (14,3%) o dolor crónico (13,5%) (gráfico 4).

**Gráfico 4.** Comorbilidad declarada por las personas con migraña (N: 126)



La ansiedad es una reacción frecuente a la migraña, en particular, y a los trastornos que cursan con dolor, en general, y suele asociarse conjuntamente con otros trastornos mentales como la depresión<sup>8</sup>. 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 sanitario<sup>9</sup>.

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 migraña<sup>7</sup>.

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 migraña<sup>10</sup>.

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 sexo<sup>11</sup>.

- El 36,7% de las personas encuestadas declaró padecer migraña crónica.
- Entre el 60-70% de los pacientes con migraña crónica y episódica fueron diagnosticados por un neurólogo.
- Las personas con migraña consideraron insuficiente la información recibida en el momento del diagnóstico acerca de su migraña y su tratamiento, sobre todo las personas con migraña crónica.
- El retraso diagnóstico se situó en 3,6 años de media para las personas con migraña episódica y en 5,2 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.



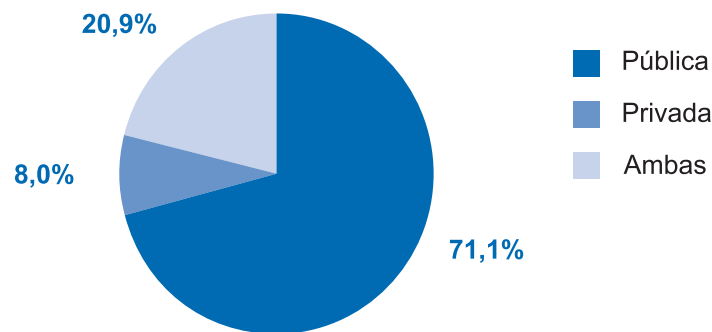
## 4.3. Atención sanitaria

### 4.3.1. Cobertura sanitaria

La migraña constituye una enfermedad de gran impacto médico, abarcando distintos niveles asistenciales, y con una gran demanda de recursos sanitarios<sup>1,2</sup>.

La mayoría de las personas con migraña pertenecientes al *Atlas de Migraña en Andalucía* contaban con atención sanitaria pública (71,1%), mientras que el 20,9% contaban con doble cobertura sanitaria (pública y privada) y el 8,0% solo contaban con cobertura privada. Estos datos contrastan con lo que encontramos en la población general, ya que en España los usuarios de seguros privados solo suponen el 15,6%<sup>3</sup>.

**Gráfico 1.** Proporción de pacientes según la cobertura sanitaria (N: 201)

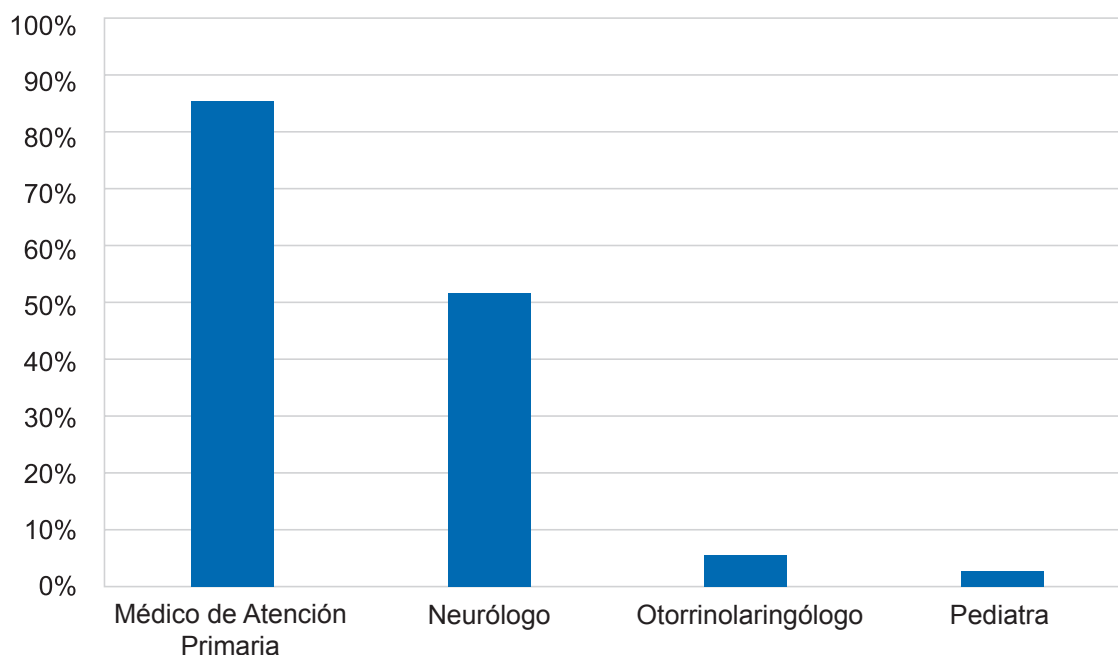


### 4.3.2. Visitas a especialistas médicos

Respecto a 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 2, en los últimos 12 meses casi el 85% de personas con migraña acudió al menos una vez al médico de atención primaria, así como más del 51,4% visitó al neurólogo.

**Gráfico 2.** Porcentaje de personas con migraña según visitas a especialistas a lo largo de los últimos 12 meses (N: 138)



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 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
<b>Médico de AP</b>	51	326	6,4	8,0	49	473	9,7	12,0
<b>Neurólogo</b>	27	69	2,6	3,6	34	97	2,9	1,6
<b>Otorrinolarin-gólogo</b>	1	10	10,0	-	1	24	24,0	-
<b>Pediatra</b>	1	4	4,0	-	6	14	14	1,5

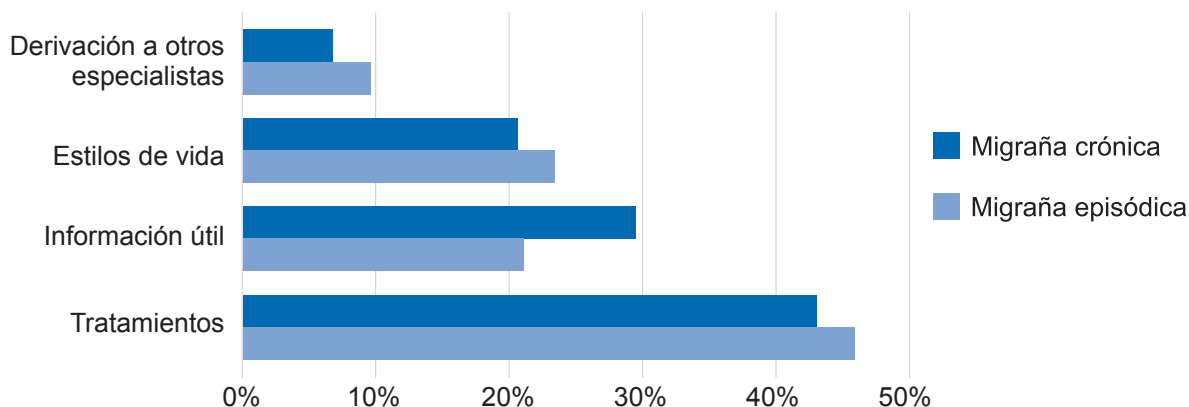
El estudio CIEN-mig<sup>4</sup> señaló que los motivos más frecuentes por las que un paciente es remitido de Atención Primaria a neurología son sufrir una elevada frecuencia de la crisis y la ineficacia del tratamiento sintomático.

#### 4.3.3. Percepción del paciente hacia la atención sanitaria recibida

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

En Andalucía, el 37,9% de los pacientes declaró que ningún especialista le había ayudado significativamente para sobrellevar los efectos de su migraña. En cambio, entre los pacientes que sí señalaron que la ayuda ofrecida por los especialistas médicos le había sido útil, se obtuvieron los siguientes datos: en torno al 45% de los pacientes señaló la eficacia de los tratamientos prescritos (43,2% para pacientes con migraña crónica y 45,9% para pacientes con migraña episódica), seguido de la utilidad de la información recibida (29,5% para pacientes con migraña crónica y 21,2% para episódicos) y los buenos consejos sobre qué estilo de vida seguir (23,5% para pacientes con migraña episódica y 20,5% para pacientes crónicos) (gráfico 3).

**Gráfico 3.** Percepción de las personas con migraña hacia la ayuda recibida por los médicos especialistas (N: 68)



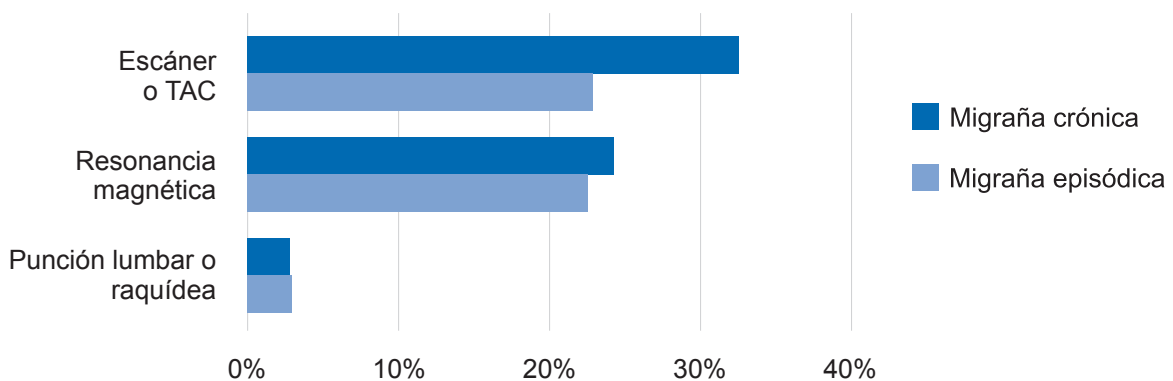
En el proyecto CIEN-mig<sup>5</sup>, los factores que los pacientes consideraban importantes por parte del neurólogo para su satisfacción fueron, por este orden: experiencia profesional, explicación de la migraña como afección que debe tratarse, facilidad de acceso y disponer de tiempo para explicar 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.

#### 4.3.4. 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 neuroimagen<sup>6</sup>.

Para el seguimiento de la migraña en los últimos 12 meses, y entre las personas con migraña crónica, el 32,6% de estos declaró haber sido sometido un escáner o TAC, el 24,4% a una resonancia magnética y el 2,9% a punción lumbar (gráfico 4).

**Gráfico 4.** Pruebas realizadas a los pacientes en el seguimiento de su migraña los últimos 12 meses (N: 100-117)



Entre los servicios más utilizados en el último año, los encuestados del *Atlas de Andalucía* destacaron las visitas a urgencias, seguido de los ingresos hospitalarios. La media de visitas a urgencias fue de 5,6 para pacientes con migraña episódica y de 7,4 para pacientes con migraña crónica, mientras que la media de ingresos hospitalarios en pacientes con migraña episódica fue de 1,3 y 2,7 para pacientes con migraña crónica (tabla 2).

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

	Migraña episódica				Migraña crónica			
	N	Total visitas	Media	DE	N	Total visitas	Media	DE
<b>Urgencias</b>	40	210	5,6	6,5	33	245	7,4	6,9
<b>Ingresos hospitalarios</b>	4	5	1,3	0,5	7	19	2,7	1,6

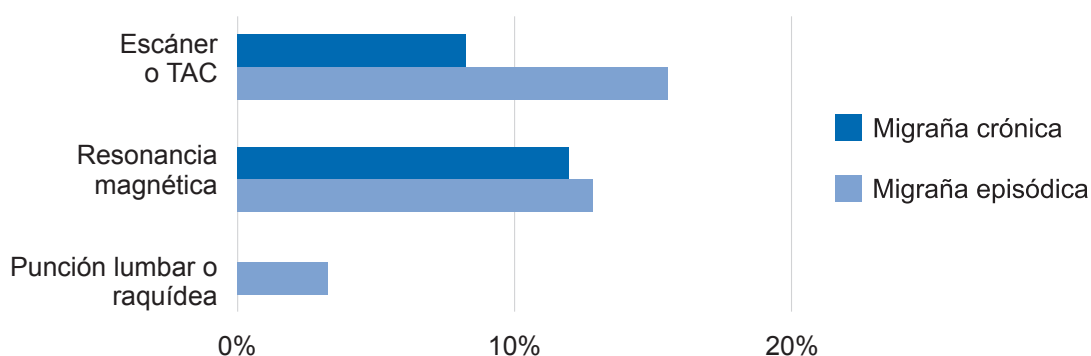
DE: Desviación estándar



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 12,3% se le realizó escáner o TAC, con una media de 1,2 veces; al 12,3% una resonancia magnética, con una media de 1,4 veces al año; y al 1,8% una punción lumbar.
- De los pacientes hospitalizados como consecuencia de su migraña durante los últimos 12 meses: al 45,5% le realizaron un escáner o TAC, con una media de 1,3 veces al año.

