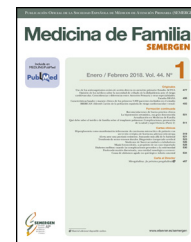




Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



ORIGINAL

Control médico en migraña y variables relacionadas. Resultados de la encuesta europea Trabajo y Migraña

M.T. Vicente-Herrero^{a,*}, M.V. Ramírez Iñiguez de la Torre^b, E. Ruiz de la Torre^c
y L. Reinoso Barbero^d

^a Servicio de Medicina del Trabajo, SPP Grupo Correos, Valencia, España

^b Servicio de Medicina del Trabajo, SPP Grupo Correos, Albacete, España

^c Presidenta de la European Migraine and Headache Alliance

^d Servicio de Medicina del Trabajo, SPP Banco Santander, España

Recibido el 22 de mayo de 2019; aceptado el 22 de agosto de 2019

PALABRAS CLAVE

Migraña;
Utilización de
servicios sanitarios;
Neurología;
Atención primaria;
Medicina del trabajo

Resumen

Objetivo: Es objetivo de este trabajo conocer las preferencias asistenciales y el uso requerido de atención médica por pacientes con migraña en distintos países de Europa y las diferencias en función de las condiciones sociales y demográficas.

Material y métodos: Estudio observacional transversal mediante encuesta anónima vía web a 3.342 pacientes de España, Italia, Francia, Portugal, Irlanda, Reino Unido, Alemania y un grupo mixto de países no incluidos en el diseño inicial. Variables: edad, género, país, tipo de localidad, nivel de estudios y ámbito rural o urbano. Se recoge demanda asistencial por neurólogo, médico de atención primaria/de familia/médico general, médico del trabajo, enfermería, otro médico/otra especialidad, o no control médico/autocontrol.

Resultados: Acuden más a Neurología los pacientes de 21-60 años y alto nivel cultural. La asistencia por atención primaria/familia es mayor en áreas urbanas. Medicina del trabajo, enfermería y otras especialidades predominan en grandes ciudades. Mayor autocontrol en pacientes de 21-40 años y en mujeres. España y Alemania son los países con mayor demanda asistencial en Neurología y Atención Primaria.

Conclusiones: La demanda médica asistencial por migraña en Europa muestra resultados irregulares por países, siendo principalmente en Neurología y con menor participación de médicos de atención primaria, médicos del trabajo, enfermería u otras especialidades. Se observan diferencias por edad, género y nivel cultural tanto en la demanda asistencial como en la elección de especialista. Un importante porcentaje de pacientes se automedican o no llevan ningún control médico.

© 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mtvh@ono.com (M.T. Vicente-Herrero).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.08.004>

1138-3593/© 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Vicente-Herrero MT, et al. Control médico en migraña y variables relacionadas. Resultados de la encuesta europea Trabajo y Migraña. Semergen. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.08.004>

KEYWORDS

Migraine;
Use of health
services;
Neurology;
Primary care;
Occupational
medicine

Migraine medical control and related variables. Results of the European Work and Migraine survey

Abstract

Objective: This purpose of this work is to determine the care preferences and the required use of medical care by migraine patients in the different countries of Europe, and the observed differences depending on their social and demographic conditions.

Material and methods: Cross-sectional observational study by anonymous web survey of 3,342 patients from Spain, Italy, France, Portugal, Ireland, United Kingdom, Germany, and a mixed group of countries not included in the initial design. Variables: age, gender, country, type of location, level of studies and rural or urban area. The demand for care is collected by neurologist, primary care doctors/family/general practitioners, by occupational health doctors, nurses, by other doctors/other specialists, non-medical control/self-control.

Results: The patients more seen by a neurologist were about 21-60 years old and with a high cultural level. Primary care/family doctor care is higher in urban areas. Occupational medicine, nursing, and other specialties predominate in large cities. Self-control is greater in patients aged 21-40 years and in women. Spain and Germany are the countries with the greatest demand for care in Neurology and Primary Care.

Conclusions: The medical demand for migraine care in Europe shows irregular results according to countries, with it being a priority in neurology and with less participation of Primary Care physicians, work doctors, nurses, or other specialties. Differences are observed by age, gender, and cultural level both in the demand for care and in the choice of specialist. It is important to take into account the percentage of patients who have no medical control.

