diariofarma

www.diariofarma.com

Retos en el DIAGNÓSTICO y el TRATAMIENTO de la MIGRAÑA

Con el patrocinio de:

teva

Con la colaboración de:

grupo de estudio de cefaleas

SEN Sociedad Española de Neurología

Retos en el **DIAGNÓSTICO** y el **TRATAMIENTO** de la **MIGRAÑA**

Con el patrocinio de:

teva

Con la colaboración de:

grupo de estudio de cefaleas

SEN
Sociedad Española de Neurología

ÍNDICE

1 **EL IMPACTO DE LA MIGRAÑA**
Dr. Roberto Belvís 3

2 **EL COSTE DE LA MIGRAÑA EN ESPAÑA**
Dr. Pablo Irimia 9

3 **DIFICULTADES PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA MIGRAÑA**
Dra. Sonia Santos Lasaosa 13

4 **INFRAUTILIZACIÓN DE TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS DE MIGRAÑA**
Dra. Nuria González García 19

5 **COMORBILIDAD DE LA MIGRAÑA**
Dra. Carmen González-Oria 25

6 **EL FUTURO DE LA MIGRAÑA. AVANCES Y NUEVAS OPORTUNIDADES DE TRATAMIENTO**
Dr. José Miguel Láinez Andrés 31

7 **EL ROL DEL PACIENTE EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA MIGRAÑA**
Isabel Colomina 36

Edita:
Ikaroa news and consulting SL

www.diariofarma.com
df@diariofarma.com

Depósito Legal: M-29312-2021

Arte, maquetación e infografía:
Visualthinking Comunicación y Creatividad

Imprime:
Byprint

Diariofarma ni el patrocinador de este informe se hacen responsables de las opiniones vertidas en cada artículo incluido en este informe.

1

EL IMPACTO DE LA MIGRAÑA

Dr. Roberto Belvís
Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. Secretario del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurologia.

La migraña es la enfermedad neurológica más frecuente y sus efectos son muy incapacitantes ya que afecta de forma importante en la edad productiva, por lo que tiene un impacto económico muy relevante, pero también familiar y social. Respecto de su distribución parece estar vinculada a las hormonas femeninas, por lo que es mucho más frecuente en las mujeres, especialmente en edad fértil.

La migraña es una de las enfermedades más impactantes en la sociedad porque es la enfermedad más frecuente de la humanidad. De hecho, sólo es superada por las caries según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Afecta a un 12-15% de la población y esta proporción se mantiene en valores semejantes en todos los países, aunque la OMS afirma que la frecuencia es probablemente el doble, sobre un 25%. La razón es que el 50% de los pacientes se automedica y no van al médico, por lo que no están controlados y se escapan de las estadísticas.

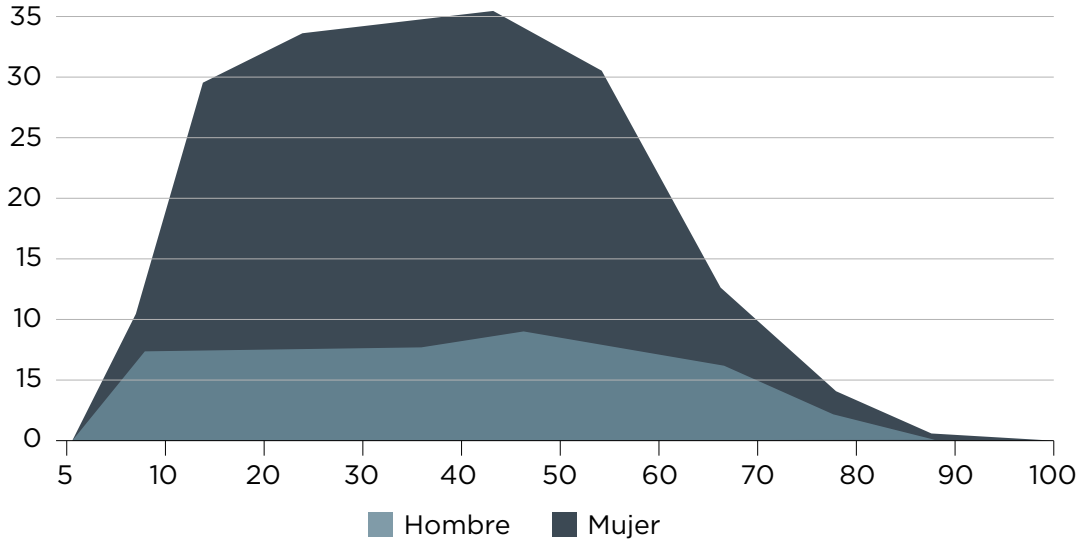
La migraña es, por tanto, la enfermedad neurológica más frecuente, acaparando un 25% de las consultas a un servicio de Neurología y un 3% de las consultas a Urgencias de cualquier hospital.

En la migraña no hay diferencias notables entre etnias, culturas, religiones, nivel de estudios o nivel adquisitivo. Creemos que las diferencias entre países desarrollados y en vías de desarrollo se producen porque hay estadísticas de mala calidad en estos últimos. Aunque sí que hay diferencias a nivel de género.

La proporción de mujeres triplica a la de hombres a partir de los 10-12 años (figura 1). Puede resultar paradójico, pero antes de los 10 años, la migraña parece ser más frecuente en niños que en niñas, pero a partir de la primera regla (la menarquia) el porcentaje de mujeres con migraña aumenta exponencialmente. Si sólo nos centramos en el segmento de edad de la mujer de 20 a 40 años, hay estudios que afirman que un 30% presentan migraña.

Las hormonas femeninas, esencialmente los estrógenos, son los responsables de la frecuencia aumentada de esta enfermedad en la mujer. La influencia de los estrógenos es tal que, tras la menopausia, el porcentaje de mujeres afectadas se reduce y casi se equipara al de hombres. Otra evidencia de la influencia de los estrógenos es la intensa mejoría, a veces con desaparición de los ataques de migraña, que presentan la mayoría de las mujeres durante el embarazo y, aunque menor, durante la lactancia materna.

Figura 1. Distribución de la migraña por género a lo largo de la vida.



UN ADULTO JOVEN QUE PRESENTA UN DÍA DE MIGRAÑA CADA SEMANA, DURANTE 30 AÑOS DE SU VIDA, HABRÁ PERDIDO MÁS DE 1.500 DÍAS, ES DECIR, PIERDE MÁS DE CUATRO AÑOS DE SU VIDA

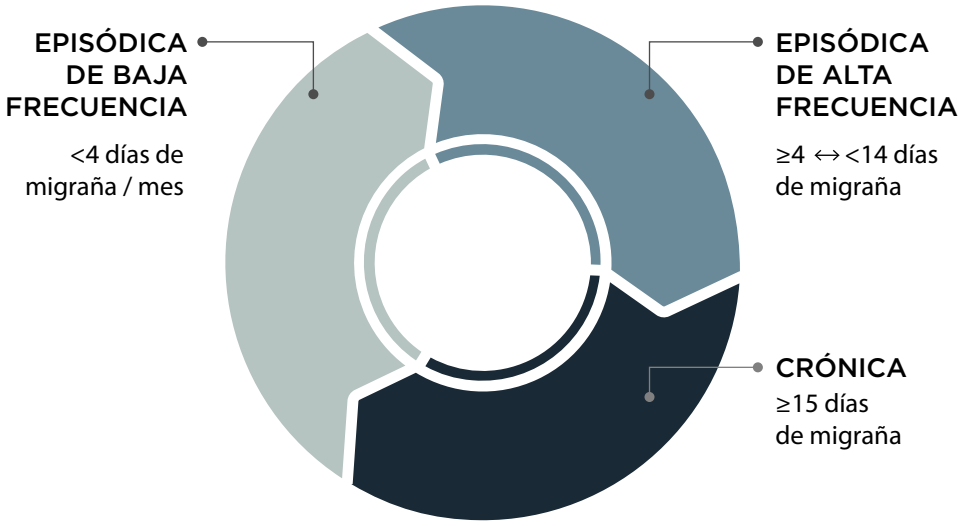
Podemos afirmar que la migraña afecta a una de cada cinco mujeres, a uno de cada 16 hombres y a uno de cada 11 niños. Por tanto, habrá una persona con migraña en uno de cada cuatro hogares.

Se ha diagnosticado migraña a edades tan tempranas como los cuatro años, aunque hay claramente dos picos de presentación en la mujer: la menarquia y la edad de adulto joven; y uno en el hombre, la edad de adulto joven. Parece ser que la progresiva adquisición de responsabilidades en el adulto joven (la introducción en el mercado laboral, hacerse cargo de un hogar, formar una familia...) dispara la migraña, al ser el estrés el factor precipitante más frecuente de los ataques de migraña.

No aceptamos, por lo general, que la migraña debute más allá de los 50 años en la vida, pues sólo se ha informado en menos de un 2%. Por este motivo, hay que hacer estudios exhaustivos, cuando una persona explica que ha padecido un cuadro clínico parecido a un ataque de migraña por primera vez en su vida tras los 50 años, para descartar otras entidades clínicas.

¿Hasta cuándo durará mi migraña? Ésta es una pregunta que formulan los pacientes frecuentemente en la consulta. La migraña es de las pocas enfermedades que tiende a desaparecer con la edad en hombres y en mujeres. A partir de los 60-65 años desaparece progresivamente en la mayoría de pacientes y

Figura 2. La migraña es una enfermedad cíclica con épocas episódicas de baja frecuencia, épocas episódicas de alta frecuencia y épocas de crónica.



