

# Libro Blanco de la *Migraña* en España

Con el Aval de la Asociación Española de  
Migraña y Cefalea:



Con el Aval de Calidad y Garantía de la  
Sociedad Española de Farmacia  
Hospitalaria:



Con el Aval Científico de la Sociedad  
Española de Enfermería Neurológica:



Con el Aval de la Sociedad Española  
de Médicos de Atención Primaria:



Con la colaboración de:



Con el Aval Científico de la  
Sociedad Española de  
Neurología:



Obra considerada de interés  
científico por SEMES:





# Contenido

Índice de figuras .....	1
Índice de tablas .....	2
Abreviaturas.....	3
<b>1. Justificación y resumen ejecutivo .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Objetivos y metodología .....</b>	<b>14</b>
2.1 Objetivos.....	14
2.2 Metodología.....	14
Fase 1. Involucración y lanzamiento .....	15
Fase 2. Revisión y análisis.....	16
Fase 3. Informe Final .....	16
<b>3. Introducción a la migraña .....</b>	<b>18</b>
3.1 Definición, clasificación y sintomatología.....	18
3.2 Causas y factores de riesgo.....	19
<b>4. Epidemiología de la migraña.....</b>	<b>22</b>
4.1 Comorbilidades asociadas .....	23
4.2 Perfil de paciente tipo con migraña en España .....	25
Claves .....	26
<b>5. Carga y coste de la migraña .....</b>	<b>28</b>
5.1 Carga de la migraña .....	28
Impacto de la migraña sobre la discapacidad .....	28
Impacto de la migraña sobre la calidad de vida.....	29
Impacto de la migraña en el ámbito laboral, escolar y universitario.....	31
5.2 Coste de la migraña .....	34
Costes directos.....	36
Costes indirectos .....	39
5.3 Perfiles de pacientes que habitualmente precisan de mayores recursos .....	40
5.4 Medidas propuestas para reducir el impacto económico.....	40
Claves .....	43
<b>6. Manejo de la migraña en España .....</b>	<b>45</b>
6.1 Diagnóstico.....	45
6.2 Tratamiento.....	49
Medidas generales: información, educación y manejo de factores desencadenantes.....	49
Medidas generales: diario de cefaleas.....	52
Tratamiento sintomático.....	52
Tratamiento preventivo .....	54
6.3 Agentes implicados .....	58
6.4 Ruta del paciente.....	60

Claves .....	63
<b>7. Organización de la atención sanitaria .....</b>	<b>65</b>
7.1 Visibilidad y prioridad de la migraña .....	65
7.2 Estrategias y recursos existentes a nivel nacional .....	66
Plan Estratégico Nacional de Migraña .....	66
Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes .....	67
Documentos y guías de referencia a nivel nacional .....	68
Otros recursos .....	69
7.3 Estrategias y recursos existentes a nivel regional .....	70
Planes Estratégicos de Migraña en las Comunidades Autónomas .....	70
Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes .....	70
Documentos y guías de referencia a nivel regional .....	71
Otros recursos .....	74
7.4 Unidades de Cefalea y Consultas Especializadas de Cefalea .....	75
Necesidad de las Unidades de Cefalea y Consultas Especializadas de Cefalea .....	75
Número y distribución .....	76
Criterios de calidad asistencial, organización y derivación .....	79
Claves .....	81
<b>8. Estado de información para pacientes .....</b>	<b>83</b>
8.1 Información clave que se debe facilitar al paciente, requisitos y colaboración multidisciplinar .....	84
8.2 Recursos disponibles para pacientes .....	87
Recursos en red .....	87
Aplicaciones móviles .....	89
Documentos de soporte por escrito .....	90
Claves .....	91
<b>9. Investigación en migraña .....</b>	<b>93</b>
9.1 Líneas de investigación y proyectos clave .....	93
9.2 Centros, grupos y líneas de investigación de migraña en España .....	95
Investigación de la migraña nivel nacional: Grupos de Trabajo y Ensayos Clínicos .....	95
Investigación de la migraña nivel autonómico: Institutos y centros de investigación. ....	97
Claves .....	100
<b>10. Call to action. Necesidades y oportunidades de mejora en el abordaje de la migraña en España .....</b>	<b>102</b>
Epidemiología, carga y coste de la migraña .....	103
Abordaje clínico de la migraña .....	104
Organización sanitaria de la migraña .....	105
Información sobre la migraña .....	106
Investigación de la migraña .....	107
Referencias .....	108

# Índice de figuras

<b>Figura 1.</b> Metodología seguida en la realización del proyecto .....	15
<b>Figura 2.</b> Clasificación de la migraña según la <i>International Classification of Headache Disorders III</i> (ICHD-III) .....	18
<b>Figura 3.</b> Perfil de paciente tipo con migraña en España.....	25
<b>Figura 4.</b> Tasas de años de vida perdidos debido a la discapacidad (AVD) / 100.000 según edad y sexo en Europa.....	29
<b>Figura 5.</b> Impacto de la migraña en la carrera profesional del paciente .....	32
<b>Figura 6.</b> Distribución de los costes directos sanitarios en migraña episódica y migraña crónica sobre el total de costes directos sanitarios asociados a cada tipo de migraña. ....	38
<b>Figura 7.</b> Medidas o líneas de actuación para reducir el impacto económico de la migraña en España .....	40
<b>Figura 8.</b> Clasificación de la migraña según la <i>International Classification of Headache Disorders III</i> (ICHD-III) .....	45
<b>Figura 9.</b> Criterios diagnósticos de los tres principales tipos de migraña según la <i>International Classification of Headache Disorders III</i> (ICHD-III).....	46
<b>Figura 10.</b> Test ID Migraine para el diagnóstico de la migraña.....	48
<b>Figura 11.</b> Posibles factores desencadenantes de los episodios de migraña .....	50
<b>Figura 12.</b> Posibles factores de riesgo modificables para la cronificación de la migraña.....	50
<b>Figura 13.</b> Posibles factores de riesgo no modificables para la cronificación de la migraña.....	51
<b>Figura 14.</b> Esquema del tratamiento sintomático para la migraña .....	53
<b>Figura 15.</b> Esquema del tratamiento preventivo para la migraña episódica y crónica. ....	55
<b>Figura 16.</b> Ruta asistencial del paciente con migraña.....	61
<b>Figura 17.</b> Situación actual (izquierda) frente a la situación necesaria (derecha) para lograr un correcto abordaje de la migraña y una suficiente asignación de recursos.....	66
<b>Figura 18.</b> Unidades de Cefalea y Consultas Especializadas de cefalea en España .....	78
<b>Figura 19.</b> Empoderamiento del paciente desde la información proporcionada por los profesionales sanitarios. ....	86

# Índice de tablas

<b>Tabla 1.</b> Miembros del Comité Asesor .....	15
<b>Tabla 2.</b> Prevalencia de la migraña en las distintas Comunidades Autónomas.....	23
<b>Tabla 3.</b> Posibles comorbilidades asociadas a la migraña.....	24
<b>Tabla 4.</b> Marco teórico y situación actual en la solicitud y aceptación de la discapacidad por migraña en España .....	33
<b>Tabla 5.</b> Costes directos e indirectos para la migraña episódica y crónica en España .....	36
<b>Tabla 6.</b> Criterios de alarma según el Manual de Práctica Clínica en Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología .....	47
<b>Tabla 7.</b> Sociedades Científicas, Grupos de Trabajo y Asociaciones de Pacientes de la migraña a nivel nacional.....	67
<b>Tabla 8.</b> Resumen de los documentos o guías de referencia de la migraña a nivel nacional.....	68
<b>Tabla 9.</b> Sociedades Científicas de Neurología por Comunidad Autónoma .....	71
<b>Tabla 10.</b> Resumen de los documentos o guías de referencia de la migraña a nivel regional .....	72
<b>Tabla 11.</b> Beneficios de las Unidades de Cefalea en el abordaje de la migraña y otras cefaleas .	76
<b>Tabla 12.</b> Propuesta de cartera de servicios de una Unidad de Cefalea para ser valorada en función del tamaño y alcance de la Unidad .....	80
<b>Tabla 13.</b> Grupos de Trabajo nacionales y líneas de investigación de la migraña .....	96
<b>Tabla 14.</b> Institutos de investigación autonómicos y líneas de investigación de la migraña .....	98

## Abreviaturas

<b>AAPP</b>	Asociaciones de Pacientes
<b>AEEMT</b>	Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo
<b>AEMICE</b>	Asociación Española de Migraña y Cefalea
<b>AINE</b>	Antiinflamatorio no esteroideo
<b>AMN</b>	Asociación Madrileña de Neurología
<b>AP</b>	Atención Primaria
<b>APACEX</b>	Asociación de Pacientes de Cefalea de Extremadura
<b>ARIE</b>	Área de interés específica
<b>ATP1A2</b>	Gen de la subunidad alfa-2 de la ATPasa Na <sup>+</sup> /K <sup>+</sup>
<b>AVAD</b>	Años de vida ajustados por discapacidad
<b>AVD</b>	Años vividos con discapacidad
<b>CACNA1A</b>	Gen de la subunidad alfa1 A del canal de calcio dependiente de voltaje
<b>CAMFiC</b>	Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària
<b>CCAA</b>	Comunidades Autónomas
<b>CGCOF</b>	Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
<b>CGRP</b>	Péptido relacionado con el gen de la calcitonina
<b>CSUR</b>	Centros, Servicios y Unidades de Referencia
<b>EAN</b>	European Academy of Neurology
<b>EHF</b>	European Headache Federation
<b>EMHA</b>	European Migraine and Headache Alliance
<b>FC</b>	Farmacia Comunitaria
<b>FEEN</b>	Federación Española de Enfermedades Neurológicas
<b>FH</b>	Farmacia Hospitalaria
<b>FMC</b>	Formación Médica Continuada
<b>GBD</b>	Global Burden of Disease
<b>GECSEDENE</b>	Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica
<b>GESEN</b>	Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología
<b>HIT-6</b>	Headache Impact Test - 6
<b>IACS</b>	Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
<b>IBSAL</b>	Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca
<b>ICHD-III</b>	International Classification of Headache Disorders III
<b>ICHOM</b>	International Consortium for Health Outcomes Measurement.
<b>IDIPAZ</b>	Instituto de Investigación Hospital Universitario La Paz
<b>IDIS</b>	Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela
<b>IdISSC</b>	Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos
<b>IDIVAL</b>	Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla
<b>IHS</b>	International Headache Society
<b>ISPA</b>	Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias
<b>LCR</b>	Líquido Cefalorraquídeo
<b>MC</b>	Migraña Crónica
<b>ME</b>	Migraña Episódica
<b>MIDAS</b>	Migraine Disability Assessment Scale
<b>OMC</b>	Organización Médica Colegial
<b>RD</b>	Real Decreto
<b>RM</b>	Resonancia Magnética

<b>SACYL</b>	Sanidad de Castilla y León
<b>SAMFyC</b>	Sociedad Andaluza de Medicina Farmacia y Comunitaria
<b>SAN</b>	Sociedad Andaluza de Neurología
<b>SANCE</b>	Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología
<b>SARAN</b>	Sociedad Aragonesa de Neurología
<b>SCN1A</b>	Gen de la subunidad alfa del canal de sodio regulado por voltaje I
<b>SEDENE</b>	Sociedad Española de Enfermería Neurológica
<b>SEFAC</b>	Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria
<b>SEFH</b>	Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
<b>SEMERGEN</b>	Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
<b>SEMES</b>	Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
<b>SEMG</b>	Sociedad Española de Medicina General
<b>SEN</b>	Sociedad Española de Neurología
<b>SESCAM</b>	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
<b>SIFCO</b>	Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria
<b>SNC</b>	Sistema Nervioso Central
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SOCANE</b>	Sociedad Canaria de Neurología
<b>SSCC</b>	Sociedades Científicas
<b>TAC</b>	Tomografía Axial Computarizada
<b>UC</b>	Unidad de Cefalea
<b>VHIR</b>	Vall d'Hebron Research Institute

# JUSTIFICACIÓN Y RESUMEN EJECUTIVO

---



# 1. Justificación y resumen ejecutivo

La migraña es una enfermedad neurológica frecuente, incapacitante y con un elevado coste para el individuo y la sociedad<sup>1,2</sup>. Se trata de un tipo de cefalea primaria que se manifiesta con **episodios recurrentes de dolor de cabeza**, de localización habitualmente **unilateral** e **intensidad moderada o grave**, por lo que puede limitar las actividades cotidianas de las personas que la padecen<sup>3</sup>. La migraña representa la tercera enfermedad más frecuente a nivel mundial<sup>4</sup> y la segunda causa de **discapacidad** dentro del global de enfermedades<sup>1,4,5</sup>. En los últimos años, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha promovido diferentes iniciativas para mejorar la visibilidad de la migraña y la atención sanitaria que se ofrece a todas las personas con migraña<sup>6</sup>.

En **España**, la migraña es una enfermedad de alta prevalencia (afecta al 12% de la población general)<sup>7</sup>, está **infradiagnosticada e infratratada**, provoca una **elevada discapacidad** que no es reconocida de manera suficiente<sup>2</sup> y **empeora** significativamente la **calidad de vida**. Además, la atención de los pacientes y la discapacidad asociada a la migraña tiene un importante **coste económico** tanto **directo** como **indirecto**<sup>2,8,9</sup>. Finalmente, la atención de los pacientes con migraña es diferente en cada Comunidad Autónoma, y, en la actualidad, no existe una estrategia a nivel nacional que permita mejorar la atención de los pacientes y reducir el impacto de la migraña.

En este contexto, se considera necesario conocer y entender la **situación actual de la migraña en España** desde diferentes perspectivas e identificar las **necesidades y oportunidades de mejora** presentes en el abordaje de esta enfermedad, así como iniciativas que puedan impulsarse desde los órganos de decisión de la administración sanitaria.

Es por ello por lo que se ha desarrollado este **Libro Blanco de la Migraña en España** (2021), como un documento necesario que recoja el **impacto de la enfermedad** en términos **epidemiológicos**, de **carga y coste**, las **estrategias y recursos disponibles** para su abordaje, el **manejo actual de la enfermedad** (diagnóstico, tratamiento, seguimiento), la **información disponible para los pacientes** y la sociedad en general, y las iniciativas y proyectos de **investigación** que se están desarrollando en España. Todo ello enfocado desde una perspectiva multidisciplinar de los principales agentes involucrados, integrando la visión del paciente e identificando necesidades y oportunidades de mejora (“Call to action”) en los diferentes ámbitos de la enfermedad.

La **metodología de trabajo** se ha basado en tres fases; involucración y lanzamiento, revisión y análisis, y una última de elaboración del informe final. Para ello, se ha contado con la participación de un grupo de profesionales con amplia experiencia en el campo de la Atención Primaria, Neurología, Enfermería, Urgencias, Farmacia Hospitalaria y Comunitaria, y la representación de la Asociación de Pacientes AEMICE (Asociación Española de Migraña y Cefalea). En este sentido, a lo largo de todo el documento, se indica como “los expertos” a los miembros del Comité Asesor multidisciplinar participante en el proyecto (ver composición del Comité Asesor más adelante).

A continuación, se presentan las principales conclusiones de este trabajo en relación con los distintos ámbitos de la migraña en España y las necesidades y oportunidades de mejora identificadas.

### **Introducción a la migraña**

La migraña es una enfermedad **neurológica** considerada como una cefalea primaria<sup>3</sup>, diferenciándose **tres tipos principales: migraña sin aura, migraña con aura y migraña crónica (MC)**. La **migraña sin aura** se caracteriza por **episodios recurrentes de dolor de cabeza** de intensidad moderada o severa, que dura habitualmente entre 4-72 horas (sin tratamiento), normalmente de localización unilateral (en un lado de la cabeza) y que se describe como un latido o pulsación que empeora con la actividad física, obligando al paciente a acostarse. El dolor puede acompañarse de náuseas, vómitos y/o intolerancia a la luz y al sonido<sup>3</sup>. La **migraña con aura** se caracteriza por **crisis recurrentes con síntomas visuales, sensitivos o del sistema nervioso central** (aura) reversibles, de duración inferior a una hora, y que normalmente están seguidos de cefalea y síntomas asociados a migraña<sup>3</sup>. Por último, la **MC** se corresponde con el **dolor de cabeza que aparece durante 15 o más días al mes** durante más de tres meses, y que, al menos durante 8 días al mes, presenta características de cefalea migrañosa<sup>3</sup>. En la práctica clínica, se habla de migraña episódica (ME) cuando las crisis aparecen menos de 15 días cada mes. Sin embargo, el concepto de ME no está recogido en la *International Classification of Headache Disorders III* (ICHD-III).

Se considera que la migraña tiene una causa genética, puesto que se han identificado variantes genéticas asociadas con la aparición de migraña<sup>10,11</sup>, es común tener antecedentes familiares, y se estima que la enfermedad tiene una heredabilidad del 42%<sup>12</sup>. Su **fisiopatología** está en continuo estudio, habiéndose descrito la existencia de una alteración del procesamiento de los

estímulos dolorosos, la activación del denominado sistema trigéminovascular y la liberación de diferentes neuropéptidos con efecto vasodilatador y proinflamatorio (como el péptido regulador del gen de la calcitonina o CGRP)<sup>13-15</sup>.

### **Epidemiología de la migraña**

En **España, se estima que 5 millones de personas padecen esta enfermedad**, lo que supone un 12% de la población general<sup>7</sup>, siendo, aproximadamente, el 80% **mujeres**<sup>2,16,17</sup>. La migraña puede acompañarse de otros tipos de cefalea y diferentes comorbilidades, especialmente en pacientes con migraña crónica<sup>18-24</sup>.

En este sentido, los expertos han identificado como **perfil más común del paciente con migraña en España** a una mujer de mediana edad, con migraña episódica y en situación de desarrollo familiar y laboral.

### **Carga y coste de la migraña**

La migraña tiene un alto impacto y carga en la **calidad de vida** del paciente, a **nivel laboral, familiar y social**, tanto durante las crisis como en los periodos entre crisis<sup>25-27</sup>.

A nivel mundial, la migraña fue responsable de **46,6 millones** de años vividos con discapacidad (**AVD**)<sup>\*</sup> en el año 2020<sup>1</sup> y es una de las **primeras causas** que provoca la pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (**AVAD**)<sup>†</sup> en todas las regiones del mundo<sup>4,5,28</sup>.

En España, la migraña es la **primera causa de discapacidad** en menores de 50 años<sup>16</sup> y el tipo de cefalea que más impacto tiene a nivel laboral<sup>29</sup>, con una reducción de la jornada laboral superior a 12 horas semanales en el 10% de los trabajadores con migraña y **absentismo** de hasta 14,6 días al año para personas con migraña crónica<sup>2</sup>. En cuanto al presentismo laboral, la pérdida de productividad laboral puede ser de hasta el 50% debido a la falta de concentración, durante las crisis y también en los periodos entre crisis<sup>2,13,30</sup>.

---

<sup>\*</sup> **AVD**: Años vividos con discapacidad. Estiman las pérdidas de años de vida en estado de salud óptimo que supone sufrir una enfermedad o discapacidad frente a no padecerla, ponderadas en función de la gravedad, duración y eventual remisión o cronicidad de la patología.

<sup>†</sup> **AVAD**: Años de vida ajustados en función de la discapacidad, ya sea por mortalidad prematura o por el tiempo vivido con una salud menguada. Así, es la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años vividos con discapacidad o mala salud (AVD).

En España se estima que el coste de la ME es de **5.041 € paciente/año** y de **12.970 € paciente/año** para la migraña crónica (MC)<sup>2</sup>. Los denominados costes indirectos (asociados a absentismo o pérdida de productividad laboral) son mayores que los costes directos (dependientes de la atención médica y tratamientos que reciben los pacientes)<sup>2</sup>. Por otra parte, los expertos identifican que los pacientes con **MC refractaria** y los pacientes con **comorbilidades** demandan una mayor cantidad de recursos.

Como medidas para **reducir el impacto económico de la migraña**, se recomienda promover el **diagnóstico precoz**, aumentar la **concienciación sobre la patología y su impacto**, **estandarizar la atención** al paciente, fomentar el **tratamiento temprano** y adecuado, promover la prescripción del **tratamiento preventivo** y potenciar la realización de **estudios de fármaco economía**.

### **Manejo de la migraña en España**

El **diagnóstico de la migraña es clínico y se basa** en los datos obtenidos en la entrevista clínica con el paciente o **anamnesis**. En general, si el paciente cumple los criterios clínicos de migraña y la exploración física y neurológica son normales, no es necesario realizar pruebas complementarias<sup>13,31-33</sup>. En España se ha estimado que **el paciente puede tardar más de 6 años en recibir el diagnóstico**<sup>2</sup>, y pueden pasar hasta 14 años desde la primera crisis de migraña hasta la primera consulta con atención especializada<sup>34</sup>.

Así, los expertos consideran que existe un **infradiagnóstico y retraso en el diagnóstico**, que se podría mejorar mediante formación, facilitando el acceso a pruebas complementarias para descartar otras causas en caso de que sea necesario, y estableciendo criterios consensuados de derivación al especialista en Neurología.

El **tratamiento** de la migraña está basado en **medidas generales** de educación sanitaria y formación en hábitos de vida saludables a los pacientes (incluyendo la cumplimentación de un diario de cefaleas) acompañadas de **medidas farmacológicas**. El tratamiento farmacológico se divide en dos tipos: el tratamiento sintomático y el tratamiento preventivo. El **tratamiento sintomático** o tratamiento de las crisis incluye fármacos inespecíficos, como los analgésicos (paracetamol) o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), y específicos, como triptanes o ergóticos. También es posible la prescripción de otros tratamientos adyuvantes, sobre todo para las náuseas y vómitos (antieméticos/procinéticos). El **tratamiento preventivo** se utiliza para

reducir la frecuencia e intensidad de las crisis de migraña, e incluye una serie de fármacos que se administran por vía oral, la infiltración de Onabotulinumtoxina A en diferentes puntos de cabeza y cuello y los anticuerpos monoclonales frente al CGRP o su receptor<sup>13,32,33</sup>.

En nuestro país, se ha identificado que más del 60% de los pacientes con ME y MC toman **analgésicos y antiinflamatorios durante las crisis**, mientras que los fármacos específicos como los triptanes son utilizados por aproximadamente el 30% de las personas con ME y por casi el 50% de las personas con MC<sup>2</sup>. En relación con los fármacos preventivos, se estima que menos del 14% de los pacientes que requieren tratamiento preventivo lo están recibiendo<sup>35</sup>. En esta línea, de las personas con migraña que acuden por primera vez a la consulta de Neurología, se ha observado que **el 20% cuentan con tratamiento previo** para la migraña, **al 6%** se les prescribió **triptanes** y **al 45%** se le indicó **tratamiento preventivo** en su primera visita<sup>36</sup>.

En este sentido, se considera necesario **facilitar el acceso de los pacientes a las consultas de Atención Primaria y Neurología y mejorar la formación de los profesionales sanitarios** tanto en el uso los fármacos específicos para las crisis (como los triptanes) como de los fármacos preventivos.

En la atención de los pacientes con migraña **participan diferentes agentes y profesionales**, incluyendo Atención Primaria (AP), Neurología (Consulta Externa, Consultas Especializadas de Cefaleas, Unidades de Cefalea), Enfermería, Urgencias, Farmacia Hospitalaria (FH) y Farmacia Comunitaria (FC). Según las consideraciones de los expertos, es necesario **mejorar la comunicación y coordinación** entre estos agentes implicados, para favorecer la continuidad asistencial, reducir el tiempo de espera para la atención especializada y consensuar la información que se le ofrece al paciente. Para ello, los expertos consideran que se deberían implementar criterios de derivación consensuados entre Atención Primaria y especializada, promover **un mayor desarrollo de recursos tecnológicos** (historia clínica compartida y receta electrónica, entre otros), detectar precozmente el uso excesivo de analgésicos e implementar herramientas de **telemedicina**.

### **Organización de la atención sanitaria**

La visibilidad y prioridad de la migraña en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y en la sociedad **no es suficiente**. Los pacientes con migraña sufren crisis severas, que deterioran su calidad de vida,

y con frecuencia viven además con el estigma causado por la desconfianza del profesional sanitario, que no considera que su dolor de cabeza sea verdaderamente incapacitante<sup>37,38</sup>.

En España, hay Sociedades Científicas (**SSCC**), Asociaciones de Pacientes (**AAPP**) y **Grupos de Trabajo** que promueven la investigación de las cefaleas, aumentan su visibilidad y difunden un mayor conocimiento sobre ellas.

En esta línea, se dispone de diversos **documentos de referencia** sobre la migraña en España, como el Manual de Práctica Clínica en Cefaleas (2020)<sup>13</sup> y el Atlas: Impacto y situación de la migraña en España (2018)<sup>2</sup>. También se han desarrollado diferentes iniciativas encaminadas a mejorar la atención de la migraña en España, como la definición de indicadores de calidad asistencial<sup>39</sup>, el proyecto “Neurovation in Migraine”<sup>40</sup>, la campaña “#RespetalaMigraña”, el Plan de Acción en la Lucha contra la Migraña (PALM)<sup>41</sup>, etc.

Por otra parte, según las consideraciones de los expertos y los datos de diferentes estudios<sup>42-44</sup>, las **Unidades de Cefalea (UC)** constituyen un modelo asistencial que puede aportar beneficios para la atención especializada e integral del paciente con migraña, contribuyendo a disminuir el tiempo hasta el diagnóstico, facilitando el acceso a los tratamientos preventivos y mejorando la educación de los pacientes y profesionales sanitarios<sup>42-44</sup>. Actualmente, se considera que el **número y la distribución de las UC no es suficiente**<sup>43-46</sup>, debiendo así impulsarse la creación de estas unidades y su acreditación a través de estándares de calidad definidos. En este sentido, desde la Sociedad Española de Neurología (SEN) se está trabajando en la implementación de un sistema de acreditación para las UC.

### **Estado de información para pacientes**

Los expertos consideran que **la información proporcionada, en general, no es suficiente** para que los pacientes puedan manejar eficazmente su enfermedad<sup>2,47</sup>. Esto podría estar relacionado con el tiempo limitado del que se dispone en consulta, la ausencia de **recursos** informativos y la escasa **formación** en migraña que reciben los propios profesionales sanitarios<sup>48</sup>.

En este sentido, los expertos recomiendan fomentar la “**prescripción de información**” y elaborar un **kit de información esencial** con contenidos fiables, consensuados y útiles sobre aspectos como las causas de la migraña, tipos de cefalea, señales de alerta, tratamiento sintomático y

preventivo, importancia de la adherencia terapéutica, hábitos de prevención y estilos de vida favorables.

En cuanto a los recursos disponibles, se han identificado iniciativas digitales, como **páginas web y aplicaciones para móviles**, orientadas a informar y educar sobre la migraña.

### **Investigación en migraña**

España tiene una **importante actividad investigadora** en migraña y otras cefaleas a través de la realización de ensayos clínicos y proyectos de investigación, impulsados desde Grupos de Trabajo e Institutos de Investigación dedicados de manera transversal o específica a la migraña y otras cefaleas. Si bien, los expertos consideran que debe impulsarse esta investigación y disponer de fondos específicos para financiar esta patología<sup>49,50</sup>.

En esta línea, se considera necesario **priorizar líneas de investigación** enfocadas a la etiopatogenia de la migraña, biomarcadores de diagnóstico y pronóstico, personalización de las terapias, estudio del impacto de la migraña, etc., incluyendo a los distintos agentes implicados en el manejo de la enfermedad a través de proyectos colaborativos.

### **Call to action. Necesidades y oportunidades de mejora en el abordaje de la migraña en España**

Teniendo en cuenta el análisis de la **información y documentación** obtenida de la revisión de la literatura y de las aportaciones de los expertos, se han identificado necesidades y oportunidades de mejora en cada uno de los apartados abordados en este Libro Blanco, para las que se presenta una **propuesta de acciones** encaminadas a mejorar el abordaje de la migraña en España.

En este sentido, los expertos destacan la necesidad de desarrollar un **Plan Estratégico de la Migraña a nivel nacional**, que aborde las necesidades identificadas en cada uno de los ámbitos de estudio (carga y coste, manejo de la migraña en España, organización de la atención sanitaria, estado de información para pacientes e investigación de la migraña). A partir de este Plan, se espera definir acciones dirigidas a mejorar el abordaje de la migraña en España, para disminuir el tiempo hasta el diagnóstico, mejorar los **canales de comunicación** entre niveles asistenciales, mejorar **la información que recibe el paciente** durante la consulta y promover la **investigación** en migraña, entre otras acciones.

# OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

---



## 2. Objetivos y metodología

### 2.1 Objetivos

El **objetivo principal** del Libro Blanco de la Migraña en España es disponer de un documento que permita entender la **situación actual de la migraña en España** desde diferentes perspectivas y poner de manifiesto las **necesidades y oportunidades de mejora** existentes.

Para la consecución de este objetivo principal se plantearon los siguientes **objetivos específicos**:

- 1 Análisis del **impacto de la enfermedad**, epidemiología, carga y coste, tanto para el sistema sanitario como para los pacientes.
- 2 Identificación del **grado de prioridad** que representa la enfermedad en el seno de la Administración Nacional y Regional, y las **estrategias y recursos disponibles** en las Comunidades Autónomas para el manejo de la enfermedad y sus problemas asociados.
- 3 Análisis del **manejo de la enfermedad** (diagnóstico, tratamiento, seguimiento): ruta de pacientes, profesionales sanitarios implicados, coordinación entre los diferentes profesionales y niveles asistenciales.
- 4 Identificación del estado de la **información para los pacientes** y la sociedad en general en relación con la enfermedad. Analizar los recursos existentes para entender la enfermedad y ayudar a convivir con ella y el papel de las asociaciones de pacientes.
- 5 Análisis de la **investigación** que se desarrolla en España en torno a la migraña y los recursos dedicados a la misma.
- 6 Identificación de **necesidades y oportunidades de mejora** en el ámbito de la epidemiología, carga y coste de la migraña, manejo clínico, organización sanitaria, información dirigida a los pacientes e investigación de la migraña ("Call to action").

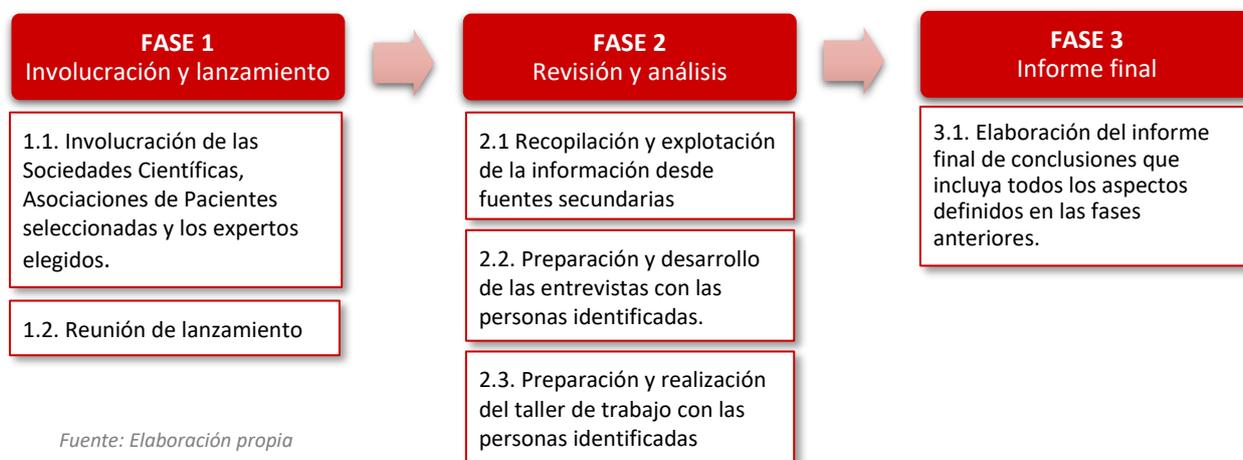
### 2.2 Metodología

El Libro Blanco de la Migraña en España ha sido elaborado siguiendo una **metodología de trabajo desarrollada en tres fases**: involucración y lanzamiento, revisión y análisis, y una última fase de elaboración del informe final (Fig. 1).

Para su desarrollo se contó con la participación de un **grupo de profesionales** con amplia experiencia en el campo de la Medicina de Familia y Comunitaria, Neurología, Enfermería,

Urgencias, Farmacia Hospitalaria y Farmacia Comunitaria, acompañados por un representante de la Asociación de Pacientes AEMICE, que constituyeron el Comité Asesor del proyecto.

