

**Fecha: 17 de noviembre de 2021**

---

### Nota de prensa

7 sociedades científicas y la Asociación de Pacientes AEMICE reclaman su puesta en marcha dentro de las 43 medidas recogidas en el Libro Blanco de la Migraña

## **España necesita un Plan Estratégico Nacional de la Migraña, para un abordaje más eficiente e igualitario entre todas las CCAA**

- Participan las sociedades de Atención Primaria, Neurología, Enfermería, Urgencias, Farmacia Hospitalaria y Farmacia Comunitaria, junto con la Asociación de Pacientes AEMICE y el apoyo de Lilly
- Tras un exhaustivo análisis de la realidad, proponen que en España se lleve a cabo un abordaje coordinado, multidisciplinar e integral de las personas con migraña
- La migraña afecta a cinco millones de personas en España<sup>1</sup>, de las que aproximadamente el 80%<sup>2-3,4</sup> son mujeres en edad laboral y pleno desarrollo familiar, y de las que más del 50%<sup>3</sup> presenta un grado de discapacidad
- En España el coste anual por paciente con migraña crónica es de 12.970 €, y más del 60% del coste depende de los gastos indirectos (absentismo laboral y pérdida de productividad o presentismo)
- En el ámbito clínico, se ha identificado la necesidad de impulsar el diagnóstico precoz, la atención coordinada y la actualización del paradigma del tratamiento de la migraña
- Los expertos también señalan que debe promoverse la creación de nuevas Unidades de Cefalea

**Madrid, 17 de noviembre de 2021.** – La migraña es la principal causa de discapacidad en España en la población joven y activa.<sup>5</sup> Concretamente, **el 70% de las personas con migraña crónica cuentan con un nivel de discapacidad grave o muy grave que les impide llevar a cabo su vida con normalidad.**<sup>6</sup> Además, los expertos han identificado, desde su experiencia profesional, que las personas que padecen migraña se corresponden, en su mayoría, al sexo femenino (80% de los casos, aproximadamente<sup>2,3,4</sup>) de mediana edad (20–50 años<sup>1,2,7,8</sup>) y en situación de alta productividad laboral<sup>2,6,7</sup> y desarrollo familiar. Todo ello, en un contexto en el que **el retraso diagnóstico de la migraña es superior a 6 años.** Esta situación actual ha motivado que todas las especialidades involucradas en la atención de la persona con migraña - Atención Primaria, Neurología, Enfermería, Urgencias, Farmacia Hospitalaria y Comunitaria- junto con la Asociación de

Pacientes AEMICE y en colaboración con Lilly hayan impulsado proyecto nacional, multidisciplinar y transversal que concluye con una propuesta de 43 acciones recogidas en el **Libro Blanco de la Migraña**.

Para **Isabel Colomina, presidenta de la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE)**, *“el Libro Blanco de la Migraña señala que estamos ante una enfermedad infravalorada y estigmatizada, que tiene una visibilidad insuficiente tanto en la sociedad como en el contexto sanitario, a pesar de que afecta a más de 5 millones de personas en España, de las cuales el 80% son mujeres”*. La prevalencia de la migraña en España es actualmente el 12% de población general, aunque presenta variaciones geográficas en las diferentes Comunidades Autónomas, siendo menos prevalente en Navarra, con el 7,6% de la población afectada. En cambio, en las Islas Canarias se estima que hasta un 18% de la población general padece migraña, siendo ésta la Comunidad con mayor prevalencia de migraña en nuestro país. Por otro lado, se calcula que un 2% de la población padece migraña crónica (cefalea migrañosa más de 15 días al mes).

Como paciente y presidenta de la Asociación, Isabel Colomina explica también que *“la migraña tiene un impacto muy elevado en la calidad de vida de las personas, ya que afecta negativamente en las relaciones sociales, dificulta la conciliación de la vida familiar y puede reducir la productividad laboral hasta en un 50%, lo que convierte a la migraña en un ‘problema de vida’”*.

Por ello, el **Dr. Pablo Irimia Sieira, Médico especialista en Neurología en la Clínica Universidad de Navarra y miembro Sociedad Española de Neurología (SEN)**, asegura que *“es el momento de desarrollar un Plan Estratégico de la Migraña a nivel nacional, multidisciplinar e integral, transferible a las Comunidades Autónomas, para aumentar tanto la visibilidad y concienciación social de la migraña como los recursos que se destinan a su abordaje, y proporcionar una atención equitativa y de calidad en todo el territorio mediante políticas de salud específicas”*.

