

Trabajo y migraña. Encuesta europea

Work and migraine. European survey

M^a Teófila Vicente-Herrero¹, Elena Ruiz de la Torre², Luis Reinoso Barbero³

1. Especialista en medicina del trabajo. Grupo de Trabajo de Guías y protocolos asociación española de especialistas en medicina del trabajo. España 2. Presidenta de la European Migraine Headache Alliance. 3. Especialista en medicina del trabajo. Presidente de la asociación española de especialistas en medicina del trabajo. España.

Correspondencia

M^a Teófila Vicente Herrero

Servicio Medicina del Trabajo. Grupo Correos

Plaza del ayuntamiento 24. 46002 Valencia

E-mail: vicenteherreromt@gmail.com / grupo.gimt@gmail.com

Recibido: 4 - VII - 2019

Aceptado: 24 - IX - 2019

doi: 10.3306/MEDICINABALEAR.34.03.30

Resumen

Introducción: La migraña es una enfermedad neurológica cuya prevalencia resulta difícil determinar.

Es objetivo de este trabajo conocer la situación personal y laboral de los pacientes con migraña, las características de su enfermedad, la gestión preventiva realizada en sus empresas y sus demandas cuando sufren crisis trabajando.

Método: Estudio observacional transversal a 3.342 pacientes de España, Italia, Francia, Portugal, Irlanda, Reino Unido, Alemania y otros países de la UE. Encuesta anónima ubicada en EMHA-web.

Resultados: Perfil participante: mujer, edad media, ámbito urbano, nivel educativo medio-alto, apoyo moderado del entorno, crisis prolongadas, elevada frecuencia, con ambos tipos de migraña, control médico por neurólogo o médicos generales, con medicación preventiva, tratamiento sintomático con triptanes y terapias complementarias. Trabaja por cuenta ajena, en el sector sanitario o la administración pública. Sin repercusión laboral cuando no tienen dolor e imposibilitada durante las crisis. Percibe el trabajo como integración social, pero que no se le facilita. Riesgos laborales: estrés laboral, ordenadores, ruido, turnos de trabajo. Desconocen si tienen servicio de prevención o médico en la empresa, y no conoce o no acude a reconocimientos de vigilancia de la salud. Escasa conflictividad por migraña y no usa opciones adaptativas laborales. Proponen como medidas de apoyo: flexibilidad horaria, zonas de descanso/ silencio durante las crisis, trabajo domiciliario y adaptaciones en sus puestos de trabajo.

Conclusión: El lugar de trabajo es un entorno ideal para mejorar el abordaje integral y apoyar a los pacientes con migraña. Permite identificar la enfermedad, tratarla, controlarla y remitirla para su seguimiento.

Palabras clave: Migraña, prevención de riesgos laborales, discapacidad, medicina del trabajo.

Abstract

Introduction: Migraine is a neurological disease whose prevalence is difficult to determine.

The purpose of this work it is to know the personal and work situation of patients with migraine, the characteristics of their illness, the preventive management carried out in their companies and their demands when they suffer from crisis working.

Method: Cross-sectional observational study of 3.342 patients from Spain, Italy, France, Portugal, Ireland, United Kingdom, Germany and other EU countries. Anonymous survey located on EMHA-web.

Results: Participant profile: woman, middle age, urban area, medium-high educational level, moderate support environment, prolonged crises, high frequency, both types of migraine, neurologist check-up or general doctors, preventive medication, symptomatic treatment with triptans and complementary therapies. Works as an employee, in the health sector or public administration. Without labour repercussion when they do not have pain and impossible during crises. He perceives work as social integration, but they do not make it easy. Occupational risks: work stress, computers, noise, work shifts. They do not know if they have a preventive or medical service in the company, and they do not know or do not go to health surveillance examinations. Little conflict by migraine and does not use adaptive labour options. Support measures proposals: time flexibility, rest / silence zones during crises, homework and adaptations in their jobs.

Conclusion: The workplace is an ideal environment to improve the comprehensive approach and support patients with migraine. It allows to identify the disease, treat it, control it and send it to follow up.

Keywords: Migraine, occupational risk prevention, disability, occupational medicine.

Introducción

La migraña es una enfermedad neurológica cuya prevalencia aun hoy en día resulta difícil de determinar. Según cifras de un reciente estudio en el que han colaborado 302 grupos de investigación, con un total de 6.216.995 participantes, la prevalencia global se situaría en el 11.6% de la población, con pequeñas variaciones por países (10.4% en África, 10.1% en Asia, 11.4% en Europa, 9.7% en Norte América, 16.4% en América Central y del Sur). Actualmente se estima la prevalencia media en un 13.8% entre mujeres y 6.9% en los hombres con un patrón de aumento global¹. Se observan diferencias por género, y son las mujeres quienes experimentan más los síntomas de dolor y necesitan mayor intensificación y tratamiento que los hombres².