Figura 1. Metodología seguida en la realización del proyecto



Fuente: Elaboración propia

## Fase 1. Involucración y lanzamiento

En esta primera fase se procedió a involucrar a los miembros del Comité Asesor multidisciplinar, compuesto por agentes clave en el manejo de la migraña (Tabla 1), identificados por las SSCC de interés en el área, quienes aportaron su visión sobre el manejo de la migraña en España y las necesidades y oportunidades de mejora en su abordaje.

Tabla 1. Miembros del Comité Asesor

Nombre	Centro de Trabajo / Entidad
Antonio Blanes Jiménez	Farmacéutico. Director de los Servicios Técnicos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF)
Belén Rodríguez Hermida	Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Responsable de Calidad del Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)
Eulalia Giné Ciprés	Enfermera del Hospital Vall d'Hebron. Sociedad Española de Enfermería Neurológica (SEDENE)
Isabel Colomina Casaus	Presidenta de la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE)
Jaume Morera Guitart	Médico especialista en Neurología. Director del Hospital La Pedrera (Alicante). Sociedad Española de Neurología (SEN)
Pablo Baz Rodríguez	Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en Centro de Salud Ciudad Rodrigo (SACYL). Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
Pablo Irimia Seira	Médico especialista en Neurología en la Clínica Universidad de Navarra. Sociedad Española de Neurología (SEN)
Pilar Díaz Ruiz	Farmacéutica Hospitalaria en Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.
Raquel Ramírez Parrondo	Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en la Clínica Universidad de Navarra. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)

Fuente: Elaboración propia.

Tras ello, se realizó una **reunión de lanzamiento** con el Comité Asesor, con la finalidad de revisar los objetivos, alcance, expectativas, metodología, identificar factores clave de éxito, seleccionar información, documentación y bibliografía relevante, discutir sobre la organización general y consensuar la estructura del Libro Blanco de la Migraña en España.

## Fase 2. Revisión y análisis

Durante esta fase se realizó la **revisión y análisis de la información y documentación** obtenida tanto de fuentes primarias (informes de SSCC y grupos de interés, guías clínicas, publicaciones científicas, documentación pública, etc.) como secundarias (entrevistas semiestructuradas con el Comité Asesor). La metodología de esta fase se fundamentó en:

- **Análisis de la bibliografía** recopilada según las variables definidas en la fase anterior.
- **Elaboración de guiones de entrevista** específicos para cada perfil.
- **Entrevistas individuales al Comité Asesor** del Proyecto.
- **Análisis de la información obtenida** sobre los elementos y variables clave definidos para la caracterización de la Migraña en España.
- **Realización de un primer taller telemático** con el Comité Asesor del proyecto para revisar y discutir el análisis realizado.
- **Integración y explotación de la información obtenida**, extrayendo conclusiones sobre la situación actual y las principales necesidades y áreas de mejora en el abordaje de la migraña en España.

## Fase 3. Informe Final

Durante esta fase se **elaboró el documento final** “Libro Blanco de la Migraña en España”, según la estructura definida en la fase 1 y los resultados obtenidos en la fase 2. La metodología empleada fue la siguiente:

- **Extracción de conclusiones** acerca de los objetivos específicos del proyecto, a partir de la información obtenida en las fases anteriores.
- **Redacción del informe final** incluyendo la perspectiva del sistema sanitario, los profesionales sanitarios implicados y de los pacientes.
- **Revisión individual** por los miembros del Comité Asesor.
- **Reunión de validación** con el Comité Asesor.

# INTRODUCCIÓN A LA MIGRAÑA

---



## 3. Introducción a la migraña

### 3.1 Definición, clasificación y sintomatología

La migraña es una enfermedad **neurológica** considerada por la IHS (*International Headache Society*) en la ICHD-III (*International Classification of Headache Disorders III*) como una de las cuatro principales entidades que constituyen las cefaleas primarias<sup>3</sup>.

De acuerdo con sus características, en la ICHD-III se establece una clasificación de la migraña (Fig. 2), en la que se diferencian **tres tipos principales: migraña con aura, sin aura y crónica**.

Figura 2. Clasificación de la migraña según la *International Classification of Headache Disorders III (ICHD-III)*

<b>Clasificación de la Migraña</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Migraña sin aura</li><li>2. Migraña con aura</li><li>3. Migraña crónica</li><li>4. Complicaciones de la migraña</li><li>5. Migraña probable</li><li>6. Síndromes episódicos que pueden asociarse a la migraña</li></ol>
------------------------------------	--

Fuente: Elaborado a partir de la *Clasificación Internacional de las Cefaleas, 3ª edición* <sup>3</sup>

La **migraña sin aura** se describe como **episodios recurrentes de dolor de cabeza** que duran de 4 a 72 horas, cuyas características típicas son la localización unilateral, el carácter pulsátil y la intensidad moderada o severa, que se agrava o impide la actividad física habitual. Está asociada con otros síntomas como náuseas, vómitos y/o intolerancia a la luz y al sonido<sup>3</sup>.

La **migraña con aura** se describe como **crisis recurrentes** de varios minutos de duración, consistentes en **síntomas visuales, sensitivos o del sistema nervioso central** (aura) reversibles y de localización habitualmente unilateral, comienzo gradual y normalmente seguidos de cefalea y síntomas asociados a migraña<sup>3</sup>.

Por último, la **migraña crónica** (MC) se describe como el **dolor de cabeza que aparece durante 15 o más días al mes** durante más de tres meses, y que, al menos durante 8 días al mes, presenta características de cefalea migrañosa<sup>3</sup>. En este sentido, se define la migraña episódica (ME) como

aquella migraña que cursa con menos de 15 días al mes de cefalea<sup>13</sup>. Además, algunos estudios distinguen entre la **ME de baja frecuencia** con menos de 10 días al mes con dolor de cabeza y **ME de alta frecuencia** con 10 a 14 días al mes con dolor de cabeza<sup>13,51,52</sup>.

En esta línea, los expertos destacan que el umbral que distingue la MC de la ME es un criterio establecido por consenso y consideran necesario tener en cuenta que el impacto, la discapacidad, la atención requerida y el abordaje terapéutico de la ME de alta frecuencia es **comparable al de un paciente con MC**. Así, los expertos indican que es posible que, en futuras clasificaciones de cefaleas, se revise el umbral entre ME y MC y se sitúe en los 8 días<sup>53</sup>.

La aparición de la migraña suele estar asociada a **síntomas prodrómicos**, que pueden comenzar hasta dos días antes de una crisis migrañosa con o sin aura. Entre ellos se incluye el cansancio, la dificultad para concentrarse, la rigidez cervical, la sensibilidad a la luz o al ruido, las náuseas, la visión borrosa, los bostezos o la palidez<sup>3</sup>. Por su parte, una vez finalizada la crisis migrañosa se describen **síntomas postdrómicos**, representados por sensación de cansancio, depresión, avidez por determinados alimentos, bostezos repetidos, rigidez cervical, dificultad para concentrarse y otros síntomas cognitivos. Estos síntomas pueden mantenerse hasta dos días tras la resolución del dolor de cabeza<sup>3</sup>.

## 3.2 Causas y factores de riesgo

La fisiopatología y origen de la **migraña no son del todo conocidos**.

Uno de los aspectos que más se está estudiando en la actualidad es el componente genético de la migraña. Estudios de secuenciación de variantes genéticas de la población han identificado hasta **44 marcadores genéticos relacionados con la migraña** e involucrados en el funcionamiento de la musculatura lisa y vascular<sup>10</sup>. Del mismo

modo, se han identificado tres grupos de genes (CACNA1A, ATP1A2 y SCN1A) que están asociados con la migraña hemipléjica familiar<sup>11</sup>, un tipo de migraña común entre varios miembros de una misma familia. Por tanto, los avances en la investigación dan soporte al **posible origen genético de la migraña**. Es frecuente que los pacientes con migraña tengan **antecedentes familiares** y se estima que la enfermedad tiene una **heredabilidad del 42%**<sup>12</sup>.



“El origen de la migraña podría ser genético”

El **mecanismo clave** que explica la **aparición del dolor** en la migraña es la activación del denominado sistema trigémino-vascular, que induce la liberación de neuropéptidos vasoactivos (como el CGRP) y que provoca la vasodilatación e inflamación de los vasos sanguíneos meníngeos. El **aura** se explica por la generación de una **onda de despolarización neuronal y glial** que se propaga lentamente por la corteza cerebral<sup>13-15</sup>.

Como **factores de riesgo para la progresión de la migraña episódica a migraña crónica**, se han descrito factores modificables (elevada frecuencia de crisis, depresión, escasos recursos económicos o uso excesivo de medicación sintomática, entre otros)<sup>13</sup> y factores no modificables (eventos vitales estresantes, náusea persistente en los ataques de migraña o asma, entre otros)<sup>13</sup>. Estos aspectos serán abordados más adelante.



# EPIDEMIOLOGÍA DE LA MIGRAÑA

---



## 4. Epidemiología de la migraña

Se ha observado que **la migraña afecta, aproximadamente, al 14% de la población mundial**, estando presente en casi el 19% de las mujeres y en casi el 10% de los hombres<sup>4</sup>. Se han registrado diferencias considerables entre las distintas regiones del mundo, siendo mayor la prevalencia en Europa, seguida del sudoeste asiático y, en menor proporción, en el continente africano<sup>4,54</sup>.



“Aproximadamente el 18% de las mujeres en el mundo padecen migraña”

En **Europa** se han realizado diversos estudios para determinar la prevalencia de la migraña, resultando en cifras similares a las globales. Así, se ha determinado que la migraña afecta aproximadamente al **14% de la población general** en Europa, al 17% de las mujeres y al 8% de los hombres<sup>55</sup>. En cuanto a la prevalencia en **niños y jóvenes**, los estudios que los incluyen son mucho más escasos, con resultados que indican que el 9% de los niños y jóvenes padecen migraña, siendo más frecuente en el sexo femenino (9%) que en el masculino (5%)<sup>55</sup>.

En **España**, se han realizado **diferentes estudios epidemiológicos**, identificándose 4 publicaciones principales realizadas en los últimos 20 años que presentan resultados variables debido, en parte, a las diferencias metodológicas<sup>7,56-58</sup>. En este sentido, los expertos indican que el estudio publicado en el año 2010<sup>7</sup> es utilizado como referencia nacional actual, con resultados que



“En España hay más de cinco millones de personas que padecen migraña”

indican que la **prevalencia de la migraña en España es de aproximadamente el 12% de población general**, con variaciones de hasta el 17% en el sexo femenino y del 8% en el sexo masculino<sup>7</sup>. Esto significa que, sobre la población actual, **más de 5 millones de personas padecen migraña en nuestro país**<sup>59</sup>, de las que aproximadamente el 80% son mujeres<sup>2,16,17</sup>.

Del mismo modo, la prevalencia presenta variaciones geográficas en las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA), 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 CCAA incluida en el estudio con mayor prevalencia de migraña en España<sup>7</sup> (Tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia de la migraña en las distintas Comunidades Autónomas

Comunidad Autónoma	Prevalencia (%)
Islas Canarias	18
Murcia	17.3
Cantabria	17.3
Andalucía	14.1
Islas Baleares	13.9
La Rioja	13.7
Extremadura	13.7
Comunidad Valenciana	12.6
País Vasco	12.3
Asturias	12
Madrid	11.9
Cataluña	11.5
Castilla y León	10.6
Galicia	10.4
Aragón	9.2
Castilla La Mancha	7.9
Navarra	7.6

Fuente: Elaboración propia a partir de Matías-Guiu J., et al (2011)<sup>7</sup>

Los estudios de **incidencia de migraña** son más escasos, tanto a nivel mundial como en España, identificándose resultados que indican que la incidencia en Estados Unidos es de 3.43 nuevos casos por 1.000 personas/año<sup>60</sup>, en Reino Unido de 3,69 por 1.000 personas/año<sup>61</sup>, y en Dinamarca de 8,1 por 1.000 personas/año<sup>62</sup>. En **España** se ha estimado una **tasa de incidencia de 4 por cada 1.000 habitantes** durante el año 2008<sup>63</sup>.

**Los expertos opinan** que actualmente no es una prioridad realizar nuevos estudios epidemiológicos sobre incidencia o prevalencia de la migraña, ya que consideran que se dispone de datos suficientes.

## 4.1 Comorbilidades asociadas

La migraña puede asociarse con **numerosas comorbilidades**, tales como trastornos cardiológicos y vasculares, enfermedades neurológicas, trastornos psiquiátricos, trastornos del sueño, enfermedades inflamatorias y dolor crónico, entre otras (Tabla 3). Diferentes estudios han demostrado que la presencia de comorbilidades es **más frecuente en MC** que en ME<sup>22-24,64</sup>. La comorbilidad asociada a la migraña puede surgir debido a una **causalidad unidireccional** o a **otros factores** (genéticos, ambientales, etc.) que pueden aumentar el riesgo de padecer ambas

enfermedades<sup>65,66</sup>. En este sentido, los expertos consideran necesario potenciar el desarrollo de estudios que permitan establecer conclusiones firmes sobre la relación fisiopatológica entre la migraña y otras patologías.

Tabla 3. Posibles comorbilidades asociadas a la migraña

<b>Trastornos cardiológicos y vasculares</b>	Hipertensión <sup>20</sup> , accidente cerebrovascular <sup>19,21</sup> , infarto de miocardio <sup>21</sup> , fenómeno de Raynaud <sup>19</sup> .
<b>Enfermedades neurológicas y trastornos mentales</b>	Epilepsia <sup>19,21</sup> , trastorno depresivo <sup>18-21</sup> , trastornos de ansiedad <sup>18-21</sup> (incluido el trastorno de pánico <sup>21</sup> ), trastorno bipolar <sup>19-21</sup> .
<b>Trastornos del sueño-vigilia</b>	Trastorno de insomnio <sup>18,21</sup> , parasomnias (síndrome de las piernas inquietas) <sup>21</sup> , trastornos del sueño relacionados con la respiración (apnea del sueño) <sup>21</sup> .
<b>Trastornos inflamatorios</b>	Rinitis alérgica <sup>21,66</sup> , asma bronquial <sup>19,21,65</sup> , lupus eritematoso sistémico <sup>19</sup> .
<b>Dolor crónico</b>	Fibromialgia <sup>20,21</sup> .
<b>Otros</b>	Trastornos gastrointestinales <sup>20,21,67</sup>

Fuente: Elaboración propia a partir de Sevillano-García MD., et al. (2007)<sup>18</sup>, Antón C (2007)<sup>19</sup>, Malone CD., et al. (2015)<sup>20</sup>, Buse DC., et al. (2020)<sup>21</sup> y las consideraciones de los expertos.

En esta línea, los expertos destacan la importancia de abordar las comorbilidades asociadas a la migraña y manifiestan especial atención a las **comorbilidades psicológicas y psiquiátricas**. En este contexto, destacan la **ansiedad** y la **depresión** como las afecciones más frecuentes, cuyo desarrollo podría relacionarse con la discapacidad asociada a la enfermedad y el temor a sufrir nuevos episodios<sup>20</sup>. Así, los expertos indican que el cuadro ansioso-depresivo puede ser consecuencia de la frecuencia de las crisis de migraña y su sintomatología asociada, siendo **más frecuente en los pacientes con MC**, como se ha demostrado en diferentes estudios<sup>22,24,64</sup>.

Según un estudio realizado en España en 2007<sup>18</sup>, el 51% de las personas con migraña padecen **estrés**; el 37%, **insomnio**; el 30% sufren **depresión** y el 22%, **ansiedad**, siendo la depresión y el insomnio más frecuentes en mujeres que en hombres<sup>18</sup>. Estos factores pueden empeorar las crisis en términos de duración, frecuencia o intensidad del dolor<sup>18</sup>. Los resultados del Atlas de Migraña (2018) siguen esta línea: el 38% de los pacientes encuestados presentaron ansiedad, mientras que el 21% sufrían depresión<sup>2</sup>.

Ante este marco, los expertos consideran clave tener en cuenta la valoración de estas afecciones psicológicas o psiquiátricas en el abordaje integral de la migraña, ya que pueden influir en la



“Las personas con migraña pueden presentar estrés, insomnio, depresión y ansiedad, lo que a su vez puede empeorar las crisis”

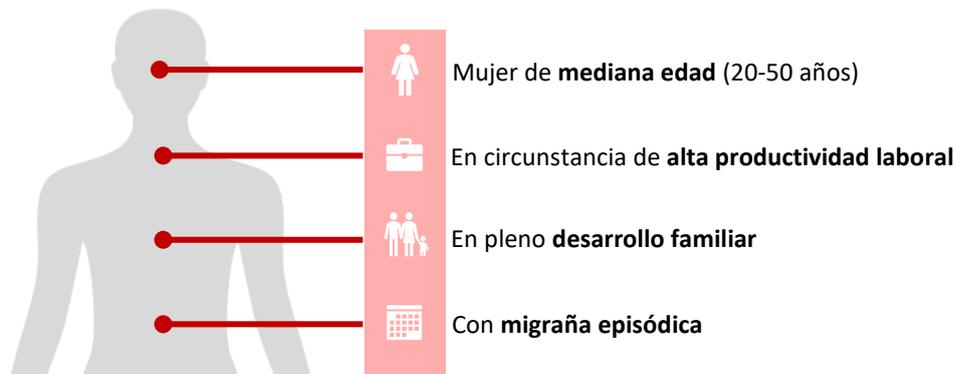
**cronificación de la migraña, afectar al deterioro de la calidad de vida del paciente y dificultar su tratamiento y empeorar el pronóstico<sup>18-20</sup>.**

## 4.2 Perfil de paciente tipo con migraña en España

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>2,16,17,34</sup>), **de mediana edad** (20 – 50 años<sup>2,7,57,68</sup>) y en situación de **alta productividad laboral**<sup>2,34,57</sup> y **desarrollo familiar**. Además, los expertos indican que las personas con migraña suelen padecer migraña **episódica**, del tipo **sin aura**<sup>7,56,69</sup>.

En esta línea, en España se ha observado que, de los **pacientes** con migraña que **acuden por primera vez a la Consulta de Atención Especializada de Neurología**, el **75% son del sexo femenino** y el **66%** tiene **antecedentes familiares** de migraña<sup>34</sup>. También se ha observado que más del **60%** de estas personas con migraña **son laboralmente activas**, el 70% presenta una discapacidad grave (puntuación superior a 60 en la escala HIT-6\*) y casi la mitad presentan alguna **comorbilidad**<sup>34</sup>, y, según los expertos, un porcentaje significativo de los pacientes atendidos en consulta padecen ansiedad y/o depresión.

Figura 3. Perfil de paciente tipo con migraña en España



Fuente: Elaboración propia a partir de Matías-Guiu J., et al. (2011)<sup>7</sup>; Garrido Cumbreña, M., et al. (2018)<sup>2</sup>; Ruiz, M., et al. (2010)<sup>17</sup>; Mateos, V., et al. (2012)<sup>34</sup>; Sánchez Pérez, RM. (1999)<sup>56</sup>; Fernández de las Peñas, C., et al. (2014)<sup>57</sup>; Navarro-Pérez, P., et al. (2020)<sup>69</sup>; Fernández de las Peñas, C., et al. (2010)<sup>68</sup> y las consideraciones de los expertos.

\* **HIT-6:** Headache Impact Test. Es una herramienta que se utiliza para medir el impacto que los dolores de cabeza tienen en la capacidad del paciente para funcionar en el trabajo, la casa, el colegio y en situaciones sociales. Si la puntuación es mayor de 60, los dolores de cabeza están produciendo un impacto muy severo en la vida del paciente.



### Análisis epidemiológico de la migraña



La **migraña en España** afecta al **12% de población** general, **predominantemente a mujeres en edad laboral** y en pleno desarrollo familiar, siendo más común la **migraña episódica**, del tipo **sin aura**.

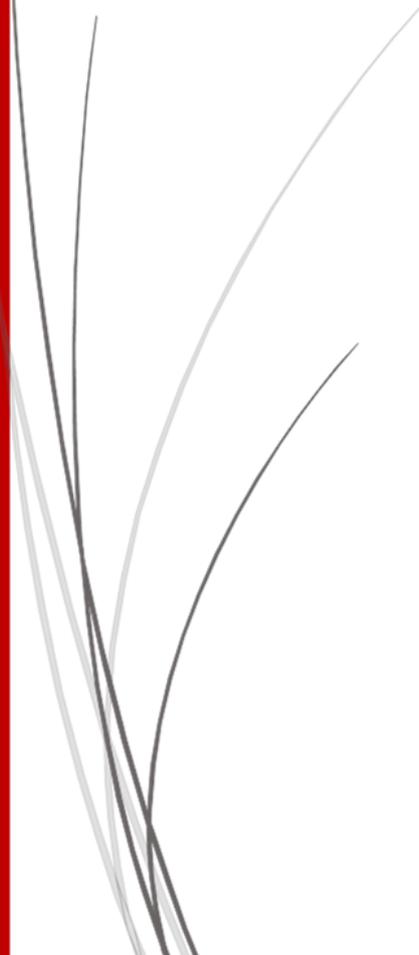


Las personas con migraña pueden presentar **comorbilidades** asociadas tales como **trastornos cardiológicos y vasculares**, **enfermedades neurológicas**, **trastornos psiquiátricos y psicológicos**, **trastornos del sueño**, **enfermedades inflamatorias** o **dolor crónico**.



# CARGA Y COSTE DE LA MIGRAÑA

---



## 5. Carga y coste de la migraña

### 5.1 Carga de la migraña

La migraña tiene un impacto significativo en las vidas de las personas que la padecen, pues es una **enfermedad discapacitante** que afecta tanto al bienestar físico, psicológico y social como a la situación laboral de cada persona.

Los estudios globales sobre la carga de las enfermedades indican que la cefalea tensional, la migraña y la cefalea por abuso de medicamentos, en su conjunto, contribuyen aproximadamente en un 17% a la carga global de enfermedades neurológicas<sup>4,49</sup>.

A continuación, se detalla la carga de la migraña en términos de su impacto como enfermedad discapacitante y su repercusión en la calidad de vida del paciente y en el ámbito laboral y educativo.

#### Impacto de la migraña sobre la discapacidad

En España, la migraña es la **primera causa de discapacidad en adultos menores de 50 años**<sup>16</sup>. Más del 50% de las personas que padecen migraña presentan un grado de discapacidad grave o muy grave, medida a través de la escala MIDAS\* (*Migraine Disability Assessment Scale*)<sup>16</sup>.

Concretamente, el porcentaje de personas con migraña con nivel de discapacidad muy grave en España se estima en el 19% en caso de la ME y asciende hasta el 70% en el caso de la MC, siendo la discapacidad mayor en las personas entre los 16 y 47 años<sup>2</sup>. Así, la migraña conlleva implicaciones laborales y familiares significativas, pues la mayor discapacidad se da en el **rango de edad de mayor productividad laboral**<sup>2</sup>. En este contexto, los pacientes con MC sufren de cuatro a seis veces más discapacidad y disminución de la productividad que la ME<sup>2,16</sup>

En cuanto a los años vividos con discapacidad (AVD), el *Global Burden of Disease 2019* (GBD 2019) sitúa a la migraña como **segunda causa responsable de más AVD** en la clasificación de trastornos específicos<sup>5</sup>. En estimaciones independientes llevadas a cabo por el *Institute for Health Metrics and Evaluation* (2020)<sup>1</sup>, las cefaleas fueron la causa de 46,6 millones de AVD a

---

\* **MIDAS**: cuestionario basado en 5 preguntas que se utiliza para definir la pérdida de días en el área personal, profesional y familiar durante los 3 últimos meses por haber sufrido crisis de migraña.

nivel mundial en 2019, lo que representa el 5,4% del total de AVD. De estos, el 88,2% se atribuyó a la migraña.

En lo que respecta a años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuidos a las enfermedades neurológicas, la migraña es la **primera o segunda** causa responsable de más **AVAD** en todas las regiones del mundo<sup>4,5,28</sup>, siendo la principal causa de más AVAD en mujeres jóvenes<sup>5</sup>. A pesar de que la migraña no causa mortalidad prematura, ninguna otra enfermedad (transmisible o no transmisible), es responsable de más años de vida sana perdida en mujeres jóvenes<sup>5</sup>.

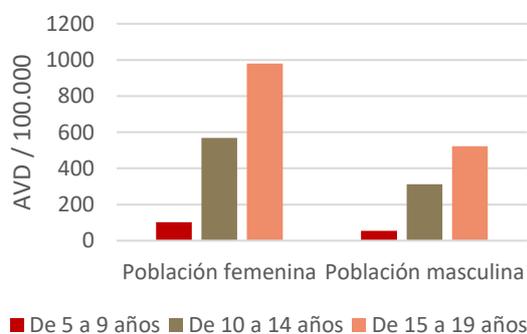
Es destacable que, tanto en términos de AVD como en términos de AVAD, existe una **mayor afectación de las mujeres** con respecto a los hombres<sup>1,70</sup>.

**“La migraña es una de las principales causas de discapacidad en España, especialmente en mujeres de mediana edad”**



Los expertos señalan que también es necesario tener en cuenta la discapacidad generada por la migraña en la **población pediátrica y adolescente**, caracterizada por la limitación en la actividad diaria y mayor absentismo escolar<sup>71</sup>. Este impacto puede verse incrementando por los **picos de incidencia o empeoramiento en la época adolescente**<sup>72</sup>. En este sentido, destacan las **diferencias por sexo a partir de la pubertad**, en la que la discapacidad asociada a la migraña (en términos de AVD) en las adolescentes es significativamente mayor a la observada en los adolescentes<sup>73</sup> (Fig.4).

Figura 4. Tasas de años vividos con discapacidad (AVD) / 100.000 según edad y sexo en Europa



Fuente: Elaboración propia a partir de Leonardi M., et al. (2020)<sup>73</sup>

## Impacto de la migraña sobre la calidad de vida

La migraña puede comprometer gravemente la **calidad de vida** del paciente, lo que hace que esta enfermedad no sea sólo un “problema de dolor” sino un “problema de vida” que tiene una repercusión significativa en la **conciliación de actividades en la vida diaria**<sup>74</sup>.



“La migraña afecta negativamente a la vida diaria social y laboral del paciente, en las crisis y en los periodos entre ellas”

La afectación de la migraña en la vida del paciente es debida tanto a las **limitaciones** causadas directamente por el dolor durante las **crisis y síntomas asociados** (lo que se conoce como carga ictal de la migraña) como a las limitaciones que se dan durante los **periodos entre crisis** (carga interictal), en forma de síntomas cognitivos,

psicológicos y emocionales, y limitaciones para realizar ciertas actividades<sup>25-27</sup>. Cabe destacar que, de igual manera que ocurre con la discapacidad, la reducción de la calidad de vida mostrada en las **mujeres** con migraña es más acusada que en los hombres<sup>75</sup>. Por otra parte, los expertos destacan que la presencia de **comorbilidades** aumenta de manera significativa el impacto de la migraña en la vida del paciente.

La carga ictal de la migraña y la frecuencia de las **crisis** se reconoce como uno de los factores determinantes en la calidad de vida<sup>2,52,76</sup>. La **limitación en la realización de actividades de la vida diaria** (sociales, familiares, personales y laborales) durante la crisis de dolor es alta tanto en ME como en MC, siendo este grado de limitación mayor en las personas de entre 32 y 64 años en comparación con los más jóvenes o mayores de 64<sup>2</sup>.

La **carga interictal** se asocia a un **excesivo consumo de analgésicos, ansiedad y depresión**, ya que, para muchas personas con migraña, la discapacidad recurrente combinada con la falta de estrategias de afrontamiento y medicamentos efectivos genera malestar, preocupación y ansiedad en los periodos entre crisis<sup>25-27</sup>, siendo la principal preocupación la imprevisibilidad de las crisis<sup>77</sup>.

En esta línea, es habitual que el paciente sufra lo que se conoce como **“ansiedad anticipatoria ante las crisis”**<sup>2,25-27</sup>. Este tipo de ansiedad provoca que el paciente con migraña modifique su estilo de vida como consecuencia de la enfermedad, y **disminuya la frecuencia de las actividades** sociales, familiares, deportivas, culturales o de ocio, con el posible deterioro de relaciones familiares y sociales. Así, más de la mitad de las personas que padecen migraña evitan hacer planes cuando cree que va a sufrir una crisis de migraña (“evitación fóbica”), y, cuando los hace, se preocupa por la posibilidad de que la migraña interfiera en ellos<sup>25-27,78</sup>. En este sentido, se estima que las personas con migraña pierden de media 7.4 eventos importantes al año como consecuencia de su migraña, en su mayoría, eventos sociales y familiares, seguidos de eventos deportivos o culturales, práctica de deporte, viajes y reuniones de trabajo<sup>2,78</sup>.

Por otra parte, una de las principales preocupaciones del paciente con migraña es la **conciliación con la vida familiar**<sup>77</sup>. La mayoría de las personas con migraña afirma que la migraña impacta en la conciliación de las labores asociadas al ámbito familiar, por ejemplo, en la interacción diaria con los hijos o la pareja<sup>78</sup>.

En su conjunto, las crisis, los periodos entre crisis y las comorbilidades asociadas provocan efectos significativos en la salud física y emocional del paciente, así como en el ámbito social, familiar y laboral<sup>2,25-27,79</sup>. Esta imposibilidad de llevar a cabo las actividades diarias sociales, personales y familiares conlleva que las personas que padecen migraña puedan tener un **sentimiento de culpa**, pues consideran que “deberían ser capaces de hacer algo más para prevenir su migraña”, e incluso se culpan a sí mismos de sus migrañas<sup>78</sup>. Esta culpabilización, sumada a la ansiedad anticipatoria y al sentimiento de incompreensión por parte de su entorno y la sociedad, podría contribuir a empeorar la enfermedad.

### **Impacto de la migraña en el ámbito laboral, escolar y universitario**

En España, la migraña es la cefalea que más afectación tiene a **nivel laboral**<sup>29</sup>, siendo el ámbito laboral el más afectado en las personas que la padecen, incluso por encima del familiar, personal y social<sup>77,80</sup>. Aunque la repercusión de la migraña en la vida profesional de la persona afectada es **variable**, y puede depender del tipo de trabajo y las funciones que el trabajador con migraña realice, esta patología afecta significativamente al rendimiento y la calidad del trabajo de manera general en los pacientes<sup>77</sup>. Este impacto es consecuencia tanto del **absentismo** como del **presentismo laboral** (pérdida de productividad del trabajador con migraña una vez se encuentra en su puesto de trabajo).

En cuanto al **absentismo laboral**, el 10% de los trabajadores con migraña **reduce su jornada laboral** más de doce horas a la semana, mientras que el 20% de los trabajadores con migraña solicita **días de permiso o excedencia**<sup>2</sup>. Con respecto a las **bajas laborales**, las personas con ME pierden, de media, 2.6 días al año, frente a las personas con MC, que pierden 14.6 días al año<sup>2</sup>. Dado que la MC puede ser **especialmente incapacitante** a nivel laboral, el paciente con MC podría ser considerado como “**trabajador de especial sensibilidad**”<sup>81</sup>. En este sentido, según los expertos es necesaria una **mejor protección social** en relación a la migraña, ya que la solicitud de baja laboral es un trámite de difícil acceso tanto para el paciente como para la empresa.