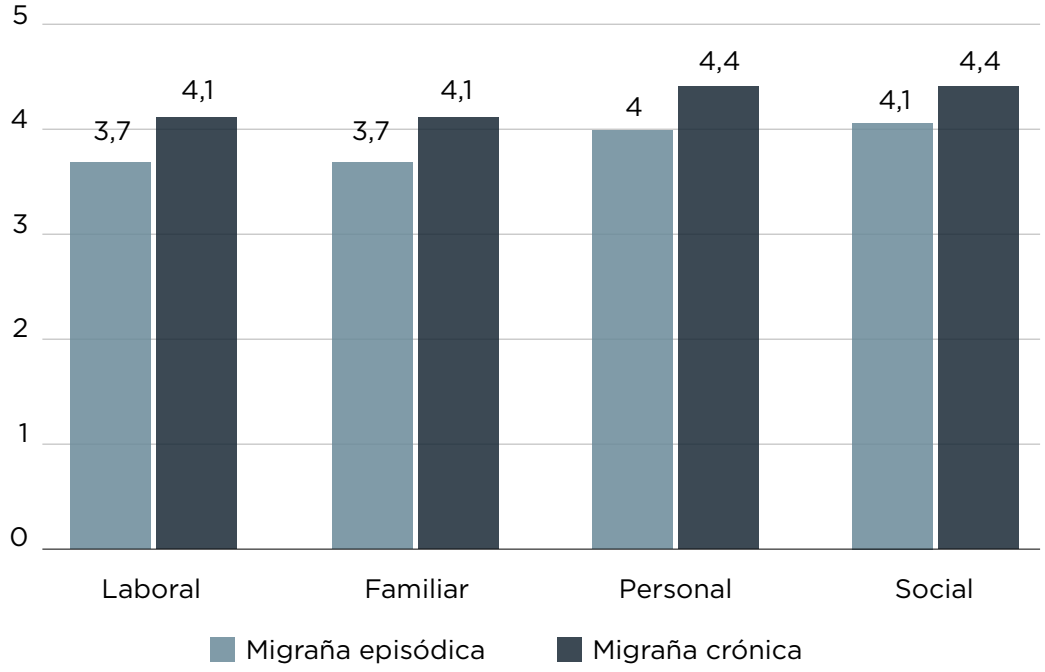
resulta poco frecuente encontrar personas que presentan todavía ataques de migraña más allá de los 70 años. El hecho de que exista confusión en la población entre migraña (enfermedad) y cefalea (síntoma) hace que muchas personas mayores utilicen la palabra migraña para referirse a cualquier cefalea a estas edades.

La menopausia acaba con la influencia de los estrógenos en la mujer, por lo que en algunas mujeres la migraña tiene a desaparecer o a mejorar en esta etapa de sus vidas. No en todas, como explican algunos médicos a sus pacientes fomentando expectativas erróneas. Podríamos decir, generalizando, que la migraña desaparece en un tercio de las mujeres en la menopausia, en otro tercio mejora y en otro tercio persiste sin cambios. No obstante, hay que decir que la fase previa a la menopausia, la perimenopausia, es una época de incertidumbre en la que la migraña puede experimentar cambios y quien tenía ataques de corta duración puede tenerlos ahora de larga duración y viceversa, quien tenía aura puede ahora no tenerla y viceversa...

Desde que aparece la migraña en la vida hasta que desaparece habrá más o menos ataques de migraña en función de cómo se consiga gestionar los factores precipitantes que a cada paciente le producen sus ataques de migraña. El problema real es que los años de máxima afectación coinciden con, habitualmente, los años más activos y productivos de la vida.

Por tanto, la migraña se comportará en la vida de manera recurrente y cíclica con épocas de baja frecuencia de episodios (menos de cuatro días al mes), de alta frecuencia de episodios (entre cuatro y 14 días de migraña al mes) y crónica (15 o más días de migraña al mes). Estas dos últimas subformas de migraña, sobre todo la crónica, son las que entrañan una gran discapacidad.

Figura 3. Nivel de limitación 0-5 de la migraña en áreas de la vida. Atlas 2018. Impacto y situación de la migraña en España.



LA DISCAPACIDAD

La migraña es una de las siete enfermedades más discapacitantes de la humanidad (según algunas estadísticas es la segunda), comportando problemas, no sólo a nivel personal, sino también a nivel familiar, social y laboral.

La OMS definió la calidad de vida en 1994 como "la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones". Resumiendo: estar y sentirse bien.

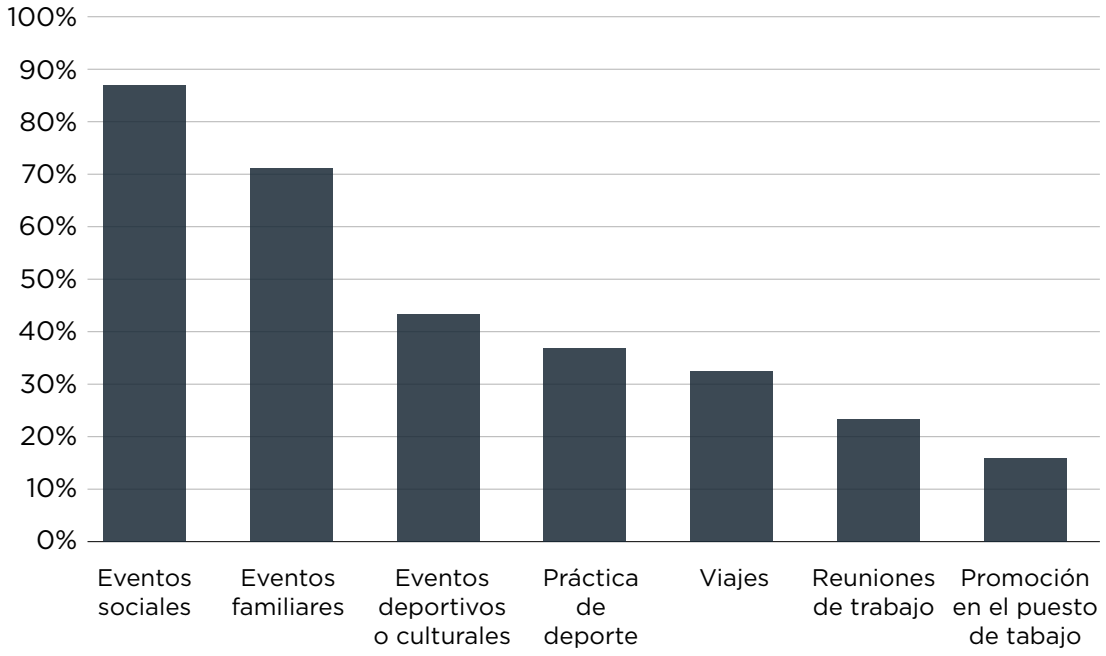
La calidad de vida en una enfermedad se mide con escalas científicamente validadas. Las más empleadas en la migraña son:

- Escala MIDAS (Migraine Disability Assessment).
- Índice HIT-6 (Headache Impact Test questionnaire).
- Escala MSQ (Migraine Specific quality of life Questionnaire).

Gracias a estas escalas, sabemos que la calidad de vida comienza a afectarse a partir de cuatro días de migraña al mes, siendo la migraña crónica lógicamente la que más impacta en la calidad de vida. De esta manera, la discapacidad grave aparece en un 68% de pacientes con migraña crónica y en un 19% de los pacientes que presentan migraña episódica.

Hasta un 85% de los pacientes con migraña manifiesta haberse perdido

Figura 4. Repercusión de la migraña en diferentes eventos. Se expresa en porcentaje la cantidad de eventos que se pierden los pacientes por culpa de la migraña. Atlas 2018. Impacto y situación de la migraña en España.



eventos sociales y un 70% eventos familiares por culpa de la enfermedad.

Además, la migraña provoca ansiedad en un 41% de pacientes y depresión en un 28-55%. Un 86% de los pacientes manifiestan falta de disfrute de la vida y falta de energías. También se ha informado disfunción sexual hasta en un 68% de pacientes. Un adulto joven que presenta un día de migraña cada semana, durante 30 años, habrá perdido más de 1.500 días de su vida, es decir, pierde más de cuatro años de su vida.

Se estima que un 50% de los pacientes limita sus actividades y hasta un 20-30% tienen que guardar cama. La OMS ha llegado a afirmar que un día con migraña es tan discapacitante como un día con ceguera o paraplejia. Una carga suplementaria a la discapacidad es la estigmatización que relatan hasta un 50% de pacientes pues se trata de una enfermedad que comporta connotaciones erróneas, por ejemplo, de que no es lo suficientemente grave como para faltar al trabajo.

Por otra parte, cuando hablamos del impacto de la migraña nos centramos lógicamente en el paciente. Pero hay otros afectados olvidados. De esta manera, la migraña afecta negativamente a la vida de la familia del paciente en un 65% de los casos, afectando incluso a la relación de pareja en un 68%. De hecho, es habitual (44%) que los pacientes se sientan incomprendidos por sus parejas e incluso que los hijos (50%) manifiesten falta de apoyo por su padre o madre por culpa de sus ataques de migraña.

2

EL COSTE DE LA MIGRAÑA EN ESPAÑA

Dr. Pablo Irimia
Departamento de Neurología de la Clínica Universidad de Navarra. Coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología.

La migraña es mucho más que un simple dolor de cabeza. Es una enfermedad muy incapacitante con un gran impacto económico debido fundamentalmente al absentismo laboral y la pérdida de productividad laboral que genera la repetición de crisis de cefalea.

La migraña se caracteriza por la aparición inesperada de crisis de cefalea de gran intensidad, de varios días de duración, que característicamente se acompañan de hipersensibilidad a la luz y el ruido y empeoran con la actividad física de rutina. Por este motivo, los pacientes con migraña tienen que permanecer en la cama y aislarse del entorno durante los episodios.

Los números de la migraña son impactantes: es la tercera enfermedad más frecuente, la segunda causa de discapacidad en el mundo, y supone un coste de 27.000 millones cada año en Europa.

El coste asociado a la migraña puede dividirse en dos conceptos principales: directo e indirecto. El coste directo hace referencia a los gastos derivados de la atención médica y los tratamientos que requieren los cinco millones de afectados por la migraña en España. El coste indirecto es el derivado del absentismo y pérdida de productividad que se asocia a la discapacidad de la migraña. En estudios realizados en países de nuestro entorno, los pacientes no pueden ir a trabajar unos 28 días cada año y su productividad laboral se reduce cuando acuden a trabajar con migraña (el denominado presentismo). Teniendo en cuenta que la migraña afecta especialmente a las personas entre 25-45 años, es decir, en la etapa más productiva desde el punto de vista laboral, y que el diagnóstico no suele requerir pruebas complementarias, se estima que más del 70% del coste global de la migraña son gastos indirectos.

El coste de la migraña depende en gran medida del número de días con cefalea que padezca la persona. En España se ha analizado el coste en pacientes con

migraña crónica (aquellos que padecen más de 15 días de cefalea al mes) y migraña episódica (pacientes con menos de 14 días de cefalea cada mes). El coste medio de la migraña por paciente y año ascendió a 12.970 euros para los pacientes con migraña crónica y 5.041 euros para los pacientes con migraña episódica.

