

RED I N F O R M A L D E D O C U M E N T A C I Ó N S O B R E  
LA S A L U D P S I C O S O C I A L D E LA F A M I L I A

# la familia como agente de salud



DOCUMENTACIÓN • Nº 77

## Migraña

1 octubre de 2016

Elaborado por el Dr. Jose Antonio Serrano, director del Área de Salud de The Family Watch

El Día de Acción contra la Migraña (EMDA por sus siglas en inglés), se lleva a cabo anualmente cada 12 de septiembre, con el objetivo de dar a conocer la migraña y otras cefaleas. En España, los pacientes afectados por esta enfermedad están representados por la Asociación Española de Pacientes con Cefalea – AEPAC. Según esta asociación el 80% de la población sufre algún tipo de Cefalea (Dolor de cabeza) y entre todas ellas destaca la Migraña. En España hay 4 millones de afectados por Migraña de los cuales 1.600.000 sufren más de 15 crisis al mes, lo que supone una situación de total incapacidad para llevar vida normal, profesional, social y en algunos casos incluso familiar. Esta enfermedad puede llegar a condicionar totalmente el tipo de vida de una persona.

"Nos encontramos frente a una nueva era con interesantes investigaciones en nuevos tratamientos. Tenemos la esperanza de que se va a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por la Migraña y otras cefaleas", dice Elena Ruiz de la Torre, presidenta de la European Headache Alliance. La EHA está muy preocupada por el constante aumento del número de personas que viven con dolor de cabeza crónico (más de 15 días al mes) y el creciente y elevado número de niños que sufren migraña también de manera crónica (1 de cada 10). En muchos casos como consecuencia del autotratamiento con analgésicos o los tratamientos no adecuados, que puede conducir a la cefalea por abuso de medicación. (<http://www.dolordecabeza.net/aepac>)

Con tal motivo aprovechamos para repasar conceptos básicos sobre las cefaleas, en general y sobre la migraña, en particular.

### Cefaleas

La cefalea, o dolor de cabeza, no es un diagnóstico sino un síntoma. Es la forma más frecuente de expresión del dolor en el hombre.

-Prácticamente todo el mundo (93%) ha sufrido en alguna ocasión un episodio de cefalea.

-Más de la mitad de la población sufre algún tipo de cefalea.

-Una persona de cada siete sufre migraña.

-Una persona de cada veinticinco sufre cefalea crónica diaria o casi diaria.

-En una persona pueden coexistir más de un tipo de cefalea (ejemplo: migraña y cefalea tensión, migraña y neuralgia, etc.)

Las cefaleas o dolores de cabeza se dividen en dos grandes grupos:

a) Cefaleas primarias.- El dolor de cabeza es el único o principal signo de la enfermedad. (Migraña, cefalea de tensión, cefalea en racimos, etc.)

b) Cefaleas secundarias.- El dolor de cabeza es un síntoma de otra enfermedad. (gripe, meningitis, hemorragia cerebral, etc.)

Está claro que no todas las cefaleas son primarias o secundarias: pueden ser neuropatías craneales dolorosas, otro dolor facial o incluso otra cefalea. Las neuropatías craneales más comunes son las neuralgias, donde el dolor suele seguir el trayecto de un nervio y de sus ramificaciones, y que cursa sin fenómenos inflamatorios. Su origen puede estar en una lesión del nervio: su compresión, su distorsión, su exposición al frío etc. Es por tanto un tipo totalmente diferente de dolor de cabeza.

El lector interesado puede consultar la guía diagnóstica de las cefaleas más utilizada en el mundo: La Clasificación Internacional de las Cefaleas (International Classification of Headache Disorders (ICHD).

Es un documento que edita la Sociedad Internacional de Cefaleas International Headache Society (IHS), en su Tercera edición, publicada en marzo de 2013, en su versión provisional: ICHD-III Beta.

### **¿Qué carga imponen las cefaleas?**

La cefalea no solo es dolorosa sino también incapacitante. En el Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, actualizado en 2013, la migraña por sí sola representó la sexta causa mundial de los años perdidos por discapacidad. Colectivamente, las cefaleas fueron la tercera causa.

Las cefaleas imponen además una carga personal bajo la forma de intenso sufrimiento, menoscabo de la calidad de vida y costos económicos. Las cefaleas frecuentes, así como el temor constante con respecto al siguiente episodio, dañan la vida familiar, las relaciones sociales y el trabajo. Los esfuerzos prolongados que supone habérselas con una cefalea crónica pueden asimismo predisponer a la aparición de otras enfermedades; por ejemplo: la depresión y la ansiedad, que son significativamente más frecuentes en las personas aquejadas de migraña que en las sanas.

### **Migraña (jaqueca o hemicránea)**

-Es una cefalea primaria.

-La migraña suele aparecer en la pubertad y afecta principalmente al grupo entre los 35 y los 45 años de edad.

-Es dos veces más frecuente entre las mujeres que entre los hombres debido a influencias hormonales.

