

## Características de Migraña y Uso de Terapias Complementarias. Encuesta Europea Trabajo y Migraña

### Migraine Characteristics and Use of Complementary Therapies. European Work and Migraine Survey

**Fecha de recibido:** 28-Jul-2022, Manuscript No. ipadm-22-2584; **Fecha del Editor asignado:** 01-Aug-2022, PreQC No. ipadm-22-2584(PQ); **Fecha de Revisados:** 15-Aug-2022, QC No. ipadm-22-2584; **Fecha de Revisado:** 22-Aug-2022, Manuscript No. ipadm-22-2584(R); **Fecha de Publicación:** 29-Aug-2022, DOI:10.36648/1698-9465.22.18.1553

**María Teófila Vicente-Herrero<sup>1\*</sup>, María Victoria Ramírez Iñiguez de la Torre<sup>1</sup>, Elena Ruiz de la Torre<sup>2</sup> and Luis Reinoso Barbero<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Servicio de Medicina del Trabajo. Grupo Correos. Valencia, España

<sup>2</sup> Defensor del paciente y director ejecutivo, European Migraine and Headache Alliance, Bruselas, Bélgica

<sup>3</sup> Servicio de Medicina del Trabajo Banco Santander. Madrid, España

#### \*Correspondencia:

María Teófila Vicente-Herrero

 mtvh@ono.com

#### Resumen

La migraña, afecta mundialmente a una de cada diez personas, con aumento creciente y mayor prevalencia entre mujeres de zonas urbanas. Aunque los tratamientos habituales son farmacológicos, aumenta el uso de técnicas alternativas. Es objetivo de este trabajo valorar la influencia de variables socio-demográficas en las características de la migraña en países europeos y uso de terapias alternativas no farmacológicas.

Estudio observacional transversal mediante encuesta anónima vía web a 3.342 pacientes de países europeos. Variables de estudio: edad, género, país, tipo de localidad, nivel de estudios, ámbito rural o urbano y la respuesta a: ¿Usa otros tratamientos complementarios? (dietas, fisioterapia, mindfulness...): Sí, No. El tipo de migraña, duración y frecuencia se relacionan con edad, género y factores culturales. Su distribución y características difieren en los países europeos estudiados.

La utilización de terapias alternativas en migraña es un fenómeno creciente, con mayor uso en pacientes entre 41-60 años y estudios superiores.

**Palabras clave:** Migraña, Terapias complementarias, Salud pública

#### Abstract

Migraine affects one of every ten people worldwide, with an increasing and higher prevalence among women in urban areas. Although the usual treatments are pharmacological, the use of alternative techniques increases. This study aim is to assess the influence of socio-demographic variables on the characteristics of migraine in European countries and the use of non-pharmacological alternative therapies.

Cross-sectional observational study by anonymous web survey to 3,342 patients from European countries. Study variables: age, gender, country, type of location, level of studies, and rural or urban area and the response to: Do you use other complementary treatments? (Diets, physiotherapy, mindfulness ...): Yes, No.

Type, duration and migraine frequency are related to age, gender and cultural factors. Its distribution and characteristics differ according to the European countries studied.

The use of alternative therapies in migraine is a growing phenomenon, with greater use in patients between 41-60 years and higher education.

**Keywords:** Migraine, Complementary therapies, Public health. FibroScan, Liver biopsy.

## Introducción

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

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

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

Es objetivo de este trabajo valorar la influencia de variables sociales y demográficas en las características de la migraña en distintos países europeos y el uso de terapias alternativas no farmacológicas.

## Material y Métodos.

Estudio observacional transversal, mediante encuesta anónima de 32 cuestiones con respuesta múltiple (ver anexo), no validada, ubicada en la web de la European Migraine and Headache Alliance (EMHA) y avalada científicamente por la asociación española de especialistas en medicina del trabajo (AEEMT). Participan 3.342 pacientes de España, Italia, Francia, Portugal, Irlanda, Reino Unido, Alemania y otros países de la Unión Europea no incluidos entre los anteriores en el diseño inicial del estudio y que respondieron a ella. Son criterios de inclusión tener diagnóstico previo de migraña, estar trabajando en el momento de la encuesta o haberlo estado en el año previo y participar de forma voluntaria. Se recogen los datos desde septiembre de 2018 hasta enero de 2019.