El Plan Estratégico de la Migraña se plantea con el objetivo de mejorar el abordaje en el Sistema Nacional de Salud de esta enfermedad neurológica, de elevada prevalencia y de gran carga social y económica, a la vez que la atención médica sea similar en todas las Comunidades Autónomas. Y es que los expertos coinciden en que la organización sanitaria de la migraña depende, en particular, de cada Comunidad Autónoma. Además, no solo hay diferencias entre Comunidades, sino también intracomunitarias. Si bien, hay consenso en que la migraña no se está incluyendo de manera suficiente en los Planes de Salud o Estrategias Sanitarias a nivel autonómico y que las iniciativas y acciones llevadas a cabo en las diferentes Comunidades Autónomas son escasas, promovidas por las Sociedades Científicas, Grupos de Trabajo, Asociaciones de Pacientes y a la Industria Farmacéutica.

### **Criterios consensuados de diagnóstico y derivación**

El Libro Blanco de la Migraña, tras una primera fase de análisis exhaustivo, ha planteado 43 medidas consensuadas en cinco ámbitos de actuación: epidemiología, carga y coste de la enfermedad; abordaje clínico; organización de la atención sanitaria; estado de la información proporcionada a los pacientes; e investigación en migraña.

Promover el diagnóstico precoz es la medida más destacada por los expertos para reducir el impacto de la migraña, debido al alto retraso diagnóstico que existe actualmente y que supera los 6 años.<sup>2</sup> Tal y como relata el **Dr. Pablo Baz Rodríguez, médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en Centro de Salud Ciudad Rodrigo (SACYL) y miembro de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)**, el primer contacto del paciente con la atención sanitaria suele producirse en Atención Primaria. *“De manera habitual, el paciente con migraña inicia el recorrido asistencial en Atención Primaria, donde se realiza el primer contacto, diagnóstico e iniciación del tratamiento. Generalmente, atendemos a pacientes con crisis leves o moderadas y derivamos a Neurología a aquellos pacientes con dudas diagnósticas, dificultad terapéutica o refractariedad, o a Urgencias en caso de que la situación del paciente así lo requiera”*. Desde su especialidad, *“hemos identificado un infradiagnóstico y retraso en el diagnóstico de los pacientes con migraña, consecuencia de la insuficiente difusión de los criterios diagnósticos establecidos, las dificultades en la derivación a Atención Especializada y la falta de concienciación social.”*

Los expertos recomiendan mejorar la formación de los especialistas de estas áreas, ya que estableciendo criterios consensuados de derivación al especialista en Neurología se facilitaría y agilizaría el acceso a pruebas diagnósticas cuando sean necesarias. **Ello garantizaría una pronta derivación a Neurología y supondría un ahorro del 80% de los costes asociados al diagnóstico de la migraña en España.**<sup>2</sup> Estos costes corresponden a visitas a profesionales previas al diagnóstico definitivo de migraña, lo que refleja las consecuencias económicas del retraso diagnóstico de esta enfermedad. Actualmente, se estima que el coste de la migraña episódica es de 5.041 € paciente/año y alcanza hasta los 12.970 € paciente/año en el caso de la migraña crónica.<sup>2</sup>

### **Un tratamiento adecuado para prevenir las crisis de migraña**

En España, más del 60% de los pacientes con migraña episódica (con menos de 15 días al mes de cefalea<sup>10</sup>) o crónica (15 o más días al mes de cefalea durante más de 3 meses<sup>10</sup>) toman analgésicos y/o antiinflamatorios durante las crisis. El uso de fármacos específicos como los triptanes es menor, siendo de un 30% las personas con migraña episódica que los consumen y casi el 50% de las personas con migraña crónica.<sup>2</sup>

Sin embargo, en los últimos años se han desarrollado tratamientos preventivos específicos para reducir la frecuencia e intensidad de las crisis de la migraña que no siempre están llegando a los pacientes que los requieren. *“Hay que fomentar también la prescripción de un tratamiento sintomático adecuado, e impulsar la indicación del tratamiento preventivo a todos los pacientes que lo requieran, ya que se estima que menos del 14% de los pacientes que requieren tratamiento preventivo en España lo reciben,”*<sup>11</sup> explica el Dr. Pablo Irimia Sieira. **Esto significa que los pacientes con migraña suelen hacer frente a la migraña a través del tratamiento sintomático durante un episodio, en lugar de prevenir las consecuencias de la enfermedad con tratamiento preventivo cuando lo precisan.**