Por su prevalencia y repercusión social y laboral implica una elevada tasa de discapacidad, especialmente cuando se cronifica. Las repercusiones en el trabajo se asocian, tanto a la enfermedad, como al uso de terapias con efectos adversos limitantes en cuanto a riesgos laborales, por ello se han de tener en cuenta todos los factores ocupacionales implicados como causa y/o consecuencia en la progresión de esta enfermedad y las medidas preventivas disponibles dentro del marco legislativo de cada país, que en la Unión Europea tiene como norma común la Directiva Marco³. Es por esto por lo que se requiere coordinación entre los profesionales y conocimiento de los aspectos preventivos laborales, junto con los clínicos y asistenciales para lograr un mejor control y optimizar los recursos disponibles⁴.

Es objetivo de este trabajo conocer la percepción de los pacientes con migraña sobre las características de su migraña, tratamientos, aspectos relacionados con la prevención de riesgos laborales y sus demandas cuando sufren crisis de dolor durante el trabajo.

Material y Método

Estudio observacional transversal a partir de una encuesta anónima autoadministrada no validada vía web ubicada en la página de la European Migraine and Headache Alliance (EMHA) y avalada científicamente por la asociación española de especialistas en medicina del trabajo (AEEMT) a 3.342 pacientes de España, Italia, Francia, Portugal, Irlanda, Reino Unido, Alemania y otros países de la Unión Europea no incluidos entre los anteriores en el diseño inicial. Variables de estudio: edad, género, país, tipo de localidad, nivel de estudios y ámbito rural o urbano.

Se consideran criterios de inclusión especificados en la encuesta tener un diagnóstico previo de migraña, estar trabajando en el momento de completarla o haberlo estado en el año previo, participación voluntaria y conocer el uso confidencial de los datos obtenidos. Se recogen los datos desde septiembre de 2018 hasta enero de 2019

siendo este tiempo estipulado a criterio de los autores. La encuesta consta de 32 cuestiones con respuesta múltiple.

Se parte de la hipótesis de que los pacientes con migraña presentan limitaciones en su trabajo relacionadas con las crisis, sus características de dolor y los tratamientos utilizados, y del desconocimiento de las opciones adaptativas respecto a sus condiciones laborales que la legislación recoge para estas situaciones en prevención de riesgos.

Como tratamiento estadístico de los datos se realiza un estudio descriptivo de la base mediante estadísticos numéricos y gráficos. Dada la naturaleza de las variables, se utilizan tablas de frecuencias, absolutas y relativas (%) para las variables cualitativas.

Resultados

Las características sociodemográficas de la población que ha respondido a la encuesta se muestran en la **tabla I**, e indican una heterogénea respuesta por países, correspondiendo el mayor porcentaje de respuestas a España (31.13%) y Alemania (21.09%). El 85,13% de los encuestados se encuadran en el bloque de edad de 21-60 años 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 con nivel de estudios medio-alto (el 69% estudios superiores y el 27% estudios medios) y

Tabla I: Características sociodemográficas de la población encuestada.

Variable	%	n
Edad	Menos de 20 años	11,79% 394
	Entre 21-40	42,97% 1436
	Entre 41-60	42,16% 1409
	Más de 61	3,08% 103
Sexo	Hombre	10,02% 335
	Mujer	89,98% 3008
Nivel estudios	Elementales	4,01% 134
	Medios	26,94% 900
	Superiores	69,05% 2307
Apoyo entorno	Bueno	28,11% 939
	Regular	44,06% 1472
	Malo	27,84% 930
País de residencia	España	31,13% 1039
	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% 1251
	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% 1048
	Urbano (capital)	68,63% 2293

Tabla II: Características de la Migraña en la población encuestada.

