





Octubre 2024

Revisado y avalado por la Asociación Española  
de Migraña y Cefalea (AEMICE).



# Índice

DE CONTENIDOS

Resumen ejecutivo	14
Introducción	17
Antecedentes de la migraña	19
1. DEFINICIÓN DE LA MIGRAÑA	20
2. IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE LA MIGRAÑA	22
3. PRINCIPALES AGENTES EN EL ÁMBITO DE LA MIGRAÑA	24
4. PROYECTOS Y ESTRATEGIAS RELACIONADOS CON EL ABORDAJE DE LA MIGRAÑA	26
Barómetro de la migraña en España	28
1. OBJETIVOS	29
2. METODOLOGÍA	29
3. RESULTADOS	32
4. CONCLUSIONES	48
Bibliografía	52
ANEXO 1 - <i>Metodología</i>	56
ANEXO 2 - <i>Resultados</i>	59

# Índice

DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Principales causas diagnósticas del dolor crónico en España.	21
<b>Figura 2.</b> Prevalencia global de migraña y dolor crónico.	32
<b>Figura 3.</b> Prevalencia de migraña y dolor crónico por grupo de edad.	33
<b>Figura 4.</b> Prevalencia de migraña y dolor crónico por sexo.	34
<b>Figura 5.</b> Prevalencia de migraña y dolor crónico por Comunidad Autónoma.	34
<b>Figura 6.</b> Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por grupo de edad.	35
<b>Figura 7.</b> Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por sexo.	35
<b>Figura 8.</b> Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por Comunidad Autónoma.	36
<b>Figura 9.</b> Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por nivel de estudios.	36
<b>Figura 10.</b> Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por situación laboral.	37
<b>Figura 11.</b> Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por baja laboral.	37
<b>Figura 12.</b> Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por uso del sistema sanitario.	38
<b>Figura 13.</b> Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por niveles asistenciales utilizados.	38
<b>Figura 14.</b> Estado de salud de los encuestados con migraña y dolor crónico.	38
<b>Figura 15.</b> Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por limitaciones en la vida diaria.	40
<b>Figura 16.</b> Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por ayuda recibida para realizar actividades de la vida diaria.	40
<b>Figura 17.</b> Intensidad del dolor crónico en los encuestados con migraña y dolor crónico.	41
<b>Figura 18.</b> Localizaciones anatómicas del dolor crónico en los encuestados con migraña y dolor crónico.	42
<b>Figura 19.</b> Actividades cotidianas limitadas en los encuestados con migraña y dolor crónico.	43
<b>Figura 20.</b> Situación de baja laboral en los encuestados con migraña y dolor crónico.	43

<b>Figura 21.</b> Uso del sistema sanitario en los encuestados con migraña y dolor crónico.	44
<b>Figura 22.</b> Niveles asistenciales utilizados por los encuestados con migraña y dolor crónico.	44
<b>Figura 23.</b> Uso de especialidades sanitarias por los encuestados con migraña y dolor crónico.	45
<b>Figura 24.</b> Comorbilidades dolorosas (agrupadas) en los encuestados con migraña y dolor crónico.	46
<b>Figura 25.</b> Comorbilidades dolorosas (desagrupadas) en los encuestados con migraña y dolor crónico.	47

# Índice

DE TABLAS

<b>Tabla A1 - 1.</b> Distribución de la población española por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.	57
<b>Tabla A1 - 2.</b> Distribución muestral por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.	58
<b>Tabla A2 - 1.</b> Prevalencias de migraña y otros dolores de cabeza crónicos en pacientes con dolor crónico.	60
<b>Tabla A2 - 2.</b> Prevalencias de migraña y otros dolores de cabeza crónicos en el total de encuestados.	61
<b>Tabla A2 - 3.</b> Distribución de la muestra de encuestados con migraña y otros dolores de cabeza crónicos.	62
<b>Tabla A2 - 4.</b> Características del dolor de los encuestados con migraña y otros dolores de cabeza crónicos.	65
<b>Tabla A2 - 5.</b> Análisis de otras comorbilidades dolorosas crónicas presentes en encuestados con migraña y otros dolores de cabeza crónicos.	67
<b>Tabla A2 - 6.</b> Características de los encuestados que refieren sólo migraña y otros dolores de cabeza crónicos sin otras comorbilidades dolorosas.	70

# Abreviaturas

**AEMICE**

Asociación Española de Migraña y Cefalea

**CATI**

Computer-Assisted Telephone Interviewing

**CAWI**

Computer-Assisted Web Interviewing

**DT**

Desviación Típica

**EAN**

European Academy of Neurology

**EMHA**

European Migraine & Headache Alliance

**ESOMAR**

European Society for Opinion and Marketing Research

**GECSEDENE**

Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica

**GECSEN**

Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología

**HADS**

Hospital Anxiety and Depression Scale

**IACS**

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

**IHS**

International Headache Society

**ISO**

International Organization for Standardization

**MCS**

Mental Component Score

**OMS**

Organización Mundial de la Salud

**PCS**

Physical Component Score

**POP**

Plataforma de Organizaciones de Pacientes

**RI**

Rango Inter cuartílico

**SEDENE**

Sociedad Española de Enfermería Neurológica

**SEFAC**

Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria

**SEFH**

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

**SEMES**

Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias

**SEN**

Sociedad Española de Neurología

**SEMERGEN**

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria

**SEMFYC**

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

**SEMG**

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

**SEMI**

Sociedad Española de Medicina Interna

**UC**

Unidades de Cefalea

**WFN**

World Federation of Neurology

## ABREVIATURAS DE LAS COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA

### **AND**

Andalucía

### **ARA**

Aragón

### **AST**

Principado de Asturias

### **BAL**

Islas Baleares

### **CAN**

Canarias

### **CAT**

Cataluña

### **CEU**

Ciudad Autónoma de Ceuta

### **CLM**

Castilla-La Mancha

### **CTA**

Cantabria

### **CYL**

Castilla y León

### **EXT**

Extremadura

### **GAL**

Galicia

### **MAD**

Comunidad de Madrid

### **MEL**

Ciudad Autónoma de Melilla

### **MUR**

Región de Murcia

### **NAV**

Comunidad Foral de Navarra

### **PVA**

País Vasco

### **RIO**

La Rioja

### **VAL**

Comunidad Valenciana

# Resumen

EJECUTIVO

El **dolor crónico** es uno de los principales problemas de salud pública en España, afectando significativamente el bienestar y la calidad de vida de los pacientes, además de tener repercusiones en los ámbitos laboral, social, familiar y personal.

Este impacto en la población española, analizado en el informe **“Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional”** y sus posteriores subinformes regionales, ha impulsado el desarrollo de iniciativas a nivel gestor y sanitario relacionadas con el dolor crónico en nuestro país.

Aunque el trabajo realizado hasta ahora ha sido positivo, logrando una mayor concienciación sobre la enfermedad e implementando medidas para mejorar su manejo en todos los niveles, es fundamental conocer en detalle las causas más frecuentes del dolor crónico y profundizar en estas patologías. Esto permitirá promover el desarrollo de medidas específicas que mitiguen su impacto y progresión.

Este informe tiene como objetivo realizar un **análisis de la situación de la migraña en España**, un **trastorno neurológico** que constituye una causa importante de dolor crónico, según los resultados del Barómetro del dolor. Por ello, en este documento se presenta su impacto en la sociedad y en los sistemas sanitarios, estudiando las características de la enfermedad que la posicionan como uno de los grandes desafíos en salud pública y dando voz a las necesidades de los pacientes.

De este modo se busca aumentar la concienciación en todos los sectores de la sociedad y trazar futuras iniciativas de mejora que permitan optimizar el abordaje de la migraña desde una perspectiva biopsicosocial.

**Este trabajo busca aumentar la concienciación en todos los sectores de la sociedad y trazar futuras iniciativas de mejora que permitan optimizar el abordaje de la migraña desde una perspectiva biopsicosocial.**

Con esta motivación, la **Fundación Grünenthal** y el **Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz**, con el apoyo de **More than Research** y **BiInnova Consulting**, como reflejo de su compromiso con los pacientes de migraña, han desarrollado este documento, **“Barómetro del dolor crónico asociado a la migraña. Análisis de situación del impacto del dolor crónico en España”**, que presenta los siguientes objetivos:



Impulsar el conocimiento de la **información disponible en la actualidad acerca de la migraña** y su abordaje sociosanitario en España.



Presentar la información más relevante que permita conocer **qué es y qué representa la migraña** en la sociedad española.



Analizar los **indicadores** existentes y generar nuevos indicadores que permitan analizar el **impacto de la migraña** y favorecer una mejora en su abordaje.

Este informe se organiza en dos secciones principales: **antecedentes de la migraña** y **Barómetro del dolor crónico asociado a la migraña**.

En la primera sección, se presenta una **introducción a la migraña** que permite delinear un panorama de esta enfermedad, definiendo sus características principales y contextualizando su relevancia, con el objetivo de promover un mayor conocimiento y comprensión de la misma.

Este análisis inicial incluye la **definición y clasificación** actuales de la migraña y proporciona cifras clave sobre la enfermedad, cuantificando su **impacto sanitario y económico** tanto a nivel nacional como internacional. Además, se destacan los **principales actores** en el campo de la migraña y el dolor, así como sus contribuciones al conocimiento y manejo de la enfermedad, y se mencionan las **estrategias e iniciativas** más relevantes desarrolladas tanto en España como en el ámbito global.

El siguiente apartado revisa las iniciativas más importantes en el ámbito del **dolor crónico relacionado con la migraña** que han sido implementadas por las instituciones sanitarias a nivel nacional. Se destacan los avances en gestión e investigación y su influencia en la atención médica, subrayando los grandes **logros conseguidos**.

En la segunda sección, que constituye el núcleo del informe, se presenta un estudio detallado sobre la migraña en España, diseñado para obtener datos actualizados sobre esta enfermedad asociada al dolor crónico. Este estudio proporciona nueva información sobre el **impacto actual de la migraña asociada al dolor crónico** en la población adulta española, a través de encuestas que exploran la extensión de la enfermedad en distintos grupos sociodemográficos y sus repercusiones en la salud y actividades diarias de los pacientes.

En esta sección se detallan los **objetivos** del estudio y la **metodología** utilizada, y se presentan los principales resultados, que revelan la **prevalencia de la migraña asociada a dolor crónico** en España y las características más importantes de la enfermedad. Esto permite definir el **perfil tipo del paciente** e identificar los grupos más vulnerables.

Como conclusión de este documento se presenta un resumen del análisis realizado y se plantea una **reflexión final**, que tiene el objetivo de abordar las limitaciones y necesidades identificadas en los pacientes y situar la migraña como una prioridad sanitaria a nivel nacional.

# Introducción

En el año 2022, la **Fundación Grünenthal** y el **Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz** iniciaron este proyecto, con el fin de evaluar el impacto y los problemas actuales relacionados con la enfermedad del dolor crónico en España. De este modo se pretendía identificar áreas de mejora en el abordaje sociosanitario que permitiesen elevar la calidad de vida de los pacientes.

Este esfuerzo colaborativo dio lugar, en abril de 2023, a la publicación del informe **“Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional”**. En los meses posteriores, el trabajo continuó con la presentación de informes regionales, que permitieron resaltar las características específicas del dolor crónico en cada Comunidad Autónoma.

En 2024 se ha propuesto una nueva línea de trabajo conjunto entre la Fundación Grünenthal y el Observatorio del Dolor, cuyo objetivo es dar a conocer las principales patologías asociadas al dolor crónico y medir su impacto en la sociedad española, destacando especialmente la **migraña** como una de las causas más comunes.

La **Fundación Grünenthal** es una organización sin ánimo de lucro creada en el año 2000, que tiene como misión mejorar la calidad de vida de las personas con dolor a través de una perspectiva biopsicosocial. La Fundación tiene en el dolor su ámbito de actuación fundamental y está enfocada en mejorar la concienciación y conocimiento en este ámbito y la formación de los profesionales, pacientes y cuidadores, con la meta de potenciar el desarrollo de iniciativas sanitarias de impacto<sup>1,2</sup>.

El **Observatorio del Dolor**, constituido en el año 2010 por la Cátedra Externa del Dolor Fundación Grünenthal en la **Universidad de Cádiz**, está centrado en la investigación en dolor crónico y la divulgación científica. El Observatorio es un órgano multidisciplinar de análisis de datos por medio de estudios, que tiene el objetivo de dar a conocer la **situación de los pacientes con dolor en España**<sup>3,4,5</sup>.

Desde la creación del Observatorio, se han puesto en marcha diversas iniciativas en el ámbito del dolor en colaboración con la Fundación Grünenthal, a través del desarrollo de proyectos de investigación, actividades formativas y educativas a profesionales sanitarios y pacientes, publicaciones de impacto y participaciones en congresos y eventos en el campo del dolor.

Este proyecto ha contado, adicionalmente, con la participación de **More than Research**<sup>6</sup> y **Biolnova Consulting**<sup>7</sup>, que han brindado apoyo en el diseño y desarrollo del barómetro y en la elaboración de este documento.

Este informe se fundamenta en los datos recopilados por el Barómetro del Dolor a nivel nacional, con el propósito de exponer la **situación de los pacientes adultos con migraña y dolor crónico en España**. La intención de este trabajo es aumentar el conocimiento y la visibilidad de esta enfermedad, así como fomentar iniciativas sanitarias que promuevan un abordaje adecuado de la migraña y del dolor crónico desde una perspectiva multidisciplinar.

1. Grünenthal. *Fundación Grünenthal España*.

2. Fundación Grünenthal. *Presentación*.

3. Fundación Grünenthal. *Universidad de Cádiz*.

4. Fundación Grünenthal. *Observatorio del Dolor*.

5. Observatorio del Dolor. *Quiénes somos*.

6. More than Research. *Inicio*.

7. Biolnova Consulting. *Inicio*.

# Antecedentes

DE LA MIGRAÑA

## I. DEFINICIÓN DE LA MIGRAÑA

Las **cefaleas**, de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), son trastornos primarios del sistema nervioso caracterizados por un dolor de cabeza altamente incapacitante, acompañado en ocasiones por síntomas neurológicos como pérdida de fuerza o alteración del lenguaje. Dentro del abanico de dolencias categorizadas como cefaleas, la migraña, la cefalea tensional y la cefalea en racimos destacan como las más frecuentes<sup>8</sup>.

La **migraña** es una patología con carácter crónico que supone uno de los trastornos neurológicos más comunes e incapacitantes del mundo. Se clasifica como un tipo de **cefalea primaria**, al no existir una lesión estructural macroscópica subyacente, sino una disfunción del sistema nervioso central en varios niveles.

El **dolor de cabeza** es el principal síntoma de la migraña, presentándose en episodios de duración variable e intensidad significativa. Un **episodio** o **crisis** de migraña evoluciona en cuatro fases superpuestas<sup>9,10</sup>:

- **Fase premonitoria o pródromo:** aparición de síntomas no dolorosos horas o días antes del inicio del dolor de cabeza: cambios de humor, falta de concentración, fatiga y cansancio muscular, problemas de sueño...
- **Aura:** aparición de síntomas neurológicos transitorios antes del inicio del dolor de cabeza o durante el episodio.
- **Cefalea:** etapa de dolor causada por la activación de las vías sensoriales trigeminales, que supone una afección en el desarrollo de las actividades diarias del paciente.

- **Fase de recuperación o posdromo:** finalización de la etapa de dolor y vuelta al estado neurológico original.

Según la Sociedad Internacional de Cefaleas (International Headache Society; IHS), la migraña puede clasificarse en varios grupos, en función de los síntomas que acompañan al dolor de cabeza<sup>11,12</sup>:

- **Migraña sin aura:** cefalea recurrente que se manifiesta con crisis de 4-72 horas de duración y caracterizada por la localización unilateral, el carácter pulsátil, la intensidad moderada o grave, el empeoramiento con la actividad física rutinaria y la asociación con náuseas y/o fotofobia y fonofobia.
- **Migraña con aura:** crisis recurrentes de varios minutos de duración con síntomas visuales, sensitivos o del sistema nervioso central (aura) de localización unilateral y reversibles que suelen preceder a una cefalea. Dependiendo del impacto del aura sobre la capacidad motora del paciente se subdivide en **migraña con aura típica** (no asociada a debilidad motora) y **migraña hemipléjica** (asociada a debilidad motora). Se estima que cerca del 30% de los pacientes que sufren de migraña experimentan síntomas de aura.

De forma complementaria, atendiendo a la frecuencia de los episodios de cefalea, la migraña puede clasificarse como **episódica** (sucede menos de quince días al mes) o **crónica** (se manifiesta más de quince días al mes), suponiendo esta última una destacada carga de enfermedad en el paciente y un decremento notable en la calidad de vida<sup>13</sup>.

8. Organización Mundial de la Salud. *Cefaleas*.

9. Álvarez A. *Fisiopatología de la migraña*.

10. Botica. *Migraña, revisión actualizada*.

11. Sociedad Internacional de Cefaleas, 2018. *The International Classification of Headache Disorders*.

12. Comité de clasificación de la cefalea de la Sociedad Internacional de Cefaleas, 2018. *III edición de la Clasificación internacional de las cefaleas*.

13. Asociación Española de Migraña y Cefalea. *¿Qué es la migraña?*

Es importante señalar que la migraña crónica constituye un subtipo de larga duración de la enfermedad de migraña, que puede presentarse con o sin patologías concomitantes en los pacientes. En este documento se analiza la situación en España de la migraña (abarcando todos sus subtipos) asociada a la enfermedad de dolor crónico, por lo que es fundamental diferenciar entre la migraña crónica como subtipo específico de la enfermedad y la migraña como enfermedad presente en algunos de los pacientes que sufren de dolor crónico.

La fisiopatología de la migraña es compleja y multifactorial, siendo objeto de permanente estudio. Existe un consenso acerca de la alteración neurológica en

el **procesamiento de los estímulos dolorosos** por parte de los pacientes, con un claro componente hereditario y poligénico. Adicionalmente, la coexistencia de otros factores ambientales tales como los niveles hormonales, el estrés y las **alteraciones en los patrones de sueño** pueden actuar como desencadenantes de las crisis de migraña<sup>14</sup>.

Por todo lo presentado, la migraña es una de las enfermedades de mayor relevancia en España, siendo la **sexta causa más frecuente de dolor crónico** en nuestro país, de acuerdo con los resultados del Barómetro del Dolor, afectando a un **31,5%** de los ciudadanos con dolor crónico (Figura 1)<sup>15</sup>.



Figura 1. Principales causas diagnósticas del dolor crónico en España.

14. Sociedad Española de Neurología, 2023. *Día Internacional de Acción contra la Migraña 2023*.

15. Fundación Grünenthal, 2023. *Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional*.

El dolor crónico asociado a la migraña se enmarca de forma general en la categoría de **dolor crónico neuropático**, debido al carácter neurológico de la patología, si bien los pacientes pueden sufrir también de dolor por otras causas concomitantes, que contribuyen a mermar su bienestar y calidad de vida.