EL GASTO INDIRECTO REPRESENTA EL GRUESO DEL COSTE DE LA MIGRAÑA EN ESPAÑA. ENTRE LOS PACIENTES CON MIGRAÑA CRÓNICA, EL 24% HABÍA ESTADO DE BAJA LABORAL Y EL 63% VIO AFECTADA SU EFICIENCIA LABORAL, SIENDO LA FALTA DE CONCENTRACIÓN EL PRINCIPAL PROBLEMA

Cuando se analizan en detalle estos datos se observa que el 90% del coste directo de la migraña se genera en muchos casos antes del diagnóstico: el paciente realiza múltiples visitas médicas sin recibir un diagnóstico, se le prescriben tratamientos ineficaces y finalmente tarda más de seis años en ser diagnosticado de migraña. El gasto indirecto, al igual que en estudios previos, representa el grueso del coste global de la migraña en España. Entre los pacientes con migraña crónica, el 24% había estado de baja laboral y el 63% manifestaron que la enfermedad había afectado a su eficiencia laboral, siendo la falta de concentración el principal problema. La reducción de la productividad laboral tiene un gran impacto económico para las empresas. En una encuesta reciente realizada por la Sociedad Japonesa del Dolor de Cabeza a más de 2.400 trabajadores de Fujitsu, se demostró que la productividad en uno de cada cinco empleados se vio afectada por la migraña, lo que suponía unas pérdidas, para esta empresa que tiene casi 150.000 empleados, de unos 350 millones de dólares al año.

Existe otro concepto de coste, denominando coste intangible, que no puede analizarse desde el punto de vista económico, y que está relacionado con el sufrimiento y el deterioro de la calidad de vida que provoca la migraña en los pacientes. Además de las repercusiones laborales, la repetición de crisis de migraña influye negativamente en el desarrollo profesional de la persona, e impide su participación en actividades familiares y de ocio lo que también afecta a su calidad de vida. Además, existe otro elemento que afecta especialmente al paciente con migraña relacionado con el estigma que tiene esta enfermedad. Las personas con migraña sufren con frecuencia su padecimiento en silencio porque perciben que su entorno desconfía a menudo de que su dolor de cabeza sea verdaderamente incapacitante. En muchos casos, los pacientes con migraña se sienten incomprendidos no solo por sus empleadores, sino también por sus amigos y familiares.

REDUCIR EL IMPACTO DE LA MIGRAÑA

Está en nuestras manos mejorar la calidad de vida de los pacientes con migraña y reducir el impacto de la enfermedad. ¿Cómo podemos conseguirlo? En primer lugar dando visibilidad a la migraña y contribuyendo a que desaparezca el estigma de la enfermedad. La migraña no es un simple dolor de cabeza.

Los pacientes y la sociedad deben saber que la migraña es una enfermedad compleja con crisis de cefalea muy incapacitantes, pero que tiene tratamiento. El estigma de la enferme-

dad lleva a muchos enfermos a considerar que su enfermedad carece de importancia y que no merece la pena acudir a una consulta médica. Se debe promover que el paciente con cefaleas frecuentes o incapacitantes acuda a una consulta médico. En esta misma línea, desde el entorno laboral podrían implementarse medidas para que el paciente se sienta comprendido, supere el estigma de la enfermedad y mejore su productividad laboral. Estudios recientes han demostrado que los programas de apoyo educativo y asesoramiento promovidos desde las empresas contribuyen a comprender mejor la enfermedad, mejoran la discapacidad relacionada con la migraña y promueven el autocontrol de las crisis entre los empleados. En empresas como Fujitsu se están llevando a cabo iniciativas promovidas por la Global Patient Advocacy Coalition de la Sociedad Internacional de Cefaleas para mejorar tanto el bienestar de sus empleados como su productividad.

En segundo lugar, sorprende que una enfermedad, que se diagnostica a través de los síntomas que relata el paciente durante la entrevista médica, tarde tanto tiempo en ser diagnosticada. El retraso diagnóstico es un reflejo de la necesidad de mejorar la formación médica en migraña. Solo con un diagnóstico de certeza podrá el enfermo recibir un tratamiento adecuado. La implantación de iniciativas o planes de salud que permitan acortar el tiempo hasta el diagnóstico y que el paciente inicie un tratamiento adecuado cuanto antes podrían disminuir significativamente el impacto económico de la enfermedad. De hecho, se ha estimado, en estudios realizados en España, que la reducción de tan solo una crisis de migraña cada mes supone un ahorro de aproximadamente 700 euros por paciente y año. Los médicos podemos conseguir que las crisis se controlen mejor, que el número de episodios se reduzcan de forma significativa y disminuir el coste de la enfermedad.

Finalmente, es imprescindible que los pacientes puedan recibir el mejor tratamiento disponible para su situación concreta. Para ello el paciente debe poder acceder a las consultas especializadas en Neurología cuando lo necesite. Además, en la actualidad se dispone de nuevos fármacos diseñados específicamente para la prevención de la migraña. Sin embargo, el acceso a estos nuevos tratamientos es complejo y más lento de lo deseable. Es bien conocido, que el retraso en el inicio de un tratamiento eficaz se relaciona con un riesgo mayor de cronificación del dolor. Por tanto, es imprescindible mejorar la comunicación entre los diferentes niveles asistenciales, simplificar los trámites de acceso a las medicaciones de mayor coste y conseguir así que cada paciente pueda recibir el tratamiento más adecuado para su situación clínica.

En conclusión, la migraña es una enfermedad compleja que tiene un importante coste económico que se asocia, sobre todo, a la pérdida de productividad asociada a la incapacidad que producen los episodios de cefalea. Es responsabilidad de todos contribuir a que desaparezca el estigma asociado a la enfermedad, mejorar la calidad de vida de las personas que padecen migraña, y reducir el impacto económico de la enfermedad. El coste de la migraña se podría reducir aumentando la visibilidad y el conocimiento sobre migraña, mejorando la formación del propio paciente y el personal sanitario en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y estableciendo medidas que permitan a los pacientes que lo requieran acceder con rapidez a la atención especializada y a los tratamientos más eficaces.

3

DIFICULTADES PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA MIGRAÑA

Dra. Sonia Santos Lasaosa
Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS-Aragón).

El inicio temprano del tratamiento en la migraña es fundamental para mejorar el pronóstico y calidad de vida de nuestros pacientes. Sin embargo, los datos del Atlas de Migraña 2018 nos indican que en el 75% de los pacientes con migraña el retraso en el diagnóstico fue superior a dos años. En este artículo se abordan los principales motivos de dicho retraso, desde la perspectiva del paciente, de la clínica y de los profesionales implicados en la asistencia de esta entidad.

La migraña es el motivo neurológico de consulta más frecuente. Los estudios poblacionales coinciden en confirmar su elevada prevalencia. Afecta aproximadamente al 5-8% de los varones y al 15-20% de las mujeres. Más del 80% de los pacientes con migraña sufre algún grado de discapacidad relacionada con esta cefalea. Es, además, en todo el mundo, la primera causa de discapacidad en menores de 50 años. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), en España cinco millones de personas padecen esta enfermedad, y el 80% de las personas son mujeres con edades comprendidas entre los 20 y 40 años. Por otro lado, hasta un 25% de los pacientes que sufren migraña nunca ha consultado por su dolencia y un 50% abandona el seguimiento tras las primeras consultas.

La migraña es una cefalea primaria, y, por tanto, su diagnóstico es clínico. Se basa en los criterios establecidos y consensuados por la Sociedad Internacional de Cefaleas (CIC), vigentes desde el año 1988. Cursa en forma de ataques de dolor de cabeza típicamente de localización hemicraneal (en

el 60-65% de los casos), de carácter pulsátil habitualmente, de intensidad moderada-grave (es decir, interfiere en la actividad del paciente) y con una duración que oscila entre 4 y 72 horas si el tratamiento sintomático no es eficaz o en ausencia de este. En el niño y adolescente, las crisis pueden durar entre 2 y 72 horas y el dolor es predominantemente bilateral. La localización unilateral se inicia en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana. El dolor predomina en la región fronto-ocular y en la sien, pero a veces se localiza en la región occipital y más raramente, puede presentarse en forma de otalgia o limitarse a la región facial.

De forma característica, y éste es uno de los criterios de la clasificación, empeora con la actividad física rutinaria (caminar, subir escaleras, levantar algo del suelo) y con los movimientos cefálicos (girar rápidamente la cabeza, al toser...). Los síntomas asociados, además de los referidos en la clasificación (náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia), son muy variados, destacando, entre otros: osmofobia, diarrea, tenesmo, congestión nasal, edema facial, sensación de frío, vértigo y dolor cervical. De todos ellos, el momento de inicio de la cefalea, el empeoramiento del dolor con la actividad física, la localización y cualidad del dolor, la duración de los episodios y el sexo femenino son los de mayor peso diagnóstico. Para diferenciar la migraña de las crisis sintomáticas de características migrañosas, el diagnóstico de esta cefalea primaria se establece a partir de cinco crisis.

La osmofobia (percepción como desagradable de un estímulo olfativo que

puede ser considerado placentero en situaciones habituales) nos puede ayudar al diagnóstico diferencial con otras entidades. Recientes estudios observacionales atribuyen a este síntoma una sensibilidad del 86%, una especificidad del 94% con un bajo porcentaje de falsos positivos, tan sólo del 6,5% y de negativos 13% para el diagnóstico de migraña.

Aproximadamente en el 20% de los pacientes el dolor cursa con sintomatología neurológica, focal y reversible, denominada aura. El aura habitualmente se manifiesta antes de la cefalea, pero puede darse tras el inicio de la misma y continuar durante todo el episodio. El aura visual es el tipo más común, con una incidencia aproximada del 90%. Los síntomas visuales simples migrañosos se clasifican en positivos (por ejemplo fotopsias) y negativos (escotomas simples, manchas móviles) y típicamente comprometen un hemicampo visual. Son más frecuentes los primeros, como el escotoma centelleante, teicopsia o espectro de fortificación (así llamado porque recuerda a los fortines – alcázares y ciudadelas – medievales), de instauración progresiva en más de cinco minutos. El paciente refiere destellos luminosos en forma de líneas en zig-zag que comienzan en el centro de la visión y se van desplazando a la periferia; conforme la línea brillante avanza, deja tras de sí un escotoma transitorio. En ocasiones puede tratarse de un escotoma sin síntomas positivos.