Variable		%	n
Tipo de migraña	Con aura	18,56%	619
	Sin aura	25,07%	836
	Ambos tipos	24,05%	802
	Crónica / Cronificada	32,32%	1078
Duración de las crisis	Menos de 4 horas	9,76%	326
	Entre 4-6 horas	25,08%	838
	Más de 6 horas	65,16%	2177
Frecuencia de las crisis	Menos de 3/mes	32,90%	1100
	Entre 3-6/mes	30,45%	1018
	Más de 6/mes	36,64%	1225
Control Médico	Por neurólogo	52,41%	1752
	Por médico general/de familia/atención primaria	54,50%	1822
	Por médico del trabajo	2,54%	85
	Por otro médico/otra especialidad	13,13%	439
	Por enfermería	3,44%	115
	No llevo control médico/ autocontrol	25,64%	857
Tratamiento preventivo	Llevo un tratamiento preventivo siempre	28,47%	951
	Llevo un tratamiento preventivo en temporadas	16,20%	541
	Llevo varios tratamientos preventivos siempre	9,46%	316
	Llevo varios tratamientos preventivos en temporadas	5,39%	180
	No llevo tratamiento preventivo	38,11%	1273
	No sé qué es un tratamiento preventivo	10,54%	352
Tratamiento sintomático	Con analgésicos simples	39,22%	1310
	Con antiinflamatorios	38,80%	1296
	Con triptanes	56,98%	1903
	Con otros tratamientos sintomáticos	15,48%	517
	Con varios tratamientos sintomáticos no nombrados anteriormente	7,81%	261
	No llevo tratamiento sintomático	3,95%	132
	No sé qué es un tratamiento sintomático	4,31%	144
Terapias complementarias	Si	44,58%	1490
	No	55,42%	1852

refieren recibir apoyo moderado de su entorno durante las crisis de migraña (44,06%).

En características de su migraña, los resultados se exponen en la **tabla II**, e indican que un 32,3% refiere crisis migrañosas crónicas, padecer ambos tipos de migraña (con y sin aura) en el 24% de los casos, crisis prolongadas (el 65% crisis de 6 o más horas de duración) y con elevada frecuencia (el 67% más de 3 crisis al mes). Refieren llevar control de la migraña por especialistas en neurología y/o médicos de atención primaria/familia (más del 50%), aunque un 25,6% refiere no llevar ningún tipo de control médico, o se autocontrola. Es bajo el uso de medicación preventiva (el 48,7% no lleva tratamiento preventivo o no sabe lo que es) y el tratamiento sintomático es fundamentalmente con triptanes (57%) y/o antiinflamatorios (38,8%) o analgésicos simples (39,22%). El 8,2% no lleva tratamiento sintomático o no sabe lo que es. Algo más de la mitad de los participantes utilizan otras terapias complementarias: dietas, fisioterapia, mindfulness... (55,42%).

Las características de su trabajo se presentan en la **tabla III**. Predominan trabajadores por cuenta ajena (35,59%) y con actividad en el sector sanitario y/o en administración pública (25,1%), con desempeño de puesto de trabajo de media/alta cualificación (51% atención sanitaria, mandos intermedios, atención al público, profesores, directivos...), con puestos ubicados en grandes empresas (59%) y localizadas en capitales o polígonos de capitales (80%).

Tabla III: Características de Trabajo/puesto que ocupan los pacientes encuestados.

Variable		%	n
Tipo de trabajo y sector de actividad	Autónomo/por cuenta propia	6,37%	212
	Por cuenta ajena	35,59%	1185
	Construcción	0,75%	25
	Industria	1,86%	62
	Sanitario	13,60%	453
	Hostelería	3,24%	108
	Administración pública	11,41%	380
	Servicios comerciales	4,23%	141
	Otros servicios: abogado, ingeniero, arquitecto, consultor, asesor	3,96%	132
	Docencia	6,43%	214
	Otros sectores profesionales	12,55%	418
Puesto que ocupa	Limpieza	1,32%	44
	Mantenimiento	0,84%	28
	Fuerzas de orden público	0,87%	29
	Sanitario	18,41%	613
	Operario de la industria	2,61%	87
	Dependiente/atención al cliente	10,81%	360
	Mando Intermedio	10,42%	347
	Puesto directivo	5,20%	173
	Profesor	7,15%	238
Tamaño de la empresa	Otros	42,37%	1411
	Microempresa (con menos de 10 trabajadores)	20,24%	670
	Pequeña empresa (entre 11 a 49 trabajadores)	21,00%	695
	Mediana empresa (entre 50 a 250 trabajadores)	20,36%	674
Ubicación de la empresa	Empresa grande (más de 250 trabajadores)	38,40%	1271
	Urbano (capital o polígono de la capital)	79,93%	2652
	Rural (pueblo o polígono industrial aislado)	20,07%	666

La autopercepción de sus limitaciones por migraña se refleja en la **tabla IV**, y muestra que la repercusión referida de la migraña en el trabajo es baja, un 15% presenta limitaciones diarias o superiores a una semana/mes y, los días en que no sufren crisis de migraña no refieren ningún tipo de limitación en su trabajo o es muy esporádico (76,32%). No se consideran limitados para ningún trabajo o solo para algunos muy específicos (79,84%). Durante las crisis de migraña el 94% se consideran imposibilitados para realizar su trabajo y el 60% se sienten discapacitados tan solo durante las crisis de dolor. El 64,5% considera que el trabajo favorece su integración social, pero que el mundo del trabajo no se la facilita (72,5%).

