

TERAPIAS COMPLEMENTARIAS EN MIGRAÑA Y VARIABLES RELACIONADAS. ENCUESTA EUROPEA

M^a-TEÓFILA VICENTE-HERRERO¹, M^a-VICTORIA RAMÍREZ-IÑIGUEZ-DE-LA-TORRE²,
ELENA RUIZ-DE-LA-TORRE³, LUIS REINOSO-BARBERO⁴

Recibido para publicación: 18-01-2021 - Versión corregida: 26-02-2021 - Aprobado para publicación: 29-04-2021

Vicente-Herrero MT, Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre MV, Ruiz-de-la-Torre E, Reinoso-Barbero L. **Terapias complementarias en migraña y variables relacionadas. Encuesta Europea.** *Arch Med (Manizales)*. 2021; 21(2):492-502. <https://doi.org/10.30554/archmed.21.2.4138.2021>

Resumen

Objetivo: *valorar el uso de terapias alternativas no farmacológicas en migraña y variables relacionadas. La migraña afecta a una de cada diez personas en el mundo, con aumento creciente y mayor prevalencia entre mujeres de zonas urbanas. Aunque los tratamientos habituales son farmacológicos, se ha incrementado el uso de terapias alternativas no farmacológicas en migraña y variables relacionadas.* **Materiales y métodos:** *estudio observacional transversal mediante encuesta anónima vía web a 3.342 pacientes de países europeos sobre el uso de terapias alternativas para tratamiento de migraña. Variables de estudio: edad, género, país, tipo de localidad, nivel de estudios, ámbito rural o urbano y respuesta al tratamiento.* **Resultados:** *la utilización de terapias alternativas en migraña es un fenómeno creciente, con mayor uso en pacientes entre 41-60 años y estudios superiores.* **Conclusiones:** *en migraña se observan diferencias por edad, género, nivel cultural y país de procedencia. El uso de la medicina complementaria como alternativa terapéutica en la migraña es poco habitual y se debería indagar con mayor profundidad estableciendo relaciones que permitan apoyar al paciente afectado y priorizar las de mayor evidencia científica.*

Palabras Clave: *migraña clásica; terapias complementarias; salud pública.*

Archivos de Medicina (Manizales) Volumen 21 N° 2, Julio-Diciembre 2021, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874, Vicente-Herrero MT, Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre MV, Ruiz-de-la-Torre E, Reinoso-Barbero L.

- 1 Doctora en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Co-rreos. Valencia, España. [Orcid.org/0000-0002-0796-9194](https://orcid.org/0000-0002-0796-9194). Correo e.: vicenteherreromt@gmail.com
- 2 Doctora en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Co-rreos. Albacete, España. [Orcid.org/0000-0002-7772-5689](https://orcid.org/0000-0002-7772-5689). Correo e.: vivirrami@gmail.com
- 3 Executive Director. Past President. European Migraine and Headache Alliance. [Orcid.org/0000-0003-1324-3100](https://orcid.org/0000-0003-1324-3100) Correo e.: elena@emhalliance.org
- 4 Doctor en Medicina. Especialista en Medicina del Trabajo. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Banco de Santander. Madrid, España. [Orcid.org/0000-0001-8761-6382](https://orcid.org/0000-0001-8761-6382). Correo e.: luis.reinoso@gruposantander.com

Complementary therapies in migraine and related variables. European Survey

Summary

Objective: to evaluate the use of alternative non-pharmacological therapies in migraine and related variables. Migraine affects one in ten people worldwide, with a growing increase and a higher prevalence among women in urban areas. Although the usual treatments are pharmacological, the use of alternative techniques is increasing. **Materials and methods:** cross-sectional observational study by anonymous web survey of 3,342 patients from European countries on the use of alternative therapies. Study variables: age, gender, country, type of locality, educational level, rural or urban setting and treatment response. **Results:** the use of alternative therapies in migraine treatment is a growing phenomenon, with greater use in patients between 41-60 years of age and higher education. **Conclusions:** in Migraine, differences are observed by age, gender, cultural level and country of origin. The use of complementary medicine as an therapeutic alternative in migraine is uncommon and should be investigated in greater depth, establishing relationships that allow supporting the affected patient and prioritizing, if possible, some over others with scientific evidence.

Key Words: migraine without aura; complementary therapies; public health.

Introducción

La migraña, según datos recientes, afecta a una de cada diez personas en todo el mundo, con un aumento creciente y mayor prevalencia entre las mujeres y en los residentes urbanos [1]. El género y los criterios de diagnóstico influyen significativamente en la prevalencia de migraña y explican en parte la heterogeneidad entre los estudios [2].

La migraña se incluye entre las cefaleas primarias y abarca un grupo heterogéneo de trastornos neurológicos que causan dolor de cabeza recurrente o persistente sin una causa subyacente clara y en los que se revisan tanto su incidencia, prevalencia, carga y comorbilidades, como los factores de riesgo en la progresión de la cefalea diaria episódica a crónica [3]. Su clasificación y criterios diagnósticos se actualizan periódicamente por la Sociedad Internacional de Cefalea [4,5].