**Gráfico 5.** Pruebas realizadas a los pacientes cuando han acudido a urgencias como consecuencia de su migraña (N: 30-32)

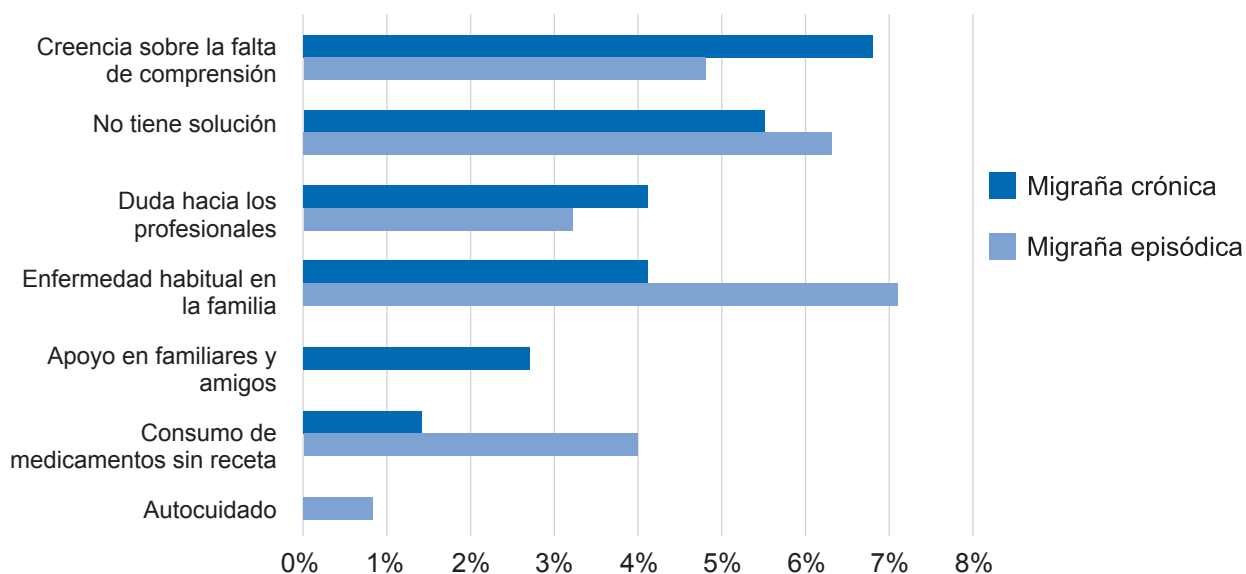


#### 4.3.5. Búsqueda de atención sanitaria

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 el 50% abandona el seguimiento tras las primeras consultas.

En esta misma línea, entre los encuestados del *Atlas de Migraña en Andalucía*, 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 y el pensamiento de que la migraña que padecía no tenía solución ni tratamiento, además de la creencia de falta de comprensión por parte de los especialistas médicos.

**Gráfico 6.** Motivos por los que los pacientes no han visitado nunca a un especialista (N: 51)





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 adecuado<sup>7</sup>.

- El 20,9% 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 37,9% 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.; áenz 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]. Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc\\_Eur\\_Salud\\_en\\_Esp\\_2014.htm](http://www.msssi.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.



## 4.4. 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 tratamiento<sup>1</sup>.

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 cabeza<sup>1</sup>. 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 duraderas<sup>2</sup>.

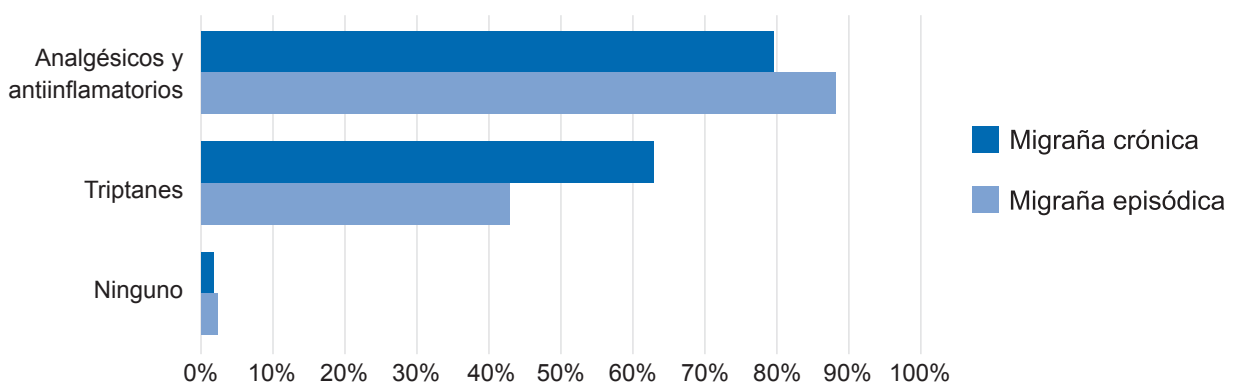
### 4.4.1. Medicamentos consumidos

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 apropiado<sup>3</sup>. Y por otro, el abuso de analgésicos, lo cual puede actuar como desencadenante de la cronificación de la migraña<sup>4,5</sup>.

En el caso de abuso de analgésicos, diversos estudios han relacionado el consumo frecuente de analgésicos con la cronificación de la migraña<sup>6</sup>. 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 preventiva<sup>7</sup>.

Según los datos del *Atlas de Migraña en Andalucía*, se puede apreciar que los analgésicos y los antiinflamatorios son los medicamentos más consumidos. En efecto, el 85,2% de las personas con migraña tomaba analgésicos y antiinflamatorios en los momentos de crisis o ataque de migraña, seguido de los triptanes con un 49,7% de la muestra (gráfico 1).

**Gráfico 1.** Medicamentos consumidos por las personas con migraña cuando sufrían una crisis o ataque de migraña (N: 147)

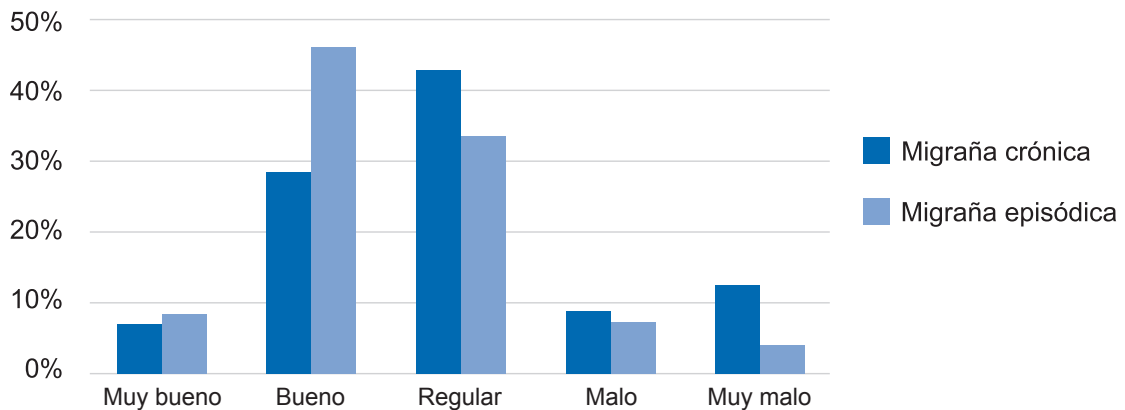


### 4.4.2. Eficacia de los tratamientos consumidos

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 secundarios<sup>8</sup>. 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 personas<sup>9</sup>.

En el cuestionario del Atlas de Migraña 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 a partir de su capacidad para disminuir la frecuencia de las crisis, la intensidad, durabilidad del dolor y la discapacidad asociada. En Andalucía, el 46,3% de los pacientes con migraña episódica consideró buena la eficacia de los medicamentos frente a tan solo el 28,6% de los pacientes con migraña crónica.



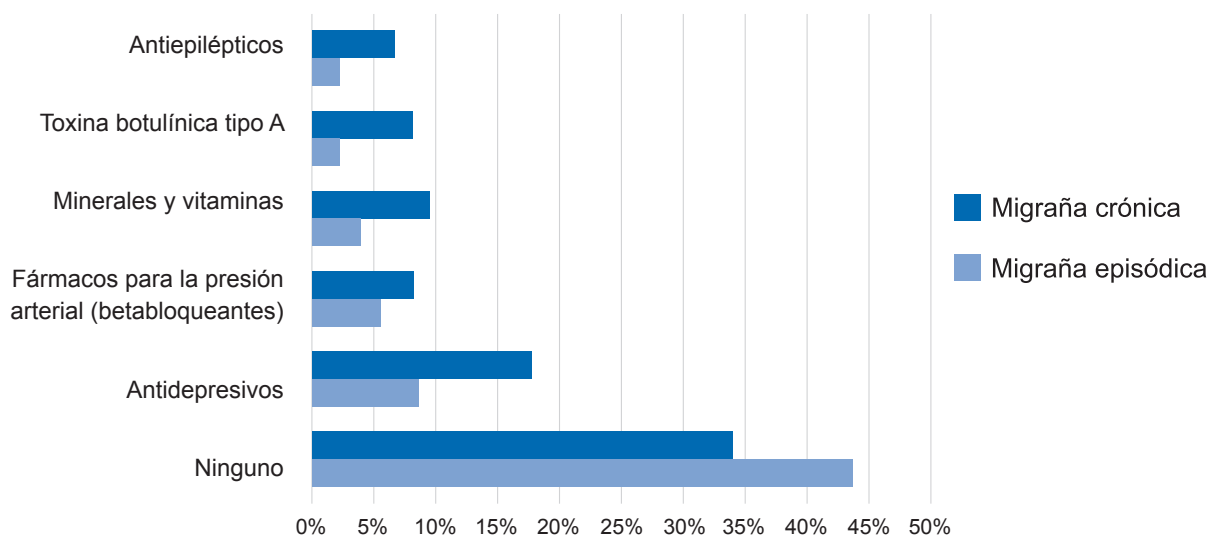
**Gráfico 2.** Eficacia de los medicamentos para tratar la migraña (N: 151)

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 años<sup>10</sup>.

#### 4.4.3. 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 dolor<sup>1</sup>. 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 en Andalucía que declaró no tomar ningún tipo de medicamento, frente a aquellos que utilizaron algún fármaco preventivo.

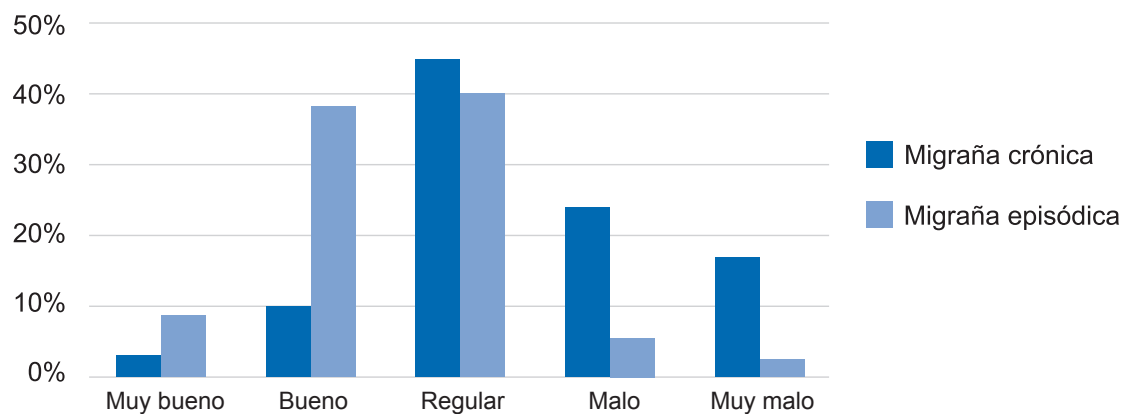
**Gráfico 3.** Medicamentos consumidos diariamente por las personas con migraña de manera preventiva (N: 146)

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



Según resultados del *Atlas de Migraña en Andalucía*, 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: 63)



- El 85,2% de las personas con migraña tomaba analgésicos y antiinflamatorios en los momentos de crisis o ataque de migraña.
- El 40,3% de las personas con migraña no consumía ningún tipo de medicamento de manera preventiva.
- El 45,3% 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.



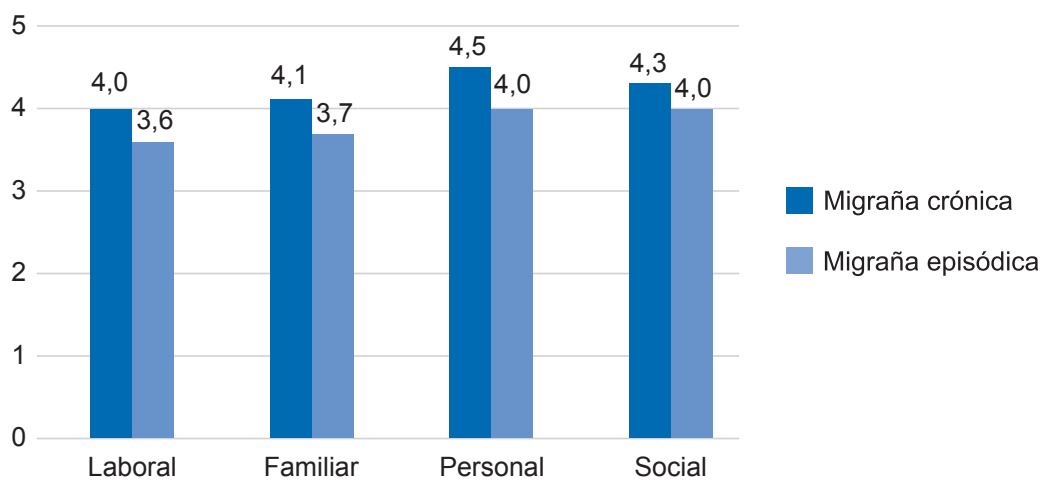
## 4.5. Limitaciones, discapacidad y calidad de vida

### 4.5.1. 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<sup>1,2</sup>.

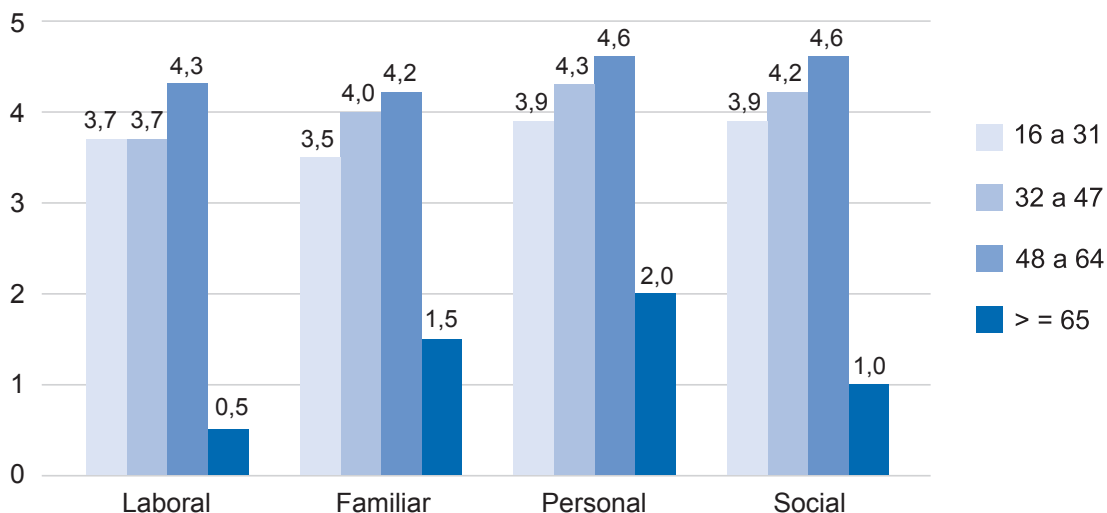
En el gráfico 1 se presentan los niveles de limitación de las personas con migraña en Andalucía distinguiendo entre episódica y crónica, valorando en una escala del 1 al 5 las limitaciones en distintas áreas de su vida (siendo 1 "Ninguna limitación" y 5 "Mucha limitación"). Los pacientes con migraña crónica presentaban una gran limitación en el área personal y social (4,5 y 4,3, respectivamente).