Las características preventivas y opciones de gestión preventiva (cambios de puesto, modificaciones laborales...) por migraña entre la población encuestada aparecen en la **tabla V**. Destacan entre los riesgos laborales referidos como relacionados con sus crisis el estrés laboral (77,97%), el uso de ordenadores (64,17%), el ruido (36,43%) y, en menor proporción, la atención elevada (24,31%), las condiciones medioambientales no adecuadas (20,29%) y los turnos de trabajo (15,46%). El 43,7% desconoce si su empresa tiene servicio de prevención y/o el tipo que tiene (propio o ajeno). Los que conocen este dato, en el 37% se trata de uno propio. El 70,6% desconoce si tiene Servicio Médico en la empresa. Un 18% tiene Servicio Médico a jornada completa y un 11% a tiempo parcial. En relación a los reconocimientos de vigilancia de la salud de los trabajadores como actividad médico-preventiva, el 25,9% desconoce si su empresa

Tabla IV: Autopercepción de limitaciones laborales por migraña de la población encuestada.

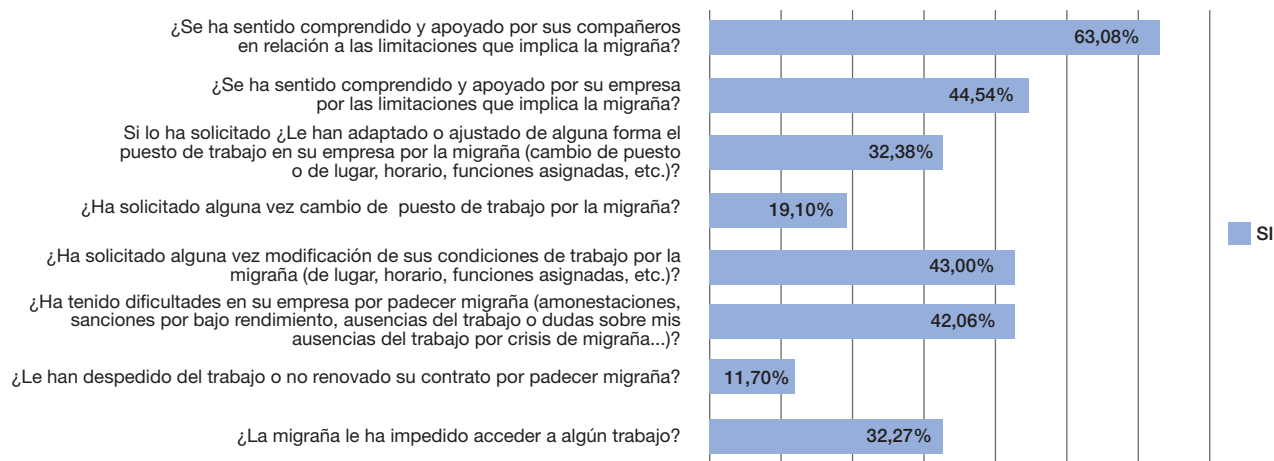
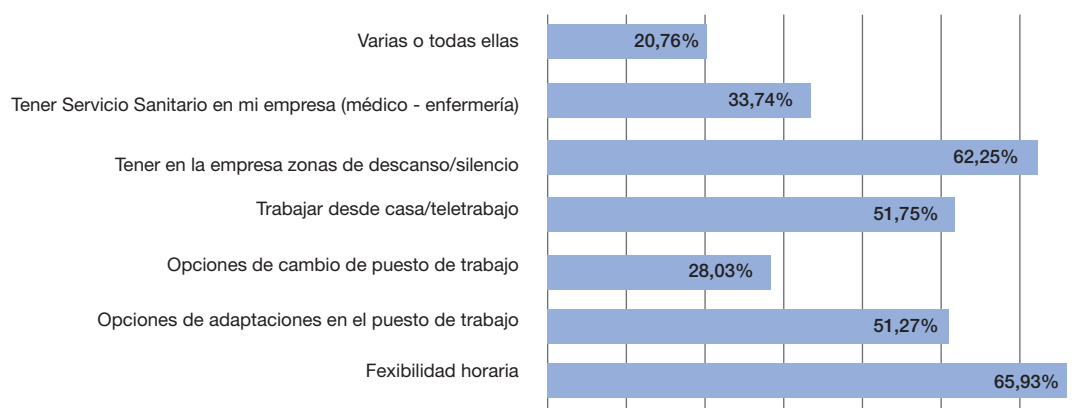
Variable		%	n
Percepción limitaciones / capacidad laboral sin crisis	Sí, diariamente	10,86%	360
	Sí, semanalmente	6,07%	201
	Sí, alguna vez al mes	6,76%	224
	Sí, pero de forma muy esporádica	16,66%	552
	No repercute en mi trabajo	59,66%	1977
Percepción limitaciones laborales por secuelas de crisis o tratamientos	Para ninguno, puedo realizar cualquier trabajo	49,61%	1649
	Me considero limitado para algunos trabajos	30,23%	1005
	Me considero limitado para todos los trabajos	20,16%	670
Percepción capacidad laboral en crisis	Sí	94,18%	3139
	No	5,82%	194
Percepción discapacidad por migraña	No	27,16%	907
	Sí, pero solo durante las crisis	59,76%	1996
	Sí, todo el tiempo	13,08%	437
Percepción trabajo como integrador social	Sí	64,48%	2146
	No	35,52%	1182
Percepción de facilidad integradora de las empresas	Sí	27,48%	913
	No	72,52%	2409