En su conjunto, el dolor de cabeza es una de las quejas más frecuentes en medicina y neurología y, aunque a menudo su causa es benigna, puede ser un síntoma severo, por lo que es importante su correcto diagnóstico y adecuada clasificación para un buen manejo, especialmente en la migraña, en la cefalea tensional, en las cefaleas autonómicas del trigémino y en varios tipos de cefalea diaria [6]. Si bien los tratamientos habituales son los farmacológicos, tanto sintomáticos para las crisis como preventivos [7], cada vez son de mayor uso técnicas no farmacológicas, entre las cuales se destacan la acupuntura, el masaje, el yoga, el biofeedback, la dieta, la hidroterapia o la meditación y el mindfulness. Estas técnicas han mostrado un efecto positivo en la migraña, pero se necesita más investigación para determinar la utilidad de estas terapias en pacientes con dolor de cabeza [8].

Es objetivo de esta investigación es valorar, en distintos países europeos, el uso de terapias alternativas no farmacológicas en migraña y la influencia de variables sociales y demográficas.

Materiales y métodos

Tipo de estudio: estudio observacional transversal, mediante encuesta anónima de 32 preguntas con respuesta múltiple, no validada, ubicada en la web de la European Migraine and Headache Alliance (EMHA) en colaboración con la asociación española de especialistas en medicina del trabajo (AEEMT)

Población del estudio: participan 3.342 personas pertenecientes a las asociaciones de pacientes con migraña de los países europeos incluidos: España, Italia, Francia, Portugal, Irlanda, Reino Unido, Alemania y otros países de la Unión Europea no incluidos entre los anteriores en el diseño inicial del estudio y que respondieron a ella. Son criterios de inclusión tener diagnóstico previo de migraña, estar trabajando en el momento de la encuesta o haberlo estado en el año previo y participar de forma voluntaria. Se recogen los datos desde septiembre de 2018 hasta enero de 2019. La participación fue voluntaria y sin selección previa excepto cumplir con los criterios señalados: tener diagnóstico previo de migraña, estar trabajando en el momento de la encuesta o haberlo estado en el año previo y participar de forma voluntaria. Se recogen los datos desde septiembre de 2018 hasta enero de 2019. Se excluyeron las encuestas incompletas.

VARIABLES INCLUIDAS: edad (hasta 20 años, entre 21-40, entre 41-60, más de 60); sexo (hombre, mujer); lugar de residencia (España, Italia, Francia, Portugal, Irlanda, Reino Unido, Alemania, Otro país de la UE); tamaño de localidad donde reside (hasta 500 habitantes, 501-10.000 habitantes, 10.001-250.000 habitantes, 250.001-1 millón de habitantes, más de un millón de habitantes); nivel de estudios

(elementales, medios, superiores); ámbito en el que vive(rural-pueblo, urbano-capital).

Las características de la migraña se recogen en las preguntas 8, 9 y 10 del cuestionario: tipo de migraña que padece (con aura, sin aura, ambos tipos, crónica/cronificada); duración de las crisis (menos de 4 horas, entre 4-6 horas, más de 6 horas); frecuencia de las crisis (menos de 3/mes, entre 3-6/mes, más de 6/mes). Las opciones de terapias complementarias se recogen en la pregunta 14 del cuestionario (¿usa otros tratamientos complementarios?: dietas, fisioterapia, mindfulness...etc.: Sí, No).

Recogida de datos: se recogen los datos en encuesta on line desde septiembre de 2018 hasta enero de 2019 sin incluir datos personales para garantizar el anonimato.

Análisis estadísticos: a partir del descriptivo inicial se analizan las respuestas correspondientes al control sanitario de la migraña en función de variables. Se realiza análisis bivariante para cada opción propuesta y en relación con los distintos parámetros sociodemográficos.

Se presentan tablas de contingencia mostrando frecuencia absoluta (N) y porcentaje (%) para cada cruce de variables. Según la naturaleza de las variables del cuestionario (variables categóricas) se ha utilizado el test Chi-cuadrado o test exacto de Fisher para analizar la posible relación entre las características de la migraña y las variables sociodemográficas.

El análisis de los datos se ha realizado de forma independiente para cada una de las posibles respuestas.

Control de sesgos: se admite como sesgo la desigual participación entre los países y la predominancia de mujeres sobre hombres.

Aspectos éticos: el proyecto fue aprobado por la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT) e incluido en su acta de septiembre de 2019, con la aceptación de la junta directiva.

Resultados

Las características sociodemográficas de la población que ha respondido a la encuesta indican una heterogénea distribución por países, correspondiendo el mayor porcentaje de respuestas a España y Alemania. El 85,13% de los encuestados se encuadran en el bloque de edad media y son mayoritariamente mujeres (90%). Los participantes residen principalmente en ámbito urbano (68,63%), en ciudades de medio-gran tamaño (el 35% en localidades de más de 250.000 habitantes y el 72,5% en localidades de más de 10.000 habitantes), son trabajadores cualificados (el 69% con estudios superiores y el 27% con estudios medios) y reciben un apoyo moderado de su entorno durante las crisis de migraña (44,06%).