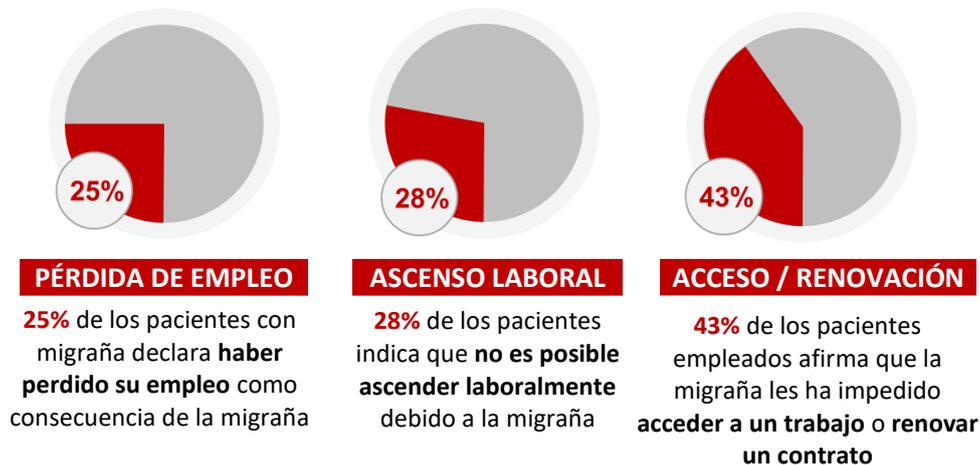


“El impacto de la migraña a nivel laboral es mayor en términos de presentismo laboral que en términos de absentismo”

Con respecto al **presentismo laboral**, es destacable que, a diferencia de otras patologías, el trabajador con migraña frecuentemente acude a trabajar con dolor<sup>13</sup>. Así, la **pérdida de productividad laboral es mayor por reducción de la eficiencia** que por el propio absentismo<sup>2,30,82</sup>. Esta reducción de la eficiencia en las funciones laborales puede alcanzar hasta un 50%<sup>13,30</sup>, siendo la razón principal la falta de concentración<sup>2</sup>. Además, los expertos destacan que, en los periodos entre crisis, las personas que padecen migraña experimentan ciertos síntomas, como cansancio, dificultad de concentración o desorientación que pueden afectar también a su rendimiento laboral.

Por otra parte, la migraña puede conllevar graves consecuencias para la carrera profesional del paciente (Fig.5), siendo **España** uno de los países europeos en los que los trabajadores **afirman tener mayores dificultades en el acceso a un trabajo debido a la migraña**<sup>80</sup>. En ocasiones son los propios trabajadores con migraña los que deciden **no aprovechar una oportunidad laboral**, en términos de promoción, lo que ocurre en aproximadamente un tercio de las personas que padecen migraña, según el *Migraine Impact Report*<sup>78</sup>.

Figura 5. Impacto de la migraña en la carrera profesional del paciente



Fuente: Elaboración propia a partir de Garrido Cumbre M., et al. (2018)<sup>2</sup> y EMHA (2020)<sup>80</sup>

A nivel europeo, se ha observado una **carencia en la información** proporcionada a los pacientes en relación con los **efectos negativos de la migraña** en su desempeño laboral<sup>80</sup>. En esta línea, también se ha observado una deficiencia generalizada **en la información preventiva** y un **uso escaso de las opciones de gestión adaptativa** en las empresas para los trabajadores con migraña<sup>83</sup>. Las personas con migraña consideran necesario que las empresas **tengan en cuenta**

las **necesidades especiales** de los empleados con migraña en el diseño del puesto de trabajo y las condiciones<sup>77</sup>, ya que el propio entorno laboral podría contribuir a **agravar la migraña** (estrés, ruido ambiental, falta de descansos, uso continuado de pantallas, iluminación, etc<sup>77</sup>). A pesar de ello, según datos del estudio *Migraine at work*<sup>80</sup>, más del 70% de las empresas rechazan las solicitudes presentadas por sus empleados para la modificación de sus condiciones de trabajo a consecuencia de la migraña. Así, es habitual que los trabajadores con migraña sientan que sus empleadores no les ofrecen apoyo a pesar de conocer que padecen esta enfermedad<sup>84</sup>.

En esta línea, en España también existe una **falta de reconocimiento de los problemas asociados a la discapacidad de la migraña**, y no se realizan de manera suficiente los trámites necesarios para el reconocimiento de la migraña como enfermedad discapacitante<sup>2</sup>.

Este hecho puede estar motivado por la **complicación y problemática en cuanto a la solicitud y aceptación de la discapacidad**. El marco teórico sobre el que se basa la solicitud de la discapacidad en nuestro país y la situación actual se resumen en la Tabla 4.

Tabla 4. Marco teórico y situación actual en la solicitud y aceptación de la discapacidad por migraña en España

MARCO TEÓRICO	SITUACIÓN ACTUAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>La migraña <b>no figura expresamente en el listado de enfermedades del RD 1971/1999</b> de 23 de diciembre de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. <b>Si bien, esto no debe impedir que pueda ser evaluada para un posible grado de discapacidad</b>, por lo que, si existe una disminución de la capacidad para la consecución de las actividades diarias, la discapacidad tendrá que ser reconocida.</li> <li>El <b>Instituto Nacional de la Seguridad Social</b> puede aceptar la incapacidad permanente por migraña, recayendo la responsabilidad principal sobre el Tribunal Médico, responsable de examinar si el caso es grave y si se han agotado las alternativas terapéuticas disponibles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los expertos consideran que las personas con migraña cuentan con <b>muchas dificultades</b> a la hora de que se reconozca su discapacidad, dada la variabilidad de la sintomatología entre pacientes y la dificultad a la hora de demostrar la discapacidad, que, además, se considera como “puntual” y “subjettiva”.</li> <li><b>No hay suficiente comunicación</b> entre el Tribunal Médico y el facultativo responsable del paciente, de manera que, en ocasiones, no queda patente la magnitud del problema.</li> <li><b>Solo el 3% de las personas con migraña<sup>2</sup> recibe prestación de la Seguridad Social</b> derivada de su migraña, ya sea por incapacidad laboral temporal o permanente. De estos, la mayoría recibe prestación por incapacidad temporal y por incapacidad permanente total, seguido de incapacidad permanente absoluta y prestación no contributiva de invalidez<sup>2</sup>.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de Garrido Cumbre M., et al. (2018)<sup>2</sup>, Campmany Abogados<sup>85</sup> y las consideraciones de los expertos

Con estos resultados, queda patente la **falta de concienciación y apoyo al trabajador con migraña a nivel laboral**, pese al gran impacto que esta enfermedad tiene en el desarrollo de su actividad profesional. Según los expertos, es importante desarrollar programas de apoyo a las empresas para facilitar la conciliación y adaptación del puesto de trabajo, así como para

aumentar la visibilidad entre todos los empleados y disminuir la estigmatización y falta de comprensión.

Por otra parte, la migraña también tiene un impacto significativo en el **ámbito educativo de la población pediátrica, adolescente y universitaria**, ya que se asocia a una mayor tasa de absentismo escolar y una disminución del rendimiento académico<sup>72,86</sup>. En este sentido, según la iniciativa *Healthy Children* de la Academia Americana de Pediatría, la población en edad escolar que sufre migraña **falta al colegio el doble** que el resto de los estudiantes<sup>87</sup>. Por otra parte, según un estudio realizado en España<sup>86</sup>, la migraña provoca que los estudiantes universitarios falten 13 días en un curso académico, e impide que el estudiante lleve a cabo sus funciones en los estudios con el rendimiento habitual, en su mayoría por falta de concentración. Así, los estudiantes universitarios consideran que la migraña repercute negativamente en su expediente académico<sup>86</sup>.

Por ello, los expertos consideran esencial **evitar el aislamiento social** de la población pediátrica, adolescente y universitaria que padece migraña, **mejorar el abordaje desde los colegios y demás centros educativos** y fomentar la **formación de los profesionales** en el abordaje de la migraña en estos grupos poblacionales.

## 5.2 Coste de la migraña

Las cefaleas primarias, y en especial la migraña, no solo suponen una carga importante para la calidad de vida de quien la padece, sino también un **coste económico para la sociedad y para el propio individuo**, ya que es una enfermedad discapacitante que requiere de una **alta utilización de recursos sanitarios** y que se asocia a un **aumento del absentismo y disminución de la productividad laboral**. Según las consideraciones de los expertos, esta repercusión económica se acentúa en el caso de la migraña crónica (especialmente la refractaria).

El proyecto *Eurolight*<sup>9</sup> estimó el coste anual de las **cefaleas** (entre los adultos de 18 a 65 años) en 173.000 millones de euros, a partir de los datos del periodo 2008-2009 de un conjunto de ocho países europeos. El coste de la **migraña** suponía el **64%** de dicho coste total.

En España, los costes asociados a la migraña pueden clasificarse en dos grupos: **costes directos** y **costes indirectos**<sup>\*</sup>, siendo los **costes asociados a la MC significativamente mayores** que los asociados a la ME **en ambos tipos de costes**<sup>2,8</sup>.

- En la medición de los **costes directos**, se incluyen tanto los **costes asumidos por el Sistema Nacional de Salud** (consumo de medicación, visitas y pruebas médicas, utilización de los Servicios de Urgencias y costes derivados de la hospitalización) como los costes directos **asumidos íntegramente por los propios pacientes**, derivados de terapias/actividades fuera del sistema sanitario (acupuntura, osteopatía, fisioterapia, servicios de nutrición, tratamientos preventivos, terapias psicológicas y psiquiátricas y entrenamientos físicos específicos, entre otros)<sup>2,8,9,13</sup>. Cabe destacar que **España es uno de los países europeos con mayores costes directos sanitarios asociados a la migraña**, según el *International Burden of Migraine Study*<sup>8</sup>.
- Para el cálculo de los **costes indirectos**<sup>†</sup>, es necesario medir los costes derivados del **absentismo laboral**, las **bajas laborales**, el **abandono del trabajo** y la **reducción del rendimiento** en el puesto de trabajo<sup>2,8,13,45</sup>. Estos costes tienen un gran impacto, pues la enfermedad generalmente afecta a personas laboralmente activas.

En estudios recientes<sup>2</sup>, se estima que, en España, la **carga económica anual** asociada a la ME es de **5.041 € paciente/año**, frente a **12.970 € paciente/año** en el caso de la MC<sup>‡</sup> (Tabla 5). Los costes indirectos suponen más del 50% de los costes totales en ambos casos (57% en el caso de la ME y 64% en el caso de la MC)<sup>2</sup>. Según las consideraciones de los expertos, el coste total asociado al paciente con migraña podría estar infraestimado.



“El coste total asociado a la MC es 2,6 veces mayor que el coste de la ME”

---

<sup>\*</sup> Los costes intangibles no se incluyen en el estudio económico de la migraña, debido a su difícil evaluación. Estos costes incluirían los costes económicos producidos en el entorno del paciente, como, por ejemplo, la pérdida de productividad de sus compañeros de trabajo, los gastos añadidos en la unidad familiar, etc. Aunque no se poseen datos de estos costes, se considera que no son despreciables<sup>13</sup>

<sup>†</sup> En los costes indirectos, sería necesario incluir adicionalmente los gastos derivados de mortalidad y/o jubilación temprana, los cuales, muy probablemente, están infra ponderados<sup>13</sup>

<sup>‡</sup> No se incluyen los costes por visitas a profesionales para realizar el diagnóstico.

Tabla 5. Costes directos e indirectos para la migraña episódica y crónica en España

	ME	MC
<b>COSTES DIRECTOS*</b>		
<b>Asumidos por el sistema sanitario</b>	964 (19%)	3.847 (30%)
<b>Asumidos por el paciente</b>	878 (17%)	1.658 (13%)
<b>Costes directos totales</b>	1.842 (36%)	5.505 (43%)
<b>COSTES INDIRECTOS*</b>		
<b>Pérdida de la productividad**</b>	3.199 (64%)	7.465 (57%)
<b>COSTE TOTAL</b>	5.041	12.970

\*Los costes se expresan en € / paciente / año y (% sobre el coste total)

\*\* La pérdida de productividad laboral incluye los días de absentismo laboral debido a las visitas médicas, bajas laborales, días de hospitalización, falta de concentración, abandono prematuro, etc.

Fuente: Elaboración propia a partir de Garrido Cumbre M., et al. (2018)<sup>2</sup>

A continuación, se analizan los costes directos e indirectos de la migraña en España, teniendo en cuenta la bibliografía de referencia<sup>2,8</sup>.

## Costes directos

Los **costes directos totales** de la migraña se estiman en **1.842 € paciente/año** para la **migraña episódica** y **5.505 € paciente/año** para la **migraña crónica**, de los cuales el paciente asume el 29,5% y el 47,7%, respectivamente<sup>2</sup>.

En el análisis de los costes directos **no se incluyen los costes de diagnóstico**, que se estiman en **582 € para la migraña episódica** y **1.078 € para la migraña crónica** (en € / diagnóstico). **Más del 80% de los costes asociados al diagnóstico se corresponden a visitas a profesionales previas al diagnóstico definitivo de migraña**, lo que refleja el alto coste generado como consecuencia del retraso del diagnóstico de la migraña<sup>2</sup>.

## Costes directos asumidos por el sistema sanitario

El **total de costes directos sanitarios** es de, aproximadamente, **964 € paciente/ año para la ME** y **3.847 para la MC<sup>2</sup>**, de manera que los **pacientes con MC consumen cuatro veces más recursos sanitarios directos** que los pacientes con ME<sup>2</sup>.

Entre los factores que contribuyen al coste sanitario directo para la migraña se encuentran las visitas y pruebas médicas, la utilización de los Servicios de Urgencias, los ingresos hospitalarios y la medicación.

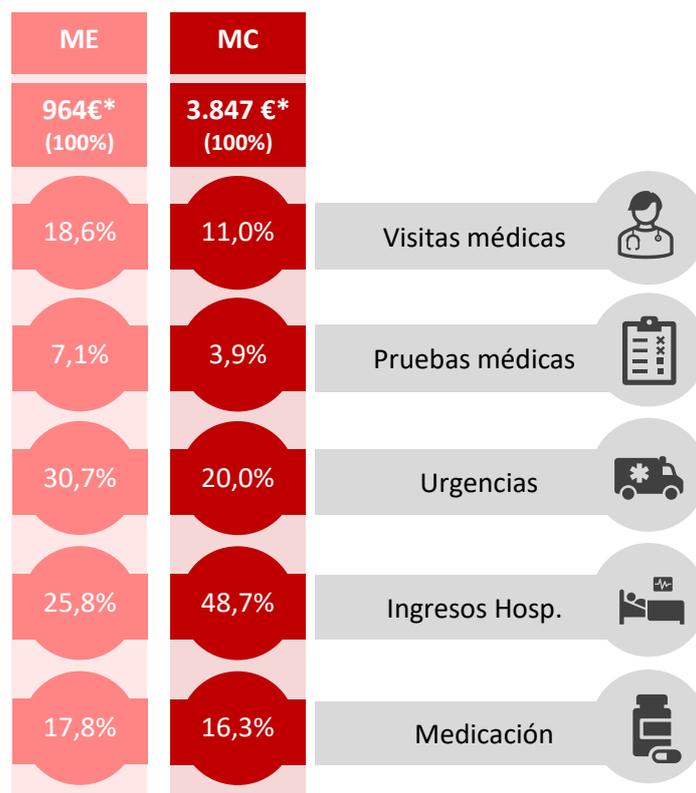
- **Visitas médicas:** las especialidades más visitadas por las personas con migraña son Neurología y Atención Primaria. Las **visitas al neurólogo** suponen el **54,5% del total del coste** asociado a las visitas médicas<sup>2</sup>.
- **Pruebas médicas:** las pruebas médicas relacionadas con la migraña son, fundamentalmente, el escáner o TAC (tomografía axial computarizada), la resonancia magnética y la punción lumbar. La prueba que se asocia a un mayor coste es la **resonancia magnética**, que supone el **53,5% sobre el total del coste** de pruebas médicas<sup>2</sup>.
- **Utilización de los Servicios de Urgencias:** el **coste/paciente MC/año** en utilización de los Servicios de Urgencias es aproximadamente **2,6 veces mayor** que el coste/paciente ME/año, lo que indica que **los pacientes con MC acuden aproximadamente tres veces más a los Servicios de Urgencias que los pacientes con ME**<sup>2</sup>.
- **Ingresos hospitalarios:** el **coste de los pacientes con MC es 7,5 veces mayor que el coste de los pacientes con ME** en lo referido a los ingresos hospitalarios<sup>2</sup>.
- **Medicación:** el **coste anual en medicamentos** relacionados con la MC es **3,6 veces mayor** que el coste anual de la medicación para pacientes con ME<sup>2</sup>.



“Los ingresos hospitalarios y las Urgencias son los costes directos sanitarios más altos tanto para ME como para MC”

De todos los factores descritos, la utilización de los **Servicios de Urgencias** es el que **mayor impacto** tiene en el coste total asociado a la ME (30,7% de los costes directos sanitarios asociados a este tipo de migraña). Por su parte, para pacientes con **MC**, los **ingresos hospitalarios** constituyen el factor con **mayor impacto** (48,7% de los costes directos sanitarios asociados a la MC). La distribución porcentual de los costes directos sanitarios en ME y MC se encuentra reflejada en la Figura 6.

Figura 6. Distribución de los costes directos sanitarios en migraña episódica y migraña crónica sobre el total de costes directos sanitarios asociados a cada tipo de migraña.



\*Costes totales expresados en € / paciente / año. ME: Migraña Episódica; MC: Migraña Crónica; Hosp: Hospitalarios.

Fuente: Elaboración propia a partir de Garrido Cumbreña M., et al. (2018)<sup>2</sup>

Según las consideraciones de los expertos, entre todos los recursos sanitarios, las causas de **mayor impacto económico** son el **retraso diagnóstico**, los **ingresos hospitalarios**, las atenciones en **Urgencias**, la **realización de pruebas complementarias** y el **tratamiento farmacológico**. Por otra parte, los expertos destacan que las personas que presentan **comorbilidades** podrían necesitar de una mayor cantidad de recursos, y aumentar así el gasto sanitario. Además, entre los tipos de migraña, la migraña con aura se asocia a costes médicos directos más elevados que la migraña sin aura<sup>88</sup>.

### Costes directos asumidos por los pacientes

El coste económico medio por año asumido por el paciente con **ME** es de **878 € paciente/año** y de **1.658 € paciente/año** en el caso de la **MC**<sup>2</sup>.

Del análisis comparativo entre los costes asumidos por los pacientes con ME y MC, cabe destacar que **los pacientes con MC**<sup>2</sup>:

- Acuden aproximadamente **tres veces más a un especialista privado** que los pacientes con ME.
- Asumen un coste **2,3 y 1,8 veces mayor** en **tratamientos complementarios y preventivos**, respectivamente.
- En **cuidado emocional** (incluyendo terapia psicológica y psiquiatra, técnicas de relajación y gestión del estrés, entre otros), los **pacientes con MC** asumen el **doblo de costes** que los pacientes con ME.

Con estos datos, se refleja la **necesidad de un manejo más completo y personalizado del paciente con migraña**, especialmente del **paciente con MC**, pues tiende a asumir costes anuales significativos para el manejo de su enfermedad. Estos costes suponen más del doble de los asumidos por el paciente con ME<sup>2</sup>.



“Los costes asumidos por los pacientes con MC duplican a los costes asumidos por los pacientes con ME”

### Costes indirectos

Los **costes indirectos totales** ascienden a **3.199€ paciente/año** en el caso de la **ME** y **7.465€ paciente/año** en el caso del paciente con **MC**<sup>2</sup>.



“Los costes indirectos asociados a la MC son más del doble que los asociados a la ME”

Según datos del Atlas de Migraña de 2018, el coste derivado de la pérdida de la productividad laboral es aproximadamente el doble en los pacientes con MC que en los pacientes con ME, asociándose en ambos casos esta pérdida de productividad al **absentismo o falta de concentración**<sup>2</sup>.

Entre los expertos hay consenso en que debería potenciarse el estudio de los costes indirectos de la migraña, ya que **no se conocen lo suficiente ni se están midiendo de la manera adecuada**.

## 5.3 Perfiles de pacientes que habitualmente precisan de mayores recursos

Los expertos identifican **perfiles de pacientes** a los que se suele destinar **mayores recursos**, debido a sus características. Entre ellos, se encuentran:

- Los **pacientes con MC**, debido a que frecuentemente requieren ajustes de tratamiento, una mayor cantidad de consultas y un mayor apoyo psicológico. En este sentido, los **pacientes crónicos refractarios** podrían necesitar una mayor cantidad de recursos.
- Los **pacientes con comorbilidades asociadas**, como depresión, fibromialgia, fatiga crónica, patologías psiquiátricas, patologías cardiovasculares y obesidad, en los que se limitan las opciones terapéuticas disponibles. Además, según las consideraciones de los expertos, son pacientes que podrían realizar un mayor número de visitas a los Servicios de Urgencias.



“Los pacientes con MC refractaria o con comorbilidades requieren una mayor cantidad de recursos”

## 5.4 Medidas propuestas para reducir el impacto económico

Según las consideraciones de los expertos, el **manejo apropiado** de la migraña podría **reducir el impacto económico** de esta patología. En este sentido, los expertos han identificado medidas o líneas de actuación junto con iniciativas que se deberían tener en cuenta para reducir el impacto económico de la migraña en nuestro país (Fig. 7).

Figura 7. Medidas o líneas de actuación para reducir el impacto económico de la migraña en España



Fuente: Elaboración propia a partir de las consideraciones de los expertos.

**Promover el diagnóstico precoz:** es la medida más destacada por los expertos para reducir el impacto económico de la migraña, debido al alto retraso diagnóstico que existe actualmente. En esta línea, se proponen como iniciativas:

- Mejorar la **formación de los profesionales sanitarios** en el diagnóstico de la migraña, tanto en Neurología como en Atención Primaria.
- Incluir la presencia de cefalea entre las **preguntas rutinarias** de Atención Primaria.

**Aumentar la concienciación a todos los niveles:** los expertos consideran que es primordial **aumentar la concienciación** sobre la migraña a **nivel sanitario, social, empresarial y del propio paciente**, para lograr un abordaje biopsicosocial de la migraña y reducir los costes asociados. Para ello se propone:

- Aumentar los recursos dirigidos a la **educación del paciente**.
- Aumentar la **visibilidad** de la migraña a nivel social y sanitario, mediante programas de formación para los profesionales sanitarios y campañas de concienciación nacionales.
- Incluir la migraña en la iniciativa ***International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)***\*
- Proporcionar un mayor apoyo a las **Asociaciones de Pacientes**.
- Fomentar la instauración de **programas de intervención en las empresas** y realizar **programas educativos** desde los Servicios Médicos de las empresas.

**Estandarizar la atención al paciente con migraña:** todos los expertos coinciden en la necesidad de considerar la atención del paciente con migraña como un “Proceso Asistencial Integrado” que permita mejorar la coordinación entre distintos niveles asistenciales y consensuar el abordaje asistencial del paciente con migraña a nivel nacional. En este sentido, se propone:

- Elaborar un **Plan Nacional de Migraña**, con el objetivo de mejorar su abordaje en el Sistema Nacional de Salud y que la atención médica sea similar en todas las Comunidades Autónomas.
- Desarrollar **protocolos consensuados** y **unificar los criterios diagnósticos y de derivación** entre niveles asistenciales.

---

\* **ICHOM** (*International Consortium for Health Outcomes Measurement*) es un consorcio internacional para la medición de resultados en salud. Desarrolla conjuntos estandarizados de resultados específicos para una patología (“ICHOM Standard Sets”) enfocados en los aspectos más relevantes para el paciente.

**Fomentar un tratamiento sintomático adecuado:** según las consideraciones de los expertos y los resultados de diferentes estudios<sup>89,90</sup>, un tratamiento temprano y adecuado de las crisis de migraña **reduce los costes** asociados a esta enfermedad. Así, los expertos consideran necesario mejorar el tratamiento sintomático para las crisis de migraña, con el objetivo de reducir la discapacidad y el dolor asociado. En esta línea, se propone:

- Mejorar la **formación del uso de fármacos específicos** (Ej. Triptanes), especialmente desde Atención Primaria.
- Incluir en las guías clínicas **recomendaciones de “no hacer”** en relación con el tratamiento sintomático.
- **Personalizar el tratamiento** de la migraña según las condiciones de cada paciente y establecer objetivos alcanzables.
- Mejorar la **educación al paciente** en términos de las consecuencias del abuso de fármacos y su relación con la cronificación de la migraña.

**Promover la prescripción del tratamiento profiláctico de la migraña:** los expertos destacan la necesidad de fomentar el **desarrollo e investigación** de tratamientos profilácticos eficaces para disminuir la carga humanística y económica de la migraña. Además, consideran esencial **mejorar el acceso** a los tratamientos preventivos ya existentes, especialmente a los anticuerpos dirigidos contra CGRP. Para ello, se proponen las siguientes iniciativas:

- Mejorar la **formación en tratamientos preventivos** de los facultativos de Atención Primaria y fomentar una **adecuada derivación** entre niveles asistenciales.
- Fomentar una adecuada **adherencia** al tratamiento y reivindicar la importancia del **seguimiento** del paciente.
- Facilitar el **acceso** de los pacientes a los **anticuerpos monoclonales frente al CGRP o su receptor** y a la **Onabotulinumtoxina A**.
- Potenciar la realización de **estudios de fármaco economía y coste-efectividad de los medicamentos biológicos** para la migraña.
- Promover una **mayor investigación** que facilite una medicina personalizada.

**Realización de estudios de costes:** los expertos consideran que es completamente necesario realizar estudios de los costes asociados a la migraña, con el objetivo de **detectar las necesidades** reales, analizar la **evolución** temporal y promover las **iniciativas** necesarias. En esta línea, los expertos consideran necesario:

- Promover la realización de estudios de los **costes indirectos** de la migraña en España.

- Realizar estudios desde **Farmacia Hospitalaria** en los que se evalúe la utilidad real del tratamiento preventivo (anticuerpos monoclonales frente a CGRP, fundamentalmente).
- Desarrollar estudios de ahorro de costes consecuencia de la **identificación** de pacientes no diagnosticados de migraña **en las Farmacias Comunitarias**.

## Claves



### Carga y coste de la migraña



La **mayor carga de discapacidad y limitación** asociada a la migraña se concentra entre **las mujeres de mediana edad**, si bien es necesario considerar también el impacto en la población pediátrica, adolescente y universitaria.



La migraña tiene un **alto impacto** para el paciente, tanto en la **calidad de vida**, como a **nivel laboral, social, familiar**, debido a las crisis y a los periodos entre crisis.



La migraña supone un **impacto económico considerable** en España, especialmente en términos de **costes indirectos** asociados a la **pérdida de productividad** (60% de los costes totales). El **coste total asociado a la MC** (paciente/año) es **2,5 veces** mayor al **coste asociado a la ME**.

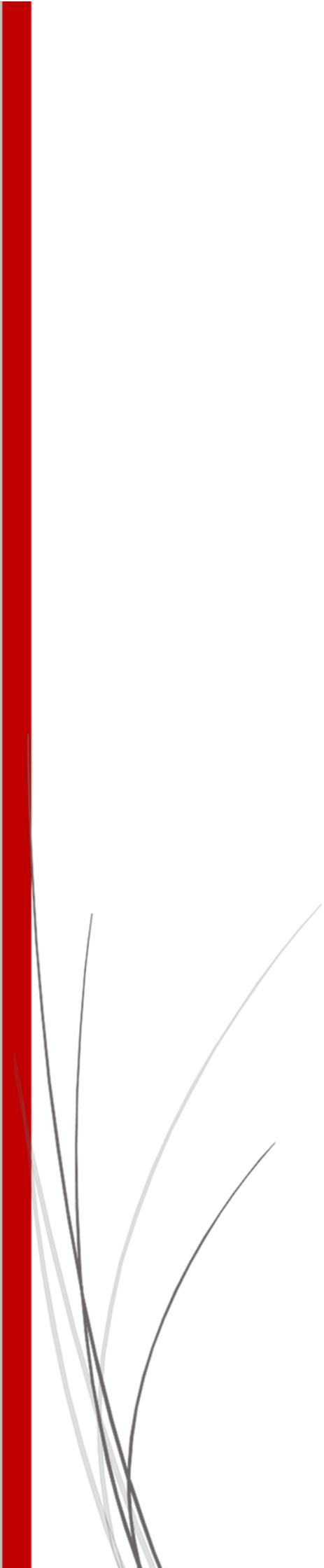


Deben impulsarse **medidas** que permitan reducir el impacto económico de la migraña en España, siendo el **diagnóstico precoz** la **medida de ahorro económico más relevante** según las consideraciones de los expertos. Para ello, se debería mejorar la formación de los profesionales sanitarios e incluir la cefalea entre las **preguntas rutinarias** de Atención Primaria.



# MANEJO DE LA MIGRAÑA EN ESPAÑA

---



## 6. Manejo de la migraña en España

### 6.1 Diagnóstico

En la migraña, el diagnóstico se basa en la anamnesis, teniendo en cuenta las características del dolor (duración, localización, carácter/calidad, intensidad y factores agravantes) y la presencia de aura, junto con otros aspectos como los antecedentes personales y familiares. Además, el diagnóstico debe estar acompañado de la normalidad en el examen físico y neurológico<sup>13,31-33</sup> y se debe valorar de forma individualizada la necesidad de pruebas complementarias.



“El diagnóstico se basa en la anamnesis junto a la normalidad del examen físico y neurológico”

Para el diagnóstico, la *International Headache Society (IHS)*<sup>3</sup> estableció los **criterios de clasificación de las cefaleas**, numerando cada tipo, subtipo o subforma distinta de cefalea, incluyendo a la migraña (Fig.8)<sup>3</sup>.

Figura 8. Clasificación de la migraña según la *International Classification of Headache Disorders III (ICHD-III)*

Clasificación de la Migraña	<b>1. Migraña</b>
	<b>1.1 Migraña sin aura</b>
	<b>1.2 Migraña con aura</b>
	1.2.1 Migraña con aura típica
	1.2.2 Migraña con aura del tronco del encéfalo
	1.2.3 Migraña hemipléjica
	1.2.4 Migraña retiniana
	<b>1.3 Migraña crónica</b>
	<b>1.4 Complicaciones de la migraña</b>
	1.4.1 Estado migrañoso
	1.4.2 Aura persistente sin infarto
	1.4.3 Infarto migrañoso
	1.4.4 Crisis epiléptica desencadenada por aura migrañosa
	<b>1.5 Migraña probable</b>
	1.5.1 Migraña sin aura probable
	1.5.2 Migraña con aura probable
<b>1.6 Síndromes episódicos que pueden asociarse a la migraña</b>	
1.6.1 Trastorno gastrointestinal recurrente	
1.6.2 Vértigo paroxístico benigno	
1.6.3 Tortícolis paroxística benigna	

Fuente: Elaborado a partir de la *Clasificación Internacional de las Cefaleas, 3ª edición*<sup>3</sup>

Para cada uno de los tipos y subtipos se han establecido criterios específicos, basados en la descripción de la instauración, desarrollo y evolución del dolor de cabeza, sus características, los síntomas acompañantes y la presencia de aura. De una manera esquemática, se presentan a continuación los criterios diagnósticos de los **tres principales tipos de migraña: migraña con aura, migraña sin aura y migraña crónica** (Fig.9).

Figura 9. Criterios diagnósticos de los tres principales tipos de migraña según la International Classification of Headache Disorders III (ICHD-III)

Criterios diagnósticos	Migraña sin aura
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>A.</b> Al menos cinco crisis que cumplen los criterios B-D.</li> <li><b>B.</b> Episodios de cefalea de 4-72h de duración (no tratados o tratados sin éxito)</li> <li><b>C.</b> La cefalea presenta al menos dos de las siguientes características:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Localización unilateral.</li> <li>2. Carácter pulsátil.</li> <li>3. Dolor de intensidad moderada o grave.</li> <li>4. Empeora con o impide llevar a cabo la actividad física habitual.</li> </ol> </li> <li><b>D.</b> Al menos uno de los siguientes síntomas durante la cefalea:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Náuseas y/o vómitos.</li> <li>2. Fotofobia y fonofobia</li> </ol> </li> <li><b>E.</b> No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.</li> </ul>
Criterios diagnósticos	Migraña con aura
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>A.</b> Al menos cinco crisis que cumplen los criterios B y C.</li> <li><b>B.</b> Uno o más de los siguientes síntomas de aura completamente reversibles:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visuales.</li> <li>2. Sensitivos.</li> <li>3. De habla o lenguaje.</li> <li>4. Motores.</li> <li>5. Troncocefálicos.</li> <li>6. Retinianos.</li> </ol> </li> <li><b>C.</b> Al menos tres de las siguientes seis características:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Propagación gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un período <math>\geq 5</math>min.</li> <li>2. Se suceden dos o más síntomas de aura.</li> <li>3. Cada síntoma de aura tiene una duración de 5-60 minutos.</li> <li>4. Al menos uno de los síntomas de aura es unilateral.</li> <li>5. Al menos uno de los síntomas de aura es positivo.</li> <li>6. El aura está acompañada de o le sucede en los siguientes 60 min. una cefalea.</li> </ol> </li> <li><b>D.</b> No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.</li> </ul>
Criterios diagnósticos	Migraña crónica
	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>A.</b> Cefalea (de tipo tensional o migrañoso) durante un período de <math>\geq 15</math> días/mes durante <math>&gt;3</math> meses que cumple los criterios B y C.</li> <li><b>B.</b> Cursa en pacientes que han sufrido al menos cinco crisis que cumplen los criterios B-D para la Migraña sin aura y/o los criterios B y C de la Migraña con aura.</li> <li><b>C.</b> Durante un período <math>\geq 8</math> días/mes por espacio <math>&gt;3</math> meses que cumple cualquiera de los siguientes:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los criterios C y D para la Migraña sin aura.</li> <li>2. Los criterios B y C para la Migraña con aura.</li> <li>3. En el momento de la aparición el paciente cree que es migraña, y se alivia con un triptán o derivados ergóticos.</li> </ol> </li> <li><b>D.</b> No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III</li> </ul>

En cuanto al **examen físico** del paciente con migraña, se debe incluir la valoración de los signos vitales, auscultación cardíaca, examen de las estructuras pericraneales y la palpación de la región cervical. En cuanto al **examen neurológico**, se deben valorar los signos meníngeos, el fondo de ojo, campos visuales, pupilas, sensibilidad, fuerza, reflejos, la marcha y palpar el trayecto de salida de los nervios pericraneales<sup>13,31</sup>.