**Gráfico 1.** Nivel de limitación (0-5) en áreas de la vida durante las crisis de dolor (N: 127-131)



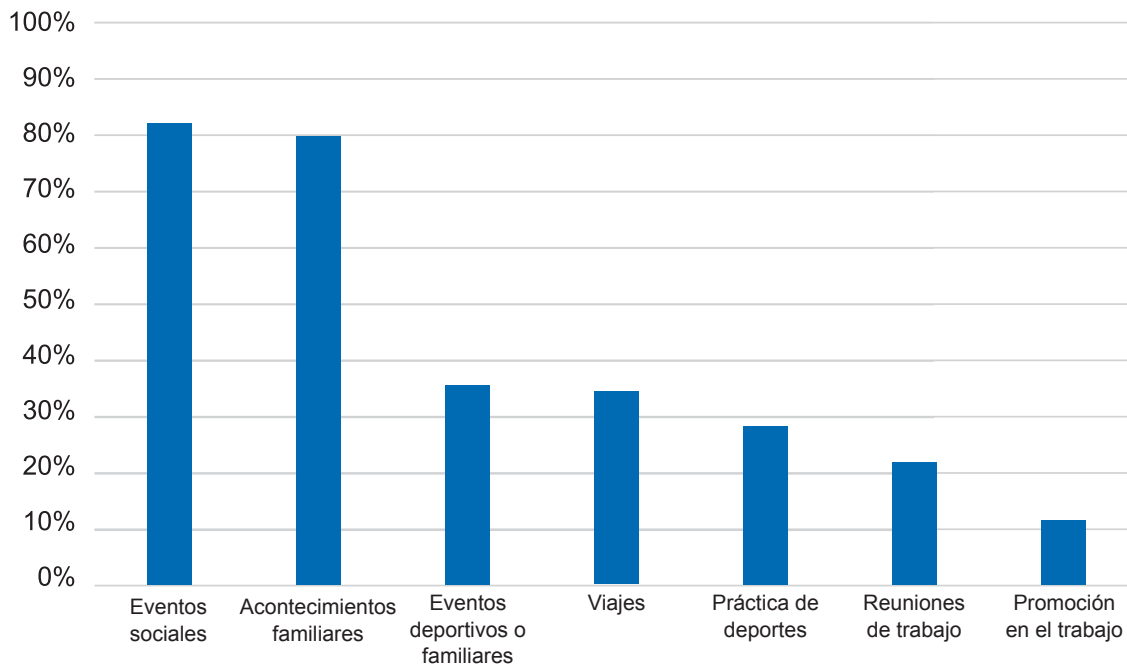
Al igual que en el gráfico anterior, en el siguiente se muestran los grados de limitación en diferentes áreas de la vida de las personas que sufren migraña según la edad, mostrando como las edades adultas (entre 32 y 64) muestran los mayores grados de limitación, frente a los más jóvenes y los mayores de 64 (gráfico 2).

**Gráfico 2.** Nivel de limitación (0-5) en áreas de la vida declarada por los pacientes con migraña según grupo de edad (N: 128-138)



Según datos extraídos del *Atlas de Migraña en Andalucía*, los pacientes señalaron haber tenido que perderse eventos importantes en sus vidas como consecuencia de su migraña, encabezando esta lista los eventos sociales (82,1% de los pacientes en Andalucía) (gráfico 3).

**Gráfico 3.** Eventos importantes que los pacientes se han perdido como consecuencia de su migraña (N: 95)



#### 4.5.2. 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 a escala internacional<sup>3</sup>.

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 ( $p < 0,001$ ).

**Tabla 1.** Puntuación media de los pacientes con migraña crónica (N: 30) y migraña episódica (N: 50) en el cuestionario MIDAS

	Migraña episódica		Migraña crónica		Test de diferencia variable vs. tipo de migraña
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	P valor
<b>MIDAS</b>	26,2	22,0	87,6	65,3	< 0,001

En la tabla 2 se muestra el grado de discapacidad de los encuestados establecido a través del MIDAS. Cabe destacar como 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 como el porcentaje con nivel de discapacidad muy grave en aquellos con migraña crónica era bastante superior (73,3%) respecto a episódica (14,0%).



**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)	3	6,0%	0	0,0%
Leve (grado II)	8	16,0%	1	3,3%
Moderada (grado III)	13	26,0%	3	10,0%
Grave (grado IV-A)	19	38,0%	4	13,3%
Muy grave (grado IV-B)	7	14,0%	22	73,3%
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,00%</b>	<b>30</b>	<b>100,00%</b>

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 31 años de edad en la migraña crónica, mientras que para la migraña episódica se mantiene estable.

**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	12	29,5	14	116,0
32-47	28	24,6	10	61,5
48-64	9	29,7	6	64,7
≥ 65	1	0,0	0	-
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>26,2</b>	<b>30</b>	<b>87,6</b>

#### 4.5.2.1. Prestación por discapacidad

En Andalucía solo una persona reportó tener un grado de discapacidad o minusvalía reconocido, el cual alcanzaba un 83,0%. Además, solo 3 personas recibían prestaciones de la Seguridad Social (el 33,3% prestación por incapacidad permanente total y el 66,7% por incapacidad temporal).

#### 4.5.3. 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<sup>4,5</sup>. 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*), el cual mide el impacto de la cefalea en siete dominios de la vida<sup>2</sup>.

Según datos extraídos del *Atlas de Migraña en Andalucía*, el índice HANA mostró una correlación estadísticamente significativa con el índice MIDAS ( $r = 0,619$ ;  $p < 0,001$ ). Es decir, se apreció cómo 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 migraña<sup>6-8</sup>. Dicha relación se vio reflejada en los datos





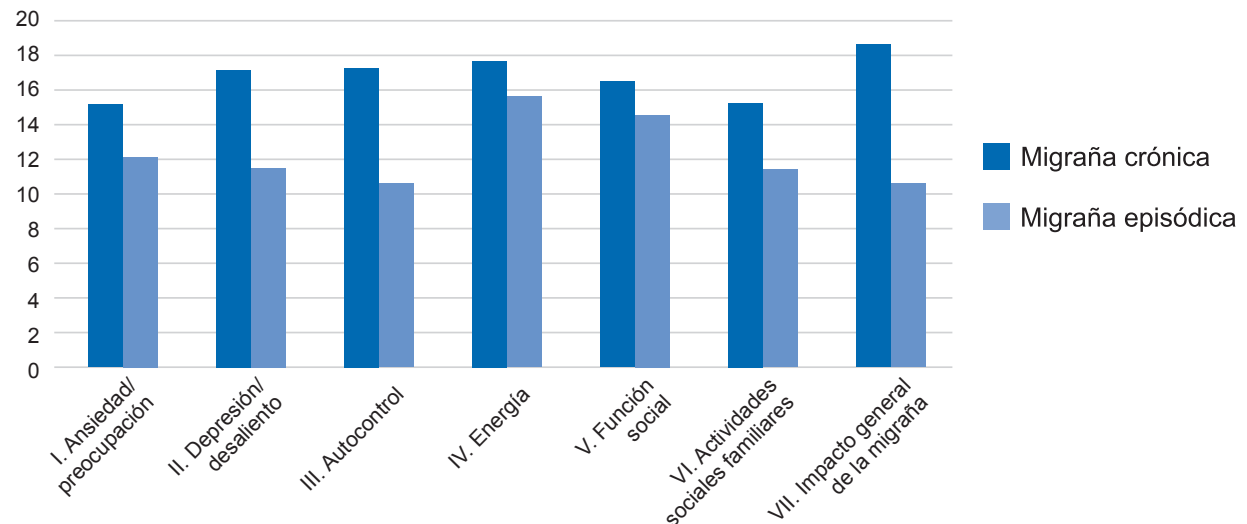
obtenidos para Andalucía, ya que como puede verse en la tabla 4, las personas con migraña crónica obtuvieron una puntuación media bastante superior (peor calidad de vida), frente a las personas con migraña episódica, siendo esta diferencia estadísticamente significativa a cualquier nivel ( $p < 0,001$ ).

**Tabla 4.** Puntuación media de los pacientes con migraña crónica (N: 35) y migraña episódica (N: 53) en el cuestionario HANA

	Migraña episódica		Migraña crónica		Test de diferencia variable vs. tipo de migraña
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	P valor
<b>HANA</b>	86,5	32,3	117,8	25,0	< 0,001

El gráfico 4 refleja los siete problemas del cuestionario HANA, distinguiendo entre migraña crónica y episódica. En todos los problemas se refleja unos valores superiores en el caso de migraña crónica respecto a migraña episódica, con las puntuaciones más altas para el impacto general de la migraña (18,6 de media) y la energía (17,7 de media).

**Gráfico 4.** Valores medios del cuestionario de evaluación de la calidad de vida con cefalea (HANA) (N: 88)



En el estudio de Fernández-Concepción y Canuet-Delis (2003)<sup>9</sup>, las puntuaciones totales del instrumento de evaluación de la calidad de vida afectada por migraña (HANA) correspondían al problema 5 (“funciono 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, sobre todo para pacientes con migraña crónica.
- La mayoría de las personas con migraña declaró haberse perdido eventos importantes, como consecuencia de su enfermedad, entre los que destacaron los sociales (82,1%), seguidos de los familiares, (80,0%), 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 el 73,3% de aquellos con migraña crónica.
- Las personas que presentan un mayor nivel de discapacidad asociada a la migraña crónica son aquellas entre los 16 y los 31 años.
- 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, Fernandez-Morales J, Alvarez-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. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26961321>
9. Fernández Concepción O, Canuet-Delís L. Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: Factores determinantes. Vol. 36, *Revista de Neurología*. 2003. p. 1105.



## 4.6. Hábitos saludables y nocivos

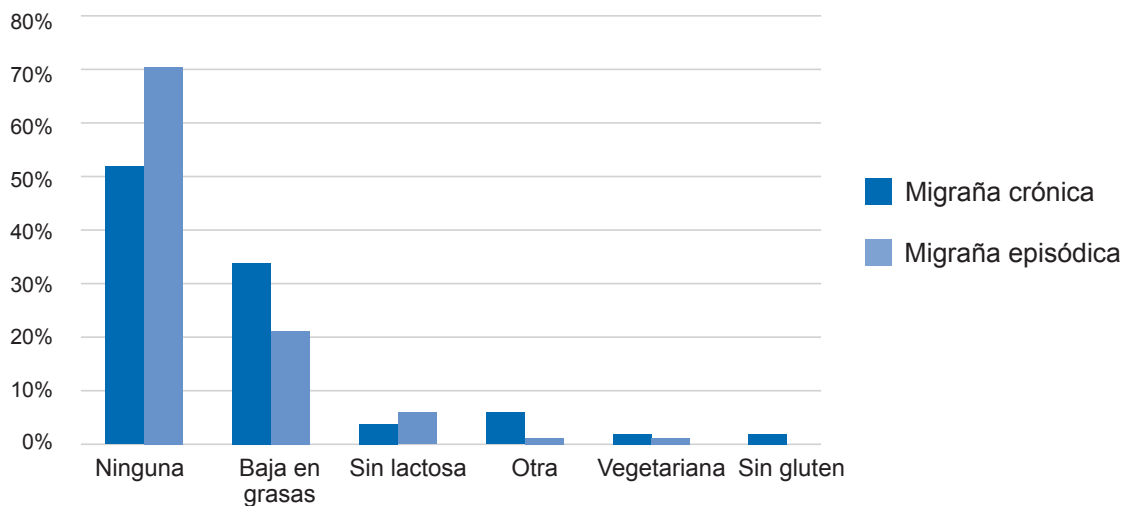
### 4.6.1. Dieta saludable

La cronificación de la migraña se ha relacionado con diversos factores desencadenantes, que incluyen determinados hábitos dietéticos<sup>1-3</sup>.

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 migraña<sup>4</sup>. Sin embargo, en este apartado solo se hace referencia a aquellos alimentos incluidos en la encuesta a pacientes en Andalucía del *Atlas 2018*.

En primer lugar, cabe destacar como la mayoría de las personas pertenecientes al *Atlas de Migraña en Andalucía* no seguía ninguna dieta específica para controlar la intensidad o frecuencia de los ataques de migraña (63,7%). Entre las que seguían algún tipo de dieta, la mayoría optaban por una dieta baja en grasas (25,9%) (gráfico 1).