Los resultados de las características de las crisis de migraña indican para la comparativa de resultados totales, que:

- Todos los tipos de migraña aumentan su frecuencia a partir de los 20 años, si bien la migraña con aura destaca en los pacientes jóvenes, con menos de 20 años ($p < 0,0001$)
- Todos los tipos son más frecuentes en la mujer ($p 0,001$)
- España y Alemania presentan mayor frecuencia en todos los tipos de migraña, si bien en la crónica destacan también Reino Unido, Italia y resto de países de la UE no incluidos en el diseño inicial ($p < 0,0001$)
- Todos los tipos de migraña muestran cifras más elevadas en localidades de más de 500 habitantes aunque con una significación menor que en el resto de variables analizadas ($p 0,04$), y en personas con estudios superiores o medios ($p 0,04$). Sin embargo, no muestran relación con el ámbito rural o urbano en el que residen. ($p > 0,05$). (Tabla 1). Los resultados de p son para la comparativa sobre el total.

En duración de las crisis, los resultados indican relaciones con significación estadística. Con la edad, con duraciones entre 4-6 horas en el grupo de pacientes más joven y más de 6 horas a partir de esa edad y hasta los 60 años ($p < 0,0001$). En las mujeres aumenta la duración según avanzan sus años ($p < 0,0001$). En Alemania, Irlanda y Reino Unido se encuentra mayor porcentaje de personas con crisis de larga duración, y en España, Italia, Portugal y resto de países de UE las crisis son de 4-6 h ($p < 0,0001$). No influye en la duración de las crisis el tamaño de su localidad, pero sí el nivel de estudios, siendo mayores las crisis en los pacientes con estudios superiores ($p 0,001$) y con escasa significación según ámbito rural y urbano ($p 0,31$). (Tabla 2). Los resultados de p son para la comparativa sobre el total.

En el uso de terapias complementarias, diferenciando cada opción en relación con las variables estudiadas y considerando solo aquellos resultados con significación estadística, el género, ámbito de residencia y características de la localidad no muestran relación con el uso de estas terapias, pero sí la edad, siendo mayor su uso en pacientes de más de 20 años, especialmente entre 41-60 años ($p < 0,0001$), el nivel de estudios, con mayor uso en pacientes con estudios superiores ($p < 0,0001$) y, por países, siendo en España y Portugal donde menos usan y en Irlanda, Reino Unido Alemania y otros países donde más se utilizan terapias no farmacológicas alternativas ($p < 0,0001$). (Tabla 3). Los resultados de p son para la comparativa sobre el total.

No se observa significación estadística en su empleo en función del número de habitantes de la localidad de residencia del paciente, ni tampoco en relación a su ámbito de residencia, rural o urbano. Sí se observa mayor utilización de estas terapias entre personas con estudios superiores frente a pacientes con estudios elementales o medios.