Una situación que cambia drásticamente en **los pacientes que lo requieren son derivados a las Unidades de Cefalea.**<sup>12</sup> *“Por esta razón, se ha propuesto fomentar la creación de dichas Unidades de Cefalea acreditadas. Se trata de modelos asistenciales especializados que permiten disminuir el tiempo hasta el diagnóstico, y facilitan el acceso a los tratamientos preventivos. En España, su*

*número y distribución podría mejorar, y en la actualidad, se está trabajando en un Proyecto de Acreditación de Unidades de Cefalea, para potenciar su extensión y fomentar la equidad asistencial”, asevera el Dr. Pablo Irimia Sieira.*

### **La organización de la atención sanitaria para el abordaje de la migraña**

Para garantizar el control, la adecuada prescripción y adherencia al tratamiento es importante coordinar adecuadamente la atención sanitaria, según se constata en el Libro Blanco. El tratamiento de la migraña debe incluir tratamiento para las crisis o sintomático y cuando la cefalea es frecuente debe recomendarse el uso de un tratamiento preventivo. En ocasiones, existe un consumo excesivo de analgésicos, debido a que el paciente solo usa tratamientos para el dolor, pero no se utiliza de forma adecuada el tratamiento preventivo. Además, **se ha observado que existe una falta de adherencia a los tratamientos preventivos entre los pacientes.**

Una derivación a tiempo a las Unidades de Cefaleas en los pacientes más complejos puede ser determinante, pero, además, **el Libro Blanco de la migraña sugiere crear programas de seguimiento y farmacoterapéutica dirigidos a pacientes con migraña frecuente desde Farmacia Comunitaria para valorar y mejorar la adherencia al tratamiento preventivo**, y evitar el uso excesivo de analgésicos en pacientes con migraña. En cuanto a Atención Primaria, se ha propuesto ofrecer también formación en respecto al abordaje no farmacológico y farmacológico de esta enfermedad neurológica.

Asimismo, desde el ámbito de la enfermería, **recomiendan aumentar la presencia de la enfermera experta en cefalea** en el manejo del paciente con migraña y fomentar su participación en el proceso asistencial como soporte esencial para la formación del paciente.

### **Potenciar el conocimiento del paciente y de la investigación**

En todo el conjunto de medidas expuestas por los expertos, la información se ha considerado como un factor clave en el abordaje de la migraña, *“pues un paciente informado adecuadamente aumenta su adherencia al tratamiento, conoce mejor cómo afrontar y desenvolverse en su enfermedad y es capaz de entender mejor lo que su médico le dice”*, explica Isabel Colomina Casaus, presidenta de AEMICE. Pese a que hay consenso acerca de la gran importancia de proporcionar una adecuada información al paciente, los expertos consideran que la información proporcionada actualmente no es suficiente, **recomendando fomentar la “prescripción de información”, con el objetivo de que el paciente tenga una información de calidad, adecuada, accesible y fiable.**

Por otro lado, también se propone potenciar la investigación, aunque España ya es el país europeo en el que más ensayos clínicos relacionados con la migraña se están realizando. No obstante, el Dr. Pablo Irimia señala que *“aún es necesario potenciar líneas de investigación enfocadas al estudio de los factores que facilitan la cronificación de la migraña, la identificación de nuevas dianas terapéuticas y de biomarcadores de diagnóstico que permitan personalizar las terapias”*.

Entre los expertos hay también consenso en que el gran avance relacionado con la investigación de la migraña en los últimos años es el desarrollo de nuevos tratamientos preventivos, y en particular,

el de los anticuerpos monoclonales que actúan en la vía del péptido regulador del gen de la calcitonina (CGRP). Estos fármacos se consideran como el tratamiento preventivo específico para la prevención de la migraña más novedoso del que se dispone. Entre sus beneficios se encuentra la rapidez de respuesta y su favorable perfil de seguridad y tolerabilidad a diferencia de los tratamientos preventivos orales.

Asimismo, los avances en la investigación respaldan con mayor frecuencia la teoría de que la migraña es una patología hereditaria y relacionada con la genética. Es más, existen estudios de secuenciación de variantes genéticas de la población que ya han identificado hasta 44 marcadores genéticos relacionados con la migraña e involucrados en el funcionamiento de la musculatura lisa y vascular.<sup>13</sup> De ahí, que sea vital continuar desarrollando investigaciones en torno a la migraña que permitan esclarecer el origen de esta y nuevas dianas terapéuticas.