A partir del descriptivo inicial se analizan de forma específica las respuestas correspondientes al control sanitario de la migraña en función de variables sociodemográficas: edad: hasta 20 años, entre 21-40, entre 41-60, más de 60; género: hombre, mujer; lugar de residencia: España, Italia, Francia, Portugal, Irlanda, Reino Unido, Alemania, Otro país de la UE; tipo de localidad

donde reside: hasta 500 habitantes, 501-10.000 habitantes, 10.001-250.000 habitantes, 250.001-1 millón de habitantes, más de un millón de habitantes; nivel de estudios: elementales, medios, superiores; ámbito en el que vive: rural (pueblo), urbano (capital).

Las características de la migraña se recogen en las preguntas 8, 9 y 10 del cuestionario: Tipo de Migraña que padece: Con aura, Sin aura, Ambos tipos, Crónica/Cronificada; Duración de las Crisis: Menos de 4 horas, Entre 4-6 horas, Más de 6 horas; Frecuencia de las crisis: Menos de 3/mes, Entre 3-6/mes, Más de 6/mes. Las opciones de terapias complementarias se recogen en la pregunta 14 del cuestionario: ¿Usa otros tratamientos complementarios? (dietas, fisioterapia, mindfulness...etc.): Sí, No.

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

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

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

## Resultados

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

### Los resultados de las características de las crisis de migraña indican:

Que todos los tipos de migraña aumentan su frecuencia a partir de los 20 años, si bien la migraña con aura destaca en los pacientes jóvenes, con menos de 20 años ( $p < 0.0001$ ). Todos los tipos son más frecuentes en la mujer ( $p < 0.001$ ). España y Alemania son los que mayor frecuencia tienen en todos los tipos de migraña, si bien en la crónica destacan también Reino Unido, Italia y resto de países de la UE no incluidos en el diseño inicial ( $p < 0.0001$ ). Todos los tipos de migraña muestran cifras más elevadas en localidades de más de 500 habitantes ( $p < 0.042$ ), en personas con estudios superiores o medios ( $p < 0.038$ ), pero no muestran relación con el ámbito rural o urbano en el que residen. ( $p > 0,05$ ). (Tabla 1)

En duración de las crisis los resultados indican significación estadística con la edad, siendo entre 4-6 horas en el grupo de pacientes más joven y más de 6 horas a partir de esa edad y hasta los 60 años ( $p < 0.0001$ ). En las mujeres va aumentando la

Tabla 1. Tipo de migraña y variables relacionadas.