Tabla 1. Tipo de migraña y variables relacionadas

| Variable | Tipo de migraña | | | | | | | | | | p-valor |
|-------------------------------------|------------------|-------|------------------|-------|---------------------|-------|------------------------------|-------|----------------|-------|---------|
| | Con aura (n=619) | | Sin aura (n=836) | | Ambos tipos (n=802) | | Crónica Cronificada (n=1078) | | Total (n=3335) | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Edad | | | | | | | | | | | |
| <20 años | 100 | 16,23 | 75 | 8,99 | 110 | 13,72 | 102 | 9,48 | 387 | 11,63 | <0,0001 |
| Entre 21-40 | 308 | 50 | 331 | 39,69 | 365 | 45,51 | 430 | 39,96 | 1434 | 43,09 | |
| Entre 41-60 | 192 | 31,17 | 406 | 48,68 | 305 | 38,03 | 503 | 46,75 | 1406 | 42,25 | |
| > 61 | 16 | 2,6 | 22 | 2,64 | 22 | 2,74 | 41 | 3,81 | 101 | 3,03 | |
| Total | 616 | 100 | 834 | 100 | 802 | 100 | 1076 | 100 | 3328 | 100 | |
| Género | | | | | | | | | | | |
| Hombre | 88 | 14,29 | 79 | 9,46 | 69 | 8,6 | 96 | 8,92 | 332 | 9,97 | 0,001 |
| Mujer | 528 | 85,71 | 756 | 90,54 | 733 | 91,4 | 980 | 91,08 | 2997 | 90,03 | |
| Total | 616 | 100 | 835 | 100 | 802 | 100 | 1076 | 100 | 3329 | 100 | |
| País | | | | | | | | | | | |
| España | 228 | 36,89 | 224 | 26,79 | 252 | 31,62 | 325 | 30,29 | 1029 | 30,96 | <0,0001 |
| Italia | 34 | 5,5 | 65 | 7,78 | 60 | 7,53 | 119 | 11,09 | 278 | 8,36 | |
| Francia | 17 | 2,75 | 16 | 1,91 | 24 | 3,01 | 29 | 2,7 | 86 | 2,59 | |
| Portugal | 27 | 4,37 | 28 | 3,35 | 40 | 5,02 | 37 | 3,45 | 132 | 3,97 | |
| Irlanda | 53 | 8,58 | 37 | 4,43 | 58 | 7,28 | 74 | 6,9 | 222 | 6,68 | |
| Reino Unido | 63 | 10,19 | 49 | 5,86 | 59 | 7,4 | 128 | 11,93 | 299 | 9 | |
| Alemania | 121 | 19,58 | 224 | 26,79 | 167 | 20,95 | 191 | 17,8 | 703 | 21,15 | |
| Otro País de la UE | 75 | 12,14 | 193 | 23,09 | 137 | 17,19 | 170 | 15,84 | 575 | 17,3 | |
| Total | 618 | 100 | 836 | 100 | 797 | 100 | 1073 | 100 | 3324 | 100 | |
| Características de Localidad | | | | | | | | | | | |
| < 500 hab. | 32 | 5,19 | 30 | 3,59 | 27 | 3,38 | 46 | 4,29 | 135 | 4,06 | 0,04 |
| 500-10,000 hab. | 132 | 21,43 | 200 | 23,95 | 213 | 26,62 | 232 | 21,64 | 777 | 23,38 | |
| 10,000-250,000 hab. | 239 | 38,8 | 317 | 37,96 | 293 | 36,62 | 398 | 37,13 | 1247 | 37,53 | |
| 250,000-1 millón de hab | 86 | 13,96 | 131 | 15,69 | 94 | 11,75 | 138 | 12,87 | 449 | 13,51 | |
| >1 millón de hab. | 127 | 20,62 | 157 | 18,8 | 173 | 21,62 | 258 | 24,07 | 715 | 21,52 | |
| Total | 616 | 100 | 835 | 100 | 800 | 100 | 1072 | 100 | 3323 | 100 | |
| Nivel de estudios | | | | | | | | | | | |
| Elementales | 24 | 3,88 | 25 | 3 | 45 | 5,63 | 38 | 3,53 | 132 | 3,97 | 0,04 |
| Medios | 167 | 27,02 | 202 | 24,25 | 220 | 27,53 | 304 | 28,2 | 893 | 26,83 | |
| Superiores | 427 | 69,09 | 606 | 72,75 | 534 | 66,83 | 736 | 68,27 | 2303 | 69,2 | |
| Total | 618 | 100 | 833 | 100 | 799 | 100 | 1078 | 100 | 3328 | 100 | |
| Ámbito en el que vive | | | | | | | | | | | |
| Rural (Pueblo) | 190 | 30,79 | 263 | 31,57 | 253 | 31,62 | 335 | 31,08 | 1041 | 31,28 | 0,98 |
| Urbano (Capital) | 427 | 69,21 | 570 | 68,43 | 547 | 68,38 | 743 | 68,92 | 2287 | 68,72 | |
| Total | 617 | 100 | 833 | 100 | 800 | 100 | 1078 | 100 | 3328 | 100 | |

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Duración de las crisis de migraña y variables relacionadas