**Gráfico 1.** Tipo de dieta que llevan las personas con migraña (N: 135)



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 (N: 76)

	Migraña episódica		Migraña crónica	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje
<b>No gasta nada</b>	35	71,4%	13	48,1%
<b>Entre 0 y 100 euros</b>	12	24,5%	10	37,0%
<b>Más de 101 euros</b>	2	4,1%	4	14,9%

Considerando los diferentes tipos de alimentos, un 77,6% de los encuestados en Andalucía asociaban el consumo de alcohol con la aparición de la migraña, seguido de un 56,1% que lo asociaron con el consumo de chocolate, frente a un 45,9% y 32,7% 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 ansiedad<sup>5</sup>.

En la tabla 2 se observa que el 67,4% de los encuestados en Andalucía tomaba al menos un café al día.

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

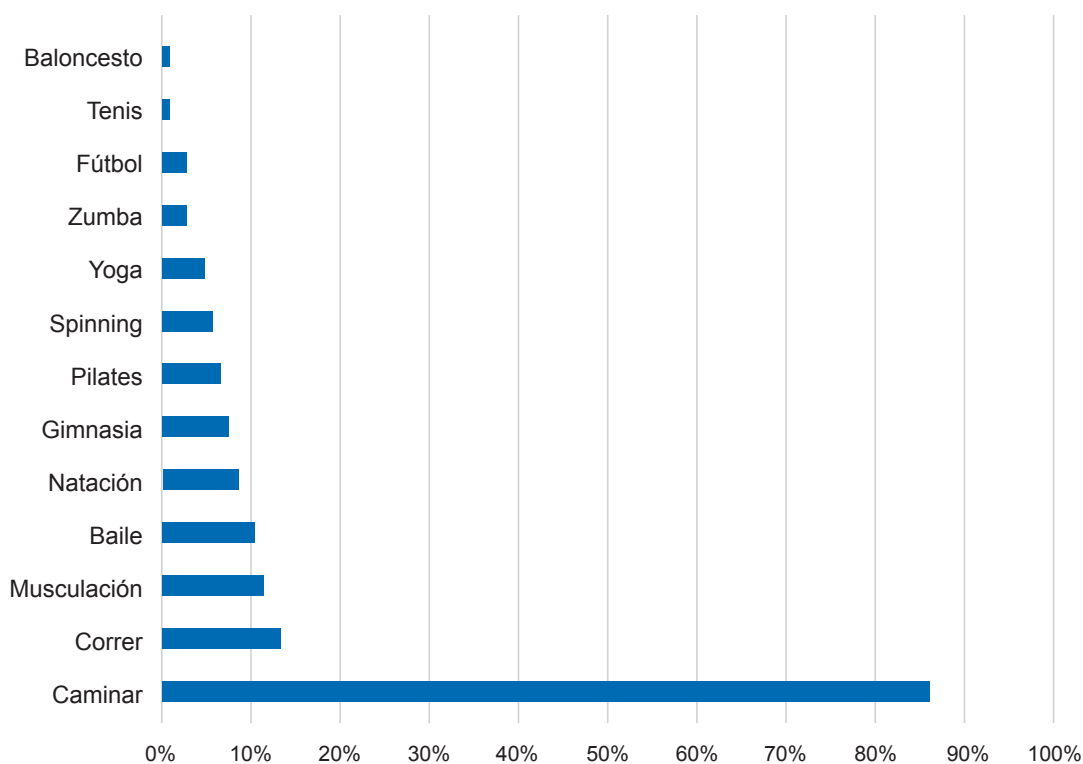
	N	Porcentaje
Más de 3 cafés al día	9	6,3%
2 cafés al día	30	20,8%
1 café al día	58	40,3%
Nunca	47	32,6%

#### 4.6.2. Ejercicio físico

Realizar ejercicio físico de forma regular ha demostrado ser un tratamiento no farmacológico que ayuda a prevenir la aparición de dolores de cabeza<sup>6</sup>. 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 estrés<sup>7</sup>. En esta línea, numerosos estudios demuestran cómo realizar ejercicio físico ayuda a prevenir el dolor de cabeza al activar mecanismos que moderan las señales de dolor que recibe el cerebro<sup>8</sup>.

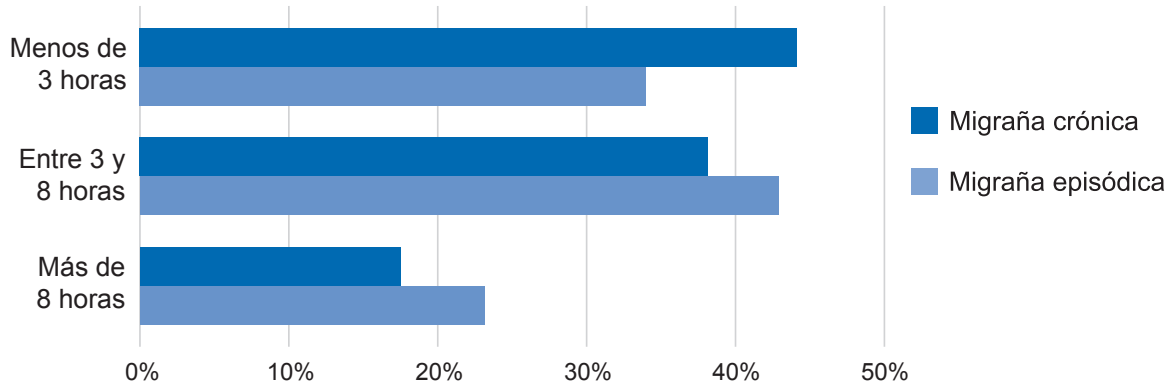
En la encuesta del *Atlas 2018* se preguntó a las personas con migraña sobre la práctica de actividad física. Concretamente, para Andalucía, el 85,8% manifestó que caminar era el ejercicio físico que más practicaba (gráfico 2), siendo este porcentaje el 70,6% para la población general según datos de la encuesta de hábitos deportivos en España<sup>9</sup>.

**Gráfico 2.** Actividades que realizan las personas con migraña semanalmente (N: 106)



En el gráfico 3, se observa como la mayoría de las personas con migraña crónica dedicaban menos de 3 horas a la semana a su práctica deportiva (44,1%), mientras que el 42,9% de los pacientes con migraña episódica dedican entre 3 y 8 horas a la semana.

**Gráfico 3.** Horas por semana de actividad física de las personas con migraña (N: 90)



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 migraña<sup>6</sup>. En cuanto al gasto en Andalucía, 2 de cada 3 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: 97)

	N	Porcentaje
No gasta nada	63	64,9%
Menos de 50 euros	26	26,8%
Más de 50 euros	8	8,3%

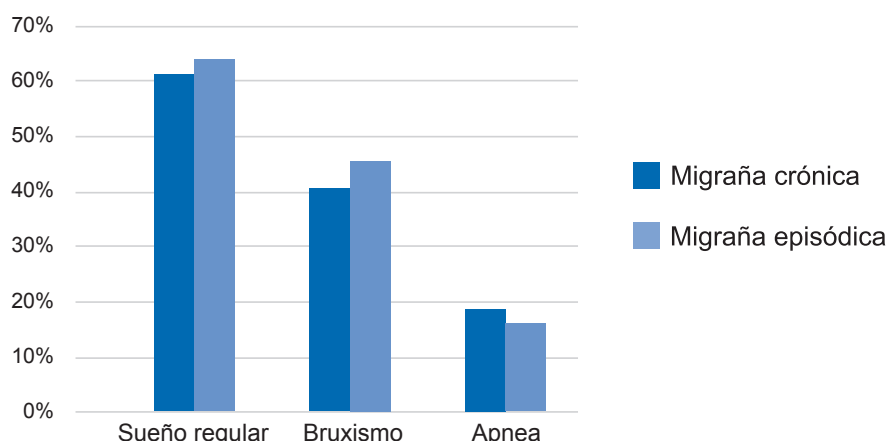
#### 4.6.3. Sueño

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 migraña<sup>10</sup>.

Según datos extraídos del *Atlas de Migraña en Andalucía*, el 64,0% de las personas con migraña episódica mantenía diariamente una rutina en los horarios de sueño (N: 89). En lo que respecta a trastornos relacionados con el sueño, un 40,8% (N: 49) de las personas con migraña crónica sufría episodios de bruxismo (apretaban o rechinaban los dientes mientras dormían) y el 18,8% (N: 48) de estos padecía episodios de apnea durante el sueño (ronquera habitual o paradas de respiración durante el sueño) (gráfico 4).



**Gráfico 4.** Características del sueño de las personas con migraña (N: 135-138)



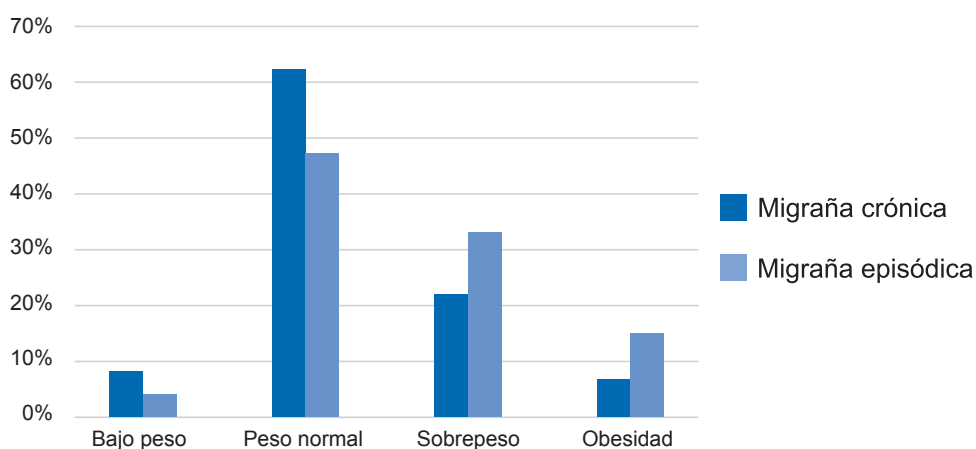
En el trabajo realizado por Barbanti se comparó la calidad del sueño y de las tasas de ansiedad y depresión en 100 personas con migraña episódica. Las personas con migraña mostraron una excesiva somnolencia, observándose correlación entre migraña, somnolencia diurna excesiva, discapacidad, problemas de sueño y ansiedad. Se estableció en dicho estudio que la somnolencia diurna excesiva es consecuencia de la propia migraña<sup>11</sup>.

#### 4.6.4. 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 obesidad<sup>12</sup>. La asociación entre migraña y obesidad es más evidente en mujeres y en individuos menores de 50 años de edad<sup>12,13</sup>. Por otro lado, entre los factores modificables que condicionan que la migraña episódica evolucione hacia una forma crónica destaca especialmente la obesidad.

Según los datos del *Atlas de Migraña en Andalucía*, el índice de masa corporal (IMC) medio de las personas que sufrían migraña era de 24,8, 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 el gráfico 5.

**Gráfico 5.** Distribución de los encuestados según su IMC de acuerdo con la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (N: 198)



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 mayor<sup>14</sup>.



#### 4.6.5. 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 horas<sup>15</sup>. 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 migraña<sup>16</sup>.

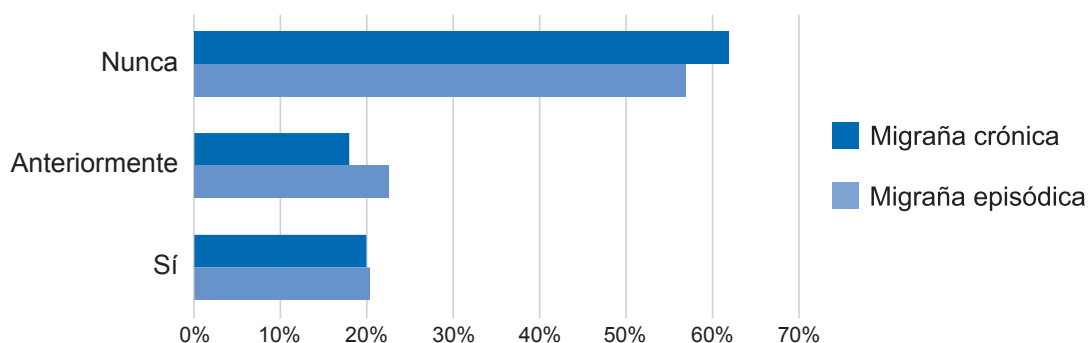
En el *Atlas de Migraña en Andalucía*, el 45,7% señaló el consumo de alcohol de baja graduación como uno de los desencadenantes de las crisis de dolor, mientras que el 56,7% de las personas que consumían alcohol de alta graduación lo consideraban como el desencadenante del dolor. Por otro lado, el 44,9% de las personas con migraña crónica afirmaron no beber nada de alcohol de baja graduación (cerveza/vino), seguido de aquellos (26,5%) que lo tomaba de 1 a 3 veces al mes. En cuanto a la ingesta de alcohol de alta graduación, el 66,6% 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 (25,5%) (tabla 4).

**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.)
<b>N</b>	93	90	49	47
<b>Nunca</b>	26,9%	46,7%	44,9%	66,6%
<b>Menos de 1 vez al mes</b>	19,4%	36,7%	22,4%	25,5%
<b>De 1 a 3 días al mes</b>	34,4%	16,7%	26,5%	6,4%
<b>De 1 a 4 días a la semana</b>	14,0%	0,0%	6,1%	2,1%
<b>A diario o casi a diario</b>	5,4%	0,0%	0,0%	0,0%

Según datos extraídos del *Atlas de Migraña en Andalucía*, más de la mitad de las personas encuestadas señaló no haber fumado nunca, seguido de aquellos que sí habían fumado anteriormente (gráfico 6). De entre las que fumaban, al 85,2% no les dolía la cabeza ni presentaban ningún tipo de malestar después de fumar. Estas personas llevaban fumando una media de 12 años y consumían una media de 9 cigarrillos al día.