Los síntomas de la migraña, caracterizados por un dolor continuo o frecuente de intensidad elevada,

suponen un gran impacto holístico en las actividades y rutinas diarias del paciente, afectando en la esfera personal, familiar, profesional y social. De forma complementaria, es habitual la aparición de comorbilidades, entre las que destacan los **trastornos de salud mental** como depresión o ansiedad<sup>16</sup>.

## II. IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO DE LA MIGRAÑA

En este apartado se presentan los datos principales sobre el impacto de la migraña en la población, con el propósito de cuantificar su **alcance en los ciudadanos y en los sistemas de salud**.

Aunque la información que se muestra permite entender el impacto sociosanitario y económico de esta enfermedad, los datos provienen mayoritariamente de estudios realizados hace algunos años, lo que destaca la necesidad de actualizar la información existente para mejorar el conocimiento de la patología y optimizar su abordaje.

Con el objetivo de renovar y analizar la situación actual de la migraña en España, se ha desarrollado el barómetro que se expone en este documento, si bien resulta de interés revisar primero la información disponible hasta la fecha, para contextualizar la importancia y las repercusiones de la migraña en la sociedad.

### 2.1. Impacto social en la salud pública

La migraña presenta un alcance significativo en la sociedad española, estimándose más de **cinco millones de afectados** a nivel nacional, de acuerdo con

datos de 2019 de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Esta cuantía se corresponde con una **prevalencia del 12-13%** en la población de nuestro país, cifra algo inferior a la prevalencia media en la Unión Europea (15%)<sup>17,18,19</sup>.

El infradiagnóstico es considerado una de las principales barreras para el abordaje de la migraña, habiendo en España un **40% de casos no diagnosticados**, lo que puede suponer un empeoramiento en el estado del paciente y acelerar la progresión de la enfermedad<sup>20</sup>.

En España se calcula que cerca de **un millón y medio de personas** padecen de **migraña crónica** (30% de los afectados totales), con las implicaciones que esta supone en la calidad de vida y el desarrollo de las actividades y rutinas. Esta cifra, además, se encuentra inmersa en una tendencia creciente, ya que hasta el 3% de los pacientes con migraña episódica sufren una cronificación de su enfermedad de forma anual<sup>21</sup>.

La migraña supone un problema de salud prioritario en la **población femenina**, siendo diagnosticados en mujeres cerca del 80% de los casos, así como en la **población de mediana edad y adultos jóvenes** (menores de 50 años), grupo etario donde se concentran

16. MigraineBuddy, 2024. *El Impacto de la Migraña en la Salud Mental: Depresión, Ansiedad y Más*.

17. Sociedad Española de Neurología, 2019. *Día Internacional de Acción contra la Migraña 2019*.

18. Sotovner L. et al., 2007. *The Global Burden of Headache: A Documentation of Headache Prevalence and Disability Worldwide*. *Cephalgia*. doi: 10.1111/j.1468-2982.2007.0128.

19. Stovner L. et al., 2018. *Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*. *The Lancet Neurology*. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30322-3.

20. Radio Televisión Española, 2023. *Más de 5 millones de españoles padecen migraña, aunque un 40% de los casos está sin diagnosticar*.

21. Sociedad Española de Neurología, 2023. *Día Mundial del Cerebro 2023*.

los casos de la enfermedad y en el que la migraña supone la primera causa de discapacidad, por lo que se antoja clave impulsar iniciativas que permitan prevenir la enfermedad y brindar protección a estos colectivos de riesgo<sup>17,22</sup>.

La migraña es una enfermedad altamente debilitante que afecta considerablemente a la sociedad a nivel global, posicionándose como el sexto trastorno más prevalente y la segunda **causa de discapacidad** en el mundo<sup>23,24</sup>. En España más del 50% de las personas con migraña presentan un **grado de discapacidad grave o muy grave**<sup>21</sup>. Adicionalmente, la migraña se relaciona con una mayor susceptibilidad a enfermedades cardiovasculares graves, lo que incrementa el **riesgo de mortalidad** en los pacientes que sufren de migraña crónica<sup>25</sup>.

El desconocimiento sobre la enfermedad y el elevado volumen de infradiagnóstico contribuyen al retraso en la identificación y tratamiento de la migraña, agravando sus efectos en la calidad de vida de la sociedad y afectando a la economía del país<sup>26</sup>.

## 2.2. Impacto económico en el sistema sanitario

De forma complementaria al impacto sobre los pacientes, la migraña genera un gasto anual estimado al sistema sanitario en España de 5.000 euros por cada paciente de migraña episódica y 13.000 euros por cada paciente de migraña crónica, lo que supondría un total de **22.000 millones de euros** de gasto sanitario cada año. Este cálculo es suponiendo tres millones de pacientes diagnosticados y dos millones sin diagnosticar, de acuerdo con el 40% de infradiagnóstico, aunque la trazabilidad del gasto es difícil de calcular<sup>22</sup>.

Si bien otros estudios más recientes cuantifican un gasto menor, próximo a los **10.400 millones de euros** al año, es evidente que la enfermedad supone un reto destacado para la gestión sanitaria y las finanzas públicas<sup>27</sup>.

Los **costes directos** de la migraña, que ascienden al 30% del gasto total, se corresponden con la provisión sanitaria al paciente, que engloba todos aquellos recursos utilizados en el proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento. No obstante, la mayor parte del gasto procede de **costes indirectos**, 70% del total, derivados de la pérdida de productividad laboral en el paciente y su entorno<sup>26,28,29</sup>.

Los datos presentados revelan una **carga considerable de recursos** para el sistema sanitario, lo que impactará en su capacidad para proporcionar atención adecuada a los pacientes con migraña y puede dificultar, de forma secundaria, el manejo de otras enfermedades. Cabe destacar que, en caso de reducirse de forma efectiva el infradiagnóstico en los próximos años, se disparará el número de pacientes de migraña, poniendo en jaque la capacidad asistencial de los sistemas de salud en nuestro país.

Ante este panorama, es crucial establecer líneas de acción que optimicen los protocolos de atención médica, siendo clave encontrar formas de responder de manera eficiente a las **crecientes necesidades sanitarias** de los pacientes con migraña y de la población en general. Esta transformación se fundamenta en la mejora en la **gestión de recursos**, la promoción de la **prevención** y el **diagnóstico** temprano y el **acceso equitativo** a los servicios de atención médica especializada.

22. Dolor.com, 2023. *Datos de la migraña en España*.

23. Martelletti P. et al., 2013. *The Global Burden of Disease survey 2010, Lifting The Burden and thinking outside-the-box on headache disorders. The journal of headache and pain*. doi: 10.1186/1129-2377-14-13.

24. Asociación Española de Migraña y Cefalea. 2018. *Impacto y situación de la migraña en España. Atlas 2018*.

25. Gudmundsson L. et al., 2010. *Vinculada la migraña con aura a una mayor mortalidad por accidente cerebrovascular y enfermedad cardíaca. British Medical Journal*. doi: 10.1136/bmj.c3966.

26. Asociación Española de Migraña y Cefalea. 2018. *Atlas de la migraña en España 2018*.

27. Fernández-Ferro J. et al., 2022. *The economic burden of migraine in Spain: a nationwide cost-of-illness approach from the year 2020 European Health Survey in Spain. ISPOR Europe 2022*.

28. Dolor.com. *Actualización en el abordaje de cefaleas*.

29. Sociedad Española de Neurología, 2020. *Manual de Práctica Clínica en Cefaleas*.

### III. PRINCIPALES AGENTES EN EL ÁMBITO DE LA MIGRAÑA

Desde la publicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) en 2019, el dolor crónico se reconoce como una enfermedad, lo que ha supuesto un impulso en su estudio e investigación, favoreciendo una mayor **comprensión de las patologías asociadas** y facilitando la implementación de nuevas acciones políticas y sanitarias<sup>30</sup>.

En este sentido, es importante destacar el papel de diversas entidades a nivel nacional que, aunque no están especializadas en el ámbito del dolor, han sido parte de **iniciativas en el ámbito de la migraña** desde una perspectiva asistencial y divulgativa.

- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) (1955).
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen) (1973).
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFC) (1982).
- Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) (1987).
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) (1988).
- Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC) (2000).
- Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) (2002).

De forma más específica, existen agentes a nivel nacional que centran sus líneas de trabajo en las enfermedades neurológicas y la migraña, posicionándose

como grandes sociedades científicas y asociaciones de impacto para los pacientes de migraña.

La **Sociedad Española de Neurología (SEN)**, fundada en 1949, es una sociedad científica constituida por neurólogos y otros profesionales sanitarios a nivel nacional interesados en la neurología, con el objetivo de promover y fomentar el avance de la neurología por medio de la cooperación asistencial, la interlocución institucional y el fomento de la ciencia y la divulgación<sup>31</sup>.

Para coordinar las actuaciones en el ámbito de las cefaleas y la migraña, la sociedad constituyó el **Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (GECSEN)**, unidad especializada dedicada a la investigación, asistencia y docencia en el ámbito de las cefaleas. La misión de este grupo es mejorar la asistencia de los pacientes con cefaleas, a través de la educación y el conocimiento de los profesionales<sup>32</sup>.

El trabajo desarrollado por la sociedad, canalizado a través de este grupo de estudio, ha permitido la puesta en marcha de iniciativas de impacto como la definición y acreditación de las **Unidades de Cefalea (UC)** en España, estructuras integradas en los servicios de Neurología de los hospitales con especialización en el manejo de los pacientes con cefalea, así como desarrollan actividades de investigación y formación en este campo, contando con recursos humanos y materiales adecuados para desempeñar estas funciones<sup>33</sup>.

Estas unidades han sido concebidas como un modelo asistencial optimizado para reducir los tiempos de diagnóstico, facilitar el acceso a tratamientos adecuados y mejorar la atención especializada e integral

30. Margarit C., 2019. *La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. Revista de la Sociedad Española de Dolor.* doi: 10.20986/resed.2019.3752/2019.

31. Sociedad Española de Neurología. *¿Qué es la SEN?*

32. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. *Misión y visión del GECSEN.*

33. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. *Manual de Criterios de Acreditación - Unidades de Cefaleas.*

para pacientes con migraña. En la actualidad hay **40 hospitales con Unidades de Cefalea acreditados** a nivel nacional, presentes en doce Comunidades Autónomas. Uno de los ejes de trabajo futuros del Grupo de Estudio de Cefaleas será potenciar la coordinación regional y expandir la red de unidades, para poder dar respuesta al impacto creciente de la migraña en todos los territorios<sup>34</sup>.

Adicionalmente, el grupo ha desarrollado una serie de **guías clínicas** de interés con el propósito de mejorar el conocimiento sobre la migraña entre los médicos de Atención Primaria y urgencias y asistir en la toma de decisiones para el manejo de los pacientes.

La Sociedad Española de Neurología, como referente nacional en enfermedades neurológicas, es miembro de sociedades científicas internacionales, siendo el representante español de la **Academia Europea de Neurología (European Academy of Neurology; EAN)**<sup>35</sup> y la **Federación Mundial de Neurología (World Federation of Neurology; WFN)**<sup>36</sup>.

La **Sociedad Española de Enfermería Neurológica (SEDENE)**, fundada en 1993, agrupa a profesionales de enfermería especializados en cuidados neurológicos, que tiene como objetivo promover el crecimiento científico y profesional de los profesionales de enfermería, por medio de foros y actividades de discusión y difusión de conocimientos<sup>37</sup>.

Una de las líneas de actuación de la sociedad en el ámbito de las cefaleas es la conformación del **Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica (GECSEDENE)**, centrado en definir los estándares de calidad en los cuidados de enfermería y potenciar la formación y capacitación de los profesionales implicados<sup>38</sup>.

En la vertiente de los pacientes, la **Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE)**, fundada en 2005, tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas que padecen migraña y otras cefaleas, fomentando una comunicación efectiva para los afectados y sus familiares y para la comunidad científica<sup>39,40</sup>.

El papel de esta asociación es clave en la concienciación social e institucional, siendo numerosas las iniciativas divulgativas que han sido desarrolladas, destacando especialmente la campaña anual de comunicación por el **Día Internacional de Acción contra la Migraña**, que se celebra el 12 de septiembre<sup>41</sup>.

De forma complementaria, la asociación ha liderado la puesta en marcha y publicación del **“Atlas de impacto y situación de la migraña en España”**, lanzado en 2018 con la colaboración de las instituciones sanitarias y la industria farmacéutica, con el objetivo de presentar la situación de las personas con migraña en España desde la perspectiva del paciente, sus familiares y el personal médico, presentando las repercusiones de la enfermedad y las limitaciones asociadas a la misma<sup>24</sup>.

En este mismo sentido, la asociación participó junto a otras asociaciones de pacientes y sociedad científicas en el desarrollo del **“Libro Blanco de la migraña en España”**, publicado en 2021 para dar a conocer la situación actual de la migraña a nivel nacional desde diferentes enfoques y poner de manifiesto las necesidades y oportunidades de mejora existentes en el cuidado del paciente y el manejo de la patología<sup>42</sup>.

Todo este trabajo posiciona a la asociación como puntera a nivel nacional en el ámbito de la migraña y las cefaleas, siendo miembro de la **Plataforma de**

34. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. *Mapa de Unidades de Cefalea en España*.

35. Academia Europea de Neurología. *Who We Are*.

36. Federación Mundial de Neurología. *Overview of WFN Organization*.

37. Sociedad Española de Enfermería Neurológica. *Misión, visión y valores*.

38. Sociedad Española de Enfermería Neurológica. *Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEDENE*.

39. Asociación Española de Migraña y Cefalea. *Misión, visión, valores*.

40. Asociación Española de Migraña y Cefalea, 2023. *Memoria anual 2022*.

41. Servicio de Salud de Castilla y León, 2022. *Día Internacional de Acción contra la Migraña*.

42. Asociación Española de Migraña y Cefalea, 2021. *Libro blanco de la migraña en España*.

**Organizaciones de Pacientes (POP)**<sup>43</sup> y de organizaciones internacionales como la **Alianza Europea de Migraña y Cefalea (European Migraine & Headache Alliance; EMHA)**<sup>44</sup>.

Todos los agentes mencionados en este apartado han contribuido a la mejora asistencial y la gestión

institucional de la migraña en España, favoreciendo el impulso de iniciativas y la consecución de hitos que han redundado en favor de los pacientes en nuestro país.

## IV. PROYECTOS Y ESTRATEGIAS RELACIONADOS CON EL ABORDAJE DE LA MIGRAÑA

En España el papel divulgativo y formativo de las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes ha sido crucial para el **reconocimiento y la visibilidad de la migraña a nivel institucional**. Como resultado, los organismos sanitarios de nuestro país han implementado planes que han contribuido a establecer un marco regulatorio para el abordaje de la migraña en los sistemas de salud, principalmente a nivel regional.

Si bien a día de hoy **no existe en España una estrategia de referencia a nivel nacional** que permita abordar la enfermedad de una forma holística, el desarrollo de un **“Plan Estratégico Nacional de Migraña”** es uno de los principales compromisos del Ministerio de Sanidad en el ámbito de esta patología, con el fin de responder a la elevada prevalencia de la enfermedad y la carga social y económica que supone, por medio de la calidad en la atención médica y la coordinación de las actuaciones autonómicas<sup>45,46</sup>.

A pesar de no haberse desarrollado hasta el momento esta estrategia nacional de migraña, las instituciones sanitarias de algunas Comunidades Autónomas han incorporado las cefaleas como un tema prioritario en sus planes sanitarios.

### Andalucía

En el año 2002 la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía publicó el **“Proceso Asistencial Integrado Cefaleas”**<sup>47</sup>, orientado a estandarizar los cuidados a los pacientes de cefaleas, dotando a la Enfermería de un papel central en la coordinación asistencial.

En el año 2023 la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía ha publicado el **“Plan Integral de Cefaleas de Andalucía”**, enfocado principalmente en las cefaleas primarias como la migraña y que tiene como meta reducir la carga de estas enfermedades en la población y mejorar la calidad de vida de quienes las padecen, por medio de la promoción de estilos de vida saludables, la atención integral y continuada, la participación de los pacientes y la mejora continua de la formación e investigación<sup>48</sup>.

### Aragón

En el año 2016 el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS), en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, publicó el **“Protocolo para el manejo del paciente con migraña crónica”**, documento enfocado a profesionales sanitarios para el tratamiento de la migraña crónica

43. Plataforma de Organizaciones de Pacientes. *Quiénes somos*.

44. Alianza Europea de Migraña y Cefalea. *We are an Alliance*.

45. Ministerio de Sanidad, 2023. *Miñones anuncia el compromiso del Ministerio de Sanidad para impulsar un Plan Estratégico Nacional de la Migraña*.

46. Asociación Española de Migraña y Cefalea, 2023. *El Ministerio de Sanidad anuncia el compromiso de impulsar un Plan Estratégico Nacional de la Migraña*.

47. Consejería de Salud de Andalucía, 2002. *Proceso Asistencial Integrado Cefaleas*.

48. Consejería de Salud y Consumo de Andalucía, 2023. *Plan Integral de Cefaleas de Andalucía*.

en la población adulta.

Este plan pone el foco en la derivación a consultas externas de neurología y la modernización de los procedimientos de manejo terapéutico de los pacientes en Atención Primaria y Especializada, con el fin de identificar a las personas con migraña crónica que aún no han sido diagnosticadas y ofrecer una asistencia de calidad<sup>49</sup>.

### Canarias

En el año 2015 el Servicio Canario de la Salud puso en marcha el documento **“Cefaleas. Guía para el diagnóstico y el tratamiento”**<sup>50</sup>, que recoge las buenas prácticas de actuación para el abordaje de la migraña, entre otras cefaleas, con el fin de optimizar la asistencia brindada en los hospitales de la región y formar a los profesionales.

### Cantabria

En el “Plan de Salud de Cantabria 2014-2019” la línea estratégica de “Enfermedades crónicas y cronicidad” aborda las enfermedades crónicas, incluyendo las cefaleas y planteando objetivos específicos de formación del personal sanitario, establecimiento de criterios de derivación, mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Neurología y colaboración del sistema sanitario con los servicios de salud men-

tal y apoyo social y las asociaciones de pacientes<sup>51</sup>.

### Cataluña

En el **“Plan de Salud de Cataluña 2016-2020”** la línea estratégica de “personas, salud y sistema sanitario” incluye como una de sus actividades iniciales la elaboración de guías y material educativo en el ámbito de la migraña crónica, que han impulsado la divulgación científica y la capacitación de los profesionales en el diagnóstico temprano<sup>52</sup>.