dispone/realiza esta actividad y un 29% no va nunca. Solo un 21,3% acude de forma regular cada año.

La mayoría de trabajadores no refiere una especial conflictividad por migraña salvo en algunos casos amones-

Tabla V: Características y opciones preventivas de las empresas de la población encuestada.

Variable		%	n
Riesgos laborales	Manipulación de cargas	11,37%	379
	Exposición a ruido	36,43%	1214
	Exposición a sustancias químicas	8,52%	284
	Estrés laboral	77,97%	2598
	Turnos de trabajo rotarios o nocturno	15,46%	515
	Conducción de vehículos (más de 1/3 de la jornada laboral)	4,14%	138
	Vibraciones	3,87%	129
	Trabajos que requieren gran atención o de precisión	24,31%	810
	Manejo de maquinaria de riesgo (carretillas elevadoras o similares)	1,44%	48
	Malas condiciones medioambientales (temperatura, humedad)	20,29%	676
	Ergonomía inadecuada (mobiliario y herramientas o utensilios de trabajo no adecuados)	19,39%	646
	Uso de Pantallas de Visualización de Datos/ordenadores	64,17%	2138
	Otros	14,95%	498
	Desconozco los riesgos del puesto	2,70%	90
Tipo de Servicio de Prevención de la empresa	Propio (de la empresa)	36,96%	1226
	Ajeno (concertado con otra empresa)	19,35%	642
	Desconozco el tipo de servicio de prevención	43,68%	1449
Servicio Médico en la empresa	Sí hay, a jornada completa	18,09%	600
	Sí hay, a tiempo parcial	11,25%	373
	No se dispone en la empresa	49,14%	1630
	Desconozco si existe servicio médico en la empresa	21,53%	714
Reconocimientos de Vigilancia de la Salud en la empresa	Sí, Voy todos los años	21,29%	705
	Sí, Voy cada dos años	9,09%	301
	Sí, Voy esporádicamente	14,64%	485
	No voy nunca	29,11%	964
	Desconozco si hay o acude a los reconocimientos de vigilancia de la salud	25,88%	857

Gráfico 1: Percepción de limitaciones laborales por migraña.**Gráfico 2:** Demandas preventivas laborales más solicitadas.

taciones (42.06%), y se sienten más comprendidos por sus compañeros (63,08%) que por la empresa (44,54%) en sus limitaciones por crisis de migraña (**Gráfico 1**).

De entre las opciones preventivas laborales de apoyo a los afectados por migraña, los encuestados destacan la flexibilidad horaria (65,93%), contar con zonas de descanso o silencio durante las crisis (62,25%), opciones de trabajo desde casa (51,75%) y adaptaciones laborales en sus puestos de trabajo (51,27%) (**Gráfico 2**).

Discusión

Los resultados de este trabajo se centran en recoger la opinión y percepción de pacientes afectados por migraña en distintos países de la Unión Europea en aspectos relacionados con su enfermedad, las características de su migraña, forma de vida y condiciones de su trabajo, y como de las opciones disponibles en sus empresas por las limitaciones de su enfermedad en cuanto a modificaciones de su puesto, cambio de puesto o adaptaciones laborales.