Respecto a la utilización de los **estudios complementarios**, aunque **no son necesarios** para realizar el diagnóstico de la migraña, pueden estar indicados para descartar otras posibles causas o tipos de cefaleas. Los criterios de indicación de los estudios complementarios se recogen en el Manual de Práctica



**“Los estudios de imagen no permiten realizar el diagnóstico de la migraña”**

Clínica en Cefaleas de la SEN<sup>13</sup>. En este sentido, se recomienda la realización de estudios de neuroimagen (tomografía computarizada o resonancia magnética nuclear), entre otras situaciones, en pacientes con cefalea y signos de alarma (Tabla 6), en casos de cefaleas atípicas (que no se ajustan a los patrones de cefaleas primarias), y presencia de factores de riesgo adicional (tumores sistémicos, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, otras causas de inmunodepresión, alteraciones de la hemostasia y otros)<sup>13</sup>.

Tabla 6. Criterios de alarma según el Manual de Práctica Clínica en Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología

<b>1. Cefalea de inicio reciente en pacientes con:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. &gt; 50 años.</li> <li>b. Neoplasia y/o inmunodepresión.</li> <li>c. Riesgo de sangrado aumentado.</li> </ul>
<b>2. Según su evolución:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Inicio brusco o explosivo tras esfuerzo o maniobra de valsalva.</li> <li>b. Inicio reciente con aumento progresivo en intensidad o frecuencia.</li> <li>c. Empeoramiento de su cefalea o falta de respuesta a tratamientos previamente efectivos.</li> <li>d. En los que el dolor:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• No responde a tratamientos teóricamente correctos.</li> <li>• Cambia características sin una causa.</li> <li>• Empeora/se desencadena con movimiento/cambios posturales.</li> <li>• Despierta por la noche o es de predominio nocturno.</li> <li>• Localización unilateral estricta (excepto cefaleas primarias unilaterales).</li> </ul> </li> </ul>
<b>3. Asociada a:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fiebre sin foco.</li> <li>b. Vómitos no explicables o en escopetazo.</li> <li>c. Síntomas o signos neurológicos focales (signos meníngeos, papiledema).</li> <li>d. Alteración del nivel de consciencia.</li> <li>e. Trastorno de conducta o del comportamiento.</li> <li>f. Crisis epilépticas.</li> </ul>
<b>4. Exploración:</b>	Anormal
<b>5. Cefalea de características atípicas:</b>	Si cefalea de características atípicas

Fuente: Elaboración propia a partir de Santos Lasaosa S., et al. (2020)<sup>13</sup>

Específicamente para los pacientes con **migraña**, en el Manual de Práctica Clínica en Cefaleas de la SEN<sup>13</sup> y en otras guías autonómicas<sup>32,33</sup> se recomienda indicar estudios de neuroimagen, **tomografía computarizada** con contraste o **resonancia magnética**, tras un primer episodio de migraña con aura de cualquier tipo, especialmente si el aura no es típica (nivel de evidencia IV, grado de recomendación C)<sup>13,33</sup>, con cambios no explicados en la frecuencia o intensidad, migraña asociada a síncope y en caso de ansiedad o hipocondría del paciente<sup>33</sup>. Por su parte, no se recomienda el uso de la radiografía craneal o cervical, el estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) y las analíticas sanguíneas de manera rutinaria<sup>32,33</sup>.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta ante la sospecha de migraña es realizar el **diagnóstico diferencial** con los diferentes tipos de cefaleas. Se recomienda prestar especial atención a la **cefalea tensional y a la cefalea en racimos** y, en pacientes con sospecha de migraña con aura, se debe descartar que los síntomas correspondan a isquemia cerebral o crisis epilépticas focales<sup>13,33</sup>.

En cuanto al proceso diagnóstico de **la migraña en España**, se ha estimado que **el paciente puede tardar más de 6 años en ser diagnosticado**<sup>2</sup> y que pueden pasar hasta 14 años desde la primera crisis de migraña hasta la primera consulta con atención especializada<sup>34</sup>. En este sentido, los expertos identifican que **existe infradiagnóstico y retraso en el diagnóstico** debido a falta de formación por parte de los profesionales, a dificultades para la derivación de pacientes a la consulta del especialista y a la falta de concienciación por parte de la sociedad, que no consideran su cefalea como motivo de consulta médica.

Los expertos mencionan que los criterios establecidos por la IHS no están adecuadamente extendidos entre los profesionales médicos y consideran que es difícil lograr integrarlos en la práctica clínica de todas las especialidades. En este sentido, los expertos consideran recomendable implementar herramientas que faciliten la detección de síntomas relacionados con la migraña, como, el test **ID Migraine**, cuestionario conformado por 3 preguntas que, con dos respuestas positivas, permite identificar a las personas con migraña<sup>91-93</sup> (Fig. 10).

Figura 10. Test ID Migraine para el diagnóstico de la migraña

<b>ID Migraine</b>	Responder "sí" a dos de estas preguntas identifica eficazmente a los pacientes que sufren migraña.
	1. <b>¿El dolor de cabeza ha limitado sus actividades durante un día o más en los últimos tres meses?</b>
	2. <b>¿Tiene náuseas o malestar estomacal cuando tiene dolor de cabeza?</b>
	3. <b>¿Le molesta la luz cuando tiene dolor de cabeza?</b>

En cuanto al uso e **indicación de las pruebas complementarias en España**, en caso de que sea necesario para descartar otras causas que puedan justificar el cuadro clínico, los expertos identifican que existen **dificultades para garantizar el acceso** a las mismas, especialmente a los estudios de neuroimagen. Así, mencionan que en algunas Comunidades Autónomas no es posible indicar este tipo de pruebas desde AP, limitando su indicación exclusivamente a atención especializada.

Por último, con intención de facilitar el diagnóstico adecuado, los expertos consideran que es necesario promover la investigación sobre la **etiopatogenia** de la migraña, indicando que sería deseable poder contar con un **biomarcador** que permita apoyar y/o confirmar el diagnóstico. En este sentido, los expertos consideran que se debe continuar impulsando el desarrollo de este tipo de estudios.

## 6.2 Tratamiento

El tratamiento de la migraña está **fundamentado en tres aspectos**: **medidas generales** (información, educación y manejo de factores desencadenantes); **tratamiento sintomático**, que tiene la finalidad de controlar los episodios de dolor de cabeza y reducir los síntomas acompañantes; y **tratamiento preventivo**, que tiene como objetivo reducir el número y frecuencia de los episodios de dolor de cabeza.

### Medidas generales: información, educación y manejo de factores desencadenantes.

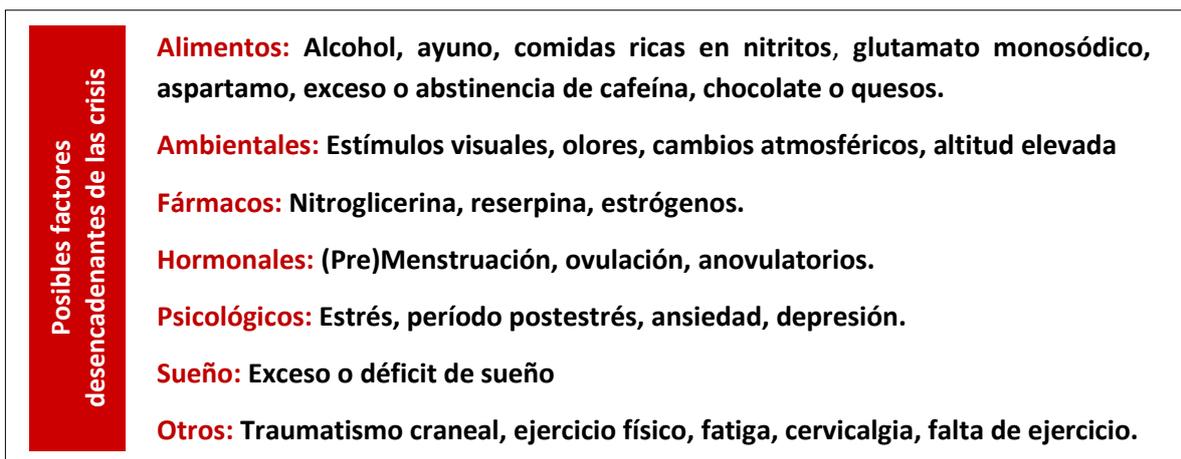
Las **medidas generales** de la migraña están orientadas a **educar e informar al paciente** sobre aspectos como los síntomas, evolución, complicaciones, importancia de una buena adherencia terapéutica, factores desencadenantes, factores de riesgo para la cronificación y buenos hábitos para la prevención<sup>13</sup>. En esta línea, es importante que el paciente tenga una **adecuada expectativa y conocimiento de la evolución de la migraña**. Para ello, se le debe informar que se trata de una condición crónica para la cual no se dispone de una cura, pero con el adecuado manejo y adherencia de las medidas farmacológicas y no farmacológicas se puede controlar en un elevado porcentaje de pacientes, permitiendo mejorar su calidad de vida y desarrollar actividades cotidianas con relativa normalidad<sup>13,94</sup>.



“Se debe informar al paciente sobre los síntomas de la migraña, su evolución y los tratamientos disponibles”

Se han identificado factores que podrían favorecer o desencadenar la crisis de migraña (**posibles factores desencadenantes**). Estos factores se clasifican principalmente en 6 categorías: psicológicos, hormonales, alimentarios, ambientales, patrones de sueño, fármacos y otros (Fig. 11)<sup>13</sup>. Es importante resaltar **que cada paciente debe participar en la identificación de sus posibles desencadenantes** con la finalidad de poder controlarlos y reducir al máximo su exposición en aquellos casos que sea posible.

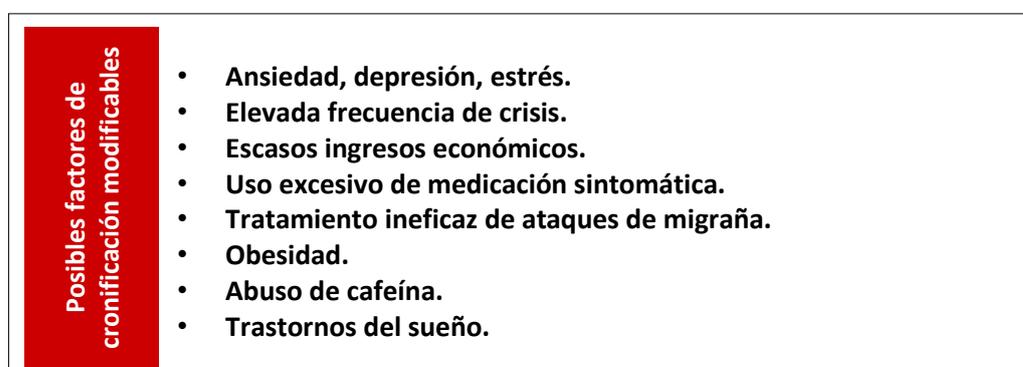
Figura 11. Posibles factores desencadenantes de los episodios de migraña



Fuente: Elaboración propia a partir de Santos Lasaosa S., et al. (2020)<sup>13</sup>

Por otra parte, como se ha mencionado anteriormente, existe un tipo de migraña clasificada por la IHS como migraña crónica (MC), que se caracteriza por la **presencia de cefaleas por un periodo mayor o igual a 15 días al mes**. En este sentido, se han identificado posibles **factores de riesgo para la cronificación** que pueden hacer que, en una persona con una frecuencia baja de episodios de cefalea, aumente el número de crisis hasta desarrollar MC. Estos factores se clasifican en dos categorías: modificables y no modificables (Fig. 12 y 13, respectivamente).

Figura 12. Posibles factores de riesgo modificables para la cronificación de la migraña



Fuente: Elaboración propia a partir de Santos Lasaosa S., et al. (2020)<sup>13</sup>

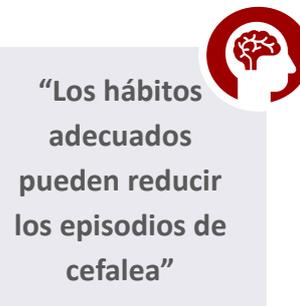
Figura 13. Posibles factores de riesgo no modificables para la cronificación de la migraña

<b>Posibles factores de cronificación no modificables</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Eventos vitales estresantes.</b></li><li>• <b>Náusea persistente en los ataques de migraña.</b></li><li>• <b>Alodinia en los ataques de migraña.</b></li><li>• <b>Asma.</b></li><li>• <b>Otras enfermedades que cursan con dolor crónico.</b></li><li>• <b>Traumatismos craneocervicales.</b></li></ul>
---	--

Fuente: Elaboración propia a partir de Santos Lasaosa S., et al. (2020) <sup>13</sup>

Por su parte, se ha observado que la **obesidad**, que presenta una elevada prevalencia en la sociedad actual, tiene relación con el aumento de las crisis de migraña, aumentando el riesgo de cronificación hasta en un 27% con respecto a las personas con normo peso<sup>95</sup>. Adicionalmente, se ha demostrado que el **ejercicio físico** de forma regular ayuda a prevenir la aparición de las crisis al tonificar y relajar la musculatura, controlar el estrés, la ansiedad y mantener un peso adecuado<sup>2</sup>.

De esta manera, los **buenos hábitos para la prevención** constituyen todas las prácticas que permitan al paciente reducir y evitar el desarrollo de las crisis, incluyendo principalmente la prevención de los factores desencadenantes y de los factores de riesgo para la cronificación. Además, es importante mantener una adecuada adherencia del tratamiento sintomático y preventivo, y evitar el abuso de fármacos (comentado más adelante).



En esta línea, los expertos identifican como una prioridad **mejorar la promoción y educación** sobre los buenos hábitos para la prevención a nivel de los profesionales sanitarios, de manera que puedan transmitir adecuadamente la información a los pacientes. Se menciona que el personal médico en ocasiones no dispone del tiempo y/o motivación necesaria que le permita realizar esta actividad de una manera adecuada y se identifica la necesidad de incluir a las **enfermeras y farmacéuticos** en la promoción y educación de los hábitos para la prevención.

Por último, en relación con la información y educación del paciente, los expertos consideran prioritario **medir la satisfacción** sobre la información recibida y **evaluar el conocimiento adquirido por el paciente**, permitiendo identificar necesidades formativas y áreas de mejora.

### Medidas generales: diario de cefaleas.

El **diario o calendario de cefalea**, según los expertos, es una herramienta relevante y necesaria para **identificar** los episodios de migraña, lograr que la **consulta sea más eficiente** y establecer un **régimen terapéutico más adecuado**. Los expertos consideran que esta herramienta debe promoverse desde el inicio de la atención al paciente y especialmente si se

está considerando su derivación a atención especializada. Se señala que, cuando los pacientes acuden a la atención especializada sin el diario de cefalea, no es posible realizar una adecuada anamnesis que permita el diagnóstico y tratamiento oportuno, precisando de más consultas y retrasando el manejo adecuado.

En esta línea, los expertos consideran que es importante incidir en la **educación e información** del paciente, para resaltar la importancia de la adherencia al tratamiento y evitar el abuso de los fármacos que constituyen un factor de riesgo para la cronificación, empleando el diario de cefaleas como una herramienta de seguimiento de los fármacos utilizados.

### Tratamiento sintomático

El **tratamiento sintomático** o agudo tiene como finalidad controlar los episodios de cefalea y reducir los síntomas acompañantes. Está indicado en todos los pacientes y, para su elección, se debe **individualizar la terapia**, teniendo en cuenta aspectos como la severidad de los episodios, las contraindicaciones, comorbilidades y las características del paciente.

Las opciones terapéuticas disponibles se dividen en fármacos **inespecíficos**: analgésicos/AINE (paracetamol / ácido acetilsalicílico, naproxeno sódico, ibuprofeno, diclofenaco, etc.), **específicos**: triptanes (sumatriptán, zolmitriptan, rizatriptán, almotriptán, eletriptán y



“Es recomendable que las personas que padecen migraña tengan un diario de cefaleas”



“El tratamiento sintomático de primera línea son los AINEs o triptanes”

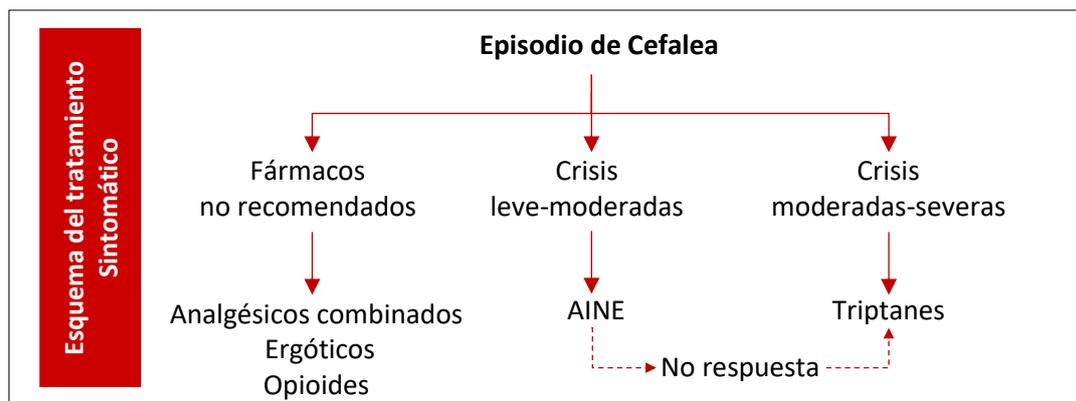
frovatriptán) y ergóticos, y **adyuvantes**: antieméticos/procinéticos (metoclopramida / domperidona).

Para el tratamiento de las **crisis leves a moderadas** se recomienda la indicación de analgésicos simples o AINEs<sup>13,32,33</sup>. Adicionalmente, se recomienda indicar fármacos coadyuvantes, como la metoclopramida o domperidona, para controlar las náuseas o vómitos, frecuentes en las personas con migraña<sup>13,32,33</sup>.

Por su parte, para el tratamiento de las **crisis moderadas a graves** se recomienda la indicación de fármacos específicos, como almotriptán, eletriptán, frovatriptán, naratriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptán, considerados como tratamientos muy seguros, bien tolerados y con eficacia demostrada en el tratamiento sintomático de las crisis de migraña<sup>13</sup>. Si bien, están contraindicados en personas con hipertensión arterial no controlada, antecedentes de enfermedad coronaria, ictus y enfermedad vascular periférica<sup>13</sup>. En cuanto a los **ergóticos**, debido al riesgo coronario, vascular periférico y de cefalea por abuso de medicación, su utilización se reserva para aquellos pacientes que ya los estén tomando y que muestren buenos resultados<sup>33</sup>.

En esta línea, es importante tener en cuenta que **se recomienda evitar** el uso de opioides, las combinaciones de analgésicos y el uso excesivo de medicamentos, al ser un factor de riesgo para la cronificación<sup>13,33</sup>.

Figura 14. Esquema del tratamiento sintomático para la migraña



Fuente: Elaboración propia a partir de Gómez Camello Á., et al. (2021)<sup>32</sup>

Resulta relevante resaltar que, en aproximadamente **un tercio de los pacientes, no se consigue aliviar el dolor con el uso de triptanes**. En estos pacientes, se debe considerar el aumento de la dosis, cambiar la vía de administración o probar con otro triptán. Si la recurrencia de la cefalea es un problema, se puede considerar el uso fármacos con una vida media más prolongada o combinar un triptán con un AINE de acción prolongada<sup>13</sup>.

En cuanto a los tratamientos consumidos por las personas con migraña en España, en el Atlas de Migraña de 2018 se ha identificado que, tanto para MC como para ME, aproximadamente el 60% de los pacientes toman **analgésicos y antiinflamatorios como tratamiento sintomático durante las crisis**. Por su parte, aproximadamente el 30% de las personas con ME toman **triptanes**, porcentaje que asciende a casi el 50% en el caso de las personas con MC<sup>2</sup>. En esta línea, al evaluar los tratamientos consumidos por los pacientes durante la **primera Consulta General de Neurología**, se ha observado que **el 20% contaban con tratamiento previo** a la consulta, y al **6%** de los pacientes se les prescribieron **triptanes**<sup>36</sup>. Esta situación cambia drásticamente en los pacientes que son derivados a las **Unidades de Cefalea**, donde el **90%** contaban con **tratamiento previo** a la consulta y al **51%** de los pacientes se les prescribieron **triptanes**<sup>36</sup>.

En esta línea, los expertos identifican que desde **AP** se indican preferentemente y en mayor proporción **fármacos inespecíficos**, mientras que desde **Neurología** se indican predominantemente **fármacos específicos**. Este aspecto, según los expertos, puede estar relacionado con dos factores. El primero de ellos radica en las características de los pacientes, siendo en AP pacientes menos complejos y con crisis leves a moderadas. El segundo factor, considerado por la mayoría de los expertos, es la necesidad de mejorar la formación de los profesionales de AP en el **manejo integral del paciente con migraña**, incluyendo aspectos sobre el abordaje no farmacológico y farmacológico (uso de fármacos específicos como los triptanes, manejo de sus efectos adversos, interacciones entre fármacos, etc.).

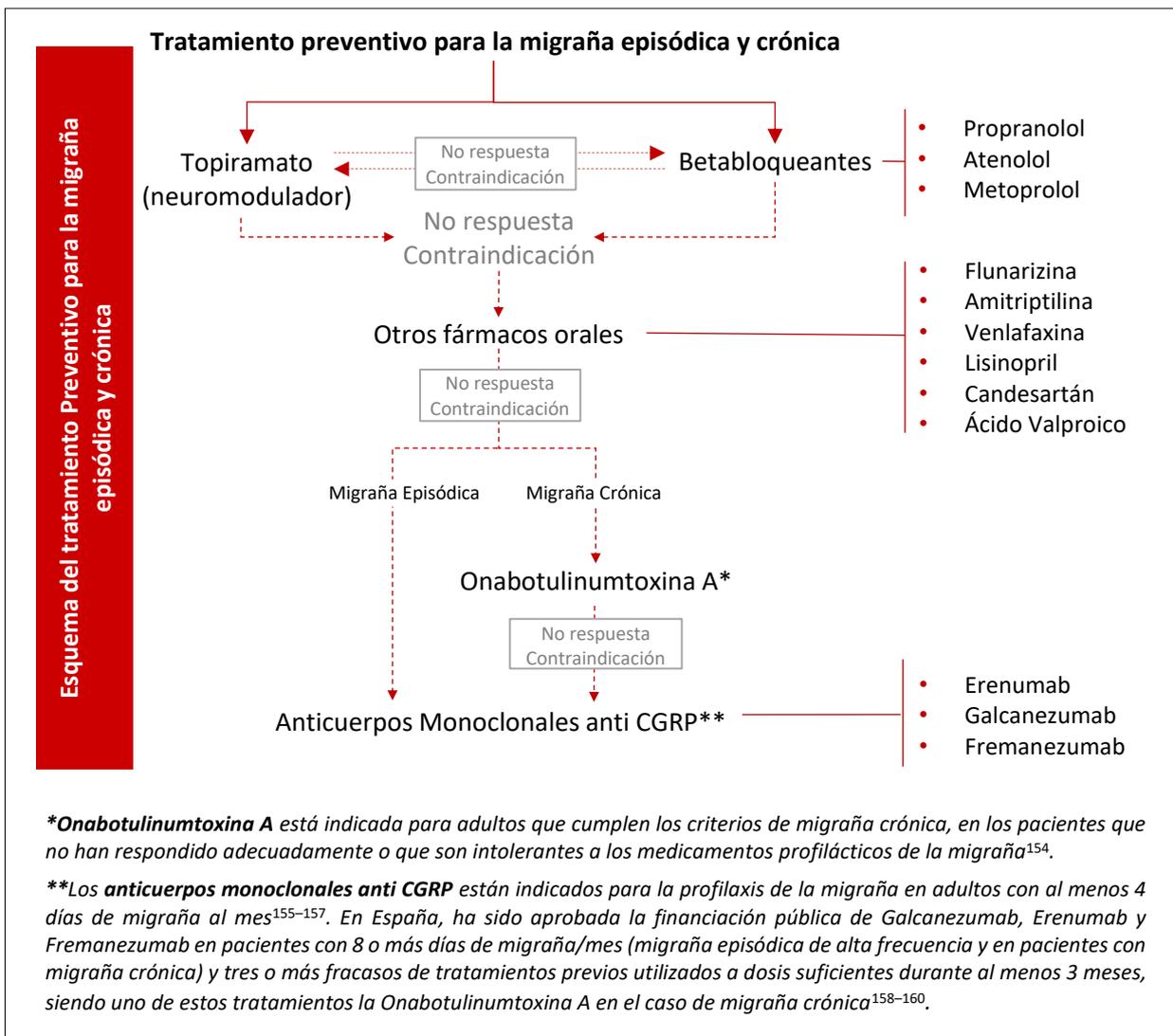
## Tratamiento preventivo

El **tratamiento preventivo** o profiláctico tiene como finalidad disminuir la frecuencia y severidad de los episodios de cefalea, y evitar la cronificación. Está indicado, entre otras situaciones, en los pacientes que sufran tres o más crisis de migraña al mes, crisis de varios días de duración y de difícil manejo terapéutico, auras prolongadas, auras con hemiparesia, afasia o clínica de tronco y en pacientes con crisis epilépticas relacionadas a la migraña<sup>13</sup>.

Entre las opciones terapéuticas utilizadas se encuentran los **fármacos orales** (propranolol, atenolol, metoprolol, topiramato, ácido valproico, lisinopril, candesartán, flunarizina, amitriptilina), la **Onabotulinumtoxina A** (en pacientes con MC) y los **anticuerpos monoclonales** frente al CGRP o su receptor (Galcanezumab, Erenumab, y Fremanezumab)<sup>13</sup>.

A continuación, se describe el esquema general de tratamiento preventivo para la migraña (Fig. 15), si bien, los expertos consideran que **la elección de la terapia es una decisión que debe ser individualizada** en cada paciente, teniendo en cuenta sus características, necesidades y preferencias<sup>96</sup>.

Figura 15. Esquema del tratamiento preventivo para la migraña episódica y crónica.



Fuente: Elaboración propia a partir de Santos Lasaosa S., et al. (2020)<sup>13</sup> y Gómez Camello Á., et al. (2021)<sup>32</sup>

De los fármacos orales, los expertos consideran que los **más utilizados en AP son los betabloqueantes**, mientras que en el Servicio de **Neurología se suele indicar topiramato con mayor frecuencia**. En esta línea, los neuromoduladores, como el topiramato, son considerados como fármacos de elección para el tratamiento preventivo de la migraña con aura, migraña crónica y en aquellos pacientes con respuesta pobre a los betabloqueantes <sup>13</sup>.



“El tratamiento preventivo oral que más se suele indicar en Neurología es el topiramato”

Para los pacientes con fracaso terapéutico a los betabloqueantes y al topiramato, como siguiente opción se puede considerar, de acuerdo con la situación del paciente, la indicación de flunarizina, amitriptilina, lisinopril o candesartán. Como siguiente opción al fracaso de estos últimos, se puede considerar el uso del ácido valproico<sup>13</sup>.

Por su parte, la **Onabotulinumtoxina A** está indicada para la **prevención de la MC** en aquellos pacientes con fracaso o no tolerancia a fármacos preventivos, recomendándose su indicación en pacientes con MC que presenten ausencia de respuesta, intolerancia o contraindicación a dos tratamientos preventivos orales<sup>97</sup>.

Respecto a **los anticuerpos monoclonales** frente al CGRP o su receptor, estos se consideran como el tratamiento preventivo específico más novedoso del que se dispone por el momento<sup>13</sup>. Entre sus beneficios se encuentra la rapidez de respuesta de aproximadamente una semana a diferencia de los tratamientos preventivos orales que pueden tardar hasta más de un mes<sup>13,33</sup>, así como el hecho de que no es necesario realizar la escalada y ajuste de dosis, como ocurre en la mayoría de los tratamientos preventivos orales. En esta línea, otro de los aspectos más importantes, tanto para los profesionales médicos como para las personas con migraña, es que el riesgo de presentar efectos adversos o interacciones medicamentosas son notablemente menores en comparación a los fármacos orales<sup>13</sup>. Adicionalmente, los expertos consideran que la administración mensual por vía subcutánea de los anticuerpos monoclonales puede mejorar la adherencia terapéutica.



“Los resultados del tratamiento con anticuerpos monoclonales son evidentes tras una semana”

La utilización de los anticuerpos monoclonales en nuestro país está financiada por el SNS sólo para aquellos **pacientes adultos con 8 o más días de migraña/mes** y tres o más fracasos a

tratamientos preventivos previos durante al menos 3 meses, siendo uno de estos tratamientos la Onabotulinumtoxina A en el caso de los pacientes con MC<sup>13</sup>.

Por último, dentro del grupo de tratamientos preventivos se incluyen los **bloqueos anestésicos** de los nervios pericraneales que, debido a que su efecto inicia de forma rápida, se recomienda su indicación como **terapia de transición** hasta que los fármacos preventivos comienzan a hacer su efecto<sup>13</sup>.

En cuanto a los tratamientos preventivos consumidos por las personas con migraña en España, se estima que **menos del 14% de los pacientes que requieren tratamiento preventivo lo están recibiendo**<sup>35</sup>. En esta línea, al evaluar los pacientes derivados a la Consulta General de Neurología, se ha observado que al **45%** de los pacientes se les prescribió **tratamiento preventivo** en su primera visita, en contraste con el **71%** de los pacientes derivados a la UC<sup>36</sup>.

Los expertos recalcan la necesidad de **augmentar la indicación del tratamiento preventivo desde todos los niveles asistenciales**, especialmente desde AP y el Servicio de Urgencias, teniendo en cuenta que aquellos pacientes que puedan beneficiarse o requerir fármacos preventivos de dispensación hospitalaria deberán ser derivados a atención especializada. Del mismo modo, consideran que se debe garantizar y facilitar el acceso a las diferentes opciones terapéuticas, permitiendo que aquellos pacientes con fracaso, intolerancia o contraindicación a las opciones más comunes cuenten con un tratamiento adecuado. En esta línea, resaltan que existen diferencias considerables entre las áreas sanitarias del país, siendo necesario **homogenizar el acceso e indicación del tratamiento preventivo**, con especial énfasis en el acceso a los anticuerpos monoclonales anti-CGRP.

Con respecto al manejo y monitorización del tratamiento preventivo con anticuerpos monoclonales frente al CGRP, los expertos resaltan la necesidad de implicar a la **FH** para **reforzar la educación** del paciente, e identifican como una buena práctica la **administración supervisada** (por FH o por las enfermeras, según la organización y los recursos de cada centro) de las tres primeras dosis del tratamiento preventivo, lo que permite reforzar la adherencia y eficacia al tratamiento. En esta línea, los expertos consideran clave la coordinación entre el equipo médico, FH y las enfermeras en



**“Se recomienda mejorar la formación de los profesionales de AP, Neurología y otros perfiles sanitarios en el diagnóstico y tratamiento de la migraña”**

relación con la información proporcionada al paciente sobre el tratamiento con anticuerpos monoclonales frente al CGRP.