### Región de Murcia

En el año 2017 la Consejería de Salud de Murcia y el Servicio Murciano de Salud publicaron el **“Proceso de actuación ante un paciente con cefalea”**, que ha permitido consensuar la atención del paciente con cefalea y garantizar la calidad y la coordinación asistencial a todos los niveles<sup>53</sup>.

Los mencionados planes, centrados en la protocolización asistencial y la mejora terapéutica, reflejan el interés de los organismos sanitarios por abordar la migraña como un **problema relevante de salud pública** y plantean la necesidad de seguir avanzando en el **desarrollo de un Plan Estratégico Nacional de Migraña** que vertebrase las líneas de actuación y coordine las diferentes iniciativas con impacto regional existentes.

49. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2016. *Protocolo para el manejo del paciente con migraña crónica*.

50. Servicio Canario de la Salud, 2015. *Cefaleas. Guía para el diagnóstico y el tratamiento*.

51. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria, 2013. *Plan de Salud de Cantabria 2014-2019*.

52. Departamento de Salud de Cataluña, 2016. *Pla de Salut de Catalunya 2016-2020*.

53. Consejería de Salud de Murcia y Servicio Murciano de Salud, 2017. *Proceso de actuación ante un paciente con cefalea*.

# Barómetro

DE LA MIGRAÑA EN ESPAÑA

## I. OBJETIVOS

Considerando el significativo impacto del dolor crónico en la sociedad, la Fundación Grünenthal, en colaboración con el Observatorio del Dolor de la Universidad de Cádiz, inició la investigación que conforma el presente documento.

Esta investigación se centra en dos **objetivos** principales, los cuales se detallan a continuación:



**Conocer y describir las características epidemiológicas** y de atención sanitaria de los ciudadanos adultos que sufren de dolor crónico asociado a migraña en España.



**Conocer las características y consecuencias del dolor crónico** sobre la salud y calidad de vida de los pacientes con dolor crónico y migraña.

## II. METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo mediante la realización de **encuestas a la población española en el año 2022**, con el objetivo de cuantificar el alcance del dolor crónico en España y las patologías asociadas a esta condición, con miras a proponer soluciones a los principales desafíos que plantea.

Los resultados que se presentarán en las secciones siguientes corresponden a **pacientes que padecen dolor crónico y, además, sufren de migraña como patología asociada**. Por lo tanto, para interpretar adecuadamente los resultados, es fundamental entender que los datos analizados provienen de individuos con dolor crónico y comorbilidad de migraña.

### Ámbito del estudio

Nacional (España).

### Diseño del estudio

Estudio observacional descriptivo transversal.

### Población de estudio

Individuos de 18 a 85 años residentes en España.

### Criterios de inclusión y exclusión

Los individuos seleccionados para las encuestas fueron sujetos listados en el **panel de Cint**, líder mundial en software para la recopilación de información digital<sup>54</sup>.

54. Cint. *Market Research and Insights*.

Esta plataforma, enfocada a fines exclusivamente relacionados con las investigaciones de mercado, permite el acceso a paneles de participantes que cumplen con los requisitos de la Sociedad Europea de Opinión e Investigación de Mercados (*European Society for Opinion and Marketing Research*, ESOMAR) y la Organización Internacional de Normalización (*International Organization for Standardization*, ISO).

El acceso a los sujetos que participaron en la encuesta de este proyecto se llevó a cabo de manera aleatoria a través de una plataforma propia de Access, garantizando la **anonimidad** y sin tener acceso a información personal de los individuos, tan sólo **información sociodemográfica de la población a nivel agregado**.

### Muestra

Para este proyecto se llevaron a cabo **7.058 entrevistas** a población española, muestreada según cuotas de **sexo, edad y Comunidad Autónoma** de residencia.

- 6.394 encuestas se realizaron mediante una entrevista online asistida por ordenador (*Computer-Assisted Web Interviewing*, CAWI) a **individuos de 18 a 75 años**.
- 664 encuestas se realizaron mediante una entrevista telefónica asistida por ordenador (*Computer-Assisted Telephone Interviewing*, CATI) a **individuos de 76 a 85 años**.

La distribución de los participantes entre los segmentos online y telefónico se hizo con el objetivo de favorecer el adecuado desarrollo de las encuestas. La población mayor de 76 años, menos familiarizada con los medios digitales e Internet, completó la encuesta a través de una llamada telefónica con un entrevistador, mientras que la población menor de 75 realizó las encuestas a través de un enlace a un cuestionario online.

Con un tamaño de 7.058 entrevistas, el **error muestral** queda fijado en **± 1,2%**, para **datos globales**,  $p=q=0,5$ , con un **nivel de confianza del 95%**.

Para la muestra realizada mediante CAWI (6.394 entrevistas), el error es de **± 1,2%**, y para la muestra realizada mediante CATI (664 entrevistas), el error es de **± 3,9%**.

El tamaño de la muestra presentada en este informe se corresponde con el que se utilizó originalmente para calcular la prevalencia de dolor crónico en el informe “Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional” y sus posteriores ediciones regionales. Este nuevo cálculo de la prevalencia de migraña y dolor crónico, que se presenta en este documento, es un subanálisis de la muestra original.

La distribución muestral es proporcional al tamaño de la población española por sexo, edad y Comunidad Autónoma de residencia (**Anexo 1. Tabla A1 - 1 y Tabla A1 - 2**).

### Instrumentos y variables

Se utilizó una encuesta para recoger la siguiente información: datos sociodemográficos, uso del sistema sanitario, estado de salud, presencia y características del dolor (continuo y crónico), consecuencias del dolor crónico y uso del sistema sanitario a causa del dolor.

Para el análisis llevado a cabo se diferenciaron tres grupos en la población encuestada: individuos sin dolor, individuos con dolor continuo e individuos con dolor crónico.

- **Definición de dolor continuo (no crónico):** se considera que una persona tiene dolor continuo no crónico si lo sufre al menos 4 o 5 días a la semana, pero desde hace menos de 3 meses.

- **Definición de dolor crónico:** se considera que una persona tiene dolor crónico si sufre dolor al menos 4 o 5 días a la semana y dicho dolor tiene lugar desde hace al menos 3 meses.

Para cuantificar el estado de salud de los encuestados, se utilizaron las siguientes escalas:

- **Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 (SF-12v2) de Calidad de Vida Relacionada con la Salud.**

Es un cuestionario que permite analizar la **salud física (Physical Component Score, PCS) y la salud mental (Mental Component Score, MCS)** en ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Cada dimensión se puntúa del 0 al 100, siendo los valores más altos representación de un mejor estado de salud<sup>55,56</sup>.

- **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).**

Esta escala se utiliza para abordar los trastornos del humor (ansiedad y depresión) por medio de dos subescalas (ansiedad y depresión). Cada escala toma valores entre 0 y 21, donde mayores puntuaciones indican mayores niveles de ansiedad o depresión. Puntuaciones por encima de 10 indican presencia de ansiedad o depresión, y entre 8 y 10 se considera con indicios dudosos de ansiedad o depresión<sup>57,58,59</sup>.

- **Cuestionario Duke de Apoyo Social percibido.**

Este cuestionario se compone de dos subescalas: **apoyo social** confidencial (posibilidad de comunicarse con otras personas) y apoyo social afectivo (muestras de afecto y empatía recibidas). Las puntuaciones se establecen entre 11 y 55, siendo las mayores puntuaciones consecuencia de un mayor apoyo social percibido. Puntuaciones inferiores a 32 se consideran indicadoras de bajo apoyo social percibido<sup>60</sup>.

### Procedimiento de recogida de datos

La recogida tuvo lugar entre el 13 y el 20 de **junio de 2022** a través del panel de la empresa Cint. El acceso a la información se ha realizado por el **sistema CATI** y el **sistema CAWI**.

### Análisis estadístico

Se llevó a cabo un **análisis descriptivo** de los datos, mostrando la distribución de frecuencias absolutas y relativas (**porcentajes**) en el caso de las variables cualitativas. Para las cuantitativas se muestran la **media con su desviación típica**. Se comprobó la normalidad en su distribución mediante **pruebas de Kolmogorov-Smirnov**.

Se determinó la prevalencia de dolor continuo no crónico y dolor crónico mediante **estimación puntual** y por **intervalos de confianza al 95%**. La prevalencia se particularizó por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma.

55. Schmidt S. et al., 2012. *Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña*. Médica Clínica. doi: 10.1016/j.medcli.2011.10.024.

56. Monteagudo O. et al., 2009. *Valores de referencia de la población diabética para la versión española del SF-12v2*. Gaceta Sanitaria. doi: 10.1016/j.gaceta.2008.11.005.

57. Zigmond A. y Snaith R., 1983. *The hospital anxiety and depression scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

58. Selvarajah D. et al., 2014. *The contributors of emotional distress in painful diabetic neuropathy*. Diabetes and Vascular Disease Research. doi: 10.1177/1479164114522135.

59. Herrero M. et al., 2003. *A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population*. General Hospital Psychiatry. doi: 10.1016/s0163-8343(03)00043-4.

60. Bellón J. et al., 1996. *Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11*. Atención Primaria 1996 Sep 15;18(4):153-6, 158-63.

Para el fin de este informe, se estudió el subgrupo de individuos con migraña asociada al dolor dentro de los encuestados que padecen dolor crónico. Se realizó un análisis de los siguientes datos:

- Prevalencias de migraña en pacientes con dolor crónico.
- Prevalencias de dolor crónico y migraña en el total de encuestados procedentes de la población general .

- Características de la muestra de los encuestados con dolor crónico y migraña.
- Características del dolor de los encuestados con dolor crónico y migraña.
- Análisis de otras causas de dolor crónico presentes en los encuestados con dolor crónico y migraña.

### III. RESULTADOS

En este apartado se presentan los principales resultados del presente informe obtenidos a partir de las **7.058 encuestas** llevadas a cabo en este proyecto: 6.394 encuestas online CAWI a población entre 18 y 75 años y 664 encuestas telefónicas CATI a población de 76 años a 85 años.

La información completa acerca de los resultados obtenidos puede consultarse en el **Anexo 2. Resultados.**

#### 3.1. Prevalencia de migraña asociada a dolor crónico

En este bloque se presenta la **prevalencia de migraña en los pacientes con dolor crónico**, así como la **prevalencia de dolor crónico y migraña asociada**

**en la población general.** Estos valores han sido cuantificados por medio de las encuestas, poniendo el foco en el impacto de esta dolencia en la sociedad.

#### Prevalencia global

Tal como se ha mostrado en el Barómetro del dolor crónico a nivel nacional y en sus sucesivas ediciones regionales, la **migraña es una patología comúnmente asociada a los pacientes con dolor crónico**, siendo frecuentemente mencionada por los encuestados como una causa de su dolor.

La prevalencia de migraña en los **pacientes de dolor crónico** se sitúa en el **31,5%** (IC95%: 28,9-34,1%), siendo la prevalencia de migraña y dolor crónico en la **población general** del **8,1%** (IC95%: 7,5-8,8%) (Figura 2).

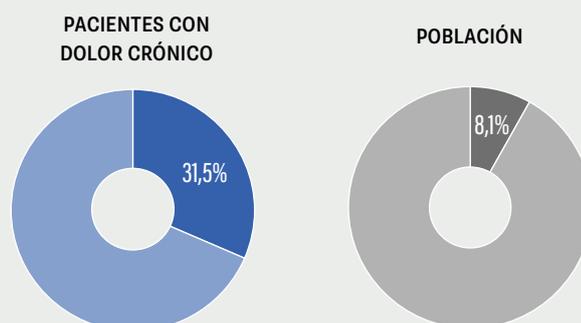


Figura 2. Prevalencia global de migraña y dolor crónico.

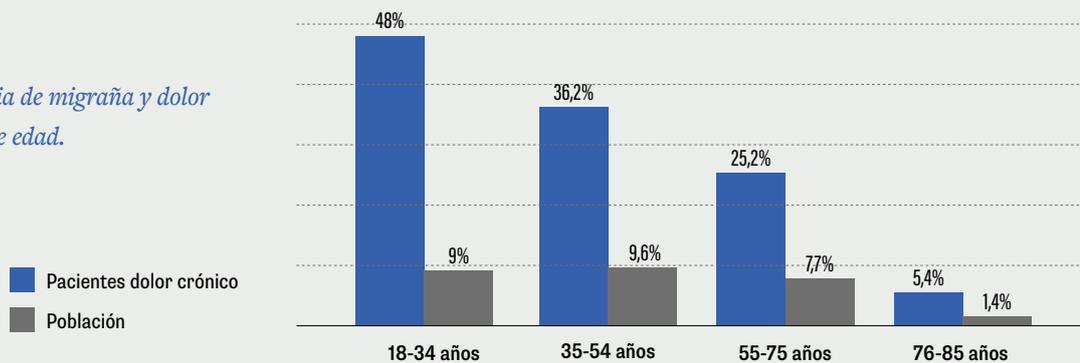
Es importante señalar que estos datos de prevalencia hacen referencia a la migraña asociada al dolor crónico, con el objetivo de incidir en el impacto que presentan estas patologías y la estrecha relación entre ambas.

De esta forma, el 31,5% hace referencia a la proporción de los pacientes con dolor crónico que identifican a la migraña como causa de su dolor. El 8,1% se refiere a la proporción de la población general que padece simultáneamente de dolor crónico y migraña

### Prevalencia por edad

La prevalencia de migraña en los individuos con dolor crónico alcanza su **máximo en el grupo entre 18 y 34 años**: 48% (IC95%: 40,5-56,5%), observándose la prevalencia más baja en el grupo entre 76 y 85 años: 5,4% (IC95%: 2,5-10,2%).

Figura 3. Prevalencia de migraña y dolor crónico por grupo de edad.



Tal y como se pudo analizar en el Barómetro del dolor a nivel nacional y los informes regionales, el dolor crónico es una enfermedad cuya prevalencia máxima se encuentra en los individuos entre 35 y 75 años y que afecta en menor medida a los adultos jóvenes, con una prevalencia mínima en los ciudadanos entre 18 y 34 años.

### Prevalencia por sexo

La migraña tiene una **frecuencia mayor en la población femenina con dolor crónico**, siendo su prevalencia: 37,1% en mujeres (IC95%: 33,8-41,3%) y 23% en hombres (IC95%: 19,7-26,7%).

(no exclusivamente migraña, que supondría una proporción mayor).

Adicionalmente, cabe recordar en relación a estos datos que la migraña presenta un elevado infradiagnóstico en nuestro país, que se ha estimado próximo al 40%, lo que dificulta la cuantificación precisa del alcance real de la enfermedad en la población española y pone de manifiesto la importancia de optimizar el diagnóstico<sup>20</sup>.

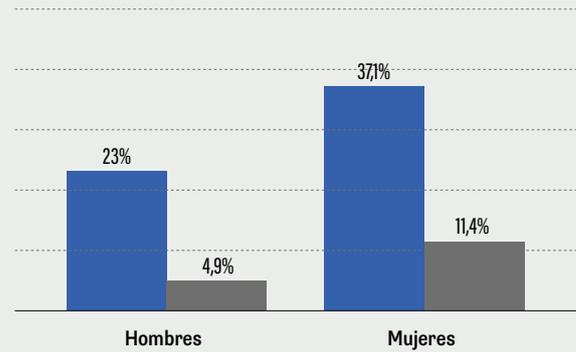
Esta distribución presenta diferencias con la distribución de prevalencias por edad de dolor crónico y migraña asociada en la población general. En este caso, la prevalencia de dolor crónico y migraña es máxima en los individuos entre 35 y 54 años: 9,6% (IC95%: 8,5-10,8%), siendo de nuevo el grupo entre 76 y 85 años el que muestra una menor prevalencia: 1,4% (IC95%: 0,6-2,6%) (Figura 3).

Esta prevalencia de dolor crónico en los pacientes entre 35 y 75 años, supone que, al cuantificarse la prevalencia de migraña en sujetos con dolor crónico y ser este más frecuente en este grupo de edad, la frecuencia de migraña asociada alcanza también un máximo.

La prevalencia por sexo de dolor crónico y migraña asociada es también superior en la población general femenina española: 11,4% en mujeres (IC95%: 10,3-12,6%) y 4,9% en hombres (IC95%: 4,2-5,7%) (Figura 4).

Figura 4. Prevalencia de migraña y dolor crónico por sexo.

■ Pacientes dolor crónico  
■ Población



### Prevalencia por Comunidad Autónoma

Para analizar de forma rigurosa la variación de la prevalencia de migraña y dolor crónico en las diferentes Comunidades Autónomas se llevó a cabo una corrección del valor de prevalencia bruta obtenido en las encuestas, para obtener la **prevalencia ajustada por edad** en cada región (Figura 5).

De acuerdo con estos datos ajustados, **Canarias** es la región a nivel nacional con una **mayor prevalencia** de migraña en los pacientes de dolor crónico (45,8%; IC95%: 31-60,5%), seguida por Cataluña (38,7%; IC95%: 31,8-45,7%) y País Vasco (37,4%; IC95%: 24,3-50,6%).

Aragón (18,5%; IC95%: 7,6-29,5%), Cantabria (19,5%; IC95%: 0,4-38,7%) y la Comunidad Foral de Navarra

(21%; IC95%: -2,8-44,8%) son las regiones con menor prevalencia de migraña en los pacientes con dolor crónico.

En lo que respecta a la prevalencia de dolor crónico y migraña asociada observado en la población general total, **Canarias** es, de nuevo, la Comunidad más afectada (12,9%; IC95%: 8-17,7%), seguida por Cataluña (10,3%; IC95%: 8,4-12,3%) y Extremadura (9,6%; IC95%: 4,7-14,5%).

Cantabria (3,7%; IC95%: -0,5-7,9%), La Rioja (3,7%; IC95%: -1,4-8,9%) y la Comunidad Foral de Navarra (4,2%; IC95%: 0,1-8,3%) son las autonomías que presentan una menor prevalencia de dolor crónico y migraña asociada en la población.