© 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La migraña se considera uno de los principales problemas de salud en la mayor parte de los países del mundo occidental. Se estima que afecta al 18% de las mujeres y al 6% de los hombres¹. Tomando como referencia el estudio realizado entre 1990 y 2016 en Inglaterra, Escocia, Gales, Irlanda del Norte y el Reino Unido, y partiendo de datos extraídos del estudio de la carga global de la enfermedad, la mayor carga en discapacidad correspondió a dolor de espalda y cuello, enfermedades de la piel y subcutáneas, migraña, trastornos depresivos y enfermedades de los órganos sensoriales².

La encuesta *Eurolight*, realizada en Alemania, Italia, Lituania, Luxemburgo, Países Bajos, España, Austria, Francia, Reino Unido, Países Bajos e Irlanda, registró la prevalencia de migraña y la utilización de servicios médicos y medicamentos por esta enfermedad. Solo una minoría de los participantes habían consultado con médico de cabecera (9,5-18,0%) o especialista (3,1-15,0%). Los que consultaron con especialistas percibían mejor atención; los tratados por médicos de cabecera no estaban tan satisfechos, y los que se automedicaban registraban los peores resultados³. Los resultados del estudio PALM en España muestran que el 19,3% de los pacientes de las consultas de neurología padece migraña, aunque más de la mitad de los neurólogos (59,5%) consideran que el diagnóstico de la migraña corresponde al médico de atención primaria⁴.

Es objetivo de este trabajo conocer las preferencias asistenciales y el uso requerido de atención médica por

pacientes con migraña en distintos países de Europa, y las diferencias en función de sus condiciones sociales y demográficas. Sirvan los resultados para plantear actuaciones médicas más eficaces y mejor orientadas.

Material y método

Estudio observacional transversal mediante encuesta anónima de 32 cuestiones con respuesta múltiple (ver [Anexo](#)), no validada, ubicada en la web de la *European Migraine and Headache Alliance* (EMHA) y avalada científicamente por la asociación española de especialistas en medicina del trabajo (AEEMT). Participan 3.342 pacientes de España, Italia, Francia, Portugal, Irlanda, Reino Unido, Alemania y otros países de la Unión Europea (UE) 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.

A partir del descriptivo inicial se analizan de forma específica las respuestas correspondientes al control sanitario de su migraña en función de variables sociodemográficas: edad (hasta 20 años, entre 21-40, entre 41-60, más de 61); género (hombre, mujer); lugar de residencia (España, Italia, Francia, Portugal, Irlanda, Reino Unido, Alemania y un grupo mixto de países no incluidos en el diseño inicial, tipificados como Otros); tipo de localidad donde reside (hasta 500 habitantes, 501-10.000 habitantes, 10.001-250.000

habitantes, 250.001-un 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 opciones de control médico vienen definidas por la pregunta 11 del cuestionario: Neurólogo, Atención primaria, Médico del trabajo, Otro especialista, Enfermería, Autocontrol/No control.

Se realiza análisis bivalente para cada opción propuesta y en relación con los distintos parámetros sociodemográficos.

Se presentan tablas de contingencia que muestran 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.

Resultados

Las características sociodemográficas de la población se muestran en la [tabla 1](#) e indican una heterogénea distribución por países, con mayor porcentaje de respondedores en España y en Alemania. El 85,13% de los encuestados tienen entre 21 y 60 años, mayoritariamente mujeres (90%). Residen 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 con alto nivel cultural (el 69% con estudios superiores y el 27% con estudios medios) y reciben apoyo moderado de su entorno durante las crisis de migraña (44,06%).

Los resultados globales sobre demanda médica por la migraña y su relación porcentual con las variables sociodemográficas estudiadas se muestran en la [tabla 2](#).