| Variable | Duración de las crisis | | | | | | | | p-valor |
|-------------------------------------|-----------------------------|------------|----------------------------|------------|----------------------------|------------|-------------------|------------|---------|
| | Menos de 4 horas (n=326) | | Entre 4-6 horas (n=838) | | Más de 6 horas (n=2177) | | Total (n=3341) | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Edad | | | | | | | | | |
| <20 años | 80 | 24,54 | 153 | 18,28 | 160 | 7,37 | 393 | 11,79 | <0,0001 |
| Entre 21-40 | 127 | 38,96 | 415 | 49,58 | 892 | 41,09 | 1434 | 43,01 | |
| Entre 41-60 | 103 | 31,6 | 255 | 30,47 | 1047 | 48,23 | 1405 | 42,14 | |
| > 61 | 16 | 4,91 | 14 | 1,67 | 72 | 3,32 | 102 | 3,06 | |
| Total | 326 | 100 | 837 | 100 | 2171 | 100 | 3334 | 100 | |
| Género | | | | | | | | | |
| Hombre | 75 | 23,08 | 107 | 12,77 | 151 | 6,95 | 333 | 9,99 | <0,0001 |
| Mujer | 250 | 76,92 | 731 | 87,23 | 2021 | 93,05 | 3002 | 90,01 | |
| Total | 325 | 100 | 838 | 100 | 2172 | 100 | 3335 | 100 | |
| País | | | | | | | | | |
| España | 157 | 48,16 | 339 | 40,5 | 542 | 25,01 | 1038 | 31,17 | <0,0001 |
| Italia | 36 | 11,04 | 65 | 7,77 | 177 | 8,17 | 278 | 8,35 | |
| Francia | 9 | 2,76 | 22 | 2,63 | 56 | 2,58 | 87 | 2,61 | |
| Portugal | 12 | 3,68 | 33 | 3,94 | 87 | 4,01 | 132 | 3,96 | |
| Irlanda | 15 | 4,6 | 43 | 5,14 | 162 | 7,48 | 220 | 6,61 | |
| Reino Unido | 12 | 3,68 | 41 | 4,9 | 246 | 11,35 | 299 | 8,98 | |
| Alemania | 52 | 15,95 | 198 | 23,66 | 452 | 20,86 | 702 | 21,08 | |
| Otro País de la UE | 33 | 10,12 | 96 | 11,47 | 445 | 20,54 | 574 | 17,24 | |
| Total | 326 | 100 | 837 | 100,01 | 2167 | 100 | 3330 | 100 | |
| Características de Localidad | | | | | | | | | |
| < 500 hab. | 12 | 3,68 | 29 | 3,46 | 93 | 4,29 | 134 | 4,03 | 0,11 |
| 500-10.000 hab. | 67 | 20,55 | 208 | 24,85 | 504 | 23,27 | 779 | 23,4 | |
| 10.000-250.000 hab | 107 | 32,82 | 312 | 37,28 | 830 | 38,32 | 1249 | 37,52 | |
| 250.000-1 millón de hab | 49 | 15,03 | 117 | 13,98 | 285 | 13,16 | 451 | 13,55 | |
| >1 millón de hab. | 91 | 27,91 | 171 | 20,43 | 454 | 20,96 | 716 | 21,51 | |
| Total | 326 | 100 | 837 | 100 | 2166 | 100 | 3329 | 100,01 | |
| Nivel de estudios | | | | | | | | | |
| Elementales | 22 | 6,75 | 41 | 4,9 | 71 | 3,27 | 134 | 4,02 | 0,001 |
| Medios | 101 | 30,98 | 240 | 28,67 | 557 | 25,63 | 898 | 26,92 | |
| Superiores | 203 | 62,27 | 556 | 66,43 | 1545 | 71,1 | 2304 | 69,06 | |
| Total | 326 | 100 | 837 | 100 | 2173 | 100 | 3336 | 100 | |
| Ámbito en el que vive | | | | | | | | | |
| Rural (Pueblo) | 86 | 26,38 | 248 | 29,59 | 711 | 32,75 | 1045 | 31,33 | 0,03 |
| Urbano (Capital) | 240 | 73,62 | 590 | 70,41 | 1460 | 67,25 | 2290 | 68,67 | |
| Total | 326 | 100 | 838 | 100 | 2171 | 100 | 3335 | 100 | |

Fuente: elaboración propia.

Se observan también diferencias relacionadas con su nivel formativo, con mayor uso de estas terapias entre personas con estudios superiores frente a pacientes con estudios elementales o medios.

Tabla 3. Tratamientos complementarios para las crisis de migraña y variables con significación estadística*

| Variable | Otros tratamientos | | | | p-valor |
|--------------------------|--------------------|-------|----------------|-------|----------|
| | Sí (n=1490) | | No (n=1852) | | |
| | n | % | n | % | |
| Edad | | | | | |
| Menos de 20 años | 83 | 5,58 | 310 | 16,77 | < 0,0001 |
| Entre 21-40 | 628 | 42,23 | 806 | 43,61 | |
| Entre 41-60 | 723 | 48,62 | 683 | 36,96 | |
| Más de 61 | 53 | 3,56 | 49 | 2,65 | |
| Total | 1487 | 100 | 1848 | 100 | |
| País | | | | | |
| España | 298 | 20,11 | 739 | 39,97 | < 0,0001 |
| Italia | 126 | 8,5 | 152 | 8,22 | |
| Francia | 41 | 2,77 | 45 | 2,43 | |
| Portugal | 44 | 2,97 | 88 | 4,76 | |
| Irlanda | 142 | 9,58 | 80 | 4,33 | |
| Reino Unido | 166 | 11,2 | 133 | 7,19 | |
| Alemania | 348 | 23,48 | 353 | 19,09 | |
| Otro País de la UE | 317 | 21,39 | 259 | 14,01 | |
| Total | 1482 | 100 | 1849 | 100 | |
| Nivel de estudios | | | | | |
| Elementales | 4 | 2,76 | 93 | 5,03 | < 0,0001 |
| Medios | 327 | 22,02 | 568 | 30,72 | |
| Superiores | 1117 | 75,22 | 1188 | 64,25 | |
| Total | 1485 | 100 | 1849 | 100 | |
| No disponible | 5 | | 3 | | |

Dietas, fisioterapia, mindfulness...etc. *Se incluyen solo las variables con p-valor<0.05. Se han descartado: género, ámbito de residencia, características de la localidad por p-valor>0.05
Fuente: elaboración propia.

Discusión

Los resultados de la encuesta europea sobre migraña han sido en buena parte objeto de publicaciones anteriores y relacionan la migraña con las variables sociales y demográficas asociadas con la enfermedad [9], las terapias preventivas o sintomáticas utilizadas, el control médico asistencial recibido [10] y las

condiciones de su entorno laboral desde un punto de vista preventivo [11]. Así, se observa que el tipo de migraña se relaciona con la edad ($p<0.0001$) siendo más prevalente la migraña con aura y/o ambos tipos en las personas más jóvenes y la migraña sin aura y/o cronificada en las de más edad. No se observan diferencias estadísticas significativas en el tipo de migraña entre hombres y mujeres, aunque la tendencia es de una mayor presencia de migrañas con aura en el hombre y de ambos tipos o cronificada en la mujer.