### Sobre Lilly

Lilly es un líder global de la atención sanitaria que une pasión con descubrimiento para mejorar la vida de las personas en todo el mundo. Nuestra compañía fue fundada hace más de un siglo por un hombre comprometido a fabricar medicinas de gran calidad que atienden necesidades reales. Hoy seguimos siendo fieles a esa misión en nuestro trabajo. En todo el mundo los empleados de Lilly trabajan para descubrir y ofrecer medicinas vitales a aquellos que las necesitan, mejorar la comprensión y el tratamiento de la enfermedad y contribuir a las comunidades a través de la acción social y el voluntariado. Si desea más información sobre Lilly, visite [www.lilly.com](http://www.lilly.com), <http://newsroom.lilly.com/social-channels> y [www.lilly.es](http://www.lilly.es).

### Referencias

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;31(4):463-470. doi:10.1177/0333102410382794
2. Garrido Cumbreña M, Gálves Ruiz D, Braçe O, Nieblas Rosado MI, Delgado Domínguez CJ, Colomina I, et al. Impacto y Situación de La Migraña En España: Atlas 2018. (Universidad de Sevilla, ed.). AEMICE; 2018. Available at: [https://www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2018/11/3302.-Libro-Atlas-Migraña\\_baja.pdf](https://www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2018/11/3302.-Libro-Atlas-Migraña_baja.pdf)
3. Pérez Menéndez A. Nota de Prensa de la Sociedad Española de Neurología: "12 de septiembre: Día Mundial de Acción contra la Migraña. El 75% de los pacientes con migraña tarda más de 2 años en obtener un diagnóstico." Available at: <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link278.pdf>
4. Ruiz M, León C, Castillo J, Martínez M, Sánchez S, Quintela E. Distribución por diagnósticos de las cefaleas que acuden a los servicios de urgencias de atención primaria. *Semergen*. 2010;36(1):10-15. doi:10.1016/j.semerg.2009.10.002
5. Steiner TJ, Stovner LJ, Jensen R, Uluduz D, Katsarava Z. Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. *J Headache Pain*. 2020;21(1):137. doi:10.1186/s10194-020-01208-0
6. Mateos V, Porta-Etessam J, Armengol-Bertolín S, Larios C, García M. Initial situation and approach to the care of migraine in neurology services in Spain. The PRIMERA study. *Rev Neurol*. 2012;55(10):577-584. doi:10.33588/rn.5510.2012295
7. Sevillano-García MD, Manso-Calderón R, Cacabelos-Pérez P. Comorbilidad en la migraña: depresión, ansiedad, estrés y trastornos del sueño. *Rev Neurol*. 2007;45(7):400.
8. Fernández-de-las-Peñas C, Palacios-Ceña D, Salom-Moreno J, López-de-Andrés A, Hernández-Barrera V, Jiménez-Trujillo I, et al. Has the prevalence of migraine changed over the last decade (2003-2012)? A Spanish population-based survey. *PLoS One*. 2014;9(10). doi:10.1371/journal.pone.0110530
9. Fernández De Las Peñas C, Hernández Barrera V, Carrasco Garrido P, Alonso Blanco C, Palacios Ceña D, Jiménez Sánchez S, et al. Population-based study of migraine in Spanish adults: Relation to socio-demographic factors, lifestyle and co-morbidity with other conditions. *J Headache Pain*. 2010;11(2):97-104. doi:10.1007/s10194-009-0176-5
10. Santos Lasaosa S, Rosich PP, Nieto RB, Latorre González G, González Oria C. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones diagnóstico terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología en 2020. Published online 2020.
11. Katsarava Z, Mania M, Lampl C, Herberhold J, Steiner TJ. Poor medical care for people with migraine in Europe – evidence from the Eurolight study. *J Headache Pain*. 2018;19(1). doi:10.1186/s10194-018-0839-1
12. Gracia Naya M, Latorre Jiménez AM. Diferencias entre los pacientes con migraña 111 enviados a una unidad de cefaleas o a una consulta general de neurología. *Rev Neurol*. 2003;37(06):521. doi:10.33588/rn.3706.2003211
13. Gormley P, Anttila V, Winsvold BS, Palta P, Esko T, Pers TH, et al. Meta-analysis of 375,000 individuals identifies 38 susceptibility loci for migraine. *Nat Genet*. 2016;48(8):856-866. doi:10.1038/ng.3598