Pero, como bien dicen nuestros pacientes, la migraña no es solo dolor. Existe en muchas ocasiones una clara dificultad para mantener la concentración, atención y disminución de la velocidad en tareas de procesamiento mental, que en muchas ocasiones incapacita más que el propio dolor, y que justifica la elevada tasa de absentismo y presentismo laboral de los pacientes.

Este patrón de disfunción cognitiva lo vemos como parte de los síntomas premonitorios, que aparecen desde 48 hasta 2 horas antes del inicio del dolor, durante la fase de dolor, pero también de forma interictal, en aquellos pacientes con migraña crónica.

En función del número de ataques al mes, el paciente puede tener una migraña episódica o crónica (más de 15 días de cefalea al mes, de los cuales al menos la mitad deben ser compatibles con migraña, durante un mínimo de tres meses). Los criterios de esta última se describen en el año 2004, con una enmienda posterior un año después. A su vez, los pacientes con 8-14 días de cefalea al mes son diagnosticados de migraña episódica de alta frecuencia. Esta última se comporta en cuanto a pronóstico, comorbilidad, consumo de recursos e impacto en calidad de vida de forma similar a la migraña crónica. De hecho, algunos autores proponen una nueva definición de esta entidad, ya que el diagnóstico actual no deja de ser un constructo numérico. Cada año, un 3% de las personas de las personas que padecen migraña relativamente poco frecuente o episódica, pasan a desarrollar una forma crónica de esta enfermedad (con dolor casi a diario), con lo que esto supone para los pacientes: mayor discapacidad y pérdida de productividad, incremento en el número de consultas médicas, hospitalización y realización de exploraciones diagnósticas innecesarias.

Los resultados de la encuesta del Atlas de la Migraña 2018 indican que el retraso diagnóstico en pacientes con migraña episódica es de 6,3 años. En la migraña crónica el retraso es de 7,2 años. En el 75% de los pacientes con migraña el retraso diagnóstico fue superior a dos años. La media de retraso más alta corresponde a las personas con estudios primarios (7,7 años de media), sin

diferencias significativas respecto a los pacientes con estudios secundarios y universitarios, ambos con 6,7 años de media. Estos datos duplican los obtenidos en el estudio CIEN-Mig, publicados en el año 2010. En pacientes con migraña crónica se estimó un retraso diagnóstico ligeramente superior a dos años.

Uno de los retos más interesantes para el neurólogo es el diagnóstico precoz de esta entidad ya que cada vez disponemos de mayor evidencia en relación con la importancia, desde un punto de vista molecular, anatómico y clínico, de iniciar de forma temprana un tratamiento lo más individualizado posible. La identificación de biomarcadores podría ayudar a que el diagnóstico de la migraña se realice de forma más temprana y disponer de una herramienta para personalizar el tratamiento. Además, podría proporcionarnos información sobre otras vías involucradas en la aparición de los ataques de migraña sobre las que se pueda actuar con fármacos.

CAUSAS DEL RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO

Desde un punto de vista práctico, abordaremos los motivos del retraso del diagnóstico desde la perspectiva del paciente, de la clínica y de los facultativos implicados en la asistencia del paciente con migraña.

La falta de conciencia por parte del paciente de su enfermedad, en pleno siglo XXI, continúa siendo muy llamativa. En muchas ocasiones la migraña, probablemente por su componente hereditario, se asume como una condición biológica de quien la sufre, ni siquiera como una enfermedad. Incluso se llegan a adoptar conductas que se dan de forma habitual en la familia, como la automedicación con terapias analgésicas sin receta. Es también relativamente frecuente banalizar los síntomas, considerándolos un simple dolor de cabeza. Ello, junto con la carencia, hasta los últimos años, de tratamientos eficaces para la prevención de los ataques, ha condicionado que muchos pacientes no crean necesario consultar a su médico de referencia. Por otro lado, aunque esta enfermedad afecta a gran parte de la población, todavía existe un estigma social en torno a la migraña, ya que el dolor es invisible a ojos de la sociedad. Además, hay pacientes a los que el fracaso del tratamiento en el control de sus síntomas les lleva a interrumpir tanto la terapia como el seguimiento médico.

Desde un punto de vista clínico, las excepciones a los criterios que definen la migraña son frecuentes, y ello complica en ocasiones el diagnóstico de esta patología. A veces la información facilitada por el paciente plantea dudas, ya que puede tener dificultades para expresar y poner nombre en términos sencillos a su sintomatología. Además, diferenciarla de la cefalea tipo tensión puede no ser sencillo porque los síntomas son a veces similares, y no es infrecuente que en un mismo paciente convivan ambas cefaleas primarias. De hecho, en la práctica clínica los límites entre una u otra entidad pueden quedar difuminados. Si nos fijamos en los criterios de la clasificación, los correspondientes a la cefalea tipo tensión son, en lo referente a características del dolor y sintomatología asociada, una negación de los atribuidos a la migraña. Por último, puede haber una variabilidad considerable en la sintomatología de los ataques intra e interindividuo. Por todo ello, recomendamos que la historia clínica se realice mediante una entrevista semiestructurada que siga los criterios que marca la CIC: duración de la cefalea, características del dolor (localización, carácter/calidad, intensidad y factores agravantes), síntomas acompañantes y examen físico.

En cuanto al personal involucrado en la atención del paciente con migraña, el médico de Atención Primaria es el primer nivel de acceso al sistema sanitario. Será él quien, de forma habitual, siente el diagnóstico y, en caso de duda razonable o respuesta parcial al tratamiento sintomático y/o preventivo, valorará su derivación a neurología. Con todos los datos que aporte el paciente, así como la observación de síntomas y signos en la consulta, se debe realizar una exploración física y neurológica detallada. Solo de esta forma el facultativo deberá emitir un juicio diagnóstico y decidir si son necesarias la realización de pruebas médicas.

CADA AÑO, UN 3% DE LOS QUE PADECEN MIGRAÑA POCO FRECUENTE O EPISÓDICA, DESARROLLAN UNA FORMA CRÓNICA DE ESTA ENFERMEDAD (CON DOLOR CASI A DIARIO), LO QUE SUPONE: MAYOR DISCAPACIDAD Y PÉRDIDA DE PRODUCTIVIDAD, INCREMENTO EN EL NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS, HOSPITALIZACIÓN Y EXPLORACIONES DIAGNÓSTICAS INNECESARIAS

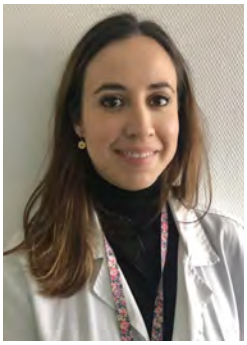
Pero si el diagnóstico a veces puede suponer un reto para el facultativo, lo es más en el caso de la migraña crónica. Ello se explica por el hecho de que no es infrecuente que se minimicen aquellos días de cefalea de intensidad leve-moderada que se suceden en fase interictal. Es por tanto necesario preguntar de forma explícita por ellos, aun cuando no sea necesario el consumo de analgésicos en esa situación, o por la sintomatología asociada. Muchos pacientes tienen fotofobia, sonofobia, alodinia, más dificultad para concentrarse o prestar atención de forma sostenida, incluso fuera del ataque. Si confirmamos este dato en la anamnesis, la probabilidad de que nuestro paciente tenga una migraña crónica es muy elevada. Otra opción, en determinados perfiles de pacientes, es interrogar acerca de los días libres de dolor y consumo de anti-inflamatorios no esteroideos y/o triptanes, que nos dará una idea, a falta de un calendario de dolor (que evitaría el sesgo de recuerdo), de cuál es la situación real de nuestro paciente.

Además, el diagnóstico de la migraña se complica cuando esta cefalea primaria convive con una cefalea por uso excesivo de medicación. La prevalencia de esta entidad está en torno al 1-2%, siendo más frecuente en mujeres entre 30 y 50 años con comorbilidades psiquiátricas como depresión o ansiedad y otros procesos de dolor crónico. En estos casos, es relativamente frecuente que el dolor cefálico sea más continuo, de predominio matutino, y que los ataques de migraña queden por ello enmascarados. En esta situación, relativamente frecuente en nuestra práctica clínica, el paciente tendrá dos diagnósticos, y el objetivo del facultativo será doble: disminuir el consumo excesivo de analgésicos y mejorar la migraña en términos de intensidad del dolor, respuesta al tratamiento sintomático y disminución de la frecuencia de días de migraña y días de cefalea al mes.

Concluimos, por tanto, destacando la importancia del diagnóstico precoz de esta entidad, de cara al inicio temprano del tratamiento. Para ello, es fundamental la educación y formación del paciente en el reconocimiento de su enfermedad, pero también la de todos aquellos profesionales implicados en su atención (médicos de atención primaria, neurólogos y farmacéuticos).

4

INFRAUTILIZACIÓN DE TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS DE MIGRAÑA



Dra. Nuria González García
Servicio de Neurología, Unidad de Cefaleas del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Vocal del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología.

La migraña, pese a su elevada prevalencia sigue siendo una enfermedad infrarreconocida e infratratada. Además, en muchos casos y para su tratamiento, se siguen eligiendo moléculas no específicas como antinflamatorios y preventivos como betabloqueantes o antiepilépticos. Debemos impulsar el buen diagnóstico y el uso preferencial de opciones dirigidas específicamente a esta patología, como son los triptanes y los anticuerpos frente al neuropéptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP), y en futuro cercano lasmiditan y gepantes.

La migraña es una de las enfermedades más prevalentes a nivel global, suponiendo en torno al 12% -14% de la población general, porcentaje que asciende por encima del 20% en mujeres entre los 20 y 40 años. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoce como la segunda causa global de años vividos con discapacidad dentro de las enfermedades neurológicas. Concretamente en España, se estima que padecen migraña unos cinco millones de personas, y cerca de un millón presenta una migraña crónica. La migraña crónica se define por padecer dolor más de 15 días al mes, durante más de tres meses seguidos;

por debajo de esta frecuencia se denomina migraña episódica. Hasta un 3% al año de las migrañas episódicas se transforman en migraña crónica. Es una enfermedad conocida por generar graves repercusiones en la calidad de vida de los pacientes, sobre todo en la edad central de la vida, la etapa más productiva desde el punto de vista profesional, generando con ello gran discapacidad. Esta discapacidad asociada supone elevados costes en salud, no solo directos, en función del gasto sanitario derivado de la atención estos pacientes, sino que tienen mucho peso los costes indirectos, sobre todo por el absentismo y presentismo laboral. Pese a su elevada frecuencia, se trata de una enfermedad infrarreconocida, infradiagnosticada y, con ello, infratratada en muchas ocasiones.