Cuando se diferencian cada una de las especialidades médicas o sanitarias utilizadas por los pacientes en relación con las variables estudiadas, considerando solo los resultados con significación estadística, observamos que el grupo entre 21 y 60 años es el que más acude a neurología ($p < 0,0001$), siendo muy reducido su uso en mayores de 61 años. España y Alemania son los países que requieren mayor atención neurológica, junto con el bloque de resto de países de la UE no incluidos en el diseño inicial ($p < 0,0001$); Francia y Portugal son los que menos acuden a neurología. A medida que aumenta el nivel cultural, lo hace también la demanda asistencial a neurología por migraña, siendo los de estudios superiores los que más utilizan esta especialidad ($p < 0,0006$) ([tabla 3](#)). No se observan valores con significación estadística con las variables género, características de la localidad y ámbito de residencia ($p > 0,05$).

Los resultados de demanda asistencial por atención primaria se muestran en la [tabla 3](#) y reflejan que existe significación estadística relacionada con el país de origen, siendo España y Alemania, junto con el bloque de resto de países de la UE no incluidos en el diseño inicial, los que mayormente acuden al médico de primaria para control de

sus crisis de migraña ($p < 0,0001$). Son significativos también los resultados de asistencia médica por médicos de primaria en áreas urbanas en relación con zonas rurales ($p < 0,0001$). Con el resto de variables (edad, género, características de la localidad, nivel de estudio) no se obtienen valores con significación estadística ($p > 0,05$).

En el grupo de médicos del trabajo, enfermería y otras especialidades, los resultados se muestran en la [tabla 3](#), y solo son significativos los resultados de mayor demanda por países, siendo Reino Unido y España, junto con el bloque de resto de países de la UE no incluidos en el diseño inicial ($p = 0,0005$), los que más demandan asistencia a medicina del trabajo. En enfermería hay mayor demanda asistencial del bloque de países de la UE no incluidos en el diseño inicial y, en menor proporción, en Reino Unido e Irlanda ($p = 0,0005$). En el grupo de otras especialidades, la mayor demanda se produce en Alemania, en España y en el bloque de la UE ($p < 0,0001$), y en localidades de más de un millón de habitantes ($p < 0,0001$).

Finalmente, el autocontrol por parte del paciente guarda relación con la edad, siendo mayor en el bloque de 21-40 años ($p < 0,0001$), más en mujeres ($p = 0,001$) y en países como España, Alemania y bloque de países de la UE no incluidos en el diseño inicial ($p < 0,0001$). Los resultados se muestran en la [tabla 4](#).

Discusión

Los resultados de esta encuesta reflejan que el control médico realizado por los distintos profesionales sanitarios en las personas con crisis de migraña guarda relación con la edad. Entre los más jóvenes predominan los pacientes sin control médico/autocontrol, y cuando lo llevan es por un neurólogo, que es el especialista prioritario también en el grupo de edades intermedias (entre los 41-60 años).

No se observan diferencias con significación estadística en el control médico entre hombres y mujeres, aunque parece ser mayor el autocontrol/no control médico en los hombres.

Los estudios de otros autores indican que muchas personas que padecen migraña no buscan atención médica y, por ello, no han sido diagnosticadas con precisión y no usan medicamentos adecuados⁵. Mejorar la asistencia sanitaria repercute tanto en la mejora de la sintomatología como en el impacto social, económico y laboral de la migraña⁶.

En nuestra encuesta los pacientes acudían de forma escasa a sus médicos del trabajo, aunque estudios en salud laboral han mostrado su eficacia en programas de intervención en migraña, evaluando la mejora en la productividad y el deterioro no relacionado con el lugar de trabajo tras la puesta en marcha de este programa y desde la perspectiva del mundo del trabajo. Los resultados confirman que mejora la productividad y destacan el papel de los especialistas en medicina del trabajo en los aspectos preventivos de la migraña y en el control y el seguimiento mediante un tratamiento sintomático adecuado. Estas acciones desde salud laboral permiten ayudar a empleadores y empleados a reducir la carga personal, social y económica que supone la migraña⁷. En el mundo del trabajo han de valorarse los aspectos limitantes de la migraña, especialmente en puestos de trabajo en los que existe un riesgo elevado de