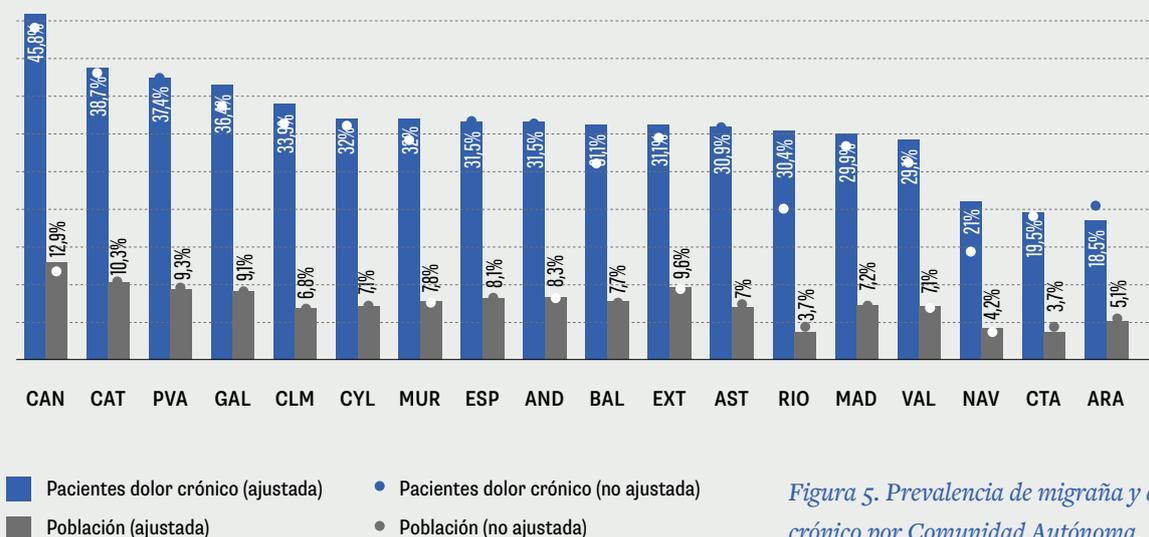


Figura 5. Prevalencia de migraña y dolor crónico por Comunidad Autónoma.

### 3.2. Características de la muestra de encuestados con dolor crónico y migraña

En este bloque se muestra el **perfil de los individuos encuestados que padecen dolor crónico y migraña asociada**, presentándose los principales aspectos sociodemográficos de la muestra (edad, sexo, Comunidad Autónoma de residencia, nivel de estudios y situación laboral), así como el uso que hacen del sistema sanitario los encuestados con migraña y su estado de salud.

#### Datos sociodemográficos

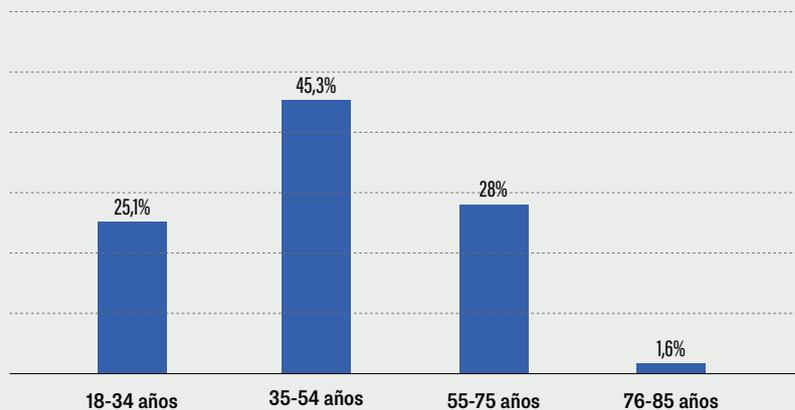
De los 7.058 ciudadanos mayores de edad que participaron en la encuesta nacional, 1.825 referían dolor crónico (25,9% del total), de los cuales 574 padecen de migraña asociada (8,1% del total y 31,5% de los encuestados con dolor crónico).

#### Edad

Los encuestados con dolor crónico y migraña asociada presentan una **edad media de 45,9 años** (desviación típica, DT=14,1) y una **edad mediana de 45,5 años** (rango intercuartílico, RI=22).

La frecuencia de ambos procesos era mayor en el grupo de edad **entre 35 y 54 años** (45,3%) (Figura 6).

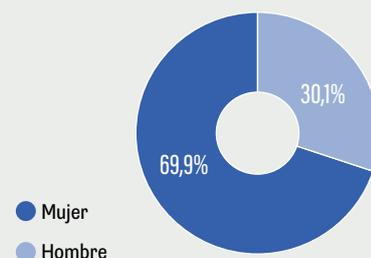
Figura 6. Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por grupo de edad.



#### Sexo

La muestra de encuestados con migraña y dolor crónico presenta una **clara predominancia del sexo femenino**, con un 69,9% de mujeres y un 30,1% de hombres (Figura 7).

Figura 7. Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por sexo.



## Comunidad Autónoma

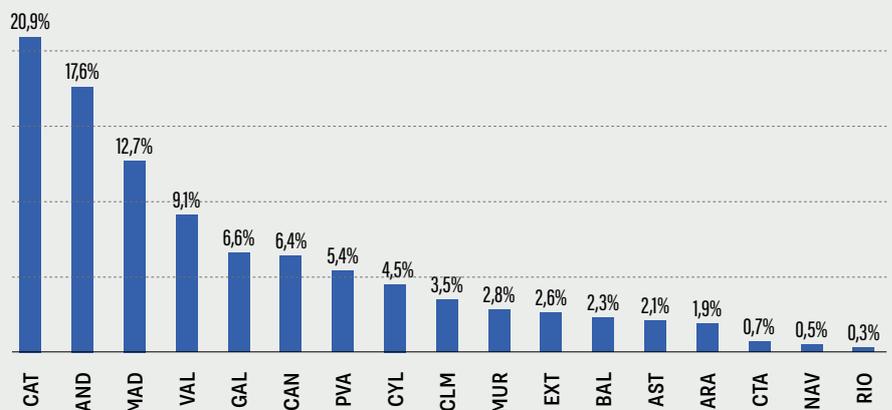
Cataluña es la Comunidad Autónoma con más residentes entre los encuestados con dolor crónico y migraña (20,9%), seguida por Andalucía (17,6%) y la Comunidad de Madrid (12,7%) (Figura 8).

La Rioja (0,3%), la Comunidad Foral de Navarra (0,5%) y Cantabria (0,7%) son las regiones que cuentan un menor número de personas con dolor crónico y migraña asociada.

Esta distribución de población con dolor crónico y migraña es similar a la distribución de la población española según su Comunidad Autónoma de residencia, si bien presenta algunas diferencias.

A nivel nacional, Andalucía es la región más poblada (17,9% de la población española mayor de edad) y La Rioja es el territorio con menos habitantes (0,7% de la población española mayor de edad).

Figura 8. Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por Comunidad Autónoma.



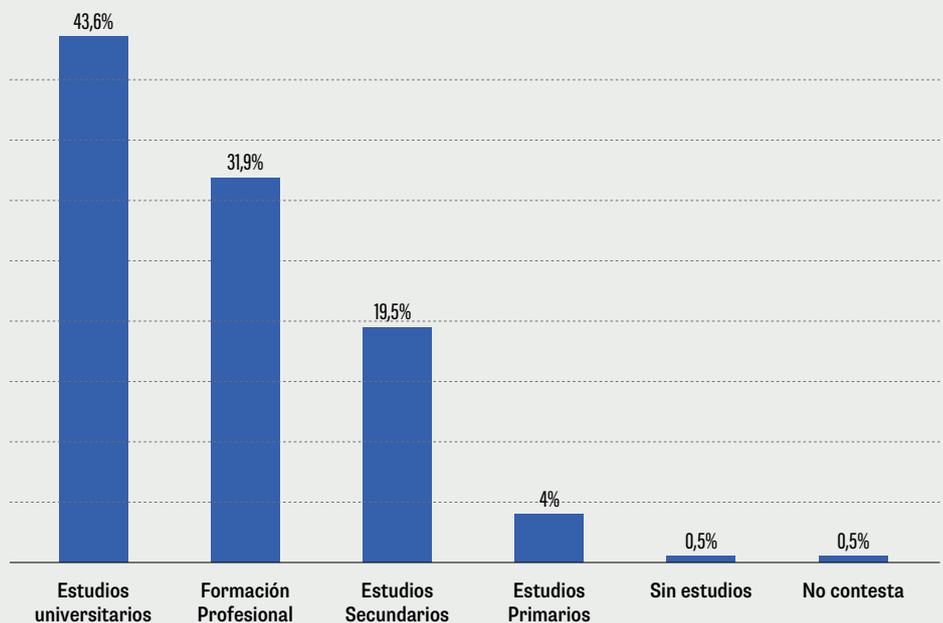
## Nivel de estudios

El 99% de los encuestados con dolor crónico y migraña manifestaron tener estudios, siendo el **nivel formativo más frecuente el universitario**, alcanza-

do por el 43,6% de los participantes (Figura 9).

Formación profesional (31,9%) y estudios secundarios (19,5%) constituyen los siguientes niveles formativos más habituales.

Figura 9. Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por nivel de estudios.



### Situación laboral

El 58,9% de los encuestados con dolor crónico y migraña se enmarcan en la población activa, ya que desempeñan un trabajo remunerado en la actualidad, siendo este grupo el que tiene una mayor presencia en la muestra. (Figura 10).

De forma complementaria, el 51,5% de esta población activa que sufre de dolor crónico y migraña asociada se encuentra en situación de baja laboral por cualquier causa (Figura 11).

Figura 10. Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por situación laboral.

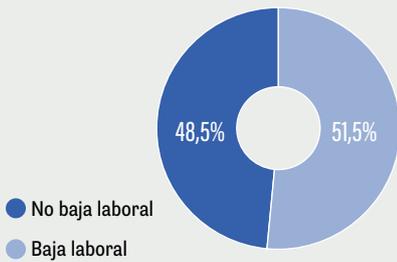
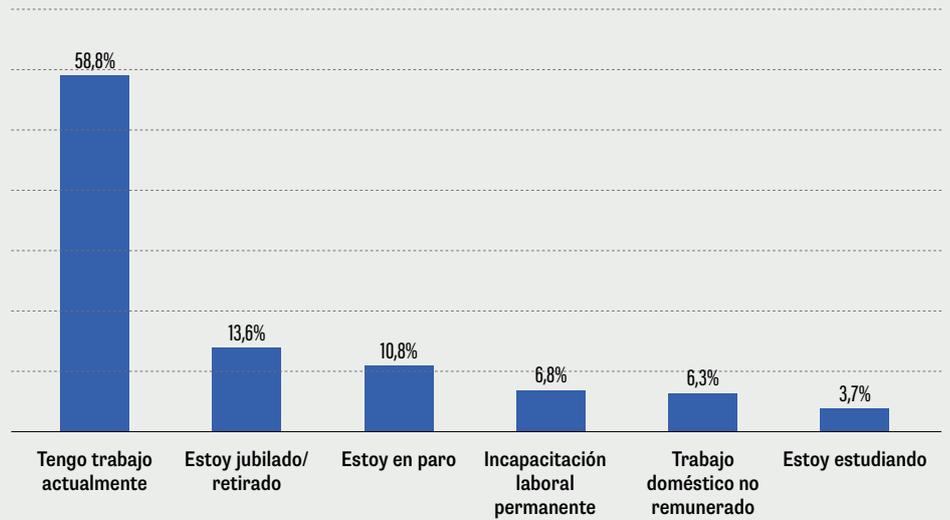


Figura 11. Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por baja laboral.

### Uso del sistema sanitario

El 65,7% de los encuestados con dolor crónico y migraña asociada ha hecho uso del **sistema sanitario** en el último mes, habiendo acudido a alguno de los niveles asistenciales en este periodo (Figura 12 y Figura 13).

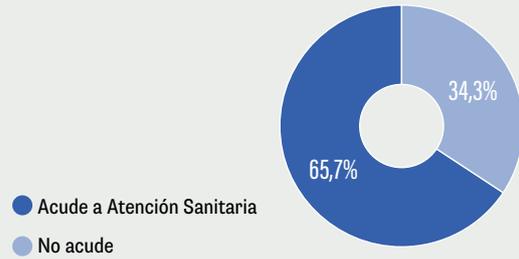


Figura 12. Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por uso del sistema sanitario.

**Atención Primaria** es el nivel asistencial con mayor uso por parte de los pacientes con dolor crónico y migraña, siendo utilizado en el último mes por el 90,2%.

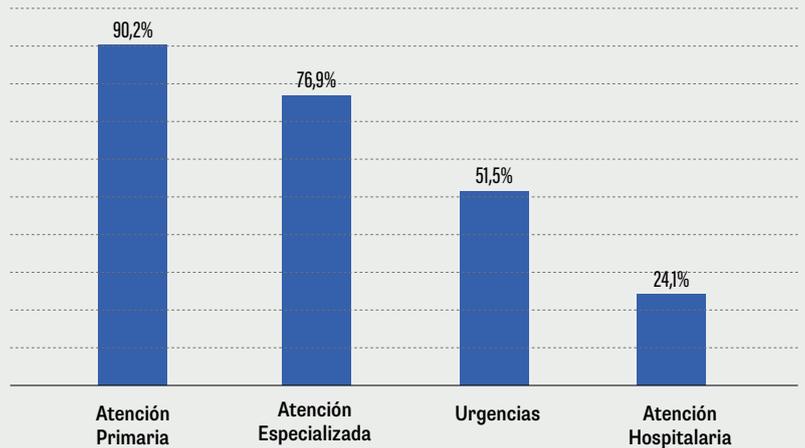


Figura 13. Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por niveles asistenciales utilizados.

### Estado de salud

#### Escalas

Para analizar el estado de salud de los encuestados con dolor crónico y migraña se utilizaron los cuestionarios SF-12v2, HADS y Duke, que permiten

cuantificar, respectivamente, la calidad de vida física y mental, la presencia de depresión y ansiedad y el apoyo social percibido. (Figura 14).

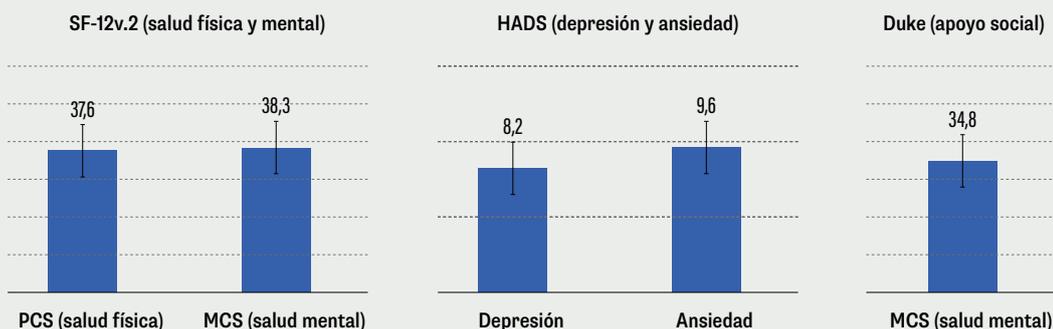


Figura 14. Estado de salud de los encuestados con migraña y dolor crónico.

## Salud física y mental

Los encuestados con dolor crónico y migraña presentaron una **calidad de vida física** media de 37,6 puntos (DT=10,7), analizada por medio de la escala PCS (Physical Component Score) del SF-12v2, y una calidad de vida física mediana de 38 puntos (RI=16,2).

La **calidad de vida mental** media de los encuestados con dolor crónico y migraña fue de 38,3 puntos (DT=10,5), analizada por medio de la escala MCS (Mental Component Score) del SF-12v2, y el valor mediano se situó en 37,9 puntos (RI=13,9).

Estos valores cuantificados son **inferiores al valor de referencia** de 50 puntos, tanto a nivel físico como a nivel mental, lo que muestra el alcance negativo del dolor crónico y la migraña sobre la calidad de vida de los pacientes.

## Depresión y ansiedad

Los encuestados con dolor crónico y migraña asociada presentaron una puntuación media de 8,2 puntos (DT=4,5) **en la escala de depresión**, con una puntuación mediana de 8 puntos (RI=6), y una puntuación media de 9,6 puntos (DT=4,3) **en la escala de ansiedad**, con una puntuación mediana de 9 puntos (RI=5).

Estos valores se sitúan por encima del umbral de 8 puntos, indicativo de caso dudoso de depresión o ansiedad, lo que refleja el impacto generado por el dolor crónico y la migraña sobre la salud mental de los pacientes.

Como ejemplo de ello, un 28,6% de los encuestados con dolor crónico y migraña presentaban depresión (fueron considerados como “caso” de acuerdo a la puntuación mayor de 10 puntos en el HADS) y un 26% se calificaron como “casos dudosos” (8-10 puntos) de la patología. De forma paralela, el 39% fueron considerados como “caso” de ansiedad y un 30,3% adicional fueron reconocidos como “casos dudosos” de este trastorno.

## Apoyo social

Para concluir esta parte del análisis, se observó una puntuación media de **apoyo social percibido** por los encuestados con dolor crónico y migraña de 34,8 puntos (DT=11,8), con una puntuación mediana de 35 puntos (RI=17), indicativas de un **adecuado apoyo** (superior a 32 puntos en la escala Duke). Sin embargo, y de acuerdo al punto de corte considerado en la escala, se observó que el 36,8% de los sujetos percibían un apoyo social “bajo”.

## Limitaciones en la vida diaria

Una vez analizado el estado de salud de los pacientes con dolor crónico y migraña que han participado en las encuestas, resulta interesante conocer las limitaciones que deben afrontar estos ciudadanos en el desarrollo de sus **actividades diarias** (Figura 15).

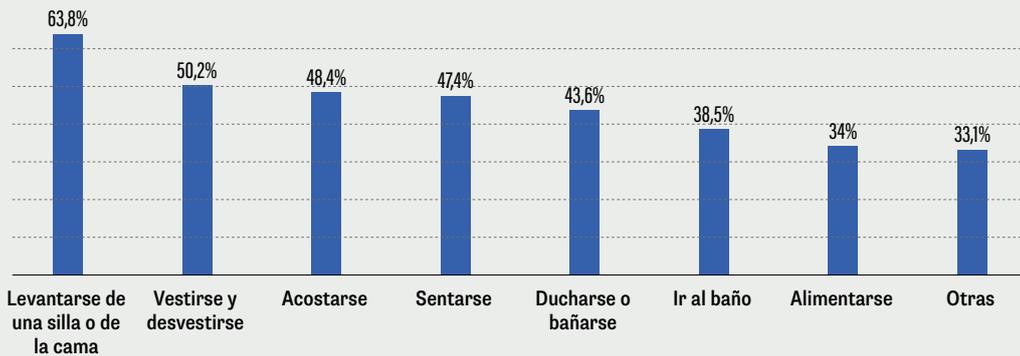


Figura 15. Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por limitaciones en la vida diaria.

La actividad para la que los pacientes con dolor crónico y migraña experimentan mayores limitaciones es **levantarse de una silla o de la cama**, que supone dificultades (alguna dificultad, mucha dificultad o imposibilidad de hacerlo por sí mismos) para el 63,8%.

En el extremo opuesto se sitúa la actividad de alimentarse, que genera dificultades en un 34% de los encuestados que sufren de dolor crónico y migraña.