**Gráfico 6.** Pacientes fumadores (N: 143)



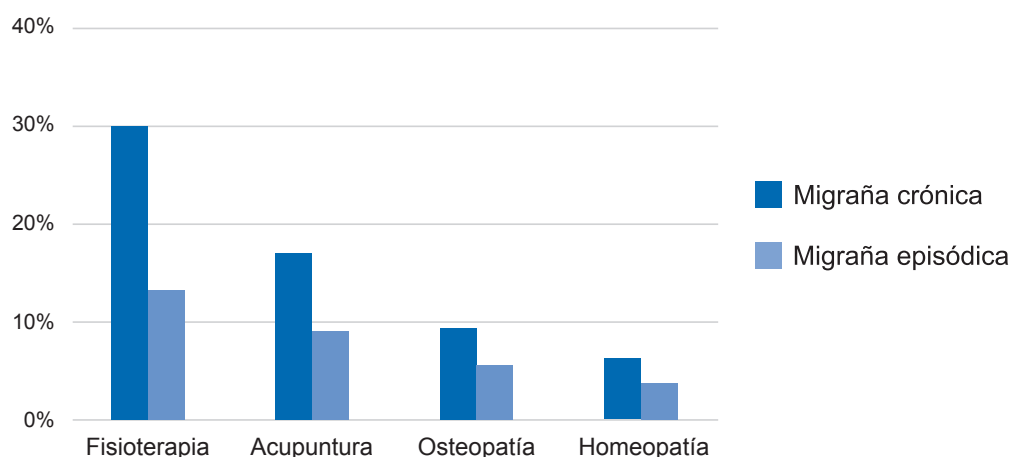
Algunos estudios han demostrado una fuerte relación causal entre la intensidad del consumo de tabaco y cualquier tipo de dolor de cabeza<sup>17</sup>.

#### 4.6.6. 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<sup>18,19</sup>. 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 pacientes<sup>20</sup>.

En el gráfico 7 se representa el porcentaje de personas con migraña en Andalucía que recibe algún tipo de terapia complementaria. En esta línea, el 54,8% de los pacientes consideraron que con las terapias complementarias obtenían buenos resultados o les resultaban eficaces, frente a un 45,2% que señalaron lo contrario (N: 31).

**Gráfico 7.** Tipo de terapia complementaria recibida por los pacientes (N: 45)



- El 63,7% 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 (25,9%).
- El 64,9% 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 el 41,4% presentaba sobrepeso/obesidad.
- El 62,0% de las personas con migraña crónica y el 57,0% con episódica declaró no haber fumado nunca, seguido de aquellos que si habían fumado anteriormente (18,0% y 22,6%, respectivamente).
- El 54,8% 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, Vij 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. Disponible en: <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. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15955036>

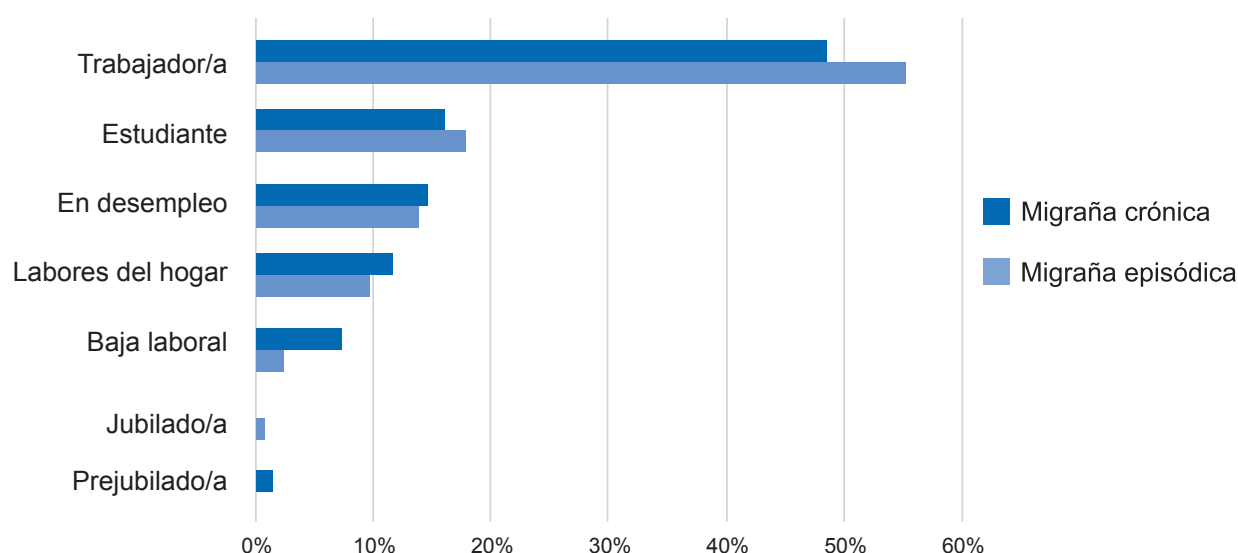
## 4.7. Situación laboral

### 4.7.1. 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<sup>1,2</sup>.

Según datos extraídos del *Atlas de Migraña en Andalucía*, más de la mitad de las personas que se encontraban trabajando en el momento de la encuesta padecían migraña (50,8%), seguidos de aquellos que eran estudiantes (16,6%).

**Gráfico 1.** Situación laboral de los pacientes según padezcan migraña de tipo crónica o episódica (N: 191)



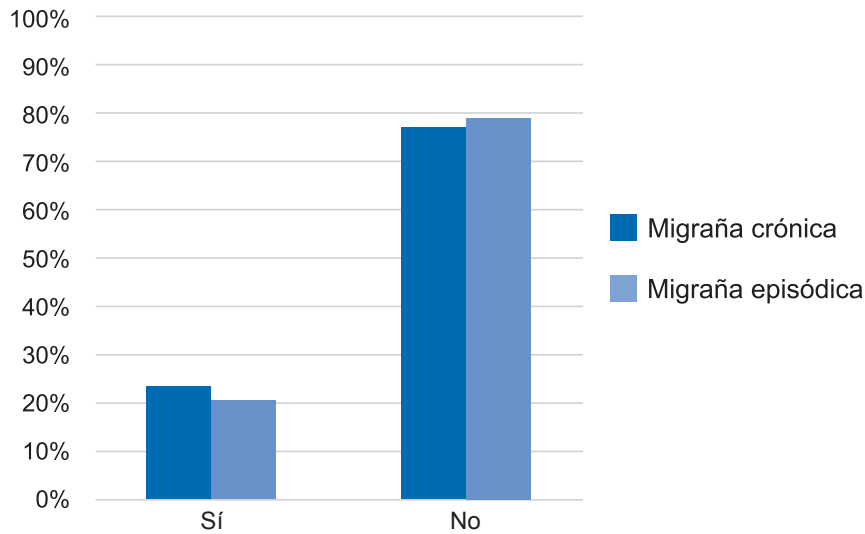
Puesto que la mayoría de los pacientes se encontraban laboralmente activos en el momento de cumplimentar la encuesta, la implantación de un plan específico para pacientes con migraña podría reducir su impacto en el ámbito laboral<sup>3</sup>.

### 4.7.2. Pacientes trabajadores

#### 4.7.2.1. Días de permiso y excedencia

En torno a una quinta parte tuvo que solicitar días de permiso o excedencia (gráfico 2), situándose la media en 4 días para migraña episódica y en 10,3 para la migraña crónica (tabla 1). Del mismo modo, un 8,6% desempeñaba un trabajo autónomo, viéndose obligado a recuperar tareas fuera del horario laboral, trabajando fines de semana, noches o días de fiesta.

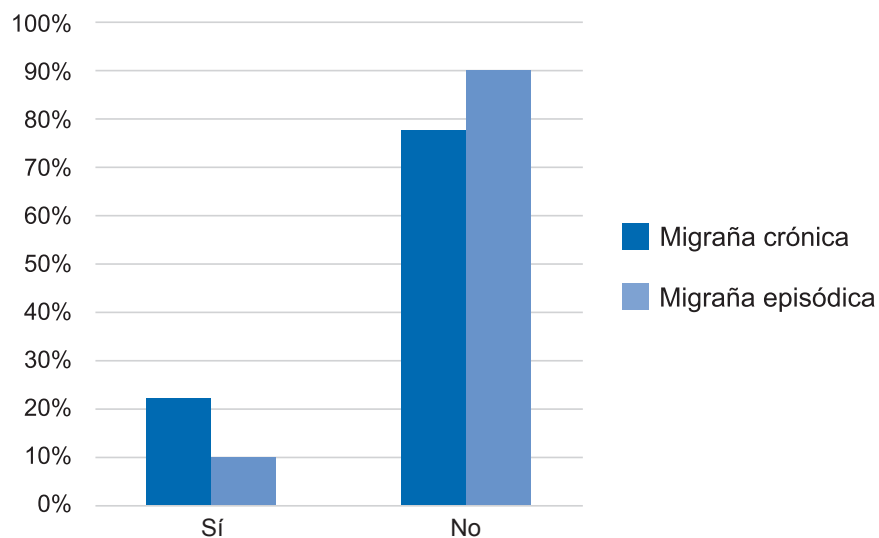


**Gráfico 2.** Permiso/excedencia a causa de la migraña en los últimos 12 meses (N: 102)**Tabla 1.** Número de días de permiso/excedencia a causa de la migraña en los últimos 12 meses (N: 22)

	Migraña episódica		Migraña crónica	
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
<b>Días de permiso/excedencia</b>	4,0	3,8	10,3	9,2

#### 4.7.2.2. Días de baja laboral

El 14,3% de pacientes en Andalucía estuvo de baja en los últimos 12 meses. Aquellos con migraña crónica estuvieron con mayor frecuencia de baja laboral (gráfico 3).

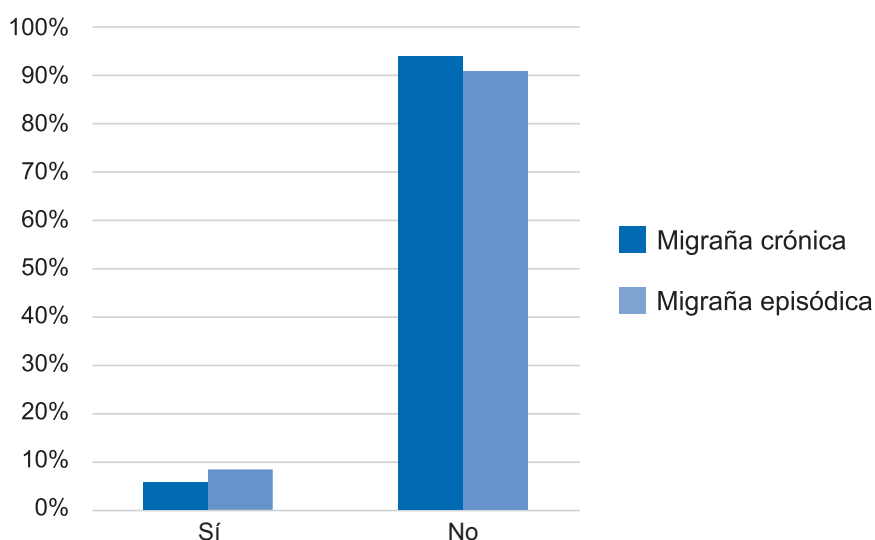
**Gráfico 3.** Baja laboral en los últimos 12 meses (N: 105)

Hallazgos similares se observaron en el estudio HUNT realizado en Noruega, que puso de manifiesto como a mayor cronificación de la migraña se da un incremento de los días de baja laboral<sup>4</sup>. 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.

#### 4.7.2.3. Reducción de la jornada laboral

En Andalucía el 7,8% tuvo que reducir su jornada laboral, con una media de 20 horas reducidas a la semana en el último año (N: 8) (gráfico 4).

**Gráfico 4.** Reducción de la jornada laboral a causa de la migraña en los últimos 12 meses (N: 102)



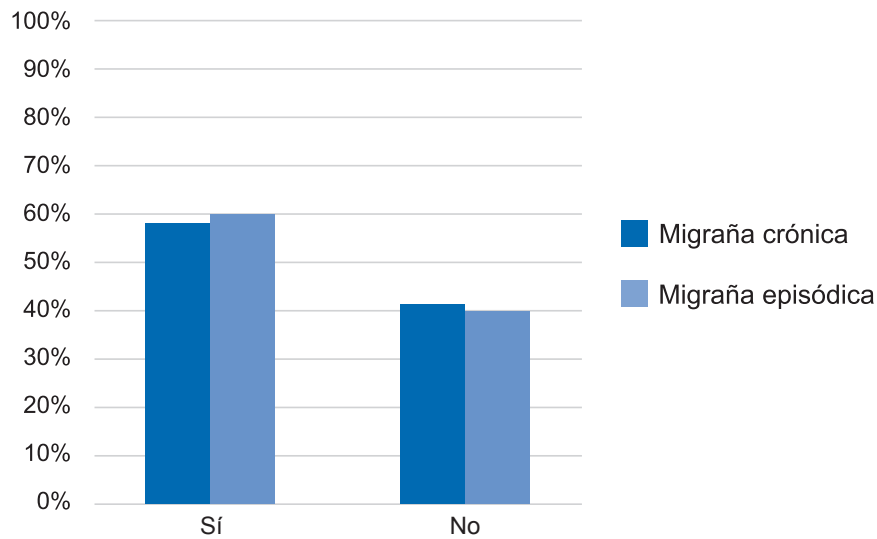
En la misma línea, en un estudio realizado en Estados Unidos encontraron que las personas con migraña episódica se veían obligadas a perder una media de 1,1 horas a la semana, mientras que aquellas con migraña crónica perdían 3,6 horas<sup>5</sup>.