Tabla 1 Características sociodemográficas de la población encuestada

	Variable	%	n
Edad	Menos de 20 años	11,79	394
	Entre 21-40	42,97	1.436
	Entre 41-60	42,16	1.409
	Más de 61	3,08	103
Sexo	Hombre	10,02	335
	Mujer	89,98	3.008
Nivel de estudios	Elementales	4,01	134
	Medios	26,94	900
	Superiores	69,05	2.307
Apoyo del entorno	Bueno	28,11	939
	Regular	44,06	1.472
	Malo	27,84	930
País de residencia	España	31,13	1.039
	Italia	8,36	279
	Francia	2,61	87
	Portugal	3,95	132
	Irlanda	6,65	222
	Reino Unido	8,96	299
	Alemania	21,09	704
	Otro país de la UE	17,26	576
Localidad-tamaño	Hasta 500 habitantes	4,08	136
	Desde 500-10.000 habitantes	23,43	782
	Desde 10.000-250.000 habitantes	37,49	1.251
	Desde 250.000-1 millón de habitantes	13,52	451
	Más de un millón de habitantes	21,49	717
Ámbito de residencia	Rural (pueblo)	31,37	1.048
	Urbano (capital)	68,63	2.293

accidentalidad laboral y que faciliten promover actuaciones preventivas con repercusión tanto para las empresas como para el trabajador afectado⁸.

Los sanitarios y los médicos no neurólogos que tratan a los pacientes con cefaleas deben poder reconocer los distintos tipos, destacando especialmente la migraña, e iniciar de forma adecuada una terapia específica para estas patologías. Se consigue así descargar la asistencia especializada y remitir únicamente a los pacientes con situaciones complicadas de cefalea a los especialistas en neurología y a las unidades especializadas en cefalea⁹.

En cuanto a las diferencias por países, existe un mayor control de la migraña por neurólogos en todos los países menos en España, Irlanda y Alemania. El control por el médico de atención primaria es mayor en Francia, Reino Unido, Irlanda y Alemania, y estos dos últimos recurren más a otras especialidades. Francia, Irlanda y Reino Unido acuden con mayor frecuencia al médico del trabajo, aunque los resultados no son tan concluyentes desde el punto de vista estadístico. España, Portugal e Irlanda son los países con mayor prevalencia de pacientes que no llevan ningún control médico o se autocontrolan. España, Irlanda, Reino Unido y el bloque de «otros países» no incluidos en el diseño inicial son los que más recurren a la atención por enfermería.

El estudio PALM, referido anteriormente, ya ponía de manifiesto que, en opinión de los neurólogos encuestados, uno de cada cinco pacientes que acuden a sus consultas padece migraña. El 70,5% de estos pacientes llegan

derivados por el médico de atención primaria. Más de la mitad (59,5%) de los neurólogos consideran que el diagnóstico de la migraña corresponde a los especialistas de atención primaria, y en este mismo estudio los especialistas en neurología son conscientes de las consecuencias negativas que tiene para el paciente el hecho de no haber consultado con el médico o que los tratamientos utilizados lo sean sin control ni prescripción médica.

Estudios posteriores también realizados en España destacan que estos pacientes se pueden beneficiar de una valoración especializada, que puede ayudar a establecer pautas de tratamiento racional (tanto sintomático como preventivo) y evitar la cronificación de la enfermedad, que es uno de los mayores problemas a los que se enfrentan¹⁰. El estudio PRIMERA, de 2012, insiste en el hecho de que, a pesar del alto grado de discapacidad que conlleva la migraña, muchos pacientes nunca han visitado a su médico por este motivo, y que este tipo de dolor de cabeza sigue siendo una condición poco diagnosticada y mal tratada en nuestro entorno y se requieren intervenciones educativas específicas y capacitación para esta patología¹⁰. El criterio más extendido es el de mejorar la atención primaria, destacando la necesidad tanto de la educación médica continuada como de la mejora en derivación a la atención especializada¹¹. Las iniciativas de programas educativos estructurados muestran mejoras adicionales que deben mantener una continuidad y repetirse cada 2-3 años¹².