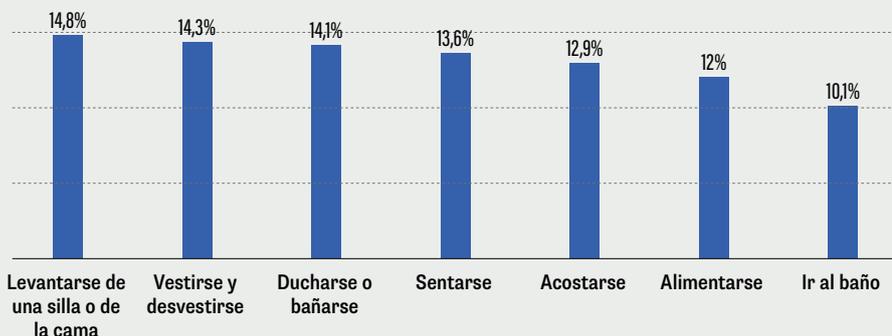


Figura 16. Distribución de los encuestados con migraña y dolor crónico por ayuda recibida para realizar actividades de la vida diaria.

En este sentido, **levantarse de una silla o de la cama** vuelve a ocupar la primera posición, contando con apoyo para realizarla un 14,8% de los encuestados que padecen de dolor crónico y migraña. Por el

Las limitaciones que los encuestados con dolor crónico y migraña asociada experimentan en su vida diaria suponen, habitualmente, la **necesidad de recibir ayuda familiar o social** para el adecuado desarrollo de sus actividades cotidianas (Figura 16).

contrario, únicamente un 10,1% de los pacientes reciben apoyo para ir al baño, siendo esta la actividad con menor nivel de apoyo.

### 3.3. Características del dolor de los encuestados con migraña y dolor crónico

En este bloque se analizan las principales **características del dolor** en los pacientes con dolor crónico y migraña (duración e intensidad, localización anatómica y relación con los trastornos del sueño), así como las consecuencias directamente atribuidas por los encuestados al dolor, en el desarrollo de las **actividades diarias** y la **utilización de los servicios sanitarios**.

#### Duración e intensidad del dolor crónico en los encuestados con dolor crónico y migraña

Los encuestados que padecen de dolor crónico y migraña conviven con el dolor crónico un **tiempo medio de 7,7 años** (DT=8,9). A su vez, el periodo mediano de duración de este dolor alcanza los 5 años (RI=8).

La **intensidad media** del dolor padecido por los pacientes con dolor crónico y migraña asociada se sitúa en los **7,2 puntos** (DT=1,6), siendo la intensidad mediana también de 7 puntos (RI=2).

Estos valores se sitúan en la frontera entre **dolor “moderado”** y **“mucho dolor”**, establecida en los 7 puntos, lo que pone de manifiesto la elevada magnitud del dolor crónico y la migraña asociada que sufren los pacientes.

Hasta un **62,5%** de los pacientes con dolor crónico y migraña presentan **“mucho” dolor** (puntuaciones situadas entre 7 y 9 puntos en la escala de intensidad) y un 26,7% adicional califican su dolor como “moderado” (puntuaciones entre 4 y 6 puntos). Cabe destacar que un 8,2% de los pacientes con pacientes con dolor crónico y migraña remiten un “dolor insoportable” (puntuación máxima de la escala) (Figura 17).

De forma complementaria, el 80% de los pacientes con dolor crónico y migraña presentan trastornos del sueño debidos a su dolor crónico, reflejo de la incomodidad causada por la patología y las dificultades que supone para desarrollar un ritmo de vida normal.

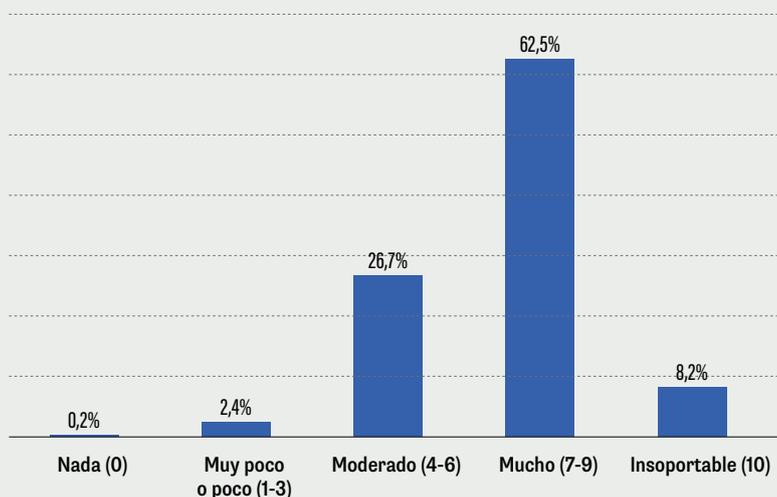


Figura 17. Intensidad del dolor crónico en los encuestados con migraña y dolor crónico.

### Localización anatómica del dolor crónico en los pacientes con migraña asociada

El dolor que sufren los pacientes con dolor crónico y migraña se localiza de forma predominante en la **cabeza** (24,9%), si bien el dolor generalizado (21,1%) y el dolor de espalda y extremidades y/o articulaciones (19% ambas) son también habituales (Figura 18).

Estas localizaciones anatómicas, especialmente la cabeza, se corresponden con regiones corporales en las que es habitual el dolor neuropático, característico de la migraña. La frecuencia en otras localizaciones podría explicarse por la comorbilidad de otros procesos dolorosos descritas por los encuestados como más abajo se describe.

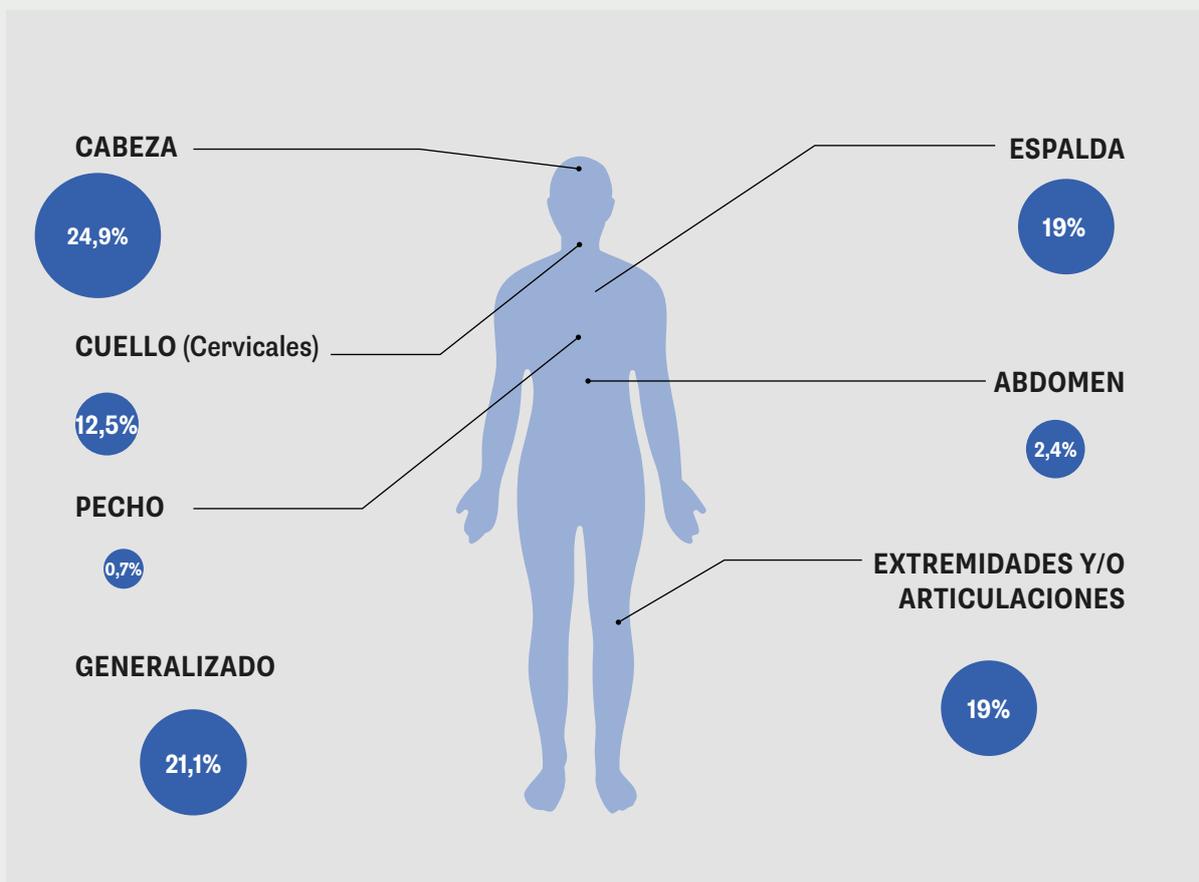


Figura 18. Localizaciones anatómicas del dolor crónico en los encuestados con migraña y dolor crónico.

### Consecuencias del dolor crónico y la migraña

Los pacientes con dolor crónico y migraña sufren de forma habitual limitaciones en el desarrollo de sus actividades habituales a causa de su dolor (Figura 19).

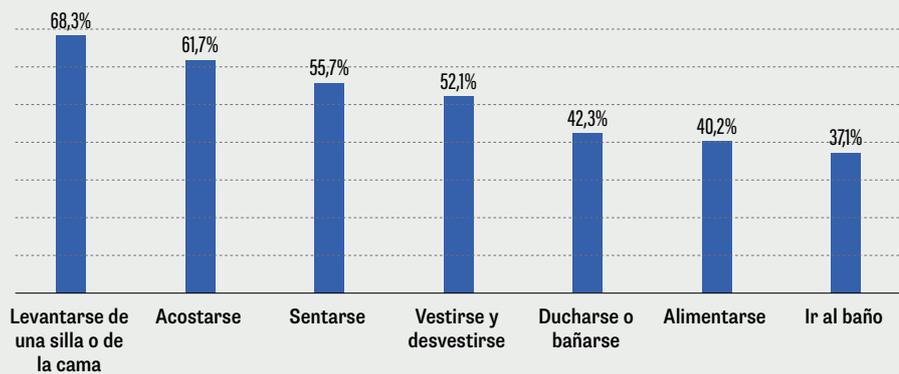


Figura 19. Actividades cotidianas limitadas en los encuestados con migraña y dolor crónico.

La actividad que se ve más afectada en los pacientes con dolor crónico y migraña es **levantarse de una silla o de la cama**, que genera limitaciones en el 68,3% de los individuos (supone “mucho” limitación o “algo” de limitación). Acostarse (61,7%), sentarse (55,7%) y vestirse y desvestirse (52,1%) se ven también limitadas en más de la mitad de los pacientes.

Las limitaciones que experimentan los pacientes con dolor crónico y migraña en las actividades cotidianas tienen un impacto asociado en el ámbito laboral, afectando al desempeño de las actividades profesionales, llegando a derivar en bajas laborales (Figura 20).

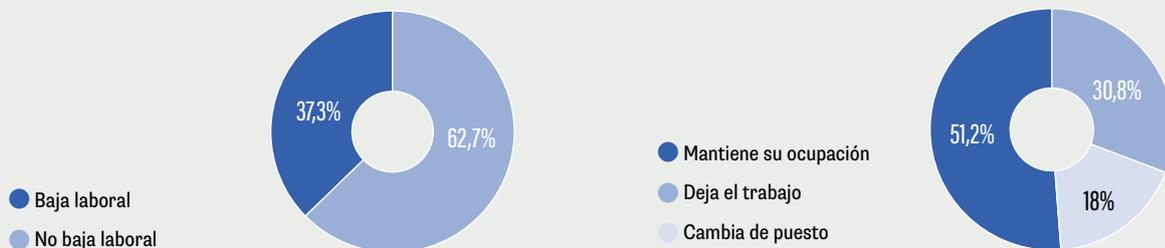


Figura 20. Situación de baja laboral en los encuestados con migraña y dolor crónico.

En el último año un **37,3%** de los pacientes con dolor crónico y migraña han estado en situación de baja laboral a causa del dolor. Es interesante señalar que este dato hace referencia a la población adulta total con dolor crónico y migraña a nivel nacional.

Sería interesante, de cara a estudios posteriores, analizar las causas de estas bajas laborales en los pacientes, con el fin de identificar cuál es el origen concreto de esta baja.

El **tiempo medio** de duración de las **bajas laborales** en los pacientes con dolor crónico y migraña se ha prolongado durante un periodo de **4,3 meses** en el último año (DT=4,3), con una duración mediana de 2,5 meses (RI=6).

Como consecuencia del impacto del dolor crónico y la migraña asociada en las actividades profesionales de los pacientes, hasta un 30,8% ha tenido que dejar su ocupación y un 18% adicional ha cambiado su puesto de trabajo.

### Uso del sistema sanitario a causa del dolor crónico en la migraña

Como se ha presentado a lo largo este análisis de resultados, el dolor que padecen los pacientes con dolor crónico y migraña presenta un claro impacto sobre su vida cotidiana y su bienestar. Es por ello que estos pacientes hacen un uso frecuente de los servicios sanitarios (Figura 21).

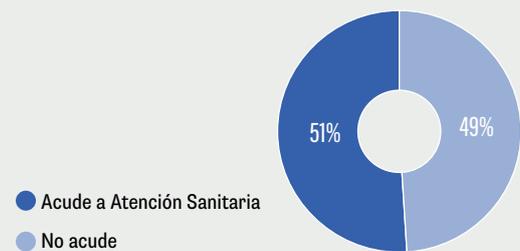


Figura 21. Uso del sistema sanitario en los encuestados con migraña y dolor crónico.

El 51% de los encuestados con dolor crónico y migraña ha hecho uso de los **servicios sanitarios** en el último mes a causa de su dolor, siendo **Atención**

**Primaria** el nivel asistencial de referencia, visitado por el 91,1% de los que acuden al sistema sanitario (Figura 22).

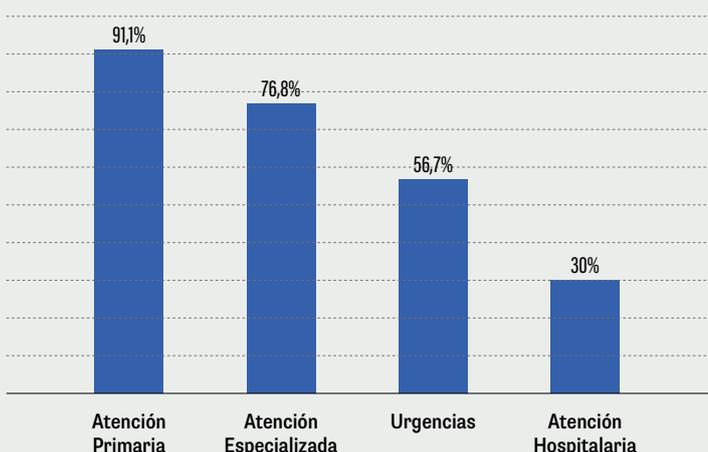


Figura 22. Niveles asistenciales utilizados por los encuestados con migraña y dolor crónico.

La **atención Especializada** constituye el segundo nivel asistencial más habitual, visitado por el 76,8% de los pacientes con dolor crónico y migraña

A su vez, dentro de los pacientes que utilizan Atención Especializada, cabe destacar la variedad de servicios que son visitados (Figura 23).

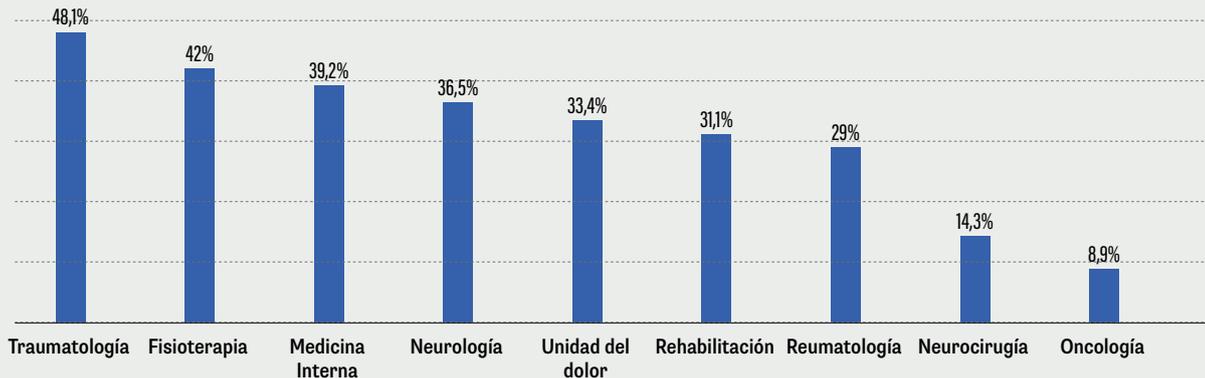


Figura 23. Uso de especialidades sanitarias por los encuestados con migraña y dolor crónico.

**Traumatología** constituye la especialidad con mayor uso entre los pacientes con dolor crónico y migraña, visitado por un **48,1%** de los pacientes que han sido atendidos en los servicios especializados en el último mes.

Este destacado peso de la Traumatología se puede explicar por su papel predominante en la asistencia a los pacientes con dolor crónico, (47,7% del total), ya que las causas diagnósticas más frecuentes de dolor crónico en los pacientes españoles (dolor lumbar, contracturas musculares, dolor cervical, artrosis y osteoporosis) son dolencias musculoesqueléticas.

Como ya se ha comentado en este documento, la migraña es una enfermedad neurológica, siendo **Neurología** la especialidad de referencia en el abordaje de la misma. Esta especialidad es visitada por un

**36,5%** de los pacientes con dolor crónico y migraña que han hecho uso de la atención especializada en el último mes.

Neurología es utilizada por un 22,8% del total de pacientes con dolor crónico, pero, tal y como reflejan estos datos, su utilización se incrementa de forma significativa en los pacientes que presentan además del dolor crónico, migraña asociada a este dolor.

Es interesante también poner el foco en la utilización de las **Unidades del Dolor**, a las que acude un **33,4%** de los pacientes con dolor crónico y migraña que reciben Atención Especializada. Estos pacientes tienen un tiempo medio de espera de 11,3 meses (DT=9,3) y una espera mediana de 12 meses (DT=9) para la primera consulta.

### 3.4. Análisis de otras causas de dolor crónico presentes en encuestados con migraña

En este apartado se analiza la presencia de patologías comórbidas adicionales en pacientes con dolor crónico y migraña, mostrando las enfermedades más frecuentes y el grupo al que pertenecen.

#### Comorbilidades dolorosas agrupadas en pacientes con dolor crónico y migraña

Las comorbilidades dolorosas observadas en los pacientes con dolor crónico y migraña son mayoritariamente **patologías musculoesqueléticas**, presentando el 87,6% de los pacientes encuestados alguna dolencia musculoesquelética comórbida (adicional a la migraña): artrosis, osteoporosis, dolor cervical, dolor lumbar, artritis reumatoide, contracturas musculares, hombro doloroso, fibromialgia o hernia discal.