-Está causada por la activación de un mecanismo encefálico que conduce a la liberación de sustancias inflamatorias y causantes de dolor alrededor de los nervios y vasos sanguíneos de la cabeza.

-La migraña es recurrente, a menudo dura toda la vida y se caracteriza por episodios recurrentes.

-Los episodios se caracterizan normalmente por:

a) cefalea

- de intensidad moderada a severa;
- dolor de un solo lado de la cabeza y/o pulsátil;
- empeora con la actividad física ordinaria;
- puede durar desde algunas horas hasta 2 o 3 días;

b) náuseas (el síntoma asociado más característico);

c) los episodios se presentan con una frecuencia que varía entre uno al año y uno por semana;

d) en los niños, los episodios suelen durar menos y los síntomas abdominales son más prominentes.

### **Cefalea tensional**

-Es la cefalea primaria más común.

-La cefalea tensional episódica, que se produce menos de 15 días al mes, se observa en más del 70% de ciertos grupos de población.

-La cefalea crónica, que se produce más de 15 días al mes, afecta al 1-3% de los adultos

-La cefalea tensional a menudo empieza en la adolescencia y afecta más a las mujeres que a los hombres en una relación de 3:2.

-Puede guardar relación con el estrés o con problemas osteomusculares del cuello.

-Cuando es episódica, los episodios duran por lo general unas pocas horas, pero pueden persistir varios días.

-La cefalea tensional crónica puede ser constante y es mucho más incapacitante que la forma episódica.

-El paciente describe esta cefalea a menudo como una especie de banda de presión u opresión alrededor de la cabeza, que a veces se irradia al cuello o desde este.

### **Cefalea en racimos**

-Es una cefalea primaria.

-Es relativamente rara; afecta a menos de 1 en 1000 adultos; es más frecuente en los hombres que en las mujeres, con una relación de 6:1.

-Generalmente se presenta a partir de los veintitantos años.

-Se caracteriza por episodios recurrentes y frecuentes (hasta varias veces al día), breves pero sumamente dolorosos, de cefalea y normalmente se concentran en torno a un ojo, que lagrimea y se enrojece; se acompaña de rinorrea u obstrucción de la fosa nasal del lado afectado, y el párpado puede estar caído.

-Puede ser episódica o crónica.

Con respecto a la migraña conviene conocer la nota de prensa de la SEN con motivo del Día Europeo de Acción contra la Migraña, que transcribimos íntegramente por su importancia.

“Hoy, 12 de septiembre se conmemora el Día Europeo de Acción contra la Migraña, una enfermedad con un considerable impacto médico, social y económico, que afecta principalmente a pacientes entre los 20 y 50 años de edad. La Sociedad Española de Neurología (SEN) estima que más de 3,5 millones de personas padecen de migraña en España y de ellos, casi un millón la sufren de forma crónica, es decir, tienen dolor de cabeza más de 15 días al mes.

De acuerdo a los datos del Estudio PRIMERA, realizado en España por miembros del Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN en pacientes que acudían por primera vez a la consulta de neurología, más de un 70% de los pacientes con migraña presentan una discapacidad grave y un 14% una discapacidad moderada. Pero a pesar de la elevada discapacidad que la migraña conlleva para los que la padecen, son aún muchos los pacientes que nunca han consultado con su médico su patología o, si lo han hecho, no han recibido un tratamiento adecuado. Según datos de la SEN al menos un 25% de los pacientes no han consultado su dolencia con el médico y un 50% abandona el seguimiento tras las primeras consultas. Además, según el estudio PRIMERA sólo un 17% utiliza una medicación correcta para el tratamiento sintomático de sus crisis de migraña.

“Las cefaleas en general y la migraña en particular, suponen el primer motivo de consulta neurológica. No obstante, teniendo en cuenta que la prevalencia de la migraña es del 12-13%, pero que la prevalencia percibida en las consultas de atención primaria es solo del 4,5%, queda claro que aún existen muchos pacientes con un seguimiento inadecuado de su enfermedad”, señala la Dra. Patricia Pozo Rosich, Coordinadora del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología.

Uno de los principales problemas de no consultar la enfermedad con el médico es que un elevado porcentaje de los pacientes que nunca han consultado suele utilizar fármacos de libre dispensación, sin el consiguiente control médico y éste es uno de los principales factores que elevan significativamente el riesgo de cronificación”.

Según datos de la SEN, cada año, un 3% de los pacientes con migraña cronifican su enfermedad y un 6% de los pacientes pasa de tener una migraña episódica de baja frecuencia a una de alta frecuencia. Esta transformación se realiza de forma gradual, pasando por un período intermedio en el que los ataques de migraña aumentan claramente en frecuencia para, finalmente, dar lugar a una situación donde se sucede más días con dolor que días sin dolor. Además de que la migraña crónica supone un gran impacto en el ámbito personal y social, afectando gravemente a la calidad de vida, discapacidad y actividad diaria, estos pacientes tienen

el doble de posibilidades de sufrir depresión, ansiedad y dolor crónico, respecto a otros que su migraña no es crónica.