Tabla 2 Control médico de las crisis de migraña y variables relacionadas

Variable	Control médico											
	Neurólogo		Atención primaria		Médico del trabajo		Otro especialista		Enfermería		Autocontrol	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Edad</i>												
Menos de 20 años	142	8,12	205	11,26	7	8,24	30	6,85	31	26,96	129	15,11
Entre 21-40	775	44,34	784	43,08	36	42,35	188	42,92	46	40	396	46,37
Entre 41-60	783	44,7	777	42,68	40	47,06	198	45,21	35	30,43	311	36,42
Más de 61	48	2,75	54	2,97	2	2,35	22	5,02	3	2,61	18	2,11
Total	1.748	100	1.820	100	85	100	438	100	115	100	854	100
No disponible	4		2		0		1		0		3	
<i>Género</i>												
Hombre	163	9,32	159	8,75	10	11,76	39	8,88	8	6,96	111	12,97
Mujer	1.586	90,68	1.659	91,25	75	88,24	400	91,12	107	93,04	745	87,03
Total	1.749	100	1818	100	85	100	439	100	115	100	856	100
No disponible	3	3	4	4	0	0	0	0	0	0	1	1
<i>País</i>												
España	491	28,12	508	27,93	24	28,24	77	17,58	48	41,74	304	35,68
Italia	213	12,2	100	5,5	3	3,53	39	8,9	3	2,61	60	7,04
Francia	61	3,49	65	3,57	5	5,88	12	2,74	1	0,87	4	0,47
Portugal	70	4,01	41	2,25	0	0	15	3,42	1	0,87	43	5,05
Irlanda	102	5,84	166	9,13	7	8,24	34	7,76	10	8,7	63	7,39
Reino Unido	165	9,45	246	13,52	28	32,94	27	6,16	23	20	60	7,04
Alemania	310	17,75	394	21,66	5	5,88	172	39,27	0	0	174	20,42
Otro país de la UE	334	19,13	299	16,44	13	15,29	62	14,16	29	25,22	144	16,9
Total	1.746	100	1.819	100	85	100	438	100	115	100	852	100
No disponible	6		3		0		1		0		5	
<i>Características de localidad</i>												
< 500 hab.	68	3,9	77	4,23	4	4,71	16	3,66	7	6,09	28	3,29
500-10.000 hab.	416	23,84	461	25,34	13	15,29	69	15,79	27	23,48	198	23,27
10.000-250.000 hab.	660	37,82	680	37,38	27	31,76	149	34,1	41	35,65	343	40,31
250.000-1 millón hab.	233	13,35	236	12,97	12	14,12	56	12,81	18	15,65	122	14,34
> 1 millón hab.	368	21,09	365	20,07	29	34,12	147	33,64	22	19,13	160	18,8
Total	1.745	100	1.819	100	85	100	437	100	115	100	851	100
No disponible	7		3		0		2		0		6	
<i>Nivel de estudios</i>												
Elementales	50	2,86	81	4,46	2	2,35	11	2,51	4	3,48	34	3,99
Medios	458	26,17	502	27,61	23	27,06	108	24,6	42	36,52	216	25,32
Superiores	1.242	70,97	1.235	67,93	60	70,59	320	72,89	69	60	603	70,69
Total	1.750	100	1.818	100	85	100	439	100	115	100	853	100
No disponible	2		4		0		0		0		4	
<i>Ámbito en el que vive</i>												
Rural (pueblo)	552	31,58	651	35,81	26	30,59	118	26,88	45	39,13	251	29,32
Urbano (capital)	1.196	68,42	1167	64,19	59	69,41	321	73,12	70	60,87	605	70,68
Total	1.748	100	1.818	100	85	100	439	100	115	100	856	100
No disponible	4		4		0		0		0	0	1	

El control por enfermería de los pacientes con migraña ha sido objeto de estudios que examinan los costes y los beneficios de la introducción de la enfermería capacitada en la atención primaria dedicada a estos pacientes, estimando los costos directos que esto supone y las derivaciones que en estos casos se necesitan a neurólogos y los costos indirectos por pérdida de productividad, absentismo, días perdidos de

actividades domésticas o productividad del hogar. Los autores de este trabajo concluyen afirmando que el control de la migraña por enfermería en atención primaria parece aumentar los costos directos, pero disminuir los costos sociales totales. Sin embargo, dado que las diferencias no alcanzaron significación, se propone profundizar en un estudio definitivo¹³.