Variable	Tipo de migraña										p-valor
	Con aura (n=619)		Sin aura (n=836)		Ambos tipos (n=802)		Crónica Cronificada (n=1078)		Total (n=3335)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Edad</b>											
<20 años	100	16.23	75	8.99	110	13.72	102	9.48	387	11.63	<0.0001
Entre 21-40	308	50	331	39.69	365	45.51	430	39.96	1434	43.09	
Entre 41-60	192	31.17	406	48.68	305	38.03	503	46.75	1406	42.25	
> 61	16	2.6	22	2.64	22	2.74	41	3.81	101	3.03	
<b>Total</b>	<b>616</b>	<b>100</b>	<b>834</b>	<b>100</b>	<b>802</b>	<b>100</b>	<b>1076</b>	<b>100</b>	<b>3328</b>	<b>100</b>	
<b>Género</b>											
Hombre	88	14.29	79	9.46	69	8.6	96	8.92	332	9.97	0.001
Mujer	528	85.71	756	90.54	733	91.4	980	91.08	2997	90.03	
<b>Total</b>	<b>616</b>	<b>100</b>	<b>835</b>	<b>100</b>	<b>802</b>	<b>100</b>	<b>1076</b>	<b>100</b>	<b>3329</b>	<b>100</b>	
<b>País</b>											
España	228	36.89	224	26.79	252	31.62	325	30.29	1029	30.96	<0.0001
Italia	34	5.5	65	7.78	60	7.53	119	11.09	278	8.36	
Francia	17	2.75	16	1.91	24	3.01	29	2.7	86	2.59	
Portugal	27	4.37	28	3.35	40	5.02	37	3.45	132	3.97	
Irlanda	53	8.58	37	4.43	58	7.28	74	6.9	222	6.68	
Reino Unido	63	10.19	49	5.86	59	7.4	128	11.93	299	9	
Alemania	121	19.58	224	26.79	167	20.95	191	17.8	703	21.15	
Otro País de la UE	75	12.14	193	23.09	137	17.19	170	15.84	575	17.3	
<b>Total</b>	<b>618</b>	<b>100</b>	<b>836</b>	<b>100</b>	<b>797</b>	<b>100</b>	<b>1073</b>	<b>100</b>	<b>3324</b>	<b>100</b>	
<b>Características de Localidad</b>											
< 500 hab.	32	5.19	30	3.59	27	3.38	46	4.29	135	4.06	0.042
500-10.000 hab.	132	21.43	200	23.95	213	26.62	232	21.64	777	23.38	
10.000-250.000 hab	239	38.8	317	37.96	293	36.62	398	37.13	1247	37.53	
250.000-1 millón de hab	86	13.96	131	15.69	94	11.75	138	12.87	449	13.51	
>1 millón de hab.	127	20.62	157	18.8	173	21.62	258	24.07	715	21.52	
<b>Total</b>	<b>616</b>	<b>100</b>	<b>835</b>	<b>100</b>	<b>800</b>	<b>100</b>	<b>1072</b>	<b>100</b>	<b>3323</b>	<b>100</b>	
<b>Nivel de estudios</b>											
Elementales	24	3.88	25	3	45	5.63	38	3.53	132	3.97	0.038
Medios	167	27.02	202	24.25	220	27.53	304	28.2	893	26.83	
Superiores	427	69.09	606	72.75	534	66.83	736	68.27	2303	69.2	
<b>Total</b>	<b>618</b>	<b>100</b>	<b>833</b>	<b>100</b>	<b>799</b>	<b>100</b>	<b>1078</b>	<b>100</b>	<b>3328</b>	<b>100</b>	
<b>Ámbito en el que vive</b>											
Rural (Pueblo)	190	30.79	263	31.57	253	31.62	335	31.08	1041	31.28	0.983
Urbano (Capital)	427	69.21	570	68.43	547	68.38	743	68.92	2287	68.72	
<b>Total</b>	<b>617</b>	<b>100</b>	<b>833</b>	<b>100</b>	<b>800</b>	<b>100</b>	<b>1078</b>	<b>100</b>	<b>3328</b>	<b>100</b>	

duración según lo hace la edad ( $p < 0.0001$ ). En Alemania, Irlanda y Reino Unido se encuentra mayor porcentaje de personas con crisis de larga duración y en España, Italia, Portugal y resto de países de UU las crisis son de 4-6 h ( $p < 0.0001$ ). No influye en la duración de las crisis el tamaño de su localidad, pero sí el nivel de estudios, siendo mayores las crisis en los de estudios superiores ( $p < 0.001$ ) y con escasa significación diferenciando ámbito rural y urbano ( $p < 0.31$ ). (Tabla 2).

El uso de terapias complementarias, diferenciando cada opción en relación con las variables estudiadas, y considerando solo aquellos resultados con significación estadística, muestra que: género, ámbito de residencia y características de la localidad no muestran relación con el uso de estas terapias, pero sí la edad, siendo mayor su uso en pacientes de más de 20 años, especialmente entre 41-60 años ( $p < 0.0001$ ), en pacientes con estudios superiores ( $p < 0.0001$ ) y en Alemania, España y resto de países de la UE ( $p < 0.0001$ ). (Tabla 3).