De manera global, en relación con el tratamiento de la migraña, los expertos consideran que es necesario **mejorar la formación** en el uso de fármacos específicos (como los triptanes) y en la indicación de tratamiento preventivo, **especialmente en AP**, y mejorar el conocimiento sobre las **consecuencias del abuso de fármacos** y su relación con la cronificación de la migraña.

Por su parte, se menciona que actualmente se dispone de varias y muy completas **guías clínicas**, cuya extensión puede llegar a ser una barrera para lograr su integración en la práctica clínica. Los expertos consideran oportuno contar con guías prácticas que incluyan **recomendaciones de “no hacer”** en relación con el tratamiento sintomático y preventivo.

Por último, los expertos apoyan iniciativas encaminadas a promover una **mayor comunicación entre Farmacia Hospitalaria y Farmacia Comunitaria**, especialmente para mejorar la dispensación de medicación, facilitando información personalizada de los medicamentos, el seguimiento farmacoterapéutico, la adherencia terapéutica, la conciliación de la medicación, la revisión del uso de los medicamentos, y realizar actividades y/o proyectos de investigación conjuntas en el marco de la migraña.

### 6.3 Agentes implicados

En el manejo y abordaje de la migraña participan diferentes agentes y profesionales del sector sanitario que permiten realizar un abordaje multidisciplinar de la enfermedad. Entre ellos, según las consideraciones de los expertos, se encuentran:

- **Atención Primaria:** participa en el **diagnóstico e iniciación del tratamiento**. De manera general, suele manejar pacientes con crisis leves a moderadas, derivando a Neurología aquellos pacientes con dudas diagnósticas, dificultad terapéutica o refractariedad. El equipo de Atención Primaria está constituido por el personal médico y las enfermeras.
- **Neurología:** se encarga del **diagnóstico y manejo de pacientes más complejos**, con crisis moderadas a severas, con comorbilidades y/o de difícil manejo terapéutico. La

organización es diferente dependiendo de la región, de tal manera que existen tres ámbitos de atención para el paciente con migraña:

- **Consulta externa de Neurología:** está presente en todos los Servicios de Neurología y se encargan de la toma de contacto con los pacientes que han sido derivados desde cualquier otra área asistencial.
- **Consulta Especializada de cefaleas:** algunos servicios de Neurología organizan su actividad asistencial de manera que algún profesional se especializa en el manejo y atención de los pacientes que consulten por cefaleas, siendo una consulta altamente especializada en el manejo de estos trastornos. Suelen estar especializadas en el uso de terapias más complejas, como los bloqueos anestésicos de los nervios, el uso de Onabotulinumtoxina A y la indicación de anticuerpos monoclonales frente al CGRP.
- **Unidades de Cefalea:** se han instaurado en algunos Servicios de Neurología y constituyen una forma de organización más avanzada que las Consultas Especializadas. Son unidades de atención multidisciplinar, es decir, cuentan con diferentes perfiles profesionales para el manejo de los pacientes. En este sentido, además de llevar a cabo la actividad asistencial, realizan una labor docente e investigadora significativa. Actualmente, desde la SEN se está trabajando en la definición de estándares para la acreditación de estas unidades.
- **Enfermeras expertas en cefalea o enfermeras de práctica avanzada:** Se encargan de la consulta de Enfermería, donde se realiza **educación sanitaria, información, manejo y seguimiento** de los pacientes y de los planes de cuidados. Realizan las recomendaciones de buenos hábitos de vida para la prevención, dan soporte a la consulta médica, administran la medicación, colaboran en la mejora de la adherencia terapéutica y son una vía de comunicación cercana y directa para los pacientes para la resolución de dudas.
- **Urgencias:** Se encargan del **manejo de crisis de cefaleas muy intensas y refractarias** que no ceden con el uso de la medicación sintomática en aquellos pacientes ya diagnosticados. Una vez controlado el episodio de cefalea, el paciente es remitido a AP

o a Neurología en función de su severidad y de la organización asistencial. Los expertos comentan que el Servicio de Urgencias es, en ocasiones, el primer contacto del paciente con migraña con la atención sanitaria y puede suponer la entrada del paciente a dicha atención.

- **Farmacia Hospitalaria:** se encargan de la **validación de la prescripción y dispensación de fármacos hospitalarios**, especialmente de los anticuerpos monoclonales anti CGRP, que son utilizados como terapia preventiva. Dependiendo de la organización asistencial, pueden tener una importante participación en la educación, formación y seguimiento de este tipo de terapias, realizando un trabajo en conjunto con los profesionales de neurología.
- **Farmacia Comunitaria:** se encargan de la **dispensación de fármacos** utilizados para el tratamiento sintomático y preventivo. En ocasiones, pueden identificar pacientes con elevada y frecuente adquisición de medicamentos analgésicos y recomendarles consultar a su médico de AP.

## 6.4 Ruta del paciente

De manera habitual, según los expertos, **el paciente con migraña inicia el recorrido asistencial en AP, donde se realiza el primer contacto, diagnóstico y tratamiento**. En ocasiones, debido a la situación del paciente, es necesario realizar la derivación al Servicio de Urgencias. Por su parte, en caso de complejidad diagnóstica o terapéutica, es necesaria la derivación a un nivel asistencial más especializado, que puede corresponderse con la consulta externa de Neurología, Consulta Especializada de cefaleas o con la Unidad de Cefalea.

En este sentido, desde la SEN se han descrito **criterios para realizar la derivación de pacientes con cefalea** en el momento adecuado, que responden a dos motivos principales: la sospecha o confirmación diagnóstica, y la dificultad terapéutica. De esta manera, la derivación puede tener lugar en las siguientes situaciones<sup>13</sup>:

- A. De Atención Primaria a Urgencias.
- B. De Atención Primaria a Consulta de Neurología General.
- C. De Urgencias a Neurología General.

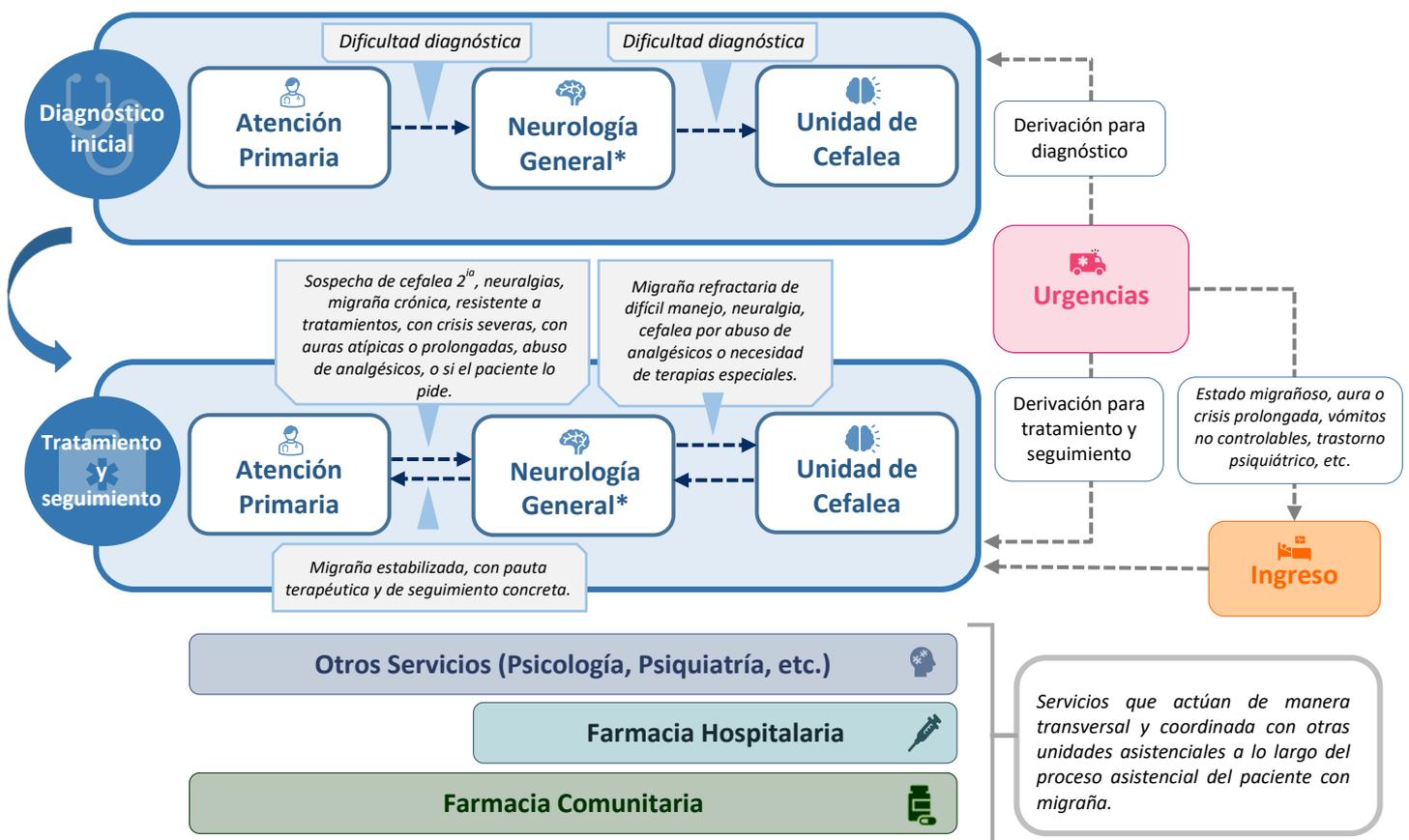
D. De Neurología General a Consulta Especializada en Cefaleas.

E. De Neurología a Atención Primaria.

La derivación, a su vez, se debe clasificar de acuerdo a tres grados de prioridad: **urgente** (en el mismo día), **preferente** (en 7 días o hasta un máximo de 15 días) y vía **normal** (en 15 días o hasta un máximo de 30 días)<sup>13</sup>.

Tomando en cuenta los criterios de derivación establecidos por la SEN y siguiendo las recomendaciones de los expertos, se ha diseñado el siguiente esquema del **recorrido del paciente con migraña** (Fig. 16) donde se incluye la etapa del proceso asistencial (diagnóstico inicial, tratamiento y seguimiento), el nivel asistencial involucrado (AP, Neurología General y Unidad de Cefalea), los criterios de derivación y el resto de servicios o agentes que están implicados en la atención del paciente.

Figura 16. Ruta asistencial del paciente con migraña



\* Neurología General incluye tanto el personal médico como enfermero.

Fuente: Elaboración propia a partir de Santos Lasaosa S., et al. (2020)<sup>13</sup> y las consideraciones de los expertos.

Por su parte, los expertos coinciden en la necesidad de **mejorar la comunicación y coordinación entre todos los niveles asistenciales**. Aunque se han establecido los criterios de derivación, se considera que en la práctica clínica no se aplican adecuadamente y su implementación es heterogénea entre hospitales.



“Se debe mejorar la coordinación y comunicación entre los agentes que participan en el manejo de la migraña”

Los expertos indican que se debe trabajar en mejorar la interacción entre AP y Neurología. Para ello, consideran que se debería implementar **la interconsulta telemática con Neurología desde AP**, en aquellas situaciones de dudas diagnósticas y/o terapéuticas que pueda facilitar y agilizar el manejo del paciente.

En este sentido, los expertos identifican que podría ser positivo contar en los Servicios de Neurología con una **Consulta de Atención Preferente** o con una **Consulta de Orientación de Pacientes (COP)**<sup>98,99</sup>, donde el Servicio de Urgencias o Atención Primaria, pueda remitir al paciente para que sea valorado de manera rápida y derivado al ámbito asistencial más adecuado, según lo establecido en **protocolos y criterios consensuados**. Se identifica que este tipo de consultas permitirían disminuir las listas de espera a la atención especializada<sup>99</sup>, agilizando el abordaje asistencial del paciente con migraña.

Por otro lado, los expertos evidencian que se debe promover un mayor desarrollo de **recursos tecnológicos** que permitan mejorar el proceso asistencial del paciente con migraña. En este sentido, se destaca el desarrollo de sistemas de comunicación accesibles desde diferentes niveles asistenciales, la historia clínica compartida y la receta electrónica como recursos que podrían mejorar la coordinación entre profesionales. Asimismo, se debe promover la implementación de herramientas de telemedicina para poder llevar a cabo la atención a distancia de los pacientes.



### Manejo de la migraña en España

-  Existe un **infradiagnóstico y retraso en el diagnóstico** de la migraña, que puede ser potencialmente mejorable reforzando la **formación en su diagnóstico y manejo en AP, facilitando el acceso a pruebas complementarias cuando sea necesario descartar otras causas y estableciendo criterios consensuados de derivación.**
-  Los expertos recomiendan ofrecer una **adecuada información sobre el manejo de los factores desencadenantes y promover hábitos de vida saludables**, ya que en algunos casos pueden ser potencialmente modificables y su manejo puede resultar beneficioso para el paciente.
-  Se debe mejorar el **manejo de triptanes y tratamientos preventivos, especialmente desde AP**, y establecer medidas que **faciliten el acceso e indicación del tratamiento preventivo.**
-  Desde la SEN se han establecido **criterios para la derivación** de las personas con migraña desde y para los diferentes niveles asistenciales, si bien, su implementación en la práctica clínica diaria es mejorable.
-  Se debe **mejorar la comunicación y coordinación entre todos los niveles asistenciales**, considerando implementar la interconsulta telemática entre AP y neurología, la Consulta de Orientación de Pacientes o Consulta de Atención Preferente, y un mayor desarrollo de recursos tecnológicos, como la historia clínica compartida.



# ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

---



## 7. Organización de la atención sanitaria

### 7.1 Visibilidad y prioridad de la migraña

Los expertos consideran que tanto la visibilidad de la migraña como su prioridad en el Sistema Nacional de Salud y en la sociedad **no es suficiente**, pues sigue siendo una **enfermedad estigmatizada** a la que se destinan **recursos insuficientes**. Dada su alta prevalencia e impacto, los expertos consideran que la migraña debería ser considerada tanto un **problema de Salud Pública** como un **problema social**.

El **estigma social y baja visibilidad** de la migraña está presente **en todos los ámbitos** de la vida del paciente (sanitario, familiar, laboral, educativo y político), en los que existe una conciencia insuficiente sobre la gravedad de la enfermedad y la limitación que provoca<sup>48,77,78,83,100,101</sup>. Esta situación **agrava la carga** que la enfermedad supone para el paciente y provoca que una parte importante de las personas que padecen migraña **no acuda a la consulta**

**médica** y se automedique, con el consiguiente riesgo de que desarrolle una cefalea por uso excesivo de medicación analgésica<sup>48</sup>. Según estudios internacionales<sup>37,49,102</sup>, la **estigmatización** de la migraña puede influir significativamente en la **falta de recursos** destinados a esta patología, en términos de investigación y el establecimiento de políticas de salud específicas. En esta línea, los expertos consideran que el estigma asociado a la migraña en España influye en la baja prioridad que se concede a esta patología a nivel sanitario, e identifican otros factores que podrían contribuir a esta situación, como el hecho de que es una **enfermedad discapacitante**, pero que no produce mortalidad, con **síntomas no visibles** y para la que **no hay un biomarcador** que permita su diagnóstico de manera precisa. Por otra parte, la migraña no es una prioridad en la **formación universitaria** de los profesionales sanitarios, pues se dedica sólo una media de 4 horas a lo largo del Grado de Medicina, lo que contribuye a la falta de visibilidad de la migraña y a la escasez de facultativos especialistas en este campo, según los expertos.

Dada esta situación, los expertos destacan que es necesario **generar conciencia, a nivel social y a nivel del Sistema Nacional de Salud**, de que la migraña es una patología discapacitante que necesita de unos recursos y prioridad superiores a los dedicados actualmente.



“A pesar de ser una de las enfermedades más prevalentes y discapacitantes, la visibilidad y prioridad de la migraña a nivel del SNS y a nivel social no es suficiente”

## 7.2 Estrategias y recursos existentes a nivel nacional

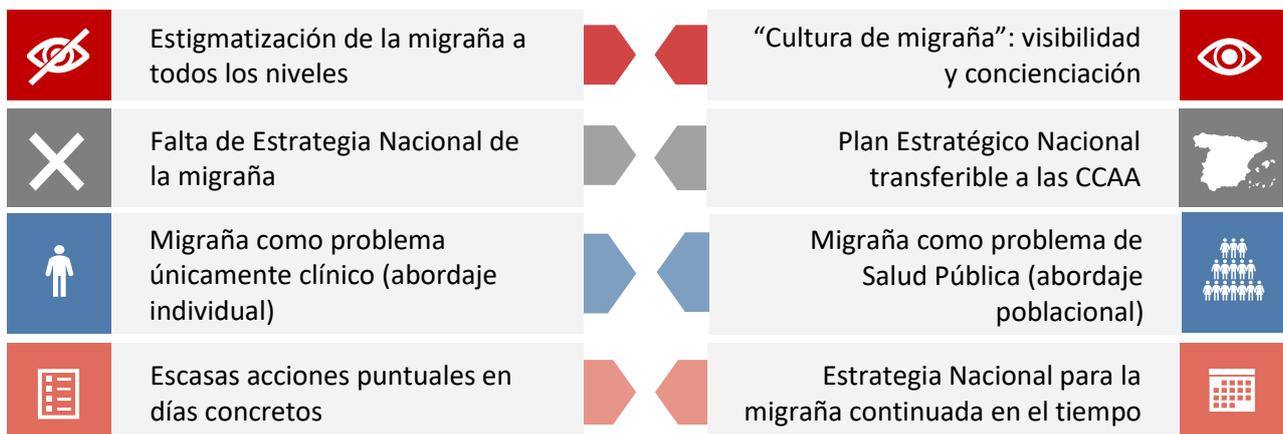
### Plan Estratégico Nacional de Migraña

Actualmente, **no hay un Plan Estratégico Nacional de Migraña** que permita abordar la migraña de una forma holística. Los expertos indican que, en enfermedades de **elevada prevalencia y gran carga social y económica**, la implementación de una **estrategia nacional** contribuiría a una atención médica de mayor calidad y similar en todas las Comunidades Autónomas.

Además, los expertos destacan que sería deseable que la organización sanitaria de la migraña en España girase en torno a una **estrategia continuada y sostenida** en el tiempo, y no solo en torno a acciones concretas en días puntuales, si bien estas contribuyen a aumentar la visibilidad de la migraña.

A continuación, se muestra una figura comparativa de la situación actual en el abordaje de la migraña en España frente al contexto que sería necesario para lograr un correcto abordaje y prioridad de la migraña (Fig.17).

Figura 17. Situación actual (izquierda) frente a la situación necesaria (derecha) para lograr un correcto abordaje de la migraña y una suficiente asignación de recursos



Fuente: Elaboración propia según las consideraciones de los expertos

## Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes

A nivel nacional e internacional, los expertos han identificado **Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes** relacionadas con la migraña (Tabla 7).

En España, destacan Grupos de Trabajo dedicados específicamente al estudio de las Cefaleas: SEN/GECSN (Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología) y SEDENE/GECSSENE (Grupo de Estudio de Cefaleas de SEDENE) y otras Sociedades que participan en el abordaje de la migraña (SEMERGEN, SEMES, SEFH y SEFAC). Estos Grupos y Sociedades promocionan la investigación de la cefalea, aumentan su visibilidad y difunden un mayor conocimiento sobre las mismas.

Además, en España hay una Asociación de Pacientes de migraña y otras cefaleas (AEMICE), que representa ante la sociedad y las diferentes instituciones a las personas con migraña y participa en numerosas actividades, proyectos de investigación e iniciativas sobre esta patología.

Por otro lado, desde la organización colegial farmacéutica (CGCOF y Colegios de Farmacéuticos), también se impulsan actividades de difusión y formación en esta patología, para potenciar el papel que los farmacéuticos tienen en la educación y derivación de estos pacientes, así como en la prevención, control y seguimiento de los mismos.

Tabla 7. Sociedades Científicas, Grupos de Trabajo y Asociaciones de Pacientes de la migraña a nivel nacional

	Sociedades Científicas y Grupos de Trabajo	Asociaciones de Pacientes
A nivel nacional	SEN (GECSN)	AEMICE
	SEDENE (GECSENE)	
	SEMERGEN, SEMES, SEFH, SEFAC*	
A nivel internacional	EHF	EMHA
	IHS	
	EAN	

\*Otras Sociedades relacionadas

**Abreviaturas:** SEN: Sociedad Española de Neurología; GECSN: Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología; SEDENE: Sociedad Española de Enfermería Neurológica; GECSENE: Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica; SEMERGEN: Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria; SEMES: Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias; SEFH: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; SEFAC: Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria; EHF: European Headache Federation; IHS: International Headache Society; EAN: European Academy of Neurology; AEMICE: Asociación Española de Migraña y Cefalea; EMHA: European Migraine and Headache Alliance.

Fuente: Elaboración propia a partir de las consideraciones de los expertos

## Documentos y guías de referencia a nivel nacional

En España se pueden encontrar varios documentos o guías de referencia sobre el abordaje y manejo de la migraña y otras patologías relacionadas con el dolor de cabeza (Tabla 8).

Los expertos consideran esencial **fomentar una adecuada difusión de estas guías**, tanto a los especialistas de Neurología como al resto de profesionales sanitarios.

De todos los documentos identificados, los expertos destacan el Manual de Práctica Clínica en Cefaleas (2020)<sup>13</sup>, el Atlas: Impacto y situación de la migraña en España (2018)<sup>2</sup>, y la Guía práctica diagnóstico terapéutica de la Cefalea del adulto y el niño en Urgencias (2016)<sup>103</sup>.

Por otra parte, los expertos reclaman la elaboración de un **Plan Nacional de Cuidados** para el manejo de la migraña por parte de enfermeras expertas en cefalea y de un **documento consenso de recomendaciones al alta** para los **Servicios de Urgencias**.

Tabla 8. Resumen de los documentos o guías de referencia de la migraña a nivel nacional

Guía o documento	Año	Organismo	Público objetivo	Descripción
Manual de Práctica Clínica en Cefaleas: recomendaciones diagnóstico-terapéuticas <sup>13</sup>	2020	SEN y GECSN	Neurología, Atención Primaria y otros especialistas y profesionales de la salud	Es una actualización de la guía de diagnóstico y manejo de las alternativas terapéuticas, que revisa de forma práctica las recomendaciones para el manejo de cualquier tipo de cefalea.
¿Qué preguntar, cómo explorar y qué escalas usar en el paciente con cefalea? Recomendaciones del GECSN <sup>31</sup>	2019	GECSN	Neurología, Atención Primaria y Urgencias	Ofrece las herramientas básicas para realizar la anamnesis del paciente con cefalea de una manera holística y dirigida, sistematizando y unificando la atención de los pacientes a nivel nacional.
Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018 <sup>2</sup>	2018	AEMICE	Comunidad sanitaria y población general	Refleja la situación real de las personas con migraña, ofreciendo una visión multidisciplinar y desde la perspectiva del paciente.
Guía práctica diagnóstico terapéutica de la Cefalea del adulto y el niño en Urgencias <sup>103</sup>	2016	SEN y GECSN	Médicos de Urgencias	Establece pautas para el diagnóstico diferencial de las cefaleas en Urgencias, síntomas de alarma, criterios de ingreso y derivación, etc.
Guía de recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la migraña en la práctica clínica <sup>104</sup>	2005	SEN, SEMFYC, SEMERGEN, SEMG	Neurología, Atención Primaria y otros profesionales sanitarios	Incluye los criterios diagnósticos para los diferentes tipos de migraña, así como los estudios complementarios necesarios y el tratamiento a seguir según la severidad.
Guía de buena práctica clínica en migraña y otras cefaleas <sup>105</sup>	2003	Organización Médica Colegial (OMC)	Atención Primaria	Aborda el diagnóstico y tratamiento de cefaleas, revisando la anamnesis, el diagnóstico de las principales cefaleas primarias y secundarias y las pautas principales de tratamiento de las cefaleas primarias.

Fuente: Elaboración propia a partir de la búsqueda bibliográfica y las consideraciones de los expertos.

## Otros recursos

En España existen otros recursos destinados a la migraña, con el objetivo aumentar su visibilidad y mejorar su abordaje. La gran mayoría de recursos identificados son **promovidos por las Sociedades Científicas, Colegios Oficiales de Farmacéuticos e Industria Farmacéutica**, por lo que los expertos destacan la necesidad de promover iniciativas desde el SNS.

Entre **otros recursos** destinados a la migraña, se destacan los siguientes:

- **Proyecto de definición de Indicadores de calidad Asistencial**<sup>39</sup> (2020), elaborado por consenso de un grupo de expertos. Se basa en una propuesta de indicadores y estándares de calidad para las personas con cefalea durante todo el recorrido asistencial.
- **Proyecto de innovación “Neurovation in Migraine”**<sup>40</sup> (2020), del GECSN y la SEN. Es un concurso online que busca la innovación en fórmulas asistenciales para el paciente con migraña.
- **Campañas a nivel estatal**, como la **Campaña “#RespetalaMigraña”**, de AEMICE. Busca sensibilizar a la población sobre esta enfermedad neurológica y los efectos que tiene en los ámbitos personal, familiar, laboral y social de las personas que la padecen. Esta iniciativa surge en respuesta a la encuesta “Conocimiento y percepción de la Migraña entre la población española”<sup>77</sup>, llevada a cabo entre 1000 personas de la población española, entre las que se encontraba la población general, las personas con migraña y parientes y allegados de las personas con migraña.
- **Programas de formación para el profesional sanitario** (2020). Destacan los cursos impartidos por el GECSN, como el “**Curso Nacional de cefaleas para Residentes en Neurología**” y el “**Programa de Estancias Formativas en las Unidades de Cefalea**”. El GECSN está impartiendo también un Programa de unificación de formación avanzada en cefaleas.
- **PALM: Plan de Acción en la Lucha contra la Migraña**<sup>41</sup> (iniciado en 2006), declarado de interés sanitario por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Cuenta con la participación de la SEN, GECSN, la Federación Española de Enfermedades Neurológicas (FEEN), SEMERGEN, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT) y Colegios Oficiales de Farmacéuticos, entre otras. Es la primera iniciativa de carácter global que se realiza en España para abordar y mejorar la atención sanitaria de la migraña.

## 7.3 Estrategias y recursos existentes a nivel regional

### Planes Estratégicos de Migraña en las Comunidades Autónomas

Los expertos coinciden en que la **organización sanitaria de la migraña** depende, en particular, **de cada Comunidad Autónoma** y de los recursos que esta tenga, ya que España es muy heterogénea en cuanto a sistemas sanitarios en las CCAA. Además, no solo hay diferencias entre CCAA, 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**. En este sentido, solo se han identificado dos planes autonómicos en los que la cefalea es una prioridad sanitaria:

- **Plan de Salud 2014-2019 de Cantabria**<sup>106</sup>: en la “**Línea Estratégica 4.4: Enfermedades crónicas y cronicidad**”, uno de los procesos analizados es el relacionado con las **Cefaleas Crónicas**. El objetivo específico O30 es “Mejorar la capacidad en el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas en Atención Primaria mediante el establecimiento de un Programa de Atención Integral a este tipo de patología”. Los objetivos específicos están relacionados con la formación del personal sanitario en diagnóstico y tratamiento de las cefaleas, el establecimiento de los criterios de derivación, establecimiento de un sistema de relación más efectivo Atención Primaria-Neurología, aplicación de la Guía de Manejo de Cefaleas, colaboración de las Unidades de Salud Mental y los Servicios Sociales, y establecimiento de un Programa de Colaboración con las AAPP.
- **Pla de Salut 2016-2020 de Cataluña**<sup>107</sup>: en la “**Línea 1. Las personas, su salud y el sistema sanitario**”, una de las actividades iniciales es elaborar las guías y el material educativo del programa **Paciente Experto Cataluña** en relación con las enfermedades inflamatorias intestinales y la migraña crónica.

Ninguno de los planes comentados cuenta con objetivos o acciones específicas para la migraña.

### Sociedades Científicas y Asociaciones de Pacientes

**La gran mayoría de las CCAA** cuentan con una **Sociedad Neurológica** propia (Tabla 9). No se han identificado en Cantabria y La Rioja. Por otra parte, sólo **siete** de las CCAA que cuentan con

Sociedad Neurológica presentan un **Grupo de Estudio de Cefaleas: Andalucía, Baleares, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana y Galicia.**

Con respecto a las **Asociaciones de Pacientes**, únicamente se han identificado **dos Comunidades Autónomas** que cuenten con una Asociación de Pacientes con Cefalea: **Asociación Balear de Pacientes con Cefalea y Asociación de Pacientes con Cefalea de Extremadura (APACEX).**

Tabla 9. Sociedades Científicas de Neurología por Comunidad Autónoma

Comunidad Autónoma	Sociedad Científica
Andalucía	Sociedad Andaluza de Neurología (SAN)
Aragón	Sociedad Aragonesa de Neurología (SARAN)
Principado de Asturias	Sociedad Neurológica Asturiana
Islas Baleares	Societat Balear de Neurología
Islas Canarias	Sociedad Canaria de Neurología (SOCANE)
Castilla y León	Sociedad Neurológica de Castilla y León
Castilla La Mancha	Sociedad Castellano Manchega de Neurología
Cataluña	Societat Catalana de Neurología (SCN)
Comunidad de Madrid	Asociación Madrileña de Neurología (AMN)
Comunidad Valenciana	Sociedad Valenciana de Neurología
Extremadura	Sociedad Extremeña de Neurología
Galicia	Sociedade Galega de Neuroloxía
Región de Murcia	Sociedad Murciana de Neurología
Comunidad Foral de Navarra	Sociedad Navarra de Neurología
País Vasco	Sociedad de Neurología del País Vasco

Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía

## Documentos y guías de referencia a nivel regional

En los últimos años, se ha trabajado en el desarrollo de guías y protocolos para el manejo de la migraña a nivel autonómico. Según los expertos, las **diferencias** entre guías autonómicas suelen ser fundamentalmente **organizativas**.

De todas las guías autonómicas existentes (Tabla 10), los expertos destacan la **Guía Oficial de Cefaleas (2019 y la actualización de 2021)**, elaborada por el **Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE)** y el **Protocolo para el manejo del paciente con Migraña Crónica (2016)**, elaborado por el **Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS)**.

Tabla 10. Resumen de los documentos o guías de referencia de la migraña a nivel regional

CCAA	Guía o documento	Año	Organismo	Descripción
Andalucía	Guía Práctica de Cefaleas <sup>32</sup>	2021	SANCE	Actualiza la información y el tratamiento de la cefalea, y unifica la actuación terapéutica a nivel ambulatorio, hospitalario y en Urgencias.
	Guía Oficial de Cefaleas 2019 <sup>33</sup>	2019	SANCE	
	Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Atención Primaria y Neurología <sup>108</sup>	2012	SANCE, SAMFyC y SEMERGEN Andalucía	Se consensuan los protocolos y criterios de diagnóstico, tratamiento, derivación y seguimiento de pacientes, de manera práctica.
	Cefaleas y migrañas: Boletín Terapéutico Andaluz 2017, 32(3) <sup>109</sup>	2017	Escuela Andaluza de Salud Pública	Revisa el diagnóstico diferencial de las cefaleas primarias más frecuentes y el tratamiento farmacológico y preventivo de las mismas.
	Proceso asistencial integrado cefaleas <sup>110</sup>	2002	Consejería de Salud de la Junta de Andalucía	Analiza la secuencia ordenada de las actividades que se deben realizar para garantizar una atención adecuada del paciente con cefalea.
	Plan de Cuidados para Enfermería <sup>111</sup>	2002	Consejería de Salud de la Junta de Andalucía	Pretende facilitar el trabajo de las enfermeras andaluzas en lo referente a cefaleas, homogeneizar los cuidados a estos pacientes y la información proporcionada por los enfermeros.
Aragón	Aprendiendo a conocer y manejar la migraña crónica <sup>112</sup>	-	Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud	Ofrece información acerca de la migraña, sus desencadenantes, prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
	Protocolo para el manejo del paciente con migraña crónica <sup>113</sup>	2016	Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud	Se centra en el abordaje diagnóstico de la migraña crónica, en su derivación al Servicio de Neurología y en el manejo terapéutico de estos pacientes en AP y consultas externas de atención especializada.
Principado de Asturias	Actuación ante una cefalea aguda en urgencias <sup>114</sup>	2006	Servicio de Neurología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo	Revisa cómo realizar una correcta aproximación diagnóstica y anamnesis, qué estudios diagnósticos se deben utilizar y cuándo, así como la aproximación terapéutica de la crisis aguda de migraña y del estatus migrañoso.
Islas Baleares	Orientaciones sobre el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas <sup>115</sup>	2012	Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Balear de Neurología	Aborda el diagnóstico y tratamiento de la cefalea, así como para el paciente, en las condiciones concretas de esta Comunidad Autónoma.
Islas Canarias	Cefaleas. Guía para el diagnóstico y el tratamiento <sup>116</sup>	2015	Servicio Canario de la Salud	Recoge las guías de actuación para la cefalea tensional, la migraña y su forma crónica, la cefalea en racimos y la neuralgia del trigémino.
	Protocolo Para El Manejo De La Cefalea En Atención Primaria <sup>117</sup>	2011	Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria	Ofrece orientación sobre el manejo de la cefalea en AP y establece criterios para que el profesional sanitario sepa identificar qué cefaleas deben ser remitidas a atención especializada.
Cantabria	Protocolo de cefaleas <sup>118</sup>	2007	-	Aborda el proceso diagnóstico de las cefaleas, profundiza en su clasificación y el tipo de tratamiento según el caso.
	Protocolos De Atención En Urgencias: Enfermedades Neurológicas Y Psiquiátricas II <sup>119</sup>	2019	Servicio Cántabro de Salud	Guía rápida para la consulta práctica durante el ejercicio diario de la asistencia a pacientes con cefalea que acuden a los Servicios de Urgencias.