Tabla 3 Control médico de las crisis de migraña y variables con significación estadística^a

Variable	No		Sí		p
	n	%	n	%	
Control médico: Neurólogo					
<i>Edad</i>					< 0,0001
Menos de 20 años	252	15,81	142	8,12	
Entre 21-40	661	41,47	775	44,34	
Entre 41-60	626	39,27	783	44,79	
Más de 61	55	3,45	48	2,75	
Total	1.594	100	1.748	100	
No disponible	4		4		
<i>País</i>					< 0,0001
España	548	34,42	491	28,12	
Italia	66	4,15	213	12,2	
Francia	26	1,63	61	3,49	
Portugal	62	3,89	70	4,01	
Irlanda	120	7,54	102	5,84	
Reino Unido	134	8,42	165	9,45	
Alemania	394	24,75	310	17,75	
Otro país de la UE	242	15,2	334	19,13	
Total	1.592	100	1.746	100	
No disponible	6		6		
<i>Nivel de estudios</i>					0,0006
Elementales	84	5,28	50	2,86	
Medios	442	27,78	458	26,17	
Superiores	1.065	66,94	1.242	70,97	
Total	1.591	100	1.750	100	
No disponible	7		2		
Control médico: Atención primaria					
<i>País</i>					< 0,0001
España	531	34,96	508	27,93	
Italia	179	11,78	100	5,5	
Francia	22	1,45	65	3,57	
Portugal	91	5,99	41	2,25	
Irlanda	56	3,69	166	9,13	
Reino Unido	53	3,49	246	13,52	
Alemania	310	20,41	394	21,66	
Otro país de la UE	277	18,24	299	16,44	
Total	1.519	100	1.819	100	
No disponible	9		3		
<i>Ámbito en el que vive</i>					< 0,0001
Rural (pueblo)	397	26,07	651	35,81	
Urbano (capital)	1.126	73,93	1.167	64,19	
Total	1.523	100	1.818	100	
No disponible	5		4		
Control médico: Médico del trabajo, enfermería, otro especialista					
<i>Médico del trabajo</i>					0,0005
España	1.015	31,2	24	28,24	
Italia	276	8,48	3	3,53	
Francia	82	2,52	5	5,88	
Portugal	132	4,06	0	0	
Irlanda	215	6,61	7	8,24	
Reino Unido	271	8,33	28	32,94	
Alemania	699	8,33	5	5,88	
Otro país de la UE	563	8,33	13	15,29	
Total	3.253	100	85	100	

Tabla 3 (continuación)

Variable	No		Sí		p
	n	%	n	%	
<i>Enfermería</i>					0,0005
España	991	30,75	48	1,74	
Italia	276	8,56	3	2,61	
Francia	86	2,67	1	0,87	
Portugal	131	4,06	1	0,87	
Irlanda	212	6,58	10	8,7	
Reino Unido	276	8,56	23	20	
Alemania	704	21,84	0	0	
Otro país de la UE	547	16,97	29	25,22	
Total	3.223	100	115	100	
<i>Otro especialista</i>					< 0,0001
España	962	33,17	77	17,50	
Italia	240	8,28	39	8,9	
Francia	75	2,59	12	2,74	
Portugal	117	4,03	15	3,42	
Irlanda	188	6,48	34	7,76	
Reino Unido	272	9,38	27	6,16	
Alemania	532	18,34	172	39,27	
Otro País de la UE	514	17,72	62	14,16	
Total	2.900	100	438	100	
<i>Características de localidad</i>					< 0,0001
Hasta 500 habitantes	120	4,14	16	3,66	
Desde 500-10.000 habitantes	713	24,59	69	15,79	
Desde 10.000-250.000 habitantes	1102	38	149	34,1	
Desde 250.000-1 millón de habitantes	395	13,62	56	12,81	
Más de 1 millón de habitantes	570	19,66	147	33,64	
Total	2.900	100	437	100	

En atención por neurólogo se han descartado: género, características de la localidad, ámbito de residencia ($p > 0,05$). En atención primaria se han descartado: edad, género, características de la localidad, nivel de estudio ($p > 0,05$). En medicina del trabajo y en enfermería se han descartado: edad, género, nivel de estudios, características de la localidad y ámbito de residencia. En otros especialistas se han descartado: edad, género, nivel de estudios y ámbito de residencia ($p > 0,05$).

^a Se incluyen solo las variables con $p < 0,05$.