#### 4.7.2.4. Presentismo laboral

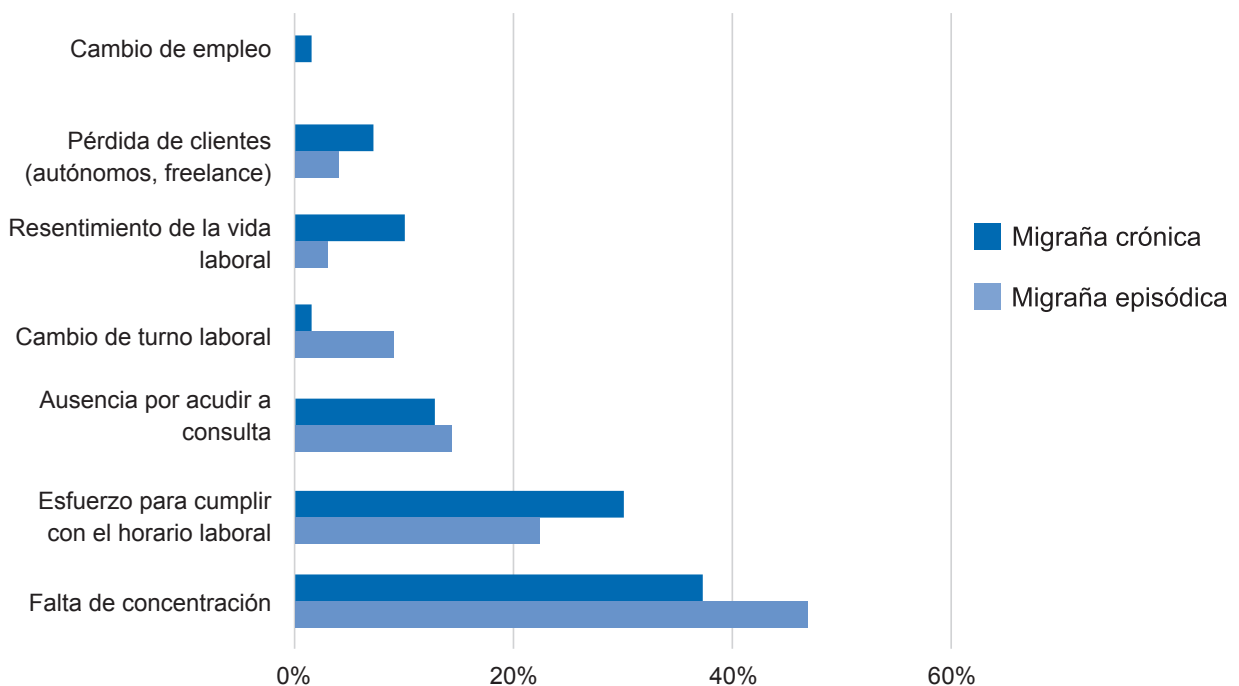
En la encuesta del *Atlas de Migraña* se evaluó el presentismo laboral, entendido como la disminución en la eficacia del trabajo. Diferentes estudios han evidenciado que el presentismo laboral es un importante factor predictivo para explicar futuras bajas laborales, aunque al tratarse de un concepto más difuso que el de absentismo laboral, resulta compleja su identificación y su medición<sup>6</sup>.

En el *Atlas de Migraña en Andalucía*, el 59,8% 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: 102)

En los datos obtenidos en el *Atlas de Migraña en Andalucía*, encontramos que la mayoría de los encuestados informaron de dificultades para concentrarse en el trabajo (42,9%) y el 25,9% declararon que cumplir con el horario laboral le suponía un esfuerzo (gráfico 6).

**Gráfico 6.** Problema/s relacionado/s con el trabajo a consecuencia de la migraña (N: 168)

Una revisión de la literatura científica 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<sup>7</sup>. Una serie de estudios realizados en Estados Unidos que trataron de estimar el número de horas de productividad perdidas de las personas con migraña encontraron una media de 8,2 horas por ataque, 88 horas al año y 4,4 días al año<sup>8</sup>.



### 4.7.3. Desempleo

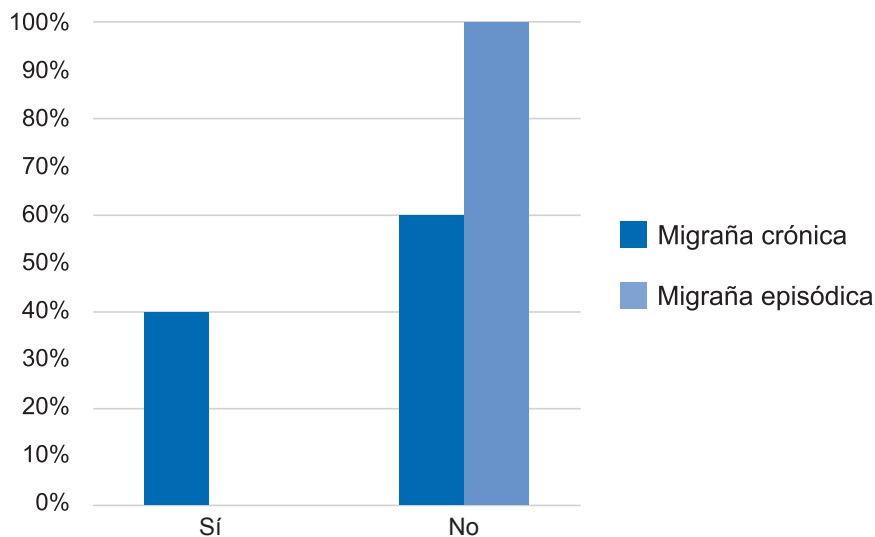
Entre las personas que se encontraban en situación de desempleo en el momento de la encuesta en Andalucía, el 25,0% declaró que perdió su empleo como consecuencia de su migraña, situándose la media de meses en desempleo en 10,7 meses.

Los efectos negativos de la migraña también pueden reflejarse en una menor probabilidad de conseguir un trabajo o ascender dentro de este. En este estudio, el 29,1% de los pacientes encuestados manifestó que el padecimiento de migraña le había impedido ascender laboralmente, así como el 52,0% creía que tenía o podría llegar a tener dificultades para acceder a un empleo o promocionar dentro de este como consecuencia de su migraña.

### 4.7.4. Baja laboral actual

Entre las personas que se encontraban de baja laboral en el momento de la encuesta en Andalucía, el 40,0% con migraña crónica señaló que la migraña era el motivo de su actual situación laboral.

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



- La mayoría de las personas con migraña no pidieron permiso o excedencia como consecuencia de su migraña en los últimos 12 meses.
- El 22,2% de las personas con migraña crónica había estado de baja laboral como consecuencia de su enfermedad en los últimos 12 meses.
- El 58,8% 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 25,0% 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, Laínez 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. Fiare 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, Grazzi 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.



## 4.8. Salud psicológica

### 4.8.1. Síntomas emocionales y migraña

Diversos estudios han puesto de manifiesto cómo la comorbilidad psiquiátrica actúa como factor de riesgo en la cronificación de la migraña<sup>1,2</sup>. Por ello, resulta importante identificar y tratar adecuadamente los problemas mentales en personas con migraña, ya que estos pueden contribuir a un aumento de la discapacidad, disminución de la calidad de vida relacionada con la salud y peores resultados del tratamiento<sup>3</sup>.

El *Atlas de Migraña en Andalucía* evalúa las respuestas de ansiedad y depresión a través de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD)<sup>4</sup>. 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)<sup>5</sup>. Este criterio dio lugar a una prevalencia de un 40,0% de ansiedad y 15,2% de depresión para los pacientes con migraña episódica, frente al 52,4% de ansiedad y 26,2% 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 (N: 121-122)

		Migraña episódica %	Migraña crónica %	P-valor
<b>Ansiedad</b>	Casos	40,0%	52,4%	0,384
	Casos probables	26,3%	23,8%	
	No casos	33,8%	23,8%	
<b>Depresión</b>	Casos	15,2%	26,2%	0,269
	Casos probables	27,8%	19,0%	
	No casos	57,0%	54,8%	

### 4.8.2. Salud psicológica y discapacidad

La comorbilidad psiquiátrica puede contribuir a un aumento de la discapacidad en personas con migraña<sup>3</sup>. 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 cotidiano<sup>10-13</sup>. 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 migraña<sup>14</sup>.

En el *Atlas de Migraña en Andalucía* se analiza la relación significativa encontrada entre la sintomatología ansioso-depresiva (escala hospitalaria de ansiedad y depresión) y el nivel de discapacidad (evaluación de la discapacidad por migraña -MIDAS). Todo ello da 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

		Migraña episódica		Migraña crónica	
		Media MIDAS*	N	Media MIDAS*	N
Ansiedad	Casos	33,2	24	89,5	14
	Casos probables	21,8	9	64,3	7
	No casos	19,2	16	124,7	6
	Total	26,5	49	90,8	27
Depresión	Casos	44,3	7	119,5	6
	Casos probables	24,7	16	46,4	5
	No casos	22,8	26	93,9	16
	Total	26,5	49	90,8	27

\* Correlación de Pearson entre HAD y MIDAS ( $r = 0,156$   $p = 0,178$ )

#### 4.8.3. 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 padecen<sup>15</sup>.

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

		Migraña episódica		Migraña crónica	
		Media HANA**	N	Media HANA**	N
Ansiedad	No casos	65,9	15	106,7	3
	Casos probables	86,9	12	115,1	9
	Casos	98,2	26	120,2	21
	Total	86,5	53	117,6	33
Depresión	No casos	76,8	30	115,5	15
	Casos probables	82,6	13	107,4	7
	Casos	121,6	9	126,9	11
	Total	86,0	52	117,6	33

\*\* Correlación de Pearson entre HAD y HANA ( $r = 0,49^{**}$ ;  $p = ,000$ )

#### 4.8.4. Salud psicológica y comorbilidad

En la tabla 4 se muestra la relación entre el tipo de migraña, la sintomatología ansiosodepresiva, y las comorbilidades reportadas por los pacientes. De esta manera, se encontró cómo 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 (depresión) y la artritis, el dolor crónico, el asma, la bronquitis y la fibromialgia. En el caso de los pacientes con migraña crónica, existió relación entre la depresión y el padecimiento de úlceras y problemas del corazón.

**Tabla 4.** Niveles de comorbilidad según sintomatología ansiosodepresiva y tipo de migraña

	Migraña episódica						Migraña crónica					
	Ansiedad			Depresión			Ansiedad			Depresión		
	N	%	P valor	N	%	P valor	N	%	P valor	N	%	P valor
<b>Trastorno bipolar</b>	1	3,2	0,079	0	0,0	0,723	25	100,0	0,109	0	-	-
<b>Artritis</b>	1	3,2	0,079	1	7,1	0,005	0	-	-	0	-	-
<b>Dolor crónico</b>	4	12,9	0,003	2	14,3	0,036	5	20,0	0,395	1	6,7	0,308
<b>Alergias</b>	8	25,8	0,580	4	28,6	0,544	7	28,0	0,934	3	20,0	0,471
<b>Asma</b>	3	9,7	0,061	2	14,3	0,036	1	4,0	0,170	1	6,7	0,550
<b>Obesidad</b>	4	12,9	0,343	1	7,1	0,823	3	12,0	0,396	2	13,3	0,418
<b>Colesterol alto</b>	6	19,4	0,271	3	21,4	0,357	3	12,0	0,396	2	13,3	0,418
<b>Úlceras</b>	2	6,5	0,013	1	7,1	0,078	1	4,0	0,163	1	6,7	0,048
<b>Sinusitis</b>	3	9,7	0,680	1	7,1	0,907	1	4,0	0,487	1	6,7	0,975
<b>Problemas de circulación</b>	2	6,5	0,087	1	7,1	0,215	1	4,0	0,689	2	13,3	0,134
<b>Hipertensión</b>	4	12,9	0,085	2	14,3	0,196	1	4,0	0,634	1	6,7	0,296
<b>EPOC</b>	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-
<b>Bronquitis</b>	2	6,5	0,231	2	14,3	0,012	0	-	-	0	-	-
<b>Problemas de corazón</b>	0	0,0	0,566	0	0,0	0,723	1	4,0	0,163	1	6,7	0,048
<b>Ictus</b>	0	0,0	0,566	0	0,0	0,723	0	-	-	0	-	-
<b>Fibromialgia</b>	1	3,2	0,401	2	14,3	< 0,001	3	12,0	0,077	1	6,7	0,821
<b>Epilepsia</b>	0	-	-	0	-	-	0	-	-	0	-	-
<b>Piernas inquietas</b>	0	-	-	0	-	-	1	4,0	0,634	1	6,7	0,296
<b>Otra</b>	6	19,4	0,839	2	14,3	0,534	1	4,0	0,170	1	6,7	0,550
<b>Comorbilidad general</b>	22	71,0	0,195	18	72,0	0,251	10	71,4	0,401	12	80,0	0,126



- Existe una importante prevalencia de sintomatología ansiosodepresiva en las personas con migraña.
- 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 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 Estudio 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-Castrillon GP, Isaza R, Zapata-Soto AP, Franco JG, Gonzalez-Berrio C, Tamayo-Diaz 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, Becg 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).



## 4.9. Perspectiva del paciente y de su cuidador

### 4.9.1. Asociacionismo

El seguimiento de una asociación de pacientes conlleva una serie de ventajas para el paciente, ya que estas pueden ayudarle 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 formarle, educarle en el trato con los profesionales sanitarios para que supere los reparos tradicionales para comunicarse con su médico y para expresar lo que le ha ido bien y lo que no con el fin de generar un *feedback* positivo entre ambas partes<sup>1</sup>.

Según datos extraídos del *Atlas de Migraña en Andalucía*, el 8,6% de los encuestados era seguidor de alguna asociación de pacientes con migraña. Por provincias, la provincia de Granada registró el mayor porcentaje de personas que seguían a asociaciones de pacientes con migraña (16,7%), seguida por Cádiz y Córdoba (14,3%).