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

Variable	DURACIÓN DE LAS CRISIS								p-valor
	Menos de 4 horas (n=326)		Entre 4-6 horas (n=838)		Más de 6 horas (n=2177)		Total (n=3341)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Edad</b>									
<20 años	80	24.54	153	18.28	160	7.37	393	11.79	<0.0001
Entre 21-40	127	38.96	415	49.58	892	41.09	1434	43.01	
Entre 41-60	103	31.6	255	30.47	1047	48.23	1405	42.14	
> 61	16	4.91	14	1.67	72	3.32	102	3.06	
<b>Total</b>	<b>326</b>	<b>100</b>	<b>837</b>	<b>100</b>	<b>2171</b>	<b>100</b>	<b>3334</b>	<b>100</b>	
<b>Género</b>									
Hombre	75	23.08	107	12.77	151	6.95	333	9.99	<0.0001
Mujer	250	76.92	731	87.23	2021	93.05	3002	90.01	
<b>Total</b>	<b>325</b>	<b>100</b>	<b>838</b>	<b>100</b>	<b>2172</b>	<b>100</b>	<b>3335</b>	<b>100</b>	
<b>País</b>									
España	157	48.16	339	40.5	542	25.01	1038	31.17	<0.0001
Italia	36	11.04	65	7.77	177	8.17	278	8.35	
Francia	9	2.76	22	2.63	56	2.58	87	2.61	
Portugal	12	3.68	33	3.94	87	4.01	132	3.96	
Irlanda	15	4.6	43	5.14	162	7.48	220	6.61	
Reino Unido	12	3.68	41	4.9	246	11.35	299	8.98	
Alemania	52	15.95	198	23.66	452	20.86	702	21.08	
Otro País de la UE	33	10.12	96	11.47	445	20.54	574	17.24	
<b>Total</b>	<b>326</b>	<b>100</b>	<b>837</b>	<b>100.01</b>	<b>2167</b>	<b>100</b>	<b>3330</b>	<b>100</b>	
<b>Características de Localidad</b>									
< 500 hab.	12	3.68	29	3.46	93	4.29	134	4.03	0.105
500-10.000 hab.	67	20.55	208	24.85	504	23.27	779	23.4	
10.000-250.000 hab	107	32.82	312	37.28	830	38.32	1249	37.52	
250.000-1 millón de hab	49	15.03	117	13.98	285	13.16	451	13.55	
>1 millón de hab.	91	27.91	171	20.43	454	20.96	716	21.51	
<b>Total</b>	<b>326</b>	<b>100</b>	<b>837</b>	<b>100</b>	<b>2166</b>	<b>100</b>	<b>3329</b>	<b>100.01</b>	
<b>Nivel de estudios</b>									
Elementales	22	6.75	41	4.9	71	3.27	134	4.02	0.001
Medios	101	30.98	240	28.67	557	25.63	898	26.92	
Superiores	203	62.27	556	66.43	1545	71.1	2304	69.06	
<b>Total</b>	<b>326</b>	<b>100</b>	<b>837</b>	<b>100</b>	<b>2173</b>	<b>100</b>	<b>3336</b>	<b>100</b>	
<b>Ámbito en el que vive</b>									
Rural (Pueblo)	86	26.38	248	29.59	711	32.75	1045	31.33	0.031
Urbano (Capital)	240	73.62	590	70.41	1460	67.25	2290	68.67	
<b>Total</b>	<b>326</b>	<b>100</b>	<b>838</b>	<b>100</b>	<b>2171</b>	<b>100</b>	<b>3335</b>	<b>100</b>	

**Tabla 3:** Tratamientos Complementarios Para Las Crisis De Migraña Y Variables Con Significación Estadística.

OTROS TRATAMIENTOS					
Variable	Si (n=1490)		No (n=1852)		p-valor
	n	%	n	%	
<b>Edad</b>					
Menos de 20 años	83	5.58	310	16.77	< 0.0001
Entre 21-40	628	42.23	806	43.61	
Entre 41-60	723	48.62	683	36.96	
Más de 61	53	3.56	49	2.65	
Total	1487	100	1848	100	
<b>País</b>					
España	298	20.11	739	39.97	< 0.0001
Italia	126	8.5	152	8.22	
Francia	41	2.77	45	2.43	
Portugal	44	2.97	88	4.76	
Irlanda	142	9.58	80	4.33	
Reino Unido	166	11.2	133	7.19	
Alemania	348	23.48	353	19.09	
Otro País de la UE	317	21.39	259	14.01	
Total	1482	100	1849	100	
<b>Nivel de estudios</b>					
Elementales	4	2.76	93	5.03	< 0.0001
Medios	327	22.02	568	30.72	
Superiores	1117	75.22	1188	64.25	
Total	1485	100	1849	100	
No disponible	5		3		

Dietas, fisioterapia, mindfulness...etc.