En nuestra encuesta, el número de habitantes de la localidad no supone diferencias significativas en la demanda asistencial, excepto en el caso del uso de otras especialidades distintas a neurología, atención primaria y medicina del trabajo, que son más habituales en grandes ciudades (con más de un millón de habitantes). Respecto al nivel cultural o de estudios, no muestra resultados con significación estadística en cuanto a la demanda médica, aunque se observa tendencia al mayor uso de neurología en personas con estudios superiores. En cuanto al ámbito en el que vive el paciente, solo son significativos los resultados en atención primaria, con mayor uso de esta especialidad en el ámbito rural.

Algunos trabajos resaltan la importancia de las diferencias culturales y sociales en la demanda médica y resaltan la necesidad de mejorar la educación del médico y del paciente sobre el diagnóstico y el tratamiento de la migraña y la importancia de la variación cultural en la presentación del dolor y de la comunicación al diagnosticar y tratar la migraña¹⁴.

Se establecen en el manejo de este tipo de cefalea barreras en tres niveles: consulta médica, diagnóstico y uso de la

terapia farmacológica durante las crisis, a lo que contribuyen variables socioeconómicas, demográficas y específicas del dolor que sufre el paciente. Entre las personas con migraña que necesitan atención médica, la sensación de seguridad respecto a la salud se considera un importante predictor de consulta. Las mujeres recurren más a consulta que los hombres, lo que sugiere que el sesgo de género en el diagnóstico puede ser una barrera importante para los hombres, a lo que hay que añadir barreras económicas relacionadas con el uso de medicamentos con precios elevados. Esto orienta hacia esfuerzos de salud pública para mejorar las tasas de consulta, particularmente entre personas no aseguradas o no diagnosticadas, y especialmente en hombres con migraña¹⁵.

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, la exclusión de personas menores de 18 años o mayores de 65 (fuera de la edad laboral), la no inclusión de personas no laboralmente activas y la indefinición del grupo de países que no se incluyeron en el diseño inicial y cuyos pacientes respondedores no han podido ser diferenciados.

Tabla 4 Control médico de las crisis de migraña y variables con significación estadística^a

Variable	Control médico: Sin control médico/autocontrol				p
	No		Sí		
	n	%	n	%	
Edad					
Menos de 20 años	265	10,65	129	15,11	< 0,0001
Entre 21-40	1.040	41,8	396	46,37	
Entre 41-60	1.098	44,13	311	36,42	
Más de 61	85	3,42	18	2,11	
Total	2.488	100	854	100	
No disponible	5		3		
Género					
Hombre	224	9,01	111	12,97	0,001
Mujer	2.263	90,99	745	87,03	
Total	2.487	100	856	100	
No disponible	6		1		
País					
España	735	29,57	304	35,68	< 0,0001
Italia	219	8,81	60	7,04	
Francia	83	3,34	4	0,47	
Portugal	89	3,58	43	5,05	
Irlanda	159	6,4	63	7,39	
Reino Unido	239	9,61	60	7,04	
Alemania	530	21,32	174	20,42	
Otro país de la UE	432	17,38	144	16,9	
Total	2.486	100	852	100	
No disponible	7		5		

^a Se incluyen solo las variables con $p < 0,05$. Se han descartado: género, nivel de estudios, características de la localidad, ámbito de residencia por $p > 0,05$.

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

La formación en migraña es un aspecto a destacar. Se han puesto en marcha distintas iniciativas para mejorar la formación en migraña destinadas fundamentalmente a médicos de atención primaria, con un enfoque proactivo también para los pacientes, valorando su efectividad en cuanto a disminución del dolor de cabeza y, secundariamente, de los costos asociados. Sin embargo, esta intervención educativa para médicos generales, y formativa para pacientes con migraña, no ha dado en algunos casos los resultados esperados en cuanto a mejoría clínica relevante de los síntomas, probablemente porque la angustia psicológica ha jugado un papel relevante como factor de confusión a la hora de valorar el éxito obtenido¹⁶.

Los estudios revisados, especialmente los centrados en atención primaria, concluyen afirmando la necesidad de desarrollar y estudiar nuevos modelos de atención que permitan brindar de manera eficiente y efectiva atención especializada y experiencia de alta calidad en un suministro limitado a una población muy diversa de migraña. Aliviar el estigma social de la migraña es tarea de suma

importancia e implica el uso de un lenguaje unificado, educación y defensa¹⁷.