CCAA	Guía o documento	Año	Organismo	Descripción
Castilla y León	Proceso asistencial Cefaleas <sup>120</sup>	2011	SACYL	Ofrece pautas para la toma de decisiones ante una cefalea, su diagnóstico y manejo clínico. Además, unifica criterios de actuación en el abordaje de las cefaleas desde la AP.
Castilla La Mancha	Boletín farmacoterapéutico del SESCAM: La Cefalea en Atención Primaria <sup>121</sup>	2002	SESCAM	Aborda el diagnóstico diferencial de migraña, cefalea tensional y en racimos, y las posibilidades terapéuticas en cada caso.
	Boletín Farmacoterapéutico del SESCAM: Abordaje Terapéutico de la Migraña <sup>122</sup>	2021	SESCAM	Aborda el abordaje terapéutico de la migraña en su totalidad, desde el tratamiento en primera línea al abordaje en caso de pacientes refractarios.
Cataluña	Protocolo de diagnóstico y tratamiento de la cefalea de la Sociedad Catalana de Neurología <sup>123</sup>	2019	Sociedad Catalana de Neurología	Orienta sobre las pautas para un correcto diagnóstico de la cefalea, y al tratamiento de esta en situaciones especiales (infancia, embarazo, lactancia). Es una actualización del Protocolo de 2015.
	Consenso catalán sobre la atención del paciente con migraña <sup>124</sup>	2015	CAMFiC y Sociedad Catalana de Neurología	Ofrece un consenso de los protocolos de actuación para tratar la enfermedad y los criterios de derivación a la atención especializada.
	BIT. Vol. 30, núm. 5, 20: Tratamiento De La Migraña En Adultos: De La Crisis A La Profilaxis <sup>125</sup>	2019	Servicio Catalán de Salud	Realiza una revisión de la patología migrañosa y de los medicamentos disponibles, tanto sintomáticos como preventivos.
	La cefalea en la infancia y en la adolescencia: protocolo de pediatría de asistencia primaria del I-ICS <sup>126</sup>	2016	Instituto Catalán de la Salud y Servicio de Neurología del Hospital de Sant Joan de Deu	Incluye una clasificación de las cefaleas primarias, secundarias y crónicas, así como una guía y pautas para el manejo de las cefaleas en AP.
Extremadura	Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas <sup>94</sup>	2015	Sociedad Extremeña de Neurología y Sociedad Extremeña de Medicina de Familia y Comunitaria	Se basa en un enfoque hacia el paciente (ayudando a que tenga una mejor comprensión de su enfermedad), práctico, educativo y detallado en todo el proceso desde la primera consulta del paciente.
Comunidad de Madrid	Protocolo de cefalea aguda en Urgencias <sup>127</sup>	2016	Sección de Urgencias Pediátricas y Sección de Neuropediatría	Detalla las evaluaciones que se deben realizar ante una cefalea aguda en los Servicios de Urgencias. Incluye algoritmos diagnósticos, opciones de tratamiento y criterios para el ingreso.
Comunidad Valenciana	Cefaleas. Guía de actuación clínica en Atención Primaria <sup>128</sup>	-	Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública	Aporta la información suficiente para diagnosticar y tratar los casos de cefalea desde AP.

CCAA	Guía o documento	Año	Organismo	Descripción
Región de Murcia	Proceso de actuación ante un paciente con cefalea <sup>129</sup>	2017	Servicio Murciano de Salud	Consensua el proceso de actuación ante un paciente con cefalea, para garantizar la calidad y la coordinación del proceso asistencial en toda la región.
Comunidad Foral de Navarra	Cefaleas: Guías De Actuación En Urgencias <sup>130</sup>	2018	Clínica Universidad de Navarra	Incluye cómo llevar a cabo una correcta aproximación diagnóstico en Urgencias y qué tratamientos son los más indicados.
	Cefalea. Guía de actuación <sup>131</sup>	2017	Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea	Aborda el diagnóstico y el manejo de los distintos tipos de cefaleas y establece criterios consensuados de derivación y solicitud de pruebas complementarias.
	Boletín de información Farmacoterapéutica de Navarra, BIT volumen 8, nº2: Tratamiento de la migraña <sup>132</sup>	2000	Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea	Detalla el tratamiento de las crisis agudas de la migraña, su profilaxis, y la identificación de factores desencadenantes.
País Vasco	Tratamiento de la migraña Vol 26, Nº 9 <sup>133</sup>	2018	Osakidetza-Servicio Vasco de Salud	Incluye consideraciones generales al tratamiento, y una revisión de los distintos tipos de tratamientos agudos y preventivos, así como la actuación en situaciones especiales.
	Tratamiento preventivo de la migraña, Vol 15, Nº 1 <sup>134</sup>	2007	Osakidetza-Servicio Vasco de Salud	Incluye una revisión del manejo del tratamiento preventivo en pacientes con migraña, así como del tratamiento combinado.
	Revisión sobre el tratamiento farmacológico de la migraña y estudio cualitativo <sup>135</sup>	2002	OSTEBA, Servicio de Evaluación de Tecnologías sanitarias	Realiza una revisión del tratamiento farmacológico de la migraña y un estudio cualitativo en pacientes con migraña, en el que se evalúa la calidad de vida y la atención sanitaria recibida.

*Fuente: Elaboración propia a partir de la bibliografía*

## Otros recursos

Los expertos coinciden en que las iniciativas y acciones llevadas a cabo en las diferentes Comunidades Autónomas son escasas, y se llevan a cabo fundamentalmente promovidas por las **Sociedades Científicas, Grupos de Trabajo, Asociaciones de Pacientes y a la Industria Farmacéutica**, siendo necesario aumentar su desarrollo e impulso por parte de las Consejerías de Sanidad.

En este sentido, se realizan acciones como **Jornadas o Talleres**, dirigidos tanto a los profesionales sanitarios como a la población general (Ej. Jornadas sobre la migraña en Andalucía, Islas Baleares, Castilla y León o Aragón, entre otras; Taller de Abordaje de las Cefaleas en Andalucía, etc.).

## 7.4 Unidades de Cefalea y Consultas Especializadas de Cefalea

### Necesidad de las Unidades de Cefalea y Consultas Especializadas de Cefalea

Las Unidades de Cefalea o Consultas Especializadas en la atención de cefalea son uno de los recursos principales para el abordaje de la migraña en España. Se trata de consultas multidisciplinares que ofrecen una **atención médica especializada e integral** a los **pacientes más complejos o refractarios**<sup>46</sup>, que presentan una patología más grave (en su mayoría, migraña crónica), mayor necesidad de tratamientos preventivos y comorbilidades asociadas<sup>36,42,136,137</sup>. En España, cada mes, las UC reciben más de 4.500 nuevos pacientes<sup>138</sup>, de los cuales la mayoría proceden de AP<sup>42</sup>.

No existen **criterios oficiales** que **diferencien** las **Consultas Especializadas de las UC**, si bien, las consultas que se consideran UC son las que presentan un mayor componente multidisciplinar y profesionales sanitarios dedicados a las consultas de cefalea a tiempo completo. Además, atienden a un mayor volumen de pacientes y llevan a cabo actividad docente e investigadora<sup>46</sup>.

La atención de pacientes en las UC o Consultas Especializadas, según la opinión de los expertos y las evidencias encontradas en la bibliografía, contribuye a la **optimización del abordaje de los pacientes con migraña y a mejorar la eficiencia de la atención sanitaria**<sup>36,43,44,46,139,140</sup>.

En este sentido, y acorde a la bibliografía, se exponen en la Tabla 11 algunos de los beneficios que las UC podrían tener en el abordaje asistencial de la migraña, principalmente en el diagnóstico, tratamiento, consultas médicas, pruebas realizadas y educación del paciente.



**“Las UC podrían lograr un mejor manejo asistencial del paciente con cefaleas más complejas o refractarias”**

Tabla 11. Beneficios de las Unidades de Cefalea en el abordaje de la migraña y otras cefaleas

<b>Diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disminución del tiempo hasta el diagnóstico.</b></li> <li>• <b>Disminución de la sobreutilización</b> de recursos diagnósticos.</li> </ul>
<b>Tratamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Disminución de la utilización excesiva</b> de analgésicos, actuando directamente sobre los problemas derivados de su abuso.</li> <li>• Mayor acceso a los <b>tratamientos punteros.</b></li> <li>• Mayor número de pacientes tratados con <b>tratamiento preventivo y oxigenoterapia domiciliaria.</b></li> </ul>
<b>Número de consultas médicas y pruebas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Menor número de visitas a Urgencias.</b></li> <li>• <b>Menor</b> repetición de las <b>pruebas de neuroimagen.</b></li> <li>• <b>Disminución</b> de las <b>visitas innecesarias a consultas externas.</b></li> </ul>
<b>Educación y experiencia del paciente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mejora en la educación</b> de los pacientes.</li> <li>• <b>Mayor satisfacción</b> del paciente.</li> <li>• <b>Mejor capacidad de respuesta y control</b> sobre su enfermedad.</li> <li>• <b>Disminución de los eventos adversos.</b></li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de Pérez-Pereda S., et al. (2019)<sup>42</sup>, Pozo-Rosich P., et al. (2019)<sup>43</sup>, Carrillo I., et al. (2019)<sup>44</sup> y las consideraciones de los expertos

## Número y distribución

En los últimos años, se ha incrementado el número de las UC en España; si bien, se considera que su **número sigue siendo escaso**<sup>43-46</sup>. La mayoría de los hospitales españoles no cuentan con Unidades o Consultas Especializadas de Cefalea.

Según los expertos, estas UC, ante la falta de una estrategia centralizada para la atención de la migraña, generalmente son impulsadas de **manera individual por profesionales sanitarios** con interés particular en la atención de los pacientes con cefalea. La **falta de visibilidad** de la migraña y la **falta de recursos** dificulta promover la creación de estas UC, según las consideraciones de los expertos.

En este marco, los expertos consideran que sería útil desarrollar una herramienta o estudio en el que se **valorasen las UC que serían necesarias** en España, para poder optimizar los recursos en la creación de estas Unidades.

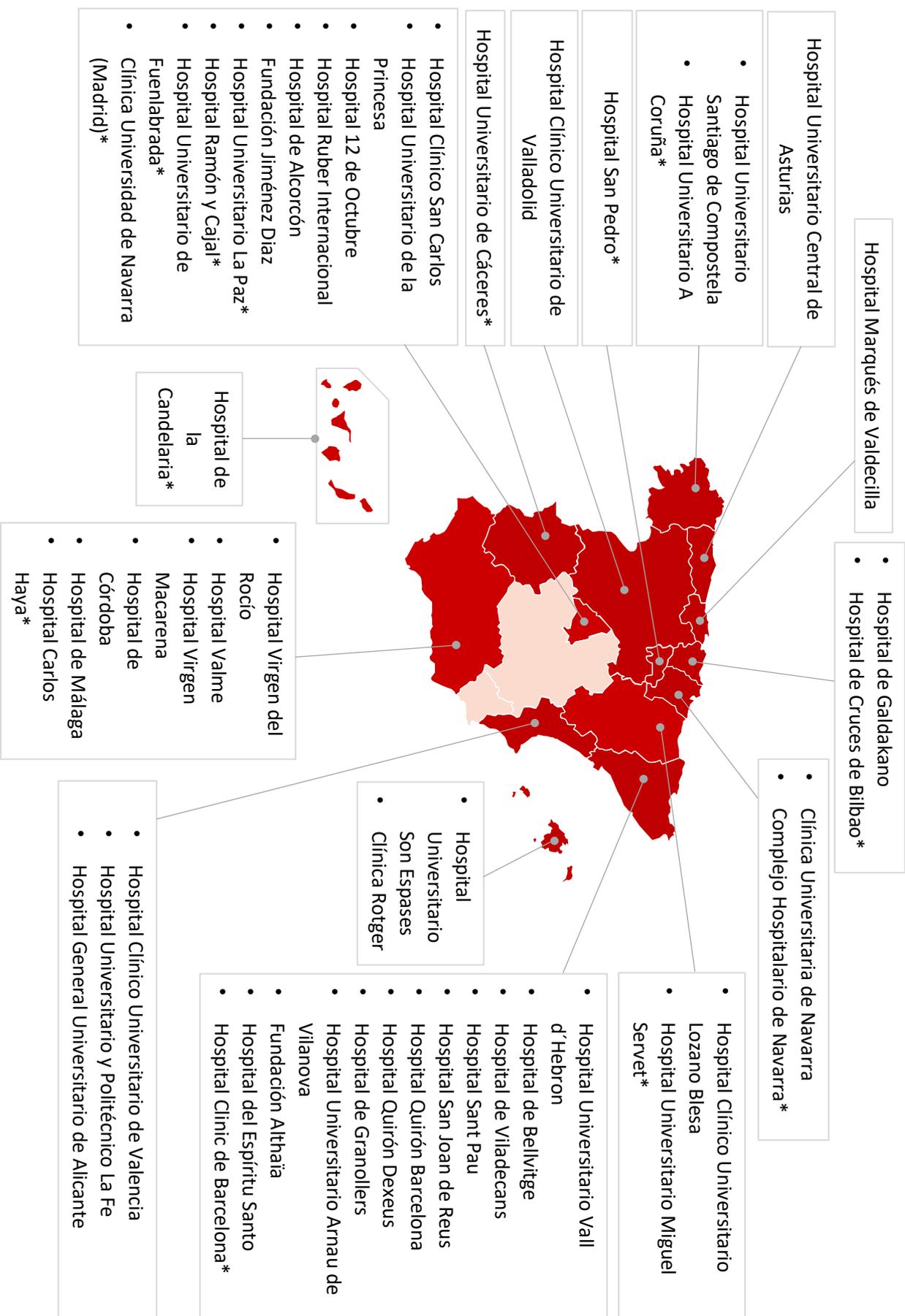
En cuanto a la **distribución** de las UC, los expertos consideran que **no es la adecuada**. En este sentido, según el Mapa de Unidades de Cefalea en España<sup>141</sup> elaborado por el GECSN, las Comunidades Autónomas de Murcia, Castilla La Mancha, Canarias y La Rioja no cuentan con Unidad de este tipo. Esta falta de UC en algunas CCAA dificulta la accesibilidad por parte de muchos pacientes que lo necesitan, y provoca inequidad entre las distintas CCAA. Además, los expertos destacan la **falta de homogeneidad** en las decisiones tomadas en los diferentes centros.



**“Los expertos consideran que el número de UC es insuficiente y que su distribución no es adecuada”**

A continuación, teniendo en cuenta el Mapa de Unidades de Cefalea identificado por GECSN y las consideraciones de los expertos, se propone el siguiente mapa (Fig. 18), en el que se incluyen las Unidades de Cefalea o Consultas Especializadas en la atención de cefaleas en España.

Figura 18. Unidades de Cefalea y Consultas Especializadas de Cefalea en España



(\*) Se indican Centros de Referencia con Consultas Especializadas en cefaleas destacados por los expertos que no están incluidas en el Mapa de Unidades de Cefaleas del GECSEN.

Fuente: Elaboración propia a partir del Mapa de Unidades de Cefaleas del GECSEN y las consideraciones de los expertos.

## Criterios de calidad asistencial, organización y derivación

En **España** actualmente **no existen UC acreditadas oficialmente** ni UC incluidas en la Relación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (**CSUR**) del Sistema Nacional de Salud<sup>142</sup>. Si bien, la SEN está trabajando actualmente en un **Proyecto de Acreditación de Unidades de Cefalea**, con el objetivo de estandarizar los criterios de funcionamiento y organización.



**“No hay UC acreditadas oficialmente en España. La SEN está llevando a cabo actualmente un Proyecto de Acreditación de UC”**

Los expertos consideran esencial el establecimiento y difusión de estos criterios estandarizados como forma de potenciar la extensión de las UC en los hospitales de España y disminuir la variabilidad observada entre las UC<sup>43</sup>. Se espera que en 2022 comience la acreditación de UC en España.

Pese a que no se trata de requerimientos oficiales, se ha **propuesto** el **contenido básico de la cartera de servicios** de una UC<sup>44,46,139,143</sup>, en términos de la actividad asistencial y recursos sanitarios y humanos mínimos deseables, así como en los servicios ofrecidos en materia de gestión clínica, atención centrada en el paciente, implicación comunitaria, gestión del conocimiento y de recursos humanos, investigación, docencia y difusión social (Tabla 12).

Tabla 12. Propuesta de cartera de servicios de una Unidad de Cefalea para ser valorada en función del tamaño y alcance de la Unidad

Cartera de servicios	Descripción
Actividad asistencial mínima deseable	Atención a más de 1000 pacientes al año, e inclusión de más de 400 pacientes nuevos/año.
Gestión clínica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gestión de los <b>canales de comunicación interna y externa</b>.</li> <li>Elaboración de <b>protocolos estandarizados de atención</b> y registro de actividad.</li> <li>Definición de la <b>estrategia asistencial</b> (normalmente con una vigencia de 4 años).</li> <li>Gestión de <b>documentación clínica</b>.</li> <li><b>Política y plan de seguridad clínica</b> del paciente.</li> <li>Garantizar la <b>asistencia multidisciplinar</b>. Idealmente, Enfermería especializada, Neurocirugía, Neurofisiología, Neuroimagen, Psicología, Psiquiatría, Fisioterapia, Logopedia Clínica, Cirugía Maxilofacial y Neuropediatría, coordinados por el Neurólogo responsable.</li> </ul>
Recursos sanitarios mínimos deseables	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Realización de tratamientos invasivos</b> con infiltraciones, bloqueos anestésicos y antiinflamatorios, y administración de toxina botulínica.</li> <li><b>Acceso</b> a Neuroimagen, Neurofisiología, Psicología, Psiquiatría y Neurocirugía.</li> </ul>
Atención centrada en el paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración de un <b>Plan Terapéutico Individualizado</b>.</li> <li><b>Actitud proactiva de escucha</b> al paciente.</li> <li><b>Educación y capacitación de pacientes</b>.</li> <li>Garantía de <b>accesibilidad a los profesionales mediante medios digitales</b>.</li> </ul>
Implicación Comunitaria	Implicación Comunitaria, a nivel <b>municipal, bienestar social, AAPP, ONGs</b> , etc.
Gestión del conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Planes de formación</b> de los <b>profesionales</b>.</li> <li>Capacidad de <b>actualizar las decisiones clínicas</b> en base a la práctica <b>basada en la evidencia</b>.</li> <li>Garantizar la <b>formación continuada de los profesionales</b> y asegurar el <b>relevo generacional</b>.</li> </ul>
Gestión de RRHH	<b>Seguridad laboral y plantilla profesional estable</b>
Investigación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participación en <b>proyectos de investigación traslacional</b> competitiva y en ensayos clínicos. Sería deseable que en las UC se realizaran los <b>tratamientos innovadores en forma de ensayos clínicos</b>.</li> <li>La actividad mínima de investigación deseable es una <b>publicación anual o dos comunicaciones</b>.</li> </ul>
Docencia	Al menos <b>dos ponencias anuales</b> (en la Facultad, a los residentes, a Atención Primaria o a atención especializada).
Difusión social	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de Comunicación.</li> <li>Presencia en redes sociales.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de Carrillo I., et al. (2019)<sup>44</sup>, PENTIEN II (2017)<sup>46</sup>, Sánchez-del-Río M., (2015)<sup>139</sup>, Calité Universitat Miguel Hernández<sup>143</sup> y las consideraciones de los expertos.

Por otro lado, con el objetivo de evaluar la calidad del abordaje asistencial del paciente con cefalea, se ha propuesto un **cuadro de mando básico de trece indicadores**<sup>19,44,143</sup> de calidad asistencial en las UC en España. Estos indicadores cubren cinco aspectos (efectividad, atención centrada en el paciente, seguridad del paciente, accesibilidad y adecuación)<sup>44</sup> y fueron analizados en siete Unidades especializadas en Cefalea españolas en 2019. En este estudio, se alcanzó el estándar de consenso en ocho de los trece indicadores y las UC mostraron un mejor desempeño en estos indicadores que las consultas tradicionales de cefaleas. Se concluyó que

los trece indicadores de resultado propuestos parecen **óptimos** para la evaluación de la calidad asistencial de los pacientes con cefalea<sup>43</sup>.

En cuanto a los **criterios de derivación** a las UC o Consultas Especializadas de Cefalea, desde la SEN se han definido los criterios de derivación desde AP, Urgencias y Neurología<sup>13,144,145</sup>. Según los expertos, esta derivación **no se lleva a cabo de manera adecuada** en muchas ocasiones, pues es habitual que los pacientes lleguen a las UC o Consultas Especializadas sin las pruebas complementarias adecuadas, sin seguir el circuito asistencial adecuado, y no siempre en el momento más idóneo o con la urgencia o prioridad necesaria.

## Claves



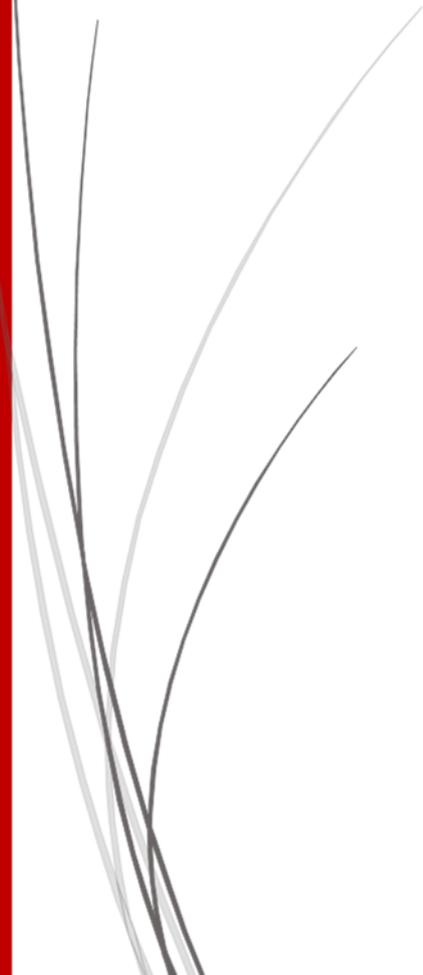
### Organización de la atención sanitaria

-  La **visibilidad y prioridad** de la migraña en el Sistema Nacional de Salud **no es suficiente**, ya que no cuenta con los recursos necesarios para su correcto abordaje, como su inclusión en planes o estrategias sanitarias a nivel nacional y/o autonómico.
-  A nivel nacional, existen **Grupos de Estudio y una Asociación de Pacientes** dedicados la migraña y otras cefaleas.
-  Existen **varias guías, protocolos y documentos de referencia** a nivel nacional, si bien es necesario potenciar su difusión.
-  Las CCAA cuentan con **escasos recursos** para el **abordaje de la migraña**.
-  Actualmente la **distribución de Unidades de Cefaleas o centros de referencia** **no se considera suficiente**, debiendo así impulsarse la creación de estas unidades y su acreditación a través de estándares de calidad definidos.



# ESTADO DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES

---



## 8. Estado de información para pacientes

Según las consideraciones de los expertos, la información es 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.

En este sentido, se ha demostrado que las personas con migraña que tienen un mayor conocimiento de su enfermedad y participan en programas educativos y de desarrollo para su autocuidado **reducen el impacto que la migraña produce en su calidad de vida** y ganan una **mayor confianza** en su propia capacidad para controlar su migraña<sup>74</sup>. Así, una **adecuada formación** del paciente contribuye a su **empoderamiento** y aporta una mejora significativa al manejo de la patología.

En este contexto, y pese a que hay consenso acerca de la gran importancia de proporcionar una adecuada información al paciente, los expertos consideran que la información proporcionada a los pacientes sobre la migraña **no es suficiente**. Esto puede deberse a que no se dispone de **tiempo** suficiente en consulta, a que existe una **falta de recursos** que permitan la transmisión de información o bien a que hay una **falta de formación** de los profesionales sanitarios en relación a la migraña<sup>48</sup>. Los propios pacientes consideran insuficiente la información que los profesionales sanitarios les proporcionan acerca de su migraña y tratamiento<sup>2,47</sup>.

De esta manera, los expertos consideran clave mejorar la información que se les proporciona en todos los niveles asistenciales<sup>47,146,147</sup>, destacando la necesidad de fomentar la **“prescripción de información”**, con el objetivo de que el paciente tenga una información de calidad, adecuada, accesible y fiable que realmente contribuya a mejorar su conocimiento y control sobre su enfermedad.



**“La información es un proceso clave en el empoderamiento del paciente, por lo que debe fomentarse la *prescripción de información*”**

A continuación, se expone la información que debería ser facilitada a los pacientes, los requisitos que esta información debería cumplir y los recursos actuales de información disponibles en España.

## 8.1 Información clave que se debe facilitar al paciente, requisitos y colaboración multidisciplinar

Según los expertos, la **información clave** que se le debería proporcionar al paciente por parte de los profesionales sanitarios es la siguiente:

- **Causas de la migraña y sus mecanismos básicos.**
- **Identificación de las señales de alerta, evaluación de pródromos y diferenciación de los tipos de cefalea.**
- **Explicación del tratamiento sintomático y preventivo, sus objetivos, efectos adversos, importancia de la adherencia terapéutica y gestión de las expectativas del tratamiento.**
- **Hábitos de prevención y estilos de vida favorables.** El paciente debe estar informado sobre cómo identificar los factores desencadenantes potenciales, controlar los estímulos nocivos e identificar pautas para llevar un estilo de vida que le pueda ayudar a afrontar su migraña.

Por otra parte, los expertos destacan que la información proporcionada a los pacientes **debe cumplir** los siguientes **requisitos**:

- Estar **consensuada y planificada** entre los profesionales sanitarios que participan en el abordaje del paciente con migraña (AP, Neurología, Enfermería, Servicios de Urgencias, Farmacia Comunitaria, Farmacia Hospitalaria) y la Asociación de Pacientes AEMICE.
- Estar **adaptada** según el perfil de cada paciente.
- Expresada en un **lenguaje claro y sencillo.**
- Ser **veraz y fiable**, de manera **contrastada** por los profesionales y **apoyada en documentación de referencia.** En este sentido, los expertos destacan la importancia de que la información cuente con un aval científico de calidad, por parte de las SSCC o de iniciativas como Salud sin Bulos\*.
- Facilitarse al paciente desde el momento del **diagnóstico.**

---

\* *Salud sin Bulos* es una iniciativa cuyo objetivo principal es combatir los bulos de salud en internet y las redes sociales, para contribuir a que exista información fiable y veraz en la red.

En esta línea, los expertos destacan que, para lograr una adecuada transmisión de la información al paciente, es necesaria la **colaboración multidisciplinar** entre los profesionales sanitarios de todos los niveles asistenciales y asegurar la **homogeneidad** en la información proporcionada.



“La información proporcionada al paciente debe ser homogénea”

Los expertos refieren las siguientes recomendaciones en cuanto a la información proporcionada al paciente desde cada nivel asistencial:

- **Atención Primaria:** se debe explicar la migraña como **enfermedad biológica primaria**, así como el **tratamiento no farmacológico o medidas generales**, el **tratamiento farmacológico** y la **ruta asistencial** que el paciente va a seguir, de manera clara y concisa.
- **Neurología:** se debe explicar la **patología** de la migraña y su **tratamiento** de manera **integral** y se debe desarrollar una “**estrategia de información**” en la que el paciente adquiera el control de su enfermedad junto con el médico.
- **Consultas de Enfermería:** se debe educar al paciente en los **hábitos preventivos**, identificación de **factores desencadenantes** y **estilos de vida saludable**, así como en el **registro** de las crisis mediante un diario de cefalea, en las escalas de valoración clínica, discapacidad y de calidad de vida relacionadas con la migraña, y en el **tratamiento** (preventivo y agudo), sobre todo en lo referente a la vía de la administración, dosis, adherencia, gestión de las expectativas y efectos adversos. Se debe reivindicar el papel de la enfermera como **soporte esencial** para la formación del paciente y desarrollar las **herramientas tecnológicas** para facilitar el contacto con la misma.
- **Servicios de Urgencias:** se debe proporcionar información sobre las **causas** de la **sintomatología**, las **pruebas** que se le van a realizar y el **tratamiento** que va a recibir. Se deben emitir **recomendaciones** y **pautas** a seguir al alta.
- **Farmacia Hospitalaria:** participa en la explicación del **circuito asistencial** y del **tratamiento** (principalmente de los anticuerpos monoclonales frente a CGRP), así como en la gestión de las **expectativas** y la descripción de los pasos a seguir en caso de **fallo**

**terapéutico.** Asimismo, puede reforzar la educación del paciente en lo relativo a los **hábitos de prevención** y a la **cumplimentación adecuada del diario de cefalea** y de los **cuestionarios de seguimiento**, para poder evaluar la efectividad y seguridad de los tratamientos prescritos.

- **Farmacia Comunitaria:** contribuye a la formación del paciente en el **tratamiento y los hábitos de prevención.** Además, puede participar en la educación del paciente en términos de la identificación de factores desencadenantes, la importancia de acudir a la **consulta médica** y el **uso excesivo de la medicación analgésica** como **factor de cronificación.**

A continuación, se muestra un ejemplo del proceso de elaboración de materiales informativos (Fig.19), desde su planificación hasta la “prescripción” de esta información, para lograr el empoderamiento del paciente.

Figura 19. Empoderamiento del paciente desde la información proporcionada por los profesionales sanitarios.



Fuente: Elaboración propia según las consideraciones de los expertos

## 8.2 Recursos disponibles para pacientes

### Recursos en red

Las personas con migraña no sólo consultan a los profesionales sanitarios información sobre su enfermedad, sino que tienden a acudir a **internet**. De hecho, la búsqueda en internet se posiciona por encima del farmacéutico de calle y de las AAPP como fuente de confianza<sup>77</sup>.

Pese a que las tecnologías de la información han permitido trabajar en el autocuidado del paciente<sup>31</sup>, los pacientes pueden encontrar en la red una **gran cantidad de información no clasificada, con bajo nivel de legibilidad, que difícilmente pueden contrastar** y que puede que no esté basada en la información adecuada<sup>148,149</sup>. Esto podría ocasionar una barrera en la difusión de información médica adecuada relacionada con la migraña e incluso contribuir negativamente a la formación del paciente, según las consideraciones de los expertos.

Por ello, los expertos coinciden en que es necesario desarrollar un **repositorio de recursos de información de referencia**, de calidad y veraz, que sea **divulgado** a todos los profesionales sanitarios y “**prescrito**” a los pacientes.

En este sentido, se han identificado recursos de información relacionados con la migraña disponibles en España actualmente, cuyo objetivo es ofrecer información y recursos formativos de calidad sobre aspectos diagnósticos, terapéuticos, sociales y laborales de la enfermedad y ser punto de encuentro entre pacientes, familiares y médicos.

En cuanto a los recursos en red **específicos sobre migraña y cefalea**, se han identificado los siguientes:



**Midolordecabeza.org**, espacio dedicado a la cefalea tanto para pacientes como para profesionales, que ofrece la posibilidad de cumplimentación de diario de cefalea, seguimiento mediante escalas (que se pueden enviar al médico para optimizar la anamnesis), un foro para compartir experiencias y un blog con información de actualidad, llevado a cabo por especialistas. También pretende ser un punto de información sobre acceso a proyectos de investigación.