A pesar de la subjetividad de estas encuestas, el uso de las mismas es habitual en migraña y en otras patologías con fines muy diversos^{5,6}, destacan en el caso de la migraña para valorar el uso de automedicación en las crisis⁷, para valorar los costes económicos⁸, o el impacto de la enfermedad⁹, entre otras muchas aplicaciones. En nuestra encuesta que no ha sido validada se abordan aspectos no tratados hasta el momento, especialmente aquellos que se centran en el mundo del trabajo y, en los que asumiendo el sesgo de la subjetividad ligada a la autopercepción pueden proporcionar una información básica e inicial de su adaptación en el mundo del trabajo y de las limitaciones con las que se encuentran o apoyos de los que disponen. Esto es especialmente importante en una enfermedad que continúa siendo de elevada prevalencia en la población mundial y que afecta a las edades laboralmente activas. Recientes estudios realizados en España destacan que, lejos de disminuir con las nuevas terapias preventivas y sintomáticas, ha aumentado en la primera década del siglo XXI y que se asocia el hecho de ser mujer, mediana edad, bajo nivel educativo, no ser inmigrante, peor estado de salud au-

toevaluado y presencia de condiciones comórbidas^{10,11}. En nuestro estudio la proporción de mujeres es más elevada que la de los hombres y en ambos casos el nivel educativo es medio-alto lo que lo diferencia del trabajo previamente comentado y que puede suponer un sesgo. La prevalencia y carga de la migraña y el dolor de cabeza severo afecta aproximadamente a 1 de cada 7 estadounidenses al año y que se ha mantenido relativamente estable en los últimos 8 años, siendo la causa principal de las visitas ambulatorias y de urgencias, de forma que siguen siendo un importante problema de salud pública, especialmente entre las mujeres¹². Se reconocen diferencias por género que en las mujeres implica el papel de las hormonas sexuales femeninas como un factor importante en la determinación del riesgo y las características de la migraña, lo que explica las diferencias halladas, pero también hay evidencia que respalda la variación genética subyacente. En los hombres la migraña se diagnostica de manera insuficiente, lo que resulta en un manejo subóptimo y en su menor participación en las encuestas¹³. Independientemente de estos aspectos existen diferencias entre hombres y mujeres por las características ocupacionales en demandas físicas, exposición a riesgos y limitaciones por la actividad desempeñada¹⁴. Estas diferencias por sexos afectan a ambos tipos de migraña, con aura y sin aura, y se extienden también a tipos de dolor de cabeza adicionales y factores relacionados¹⁵. En nuestros resultados coexisten migraña con aura y sin aura y un alto porcentaje de pacientes con migraña crónica.

Coinciden nuestros resultados en el elevado número de crisis por mes y prolongada duración con lo reseñado en trabajos previos que destacan la influencia de factores modificables entre los que se señala el uso excesivo de medicamentos, aunque es probable que existan factores de riesgo adicionales que aún no se han identificado y que abren nuevas opciones de investigación con intervenciones dirigidas a estos factores modificables para prevenir la progresión y por aumentar las tasas de remisión¹⁶. Para poder llevar a cabo estas actuaciones se requiere de un conocimiento de la percepción de los pacientes en los que encuestas como la aquí realizada pueden servir de apoyo.

Los trabajadores de nuestra encuesta no se consideran discapacitados ni limitados para su trabajo excepto durante las crisis de migraña y tienen una percepción de estas limitaciones centrada exclusivamente en las crisis de dolor y en tareas concretas. Estos resultados difieren de los hallados en otros trabajos en los que se destaca el aspecto incapacitante de la migraña para los trabajadores, con consecuencias negativas en la capacidad y calidad del trabajo¹⁷, si bien los participantes en estos trabajos mostraban un escaso uso de triptanes y un mayor uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), al contrario de lo que ocurre en nuestra encuesta, donde los AINES son la medicación más utilizada para las crisis. El grado de dis-

capacidad relacionado con la migraña es muy subjetivo y variable cuando se comparan encuestas diferentes¹⁸.

En lo que respecta a los tratamientos utilizados, nuestra encuesta muestra escasa utilización del tratamiento preventivo, e incluso que un porcentaje destacable desconoce qué son estos tratamientos. La literatura es coincidente en los beneficios del uso de tratamientos preventivos para mejorar el dolor y la discapacidad, pero se insiste en la necesidad de un diagnóstico preciso que diferencie la migraña de otros trastornos, como la cefalea primaria y secundaria, y en que los médicos evalúen el riesgo de progresión de la migraña crónica. Para ello es necesario identificar a estos pacientes y estar familiarizados con los numerosos tratamientos preventivos, seleccionando el más seguro y efectivo, teniendo en cuenta las características individuales, las condiciones y las preferencias de los pacientes¹⁹.

En nuestro estudio destaca el impacto entre los trabajadores sanitarios de la migraña, si bien es también uno de los colectivos con mayor participación en las encuestas. En estudio realizado en Taiwán se observa que los profesionales de la salud tienen un mayor riesgo de migraña que la población general. Las cargas de trabajo pesadas, el estrés emocional y los trastornos del sueño en turnos nocturnos rotativos parecen ser los factores de riesgo más importantes, coincidiendo con una parte de los factores de riesgo destacados también en nuestros resultados y que pueden servir de ayuda para actuar en prevención en este colectivo²⁰. El trabajo nocturno en estos trabajadores es objeto de debate con mayor demanda de tratamiento y hace necesario considerar este factor en salud laboral²¹.