**Tabla 1.** Seguimiento por parte de los pacientes a asociaciones de pacientes con migraña según provincias (N: 198)

Provincia	Asociación de pacientes	
	Sí	No
Almería	1 (5,3%)	18 (94,7%)
Cádiz	4 (14,3%)	24 (85,7%)
Córdoba	2 (14,3%)	12 (85,7%)
Granada	4 (16,7%)	20 (83,3%)
Huelva	1 (8,3%)	11 (91,7%)
Jaén	0 (0,0%)	13 (100,0%)
Málaga	3 (9,4%)	29 (90,6%)
Sevilla	2 (3,6%)	54 (96,4%)

### 4.9.2. Perspectiva del Cuidador

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 sociales<sup>1</sup>.

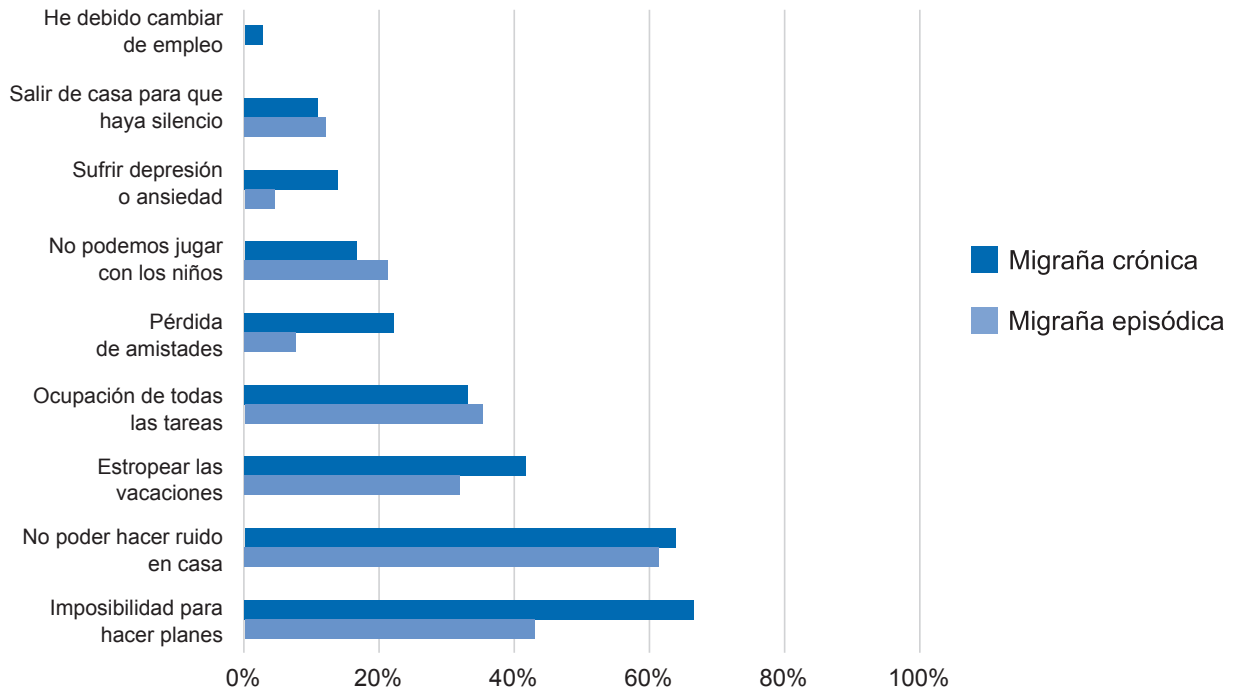
Las personas que asumen el rol de cuidador de algún familiar o de su pareja son responsables de una gran cantidad de tareas que les coloca en una situación de alta vulnerabilidad, estrés e incertidumbre. El sentido del cuidado debe estar orientado en identificar las necesidades de los pacientes para así ayudar y acompañar desde una perspectiva de trabajo conjunto y autónomo<sup>3</sup>.

Los participantes en el *Atlas de Migraña en Andalucía* solicitaron a sus cuidadores principales que rellenaran una parte de la encuesta específica desde su perspectiva. De los 201 pacientes que participaron en el *Atlas en Andalucía*, 101 consiguieron el apoyo de su cuidador principal para completar esta parte de la encuesta. Según datos del *Atlas de Migraña en Andalucía*, el 68,5% de los familiares o cuidadores encuestados eran conscientes de la gravedad e impacto que la migraña ocasiona en la vida familiar o de pareja. En este sentido, el 66,7% de los familiares o cuidadores no podía hacer planes, seguido del 63,9% que no podía hacer ruido en casa en el caso concreto de la migraña crónica. En general, una mayor proporción de familiares o cuidadores de pacientes con migraña crónica declararon que la enfermedad del familiar o



pareja les repercutía en todas las áreas analizadas, a excepción de salir de casa para que haya silencio, 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.

**Gráfico 1.** Repercusión de la migraña en la vida de la pareja o cuidador del paciente (N: 101)



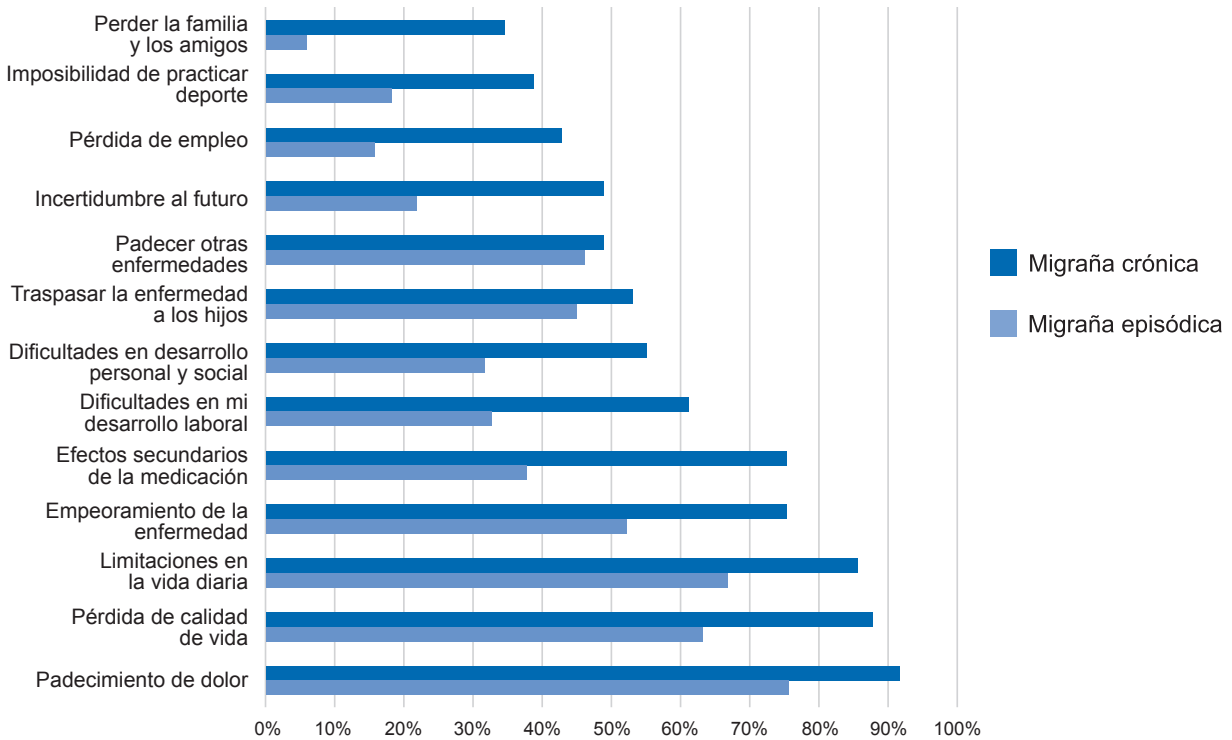
En la misma línea que los resultados presentados, en el estudio CaMEO (*Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes*) los cónyuges de personas con migraña informaron que el impacto de la enfermedad en la pareja era mayor cuando la migraña era de tipo crónica<sup>4</sup>.

#### 4.9.3. Miedos del paciente

Los pacientes encuestados en el *Atlas de Migraña en Andalucía* 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.



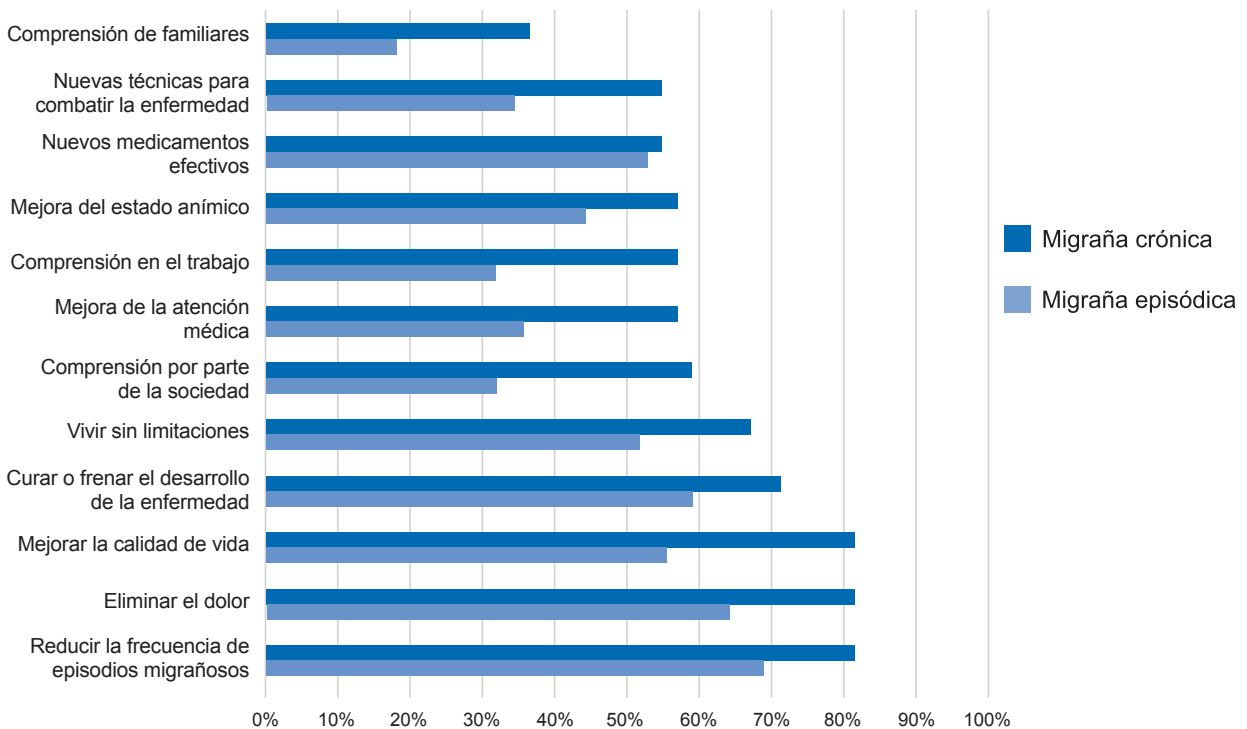
**Gráfico 2.** Principales miedos de las personas con migraña (N: 131)



#### 4.9.4. 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, respecto a aquellos que sufrían la enfermedad de forma episódica.

**Gráfico 3.** Principales esperanzas de las personas con migraña (N: 130)



- Únicamente el 8,6% de los encuestados era seguidor de alguna asociación de pacientes con migraña.
- El 68,5% de los cuidadores 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 principalmente 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 cuidadores 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.



## 5. CARGA SOCIAL DE LA MIGRAÑA

### 5.1. Introducción

La migraña, por ser una enfermedad discapacitante, requiere de una alta utilización de recursos sanitarios. A su vez, baja el rendimiento, la productividad laboral y aumenta el absentismo de quien la padece, produciendo costes para los empleadores y la Seguridad Social<sup>1-4</sup>.

Esta enfermedad afecta principalmente a personas a personas laboralmente activas de entre 25 y 55 años de edad<sup>5</sup>. 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 empleadores<sup>6</sup>.

La evidencia científica indica que la migraña es una enfermedad neurológica costosa para la sociedad europea<sup>7,8</sup>, 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 como la migraña resultó ser el trastorno neurológico más costoso<sup>7,8</sup>. 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 sociales<sup>9</sup>.

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<sup>10</sup>.

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 Andalucía*.

### 5.2. 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 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.
<b>Visita al profesional que realizó el diagnóstico definitivo</b>	<b>MC (n = 73)</b>	75,1	38,7	0	145,4
	<b>ME (n = 126)</b>	84,2	43,5	0	145,4
<b>Visitas a profesionales previas al diagnóstico</b>	<b>MC (n = 73)</b>	893,2	1.213,2	0	5.533,6
	<b>ME (n = 126)</b>	509,4	1.065,2	0	8.871,9
<b>Coste total</b>	<b>MC (n = 73)</b>	968,3	1.218,3	0	5.618,7
	<b>ME (n = 126)</b>	593,6	1.061,5	0	8.906,9

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).