Este tipo de patologías musculoesqueléticas son atendidas de forma mayoritaria por los especialistas de Traumatología, lo que incrementa la demanda de esta especialidad entre los pacientes y la posicionan como aquella con un mayor uso por parte de los pacientes con dolor crónico y migraña, tal y como previamente se ha comentado y muestra la Figura 23.

El siguiente grupo de comorbilidades que causan dolor crónico en los pacientes con dolor crónico y migraña son las **patologías neurológicas** (ciática, neuropatía diabética u otras neuropatías o síndrome del túnel carpiano), que afectan al 45,5% de los pacientes (Figura 24).

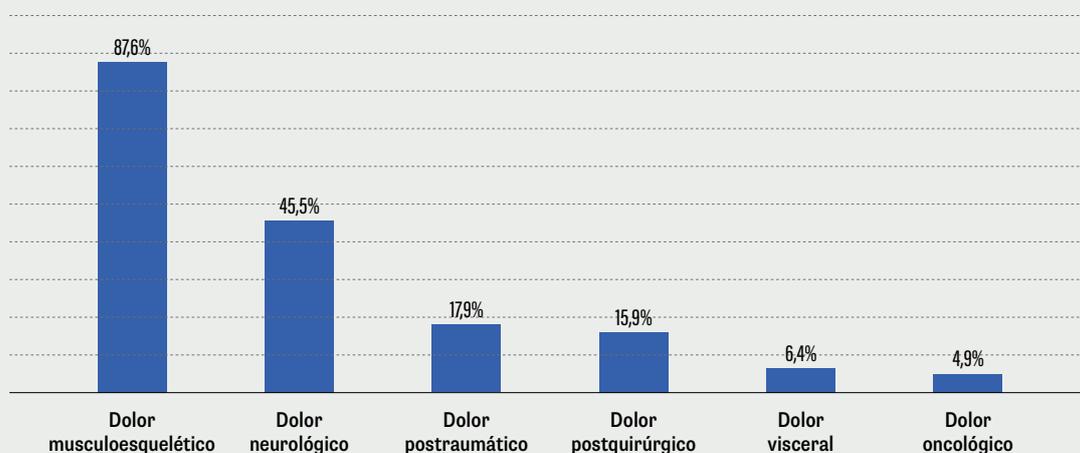


Figura 24. Comorbilidades dolorosas (agrupadas) en los encuestados con migraña y dolor crónico.

### Comorbilidades dolorosas desagrupadas en pacientes con dolor crónico y migraña

El **dolor lumbar** es la patología comórbida asociada al dolor más frecuente en los pacientes con dolor crónico y migraña, afectando al 63,1%. Otras dolencias como las contracturas musculares (62,9%) o el dolor cervical (62,7%) están también ampliamente presentes en los pacientes. Todas estas patologías se engloban en la categoría de **enfermedades musculoesqueléticas**, que, tal y como se ha mencionado

anteriormente, se posiciona como el grupo de comorbilidades más habitual (Figura 25).

La **comorbilidad neurológica** más prevalente en la población con dolor crónico y migraña es la ciática, que afecta a un 30,7% de los pacientes.

Cabe destacar que el 31% de todos los pacientes con dolor crónico y migraña desconocen las comorbilidades adicionales que padecen, lo que supone una barrera al adecuado abordaje y control del dolor.

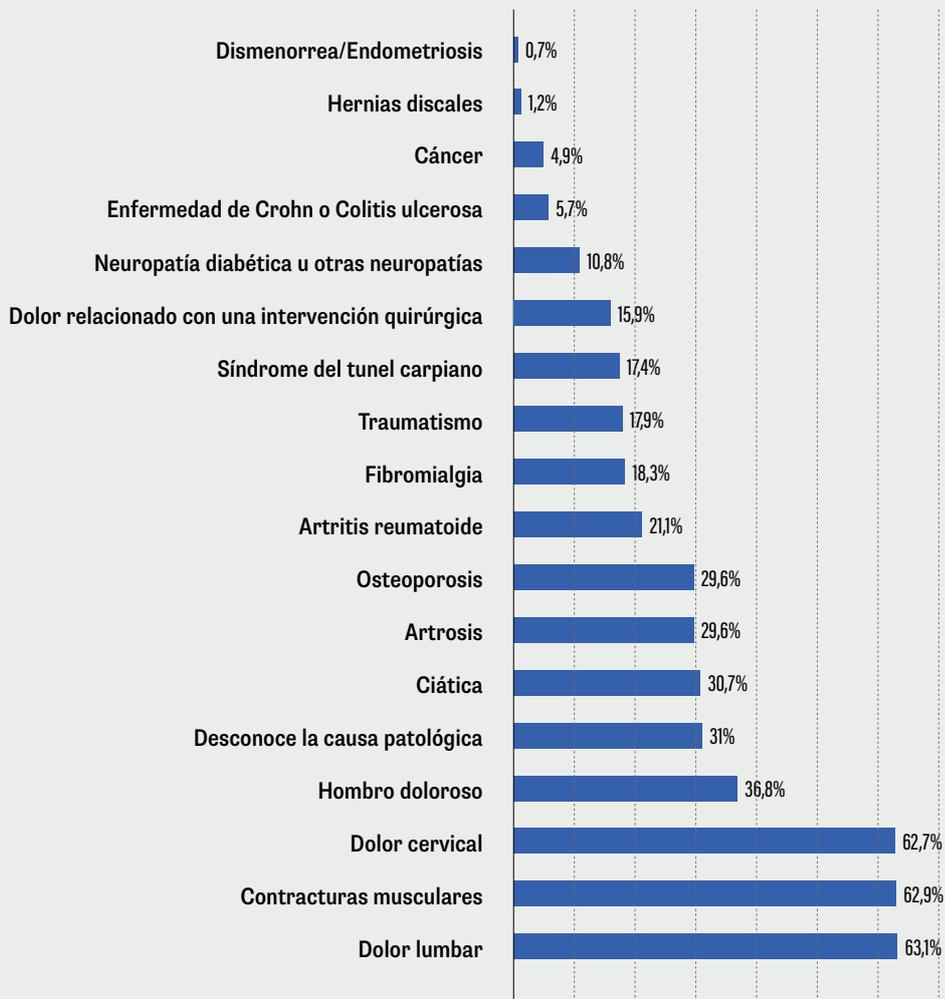


Figura 25. Comorbilidades dolorosas (desagrupadas) en los encuestados con migraña y dolor crónico.

# Conclusiones

La migraña es una enfermedad que afecta significativamente a los pacientes y a los sistemas de salud en España, siendo uno de los **problemas asociados al dolor crónico** más relevantes. Por ello, se han implementado diversas iniciativas a nivel institucional en España para mejorar el conocimiento de la enfermedad y optimizar su manejo.

Si bien el desarrollo de un “Plan Estratégico Nacional de Migraña” constituye uno de los compromisos próximos del Ministerio de Sanidad, contemplado como futuro elemento central de planificación en migraña, algunas Comunidades Autónomas han desarrollado iniciativas que han mejorado la comprensión y abordaje de la enfermedad a nivel regional, destacando como referencia el “**Plan Integral de Cefaleas de Andalucía**” (2023).

Según el estudio desarrollado en este proyecto, el **8,1% de la población general adulta en España sufre de dolor crónico y migraña**, lo que supone más de tres millones de pacientes a nivel nacional. Esta prevalencia de migraña varía entre diferentes grupos sociodemográficos.

En términos de **edad**, las **personas de entre 35 y 54 años** son las más afectadas, con una prevalencia de dolor crónico y migraña del 9,6%, mientras que los individuos de 76 a 85 años presentan la menor prevalencia, con un 1,4%. La edad media de los pacientes con dolor crónico y migraña en España es de 45,9 años.

En cuanto al **sexo**, las **mujeres** tienen una mayor prevalencia de dolor crónico y migraña, 11,4% frente a 4,9% en la población masculina.

En lo que respecta a la región de residencia de los pacientes, las Comunidades Autónomas más afectadas por el dolor crónico y la migraña asociada son **Canarias** (prevalencia del 12,9%), **Cataluña** (10,3%) y **Extremadura** (9,6%).

Como se ha presentado a largo del documento, el dolor crónico y la migraña generan un gran

impacto en los individuos que los sufren. Estos pacientes sufren de dolor durante un **periodo medio de 7,7 años**, en el que la **intensidad media** percibida se sitúa en los **7,2 puntos** en una escala de 0 (ausencia de dolor) a 10 (dolor insoportable).

La localización anatómica más habitual del dolor en los pacientes con dolor crónico y migraña se encuentra en la **cabeza**, en un 24,9% de los casos. Es, además, habitual la presencia de otras comorbilidades dolorosas adicionales a la migraña, estando presente el **dolor lumbar** como patología más frecuente (comorbilidad musculoesquelética) en un 63,1% de los sujetos.

El alcance que presentan el dolor crónico y la migraña se extiende al ámbito laboral, social, familiar y personal de los pacientes, limitando el desarrollo de sus **actividades cotidianas**, afectando negativamente a su **desempeño y ocupación profesional** y mermando su **estado de salud**.

En las actividades cotidianas, los pacientes con dolor crónico y migraña presentan una importante falta de autonomía para **levantarse de una silla o de la cama**, actividad en la que un 68,3% de los pacientes presenta alguna dificultad o es incapaz de realizarla.

En cuanto a las actividades profesionales, un 37,3% del total de pacientes con dolor crónico y migraña ha necesitado de **baja laboral**, prolongándose la situación de baja durante 4,3 meses de media. Esta necesidad de baja laboral ha llevado a un 30,8% de estos pacientes a dejar su ocupación previa y a un 18% adicional a modificar su puesto de trabajo previo.

El estado de salud de estos pacientes se ve afectado física, mental y socialmente. El 51% ha acudido a **servicios sanitarios** en el último mes, siendo la **Atención Primaria** el nivel asistencial más frecuentado (91,1%). Entre los servicios especializados, **Traumatología** es la más utilizada (48,1%). Asimismo, el 33,4% ha visitado las Unida-

des del Dolor en el último mes, con un tiempo de espera promedio de 11,3 meses.

**Neurología**, como especialidad de referencia en el abordaje de la migraña, es utilizada por un **36,5%** de los pacientes con dolor crónico y migraña (en comparación con el 22,8% del total de pacientes con dolor crónico por cualquier otra), lo que refleja la importancia capital de los profesionales de neurología en el manejo y cuidado del paciente.

### *Reflexión final: retos futuros en el abordaje de la migraña*

El impacto actual de la migraña y las perspectivas futuras de la enfermedad resaltan la necesidad de **priorizar su abordaje en la agenda sanitaria nacional** para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Finalmente, cabe destacar que un 28,6% de los pacientes con dolor crónico y migraña padecen de **depresión** y un 39% de **ansiedad**, lo que pone de manifiesto la importancia de la prevención y el cuidado en salud mental en la atención al dolor crónico y sus patologías asociadas, como la migraña.

Con esto en mente, se han identificado cinco retos futuros para su comprensión y manejo a nivel nacional, con el objetivo de desarrollar una respuesta efectiva frente a la enfermedad y fomentar acciones con impacto duradero.

## RETOS FUTUROS EN EL ABORDAJE DE LA MIGRAÑA

- 1. Avanzar en el desarrollo del “Plan Estratégico Nacional de Migraña”**, con el fin de agilizar su publicación e implementación y favorecer su posicionamiento como estrategia de referencia en el abordaje de la migraña.
- 2. Impulsar actuaciones de protección de la población joven**, teniendo en cuenta la prevalencia máxima de migraña y dolor crónico en los individuos entre 18 y 34 años, con el fin de minimizar las consecuencias laborales y familiares de la enfermedad sobre este colectivo.
- 3. Atender a la prevención y el cuidado de la salud mental**, que se ve habitualmente afectada por episodios de depresión y ansiedad en los pacientes con dolor crónico y migraña, mejorando la concienciación social y fomentando el acceso al apoyo psicosocial.
- 4. Promover la expansión de las Unidades de Cefalea** en los hospitales españoles, incrementando su presencia en todas las Comunidades Autónomas, garantizando el acceso temprano de los pacientes y fortaleciendo la colaboración con las Unidades de Dolor.
- 5. Fomentar la colaboración entre instituciones** implicadas en el estudio y tratamiento de la migraña, estableciendo alianzas entre organismos públicos, privados y académicos para coordinar esfuerzos en la investigación, desarrollo de políticas y ejecución de programas que aborden la migraña de manera integral y sostenible.

# Bibliografía

1. Grünenthal. *Fundación Grünenthal España*.
2. Fundación Grünenthal. *Presentación*.
3. Fundación Grünenthal. *Universidad de Cádiz*.
4. Fundación Grünenthal. *Observatorio del Dolor*.
5. Observatorio del Dolor. *Quiénes somos*.
6. More Than Research. *Inicio*.
7. Biolnova Consulting. *Inicio*.
8. Organización Mundial de la Salud. *Cefaleas*.
9. Álvarez A. *Fisiopatología de la migraña*.
10. Botica. *Migraña, revisión actualizada*.
11. Sociedad Internacional de Cefaleas, 2018. *The International Classification of Headache Disorders*.
12. Comité de clasificación de la cefalea de la Sociedad Internacional de Cefaleas, 2018. *III edición de la Clasificación internacional de las cefaleas*.
13. Asociación Española de Migraña y Cefalea. *¿Qué es la migraña?*
14. Sociedad Española de Neurología, 2023. *Día Internacional de Acción contra la Migraña 2023*.
15. Fundación Grünenthal, 2023. *Barómetro del dolor crónico en España 2022. Análisis de situación del impacto del dolor crónico a nivel nacional*.
16. MigraineBuddy, 2024. *El Impacto de la Migraña en la Salud Mental: Depresión, Ansiedad y Más*.
17. Sociedad Española de Neurología, 2019. *Día Internacional de Acción contra la Migraña 2019*.
18. Sotovner L. et al., 2007. *The Global Burden of Headache: A Documentation of Headache Prevalence and Disability Worldwide*. *Cephalalgia*. doi: 10.1111/j.1468-2982.2007.0128.
19. Stovner L. et al., 2018. *Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016*. *The Lancet Neurology*. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30322-3.
20. Radio Televisión Española, 2023. *Más de 5 millones de españoles padecen migraña, aunque un 40% de los casos está sin diagnosticar*.
21. Sociedad Española de Neurología, 2023. *Día Mundial del Cerebro 2023*.
22. Dolor.com, 2023. *Datos de la migraña en España*.

23. Martelletti P. et al., 2013. *The Global Burden of Disease survey 2010, Lifting The Burden and thinking outside-the-box on headache disorders. The journal of headache and pain.* doi: 10.1186/1129-2377-14-13.
24. Asociación Española de Migraña y Cefalea. 2018. *Impacto y situación de la migraña en España. Atlas 2018.*
25. Gudmundsson L. et al., 2010. *Vinculada la migraña con aura a una mayor mortalidad por accidente cerebrovascular y enfermedad cardíaca. British Medical Journal.* doi: 10.1136/bmj.c3966.
26. Asociación Española de Migraña y Cefalea. 2018. *Atlas de la migraña en España 2018.*
27. Fernández-Ferro J. et al., 2022. *The economic burden of migraine in Spain: a nationwide cost-of-illness approach from the year 2020 European Health Survey in Spain. ISPOR Europe 2022.*
28. Dolor. com. *Actualización en el abordaje de cefaleas.*
29. Sociedad Española de Neurología, 2020. *Manual de Práctica Clínica en Cefaleas.*
30. Margarit C., 2019. *La nueva clasificación internacional de enfermedades (CIE-11) y el dolor crónico. Implicaciones prácticas. Revista de la Sociedad Española de Dolor.* doi: 10.20986/resed.2019.3752/2019.
31. Sociedad Española de Neurología. *¿Qué es la SEN?*
32. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. *Misión y visión del GECSEN.*
33. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. *Manual de Criterios de Acreditación - Unidades de Cefaleas.*
34. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. *Mapa de Unidades de Cefalea en España.*
35. Academia Europea de Neurología. *Who We Are.*
36. Federación Mundial de Neurología. *Overview of WFN Organization.*
37. Sociedad Española de Enfermería Neurológica. *Misión, visión y valores.*
38. Sociedad Española de Enfermería Neurológica. *Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEDENE.*
39. Asociación Española de Migraña y Cefalea. *Misión, visión, valores.*
40. Asociación Española de Migraña y Cefalea, 2023. *Memoria anual 2022.*
41. Servicio de Salud de Castilla y León, 2022. *Día Internacional de Acción contra la Migraña.*
42. Asociación Española de Migraña y Cefalea, 2021. *Libro blanco de la migraña en España.*
43. Plataforma de Organizaciones de Pacientes. *Quiénes somos.*

44. Alianza Europea de Migraña y Cefalea. *We are an Alliance*.
45. Ministerio de Sanidad, 2023. *Miñones anuncia el compromiso del Ministerio de Sanidad para impulsar un Plan Estratégico Nacional de la Migraña*.
46. Asociación Española de Migraña y Cefalea, 2023. *El Ministerio de Sanidad anuncia el compromiso de impulsar un Plan Estratégico Nacional de la Migraña*.
47. Consejería de Salud de Andalucía, 2002. *Proceso Asistencial Integrado Cefaleas*.
48. Consejería de Salud y Consumo de Andalucía, 2023. *Plan Integral de Cefaleas de Andalucía*.
49. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2016. *Protocolo para el manejo del paciente con migraña crónica*.
50. Servicio Canario de la Salud, 2015. *Cefaleas. Guía para el diagnóstico y el tratamiento*.
51. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria, 2013. *Plan de Salud de Cantabria 2014-2019*.
52. Departamento de Salud de Cataluña, 2016. *Pla de Salut de Catalunya 2016-2020*.
53. Consejería de Salud de Murcia y Servicio Murciano de Salud, 2017. *Proceso de actuación ante un paciente con cefalea*.
54. Cint. *Market Research and Insights*.
55. Schmidt S. et al., 2012. *Normas de referencia para el Cuestionario de Salud SF-12 versión 2 basadas en población general de Cataluña. Médica Clínica*. doi: 10.1016/j.medcli.2011.10.024.
56. Monteagudo O. et al., 2009. *Valores de referencia de la población diabética para la versión española del SF-12v2. Gaceta Sanitaria*. doi: 10.1016/j.gaceta.2008.11.005.
57. Zigmond A. y Snaith R., 1983. *The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica*. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
58. Selvarajah D. et al., 2014. *The contributors of emotional distress in painful diabetic neuropathy. Diabetes and Vascular Disease Research*. doi: 10.1177/1479164114522135.
59. Herrero M. et al., 2003. *A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. General Hospital Psychiatry*. doi: 10.1016/s0163-8343(03)00043-4.
60. Bellón J. et al., 1996. *Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Atención Primaria* 1996 Sep 15;18(4):153-6, 158-63.