Nuestros resultados muestran un perfil de trabajador con puestos de trabajo de los denominados no manuales (directivos, mandos intermedios, sanitarios, administrativos...) englobados en las características de los *white collar*, sin embargo, en estudios de otros autores previos se destacan los manuales o *blue collar* en referencia a padecer con cefaleas y migrañas, que se contextualizan como dolor corporal, si bien hacen especial hincapié en la regularidad de los hábitos de vida²².

La percepción de los pacientes de nuestra encuesta muestra escasa conflictividad por el dolor. En trabajos de otros autores se observa que las percepciones de los pacientes sobre la migraña son contradictorias e influyen en los comportamientos sobre el manejo de estos pacientes, por lo que recomiendan informar a los médicos y al resto de profesionales de la salud sobre la perspectiva de los pacientes en cuidados y educación sobre esta patología y valorar las comorbilidades que pueden influir en su evolución^{23,24,25}.

En nuestros resultados se observa desconocimiento de aspectos tan básicos como el tipo de servicio de preven-

ción del que disponen, sus opciones preventivo-adaptativas, como cambios de puesto o adaptaciones laborales por las limitaciones de la enfermedad, especialmente durante sus crisis, así como sobre la disponibilidad de reconocimientos de vigilancia de la salud o de atención médica por profesionales del mundo del trabajo (especialistas en medicina del trabajo), lo orienta a actuaciones de información sobre estos aspectos que mejoren su integración laboral y formativas para los profesionales sanitarios para un mejor conocimiento de la enfermedad de sus limitaciones. Los trabajadores de esta encuesta consideran que facilitaría su integración medidas puntuales durante las crisis como el trabajo en casa o la flexibilidad laboral y se sienten más comprendidos por sus compañeros que por los responsables de su empresa haciendo necesario trasladar estas solicitudes hacia quienes han de tomar las decisiones en sus empresas.

Como sesgo a este trabajo destacar que se trata de un estudio transversal y que no existe una representatividad equitativa entre los distintos países participantes, sectores productivos y tipo de trabajo por lo que estos resultados no se pueden considerar representativos de todos los sectores profesionales. A esto se une la subjetividad de las propias respuestas en función de la distinta percepción de cada uno de los pacientes sobre las cuestiones incluidas y a sus características individuales de vida y trabajo y tipo de migraña.

Entre sus fortalezas destaca el tamaño muestral, la comparativa entre distintos países europeos y al hecho de incorporar aspectos preventivo-laborales no contemplados hasta el momento y de repercusión tanto en las opciones de adaptación del trabajador por las empresas, como en el impacto que las limitaciones suponen en los pacientes afectados que trabajan.

Se necesita más investigación para comprender la carga de la enfermedad entre los pacientes con mayor número de crisis de migraña y para mejorar los aspectos preventivo-laborales y sanitarios evitando la progresión de la enfermedad²⁶.

El tratamiento rápido y efectivo, dentro y fuera del lugar de trabajo, puede facilitar que disminuya la frecuencia e intensidad de los ataques de migraña y mejorar la calidad de vida²⁷.

Los resultados obtenidos confirman la hipótesis inicial y confirma la percepción de los pacientes que trabajan sobre las limitaciones que las crisis de dolor implican en su trabajo y la variabilidad en las características de dolor y los tratamientos utilizados tanto preventivos como sintomáticos. El desconocimiento de las opciones adaptativas respecto a sus condiciones laborales que la legislación recoge para estas situaciones en prevención de riesgos hace necesario fomentar la información y formación en estos temas en profesionales de la salud y en los trabajadores.