Conclusiones

La demanda médica asistencial por migraña en Europa muestra resultados irregulares por países, siendo prioritaria en neurología y con menor participación de médicos de atención primaria, médicos del trabajo, enfermería u otras especialidades.

Se observan diferencias por edad, género y nivel cultural tanto en la demanda asistencial como en la elección de especialista.

Sigue siendo importante el porcentaje de pacientes que se automedican o no llevan ningún control médico.

Financiación

Este trabajo ha recibido financiación de la *European Migraine Headache Alliance*-ref.: EMHA2018/02.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.semerg.2019.08.004](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2019.08.004).

Bibliografía

1. Harmon TP. Diagnosis and management of migraines and migraine variants. *Prim Care*. 2015;42:233–41.
2. Steel N, Ford JA, Newton JN, Davis ACJ, Vos T, Naghavi M, et al. Changes in health in the countries of the UK and 150 English Local Authority areas 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;392:1647–61.
3. Katsarava Z, Mania M, Lampl C, Herberhold J, Steiner TJ. Poor medical care for people with migraine in Europe — evidence from the Eurolight study. *J Headache Pain*. 2018;19:10.
4. Mateos V, Díaz-Insa SI, Morera J, Porta J, Pascual J, Matías-Guiu J. Manejo de la migraña en las consultas de neurología en España: resultados del programa PALM. *Neurol Supl*. 2007;3:7–14.
5. Solomon GD, Price KL. Burden of migraine. A review of its socioeconomic impact. *Pharmacoeconomics*. 1997;11:1–10.
6. Mennini FS, Gitto L, Martelletti P. Improving care through health economics analyses: Cost of illness and headache. *J Headache Pain*. 2008;9:199–206.
7. Vicente-Herrero T, Burke TA, Láinez MJ. The impact of a worksite migraine intervention program on work productivity, productivity costs, and non-workplace impairment among Spanish postal service employees from an employer perspective. *Curr Med Res Opin*. 2004;20:1805–14.
8. Vicente-Herrero MT, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García LM, López-González AA, Terradillos García MJ. Migraña crónica y trabajo. Riesgos laborales y aspectos preventivos. *Semergen*. 2013;39:316–24.
9. Jamieson DG. What the nonneurologist can do to treat headache. *Otolaryngol Clin North Am*. 2014;47:239–54.
10. Mateos V, Porta-Etessam J, Armengol-Bertolin S, Larios C, Garcia M, en representación de los investigadores del estudio PRIMERA. Initial situation and approach to the care of migraine in neurology services in Spain: The PRIMERA study. *Rev Neurol*. 2012;55:577–84.
11. De Klippel N, Jansen JP, Carlos JS. Survey to evaluate diagnosis and management of headache in primary care: Headache Management Pattern programme. *Curr Med Res Opin*. 2008;24:3413–22.
12. Braschinsky M, Haldre S, Kals M, Arge M, Saar B, Niibek M, et al. Structured education to improve primary-care management of headache: How long do the benefits last? A follow-up observational study. *Eur J Neurol*. 2018;25:497–502.
13. Van den Berg JSP, Steiner TJ, Veenstra PJJ, Kollen BJ. Migraine nurses in primary care: Costs and benefits. *Headache*. 2017;57:1252–60.
14. Nicholson RA, Rooney M, Vo K, O’Laughlin E, Gordon M. Migraine care among different ethnicities: Do disparities exist? *Headache*. 2006;46:754–65.
15. Lipton RB, Serrano D, Holland S, Fanning KM, Reed ML, Buse DC. Barriers to the diagnosis and treatment of migraine: Effects of sex, income, and headache features. *Headache*. 2013;53:81–92.
16. Smelt AF, Blom JW, Dekker F, van den Akker ME, Knuistingh Neven A, Zitman FG, et al. A proactive approach to migraine in primary care: A pragmatic randomized controlled trial. *CMAJ*. 2012;184:E224–31.
17. Parikh SK, Young WB. Migraine: Stigma in society. *Curr Pain Headache Rep*. 2019;23:8.