LA EDUCACIÓN SANITARIA ES UNO DE LOS PILARES DEL TRATAMIENTO, EXPLICANDO AL PACIENTE SU PATOLOGÍA, LOS DESENCADENANTES MÁS FRECUENTES COMO EL AYUNO, EL CONSUMO DE ALCOHOL, EL ESTRÉS O LOS CAMBIOS EN EL HORARIO DE SUEÑO; PERO TAMBIÉN DEBEMOS EDUCAR EN EL USO CORRECTO DE LA MEDICACIÓN

La migraña es una enfermedad neurológica que cursa con dolor de cabeza y su diagnóstico es, fundamentalmente, clínico. El dolor suele ser unilateral, aunque puede ser bilateral y es de intensidad moderada a grave. Se puede acompañar de hipersensibilidad a estímulos, sobre todo la luz (fotofobia) y sonido (fonofobia), también náuseas y/o vómitos. Un tercio de los pacientes puede asociar aura. Ésta consiste en una serie de síntomas neurológicos transitorios: la más frecuente es el aura visual, seguida del aura sensitiva (donde el paciente nota menor sensibilidad en una mitad del cuerpo) y mucho menos frecuente aura del lenguaje (cuando el paciente no puede expresarse bien).

Intervienen en su diagnóstico y tratamiento numerosas especialidades, aunque las más relevantes son Neurología, Atención Primaria y los Servicios de Urgencias. En muchas ocasiones no es necesario derivar al paciente al neurólogo, ya que se suele reservar para las migrañas más frecuentes o complicadas. Sin embargo, es bien sabido que muchos pacientes no solicitarán atención médica, y recurren a la automedicación, bien por desconocimiento o bien porque es una enfermedad minimizada desde el entorno o los propios pacientes. Según datos aportados por la Sociedad Española de Neurología (SEN) hasta uno de cada cuatro pacientes con migraña no ha consultado nunca al médico y hasta el 40% no tiene un diagnóstico correcto. Esto va muy ligado a la automedicación, que puede conllevar un consumo excesivo de analgésicos, que sabemos que representa un importante factor de riesgo para la cronificación de la migraña. Por ello, son claves un buen diagnóstico, la educación y el uso de los fármacos más adecuados en estos pacientes. Aunque esto se ha intentado regular en los últimos años, con la limitación de los reclamos publicitarios de medicación para el dolor, así como una mayor necesidad de receta médica para acceder a ellos, sigue siendo un aspecto muy problemático en esta enfermedad.

Como veníamos diciendo, la educación sanitaria es uno de los pilares del tratamiento, explicando al paciente en que consiste su patología, cuáles son

los desencadenantes más frecuentes que se deben evitar como el ayuno, el consumo de alcohol, el estrés o los cambios en el horario de sueño; pero también debemos proporcionar educación acerca del uso correcto de la medicación. No todos los pacientes necesitan los mismos tratamientos. Distinguimos dentro de ellos dos grandes grupos: el tratamiento sintomático y el tratamiento preventivo. Dependiendo de la gravedad del dolor, del número de días de dolor al mes y, también de si el paciente tiene otra comorbilidad asociada, es decir otras enfermedades concomitantes que repercutan en el dolor o el uso de determinados fármacos, el paciente será candidato a uno o ambos de los grupos. El primero, el tratamiento sintomático es el de las crisis de dolor. Este se estratifica en función de la gravedad de dolor, y si aparecen asociados por ejemplos náuseas y vómitos. En algunos casos, si el dolor aparece muchas veces al mes es necesario un tratamiento preventivo. Su función es reducir la frecuencia, que las crisis sean menos intensas y mejorar la eficacia del tratamiento sintomático. El problema en ambos casos es que disponemos de escasos tratamientos específicos y, hasta hace unos años, solo se empleaban fármacos con otra indicación. Esto ha supuesto grandes problemas de adherencia y menos de la mitad de los pacientes seguía con dicho tratamiento en los meses siguientes.

Dentro del tratamiento de las crisis disponemos de un grupo de tratamientos específicos que son los triptanes. El primero de ellos, el sumatriptán, se aprobó en 1993 y desde entonces se han aprobado otros seis. Son fármacos que actúan específicamente sobre un receptor de serotonina. Son muy interesantes, pues además de las formulaciones orales, algunos tienen formas subcutáneas e intranasales, que son más rápidas e interesantes en caso de crisis graves o con vómitos asociados. Aunque son los más específicos y eficaces siguen siendo poco prescritos, sobre todo desde atención primaria, pues durante unos años ha existido cierto miedo a sus efectos adversos vasculares. Otra de las limitaciones en su uso es su elevado precio que en ocasiones limita el acceso a algunos pacientes. Próximamente dispondremos de nuevas opciones específicas como el lasmiditan y los gepantes. El lasmiditan es otra molécula muy específica, dirigida frente al recetor de serotonina 1F, y que tiene como principal ventaja frente a los anteriores el no tener efecto sobre los vasos y no produce la vasoconstricción típica de los triptanes, que era su principal contraindicación y probablemente causa del “miedo” a usarlo. Actualmente está pendiente de la aprobación por la Agencia Europea del Medicamento (EMA). Para un futuro próximo esperamos nuevos fármacos, también específicos, que forman parte de los gepantes, que actúan contra el CGRP (péptido relacionado con el gen de la calcitonina). Por lo tanto, dentro del tratamiento de las crisis, es importante reconocer que disponemos y vamos a disponer de fármacos específicos frente al dolor de tipo migrañoso, y que, además del arsenal que ya existe de los analgésicos convencionales como son el paracetamol, la aspirina, el metamizol y los antinflamatorios no esteroideos, disponemos de moléculas más específicas y por ello más eficaces. Los ergóticos son un grupo de moléculas (concretamente en migraña se emplea la ergotamina y dihidroergotamina) que se usaban anteriormente con mayor frecuencia, pero estas últimas no son específicas para la migraña y en la actualidad están en desuso, por su alto número de efectos adversos y riesgo asociados a su uso, y más aun existiendo, como hemos descrito, opciones propias para este dolor mucho más seguras como los triptanes.

Aunque el futuro es esperanzador con la llegada de nuevos tratamientos, el objetivo a perseguir en la actualidad sigue siendo el fomentar el uso de las moléculas que ya están a nuestra disposición, como los triptanes. Debemos recomendarlos en las crisis moderadas – graves, pues son la opción más eficaz y específica y son fármacos muy seguros cuando se emplean convenientemente. Además, debemos enseñar su uso adecuado, que debe ser lo más precoz posible al inicio del dolor y buscar las formulaciones más adecuadas según la crisis. Por ejemplo, si existen nauseas no olvidarnos de las formulaciones intranasales o subcutáneas. Otro aspecto a recalcar es que hay que evitar el uso excesivo de medicación analgésica ya que un consumo excesivo de cualquiera de las opciones antes mencionadas puede conllevar riesgo de cronificación del dolor. En estos casos urge el uso de un tratamiento preventivo.

Respecto a los tratamientos preventivos en 2012 se aprobó el uso de la toxina botulínica para el tratamiento de la migraña crónica en España. Hasta entonces, y aún empleados en la actualidad, disponíamos de betabloqueantes, como el propranolol; antiepilépticos, como el topiramato, que es el preventivo oral con mayor grado de evidencia; o el ácido valproico; o antidepresivos como la amitriptilina. La limitación principal de este grupo de fármacos es su no especificidad y alto número de

efectos adversos, lo que limita mucho que los pacientes continúen con su medicación, más aún si no creen que vaya dirigida contra su enfermedad. No es infrecuente que, tras la consulta, el paciente se alarme al leer el prospecto o comentarlo en la farmacia, al decirle que es para la depresión o la epilepsia, generando desconfianza. La toxina botulínica revolucionó esto hace 9 años, y sigue siendo uno de nuestros principales recursos en la migraña crónica, si bien es cierto que existe para ello el acceso de neurólogos especializados o unidades de cefalea y que tampoco es una molécula específica para la migraña, existiendo muchos otros usos para ella. Ésta representa otra de las múltiples barreras de los pacientes a la hora de recibir el tratamiento más adecuado, ya que no todos los pacientes son derivados o disponen en su zona sanitaria de acceso a estos recursos. Además, las unidades de cefaleas y los especialistas dedicados a las cefaleas siguen siendo escasos, así como los recursos médicos dedicados a esta patología, pese a su elevada frecuencia, como empezábamos diciendo.

A finales del año 2019 llegan a nuestro país las primeras moléculas que se dirigen específicamente frente al dolor migrañoso que son los anticuerpos monoclonales frente al CGRP (péptido relacionado con el gen de la calcitonina; una molécula directamente implicada en este tipo de dolor). Éstos son erenumab, galcanezumab y fremanezumab. Su llegada ha supuesto un antes y después en el tratamiento de la migraña, por su eficacia y su buen perfil de seguridad. Estos fármacos, por ahora, nacen con una indicación de segunda línea, debiendo haber fracasado previamente a al menos tres clases de preventivos de los mencionados anteriormente. No obstante, existe aún un acceso desigual para los pacientes. En primer lugar, como ya hemos recalcado, muchos hospitales no disponen de unidad de cefaleas que es donde deberían atenderse a pacientes con migrañas más complejas y desde donde deberían ser prescritos estos fármacos; así mismo la disponibilidad de uno o más de uno en las farmacias hospitalarias es muy diferente entre centros. Esto depende de políticas económicas hospitalarias internas que, en ocasiones, pone en situación de desventaja a muchos pacientes, no permitiendo un uso libre de estas moléculas. Dentro de los tratamientos sintomáticos, el futuro próximo anuncia la llegada de nuevas moléculas específicas, otro anticuerpo frente al CGRP (eptinezumab) y gepantes con acción preventiva.

Los años venideros están llenos de esperanza para el tratamiento de la migraña que ya ha marcado una nueva era con la llegada de los monoclonales. Todos ellos son tratamientos específicos dirigidos frente a moléculas implicadas en el dolor migrañoso. Pero no debemos olvidar que el presente ya está lleno de opciones específicas. Para la crisis de dolor disponemos de los triptanes, que permiten en muchos casos solventar el uso excesivo de antiinflamatorios y analgésicos convencionales. Respecto al grupo de preventivos, aunque aún tienen un espacio reservado las moléculas no propias para la migraña, probablemente en los años venideros podremos emplear los nuevos fármacos antes y con menos restricciones.