\*se incluyen solo las variables con p-valor<0.05. Se han descartado: género, ámbito de residencia, características de la localidad por p-valor>0.05

## Discusión

Los resultados de nuestro estudio muestran que el tipo de migraña se relaciona con la edad ( $p < 0.0001$ ) siendo más prevalente la migraña con aura y/o ambos tipos en las personas más jóvenes y la migraña sin aura y/o crónica en los de más edad. No se observan diferencias significativas estadísticamente en el tipo de migraña entre hombres y mujeres, aunque la tendencia es de una mayor presencia de migrañas con aura en el hombre y de ambos tipos o crónica en la mujer.

En consonancia con estos resultados, los trabajos de otros autores de Estados Unidos reflejan que las mujeres con migraña tuvieron tasas más altas de síntomas de migraña, aura, mayor deterioro asociado y mayor utilización de recursos de atención médica que los hombres [9].

Se observan en nuestro trabajo diferencias significativas ( $p < 0.0001$ ) según el país de procedencia. En España e Irlanda la prevalencia de migrañas con aura es mayor, Reino Unido e Italia muestran mayor presencia de migrañas crónicas y Francia, Portugal, Alemania y resto de países presentan migrañas sin aura o ambos tipos de forma predominante.

No se observan diferencias significativas según el número de habitantes de su localidad de residencia, nivel de estudios o

ámbito en el que vive. Los estudios realizados por otros autores muestran una relación entre la migraña episódica y la edad, siendo más prevalente en población joven, y relacionan también sus resultados con el nivel económico alto [10].

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

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

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

Los trabajos de otros autores han abordado algunos de estos aspectos, aunque de una forma tangencial, pero reconociendo que las disparidades en la migraña son cada vez más reconocidas, y que se entiende mejor como un problema de equidad en la salud, requiriendo incorporar perspectivas culturales, raciales, étnicas y socioeconómicas en todos los niveles de la sociedad. Estas incorporaciones proporcionan una base sólida para comprender el papel de esta compleja combinación de factores en el dolor y el tratamiento de la migraña y las configuraciones de los determinantes sociales y estructurales de la salud que interactúan para producir desigualdades en la atención de la migraña, especialmente entre las poblaciones marginadas o con menor acceso a servicios sanitarios [11]. En este tipo de comunidades de ámbito rural la telemedicina es una alternativa aceptada, viable, que ahorra tiempo y costos en consultas tradicionales con especialistas para los dolores de cabeza agudos como la migraña [12].

En el uso de terapias complementarias, los resultados muestran significación estadística en función de la edad, con menor uso en personas jóvenes y mayor utilización en adultos (por encima de 41 años).

Las diferencias en el uso de estas terapias entre hombres y mujeres muestra tendencia a un mayor uso en las mujeres, aunque sin significación estadística. Sí se observan diferencias por países, siendo en España y Portugal donde menos uso se hace de estas terapias y en Irlanda, Reino Unido Alemania y otros países donde más uso se hace.

No se observa significación estadística en el uso de estas terapias en función del número de habitantes de la localidad de residencia del paciente, ni tampoco en relación al ámbito rural o urbano en el que viva. Sí se observan diferencias relacionadas con su nivel formativo, con mayor utilización de estas terapias entre personas con estudios superiores frente a pacientes con estudios elementales o medios. Se observan también diferencias relacionadas con su nivel formativo, con mayor uso de estas terapias entre personas con estudios superiores frente a pacientes con estudios elementales o medios.