**Dolordecabeza.net**, página web de la **Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE)**, en la que se ofrece información sobre la migraña como enfermedad, su diagnóstico, tratamiento y prevención, así como de la actualidad científica en el ámbito de cefaleas, información sobre estilos y calidad de vida y campañas y eventos que se realizan. Además, ofrece información sobre cómo participar en ensayos clínicos.



**Migrainetrust.org**, organización benéfica de Reino Unido cuyo objetivo es empoderar, informar y apoyar a las personas que padecen migraña, así como fomentar y financiar la investigación de la migraña y la educación de los profesionales de la salud. Constituye una comunidad activa y solidaria (PABM) de personas afectadas por la migraña. Se ha incluido este recurso por recomendación específica de los expertos.

Además, los pacientes disponen de otros recursos en red que, **sin ser específicos para la migraña**, proporcionan información de calidad y veraz sobre esta enfermedad:



**Neurowikia.es**, portal colaborativo contenidos en neurología y neurociencias clínicas, fruto del trabajo voluntario de profesionales. Sin ser específica para la migraña, ofrece información sobre la misma, su fisiopatología, epidemiología y comorbilidades, así como los aspectos clínicos, los tipos de migraña y su tratamiento.



**Mayoclinic.org**, entidad sin ánimo de lucro dedicada a la práctica clínica, la educación y la investigación que proporciona información sobre una gran cantidad de patologías, entre las que se encuentra la migraña. Aunque no es específica para la migraña, cuenta con más de 100 artículos dedicados a la migraña, en los que se tratan diferentes aspectos (definición, tratamientos, síntomas y causas, prevención, médicos y departamentos relevantes, etc.)



**Pacientesemergentes.es**, web creada por SEMERGEN cuyo objetivo es informar y formar al paciente con criterios médicos adecuados, consensuados y documentados, ofreciendo orientaciones médicas a través de un sistema de “Preguntas y Respuestas”, si bien no contiene un área específica para migraña.



**Conectandopacientes.es**, plataforma especializada en salud donde se comparten noticias y experiencias de los propios pacientes. Cuenta con una Comunidad de pacientes de migraña, en la que se ofrece información sobre la migraña, sus causas, y tratamiento. Además, proporciona acceso a las noticias recientes sobre esta enfermedad, y acceso al foro de migraña de la comunidad, donde el paciente puede preguntar todo aquello que le preocupe o interese.

Adicionalmente, los expertos indican que las **páginas webs de las propias SSCC** relacionadas con el abordaje de las cefaleas proporcionan información de interés para los pacientes con migraña, como infografías, noticias, recursos educativos, etc.

## Aplicaciones móviles

Los pacientes, como recurso para el manejo de su migraña y en el que encontrar información, cuentan también con **aplicaciones para móviles**.

Debido al uso creciente y extendido de las nuevas tecnologías, los expertos consideran que se debería generalizar la utilización de aplicaciones móviles para la migraña, con el objetivo de mejorar la información proporcionada al paciente, el entendimiento de su patología y su participación en el control de su enfermedad.

En este sentido, las aplicaciones móviles, según la bibliografía<sup>150</sup> y las consideraciones de los expertos, podrían facilitar diferentes aspectos relacionados con el abordaje asistencial del paciente con migraña, tales como:

- ✓ **Controlar los factores desencadenantes** de la migraña
- ✓ **Mantener un registro detallado** de los episodios de dolor (frecuencia, duración, gravedad, localización, medicación tomada)
- ✓ **Compartir información con el médico**, a través de la **generación de informes completos y sencillos**.
- ✓ Establecer un **contacto en tiempo real con el médico**, ya que algunas de estas aplicaciones ofrecen una interfaz específica para profesionales sanitarios
- ✓ Mejorar el **conocimiento global de la enfermedad**, pues algunas de estas aplicaciones conectan los datos de pacientes de manera anónima.

Teniendo en cuenta las recomendaciones de HealthLine<sup>150</sup> y las consideraciones de los expertos, las aplicaciones más destacadas para el manejo de la migraña son: **Migraine Buddy, Migraine Health Line, Headache Log, Manage My Pain (MMP), My Migraines, Curelator N1-Headache, iMigraine, Migräne y Migraine Monitor.**

## Documentos de soporte por escrito

Según las consideraciones de los expertos, un **reto** actual en la formación del paciente con migraña es el suministro de **documentos informativos** desde la consulta médica que sean **útiles** y contribuyan al **empoderamiento** del paciente.

En este sentido, los expertos hacen referencia a la necesidad de mayor material informativo y de soporte proporcionado por las Sociedades Científicas o las AAPP.

Según los expertos, una iniciativa realmente útil es la elaboración de un **kit de información esencial dirigido a pacientes con migraña**. En la elaboración de este kit, deberían participar **AP, Neurología, Urgencias, Farmacia Hospitalaria, Farmacia Comunitaria y Enfermería, así como representantes del ámbito laboral y de las Asociaciones de Pacientes**. Este material debería contener una explicación comprensible e

ilustrativa de la enfermedad y de sus causas, factores desencadenantes y hábitos de prevención; proceso diagnóstico y opciones terapéuticas disponibles, así como de los recursos y fuentes de información recomendadas. Este kit debería contar con un aval científico o sello de calidad.

Otros recursos que sería conveniente desarrollar y divulgar, según los expertos, son recursos o documentos específicos para la **preparación de la consulta del médico**, para que esta sea más eficiente y lograr así un mejor abordaje terapéutico. Pese a que este tipo de recursos están disponibles en algunas de las páginas webs y aplicaciones mencionadas, es necesario una difusión generalizada de los mismos, desde los profesionales sanitarios hasta los pacientes.



“Se recomienda elaborar un kit de información esencial para los pacientes con migraña”



### Estado de información para pacientes

-  La **información proporcionada** a los pacientes en relación con la migraña **no es suficiente**, por ello, los profesionales sanitarios deben promover la “**prescripción de información**” veraz y fiable para mejorar el manejo de la enfermedad, fomentar el empoderamiento del paciente y la toma de decisiones compartidas.
-  Se debe **facilitar información** sobre las **causas** de la migraña, los **factores desencadenantes** y las **señales de alerta**, los **tratamientos** y **hábitos de prevención**, a través de una estrategia educativa que cuente con la **colaboración multidisciplinar** de los distintos profesionales sanitarios.
-  La información debe trasladarse desde el momento del **diagnóstico** y debe ser **homogénea, clara y veraz, adaptándose** a las circunstancias y perfil de cada paciente
-  Existen **recursos informativos** que el paciente puede consultar **en red**, si bien se requiere la **difusión** de los **recursos de referencia** desde los profesionales sanitarios al paciente.
-  Es recomendable el **desarrollo de documentos de soporte por escrito**, como un **kit de información esencial** al paciente.



# INVESTIGACIÓN EN MIGRAÑA

---



## 9. Investigación en migraña

Para toda patología, la investigación es la manera de poder **avanzar en el conocimiento** de la enfermedad y **mejorar las opciones terapéuticas**, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

**Europa** destaca a nivel internacional en la investigación en el campo de la migraña<sup>151</sup>. En este contexto europeo, España tiene una **importante actividad investigadora** en migraña y cefalea a través de la realización de ensayos clínicos y proyectos de investigación, impulsados desde Grupos de Trabajo e Institutos de Investigación tanto a nivel nacional como autonómico, dedicados de manera transversal y/o específica a la migraña y otras cefaleas.

Dicho lo anterior, sigue existiendo una **falta de fondos y de concienciación** de la **migraña** como **área prioritaria en la investigación** en España, según las consideraciones de los expertos y los datos de diferentes estudios<sup>37,49,50</sup>. En este sentido, la financiación en proyectos de investigación en migraña es insuficiente, a pesar de su elevada prevalencia, la discapacidad que induce y el impacto económico de la enfermedad<sup>37,49,50</sup>. Esta falta de fondos podría deberse, entre otros factores, al **estigma** existente asociado a esta patología, que está presente también a nivel de formulación de los responsables de formulación de las Políticas de Salud y asignación de fondos para la investigación<sup>49</sup>.



A continuación, se exponen las líneas prioritarias de investigación que deberían impulsarse en nuestro país y los Grupos de Trabajo y proyectos de investigación, tanto a nivel nacional como autonómico.

### 9.1 Líneas de investigación y proyectos clave

En 2010, la SEN elaboró un **Documento de consenso sobre estrategias y prioridades de la Investigación de enfermedades neurológicas en España**<sup>152</sup>. En las prioridades de la investigación, se incluye como gran área temática la cefalea y se incluyen como áreas de investigación prioritarias:

- **Creación de registros de pacientes a nivel nacional** para la realización de **estudios clínico-epidemiológicos de cefaleas primarias.**
- Factores asociados a la **cronificación de la migraña.**
- **Estudios genéticos y farmacogenómicos** en cefaleas primarias.
- Favorecer la recogida de **muestras biológicas y/o genéticas humanas** de pacientes con cefaleas que incluyan información asociada de alta calidad para promover la realización de estudios cooperativos.
- **Mecanismos periféricos y centrales** implicados en la génesis de las cefaleas primarias.
- **Estudios multicéntricos** para evaluar la eficacia de procedimientos invasivos (bloqueos, neuro estimuladores, etc.) en cefaleas primarias.
- **Estudios multicéntricos** para evaluar la **eficacia de tratamientos farmacológicos** emergentes en cefaleas primarias.
- **Factores de predicción de eficacia terapéutica** para distintos tratamientos que permitan personalizar las terapias.

Los expertos, por su parte, destacan como líneas de investigación clave:

- **Investigación básica** sobre las causas de la migraña y desarrollo de nuevas dianas terapéuticas.
- Relación de la **migraña** con la **regulación del dolor central.**
- **Causas de cronificación de la migraña** y de aparición de **migrañas refractarias.**
- Desarrollo de **nuevas opciones terapéuticas.**
- **Investigación a nivel psicosocial** del impacto de la migraña.
- Valoración de los **aspectos psicológicos y psiquiátricos** asociados a la cronificación.
- Investigación en **biomarcadores** que permitan el **diagnóstico, pronóstico y personalización del tratamiento** en pacientes con migraña.
- Investigación por parte de **Enfermería**, en lo referido a la educación del paciente, a la formación de las enfermeras, desarrollo de Planes de Cuidados especializados, mejora de la adherencia al tratamiento y concienciación social.
- Desarrollo de estudios post-autorización y de adherencia en colaboración con **Farmacia Comunitaria.**

Entre los expertos hay consenso en que el gran avance relacionado con la investigación de la migraña en los últimos años es el desarrollo de los anticuerpos monoclonales.

Además, los expertos destacan ciertas **iniciativas o proyectos de investigación colaborativos** que se podrían llevar a cabo entre los diferentes agentes involucrados en la atención del paciente con migraña (Farmacia comunitaria, Farmacia Hospitalaria, AP, Urgencias, Neurología y Unidades de Cefalea, Enfermería y las AAPP):

- Estudio de **adherencia y seguimiento terapéutico** coordinado entre **Farmacia Comunitaria y Farmacia Hospitalaria**, que desembocase en buenas prácticas de trabajo coordinado entre ambas.
- Estudio **colaborativo** entre la **SEN, SEDENE y AEMICE**, haciendo un análisis de la **visión del paciente**.
- Estudio colaborativo de **valoración de los fármacos preventivos** entre **Neurología y AP**, teniendo en cuenta tanto el fármaco como los factores psicosociales que influyen en la vivencia del dolor del paciente.
- Trabajos de investigación **a nivel psicosocial**, en los que participen todos los agentes implicados, para lograr un adecuado enfoque biopsicosocial de la migraña.

## **9.2 Centros, grupos y líneas de investigación de migraña en España**

### **Investigación de la migraña nivel nacional: Grupos de Trabajo y Ensayos Clínicos**

#### **Grupos de Trabajo**

En España existen Sociedades Científicas que cuentan con Grupos de Trabajo consolidados a nivel nacional, dedicados de manera transversal y/o específica a la migraña y otras cefaleas (Tabla 13). Estos Grupos pretenden aumentar el conocimiento sobre las cefaleas y su divulgación, promoviendo una mejora en el abordaje de la patología desde todos los niveles asistenciales.

De los Grupos de Trabajo nacionales identificados, hay dos Grupos de Trabajo y una Asociación que llevan a cabo proyectos de investigación dirigidos específicamente a las cefaleas (GECSEN, GECSENE y AEMICE, respectivamente).

Tabla 13. Grupos de Trabajo nacionales y líneas de investigación de la migraña

Grupo de Trabajo	Líneas / Proyectos / Objetivos de investigación
GECSSEN	Su objetivo es <b>aumentar el conocimiento sobre cefalea y divulgarlo</b> , habiendo participado en más de cien proyectos de investigación. En los últimos 10 años, ha participado en más de 50 proyectos publicados sobre la migraña y otras cefaleas. Además, facilita becas para promover trabajos de investigación en cefaleas y promueve la investigación colaborativa.
GECSSENE	Fomenta la <b>publicación y divulgación de resultados de investigación</b> y desarrolla la <b>formación</b> de las enfermeras en cefalea. Además, trabaja, entre otros proyectos, en la <b>definición de los estándares de calidad</b> de los cuidados de Enfermería en pacientes con cefalea, en el desarrollo de <b>programas de formación</b> y capacitación específica para enfermeras y en impulsar la <b>investigación enfermera en cefalea</b> , en ocasiones en colaboración con otras entidades.
Grupo de Trabajo del Dolor y Grupo de Atención Farmacéutica en Enfermedades Neurológicas de la SEFH	El <b>Grupo de Dolor de la SEFH</b> ha trabajado en proyectos que impactan en la atención de las cefaleas, tales como: <b>formación continuada de los farmacéuticos hospitalarios</b> , realización de <b>protocolos y guías</b> clínicas de los distintos tipos de <b>dolor</b> y “ <b>Proyecto MedPain</b> ”, en el que se realizan estudios de utilización, estabilidad y compatibilidad de analgésicos, tratamiento sintomático utilizado en migraña. Por su parte, el <b>Grupo Español de Atención Farmacéutica en Enfermedades Neurológicas (GEAFEN)</b> ha iniciado un estudio multicéntrico para evaluar los <b>resultados en vida real</b> del uso de los <b>anticuerpos monoclonales</b> para la <b>profilaxis de la migraña</b> en hospitales españoles.
Grupo de trabajo de neurología de SEMERGEN	Este grupo pretende <b>difundir conocimiento</b> sobre las enfermedades neurológicas y <b>desarrollar aplicaciones prácticas</b> como la exploración neurológica. Entre sus áreas de actuación se encuentran las <b>cefaleas</b> .
Grupo de trabajo de Dolor de SEMES	Lleva a cabo iniciativas que impactan de manera transversal en el abordaje de la migraña, pues abordan el ámbito del <b>dolor</b> en colectivos de riesgo, desarrollo de <b>protocolos de actuación</b> en las patologías más prevalentes, difusión de las <b>diferentes escalas analgésicas</b> y aprendizaje de técnicas en Urgencias.
Grupo de Neurología – Cefaleas de SEMG	Desarrolla <b>material útil, sencillo y aplicable</b> a la realidad de la consulta diaria de <b>Atención Primaria</b> relacionado con la <b>Neurología</b>
AEMICE	<b>Participa, colabora e impulsa</b> distintos proyectos de investigación de migraña y cefalea a nivel nacional

Fuente: Elaboración propia a partir de la búsqueda bibliográfica y las consideraciones de los expertos.

## Ensayos clínicos

**España es el país europeo en el que más ensayos clínicos relacionados con la migraña se están realizando.**

Actualmente, hay 22 ensayos clínicos en activo relacionados con la migraña, en su mayoría en **fase III y IV**. Además, hay cuatro ensayos clínicos a punto de iniciarse, todos ellos relacionados con la profilaxis de la migraña\*

\* Obtenido de [clinicaltrials.org](http://clinicaltrials.org) y [reec.aemps.es](http://reec.aemps.es). Consultado: mayo 2021.

Los ensayos clínicos que se están realizando actualmente abordan diferentes aspectos del abordaje de la migraña. Actualmente, en España se están llevando a cabo ensayos clínicos sobre:

- **Probióticos** para la **profilaxis** de la migraña.
- **Anticuerpos monoclonales anti-CGRP** en distintas **condiciones**.
- **Marcadores biológicos de predicción de respuesta a tratamientos** (Onabotulinumtoxina A y anticuerpos monoclonales anti-CGRP, fundamentalmente).
- **Tratamientos agonistas selectivos del receptor de serotonina**.
- **Gepantes** en **poblaciones específicas**.

Los expertos consideran que la migraña se encuentra actualmente en un **momento de expansión** en nuestro país en lo que se refiere a la realización de ensayos clínicos, por lo que es necesario seguir potenciando la investigación sobre nuevas opciones terapéuticas y la participación de los pacientes en estos estudios.

## **Investigación de la migraña nivel autonómico: Institutos y centros de investigación.**

### **Institutos de investigación sanitaria acreditados con proyectos de investigación migraña y otras cefaleas**

En España existen 31 Institutos de Investigación Sanitaria Acreditados por el Instituto de Salud Carlos III, con acreditación vigente en 2019. De la información disponible públicamente, se ha identificado que sólo 8 poseen grupos y proyectos de investigación en relación con la migraña y otras cefaleas, en las Comunidades Autónomas de Cataluña, Aragón, Cantabria, Castilla y León, Comunidad de Madrid y Galicia (Tabla 14).

Estos Grupos cuentan con diferentes líneas de investigación sobre la migraña y otras cefaleas, entre las que se encuentran el estudio de la genética de la migraña, la identificación de biomarcadores, estudio del tratamiento preventivo e investigación epidemiológica.

Tabla 14. Institutos de investigación autonómicos y líneas de investigación de la migraña

CCAA	Grupo y Centro de Investigación	Líneas / Proyectos de Investigación
Cataluña	Grupo de Investigación en Cefalea y Dolor Neurológico del Institut de Recerca Hospital Universitari Vall d'Hebron-VHIR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cerebro neurosensorial:</b> genética de la migraña y otras cefaleas primarias, neurofisiología y neuroimagen (Programa Migraine Adaptative Brain)</li> </ul>
Aragón	Grupo de trastornos del movimiento y cefaleas del Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón – IIS Aragón	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Migraña, migraña crónica y su comorbilidad ansioso-depresiva:</b> epidemiología, tratamiento y estudios neurosomnológicos</li> </ul>
Cantabria	Grupo de Cirugía y Genética de las Cefaleas del Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla - IDIVAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Genética</b> de la migraña</li> </ul>
Castilla y León	Grupo de Investigación en Cefaleas y dolor neuropático del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca-IBSAL.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Identificación de marcadores biológicos</b> para el diagnóstico, caracterización clínica, pronóstico y monitorización de la respuesta al tratamiento en cefaleas.</li> <li>• <b>Desarrollo de umbrales de dolor a la presión</b> como herramienta diagnóstica y pronóstica de cefaleas primarias.</li> <li>• <b>Conectividad estructural y funcional</b> estudiada por neuroimagen y electroencefalografía en cefaleas primarias</li> </ul>
Comunidad de Madrid	Grupo de neurología y enfermedades cerebrovasculares del Instituto de Investigación Sanitaria Hospital La Paz-IDIPAZ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Investigación en cefalea y dolor neuropático: sensibilización central</b> en cefaleas primarias, potenciales <b>biomarcadores diagnósticos y de respuesta</b> a Onabotulinumtoxina A en Migraña Crónica y eficacia y seguridad de la <b>neuroestimulación occipital</b> en cefaleas crónicas refractarias.</li> </ul>
	Grupo de Enfermedades Cerebrovasculares del Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Universitario de La Princesa-IIS-PRINCESA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilización de la <b>toxina botulínica</b> en migraña crónica y el bloqueo del nervio occipital para el tratamiento de cefaleas.</li> <li>• Monitorización de <b>variables biométricas y biofísicas</b> en pacientes con migraña para predecir las crisis</li> </ul>
	Grupo de Neurociencia: Enfermedades Neurológicas del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos – IdISSC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Investigación epidemiológica</b> de las cefaleas infrecuentes e investigación clínica en cefalea.</li> </ul>
Galicia	Grupo de Investigación en Neurociencias del Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela – IDIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda de <b>nuevas dianas terapéuticas</b> y la <b>mejora del manejo clínico-terapéutico</b> del paciente neurológico en cefaleas</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia a partir de la búsqueda bibliográfica y la relación de Institutos de Investigación sanitaria acreditados por el I.S. Carlos III, con acreditación vigente en 2019<sup>153</sup>

## Otros centros de investigación

Aparte de los Institutos de Investigación Sanitaria acreditados por el ISCIII, algunas CCAA cuentan con otros Centros de Investigación que llevan a cabo líneas o proyectos relacionados con la migraña. Algunos ejemplos son:

- **Proyecto Neuroreca**, que incorpora a todos los centros sanitarios con asistencia neurológica en **Andalucía** y cuenta con un área de interés específica (ARIE) en Cefaleas ("**ARIE Cefaleas**"), en la que se realizan proyectos de investigación colaborativos y jornadas de información.
- **Grupo de Estudios sobre Cefaleas, Fibromialgia, Fármacos Activos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) de la Universidad de Granada**, que investiga la fisiopatología y el tratamiento de las cefaleas, así como la función cognitiva y psicosocial en pacientes.
- **Sublínea de Biomarcadores de Patología Neurológica del ISPA**, que cuenta con una línea en Investigación en migraña y otras cefaleas, en la que se aborda el estudio de biomarcadores de MC y de respuesta al tratamiento con Onabotulinumtoxina A, así como el estudio del papel de la activación endotelial en el desarrollo de la MC y las posibles repercusiones vasculares.
- **Proyecto Geneurona**, liderado por la **Clínica Universidad de Navarra**, que busca la implantación del diagnóstico genómico de la epilepsia y la migraña en la práctica clínica para el diagnóstico de fenotipos clínicos y evaluación pronóstica de pacientes



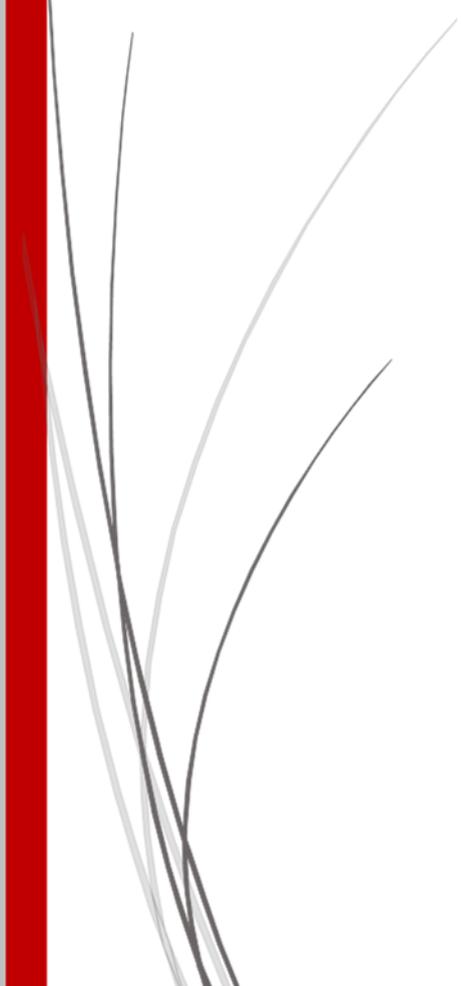
### Investigación en migraña

-  Aunque España tiene una **importante actividad investigadora** en migraña y cefalea a través de la realización de ensayos clínicos y proyectos de investigación impulsados desde Grupos de Trabajo e Institutos de Investigación, los expertos consideran que debe **impulsarse la investigación y apoyar vías para su financiación**, pues **los fondos destinados actualmente no son suficientes**.
-  Según los expertos deben **priorizarse líneas de investigación** enfocadas a la etiopatogenia, identificación de biomarcadores, medicina personalizada, desarrollo de nuevas dianas terapéuticas, estudio del impacto psicosocial, valoración de los aspectos psicológicos y psiquiátricos, investigación sobre la educación y estudios para mejorar la adherencia los fármacos preventivos.
-  Con la **colaboración de los distintos agentes implicados**, se podrían llevar a cabo **proyectos de investigación colaborativos** que contribuirían a un mejor manejo de la enfermedad.



**CALL TO ACTION.  
NECESIDADES Y  
OPORTUNIDADES DE  
MEJORA**

---



## 10. Call to action. Necesidades y oportunidades de mejora en el abordaje de la migraña en España

Teniendo en cuenta el análisis de la **información y documentación** obtenida tanto de fuentes primarias (informes de SSCC y grupos de interés, guías clínicas, publicaciones científicas, documentación pública) como secundarias (entrevistas y consideraciones del Comité Asesor), se presenta una propuesta de necesidades y oportunidades de mejora para el abordaje de la migraña en España.

Las necesidades y oportunidades de mejora identificadas se agrupan en los siguientes ámbitos:



**Epidemiología, carga y coste de la migraña**



**Abordaje clínico**



**Organización sanitaria**



**Información proporcionada a los pacientes**



**Investigación en migraña**



## Epidemiología, carga y coste de la migraña

1. Realizar un **abordaje de la migraña** más orientado a la **mujer**, especialmente teniendo en cuenta aspectos que permitan un adecuado desarrollo e integración en el ámbito laboral.
2. Fomentar la **visibilidad y concienciación** de la **migraña infantil**, mediante la formación específica de los profesionales de Pediatría, así como de los profesionales educativos.
3. Promover la realización de **estudios de costes** asociados a la migraña que permitan evaluar **costes indirectos, carga social y laboral**. Es importante considerar el impacto de un adecuado manejo de la migraña para el empleador.
4. Promover el **reconocimiento de la discapacidad** de la migraña a nivel de la **administración y empresarial** para facilitar los trámites de solicitud de discapacidad.
5. A **nivel empresarial**, fomentar la instauración de **medidas** en el entorno laboral, tales como otorgar una mayor protección social, adaptar el entorno de trabajo, facilitar la concesión de bajas laborales y asunción de su coste por parte del SNS.
6. Potenciar y evaluar la **implementación** de **medidas** que puedan **reducir el impacto económico** de la migraña, tales como el diagnóstico precoz, aumentar la concienciación de la migraña, estandarizar la atención del paciente, fomentar un tratamiento sintomático adecuado, promover la prescripción del tratamiento profiláctico y potenciar la realización de estudios de fármaco economía y de costes.
7. Fomentar la realización de **estudios** desde **Farmacia Hospitalaria** en términos de efectividad y seguridad del tratamiento preventivo y potenciar la realización de estudios fármaco-económicos.
8. Fomentar la realización de **estudios** de la migraña desde **Farmacia Comunitaria**, en términos de adherencia, económicos y de impacto en la calidad de vida.



## Abordaje clínico de la migraña

1. Establecer y compartir entre los profesionales involucrados **criterios de derivación consensuados** para facilitar el acceso y la derivación de pacientes entre AP/Neurología. Realizar la difusión de las **guías clínicas de referencia** existentes.
2. Promover en los Servicios de **Urgencias** un protocolo para manejo de las crisis de migraña y establecer criterios para derivación al alta.
3. Valorar establecer una **Consulta de Orientación de Pacientes** o una **Consulta de Atención Preferente** para agilizar la atención del paciente con migraña.
4. Promover el **trabajo multidisciplinar** en el abordaje del paciente con migraña involucrando a otros profesionales, como **Enfermería, Farmacia, Psicología, Psiquiatría o Trabajo Social**.
5. Mejorar y estandarizar el **acceso a los estudios de imagen (TC/RM) desde AP** y reducir el tiempo de espera para su realización.
6. Establecer **canales de comunicación** telemáticos entre **Neurología y AP** para optimizar la coordinación entre los profesionales y el seguimiento del paciente.
7. Facilitar el **acceso** desde Neurología y AP a las **Unidades de Cefalea**, estableciendo criterios consensuados para derivación.
8. Aumentar la **presencia** de la **enfermera experta en cefalea** en el manejo del paciente con migraña y fomentar su **participación** en el proceso asistencial, especialmente en términos de educación y formación al paciente.
9. Mejorar la **formación** de los profesionales, especialmente de los profesionales de atención primaria, en el **diagnóstico de la migraña y de los tratamientos disponibles**, enfatizando en el **manejo de los triptanes y de los tratamientos preventivos**. En esta línea, se debe impulsar la formación en el período de **grado, las actividades de Formación Médica Continuada (FMC) y rotaciones formativas MIR y post-MIR**.
10. Potenciar el papel de **Farmacia Hospitalaria** como **refuerzo** en la **educación y formación** del paciente con migraña.
11. Disponer de **herramientas y/o aplicaciones** que permitan la coordinación y conciliación de la medicación entre **Farmacia Hospitalaria y Comunitaria**.
12. Impulsar el desarrollo de **Servicios Asistenciales**, como el seguimiento farmacoterapéutico, la conciliación de la medicación o la adherencia terapéutica, entre otros, dirigidos a pacientes crónicos desde **Farmacia comunitaria** para valorar y mejorar la adherencia al tratamiento preventivo, y evitar el abuso de fármacos en pacientes con migraña.



## Organización sanitaria de la migraña

- 1.** Desarrollar un **Plan Estratégico de la Migraña a nivel nacional, multidisciplinar e integral**, que sea transferible a las Comunidades Autónomas. En esta línea, establecer también un Plan de Cuidados de Enfermería a nivel nacional.
- 2.** Realizar **campañas de concienciación** a nivel estatal (Ej. desde AP o Farmacia Comunitaria) para potenciar la **visibilidad de la migraña como un problema de Salud Pública** y disminuir el estigma social asociado.
- 3.** Potenciar la creación de **Unidades de Cefalea** y promover el **Programa de Acreditación de Unidades de Cefalea de la SEN** para garantizar una atención de calidad en estas Unidades.
- 4.** Fomentar y agilizar los canales existentes (Sistema de Información del Fondo de Cohesión Sanitaria o SIFCO) para la **derivación de los pacientes a un centro de referencia** que se encuentre en otra Comunidad Autónoma.
- 5.** Implementar **sistemas de información** que faciliten la **comunicación y coordinación** entre las unidades asistenciales que intervienen en el abordaje de la migraña (Atención Primaria, Neurología, Unidades de Cefalea, Farmacia Hospitalaria y Farmacia Comunitaria).
- 6.** Promover la medición de indicadores y **resultados en salud poblacionales** asociados a la migraña.
- 7.** Fomentar una mayor colaboración entre **las AAPP y las SSCC** implicadas en el abordaje de la migraña que permitan establecer proyectos y líneas de trabajo **alineados**.

## Información sobre la migraña

1. Mejorar la **información** que el **paciente** recibe durante la consulta especialmente sobre los **hábitos preventivos, las consecuencias de un mal manejo y tratamientos disponibles**.
2. **Homogeneizar** la información proporcionada al paciente por todos los profesionales sanitarios, unificando las **recomendaciones** sobre factores desencadenantes, hábitos saludables y relación riesgo/beneficio de los tratamientos.
3. Disponer de un **repositorio de información de referencia**, que recoja materiales informativos **contrastados y fiables**, que puedan ser recomendados por los profesionales sanitarios para que las personas con migraña puedan consultar o ampliar información.
4. Realizar **campañas desde AP y Farmacia Comunitaria** para aumentar la **información disponible sobre la migraña para el paciente y la sociedad en general**.
5. Desarrollar **campañas informativas** que promuevan y ayuden a concienciar y sensibilizar, tanto a nivel de la **administración** como a nivel **empresarial**, sobre la necesidad del reconocimiento de la migraña como enfermedad discapacitante (adaptación al puesto de trabajo, flexibilización de horarios, etc.).
6. Desarrollar programas de **formación** para profesionales sanitarios, para que cuenten con los **recursos necesarios** para informar correctamente al paciente.
7. Desarrollar **materiales de apoyo** que puedan ayudar al paciente a **prepararse la consulta del médico**.
8. Implementar el **diario de cefaleas** antes de la derivación a neurología para lograr una **consulta más eficiente**.
9. Implementar herramientas para **evaluar** el **conocimiento** adquirido sobre la migraña con la información aportada y medir la **satisfacción** por la atención recibida.
10. **Informar** al paciente sobre las **Asociaciones de Pacientes**, resaltando su papel esencial como punto de referencia para disponer de información, educación y apoyo para el paciente.