# Anexo 1

METODOLOGÍA

## DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL Y MUESTRAL

Tabla A1 - 1. Distribución de la población española por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.

	Total	Hombre		Mujer		18-34 años		35-44 años		45-54 años		55-64 años		65-75 años		76-85 años	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	6.772.098	3.334.010	49,2%	3.438.088	50,8%	1.618.733	23,9%	1.250.859	18,5%	1.368.227	20,2%	1.184.548	17,5%	808.400	11,9%	541.324	8,0%
Aragón	1.045.219	517.502	49,5%	527.717	50,5%	226.086	21,6%	179.943	17,2%	208.948	20,0%	187.547	17,9%	139.627	13,4%	103.067	9,9%
Principado de Asturias	832.723	400.319	48,1%	432.404	51,9%	139.177	16,7%	135.774	16,3%	167.270	20,1%	162.185	19,5%	136.253	16,4%	92.059	11,1%
Islas Baleares	988.720	493.754	49,9%	494.966	50,1%	245.332	24,8%	202.535	20,5%	204.796	20,7%	157.561	15,9%	108.971	11,0%	69.521	7,0%
Canarias	1.866.634	922.384	49,4%	944.250	50,6%	447.550	24,0%	347.161	18,6%	398.383	21,3%	324.793	17,4%	213.253	11,4%	135.486	7,3%
Cantabria	473.412	231.546	48,9%	241.866	51,1%	90.918	19,2%	83.266	17,6%	96.393	20,4%	88.661	18,7%	69.570	14,7%	44.603	9,4%
Castilla y León	1.926.752	960.071	49,8%	966.681	50,2%	367.038	19,0%	305.701	15,9%	372.918	19,4%	374.460	19,4%	286.787	14,9%	219.843	11,4%
Castilla - La Mancha	1.620.286	817.157	50,4%	803.129	49,6%	379.179	23,4%	295.808	18,3%	327.169	20,2%	289.049	17,8%	190.081	11,7%	139.006	8,6%
Cataluña	6.076.627	2.968.762	48,9%	3.107.865	51,1%	1.454.308	23,9%	1.103.224	18,2%	1.234.873	20,3%	999.873	16,5%	755.207	12,4%	529.154	8,7%
C. Valenciana	4.065.129	1.997.152	49,1%	2.067.977	50,9%	904.961	22,3%	728.876	17,9%	829.850	20,4%	708.199	17,4%	528.492	13,0%	364.748	9,0%
Extremadura	848.349	422.877	49,8%	425.472	50,2%	193.111	22,8%	141.466	16,7%	162.737	19,2%	161.597	19,0%	108.914	12,8%	80.527	9,5%
Galicia	2.197.253	1.065.099	48,5%	1.132.154	51,5%	407.763	18,6%	376.974	17,2%	439.327	20,0%	390.474	17,8%	325.301	14,8%	257.416	11,7%
C. de Madrid	5.388.841	2.569.547	47,7%	2.819.294	52,3%	1.298.146	24,1%	1.015.842	18,9%	1.123.008	20,8%	884.649	16,4%	627.562	11,6%	439.638	8,2%
Región de Murcia	1.187.794	593.981	50,0%	593.813	50,0%	304.857	25,7%	228.000	19,2%	242.819	20,4%	195.426	16,5%	128.821	10,8%	87.868	7,4%
La Rioja	250.685	123.931	49,4%	126.754	50,6%	53.036	21,2%	44.386	17,7%	50.800	20,3%	44.963	17,9%	33.436	13,3%	24.074	9,6%
C. Foral de Navarra	518.638	257.210	49,6%	261.428	50,4%	118.996	22,9%	90.187	17,4%	105.402	20,3%	89.809	17,3%	66.751	12,9%	47.491	9,2%
País Vasco	1.742.688	845.073	48,5%	897.615	51,5%	347.905	20,0%	285.006	16,4%	350.896	20,1%	324.277	18,6%	252.544	14,5%	182.062	10,4%
<b>TOTAL</b>	<b>37.801.848</b>	<b>18.520.375</b>	<b>49%</b>	<b>19.281.473</b>	<b>51%</b>	<b>8.597.096</b>	<b>23%</b>	<b>6.815.008</b>	<b>18%</b>	<b>7.683.816</b>	<b>20%</b>	<b>6.568.071</b>	<b>17%</b>	<b>4.779.970</b>	<b>13%</b>	<b>3.357.887</b>	<b>9%</b>

Tabla A1 - 2. Distribución muestral por sexo, grupo de edad y Comunidad Autónoma de residencia.

	Total	Hombre		Mujer		18-34 años		35-44 años		45-54 años		55-64 años		65-75 años		76-85 años	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Andalucía	1.245	727	58,4%	518	41,6%	343	27,6%	222	17,8%	229	18,4%	197	15,8%	144	11,6%	110	8,8%
Aragón	203	94	46,3%	109	53,7%	37	18,2%	41	20,2%	50	24,6%	42	20,7%	16	7,9%	17	8,4%
Principado de Asturias	165	76	46,1%	89	53,9%	28	17,0%	30	18,2%	44	26,7%	30	18,2%	17	10,3%	16	9,7%
Islas Baleares	173	81	46,8%	92	53,2%	39	22,5%	27	15,6%	20	11,6%	16	9,2%	54	31,2%	17	9,8%
Canarias	310	150	48,4%	160	51,6%	73	23,5%	33	10,6%	49	15,8%	47	15,2%	76	24,5%	32	10,3%
Cantabria	94	34	36,2%	60	63,8%	27	28,7%	17	18,1%	14	14,9%	15	16,0%	10	10,6%	11	11,7%
Castilla y León	365	185	50,7%	180	49,3%	72	19,7%	67	18,4%	98	26,8%	62	17,0%	34	9,3%	32	8,8%
Castilla - La Mancha	298	161	54,0%	137	46,0%	88	29,5%	57	19,1%	47	15,8%	39	13,1%	40	13,4%	27	9,1%
Cataluña	1.153	507	44,0%	646	56,0%	258	22,4%	206	17,9%	250	21,7%	205	17,8%	132	11,4%	102	8,8%
C. Valenciana	762	368	48,3%	394	51,7%	146	19,2%	160	21,0%	157	20,6%	125	16,4%	96	12,6%	78	10,2%
Extremadura	162	84	51,9%	78	48,1%	42	25,9%	28	17,3%	33	20,4%	19	11,7%	22	13,6%	18	11,1%
Galicia	424	202	47,6%	222	52,4%	76	17,9%	85	20,0%	79	18,6%	82	19,3%	58	13,7%	44	10,4%
C. de Madrid	1.034	567	54,8%	467	45,2%	192	18,6%	182	17,6%	228	22,1%	219	21,2%	111	10,7%	102	9,9%
Región de Murcia	213	116	54,5%	97	45,5%	74	34,7%	40	18,8%	28	13,1%	28	13,1%	24	11,3%	19	8,9%
La Rioja	47	16	34,0%	31	66,0%	11	23,4%	16	34,0%	7	14,9%	7	14,9%	3	6,4%	3	6,4%
C. Foral de Navarra	83	36	43,4%	47	56,6%	23	27,7%	11	13,3%	13	15,7%	16	19,3%	13	15,7%	7	8,4%
País Vasco	327	135	41,3%	192	58,7%	67	20,5%	68	20,8%	74	22,6%	59	18,0%	30	9,2%	29	8,9%
<b>TOTAL</b>	<b>7.058</b>	<b>3.539</b>	<b>50%</b>	<b>3.519</b>	<b>50%</b>	<b>1.596</b>	<b>23%</b>	<b>1.290</b>	<b>18%</b>	<b>1.420</b>	<b>20%</b>	<b>1.208</b>	<b>17%</b>	<b>880</b>	<b>12%</b>	<b>664</b>	<b>9%</b>

# Anexo 2

RESULTADOS

## PREVALENCIAS DE MIGRAÑA

Tabla A2 - 1. Prevalencias de migraña y otros dolores de cabeza crónicos en pacientes con dolor crónico.

Variables	Categorías	MIGRAÑA		
		N	Prevalencia Bruta (%)	IC95%
Prevalencia global		574	31,5%	(28,93-34,13%)
Edad	18-34	144	48%	(40,48-56,51%)
	35-54	260	36,2%	(31,9-40,83%)
	55-75	161	25,2%	(21,45-29,4%)
	76-85	9	5,4%	(2,46-10,23%)
Sexo	Hombre	173	23%	(19,68-26,66%)
	Mujer	401	37,1%	(33,83-41,25%)
Comunidad Autónoma (sin ajustar)	Andalucía	101	31,3%	(25,45-38%)
	Aragón	11	20,4%	(10,17-36,45%)
	Asturias	12	30,8%	(15,90-53,75%)
	Islas Baleares	13	26%	(13,84-44,46%)
	Canarias	37	44%	(31,01-60,71%)
	Cantabria	4	19%	(5,19-48,77%)
	Castilla y León	26	31%	(20,22-45,35%)
	Castilla - La Mancha	20	31,3%	(19,09-48,26%)
	Cataluña	120	38%	(31,48-45,41%)
	Comunidad Valenciana	52	26,1%	(19,52-34,27%)
	Extremadura	15	29,4%	(16,46-48,51%)
	Galicia	38	33,6%	(23,8-46,16%)
	Comunidad de Madrid	73	28,3%	(22,18-35,58%)
	Murcia	16	29,1%	(16,63-47,24%)
	La Rioja	2	20%	(2,42-72,25%)
	Navarra	3	14,3%	(2,95-41,75%)
País Vasco	31	37,3%	(25,38-53,01%)	
Comunidad Autónoma (ajustada por edad)	Andalucía	101	31,5%	(25,33-37,61%)
	Aragón	11	18,5%	(7,58-29,47%)
	Asturias	12	30,9%	(13,43-48,44%)
	Islas Baleares	13	31,1%	(14,21-48,06%)
	Canarias	37	45,8%	(31,01-60,50%)
	Cantabria	4	19,5%	(0,39-38,65%)
	Castilla y León	26	32%	(19,70-44,29%)
	Castilla - La Mancha	20	33,9%	(19,03-48,72%)
	Cataluña	120	38,7%	(31,79-45,65%)
	Comunidad Valenciana	52	29,1%	(21,16-36,96%)
	Extremadura	15	31,1%	(15,37-46,88%)
	Galicia	38	36,4%	(24,80-47,92%)
	Comunidad de Madrid	73	29,9%	(23,03-36,74%)
	Murcia	16	32%	(16,29-47,60%)
	La Rioja	2	30,4%	(-11,74-72,56%)
	Navarra	3	21%	(-2,77-44,82%)
País Vasco	31	37,4%	(24,25-50,60%)	

Tabla A2 - 2. Prevalencias de migraña y otros dolores de cabeza crónicos en el total de encuestados.

Variables	Categorías	MIGRAÑA		
		N	Prevalencia Bruta (%)	IC95%
Prevalencia global		574	8,1%	(7,48-8,83%)
Edad	18-34	144	9%	(7,61-10,62%)
	35-54	260	9,6%	(8,46-10,83%)
	55-75	161	7,7%	(6,57-9%)
	76-85	9	1,4%	(0,62-2,57%)
Sexo	Hombre	173	4,9%	(4,19-5,67%)
	Mujer	401	11,4%	(10,31-12,57%)
Comunidad Autónoma (sin ajustar)	Andalucía	101	8,1%	(6,61-9,86%)
	Aragón	11	5,4%	(2,71-9,7%)
	Asturias	12	7,3%	(3,76-12,7%)
	Islas Baleares	13	7,5%	(4-12,85%)
	Canarias	37	11,9%	(8,4-16,45%)
	Cantabria	4	4,3%	(1,16-10,9%)
	Castilla y León	26	7,1%	(4,65-10,44%)
	Castilla - La Mancha	20	6,7%	(4,1-10,37%)
	Cataluña	120	10,4%	(8,63-12,44%)
	Comunidad Valenciana	52	6,8%	(5,1-8,95%)
	Extremadura	15	9,3%	(5,18-15,27%)
	Galicia	38	9%	(6,34-12,30%)
	Comunidad de Madrid	73	7,1%	(5,53-8,88%)
	Murcia	16	7,5%	(4,29-12,2%)
	La Rioja	2	4,3%	(0,52-15,37%)
	Navarra	3	3,6%	(0,75-10,56%)
País Vasco	31	9,5%	(6,44-13,46%)	
Comunidad Autónoma (ajustada por edad)	Andalucía	101	8,3%	(6,65-9,87%)
	Aragón	11	5,1%	(2,88-7,37%)
	Asturias	12	7%	(3,19-10,80%)
	Islas Baleares	13	7,7%	(4,51-10,98%)
	Canarias	37	12,9%	(8,00-17,69%)
	Cantabria	4	3,7%	(-0,49-7,94%)
	Castilla y León	26	7,1%	(4,47-9,73%)
	Castilla - La Mancha	20	6,8%	(4,25-9,39%)
	Cataluña	120	10,3%	(8,35-12,34%)
	Comunidad Valenciana	52	7,1%	(5,26-8,87%)
	Extremadura	15	9,6%	(4,74-14,46%)
	Galicia	38	9,1%	(6,21-12,00%)
	Comunidad de Madrid	73	7,2%	(5,62-8,73%)
	Murcia	16	7,8%	(4,68-10,93%)
	La Rioja	2	3,7%	(-1,44-8,92%)
	Navarra	3	4,2%	(0,08-8,26%)
País Vasco	31	9,3%	(5,55-12,96%)	

## CARACTERÍSTICAS DE LA MIGRAÑA ASOCIADA A DOLOR CRÓNICO

Tabla A2 - 3. Distribución de la muestra de encuestados con migraña y otros dolores de cabeza crónicos.

VARIABLES	CATEGORÍAS	N	%
<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>			
Edad	18-34	144	25,1%
	35-54	260	45,3%
	55-75	161	28%
	76-85	9	1,6%
	Media (DT) Mediana (RI)	45,9 (14,1) 45,5 (22)	
Sexo	Hombre	173	30,1%
	Mujer	401	69,9%
Comunidad Autónoma	Andalucía	101	17,6%
	Aragón	11	1,9%
	Asturias	12	2,1%
	Islas Baleares	13	2,3%
	Canarias	37	6,4%
	Cantabria	4	0,7%
	Castilla y León	26	4,5%
	Castilla - La Mancha	20	3,5%
	Cataluña	120	20,9%
	Comunidad Valenciana	52	9,1%
	Extremadura	15	2,6%
	Galicia	38	6,6%
	Comunidad de Madrid	73	12,7%
	Murcia	16	2,8%
	La Rioja	2	0,3%
Navarra	3	0,5%	
País Vasco	31	5,4%	
Nivel de estudios	Sin Estudios	3	0,5%
	Estudios Primarios	23	4%
	Estudios Secundarios	112	19,5%
	Formación Profesional	183	31,9%
	Estudios universitarios	250	43,6%
	No contesta	3	0,5%
Situación laboral	Tengo trabajo actualmente	338	58,9%
	Estoy en paro	62	10,8%
	Estoy Jubilado/retirado	78	13,6%
	Tengo la incapacidad laboral permanente	39	6,8%
	Estoy estudiando	21	3,7%
	Trabajo doméstico no remunerado	36	6,3%
Baja Laboral por cualquier causa (Contestan sólo los que trabajan actualmente)	Sí	174	51,5%
	No	164	48,5%

USO SISTEMA SANITARIO			
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas por cualquier causa	Sí	377	65,7%
	No	197	34,3%
Frecuencia con la que acude a <b>Atención Primaria</b> (contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior)	Ninguna vez	37	9,8%
	1 vez	183	48,5%
	2 veces	103	27,3%
	3 veces o más	54	14,3%
Frecuencia con la que acude a <b>Atención Especializada</b> (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	87	23,1%
	1 vez	173	45,9%
	2 veces	59	15,6%
	3 veces o más	58	15,4%
Frecuencia con la que acude a <b>Atención Hospitalaria</b> (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	286	75,9%
	1 vez	54	14,3%
	2 veces	11	2,9%
	3 veces o más	26	6,9%
Frecuencia con la que acude a <b>Urgencias</b> (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	183	48,5%
	1 vez	124	32,9%
	2 veces	36	9,5%
	3 veces o más	34	9%

CUESTIONARIO PRINCIPAL: Estado de Salud			
Calidad de Vida (SF 12v.2). PCS	Media (DT)	37,6 (10,7)	
	Mediana (RI)	38 (16,2)	
Calidad de Vida (SF 12v.2). MCS	Media (DT)	38,3 (10,5)	
	Mediana (RI)	37,9 (13,9)	
HADS- Depresión	Media (DT)	8,2 (4,5)	
	Mediana (RI)	8 (6)	
	No Caso	261	45,5%
	Caso dudoso	149	26%
HADS- Ansiedad	Caso	164	28,6%
	Media (DT)	9,6 (4,3)	
	Mediana (RI)	9 (5)	
	No Caso	176	30,7%
Limitaciones vida diaria: <b>Alimentarse</b>	Caso dudoso	174	30,3%
	Caso	224	39%
	No puedo hacerlo por mí mismo	33	5,7%
Limitaciones vida diaria: <b>Sentarse</b>	Sí. mucha dificultad	58	10,1%
	Sí alguna dificultad	104	18,1%
	No. ninguna dificultad	379	66%
	No puedo hacerlo por mí mismo	31	5,4%
Limitaciones vida diaria: <b>Sentarse</b>	Sí. mucha dificultad	36	6,3%
	Sí alguna dificultad	205	35,7%
	No. ninguna dificultad	302	52,6%

Limitaciones vida diaria: <b>Levantarse de una silla o de la cama</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	28	4,9%
	Sí. mucha dificultad	76	13,2%
	Sí alguna dificultad	262	45,6%
	No. ninguna dificultad	208	36,2%
Limitaciones vida diaria: <b>Acostarse</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	24	4,2%
	Sí. mucha dificultad	43	7,5%
	Sí alguna dificultad	211	36,8%
	No. ninguna dificultad	296	51,6%
Limitaciones vida diaria: <b>Vestirse y desvestirse</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	26	4,5%
	Sí. mucha dificultad	63	11%
	Sí alguna dificultad	199	34,7%
	No. ninguna dificultad	286	49,8%
Limitaciones vida diaria: <b>Ir al baño</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	22	3,8%
	Sí. mucha dificultad	49	8,5%
	Sí alguna dificultad	150	26,1%
	No. ninguna dificultad	353	61,5%
Limitaciones vida diaria: <b>Ducharse o bañarse</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	30	5,2%
	Sí. mucha dificultad	61	10,6%
	Sí alguna dificultad	159	27,7%
	No. ninguna dificultad	324	56,4%
Limitaciones vida diaria: <b>Otras</b>	No puedo hacerlo por mí mismo	35	6,1%
	Sí. mucha dificultad	49	8,5%
	Sí alguna dificultad	106	18,5%
	No. ninguna dificultad	384	66,9%
<b>Recibe ayuda familiar. social de entidades para: Alimentarse</b>	Sí	69	12%
	No	505	88%
Sentarse	Sí	78	13,6%
	No	496	86,4%
Levantarse de una silla o de la cama	Sí	85	14,8%
	No	489	85,2%
Acostarse	Sí	74	12,9%
	No	500	87,1%
Vestirse y desvestirse	Sí	82	14,3%
	No	492	85,7%
Ir al baño	Sí	58	10,1%
	No	516	89,9%
Ducharse o bañarse	Sí	81	14,1%
	No	493	85,9%
Apoyo social: DUKE Puntuación (11-55) Menor puntuación menor apoyo	Media (DT)	34,8 (11,8)	
	Mediana (RI)	35 (17)	
	Apoyo social percibido bajo (<32)	211	36,8%
	Apoyo normal (≥32)	363	63,2%

Tabla A2 - 4. Características del dolor de los encuestados con migraña y otros dolores de cabeza crónicos.