El uso de terapias alternativas no farmacológicas ha sido incluido en publicaciones de distintos autores, ya que los tratamientos convencionales resultan de utilidad limitada en ocasiones y muchos pacientes recurren a esta medicina complementaria y alternativa. Estas terapias han de ser seleccionadas en base a su evidencia científica para la prevención y el tratamiento de la migraña, al igual que ocurre en otras patologías crónicas no bien resueltas con la medicina tradicional [13]. Estudios de revisión en este tema evaluaron la evidencia desde 2015-2018 sobre las opciones de tratamiento de medicina integral y complementaria para la migraña episódica, concluyendo que estos tratamientos complementarios e integradores pueden ser útiles para pacientes con migraña, con eficacia potencial, pero estimando los beneficios y los riesgos [14]. Algunos de ellos se han focalizado en terapias concretas como la acupuntura, seleccionando puntos concretos más selectivos [15]. Aunque el uso de estas terapias se ha indicado especialmente en adultos, abre opciones de interés en pacientes jóvenes y en niños y adolescentes con migraña [16]. El Mindfulness se ha utilizado en pacientes con

migraña crónica comparando sus resultados con los obtenidos cuando se utilizan tratamientos profilácticos convencionales. En ambos casos se consigue una reducción similar en la frecuencia de las crisis [17]. Probablemente su uso este especialmente recomendado en pacientes con migraña crónica y uso elevado de fármacos o en colectivos concretos con pluripatologías y/o polimedificaciones [18,19]. Las intervenciones de autocontrol para la migraña y para la cefalea tensional son más efectivas que la atención habitual para reducir la intensidad del dolor y mejoran el estado de ánimo y la discapacidad relacionada con el dolor de cabeza, pero no tienen efecto en la frecuencia del dolor de cabeza, aunque pueden mejorar la efectividad de otros tratamientos [20]. Algunos métodos como la biblioterapia basado en Internet, permite ser utilizado con acceso fácil, bajo coste y mayor flexibilidad por el paciente [21]. Los ensayos realizados con técnicas de meditación en pacientes con migraña han resultado beneficiosos en la duración del dolor de cabeza, la reducción de la discapacidad, la autoeficacia y la atención plena, aunque se recomiendan estudios futuros con muestras de mayor tamaño para evaluar más a fondo esta intervención para adultos con migrañas [22].

La International Headache Society tiene como objetivo actualizar regularmente las recomendaciones y comentarios basadas en ensayos clínicos controlados y aleatorios para proporcionar un enfoque contemporáneo, estandarizado y basado en la evidencia para el tratamiento y control de los ataques de migraña [23]. De otro lado, los pacientes con migraña y con clínica de dolor de cabeza, en su necesidad y búsqueda de atención, exploran los enfoques convencionales y también de terapias no farmacológicas complementarias. Los médicos deben ser conscientes de este cambio impulsado por el paciente con el fin de evitar el mal uso de los recursos sanitarios y estar mejor equipados para satisfacer las necesidades de los pacientes [24].

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

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

## Conclusiones

1. Todos los tipos de migraña aumentan su frecuencia a partir de los 20 años, aunque la migraña con aura destaca en los pacientes jóvenes.
2. Todos los tipos de migraña son más frecuentes en la mujer.
3. Las crisis de menor duración se dan entre los pacientes de menos de 20 años, o mayores de 61. Entre los 41-60 años se dan las de mayor duración.
4. Todos los tipos de migraña muestran cifras más elevadas en localidades de más de 500 habitantes.

5. El uso de la medicina complementaria y alternativa en la migraña es un fenómeno creciente sobre el que se sabe poco. Su uso es mayor en pacientes entre 41-60 años y con estudios superiores.

## Agradecimientos

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

## Fuentes de Financiación

Este trabajo ha contado con financiación de la European Migraine & Headache Alliance.