Se observan diferencias significativas ($p<0,0001$) según el país de procedencia. En España e Irlanda la prevalencia de migrañas con aura es mayor; Reino Unido e Italia muestran mayor presencia de migrañas cronificadas y Francia, Portugal, Alemania y resto de países presentan migrañas sin aura o ambos tipos de forma predominante. Si bien las diferencias entre países fueron significativas, la validez de este resultado se ve cuestionada por el sesgo resultante de la distinta participación, que dificulta la validez de esta comparativa.

No se observan diferencias significativas según el número de habitantes de su localidad de residencia, nivel de estudios o hábitat en el que vive.

Los estudios realizados por otros autores muestran una relación entre la migraña episódica y la edad, siendo más prevalente en población joven, y relacionan también sus resultados con el nivel económico alto [12].

En cuanto a la duración de las crisis de migraña, destaca nuestro estudio la relación con la edad ($p<0,0001$), siendo las crisis de menor duración entre los más jóvenes (menos de 20 años) o mayores de 61. Las de mayor duración corresponden a las edades medias, especialmente entre 41-60 años. Atendiendo al género, la duración de las crisis es menor en los hombres que en las mujeres, con diferencias estadísticamente significativas ($p<0.0001$).

Según el país se observan diferencias significativas en la duración de las crisis ($p < 0.0001$), siendo de menor duración en España e Italia y las más prolongadas en Portugal, Irlanda Reino Unido y resto de países de la UE.

No se observan diferencias estadísticas en la duración de las crisis en función del número de habitantes de su localidad ni de que el ámbito de residencia sea rural o urbano. Según el nivel de estudios, son más prolongadas en personas con estudios superiores que en las de estudios elementales.

Los trabajos de otros autores, como Befus et al. en 2018 abordan el hecho de que, desde una perspectiva de equidad en salud, la investigación y el tratamiento de la migraña requieren un examen no solo de los factores biológicos y conductuales, sino también de los determinantes sociales y estructurales subyacentes e interrelacionados de la salud. Insta a examinar la interacción de la raza, el género y la ubicación social como factores clave para comprender, diagnosticar y tratar la migraña, y las configuraciones complejas de los determinantes sociales y estructurales de la salud que interactúan para producir desigualdades en la atención de la migraña, especialmente entre las poblaciones marginadas o con menor acceso a servicios sanitarios [13]. Por otro lado, Müller et al en comunidades de ámbito rural contemplan la telemedicina como una alternativa aceptada, viable, que ahorra tiempo y costos en consultas tradicionales con especialistas para los dolores de cabeza agudos como la migraña [14].

En el uso de terapias complementarias, nuestros resultados mostraron significación estadística en función de la edad, el nivel de formación y el país de residencia. Las diferencias en el uso de estas terapias entre hombres y mujeres muestran tendencia a un mayor uso en las mujeres, aunque sin significación estadística.

No se observa significación estadística en su empleo en función del número de habitantes

de la localidad de residencia del paciente, ni tampoco en relación a su ámbito de residencia, rural o urbano.

El uso de terapias alternativas no farmacológicas ha sido incluido en publicaciones de distintos autores, por cuanto los tratamientos convencionales resultan de utilidad limitada en ocasiones y muchos pacientes recurren a esta medicina complementaria y alternativa. Estas terapias han de ser seleccionadas en base a su evidencia científica para la prevención y el tratamiento de la migraña, al igual que ocurre en otras patologías crónicas no bien resueltas con la medicina tradicional [15].

Estudios de revisión en este tema evaluaron la evidencia desde 2015-2018 sobre las opciones de tratamiento de medicina integral y complementaria para la migraña episódica, concluyendo que estos tratamientos complementarios e integradores pueden ser útiles para pacientes con migraña, con eficacia potencial, pero estimando los beneficios y los riesgos [16]. Algunos de ellos se han focalizado en terapias concretas como la acupuntura [17]. Aunque el uso de estas terapias se ha indicado especialmente en adultos, abre opciones de interés en pacientes jóvenes y en niños y adolescentes con migraña [18]. El mindfulness se ha utilizado en pacientes con migraña crónica comparando sus resultados con los obtenidos cuando se utilizan tratamientos profilácticos convencionales. En ambos casos se consigue una reducción similar en la frecuencia de las crisis [19]. Probablemente su uso esté especialmente recomendado en pacientes con migraña crónica y uso elevado de fármacos o en colectivos concretos con pluripatologías y/o polimedicaciones [20,21]. Las intervenciones de autocontrol para la migraña y para la cefalea tensional son más efectivas que la atención habitual para reducir la intensidad del dolor y mejoran el estado de ánimo y la discapacidad relacionada con el dolor de cabeza, pero no tienen efecto en la frecuencia del dolor de cabeza, aunque pueden mejorar la efectividad de otros tratamientos

[22]. Algunos métodos, como la biblioterapia, permiten un acceso fácil a través de internet, bajo coste y mayor flexibilidad por el paciente [23]. Los ensayos realizados con técnicas de meditación en pacientes con migraña han resultado beneficiosos en la duración del dolor de cabeza, la reducción de la discapacidad, la autoeficacia y la atención plena, aunque se recomiendan estudios futuros con muestras de mayor tamaño para evaluar más a fondo esta intervención para adultos con migrañas [24].