“Casi todos los casos son susceptibles de mejorar si se manejan de un modo adecuado. Es recomendable consultar con el neurólogo cuando se produce un cambio en las características de la cefalea, cuando se hace más intensa o más frecuente de lo habitual, cuando el tratamiento pierde eficacia y, por supuesto, cuando el dolor de cabeza se acompaña de algún síntoma no habitual, porque en estos casos puede ser necesario realizar alguna prueba o cambiar la medicación de una forma individualizada”, destaca la Dra. Patricia Pozo Rosich. “En un estudio epidemiológico español, se hizo un seguimiento de los pacientes con cefalea crónica diaria tras haber realizado una intervención terapéutica, y hasta un 60% de los pacientes mejoró. Es decir, con un mayor interés y diagnóstico de esta enfermedad, muchos pacientes se beneficiarían de tratamientos adecuados”.

Una vez diagnosticada una migraña, el tratamiento se divide en dos: tratamiento sintomático y tratamiento preventivo. Estos tratamientos tienen el objetivo de aliviar el dolor, restaurar la función y reducir la frecuencia de dolor de cabeza. Además un objetivo adicional puede ser la prevención de la progresión hacia una migraña crónica. El tratamiento preventivo es necesario cuando la migraña es difícil de controlar y aumenta en frecuencia y duración. Aproximadamente un 25% de los pacientes que consultan por migraña necesita tratamiento preventivo, aunque sólo un 5% lo recibe.

“El tratamiento preventivo de la migraña está infrutilizado. Además, la adhesión y persistencia al tratamiento son bajas. Concretamente, se estima que un 24% de los pacientes con migraña episódica y un 40,8% de los pacientes con migraña crónica discontinúan su tratamiento. Sin embargo, es crucial para poder controlar la frecuencia, intensidad y duración de las crisis de migraña, lo que permite a los pacientes un menor uso de analgésicos”, explica la Dra. Patricia Pozo Rosich. “La principal razón que aluden los pacientes a esta falta de adherencia es la falta de eficacia de los tratamientos. Pero hay que tener en cuenta que el beneficio de la mayoría de los fármacos preventivos aparece tras dos o tres meses de tratamiento. Un beneficio precoz, a excepción de lo que puede ocurrir en algunos casos con la toxina botulínica, es muy infrecuente”.

### **¿Por qué tengo migraña?**

La migraña tiene una base genética que hace que los pacientes sean potencialmente más vulnerables al sistema del dolor. Esto, unido a factores ambientales, como hormonas, alteración del sueño, estrés y de otro tipo, modulan la expresión de estos genes involucrados en aspectos como la plasticidad y la excitabilidad del cerebro, así como en la memoria del dolor o los estados anímicos, lo que hace que la compleja red de dolor del sistema límbico esté en un permanente estado de inestabilidad. Los ataques de migraña se desencadenan por la suma de varios de estos factores, provocando la activación del sistema trigeminovascular de nuestro cerebro. En el caso de la migraña episódica, el sistema es capaz de volver a un estado de equilibrio, pero en el caso de cronificarse el dolor, los propios ataques repetidos podrían llevar a la disfun-

ción permanente de esta compleja red, lo que evitaría la restauración del equilibrio del sistema.

### **¿Qué puedo hacer para evitar ataques de migraña?**

Ya se ha señalado que, cuando la migraña es difícil de controlar y aumenta en frecuencia y duración, es necesario acudir al médico para obtener un tratamiento preventivo. No obstante existen numerosas situaciones o factores externos que pueden actuar como precipitantes de las crisis de migraña y evitarlos, en lo posible, debe formar parte del tratamiento.

De acuerdo al Estudio FACTOR, realizado en España por miembros del Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN entre casi 1.000 pacientes, casi el 97% de los participantes fueron capaces de identificar al menos un factor precipitante de sus crisis, siendo el estrés (71%), los cambios hormonales por la menstruación, embarazo o menopausia (75% en mujeres) y los trastornos del sueño (68%) los más referidos.

Los factores ambientales (59,55) principalmente por los cambios de tiempo (33,5%) o la sobreexposición al sol o la claridad (22%), son la cuarta razón más señalada, seguida de ciertas conductas dietéticas (55%) –ayuno y consumo de alcohol (31%), principalmente- y de los relacionados con el esfuerzo o actividades físicas (21%)”.

### **Referencias**

<https://www.midolordecabeza.org/Introduccion-cefaleas>

[http://www.sen.es/pdf/2014/cic3\\_beta.pdf](http://www.sen.es/pdf/2014/cic3_beta.pdf)

OMS. Cefaleas. Nota descriptiva. Abril 2016. (Centro de prensa)  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/es/>

Nota de Prensa de la Sociedad Española de Neurología. 12/09/2016  
(<http://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link193.pdf>)