## Declaración de conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses en este trabajo

## Referencias

1. Woldeamanuel YW, Cowan RP. Migraine affects 1 in 10 people worldwide featuring recent rise: A systematic review and meta-analysis of community-based studies involving 6 million participants. *J Neurol Sci* 2017; 372:307-315.
2. Wang X, Zhou HB, Sun JM, Xing YH, Zhu YL, Zhao YS. The prevalence of migraine in university students: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Neurol* 2016; 23:464-475.
3. Robbins MS, Lipton RB. The epidemiology of primary headache disorders. *Semin Neurol* 2010; 30:107-119.
4. Kamm K, Ruscheweyh R, Eren O, Straube A. The Classification of Headache: Important Aspects of Patient's History and Clinical Diagnostic. *Dtsch Med Wochenschr* 2017; 142:409-417.
5. Carbaat PA, Couturier EG. Headache: classification and diagnosis. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2016; 123:539-544.
6. Rizzoli P, Mullally WJ. Headache. *Am J Med* 2018; 131:17-24.
7. Cuéllar Rodríguez S. Migraña. *Panorama Actual Med* 2018; 42(415):634-653.
8. Millstine D, Chen CY, Bauer B. Complementary and integrative medicine in the management of headache. *BMJ* 2017;357:j1805.
9. Buse DC, Loder EW, Gorman JA, Stewart WF, Reed ML, Fanning KM, et al. Sex differences in the prevalence, symptoms, and associated features of migraine, probable migraine and other severe headache: results of the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. *Headache* 2013; 53:1278-1299.
10. Buse D, Manack A, Serrano D, Reed M, Varon S, Turkel C, et al. Headache impact of chronic and episodic migraine: results from the American Migraine Prevalence and Prevention study. *Headache* 2012; 52(1):3-17.
11. Befus DR, Irby MB, Coeytaux RR, Penzien DB. A Critical Exploration of Migraine as a Health Disparity: the Imperative of an Equity-Oriented, Intersectional Approach. *Curr Pain Headache Rep* 2018; 22:79.
12. Müller KI, Alstadhaug KB, Bekkelund SI. Acceptability, feasibility, and cost of telemedicine for non acute headaches: a randomized study comparing video and traditional consultations. *J Med Internet Res* 2016; 18:e140.
13. Wells RE, Baute V, Wahbeh H. Complementary and integrative medicine for neurologic conditions. *Med Clin North Am.* 2017; 101:881-893.
14. Wells RE, Beuthin J, Granetzke L. Complementary and Integrative Medicine for Episodic Migraine: an Update of Evidence from the Last 3 Years. *Curr Pain Headache Rep* 2019; 23(2):10.
15. Wen Y, Wang D, Fan G. Acupoint selection for acute migraine treated with acupuncture. *Zhongguo Zhen Jiu* 2018; 38:1183-1188.
16. Andrasik F, Grazi L, Sansone E, D'Amico D, Raggi A, Grignani E. Non-pharmacological Approaches for Headaches in Young Age: An Updated Review. *Front Neurol* 2018; 9:1009.
17. Grazi L, Sansone E, Raggi A, D'Amico D, De Giorgio A, Leonardi M, et al. Mindfulness and pharmacological prophylaxis after withdrawal from medication overuse in patients with Chronic Migraine: an effectiveness trial with a one-year follow-up. *J Headache Pain* 2017;18:15.
18. Grazi L, D'Amico D, Raggi A, Leonardi M, Ciusani E, Corsini E, et al. Mindfulness and pharmacological prophylaxis have comparable effect on biomarkers of inflammation and clinical indexes in chronic migraine with medication overuse: results at 12 months after withdrawal. *Neurol Sci* 2017; 38:173-175.
19. Oberg EB, Rempe M, Bradley R. Self-directed Mindfulness Training and Improvement in Blood Pressure, Migraine Frequency, and Quality of Life. *Glob Adv Health Med* 2013; 2:20-25.
20. Probyn K, Bowers H, Mistry D, Caldwell F, Underwood M, Patel S, et al. Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: a systematic review including analysis of intervention components. *BMJ Open* 2017; 7:e016670.
21. Tavallaei V, Rezapour-Mirsaleh Y, Rezaieamaram P, Saadat SH. Mindfulness for female outpatients with chronic primary headaches: an internet-based bibliotherapy. *Eur J Transl Myol* 2018; 28:7380.
22. Wells RE, Burch R, Paulsen RH, Wayne PM, Houle TT, Loder E. Meditation for migraines: a pilot randomized controlled trial. *Headache* 2014; 54:1484-1495.
23. Diener HC, Tassorelli C, Dodick DW, Silberstein SD, Lipton RB, Ashina M, et al. Guidelines of the International Headache Society for controlled trials of acute treatment of migraine attacks in adults: Fourth edition. *Cephalalgia* 2019; 39:687-710.
24. Rossi P, Di Lorenzo G, Malpezzi MG, Faroni J, Cesarino F, Di Lorenzo C, et al. Prevalence, pattern and predictors of use of complementary and alternative medicine (CAM) in migraine patients attending a headache clinic in Italy. *Cephalalgia* 2005; 25:493-506.