## Investigación de la migraña

- 1.** Potenciar la **investigación de la migraña a nivel nacional, priorizando las líneas de investigación** enfocadas a la cronificación de la migraña e identificación de nuevas dianas terapéuticas y biomarcadores de diagnóstico que permitan personalizar las terapias.
- 2.** Promover una mayor **financiación** de la investigación dirigida a la migraña, con convocatorias para financiar específicamente la investigación en migraña.
- 3.** Facilitar el **contacto** entre **Grupos de Investigación de Cefaleas** para favorecer el intercambio de conocimiento y la realización de estudios colaborativos.
- 4.** Fomentar la **investigación** de la migraña a nivel **psicológico y social**.
- 5.** Realización de **proyectos** de investigación desde **Enfermería y Farmacia Comunitaria**, apoyados en las Sociedades Científicas.
- 6.** Promover **proyectos de investigación multicéntricos y multidisciplinares (Neurología / Enfermería / Farmacia Hospitalaria / Farmacia Comunitaria)** avalados por las Sociedades Científicas.

## Referencias

1. Global Health Metrics. *Headache disorders—Level 3 cause.*; 2020. Disponible en. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
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. Disponible en. [https://www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2018/11/3302.-Libro-Atlas-Migaraña\\_baja.pdf](https://www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2018/11/3302.-Libro-Atlas-Migaraña_baja.pdf)
3. Olesen J. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia.* 2018;38(1):1-211. doi:10.1177/0333102417738202
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):954-976. doi:10.1016/S1474-4422(18)30322-3
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. Cefaleas. Centro de Prensa de la OMS (Organización Mundial de la Salud). Published 6 de abril de 2016. Disponible en. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
7. 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
8. 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;13(5):361-378. doi:10.1007/s10194-012-0460-7
9. 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):703-711. doi:10.1111/j.1468-1331.2011.03612.x
10. 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
11. Sutherland HG, Albury CL, Griffiths LR. Advances in genetics of migraine. *J Headache Pain.* 2019;20(1):72. doi:10.1186/s10194-019-1017-9

12. Polderman TJC, Benyamin B, De Leeuw CA, Sullivan PF, Van Bochoven A, Visscher PM, et al. Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. *Nat Genet.* 2015;47(7):702-709. doi:10.1038/ng.3285
13. 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.
14. Charles A. The pathophysiology of migraine: implications for clinical management. *Lancet Neurol.* 2018;17(2):174-182. doi:10.1016/S1474-4422(17)30435-0
15. López FD, Girón Úbeda JM, Málaga AM, Fernández NR, Aguilar SS, Vila Duplón MJ. La migraña en atención primaria: revisión y actualización. *Semer - Med Fam.* 2000;26(5):248-252. doi:10.1016/S1138-3593(00)73581-7
16. 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». Disponible en. <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link278.pdf>
17. 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. *Semerger.* 2010;36(1):10-15. doi:10.1016/j.semerg.2009.10.002
18. 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.
19. Antón C, Mateos V. Comorbilidad de la migraña y sistema nervioso central. *Kranion.* 2007;7:120-126.
20. Malone CD, Bhowmick A, Wachholtz AB. Migraine: Treatments, comorbidities, and quality of life, in the USA. *J Pain Res.* 2015;8:537-547. doi:10.2147/JPR.S88207
21. Buse DC, Reed ML, Fanning KM, Bostic R, Dodick DW, Schwedt TJ, et al. Comorbid and co-occurring conditions in migraine and associated risk of increasing headache pain intensity and headache frequency: Results of the migraine in America symptoms and treatment (MAST) study. *J Headache Pain.* 2020;21(1). doi:10.1186/s10194-020-1084-y
22. Buse DC, Silberstein SD, Manack AN, Papapetropoulos S, Lipton RB. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *J Neurol.* 2013;260(8):1960-1969. doi:10.1007/s00415-012-6725-x
23. Buse DC, Manack A, Serrano D, Turkel C, Lipton RB. Sociodemographic and comorbidity profiles of chronic migraine and episodic migraine sufferers. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2010;81(4):428-432. doi:10.1136/jnnp.2009.192492
24. Minen MT, De Dhaem OB, Van Diest AK, Powers S, Schwedt TJ, Lipton R, et al. Migraine and its psychiatric comorbidities. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2016;87(7):741-749.

doi:10.1136/jnnp-2015-312233

25. Lampl C, Thomas H, Stovner LJ, Tassorelli C, Katsarava Z, Láinez JM, et al. Interictal burden attributable to episodic headache: findings from the Eurolight project. *J Headache Pain*. 2016;17(1):1-10. doi:10.1186/s10194-016-0599-8
26. Buse DC, Rupnow MFT, And ;, Lipton RB. *Assessing and Managing All Aspects of Migraine: Migraine Attacks, Migraine-Related Functional Impairment, Common Comorbidities, and Quality of Life*. Vol 84.; 2009. Disponible en. [www.mayoclinicproceedings.com](http://www.mayoclinicproceedings.com)422
27. Buse DC. A big picture look at the burden of migraine. *NeurologyLive*. 2019;2(5). Disponible en. <https://www.neurologylive.com/view/a-big-picture-look-at-the-burden-of-migraine>
28. Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T. GBD 2015: migraine is the third cause of disability in under 50s. *J Headache Pain*. 2016;17(1). doi:10.1186/s10194-016-0699-5
29. Castillo J, Láinez MJA, Domínguez M, Palacios G, Díaz S, Rejas J. Labor Productivity in Migraine Patients: Primary Care Contribution to Occupational Medicine. *J Occup Environ Med*. 2008;50(8):895-903. doi:10.1097/JOM.0b013e31817e9157
30. Vicente Herrero MT. La migraña: su impacto y su repercusión laboral. Published online 2008.
31. Gago-Veiga AB, Camiña Muñiz J, García-Azorín D, González-Quintanilla V, Ordás CM, Torres-Ferrus M, et al. ¿Qué preguntar, cómo explorar y qué escalas usar en el paciente con cefalea? Recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología. *Neurología*. Published online marzo de 2019. doi:10.1016/j.nrl.2018.12.006
32. Gómez Camello Á, Carmen González Oria D, Viguera Romero J. Guía Práctica de Cefaleas 2021. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). SANCE, ed. Published online 2021.
33. González Oria C, Jurado Cobo C, Viguera Romero J. Guía Oficial de Cefaleas 2019. Grupo de estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). Published online 2019.
34. 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
35. 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
36. Gracia Naya M, Latorre Jiménez AM. Diferencias entre los pacientes con migraña 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
37. Young WB. The Stigma of Migraine Stigma leads to loss of status and diminished quality of life. *Pract Neurol*. Published online 2018.

38. Survey on Stigma and Neurological Disorder (European Federation of Neurological Associations). Published online 2020.
39. Pascual J, Pozo-Rosich P, Carrillo I, Rodríguez-Justo S, Jiménez-Hernández D, Layos-Romero A, et al. Proposal of a clinical care pathway for quality and safe management of headache patients: A consensus study report. *BMJ Open*. 2020;10(10). doi:10.1136/bmjopen-2020-037190
40. Sociedad Española de Neurología. Neurovation in Migraine, innovación en nuevas fórmulas Asistenciales en el paciente con migraña. Proyectos ganadores. Published online 2019. Disponible en. [https://sedene.com/wp-content/uploads/2019/03/Neurovation-in-Migraine\\_8.pdf](https://sedene.com/wp-content/uploads/2019/03/Neurovation-in-Migraine_8.pdf)
41. Programa PALM: Plan de Acción en la Lucha contra la Migraña. [http://www.programapalm.com/index\\_00.htm](http://www.programapalm.com/index_00.htm).
42. Pérez-Pereda S, Toriello M, González-Quintanilla V, Pascual J, Oterino A. Necesidad real y consumo de recursos en las unidades de cefalea: estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte en Cantabria. *Rev Neurol*. 2019;68:510-516. doi:<https://doi.org/10.33588/rn.6812.2018502>
43. Pozo-Rosich P, Martínez-García A, Pascual J, Ignacio E, Guerrero-Peral ÁL, Balseiro-Gómez J, et al. Quality assurance in specialized headache units in Spain: An observational prospective study. *J Headache Pain*. 2019;20(1). doi:10.1186/s10194-019-1020-1
44. Carrillo I, Pozo Rosich P, Guilabert Mora M, Ignacio Garcia E, Pascual Gómez J, Porta Etessam J, et al. Cartera de servicios y cuadro básico de indicadores de calidad para las unidades de cefalea: estudio de consenso. *Rev Neurol*. 2019;68(03):118. doi:10.33588/rn.6803.2018293
45. Agosti R. Migraine Burden of Disease: From the Patient's Experience to a Socio-Economic View. *Headache*. 2018;58:17-32. doi:10.1111/head.13301
46. Sociedad Española de Neurología. Plan Estratégico Nacional para el Tratamiento Integral de las Enfermedades Neurológicas II. Published online 2017. Disponible en. [https://issuu.com/senmadrid/docs/pentien\\_ii](https://issuu.com/senmadrid/docs/pentien_ii)
47. Mateos V, Díaz-Insa S, Morera J, Porta-Etessam J, Pascual J, Matías-Guiu J. Manejo de la migraña en las consultas de neurología en España: Resultados del programa PALM. *Neurol Supl*. 2007;3(4):7-14.
48. Estudio «La realidad de la migraña: paciente y entorno». Published online 2020.
49. Dodick D, Edvinsson L, Makino T, Grisold W, Sakai F, Jensen R, et al. Vancouver Declaration on Global Headache Patient Advocacy 2018. *Cephalalgia*. 2018;38(13):1899-1909. doi:10.1177/0333102418781644
50. Catalá López F, Álvarez Martín E, Génova Maleras R, Morant Ginestar C. Relación en España entre la investigación sanitaria financiada por el Sistema Nacional de Salud y la carga de

- enfermedad en la Comunidad. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83:137-151.
51. Lipton RB, Serrano D, Pavlovic JM, Manack AN, Reed ML, Turkel CC, et al. Improving the classification of migraine subtypes: An empirical approach based on factor mixture models in the american migraine prevalence and prevention (AMPP) study. *Headache*. 2014;54(5):830-849. doi:10.1111/head.12332
  52. Pozo-Rosich P, Torres-Ferrus M. When does chronic migraine strike? *Cephalalgia*. 2020;40(4):411-412. doi:10.1177/0333102419885375
  53. Ameri Chalmer M, Folkmann Hansen T, Lebedeva ER. Proposed new diagnostic criteria for chronic migraine-Intended for healthcare professionals *Cephalalgia*. doi:10.1177/0333102419877171?url\_ver=Z39.88-2003&rfr\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\_dat=cr\_pub++0pubm
  54. The World Health Organization. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011. *World Heal Organ*. Published online 2011. doi:10.1097/01.tp.0000399132.51747.71
  55. Stovner LJ, Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *J Headache Pain*. 2010;11(4):289-299. doi:10.1007/s10194-010-0217-0
  56. Sánchez Pérez RM, Asensio Asensio M, Melchor A, Montiel I, Falip R, Moltó Jordà JM, et al. Estudio descriptivo de migraña en una población rural del Àrea del Comtat. *Rev Neurol*. 1999;28(04):373-376. doi:10.33588/rn.2804.98265
  57. Fernández-de-las-Peñas C, Palacios-Ceña D, Salom-Moreno J, López-de-Andres A, Hernández-Barrera V, Jiménez-Trujillo I, et al. Has the prevalence of migraine changed over the last decade (2003-2012)? A Spanish population-based survey. *PLoS One*. 2014;9(10). doi:10.1371/journal.pone.0110530
  58. Pascual J, Colás R, Castillo J. Epidemiology of chronic daily headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2001;5(6):529-536. doi:10.1007/s11916-001-0070-6
  59. Ana Pérez Menéndez. *La migraña afecta en España a más de 5 millones de personas.*; 2019. Disponible en. <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link276.pdf>
  60. Rozen TD, Swanson JW, Stang PE, McDonnell SK, Rocca WA. Incidence of Medically Recognized Migraine: A 1989-1990 Study in Olmsted County, Minnesota. *Headache J Head Face Pain*. 2000;40(3):216-223. doi:10.1046/j.1526-4610.2000.00031.x
  61. Becker C, Brobert GP, Almqvist PM, Johansson S, Jick SS, Meier CR. Migraine incidence, comorbidity and health resource utilization in the UK. *Cephalalgia*. 2008;28(1):57-64. doi:10.1111/j.1468-2982.2007.01469.x
  62. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jørgensen T, Jensen R. Incidence of Primary Headache: A Danish Epidemiologic Follow-up Study. *Am J Epidemiol*. 2005;161(11):1066-1073. doi:10.1093/aje/kwi139
  63. Abecia-Inchaurregui LC, Burgos-Alonso N, Azpeitia-Serón ME, Echevarría-Orella E, Barbero-

- Martínez I, Rodríguez-Artalejo F. Evolution of the incidence of migraine in Álava over the period 2004-2008. *Rev Neurol*. 2012;54(9):537-543. doi:10.33588/rn.5409.2011658
64. Lipton RB, Manack Adams A, Buse DC, Fanning KM, Reed ML. A Comparison of the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study and American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study: Demographics and Headache-Related Disability. *Headache*. 2016;56(8):1280-1289. doi:10.1111/head.12878
65. Scher AI, Bigal ME, Lipton RB. Comorbidity of migraine. *Curr Opin Neurol*. 2005;18:305-310.
66. Burch RC, Buse DC, Lipton RB. Migraine: Epidemiology, Burden, and Comorbidity. *Neurol Clin*. 2019;37(4):631-649. doi:10.1016/j.ncl.2019.06.001
67. Aurora SK, Shrewsbury SB, Ray S, Hindiyeh N, Nguyen L. A link between gastrointestinal disorders and migraine: Insights into the gut-brain connection. *Headache*. 2021;61(4):576-589. doi:10.1111/head.14099
68. 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
69. Pilar Navarro-Pérez M, Marín-Gracia M, Bellosta-Diago E, Santos-Lasaosa S. Epidemiology of migraine in Spain and Latin America. *Rev Neurol*. 2020;71(3):110-118. doi:10.33588/RN.7103.2019266
70. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-1222. doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9
71. Camacho Salas A. Cefalea en la edad pediátrica: orientación diagnóstica. *Lúa Ediciones* 30. Published online 2020:117-122.
72. Hernández Fabián A, Ruíz-Ayúcar de la Vega I, Gómez Sánchez H. Cefalea y migraña en la infancia y adolescencia. *Pediatría Integr*. 2020;e5:393. Disponible en. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2020-10/cefalea-y-migrana-en-la-infancia-y-adolescencia/>
73. Leonardi M, Grazi L, D'amico D, Martelletti P, Guastafierro E, Toppo C, et al. Global Burden of Headache Disorders in Children and Adolescents 2007 - 2017. *Int J Environ Res Public Heal*. 2020;18:250. doi:10.3390/ijerph
74. Smith TR, Nicholson RA, Banks JW. Migraine education improves quality of life in a primary care setting. *Headache*. 2010;50(4):600-612. doi:10.1111/j.1526-4610.2010.01618.x
75. Fernández-Concepción O, Canuet-Delis L. Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: factores determinantes. *Rev Neurol*. 2003;36(12):1105-1112.

76. 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;31(7):837-850. doi:10.1177/0333102411398400
77. Conocimiento y percepción de la migraña entre la población española. *AEMICE*. Published online 2020.
78. MIGRAINE IMPACT REPORT - Executive Summary. Published online 2018.
79. Ruiz De Velasco I, González N, Etxeberria Y, Garcia-Monco JC. Quality of life in migraine patients: A qualitative study. *Cephalalgia*. 2003;23(9):892-900. doi:10.1046/j.1468-2982.2003.00599.x
80. EMHA. *Migraine at work. European Survey. Analysys of Results and Conclusions.*; 2020. Disponible en. [www.emhalliance.org](http://www.emhalliance.org)
81. Vicente-Herrero MT, Ramírez Iñiguez de la Torre M V., Capdevila García LM, López-González ÁA, Terradillos García MJ. Chronic migraine and work: Occupational risks and prevention. *Semergen*. 2013;39(6):316-324. doi:10.1016/j.semerg.2012.10.006
82. Simić S, Rabi-Žikić T, Villar JR, Calvo-Rolle JL, Simić D, Simić SD. Impact of Individual Headache Types on the Work and Work Efficiency of Headache Sufferers. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):6918. doi:10.3390/ijerph17186918
83. Vicente Herrero MT, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Reinoso Barbero L, Ruiz de la Torre E. Aspectos preventivos en migraña y trabajo. Encuesta europea. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2021;24(1):20-33. doi:10.12961/aprl.2021.24.01.03
84. Martelletti P, Schwedt TJ, Lanteri-Minet M, Quintana R, Carboni V, Diener HC, et al. My Migraine Voice survey: A global study of disease burden among individuals with migraine for whom preventive treatments have failed. *J Headache Pain*. 2018;19(1). doi:10.1186/s10194-018-0946-z
85. Incapacidad Permanente por Migraña. Disponible en. <https://www.campmanyabogados.com/incapacidad-permanente/migrana>
86. Ramírez-Moreno JM, González-Plata A, Hariramani Ramchandani R, Rebollo B, Macías-Sedas P, Pérez de Colosia Rama V. Discapacidad y limitación en la actividad académica en una muestra de estudiantes universitarios con migraña. *Neurol Perspect*. 2021;1(1):1-10. doi:10.1016/j.neurop.2021.01.003
87. Migraine Headaches in Children & Teens: Parent FAQs - HealthyChildren.org from the American Academy of Pediatrics. Published online 2020.
88. Darbà J, Marsà A. Analysis of the management and costs of headache disorders in Spain during the period 2011–2016: a retrospective multicentre observational study. *BMJ Open*. 2020;10(2):e034926. doi:10.1136/bmjopen-2019-034926

89. Lombard L, Farrar M, Ye W, Kim Y, Cotton S, Buchanan AS, et al. A global real-world assessment of the impact on health-related quality of life and work productivity of migraine in patients with insufficient versus good response to triptan medication. *J Headache Pain*. 2020;21(1). doi:10.1186/s10194-020-01110-9
90. Slof J. Cost-effectiveness analysis of early versus non-early intervention in acute migraine based on evidence from the «Act when mild» study. *Appl Health Econ Health Policy*. 2012;10(3):201-215. doi:10.2165/11630890-000000000-00000
91. Headache Management Tools: MIDAS - National Headache Foundation. Disponible en. <https://headaches.org/2007/11/16/headache-management-tools-id-migraine/>
92. Cousins G, Hijazze S, Van De Laar FA, Fahey T. Diagnostic accuracy of the ID migraine: A systematic review and meta-analysis. *Headache*. 2011;51(7):1140-1148. doi:10.1111/j.1526-4610.2011.01916.x
93. Lipton RB, Dodick D, Sadovsky R, Kolodner K, Endicott J, Hettiarachchi J, et al. A self-administered screener for migraine in primary care: The ID migraine™ validation study. *Neurology*. 2003;61(3):375-382. doi:10.1212/01.WNL.0000078940.53438.83
94. Aguirre Sánchez JJ, Casado Naranjo I, Moreno Moreno A, Prieto Albino L, Sánchez Sánchez A. *Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas*. Extremadura.; 2015. Disponible en. [http://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/elibros/guia\\_cefaleas.pdf](http://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/elibros/guia_cefaleas.pdf)
95. Gelaye B, Sacco S, Brown WJ, Nitchie HL, Ornello R, Peterlin BL. Body composition status and the risk of migraine: A meta-analysis. *Neurology*. 2017;88(19):1795-1804. doi:10.1212/WNL.00000000000003919
96. Gómez Ayala A-E. Farmacoterapia de la migraña. Tratamiento sintomático y preventivo. *OFFARM*. 2008;27(2):74-80.
97. Gago-Veiga AB, Santos-Lasaosa S, Cuadrado ML, Guerrero ÁL, Irimia P, Láinez JM, et al. Evidencia y experiencia de bótox en migraña crónica: Recomendaciones para la práctica clínica diaria. *Neurología*. 2019;34(6):408-417. doi:10.1016/j.nrl.2017.09.008
98. Asistencia Neurológica Ambulatoria - Comisión de Análisis de la Asistencia Neurológica (Societat Valenciana de Neurologia). Published online 2008.
99. Sanchís-Bayarri Bernal V, Rull Segura S, Moral López L, García Ferrer E, Aparisi Romero J, Escandón Álvarez J. Consulta de orientación de pacientes: una iniciativa para reducir listas de espera. *Rev Clínica Española*. 2003;203(3):133-135. doi:10.1016/S0014-2565(03)71219-3
100. Results of the Survey «Survey on stigma and neurological disorder»: Responses by disease area. European Federation of Neurological Associations (EFNA). Published online 2020.
101. 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;91(5):596-611. doi:10.1016/j.mayocp.2016.02.013
102. Dodick DW, Ashina M, Sakai F, Grisold W, Miyake H, Henscheid-Lorenz D, et al. Vancouver Declaration II on Global Headache Patient Advocacy 2019. *Cephalalgia.* 2020;40(10):1017-1025. doi:10.1177/0333102420921162
  103. Macaya Ruiz A, Pozo-Rosich P. Guía práctica diagnóstico terapéutica de la cefalea del adulto y el niño en urgencias. Published online 2016.
  104. Láinez JM, Castillo J, González VM, Otero M, Mateos V, Leira R, et al. Guía de recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la migraña en la práctica clínica. *Semergen.*:1-29. Accedido abril 30, 2021. Disponible en. [http://doloralbacete.com/wp-content/uploads/2013/01/consenso\\_migrana.pdf](http://doloralbacete.com/wp-content/uploads/2013/01/consenso_migrana.pdf)
  105. Bárcena Caamaño M, Castillo Obeso J, García Criado EI. Guía de buena práctica clínica en migraña y otras cefaleas. Published online 2003.
  106. Plan de Salud de Cantabria 2014-2019.
  107. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020.
  108. Gil Campoy JA, González Oria C, Fernández Recio M, Gómez Aranda F, Jurado Cobo CM, Heras Pérez JA. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurología (SAN) y Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía). Criterios de derivación. *Semergen.* 2012;38(4):241-244. doi:10.1016/j.semerg.2012.02.005
  109. Boletín Terapéutico Andaluz (BTA) Cefaleas y migrañas, 32(3). Published online 2017.
  110. Proceso Asistencial Integrado Cefaleas (Consejería de Salud - Junta de Andalucía). Published online 2002.
  111. Plan Cuidados de Enfermería - Cefaleas (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía).
  112. Aprendiendo a conocer y manejar la migraña crónica: Información para pacientes, familiares y cuidadores - Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
  113. Protocolo para el manejo del paciente con migraña crónica - Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Published online 2016.
  114. Mateos V. Actuación ante una cefalea aguda en urgencias - Hospital Universitario Central de Asturias. *Neurol Supl.* 2006;2(2):11-17.
  115. Molina Martínez FJ, Figuerola Roig A. Orientaciones sobre el diagnóstico y el tratamiento de las Cefaleas - Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Balear de Neurología. Published online 2012.
  116. Macías Gutiérrez BE, Bañón Morón N, Luis Burgazzoli Samper J, Luis Castellano Cabrera J, Teresa Flórez-Estrada Hernández M, Gómez Ontañón E, et al. Cefaleas: Guía para el diagnóstico y el tratamiento. Published online 2016.
  117. Protocolo para el manejo de la cefalea en Atención Primaria (Servicio Canario de la Salud).

Published online 2011.

118. Quintela E, Castillo J, León C, Oterino A. Protocolo de cefaleas. Published online 2007:1-44.
119. Zuloaga Mendiola R, Cobo Ugarte M, Casado Casuso S, Pino Noriega M. Boletín de Uso Racional del Medicamento - Protocolos de Atención en Urgencias: Enfermedades neurológicas y psiquiátricas. Parte II. Número 1. Cefaleas. Published online 2019.
120. Jorge Bravo T, Cal de la Fuente A, Torres Nieto Á, Cañibano Maroto E, Zapatero Ovejas JL, Gómez Melero C, et al. PROCESO ASISTENCIAL CEFALEAS (SACYL, Consejería de Sanidad - Junta de Castilla y León). Published online 2011.
121. Arroyo Pineda V. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla La Mancha (SESCAM) - La cefalea en Atención Primaria Vol.III, nº4. Published online 2002.
122. Gómez Lluch M, De la calle Riaguas B. Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha: Abordaje terapéutico de la migraña. Vol. XXII, nº2. Published online 2021.
123. Adell V, Belvís R, Gómez JB, Cuadrado E, Fabregat N, García J, et al. Guies mèdiques de la Societat Catalana de Neurologia: Diagnòstic i tractament de la cefalea (Actualització 2019). Published online 2019.
124. Aymami A, Belvís R, Calvo E, Copetti S, Fabregat N, Gisbert C, et al. Consens català sobre l'atenció al pacient amb migranya. Published online 2015.
125. Cuadrado E, Garrido G, Marrero P. Butlletí d'informació terapèutica (BIT): Tratamiento de la migraña en adultos: de la crisis a la profilaxis. Vol.30, núm 5. 2019;30(5).
126. La cefalea en la infància i l'adolescència: protocol de pediatria d'assistència primària de l'ICS en coordinació amb el Servei De Neurologia de l'Hospital de Sant Joan de Déu. Published online 2016.
127. Rodríguez C, Lorente J. Protocolo de cefalea aguda en Urgencias. Published online 2016.
128. Pedrera Carbonell V, Miralles Parres MJ, Lainez Andrés JM. Cefaleas. Guía de Actuación Clínica en Atención Primaria.
129. Proceso de Actuación ante un paciente con Cefalea (Consejería de Salud de la Región de Murcia, Servicio Murciano de Salud). Published online 2017.
130. Moreno D, Irimia P. Guía de Actuación en Urgencias (Clínica Universidad de Navarra). Published online 2018.
131. Cefalea. Guía de Actuación (Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea). Published online 2017.
132. Muruzábal Sirges L. Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra (BIT): Tratamiento de la migraña, Volumen 8, nº2. Published online 2000. Disponible en. <http://www.cfnavarra.es/WebGN/SOU/publicac/BJ/textos/v8n2.htm>
133. Información Farmacoterapéutica de la Comarca (Infac): Tratamiento de la migraña. Volumen 26, nº9. Published online 2018.

134. Información Farmacoterapéutica de la Comarca (Infac): Tratamiento preventivo de la migraña. Volumen 15, nº1. Published online 2007. Disponible en. <http://www.osanet.euskadi.net>
135. García Moncó J, Eguía del Río P, Alvarez de Arcaya A, Etxebarria Ibáñez I, González Hernández N, Ruiz de Velasco Artaza I. Proyecto de Investigación Comisionada: Revisión sobre el tratamiento farmacológico de la migraña y estudio cualitativo. Published online 2002.
136. López-Bravo A, Bellosta-Diago E, Vitoria-Alebesque A, Marín-Gracia M, Laguna-Sarriá J, Santos-Lasaosa S. Cefalea como motivo de consulta: la visión desde atención primaria. *Neurología*. Published online julio de 2018. doi:10.1016/j.nrl.2018.06.003
137. Pedraza MI, Mulero P, Ruíz M, de la Cruz C, Herrero S, Guerrero AL. Características de los 2.000 primeros pacientes registrados en una consulta monográfica de cefaleas. *Neurología*. 2015;30(4):208-213. doi:10.1016/j.nrl.2013.12.010
138. Ana Pérez Menéndez. Nota de Prensa de la Sociedad Española de Neurología «El dolor de cabeza genera 14.000 nuevas consultas al mes en España». Disponible en. <http://www.elsevier.es/es-revista->
139. Sánchez-del-Río González M. Organización de las unidades de cefalea desde un punto de vista multidisciplinar. *Rev Esp Salud Pública*. 2015;61(Supl 1):"21-S26.
140. Leira R. Creación y potenciación de las unidades de cefalea visión de los neurólogos y jefes de servicio de neurología. *Rev Neurol*. 2015;61(Supl 1):S9-S12.
141. Mapa de Unidades de Cefalea en España - Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología <http://cefaleas.sen.es/index.php/es/herramientas/donde-acudir>.
142. Relación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud designados.
143. Anexo I. Cartera de Servicios de las Unidades de Cefalea. Disponible en. [http://calite.umh.es/data/documentos/publicaciones/cefalea\\_anexo\\_i.pdf](http://calite.umh.es/data/documentos/publicaciones/cefalea_anexo_i.pdf)
144. Gago-Veiga AB, García-Azorín D, Mas-Sala N, Ordás CM, Ruiz-Piñero M, Torres-Ferrús M, et al. How and when to refer patients diagnosed with primary headache and craniofacial neuralgia in the Emergency department or Primary Care: Recommendations of the Spanish Society of Neurology's Headache Study Group. *Neurología*. 2020;35(3):176-184. doi:10.1016/j.nrl.2017.08.001
145. Gago-Veiga AB, Díaz de Terán J, González-García N, González-Oria C, González-Quintanilla V, Minguez-Olaondo A, et al. How and when to refer patients diagnosed with secondary headache and other craniofacial pain in the Emergency Department and Primary Care: Recommendations of the Spanish Society of Neurology's Headache Study Group. *Neurología*. 2020;35(5):323-331. doi:10.1016/j.nrl.2017.08.002

146. Pascual J, Sánchez del Río M, Dolores Jiménez M, Miguel Láinez-Andrés J, Mateos V, Leira R, et al. Pacientes y métodos: Satisfacción del paciente con migraña que acude a consultas de neurología: resultados del proyecto CIEN-mig (II). *Rev Neurol*. 2010;50(11):641-645. Disponible en. [www.neurologia.com](http://www.neurologia.com)
147. Pascual J, Sánchez del Río M, Dolores Jiménez M, Miguel Láinez-Andrés J, Mateos V, Leira R, et al. Sujetos y métodos: Actitud del neurólogo español frente a la migraña: resultados del proyecto CIEN-mig (I). *Rev Neurol*. 2010;50(10):577-583. Disponible en. [www.neurologia.com](http://www.neurologia.com)
148. Russo A, Lavorgna L, Silvestro M, Abbadessa G, Bisecco A, Trojsi F, et al. Readability analysis of online headache and migraine information. *Headache*. 2020;60(7):1317-1324. doi:10.1111/head.13818
149. Saffi H, Do TP, Hansen JM, Dodick DW, Ashina M. The migraine landscape on YouTube: A review of YouTube as a source of information on migraine. *Cephalalgia*. 2020;40(12):1363-1369. doi:10.1177/0333102420943891
150. Jewell T. *The Best Migraine Apps of 2020.*; 2020. Disponible en. <https://www.healthline.com/health/migraine/top-iphone-android-apps#manage-my-pain-pro>
151. EU project confirms Europe's excellence in migraine research. *European Commission*. <https://cordis.europa.eu/article/id/28629-eu-project-confirms-europes-excellence-in-migraine-research/es>. Published 2007.
152. Martínez Vila E, Matías-Guiu Guía J, de Pedro Cuesta J, García Moncó JC, Grau Venciana JM, La Huerta Dal-ré J, et al. *Investigación de enfermedades neurológicas en España. Documento de consenso sobre estrategias y prioridades*. Sociedad Española de Neurología; 2010.
153. Relación de Institutos de Investigación Sanitaria acreditados por el Instituto de Salud Carlos III. Published online 2019. Disponible en. [https://www.isciii.es/QueHacemos/Financiacion/IIS/Documents/IIS-ACREDITADOS\\_MARZO\\_2019.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Financiacion/IIS/Documents/IIS-ACREDITADOS_MARZO_2019.pdf)
154. Botox. Ficha técnica, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).
155. Ajovy (Fremanezumab). Ficha Técnica o resumen de las características del producto, EMA (European Medicines Agency).
156. Aimovig (Erenumab). Ficha Técnica o resumen de las características del producto, EMA (European Medicines Agency).
157. Emgality (Galcanezumab). Ficha Técnica o resumen de las características del producto, EMA (European Medicines Agency).
158. Informe de Posicionamiento Terapéutico de galcanezumab (Emgality) en la profilaxis de

migraña. Published online 2019.

159. Informe de Posicionamiento Terapéutico de erenumab (Aimovig) en la profilaxis de migraña. Published online 2019.

160. Informe de Posicionamiento Terapéutico de fremanezumab (Ajovy) en la profilaxis de migraña. Published online 2020.

PP-MG-ES-0559

*Lilly*