En conclusión, la infrautilización de terapias dirigidas propiamente frente al dolor migrañoso se justifica por múltiples razones: el infradiagnóstico de la patología, el miedo o desconfianza a algunos de los efectos adversos como en el caso de los triptanes y, entre los más novedosos, su precio y con ello la dificultad para el acceso a todos los pacientes que sean candidatos.

ESV
Arritmias
EV
Tiempo en
Tripl
Bigem
Trigem
TSV
Total
Dupla
Tripl
Bigem
Trigem
TV
PAUSA
Taq
Brad
1020ms
59 FC
1044ms
57 FC
1076ms
56 FC
1052ms
57 FC
752ms
80 FC
1412ms
42 FC
01:18 EV
25 mm/seq

5

COMORBILIDAD DE LA MIGRAÑA

Dra. Carmen González-Oria
Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

La migraña es una enfermedad crónica que va a asociada frecuentemente a un gran número de comorbilidades en muy diferentes ámbitos como neurológicos, psiquiátricos, cardiovasculares y cerebrovasculares, gastrointestinales, metaboloendocrinos e inmunológicos.

El término comorbilidad, acuñado por Feinstein, se usa para referir la asociación de dos enfermedades en el mismo individuo. La migraña es una patología del sistema nervioso con una base genética que presenta comorbilidad con un importante número de patología médica. La presencia de comorbilidades añade mayor complejidad al diagnóstico y tratamiento de la migraña. Varios estudios han encontrado comorbilidad bidireccional entre migraña y diferentes trastornos neurológicos, psiquiátricos, cardiovasculares y cerebrovasculares, gastrointestinales, metaboloendocrinos e inmunológicos. Cada uno de ellos tiene su propia carga genética y comparte algunas características comunes con la migraña.

Los mecanismos que explican esta extensa comorbilidad y la migraña son múltiples. Las patologías comórbidas pueden inducir la desexcitabilidad de la red talamocortical, un estado proinflamatorio multiorgánico transitorio o persistente y necesidades energéticas desproporcionadas que, a su vez, pueden ser mecanismos causantes de la activación del sistema trigeminovascular con el sistema hipotalámico neuroendocrino. Esta estrategia está diseñada para mantener la homeostasis

cerebral, regulando las necesidades homeostáticas, excitabilidad subcortico-cortical normal, equilibrio energético, osmorregulación y respuesta emocional.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

La migraña, especialmente cuando es crónica, representa una enorme carga, ya que afecta a la vida laboral, académica, social y familiar. Los pacientes que padecen migraña pueden experimentar una mayor prevalencia de comorbilidades psiquiátricas que los no migrañosos, como trastorno depresivo mayor (TDM), trastorno bipolar (BD), trastorno de estrés postraumático (TEPT) y trastornos de ansiedad. Además, estas comorbilidades aumentan con la frecuencia de episodios de migraña.

Trastornos depresivos y migraña
La depresión es hasta 2,5 veces más prevalente en pacientes con migraña que en la población general. El 40% de las personas con migraña también presentan depresión.

Ansiedad y migraña
Los trastornos de ansiedad también son comunes y la incidencia en la migraña es de aproximadamente el 50%. La migraña se asocia con un aumento de 4-5 veces en el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad y de tres a 10 veces el riesgo de trastorno de pánico.

Trastornos obsesivo-compulsivos y migraña
La evidencia muestra una correlación entre la migraña crónica y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), cuya presencia podría influir en la respuesta de la migraña al tratamiento, tanto a corto como a largo plazo.

Trastornos de estrés postraumático (TEPT) y migraña
Hasta el 25% de los migrañosos tienen trastorno de estrés postraumático, con tasas más altas que la población general (hasta un 10%). El TEPT ocurre con mayor prevalencia en personas con migraña crónica (43%) que en migraña episódica (9%).

Trastornos de síntomas somáticos y migraña
Existe una mayor prevalencia de trastornos somatomorfos entre los pacientes con migraña crónica, con una asociación directa entre síntomas somáticos y gravedad y frecuencia de las migrañas.

DOLOR CRÓNICO

Se ha observado una asociación bidireccional entre migraña y otros dolores crónicos como dolor lumbar, dismenorrea y trastorno temporomandibular. Resultados del estudio del German Headache Consortium mostró que la OR de tener dolor lumbar fue de 2,1 (IC del 95%: 1,7-2,6) y 2,7 (IC del 95%: 2,3-3,2) veces mayor en todos los episodios dolor de cabeza, incluida la migraña, y entre 13,7 (IC del 95%: 7,4–25,3) y 18,3 (IC del 95%: 11,9-28,0) veces mayor en todos los pacientes con subtipos de cefalea crónica.

Además, la fibromialgia (FM), presenta una fuerte asociación con la migraña, especialmente si es crónica, con una prevalencia en pacientes con migraña, entre el 5% y el 30% (11).

ENFERMEDAD VASCULAR

Enfermedad cardiovascular
La enfermedad cardiaca es más común en personas con migraña y muchos estudios han mostrado que la migraña es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular y ambas causan mortalidad. Un análisis del 'Estudio Americano de la Prevalencia y la Prevención de la Migraña' (AMPP, por sus siglas en

inglés). encontraron que 2,6 millones de personas en Estados Unidos tuvieron migraña episódica y al menos un evento cardiaco (angina) o un procedimiento como endarterectomía. El estudio AMPP encontró que el índice de riesgo de Framingham se incrementaba linealmente con la edad en personas con migraña.

Un metanaálisis del 2015 que incluía 15 estudios observacionales encontró un riesgo elevado de infarto de miocardio y angina (1,33, 95% CI, 1,08–1,64, and 1,29, 95% CI, 1,17– 1,43, respectivamente) en personas con migraña frente a los no migrañosos. Datos de estudios prospectivos de cohortes, incluyendo el Nurses' Health Study, Women's Health Study, and Physicians' Health Study constataron la asociación entre enfermedad cardiovascular y migraña y mostraron un incremento de 1,4 a 1,7 en el riesgo de presentar una enfermedad cardiovascular mayor, infarto agudo de miocardio, angina y procedimientos de revascularización coronaria y mortalidad por enfermedad cardiovascular en personas con migraña comparado con personas sin migraña.

Enfermedad cerebrovascular
Un metaanálisis que incluía más de un millón de sujetos concluyó que los migrañosos presentan un mayor riesgo a largo plazo de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares. El riesgo relativo varía de 1,56 a 2,41 en migraña con aura (MA) a 1,11-1,83 en migraña sin aura (MO). La relación fisiopatológica entre el ictus y la migraña es múltiple: eventos tromboembólicos, disfunción hemodinámica o insuficiencia energética. Cada uno actúa como parte de una pieza de rompecabezas.

La aterosclerosis clínica se ha aclarado como responsable para el aumento del riesgo vascular en pacientes con migraña, pero algunos estudios informaron que la aterosclerosis subclínica (es decir, el engrosamiento de la íntima media) podría ser un marcador de disfunción endotelial, que relaciona la enfermedad vascular con la migraña.

La presencia de un aumento de actividad proinflamatoria y procoagulante ha sido observada en pacientes con migraña, sobre todo migraña con aura y migraña crónica. El uso de anticonceptivos orales que contengan estrógenos es probablemente uno de los factores que aumenta más el riesgo de ictus en migraña con aura, especialmente si la paciente además fuma.

La alta prevalencia de foramen oval permeable (FOP), una alteración en las paredes del corazón observada en los pacientes con migraña con aura plantea la vía a través de la cual los microembolismos puede llegar a la circulación cerebral.

Y como factor adicional, la migraña con aura visual es un factor de riesgo de una arritmia que puede causar ictus isquémico denominada fibrilación auricular.

COMORBILIDADES ENDOCRINAS Y METABÓLICAS DE LA MIGRAÑA

Enfermedades metabólicas, como diabetes y obesidad, así como las enfermedades endocrinas son condiciones altamente prevalentes en la población general. Recientemente, varios estudios mostraron la presencia de comorbilidad entre migraña y estos trastornos.

Desde la primera descripción en 2005, varios estudios mostraron la presencia de una asociación entre migraña, resistencia a la insulina y síndrome metabólico (SM). Las concentraciones plasmáticas de glucosa aumentan significativamente durante los ataques de migraña.

LAS COMORBILIDADES HACEN MÁS COMPLEJO EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA. VARIOS ESTUDIOS HAN ENCONTRADO COMORBILIDAD BIDIRECCIONAL ENTRE MIGRAÑA Y TRASTORNOS NEUROLÓGICOS, PSIQUIÁTRICOS, CARDIOVASCULARES Y CEREBROVASCULARES, GASTROINTESTINALES, METABOLOENDOCRINOS E INMUNOLÓGICOS

La hiperinsulinemia se asocia con un riesgo 5,7 veces mayor de migraña Los pacientes con migraña crónica son más insulinoresistentes que los pacientes con migraña episódica y controles.

Diabetes y migraña
Varios estudios investigaron la relación entre diabetes y migraña. Los datos epidemiológicos mostraron que los pacientes con migraña no tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y los pacientes con diabetes tipo 1 mostraron una menor prevalencia de migraña (OR = 0,47, 95% CI: 0,26-0,96).

Obesidad y migraña
Los estudios poblacionales han identificado consistentemente una asociación entre obesidad y cefalea, particularmente migraña.

Un metaanálisis reciente, de 288.981 participantes en 12 estudios diferentes, mostró que el riesgo combinado ajustado por edad y sexo de migraña en pacientes obesos aumenta en un 27% en comparación con los de peso normal (OR = 1,27; IC del 95%: 1,16-1,37, p <0,001). Concentraciones plasmáticas de adipocinas, como leptina, adiponectina, y resistina aumentan significativamente tanto en migraña episódica como en migraña crónica, sugiriendo un papel para estos mediadores proinflamatorios en la comorbilidad entre obesidad y migraña.

Hipotiroidismo y migraña
Varios estudios mostraron una asociación entre migraña e hipotiroidismo, siendo el hipotiroidismo significativamente más prevalente en sujetos con migraña crónica en comparación con aquellos con migraña episódica.