Variables	Categorías	N	%
<b>DOLOR</b>			
Duración del dolor crónico en años	Media (DT)	7,7 (8,9)	
	Mediana (RI)	5 (8)	
Donde se localiza el dolor que más le afecta	Es un dolor generalizado	121	21,1%
	Cabeza	143	24,9%
	Cuello (cervicales)	72	12,5%
	Espalda	109	19%
	Extremidades y/o articulaciones	109	19%
	Pecho	4	0,7%
	Abdomen	14	2,4%
	Otro	2	0,3%
Trastorno del sueño debido al DC	Sí	459	80%
	No	115	20%
Intensidad del Dolor	Nada (0)	1	0,2%
	Muy poco o poco (1-3)	14	2,4%
	Moderado (4-6)	153	26,7%
	Mucho (7-9)	359	62,5%
	Insoportable (10)	47	8,2%
	Media (DT) Mediana (RI)	7,2 (1,6) 7 (2)	
<b>CONSECUENCIAS del DC en los encuestados con migraña</b>			
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Alimentarse	Sí. mucho	66	11,5%
	Sí. algo	165	28,7%
	No. no las he limitado	343	59,8%
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Sentarse	Sí. mucho	77	13,4%
	Sí. algo	243	42,3%
	No. no las he limitado	254	44,3%
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Levantarse de una silla o de la cama	Sí. mucho	130	22,6%
	Sí. algo	262	45,6%
	No. no las he limitado	182	31,7%
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Acostarse	Sí. mucho	107	18,6%
	Sí. algo	247	43%
	No. no las he limitado	220	38,3%
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Vestirse y desvestirse	Sí. mucho	71	12,4%
	Sí. algo	228	39,7%
	No. no las he limitado	275	47,9%
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Ir al baño	Sí. mucho	61	10,6%
	Sí. algo	152	26,5%
	No. no las he limitado	361	62,9%
Limitaciones en las actividades habituales debido al DC: Ducharse o bañarse	Sí. mucho	76	13,2%
	Sí. algo	167	29,1%
	No. no las he limitado	331	57,7%
Baja laboral a causa del dolor en el último año	Sí	211	37,3%
	No	354	62,7%
Tiempo Baja laboral en el último año (Meses)	Media (DT)	4,3 (4,3)	
	Mediana (RI)	2,5 (6)	
Deja o cambia de puesto de trabajo a causa de DC (sólo los que ha respondido sí en la pregunta anterior)	Sí. lo tuve que dejar	65	30,8%
	Sí. cambié de puesto	38	18%
	No	108	51,2%

Variables	Categorías		N	%
<b>USO SISTEMA SANITARIO A CAUSA DEL DC en los encuestados con migraña</b>				
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas	Sí		293	51%
	No		281	49%
Frecuencia con la que acude a Atención Primaria (contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior)	Ninguna vez		26	8,9%
	1 vez		156	53,2%
	2 veces		66	22,5%
	3 veces o más		45	15,4%
Frecuencia con la que acude a Atención Especializada (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez		68	23,2%
	1 vez		130	44,4%
	2 veces		50	17,1%
	3 veces o más		45	15,4%
Unidad/especialidad en la que ha sido atendido. (Contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta anterior)	Unidad del dolor	Sí	98	33,4%
		No	195	66,6%
	Rehabilitación	Sí	91	31,1%
		No	202	68,9%
	Traumatología	Sí	141	48,1%
		No	152	51,9%
	Reumatología	Sí	85	29%
		No	208	71%
	Neurología	Sí	107	36,5%
		No	186	63,5%
	Medicina Interna	Sí	115	39,2%
		No	178	60,8%
	Oncología	Sí	26	8,9%
		No	267	91,1%
	Neurocirugía	Sí	42	14,3%
		No	251	85,7%
Fisioterapia	Sí	123	42%	
	No	170	58%	
Tiempo de espera primera consulta Unidad de Dolor (Meses)	Media (DT)		11,3 (9,3)	
	Mediana (RI)		12 (9)	
Frecuencia con la que acude a Atención Hospitalaria (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez		205	70%
	1 vez		41	14%
	2 veces		18	6,1%
	3 veces o más		29	9,9%
Frecuencia con la que acude a Urgencias (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez		127	43,3%
	1 vez		97	33,1%
	2 veces		37	12,6%
	3 veces o más		32	10,9%

## COMORBILIDADES DE LA MIGRAÑA

Tabla A2 - 5. Análisis de otras comorbilidades dolorosas crónicas presentes en encuestados con migraña y otros dolores de cabeza crónicos.

VARIABLES	CATEGORÍAS	N	%
<b>COMORBILIDADES DOLOROSAS AGRUPADAS EN SUJETOS CON MIGRAÑA Y OTROS DOLORES DE CABEZA CRÓNICOS</b>			
Comorbilidades causantes de DC en personas con migraña (Musculoesquelética. neurológica. oncológica. dolor postquirúrgico. visceral y postraumático)	Media (DT) Mediana (RI)	4,6 (3) 4 (5)	
Patologías Musculoesqueléticas comórbidas causantes de DC (artrosis. osteoporosis. dolor cervical. dolor lumbar. artritis reumatoide. contracturas musculares. hombro doloroso. fibromialgia. hernia discal)	Sí No	503 71	87,6% 12,4%
Patologías Neurológicas comórbidas causantes de DC (ciática. neuropatía diabética u otras neuropatías. síndrome del túnel carpiano)	Sí No	261 313	45,5% 54,5%
Dolor Oncológico comórbido	Sí No	28 546	4,9% 95,1%
Dolor Postquirúrgico comórbido	Sí No	91 483	15,9% 84,1%
Patologías causantes de dolor Visceral comórbido (enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. dismenorrea/endometriosis)	Sí No	37 537	6,4% 93,6%
Dolor Postraumático	Sí No	103 471	17,9% 82,1%
<b>COMORBILIDADES DOLOROSAS DESAGRUPADAS EN SUJETOS CON MIGRAÑA Y OTROS DOLORES DE CABEZA CRÓNICOS</b>			
Artrosis	Sí No	170 404	29,6% 70,4%
Osteoporosis	Sí No	170 404	29,6% 70,4%
Dolor cervical	Sí No	360 214	62,7% 37,3%
Dolor lumbar	Sí No	362 212	63,1% 36,9%
Traumatismo	Sí No	103 471	17,9% 82,1%
Dolor relacionado con una intervención quirúrgica	Sí No	91 483	15,9% 84,1%
Artritis reumatoide	Sí No	121 453	21,1% 78,9%
Ciática	Sí No	176 398	30,7% 69,3%
Contracturas musculares	Sí No	361 213	62,9% 37,1%
Cáncer	Sí No	28 546	4,9% 95,1%
Hombro doloroso	Sí No	211 363	36,8% 63,2%

Fibromialgia	Sí	105	18,3%	
	No	469	81,7%	
Neuropatía diabética u otras neuropatías	Sí	62	10,8%	
	No	512	89,2%	
Síndrome del túnel carpiano	Sí	100	17,4%	
	No	474	82,6%	
Enfermedad de Crohn o Colitis ulcerosa	Sí	33	5,7%	
	No	541	94,3%	
Desconoce la causa patológica	Sí	178	31%	
	No	396	69%	
Dismenorrea/Endometriosis	Sí	4	0,7%	
	No	570	99,3%	
Hernias discales	Sí	7	1,2%	
	No	567	98,8%	
<b>CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR CRÓNICO EN LOS ENCUESTADOS CON MIGRAÑA SEGÚN LA PRESENCIA DE COMORBILIDAD DOLOROSA ASOCIADA</b>				
Dolor Musculosquelético (sólo aquellos que tengan dolor musculoesquelético concomitante a migraña)	Intensidad del dolor	Nada (0)	1	0,2%
		Muy poco o poco (1-3)	10	2%
		Moderado (4-6)	128	25,4%
		Mucho (7-9)	323	64,2%
		Insoportable (10)	41	8,2%
		Media (DT)	7,3 (1,6)	
Mediana (RI)	7 (2)			
Dolor Neurológico (sólo aquellos que tengan dolor neurológico concomitante a migraña)	Intensidad del dolor	Nada (0)	1	0,4%
		Muy poco o poco (1-3)	5	1,9%
		Moderado (4-6)	53	20,3%
		Mucho (7-9)	174	66,7%
		Insoportable (10)	28	10,7%
		Media (DT)	7,5 (2,6)	
Mediana (RI)	8 (2)			
Dolor Oncológico (sólo aquellos que tengan dolor oncológico concomitante a migraña)	Intensidad del dolor	Nada (0)	0	0%
		Muy poco o poco (1-3)	1	3,6%
		Moderado (4-6)	3	10,7%
		Mucho (7-9)	22	78,6%
		Insoportable (10)	2	7,1%
		Media (DT)	7,5 (1,4)	
Mediana (RI)	7,5 (1)			
Dolor Postquirúrgico (sólo aquellos que tengan dolor postquirúrgico concomitante a migraña)	Intensidad del dolor	Nada (0)	0	0%
		Muy poco o poco (1-3)	0	0%
		Moderado (4-6)	18	19,8%
		Mucho (7-9)	61	67%
		Insoportable (10)	12	13,2%
		Media (DT)	7,7 (1,5)	
Mediana (RI)	8 (2)			

Dolor Visceral (sólo aquellos que tengan dolor visceral concomitante a migraña)	Intensidad del dolor	Nada (0)	0	0%
		Muy poco o poco (1-3)	0	0%
		Moderado (4-6)	7	18,9%
		Mucho (7-9)	26	70,3%
		Insoportable (10)	4	10,8%
		Media (DT)	7,6 (1,4)	
Mediana (RI)	7 (2)			
Dolor Postraumático (sólo aquellos que tengan dolor postraumático concomitante a migraña)	Intensidad del dolor	Nada (0)	0	0%
		Muy poco o poco (1-3)	0	0%
		Moderado (4-6)	18	17,5%
		Mucho (7-9)	71	68,9%
		Insoportable (10)	14	13,6%
		Media (DT)	7,8 (1,5)	
Mediana (RI)	8 (2)			

## CARACTERÍSTICAS DE LA MIGRAÑA SIN OTRAS COMORBILIDADES DOLOROSAS

Tabla A2 - 6. Características de los encuestados que refieren sólo migraña y otros dolores de cabeza crónicos sin otras comorbilidades.

Variables	Categorías	N	%
Variables	<b>MIGRAÑA Y OTROS DOLORES DE CABEZA CRÓNICOS</b>		
	N	Prevalencia Bruta (%)	IC95%
Prevalencia global en pacientes con dolor crónico	36	2%	(1,38-2,73%)
Prevalencia global en el total de los encuestados	36	0,5% *5 de cada 1.000 personas	(0,36-0,71%)
<b>DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>			
Edad	18-34	13	36,1%
	35-54	14	38,9%
	55-75	8	22,2%
	76-85	1	2,8%
Edad	Media (DT)	44,4 (16,2)	
	Mediana (RI)	43 (28)	
Sexo	Hombre	14	38,9%
	Mujer	22	61,1%
Comunidad Autónoma	Andalucía	5	13,9%
	Aragón	1	2,8%
	Asturias	1	2,8%
	Islas Baleares	1	2,8%
	Canarias	2	5,6%
	Cantabria	0	0%
	Castilla y León	3	8,3%
	Castilla - La Mancha	3	8,3%
	Cataluña	7	19,4%
	Comunidad Valenciana	5	13,9%
	Extremadura	1	2,8%
	Galicia	1	2,8%
	Comunidad de Madrid	2	5,6%
	Murcia	0	0%
	La Rioja	0	0%
	Navarra	0	0%
País Vasco	4	11,1%	
Nivel de estudios	Sin Estudios	0	0%
	Estudios Primarios	1	2,8%
	Estudios Secundarios	6	16,7%
	Formación Profesional	11	30,6%
	Estudios universitarios	18	50%
	No contesta	0	0%
Situación laboral	Tengo trabajo actualmente	21	58,3%
	Estoy en paro	2	5,6%
	Estoy Jubilado/retirado	7	19,4%
	Tengo la incapacitación laboral permanente	0	0%
	Estoy estudiando	2	5,6%
	Trabajo doméstico no remunerado	4	11,1%
Baja Laboral por cualquier causa (Contestan sólo los que trabajan actualmente)	Sí	5	23,8%
	No	16	76,2%

USO DEL SISTEMA SANITARIO			
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas por cualquier causa	Sí	19	52,8%
	No	17	47,2%
Frecuencia con la que acude a Atención Primaria (contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior)	Ninguna vez	4	21,1%
	1 vez	12	63,2%
	2 veces	3	15,8%
	3 veces o más	0	0%
Frecuencia con la que acude a Atención Especializada (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	9	47,4%
	1 vez	7	36,8%
	2 veces	2	10,5%
	3 veces o más	1	5,3%
Frecuencia con la que acude a Atención Hospitalaria (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	18	94,7%
	1 vez	1	5,3%
	2 veces	0	0%
	3 veces o más	0	0%
Frecuencia con la que acude a Urgencias (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	12	63,2%
	1 vez	6	31,6%
	2 veces	1	5,3%
	3 veces o más	0	0%

VARIABLES	CATEGORÍAS	N	%
<b>CUESTIONARIO PRINCIPAL: ESTADO DE SALUD</b>			
Calidad de Vida (SF 12v.2). PCS	Media (DT)	45 (8,1)	
	Mediana (RI)	47,5 (10,9)	
Calidad de Vida (SF 12v.2). MCS	Media (DT)	41 (12)	
	Mediana (RI)	42,9 (19,4)	
HADS- Depresión	Media (DT)	6,3 (5,6)	
	Mediana (RI)	4,5 (8)	
	No Caso	23	63,9%
	Caso dudoso	5	13,9%
HADS- Ansiedad	Caso	8	22,2%
	Media (DT)	8,3 (4,4)	
	Mediana (RI)	8,5 (7)	
	No Caso	17	47,2%
Apoyo social: DUKE Puntuación (11-55) Menor puntuación menor apoyo	Caso dudoso	6	16,7%
	Caso	13	36,1%
	Media (DT)	38,9 (13,9)	
	Mediana (RI)	42 (20)	
	Apoyo social percibido bajo (<32)	10	27,8%
	Apoyo normal (≥32)	26	72,2%

<b>CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR</b>			
Duración del dolor crónico en años	Media (DT) Mediana (RI)	11,8 (13,9) 6 (14,5)	
Donde se localiza el dolor que más le afecta	Es un dolor generalizado	1	2,8%
	Cabeza	30	83,3%
	Cuello (cervicales)	1	2,8%
	Espalda	1	2,8%
	Extremidades y/o articulaciones	2	5,6%
	Pecho	0	0%
	Abdomen	1	2,8%
	Otro	0	0%
Trastorno del sueño debido al DC	Sí	22	61,1%
	No	14	38,9%
Intensidad del Dolor	Nada (0)	0	0%
	Muy poco o poco (1-3)	2	5,6%
	Moderado (4-6)	11	30,6%
	Mucho (7-9)	21	58,3%
	Insoportable (10)	2	5,6%
	Media (DT) Mediana (RI)	6,9 (1,8) 7 (2)	
<b>CONSECUENCIAS LABORALES DEL DC EN LOS ENCUESTADOS CON MIGRAÑA Y OTROS DOLORES DE CABEZA CRÓNICOS</b>			
Baja laboral a causa del dolor en el último año	Sí	6	17,1%
	No	29	82,9%
Tiempo Baja laboral en el último año (Meses)	Media (DT) Mediana (RI)	4,5 (4,7) 3,5 (8,8)	
Deja o cambia de puesto de trabajo a causa de DC (sólo los que ha respondido sí en la pregunta anterior)	Sí. lo tuve que dejar	2	33,3%
	Sí. cambié de puesto	1	16,7%
	No	3	50%
<b>USO SISTEMA SANITARIO A CAUSA DEL DC EN LOS ENCUESTADOS CON MIGRAÑA Y OTROS DOLORES DE CABEZA CRÓNICOS</b>			
Acude a Atención Sanitaria las últimas 4 semanas	Sí	15	41,7%
	No	21	58,3%
Frecuencia con la que acude a Atención Primaria (contestan sólo los que han dicho sí a la pregunta anterior)	Ninguna vez	5	33,3%
	1 vez	10	66,7%
	2 veces	0	0%
	3 veces o más	0	0%
Frecuencia con la que acude a Atención Especializada (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	7	46,7%
	1 vez	4	26,7%
	2 veces	3	20%
	3 veces o más	1	6,7%

Unidad/especialidad en la que ha sido atendido. (Contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta anterior)	Unidad del dolor	Sí	1	6,7%
		No	14	93,3%
	Rehabilitación	Sí	0	0%
		No	15	100%
	Traumatología	Sí	0	0%
		No	15	100%
	Reumatología	Sí	0	0%
		No	15	100%
	Neurología	Sí	11	73,3%
	No	4	26,7%	
Medicina Interna	Sí	1	6,7%	
	No	14	93,3%	
Oncología	Sí	0	0%	
	No	15	100%	
Neurocirugía	Sí	2	13,3%	
	No	13	86,7%	
Fisioterapia	Sí	1	6,7%	
	No	14	93,3%	
Tiempo de espera primera consulta Unidad de Dolor (Meses)	Media (DT)	12 (0)		
	Mediana (RI)	12 (0)		
Frecuencia con la que acude a Atención Hospitalaria (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	14	93,3%	
	1 vez	1	6,7%	
	2 veces	0	0%	
	3 veces o más	0	0%	
Frecuencia con la que acude a Urgencias (contestan sólo los que han dicho sí en la pregunta de A.S)	Ninguna vez	12	80%	
	1 vez	3	20%	
	2 veces	0	0%	
	3 veces o más	0	0%	