La International Headache Society tiene como objetivo actualizar regularmente las recomendaciones y comentarios con base en ensayos clínicos controlados y aleatorios para proporcionar un enfoque contemporáneo, estandarizado y sustentado en la evidencia para el tratamiento y control de los ataques de migraña [25]. De otro lado, los pacientes con migraña en su necesidad y búsqueda de atención, exploran los enfoques convencionales y también de terapias no farmacológicas complementarias. Los médicos deben ser conscientes de este cambio impulsado por el paciente con el fin de evitar el mal uso de los recursos sanitarios y estar mejor equipados para satisfacer las necesidades de los pacientes [26].

Son sesgos de este estudio el uso de encuesta no validada, la subjetividad de las respuestas, la mayor participación de mujeres, la distribución no uniforme de los participantes por países, con mayor participación de España y Alemania, y la inclusión de pacientes respondedores procedentes de otros países no contemplados en el diseño inicial.

Se consideran fortalezas de este trabajo el tamaño muestral y la comparativa por países europeos, junto con las variables sociales y demográficas incorporadas.

Los resultados de esta encuesta europea de migraña y trabajo muestran una prevalencia destacable en migrañas crónicas (32,3%), crisis prolongadas (≥ 6 h de duración) y con elevada frecuencia (≥ 3 crisis/mes), control médico por migraña, especialmente por neurología o atención primaria, bajo el uso de medicación preventiva y tratamiento sintomático con triptanes, antiinflamatorios, o analgésicos simples.

Algo más de la mitad de los participantes utilizan otras terapias complementarias: dietas, fisioterapia, mindfulness... (55,42%).

Conclusiones

En migraña se observan diferencias por edad, género, nivel cultural y por el país de procedencia.

El uso de la medicina complementaria como alternativa en la migraña es un fenómeno creciente sobre el que se sabe poco y que merece estudiarse con mayor profundidad estableciendo relaciones que permitan apoyar al paciente afectado y, si es posible, priorizar unas sobre otras con evidencia científica.

Agradecimientos

A los pacientes de la EMHA por su colaboración voluntaria en esta encuesta, a la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo por su apoyo y aval científico, y a Silvia Lladosa por el estudio estadístico de los datos.

Conflictos de interés: no existen conflictos de intereses en este trabajo.

Fuentes de Financiación: este trabajo ha contado con financiación de la European Migraine & Headache Allian