Endometriosis y migraña
Una revisión sistemática reciente encontró un asociación significativa entre la endometriosis y el riesgo de migraña (OR = 1,56; IC del 95%: 1,21-1,90).

EPILEPSIA Y MIGRAÑA

La frecuencia de la epilepsia entre las personas con migraña (rango 1-17%) es mayor que en la población general (0,5-1%), al igual que la prevalencia de migraña entre los pacientes con epilepsia. Una revisión sistemática más reciente, realizada en 5.564 participantes del estudio, informaron una mayor prevalencia (48,4%) de cefalea entre los pacientes epilépticos.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

La relación entre el sueño y la migraña siempre ha sido conocida, aunque poco esclarecida. Existen importantes datos epidemiológicos que muestran una alta comorbilidad entre la migraña y los trastornos del sueño. Todos los tipos de disregulación del sueño están involucrados en la cronicidad.

Migraña y síndrome de piernas inquietas (SPI)
Estudios clínicos y estudios poblacionales a gran escala sugieren una asociación entre migraña y SPI. El SPI también explica la peor calidad del sueño en aquellos pacientes con esta comorbilidad.

Migraña e insomnio
El insomnio y la disminución de la calidad de sueño es habitual en pacientes con migraña. Se ha observado que un sueño reducido (<6 h por día) se asocia de forma independiente con un aumento de la frecuencia de las crisis de migraña.

Migraña y parasomnias
Numerosos estudios han observado una asociación entre migraña y sonambulismo. Otros estudios han demostrado la alta prevalencia de diversas parasomnias (pánico, sonambulismo y enuresis) incluso en adultos. En varios estudios, los sujetos con bruxismo parecen tener una alta prevalencia de cefaleas primarias y especialmente migraña crónica.

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES Y MIGRAÑA

Los trastornos gastrointestinales son bastante comunes entre los pacientes con migraña. Existe una mayor prevalencia de migraña en personas con reflujo, diarrea, estreñimiento o náuseas que en los que no la tienen. Por otro lado, las náuseas y los vómitos son síntomas del ataque de migraña, según criterios de clasificación (ICHD, 2018); y alteraciones del tránsito intestinal son parte de los síntomas autonómicos acompañando las fases prodrómicas y posdrómicas de las crisis.

Un reciente estudio multicéntrico evidenció que la presencia de periodontitis se relaciona de forma independiente con la MC, con una mayor prevalencia que en los pacientes con EM (53,9 vs 44,6%).

TRASTORNOS INMUNOLÓGICOS Y MIGRAÑA

Existe evidencia de la comorbilidad de migraña con enfermedades inmunológicas o autoinmunes. A veces, el dolor de cabeza y específicamente la migraña pueden ser una manifestación clínica de muchos trastornos autoinmunes, ya sea para los que afectan principalmente al sistema nervioso central, como la esclerosis múltiple (EM), o trastornos sistémicos, como lupus eritematoso sistémico (LES).

No está claro si el dolor de cabeza, y específicamente la migraña, es una manifestación directa y específica de la enfermedad o un trastorno concomitante; y lo más importante, es un tema de debate si la migraña puede predisponen a algunos pacientes al desarrollo posterior de una alteración autoinmune.

En general, todo esto implica que el tratamiento de la migraña debe tener un enfoque multidisciplinar, orientado a identificar y tratar las comorbilidades. Esto significa necesariamente que se deben tomar medidas lo más temprano posible, cuando la migraña todavía es episódica, para evitar la evolución hacia la cronificación y la resistencia farmacológica.

6

EL FUTURO DE LA MIGRAÑA. AVANCES Y NUEVAS OPORTUNIDADES DE TRATAMIENTO

Dr. José Miguel Láinez Andrés
Presidente de la Sociedad Española de Neurología
Jefe de Servicio y Profesor de Neurología.
Hospital Clínico de Neurología
Universidad Católica de Valencia.

En los últimos 25 años, el desarrollo de la capacidad asistencial a las migrañas en España ha sido significativo. Se ha pasado de la ausencia casi absoluta de unidades de migrañas a que estén presentes en gran parte de los hospitales. En este tiempo, la aparición de nuevos fármacos que han mejorado significativamente la eficacia de los remedios disponibles para esta dolencia ha supuesto una evolución clave de la terapéutica de esta enfermedad.

Para poder proyectar el futuro de la atención a la migraña es importante analizar cuál ha sido la evolución en el manejo de esta enfermedad en el pasado. Hay que tener en mente que para avanzar en el manejo de esta patología debemos hacerlo en dos aspectos fundamentales y complementarios: en la organización de la asistencia a los pacientes afectados y en la disponibilidad de nuevos fármacos o dispositivos que mejoren la eficacia de los actuales.

Refiriéndonos al primer aspecto hay que analizar cuál ha sido la evolución de la asistencia a este grupo de pacientes en nuestro país a lo largo de los años. En 1994, en un Manual de Gestión y Asistencia Neurológica, decíamos al respecto de las Unidades de Cefaleas: "Las unidades de cefalea ofrecen considerables ventajas para el diagnóstico y tratamiento de un importante grupo de pacientes que tienen cefaleas intratables e incapacitantes. Es necesario extenderlas de modo ordenado y suficiente

en nuestra geografía de modo que en todas las regiones exista al menos un centro adecuado". En aquel momento había en todo el país escasamente una Unidad y algunas personas que estaban iniciando la creación de otras. En unos años pasamos a que existieran varias a lo largo de la geografía (y el nombre de Unidad no podía ser más idóneo porque en todas ellas había un solo neurólogo trabajando).

ME PARECE IMPRESCINDIBLE QUE EL MINISTERIO DE SANIDAD APRUEBE UN PLAN NACIONAL DE ASISTENCIA AL PACIENTE CON MIGRAÑA. NO PODEMOS OLVIDAR QUE ES LA ENFERMEDAD NEUROLÓGICA MÁS DISCAPACITANTE EN EL MOMENTO DE MAYOR ACTIVIDAD VITAL DE QUIENES LA SUFREN

Afortunadamente, el interés de los neurólogos por esta condición ha aumentado de modo muy importante y cada vez son más los interesados y dedicados especialmente a intentar mejorar a los pacientes con cefaleas. Fruto de ello ha sido la aparición de Unidades de Cefalea en muchos hospitales del país, de modo que nuestro deseo de hace más de 25 años se va convirtiendo en una realidad, aunque no todas las regiones cuentan con unidades de referencia. También se han desarrollado muchas consultas especificas en hospitales de tercer nivel e incluso algunos comarcales. Con todo ello la situación ha mejorado, pero todavía estamos lejos de lo idóneo.

Este crecimiento también se ha acompañado de una participación muy importante de los neurólogos españoles en la investigación en el campo y una representación importante de los mismos en todas las actividades científicas a nivel internacional. Así, podemos contemplar con orgullo que hoy, en prácticamente todas las conferencias internacionales, hay una importante representación española en todos los niveles.

Es evidente que el neurólogo tiene un papel fundamental en el tratamiento de las cefaleas y por ende de la migraña, pero es obvio que la mayoría de los pacientes con cefaleas deben ser manejados por el Médico de Familia, dada la prevalencia de esta condición y por el hecho de muchos casos se pueden, y deben, manejarse a este nivel. En las últimas décadas ha habido un esfuerzo por parte de las diferentes sociedades de médicos de atención primaria y de sociedades neurológicas para formar a los médicos del primer nivel en el manejo de las cefaleas. Sin duda, la situación ha mejorado, pero todavía seguimos recibiendo muchos pacientes con migraña crónica que nunca han recibido un tratamiento preventivo.

También es importante formar a los pacientes y en este sentido: ha habido muchas campañas de información en los medios de comunicación e incluso conferencias de los profesionales dirigidas a los pacientes para que tuvieran conciencia de su enfermedad y la manejaran apropiadamente; pero, a pesar de ello, seguimos con altas tasas de automedicación. Las asociaciones de pacientes también son fundamentales para cambiar la conciencia social sobre la enfermedad y promocionar una correcta educación de los pacientes. En nuestro país Asociación Española de Migraña y Cefalea (Aemice) está desarrollando una labor muy importante en estos aspectos y está participando en muchas actividades de formación y promoción. No obstante, su implantación entre los pacientes es mucho más baja de lo deseable.

Otro aspecto fundamental es el desarrollo de nuevos fármacos o tecnologías que ayuden a mejorar el tratamiento de los pacientes. En este sentido, ha habido algunos hitos que han contribuido a mejorar significativamente la eficacia de los remedios disponibles para esta dolencia.

En la década de los 90 de introdujeron los triptanes, primeros fármacos desarrollados específicamente para tratar las crisis de migraña (también demostraron su utilidad en el control de las crisis de cefalea en racimos). En el inicio del siglo XXI se introdujeron nuevos fármacos preventivos neuromoduladores que aumentaron el arsenal de posibilidades para reducir las crisis de migraña. En 2010 se aprobó la toxina botulínica para tratar la migraña crónica; ello permitió reducir significativamente la carga de la enfermedad en un número muy importante de pacientes con una enfermedad tan discapacitante. También contribuyó al desarrollo de las Unidades, ya que se trataba de una técnica que exigía una capacitación y un compromiso del neurólogo. En la década pasada también se han incorporado algunos dispositivos de estimulación externa (trigeminal, vagal,..) como alternativa a los fármacos para el manejo de algunas cefaleas. Incluso se han empleado técnicas más invasivas (estimulación occipital, hipotalámica,...) para tratar de controlar las formas más refractarias: estas técnicas se han demostrado útiles especialmente en el manejo en la cefalea en racimos.

Finalmente, gracias al conocimiento más profundo de los mecanismos fisiopatológicos de la migraña, hace dos años se introdujeron los fármacos biológicos en el tratamiento de la migraña y más tarde de la cefalea en racimos. Los anticuerpos monoclonales el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (GCRP) han sido los

primeros fármacos preventivos desarrollados para la migraña basados en el conocimiento científico. Sin duda, han sido un avance muy importante y nos han permitido controlar otro porcentaje de pacientes que eran resistentes a los tratamientos convencionales.