## 5.3. Costes directos sanitarios

### 5.3.1. Visitas médicas

Las especialidades que visitaron en mayor medida los pacientes con migraña en Andalucía 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 113,2 € y 226,8 €, respectivamente, para los pacientes con MC, y 46,6 € y 90,6 € 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 = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)
<b>Neurólogo</b>	113,2	46,6	482,3	165,7	0	0	596,2	1.703,4
<b>Médico de atención primaria</b>	226,8	90,6	378,5	209,3	0	0	1.785	1.785
<b>Pediatra</b>	28,0	6,8	239,2	75,9	0	0	2.044,1	851,7
<b>Otorrinolaringólogo</b>	16,3	2,7	64,5	30,4	0	0	425,9	340,7
<b>Total</b>	<b>384,3</b>	<b>146,7</b>	<b>561,4</b>	<b>287,2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3.999,4</b>	<b>1.878,4</b>



### 5.3.2. Pruebas médicas

El coste total de las pruebas médicas relacionadas con la migraña, por paciente y año, ascendió a 119,6 € para la MC y 69,0 € 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 = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)
Escáner o TAC	42,9	29,3	99,7	107,9	0	0	553,2	921,9
Resonancia magnética	72,4	37,3	206,3	117,3	0	0	1.174,4	587,2
Punción lumbar o raquídea	4,3	2,5	36,4	27,7	0	0	311,1	311,1
<b>Total</b>	<b>119,6</b>	<b>69,0</b>	<b>289,7</b>	<b>190,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1.854,2</b>	<b>956,0</b>

### 5.3.3. Utilización de urgencias

Las visitas a urgencias realizada por los pacientes, relacionadas con la migraña, supusieron un coste por paciente y año de 652,9 € para los pacientes con MC y 325,3 € para aquellos con ME. Esta elevada diferencia en los costes deriva de que los pacientes con MC acudieron 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 = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)
Urgencias (visitas)	629,3	312,5	1.106,8	821,2	0	0	5.625,0	5.625,0
Urgencias (pruebas)	23,7	12,8	122,4	83,5	0	0	771,6	771,6
Escáner o TAC	7,6	5,9	48,0	32,5	0	0	368,8	184,4
Resonancia magnética	16,1	7,0	83,2	58,3	0	0	587,2	587,2
Punción lumbar o raquídea	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Total urgencias</b>	<b>652,9</b>	<b>325,3</b>	<b>1.116,4</b>	<b>829,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5.625,0</b>	<b>5.625,0</b>



### 5.3.4. Ingresos hospitalarios

Con respecto a los ingresos hospitalarios motivados por la migraña en el último año, los pacientes con MC supusieron un coste medio de 698,3 € frente a 106,5 € de los pacientes con ME (tabla 5).

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

Coste (€) 2017	Media		Desviación estándar		Mín.		Máx.	
	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)
<b>Ingresos</b>	698,3	106,5	2.490,9	625,9	0	0	10.732,2	5.366,1

### 5.3.5. 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 = 73)	ME (n = 126)
<b>Coste anual en medicamentos</b>	624,3	172,1

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.

### 5.3.6. Costes directos sanitarios total

Los costes directos sanitarios totales por paciente y año ascendieron a 2.479,4 € para los pacientes con MC y 819,6 € para los pacientes con ME (tabla 7). La mayor parte de este coste para los pacientes con MC (28,2%) se destinó a los ingresos hospitalarios, seguido del uso de urgencias (26,3%). Cabe destacar que los CDS de los pacientes con MC son tres 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 = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)
<b>Visitas médicas</b>	384,3	146,7	15,5%	17,9%
<b>Pruebas médicas</b>	119,6	69,0	4,8%	8,4%
<b>Urgencias</b>	652,9	325,3	26,3%	39,7%
<b>Ingresos hospitalarios</b>	698,3	106,5	28,2%	13,0%
<b>Medicación</b>	624,28	172,1	25,2%	21,0%
<b>Total costes directos sanitarios</b>	<b>2.479,4</b>	<b>819,6</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

CDS = costes directos sanitarios



## 5.4. Costes directos asumidos por los pacientes

### 5.4.1. Visitas a especialistas privados

Los pacientes con MC gastaron de media 75,0 € en visitas a especialistas privados cada 3 meses relacionadas con la enfermedad, mientras que los que padecían ME, 15,7 € (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 = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)
<b>Visita a especialistas</b>	75,0	15,7	175,7	81,3	0	0	600	600

### 5.4.2. Tratamientos complementarios

Como tratamientos complementarios se emplearon principalmente la fisioterapia, la osteopatía, la acupuntura y la homeopatía, que supusieron un coste medio mensual de 28,8 € para los pacientes con MC frente a 6,2 € que gastaron mensualmente los pacientes con ME (tabla 9).

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

Coste (€) 2017	Media		Desviación estándar		Mín.		Máx.	
	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)
<b>Tratamientos complementarios</b>	28,8	6,2	79,6	20,7	0	0	600	125

Nota: los tratamientos complementarios incluyen fisioterapia, osteopatía, acupuntura y homeopatía.

### 5.4.3. Tratamientos preventivos

Respecto a los tratamientos preventivos de los pacientes con migraña, se registró un gasto mensual medio para el paciente con MC de 35,3 € y con ME de 19,8 €, es decir un coste de casi la mitad (tabla 10).

**Tabla 10.** Tratamientos preventivos utilizados diariamente (euros/mes)

Coste (€) 2017	Media		Desviación estándar		Mín.		Máx.	
	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)
<b>Tratamientos preventivos</b>	35,3	19,8	42,9	22,2	0	0	250	75

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



#### 5.4.4. Ejercicios físicos

El gasto en actividad física supuso un coste medio mensual por paciente similar para los dos tipos de migraña, siendo de 7,2 € para la MC y de 6,5 € para la ME (tabla 11).

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

Coste (€) 2017	Media		Desviación estándar		Mín.		Máx.	
	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)
<b>Actividad física</b>	7,2	6,5	20,2	18,5	0	0	125	125

#### 5.4.5. Dieta

Respecto al coste destinado a una dieta específica para combatir la migraña, los pacientes con MC gastaron de media 24,7 € mensualmente, mientras que los pacientes con ME únicamente 9,7 € (tabla 12).

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

Coste (€) 2017	Media		Desviación estándar		Mín.		Máx.	
	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)
<b>Dieta</b>	24,7	9,7	81,7	55,9	0	0	600	600

#### 5.4.6. Cuidado emocional

Como se observa en la tabla 13, los pacientes gastaron en cuidado emocional 15,8 € al mes en el caso de la MC y 5,0 € en el de la ME.

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

Coste (€) 2017	Media		Desviación estándar		Mín.		Máx.	
	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)
<b>Cuidado emocional</b>	15,8	5,0	76,7	19,8	0	0	600	125

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

#### 5.4.7. Costes directos totales asumidos por los pacientes

El total de los costes directos asumidos por los pacientes ascendió a 1.641,6 € al año para los pacientes con MC y 629,2 € al año para los pacientes con ME. El mayor coste en ambos casos correspondió a los tratamientos preventivos, seguido de los tratamientos complementarios realizados (tabla 14).



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

Coste (€) 2017	Coste (2017)		% sobre total CDP	
	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)
Visitas médicas	300,0	62,8	18,3%	10,0%
Tratamientos complementarios	345,6	74,4	21,1%	11,8%
Tratamientos preventivos	423,6	237,6	25,8%	37,8%
Actividad física	86,4	78	5,3%	12,4%
Dieta	296,4	116,4	18,1%	18,5%
Cuidado emocional	189,6	116,4	11,5%	9,5%
<b>Total costes directos pacientes</b>	<b>1.641,6</b>	<b>629,2</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

## 5.5. Costes indirectos

### 5.5.1. Pérdida de productividad laboral

Las pérdidas de productividad laboral de los pacientes con MC ascendieron a una media de 7.685,8 €/paciente/año, mientras que para los pacientes con ME fue de 3.396,9 €. Estos datos confirman que la pérdida de productividad laboral es el doble en los pacientes con MC. A pesar de que la mayoría de los encuestados se encontraba trabajando, son ellos los que, por causa de absentismo o falta de concentración, tuvieron el mayor coste derivado de la pérdida de productividad con una media de 6.492,2 €/paciente/año para los pacientes con MC y 2.741,9 €/paciente/año para los pacientes con ME. En segundo lugar, se encuentran los desempleados, con 1.043,6 € para los pacientes con MC y 655 € para los pacientes con ME (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 = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)
Trabajando	6.492,2	2.741,9	8.872,3	4.468,2	0	0	30.352,3	37.637,1
Baja laboral temporal	149,9	-	1.186,8	-	0	-	10.117,5	-
Abandono prematuro <sup>1</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-
Desempleo	1.043,6	655,0	5.076,1	3.920,2	0	0	25.394,9	25.394,9
<b>Total pérdida de productividad laboral</b>	<b>7.685,8</b>	<b>3.396,9</b>	<b>9.479,5</b>	<b>6.035,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>30.352,3</b>	<b>37.637,1</b>

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



## 5.6. CARGA ECONÓMICA ANUAL DE LA MIGRAÑA

### 5.6.1 Coste total por paciente y año

El coste medio de la migraña por paciente y año ascendió a 11.806,8 € para los pacientes con MC y 4.845,7 € 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 = 65,1%; ME = 70,1%) está ocasionado por la pérdida de productividad laboral, seguido a gran diferencia por los costes directos sanitarios (MC = 21,0%; ME = 16,9%) (tabla 16).

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

Coste (€) 2017	Coste (2017)		% sobre coste total	
	MC (n = 73)	ME (n = 126)	MC (n = 73)	ME (n = 126)
Costes directos sanitarios	2.479,4	819,6	21,0%	16,9%
Costes directos pacientes	1.641,6	629,2	13,9%	13,0%
Pérdida de productividad laboral	7.685,8	3.396,9	65,1%	70,1%
<b>Total coste migraña</b>	<b>11.806,8</b>	<b>4.845,7</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**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
Badia, 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	Sí	Sí	1.425
Bloudek, 2012	2.669,8 (N = 55)	1.092,48 (N = 644)	No	No	N/P	N/P	No	No	1.217
<b>Atlas Migraña, 2018</b>	3.847,3 (n = 441)	964,2 (n = 842)	7.464,8 (n = 441)	3.199,2 (n = 842)	12.922,0 (n = 441)	5.041,4	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 11.806,8 € para los pacientes con migraña crónica y 4.845,7€ para los pacientes con episódica. Estos costes se distribuyen en costes directos sanitarios (MC=21,0%; ME = 16,9%), costes directos asumidos por los pacientes (MC = 13,9%; ME = 13,0%) y costes indirectos atribuidos a las pérdidas de productividad laboral (MC = 65,1%; ME = 70,1%).
- El coste medio de las visitas previas al diagnóstico representa el 92,2% del gasto total de diagnóstico para los pacientes con migraña crónica y el 85,8% para los pacientes con episódica.
- Las pérdidas de productividad laboral equivalen a 7.685,8 euros por paciente y año para la migraña crónica y 3.396,9 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.





## 6. CONCLUSIONES

### PERFIL DE LA MUESTRA ANDALUZA:

- La mayoría de las personas con migraña que participaron en la encuesta en Andalucía eran mujeres (87,6%).
- La edad media de las personas con migraña era de 36,7 años.
- El 48,8% de las personas con migraña poseía estudios universitarios o superiores.
- El 61,2% de las personas con migraña estaban casadas o eran pareja de hecho.

### DIAGNÓSTICO:

- El 36,7% de las personas encuestadas en Andalucía declaró padecer migraña crónica.
- Alrededor del 60-70% de los pacientes con migraña crónica y episódica fueron diagnosticados por un neurólogo.
- Las personas con migraña consideraron insuficiente la información recibida en el momento del diagnóstico acerca de su migraña y su tratamiento, sobre todo aquellas con migraña crónica.
- El retraso diagnóstico se situó en 3,6 años de media para las personas con migraña episódica y en 5,2 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 20,9% de las personas con migraña en Andalucía 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 37,9% de los pacientes señaló que ningún especialista le había 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 con migraña episódica 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. Para los pacientes con migraña crónica, los principales motivos fueron la creencia sobre la falta de comprensión por parte de los profesionales sanitarios.

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

- El 85,2% de las personas con migraña en Andalucía tomaba analgésicos y antiinflamatorios en los momentos de crisis o ataque de migraña.
- El 40,3% de las personas con migraña no consumía ningún tipo de medicamento de manera preventiva.
- El 45,3% 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 en Andalucía señalaron importantes limitaciones en las esferas social, personal, familiar y laboral debido a su enfermedad, sobre todo aquellos con migraña crónica.
- La mayoría de las personas con migraña declaró haberse perdido eventos importantes como consecuencia de su enfermedad, entre los que destacaron los sociales (82,1%), seguidos de los familiares (80,0%), 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 el 73,3% de aquellos con migraña crónica.
- Las personas que presentan un mayor nivel de discapacidad asociada a la migraña crónica son aquellas entre los 16 y los 31 años.
- 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 63,7% de las personas con migraña en Andalucía no seguía ningún tipo de dieta para disminuir los efectos de la migraña, seguido de aquellas que sí realizaban una dieta baja en grasas (25,9%).
- El 64,9% 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 41,4% presentaba sobrepeso/obesidad.
- El 62,0% de las personas con migraña crónica y el 57,0% con episódica declaró no fumar nunca, seguido del 18,0% y 22,6% que habían fumado anteriormente.
- El 54,8% 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 en Andalucía no pidieron permiso o excedencia como consecuencia de su migraña en los últimos 12 meses.
- El 22,2% de las personas con migraña crónica había estado de baja laboral como consecuencia de su enfermedad en los últimos 12 meses.
- El 58,8% 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 25,0% 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 en Andalucía.
- 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 comorbilidades relacionadas con la migraña.

## PERSPECTIVAS DEL PACIENTE Y DE SU CUIDADOR:

- Únicamente el 8,6% de los encuestados era seguidor de alguna asociación de pacientes con migraña.
- El 68,5% de los cuidadores 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 DE LA MIGRAÑA:

- El coste total anual por paciente en Andalucía ascendió a 11.806,8 € para los pacientes con migraña crónica y 4.845,7 € para los pacientes con episódica. Estos costes se distribuyen en costes directos sanitarios (MC = 21,0%; ME = 16,9%), costes directos asumidos por el paciente (MC = 13,9%; ME = 13,0%) y costes indirectos atribuidos a las pérdidas de productividad laboral (MC = 65,1%; ME = 70,1%).
- El coste medio de las visitas previas al diagnóstico representa el 92,2% del gasto total de diagnóstico para los pacientes con migraña crónica y el 85,8% para los pacientes con episódica.
- Las pérdidas de productividad laboral equivalen a 7.685,8 euros por paciente y año para la migraña crónica y 3.396,9 para la episódica, constituyendo el mayor porcentaje del coste de la migraña.





Con la colaboración de:



ES2202188733