Literatura citada

1. Woldeamanuel YW, Cowan RP. **Migraine affects 1 in 10 people worldwide featuring recent rise: A systematic review and meta-analysis of community-based studies involving 6 million participants.** *J Neurol Sci.* 2017; 372:307-315. DOI: 10.1016/j.jns.2016.11.071
2. Wang X, Zhou HB, Sun JM, Xing YH, Zhu YL, Zhao YS. **The prevalence of migraine in university students: a systematic review and meta-analysis.** *Eur J Neurol.* 2016; 23(3):464-475. <https://doi.org/10.1111/ene.12784>
3. Robbins MS, Lipton RB. **The epidemiology of primary headache disorders.** *Semin Neurol.* 2010; 30(2):107-119. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1249220>
4. Kamm K, Ruscheweyh R, Eren O, Straube A. **The Classification of Headache: Important Aspects of Patient's History and Clinical Diagnostic.** *Dtsch Med Wochenschr.* 2017; 142(6):409-417. DOI: 10.1055/s-0042-116383
5. Carbaat PA, Couturier EG. **Headache: classification and diagnosis.** *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2016; 123(11):539-544. DOI: 10.5177/ntvt.2016.11.16122
6. Rizzoli P, Mullally WJ. **Headache.** *Am J Med.* 2018; 131(1):17-24. DOI: 10.1016/j.amjmed.2017.09.005
7. Cuéllar Rodríguez S. **Migraña.** *Panorama Actual Med.* 2018; 42(415):634-653.
8. Millstine D, Chen CY, Bauer B. **Complementary and integrative medicine in the management of headache.** *BMJ.* 2017; 357:1-3. DOI: 10.1136/bmj.j1805
9. Vicente-Herrero MT, Ruiz-de la Torre E, Reinoso Barbero L. **Trabajo y migraña. Encuesta europea.** *Medicina Balear.* 2019; 34(3):30-37. DOI: 10.3306/MEDICINABALEAR.34.03.30
10. Vicente-Herrero MT, Ramírez-Iñiguez-de-la-Torre MV, Capdevila-García L. Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT). **Resumen de conclusiones. Encuesta Europea Trabajo y Migraña.** Madrid: EMHA; 2019.
11. Buse DC, Loder EW, Gorman JA, Stewart WF, Reed ML, Fanning KM, et al. **Sex differences in the prevalence, symptoms, and associated features of migraine, probable migraine and other severe headache: results of the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study.** *Headache.* 2013; 53(8):1278-99.
12. Buse D, Manack A, Serrano D, Reed M, Varon S, Turkel C, et al. **Headache impact of chronic and episodic migraine: results from the American Migraine Prevalence and Prevention study.** *Headache.* 2012; 52(1):3-17. DOI: 10.1111/j.1526-4610.2011.02046.x.
13. Befus DR, Irby MB, Coeytaux RR, Penzien DB. **A Critical Exploration of Migraine as a Health Disparity: the Imperative of an Equity-Oriented, Intersectional Approach.** *Curr Pain Headache Rep.* 2018; 22(12):79. DOI: 10.1007/s11916-018-0731-3.
14. Müller KI, Alstadhaug KB, Bekkelund SI. **Acceptability, Feasibility, and Cost of Telemedicine for Non acute Headaches: A Randomized Study Comparing Video and Traditional Consultations.** *J Med Internet Res.* 2016; 18(5):e140. DOI: 10.2196/jmir.5221.
15. Wells RE, Baute V, Wahbeh H. **Complementary and Integrative Medicine for Neurologic Conditions.** *Med Clin North Am.* 2017; 101(5):881-93. DOI: 10.1016/j.mcna.2017.04.006.
16. Wells RE, Beuthin J, Granetzke L. **Complementary and Integrative Medicine for Episodic Migraine: an Update of Evidence from the Last 3 Years.** *Curr Pain Headache Rep.* 2019; 23(2):10. DOI: 10.1007/s11916-019-0750-8.
17. Wen Y, Wang D, Fan G. **Acupoint selection for acute migraine treated with acupuncture.** *Zhongguo Zhen Jiu.* 2018; 38(11):1183-8. DOI: 10.13703/j.0255-2930.2018.11.013.
18. Andrasik F, Grazi L, Sansone E, D'Amico D, Raggi A, Grignani E. **Non-pharmacological Approaches for Headaches in Young Age: An Updated Review.** *Front Neurol.* 2018; 9:1009. DOI: 10.3389/fneur.2018.01009
19. Grazi L, Sansone E, Raggi A, D'Amico D, De Giorgio A, Leonardi M, et al. **Mindfulness and pharmacological prophylaxis after withdrawal from medication overuse in patients with Chronic Migraine: an effectiveness trial with a one-year follow-up.** *J Headache Pain.* 2017; 18(1):15. DOI: 10.1186/s10194-017-0728-z.
20. Grazi L, D'Amico D, Raggi A, Leonardi M, Ciusani E, Corsini E, et al. **Mindfulness and pharmacological prophylaxis have comparable effect on biomarkers of inflammation and clinical indexes in chronic migraine with medication overuse: results at 12 months after withdrawal.** *Neurol Sci.* 2017; 38(Suppl 1):173-75. DOI: 10.1007/s10072-017-2874-0.
21. Oberg EB, Rempe M, Bradley R. **Self-directed Mindfulness Training and Improvement in Blood Pressure, Migraine Frequency, and Quality of Life.** *Glob Adv Health Med.* 2013;2(2):20-5. DOI: 10.7453/gahmj.2013.006.

22. Probyn K, Bowers H, Mistry D, Caldwell F, Underwood M, Patel S, et al. **Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: a systematic review including analysis of intervention components.** *BMJ Open.* 2017; 7(8):e016670. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016670.
23. Tavallaei V, Rezapour-Mirsaleh Y, Rezaeiaram P, Saadat SH. **Mindfulness for female outpatients with chronic primary headaches: an internet-based bibliotherapy.** *Eur J Transl Myol.* 2018; 28(2):7380. DOI: 10.4081/ejtm.2018.7380.
24. Wells RE, Burch R, Paulsen RH, Wayne PM, Houle TT, Loder E. **Meditation for migraines: a pilot randomized controlled trial.** *Headache.* 2014; 54(9):1484-95. DOI: 10.1111/head.12420
25. Diener HC, Tassorelli C, Dodick DW, Silberstein SD, Lipton RB, Ashina M, et al. **Guidelines of the International Headache Society for controlled trials of acute treatment of migraine attacks in adults: Fourth edition.** *Cephalalgia.* 2019; 39(6):687-710. DOI: 10.1177/0333102419828967.
26. Rossi P, Di Lorenzo G, Malpezzi MG, Faroni J, Cesarino F, Di Lorenzo C, et al. **Prevalence, pattern and predictors of use of complementary and alternative medicine (CAM) in migraine patients attending a headache clinic in Italy.** *Cephalalgia.* 2005; 25(7):493-506. DOI: 10.1111/j.1468-2982.2005.00898.x.