Con este escenario de base pienso que, si queremos conseguir que la migraña reduzca sus consecuencias en discapacidad y merma de la calidad de vida de los que la padecen, debemos actuar en

todos los escenarios. El que me parece más importante, porque exige tomar decisiones diferentes, es el de la organización de la asistencia al paciente. Me parece imprescindible que se apruebe por parte del Ministerio de Sanidad un Plan Nacional de Asistencia al paciente con migraña. No podemos olvidar que es la enfermedad neurológica más discapacitante en el momento de mayor actividad vital de quienes la sufren. Este plan debe conseguir, en primer lugar, implicar de forma muy activa a la atención primaria en el manejo de las cefaleas, incorporándola en sus agendas como una patología tan importante como la hipertensión o la diabetes, por citar dos ejemplos de patologías consideradas importantes a nivel de salud. La existencia del Plan permitiría realizar campañas de formación y concienciación social. En ellas deberían implicarse las asociaciones de pacientes que también es importante que crezcan y cuenten con muchos más miembros activos. El hacer un programa de atención global a la migraña permitiría ordenar de forma adecuada los recursos neurológicos existentes; con ello se lograría hacer una atención escalonada en función de la complejidad de los pacientes. Y ello contribuiría, no solo a mejorar la asistencia, sino también, de modo muy significativo, a la participación de nuestros neurólogos en tareas de investigación y a seguir creciendo en el liderazgo internacional.

No tengo duda de que se van a seguir produciendo avances farmacológicos que contribuirán a ir reduciendo el nicho de pacientes refractarios y a mejorar el manejo del global de todo el colectivo. De hecho, ya han sido aprobados por la FDA nuevos fármacos como los antagonistas orales del GCRP (gepantes) y el lasmiditan, y en breve se incorporarán al elenco terapéutico disponible en nuestro país para mejorar el tratamiento. También existen múltiples dianas nuevas (PACAP, VIP,...) con moléculas en diferentes estadios de investigación: seguro que algunas de ellas se incorporarán al arsenal de fármacos disponibles en los próximos años.

La genética, aunque en la actualidad ya se hayan descubierto más de 120 locus vinculados al riesgo de padecerla, no parece probable que vaya a ser capaz de encontrar una cura definitiva de la migraña, dado su carácter multigénico, pero sin duda contribuirá a descubrir nuevos mecanismos y dianas para nuevos abordajes terapéuticos. Lo mismo sucede con otras disciplinas como la proteómica, la metabolómica o la farmogenética.

También se van incorporando nuevos dispositivos de neuromodulación (ej: Nerivio) que pueden ser útiles en los pacientes que no desean o no toleran los fármacos tradicionales. Tampoco debemos olvidar en el futuro, ya realidad en algunos casos, las nuevas herramientas que nos proporcionan las tecnologías de la información y la comunicación y la inteligencia artificial. Contribuyen a un mejor seguimiento de la enfermedad por el pacientes, a una mejor comunicación con el médico responsable y en un futuro muy cercano estoy seguro contribuirán de modo sustancial a mejorar el manejo de las misma cris. Creo que no estamos lejos de disponer de dispositivos portátiles que nos avisen de la inmediatez de las crisis, nos aconsejen el mejor tratamiento o nos conecten con nuestro médico para poder recibir el mejor consejo.

Debo concluir diciendo que me muestro optimista en cuanto a los avances científicos y tecnológicos para mejorar el manejo de los pacientes migrañosos. Pero todo ello no será suficiente si no desarrollamos una red asistencial adecuada y ello solo es posible con un Plan Nacional de Atención a la Migraña.

7

EL ROL DEL PACIENTE EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LA MIGRAÑA

Isabel Colomina
Presidenta de la Asociación Española de Migraña y Cefalea (Aemice).

La actitud del paciente con migraña en el manejo de su enfermedad es clave para mejorar su calidad de vida. Concienciar acerca de la necesidad de acudir a un especialista cuando se sufren migrañas o episodios de cefalea de manera repetida puede evitar conductas que solo empeorarían el pronóstico. Por ese motivo, empoderar al paciente, ofrecerle información, es clave para un manejo adecuado de las migrañas.

En los últimos años se habla mucho de la necesidad de que el paciente tome un rol más activo o participe más en el cuidado de su salud. Cuando hablamos de migraña esa implicación es clave. El propio paciente juega un papel muy importante a la hora de conseguir un buen manejo de su enfermedad. Debe ser corresponsable de su enfermedad, identificando los síntomas y conociendo, de primera mano, qué le hace desencadenar las crisis y qué puede hacer para frenarlas.

CUANDO EL PACIENTE LIMITA EL DIAGNÓSTICO

Según los datos recogidos en el Atlas de la Migraña 2018, desarrollado por la Asociación Española de Migraña y Cefaleas (Aemice), las personas con migraña tardan de media más de 6 años (6,4 años en la migraña episódica y 7,3 años en la migraña crónica) en obtener un diagnóstico correcto. Además, según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), en concreto el Grupo de Estudio de Cefaleas, en España un 40% de las personas con migraña estaría sin diagnosticar.

"UNO DE CADA CUATRO PACIENTES NUNCA HA CONSULTADO SU DOLOR DE CABEZA CON UN ESPECIALISTA, UN DATO QUE PUEDE RELACIONARSE CON EL ESTIGMA SOCIAL QUE EXISTE ALREDEDOR DE ESTA ENFERMEDAD QUE HACE QUE MUCHAS PERSONAS QUE SUFREN MIGRAÑA SUBESTIMEN SU DOLOR, CREYENDO QUE ES UN DOLOR DE CABEZA MÁS"

Los expertos han identificado los diferentes factores que condicionan el diagnóstico de migraña. Por un lado, cabe destacar que no existen marcadores o pruebas diagnósticas como resonancias o análisis de sangre que especifiquen que ese dolor es migraña, sino que el diagnóstico se basa exclusivamente en criterios clínicos centrados en analizar los síntomas del paciente: dolor de cabeza pulsátil, náuseas, vómito y sensibilidad a la luz y al ruido. Además, si este dolor es frecuente, hace que se relacione con otras enfermedades, lo que provoca que pase desapercibido y quede camuflado.

Sin embargo, uno de los factores del retraso diagnóstico tiene que ver con la actitud del propio paciente ante la enfermedad. En concreto, muchos pacientes no consideran que estén ante una enfermedad neurológica que requiera atención médica. De hecho, uno de cada cuatro pacientes nunca ha consultado su dolor de cabeza con un especialista, un dato que puede relacionarse con el estigma social que existe alrededor de esta enfermedad que hace que muchas personas que sufren migraña subestimen su dolor, creyendo que es un dolor de cabeza más y que no es un motivo suficiente para ir al médico –"*cómo voy a ir al médico por un dolor de cabeza*"-.

Otros pacientes también retrasan la decisión de acudir al médico porque quizás hayan vivido previamente la enfermedad en un familiar que no la trató adecuadamente o que no consiguió controlar la migraña con un tratamiento efectivo y, en consecuencia, consideran que la migraña no tiene solución. Se resignan y aprenden a vivir con el dolor. En este punto muchos optan por la toma de medicamentos sin receta. De hecho, uno de cada dos pacientes (principalmente los pacientes con migraña episódica) se automedica con medicamentos sin receta.

La automedicación alarga el tiempo de diagnóstico, pero también incrementa el riesgo de que la migraña se cronifique (incrementando el número de crisis al mes).

El paciente debe activarse y buscar la adecuada atención médica, cuanto antes mejor. Pero debemos hacer frente a una barrera social importante, la banalización de esta enfermedad. Para ello es necesario seguir apostando por las campañas de concienciación que

nos ayudan a visibilizar la enfermedad y a activar a pacientes y/o familiares en el correcto manejo de la migraña. Una mejor información por parte de nuestra sociedad no solo nos ayudará a desestigmatizar la migraña, sino que facilitará su diagnóstico y, en consecuencia, su correcto tratamiento.

EMPODERAR EL PACIENTE PARA UN MEJOR CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Una vez el paciente dispone de diagnóstico, su médico le indicará el tratamiento más adecuado e irá ajustándolo en función de sus resultados.

No debemos olvidar que la migraña es una enfermedad neurológica crónica, y eso quiere decir que por ahora no tiene curación y que el paciente deberá aprender a vivir con la enfermedad de por vida.

Hemos hablado de concienciar a pacientes y familiares con información sobre la enfermedad para ayudarles a detectar los síntomas e identificar la migraña antes. Pero tan importante es el diagnóstico como el seguimiento médico. Y en este aspecto la información al paciente es muy importante. Debe saber que la migraña es una enfermedad tratable para la que, por suerte, disponemos de un amplio abanico de opciones terapéuticas que se utilizarán en función de cada caso.

Algunos pacientes conseguirán el tratamiento efectivo para su migraña de forma rápida y ágil, otros no tanto. Un reciente estudio sobre acceso a los tratamientos para la migraña realizado por la Alianza Europea de Migraña y Cefalea (EMHA), ha evidenciado que las personas con migraña tardan cinco años de media en conseguir un tratamiento efectivo para su enfermedad. Esto evidencia la importancia de la información y el manejo de las expectativas del paciente ante los tratamientos que el médico le prescribe ya que el fracaso terapéutico es la principal razón por la que el 50% de las personas con migraña abandona el seguimiento médico. Sin información es difícil que el paciente comprenda que un tratamiento que le ha indicado su médico no obtenga el resultado esperado en su calidad de vida.

Decíamos al inicio que el empoderamiento del paciente es un concepto ampliamente extendido en el sector de la salud cuando hablamos de enfermedades crónicas y su manejo. En la migraña empoderamos al paciente cuando le informamos sobre su enfermedad, cuando le orientamos sobre las fuentes de información que puede consultar si desea saber más, cuando compartimos con él las opciones terapéuticas y fomentamos las decisiones compartidas a la hora de elegir un tratamiento y cuando le ayudamos a instaurar en su vida hábitos que ayudan a mejorar el control de su enfermedad, además del tratamiento farmacológico.

Desde la Asociación Española de Migraña y Cefalea estamos plenamente convencidos de que empoderar a los pacientes es un objetivo primordial para un mejor manejo de la migraña. Por ello trabajamos por ofrecer al paciente y su familia la información y orientación necesaria, basada en la evidencia científica y el respaldo de los expertos en esta enfermedad.

En conclusión, organizaciones de pacientes, profesionales sanitarios y gestores sanitarios debemos coordinamos para hacer efectiva la participación e implicación de los pacientes con migraña en el manejo de su enfermedad, una estrategia que redundará en un mayor control de esta enfermedad.

RETOS EN EL **DIAGNÓSTICO** Y EL **TRATAMIENTO** DE LA **MIGRAÑA**