Bibliografía

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;372:307-15.
2. Song TJ, Cho SJ, Kim WJ, Yang KI, Yun CH, Chu MK. Sex Differences in Prevalence, Symptoms, Impact, and Psychiatric Comorbidities in Migraine and Probable Migraine: A Population-Based Study. *Headache.* 2019;59(2):215-23.
3. Directiva del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. *Diario Oficial Comunidad Europea* núm. 183, de 29 de junio de 1989, p:1-8.
4. Vicente-Herrero MT, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García LM, López-González ÁA, Terradillos García MJ. Chronic migraine and work: occupational risks and prevention. *Semergen.* 2013;39(6):316-24.
5. Penning S, Schoenen J. A survey on migraine attack treatment with the CEFALY device in regular users. *Acta Neurol Belg.* 2017;117(2):547-9.
6. Krasenbaum LJ. A Review of Complementary and Alternative Medicine Use Among U.S. Adults with Headache or Migraine: Results from the 2012 National Health Interview Survey. *Headache.* 2017;57(8):1284-5.
7. Brusa P, Allais G, Scarinzi C, Baratta F, Parente M, Rolando S, et al. Self-medication for migraine: A nationwide cross-sectional study in Italy. *PLoS One.* 2019;14(1):e0211191.
8. Messali A, Sanderson JC, Blumenfeld AM, Goadsby PJ, Buse DC, Varon SF, et al. Direct and Indirect Costs of Chronic and Episodic Migraine in the United States: A Web-Based Survey. *Headache.* 2016;56(2):306-22.
9. Vo P, Fang J, Bilitou A, Laflamme AK, Gupta S. Patients' perspective on the burden of migraine in Europe: a cross-sectional analysis of survey data in France, Germany, Italy, Spain, and the United Kingdom. *J Headache Pain.* 2018;19(1):82.
10. Fernández de las Peñas C, Palacios Ceña D, Salom-Moreno J, López de Andres A, Hernández Barrera V, Jiménez Trujillo I, et al. Has the prevalence of migraine changed over the last decade (2003-2012)? A Spanish population-based survey. *PLoS One.* 2014;9(10):e110530.
11. Fernández de las Peñas C, Hernández Barrera V, Carrasco Garrido P, Alonso Blanco C, Palacios Ceña D, Jiménez Sánchez S, et al. Population-based study of migraine in Spanish adults: relation to socio-demographic factors, lifestyle and co-morbidity with other conditions. *J Headache Pain.* 2010;(2):97-104.
12. Burch RC, Loder S, Loder E, Smitherman TA. The prevalence and burden of migraine and severe headache in the United States: updated statistics from government health surveillance studies. *Headache.* 2015;55(1):21-34.
13. Vetvik KG, MacGregor EA. Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. *Lancet Neurol.* 2017;16(1):76-87.

14. Padkapayeva K, Chen C, Bielecky A, Ibrahim S, Mustard C, Beaton D, et al. Male-Female Differences in Work Activity Limitations: Examining the Relative Contribution of Chronic Conditions and Occupational Characteristics. *J Occup Environ Med*. 2017;59(1):6-11.
15. 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.
16. Buse DC, Greisman JD, Baigi K, Lipton RB. Migraine Progression: A Systematic Review. *Headache*. 2018 Dec 27 (en prensa).
17. Viticchi G, Falsetti L, Bartolini M, Buratti L, Ulissi A, Baldassari M, et al. Migraine: incorrect self-management for a disabling disease. *Neurol Int*. 2018;10(1):7510.
18. Lipton RB, Manack Adams A, Buse DC, Fanning KM, Reed ML. A Comparison of the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study and American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study: Demographics and Headache-Related Disability. *Headache*. 2016;56(8):1280-9.
19. Lipton RB, Silberstein S. Migraine Headache: Diagnosis and Current and Emerging Preventive Treatments. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2018 20 suppl E1. pii: li17059su1c.
20. Kuo WY, Huang CC, Weng SF, Lin HJ, Su SB, Wang JJ, et al. Higher migraine risk in healthcare professionals than in general population: a nationwide population-based cohort study in Taiwan. *J Headache Pain*. 2015;16:102.
21. Jakobsen GS, Timm AM, Hansen AM, Garde AH, Nabe-Nielsen K. The association between shift work and treatment-seeking migraine in Denmark. *Ergonomics*. 2017;60(9):1207-17.
22. Drefke S. Lay and medical conceptions of headache and migraine: Investigation of members of blue collar and service professions. *Schmerz*. 2016 Aug;30(4):333-8.
23. Peters M, Huijter Abu-Saad H, Vydellingum V, Dowson A, Murphy M. The patients perceptions of migraine and chronic daily headache: a qualitative study. *J Headache Pain*. 2005;6(1):40-7.
24. Peters M, Abu-Saad HH, Vydellingum V, Dowson A, Murphy M. Migraine and chronic daily headache management: a qualitative study of patients' perceptions. *Scand J Caring Sci*. 2004;18(3):294-303.
25. Sengul Y, Sengul HS, Tunç A. Psychoform and somatoform dissociative experiences in migraine: relationship with pain perception and migraine related disability. *Ideggyogy Sz*. 2018;71(11-12):385-92.
26. Ford JH, Jackson J, Milligan G, Cotton S, Ahl J, Aurora SK. A Real-World Analysis of Migraine: A Cross-Sectional Study of Disease Burden and Treatment Patterns. *Headache*. 2017;57(10):1532-44.
27. Berry PA. Migraine disorder: workplace implications and solutions. *AAOHN J*. 2007;55(2):51-6.