

El paciente idóneo para la prevención de la migraña

La migraña es una enfermedad prevalente¹⁻³

El **11%**

de adultos en países occidentales se ven afectados por la migraña

1-4%

de la población mundial tiene ataques de migraña diarios o casi diarios



Prevalencia por edad Prevalencia por sexo



La mayor prevalencia es entre los 20 y 50 años



3x

Hay una mayor prevalencia en mujeres que en hombres

34%

de los pacientes con migraña puede mejorar con tratamientos preventivos para la migraña⁸

La migraña episódica se vuelve crónica a una tasa del

<14%

de pacientes elegibles reciben actualmente tratamiento preventivo para la migraña⁸

2.5%
al año⁹

La migraña tiene un gran impacto en la vida de pacientes, sus familiares y la sociedad en general⁴⁻⁷

Es la 6.ª causa principal de vivir durante años con discapacidad



- El 80 % de los pacientes presentan dolor intenso o extremadamente intenso
- Durante los ataques de migraña, la OMS determina un grado de discapacidad entre el 70 % y el 100 %
- El 75 % de los pacientes requiere reposo en cama

Afecta la vida familiar y actividades sociales



- El 85 % de los pacientes ve altamente disminuida su capacidad para realizar tareas en el hogar y de rutina
- El 45 % de los pacientes extraña compartir actividades familiares, sociales y de ocio
- El 32 % de los pacientes evita programar actividades

Impone una carga económica importante



- Se estima que el ausentismo debido a migrañas cuesta unos £2.250 millones al año solo en el RU
- Debido a los costos combinados de ausentismo y la pérdida de productividad en el trabajo, se estima que el costo por la totalidad de trastornos de cefalea es de alrededor de £5.000 millones
- En 2012, se estimó que el costo por migrañas en Europa fue de €27.000 millones al año entre costos sociales, directos e indirectos de esta enfermedad prevalente

Consideraciones para el tratamiento preventivo contra la migraña¹⁰⁻¹³

Frecuencia del dolor de cabeza

≥2 días con dolor de cabeza al mes

Grado de discapacidad

Calidad de vida, actividades laborales o asistencia escolar se ven gravemente deterioradas

Uso de medicamentos de alivio rápido

Los medicamentos de alivio rápido no tienen efectos en la migraña o existe un uso excesivo de tratamientos de alivio rápido. El uso excesivo de tratamientos de alivio rápido con barbitúricos y opioides aumentan el riesgo de progresión

Comorbilidades

Obesidad, depresión, ansiedad y problemas de sueño

Auras

Auras frecuentes, muy prolongadas o molestas

Factores de riesgo comprobados asociados con la progresión de la migraña^{9, 14-21}

Cefaleas muy frecuentes

- El riesgo de cefalea crónica de aparición reciente aumenta no linealmente con la frecuencia inicial de cefaleas



Obesidad y síndrome metabólico

- La prevalencia de migraña crónica en personas con obesidad y obesidad mórbida es mayor que en las personas con peso normal (1,6 % y 2,5 % frente a 0,9 %)



- El síndrome metabólico se asocia a un mayor riesgo de migraña crónica

Control inadecuado de la migraña aguda

- El tratamiento ineficaz de casos agudos duplica el riesgo de cronificación de la migraña
- El uso de compuestos barbitúricos y opioides aumentan el riesgo de migraña crónica durante el siguiente año



Depresión, ansiedad y dolor crónico

- La probabilidad de depresión y ansiedad es de 2 a 3 veces mayor y la probabilidad de dolor crónico es 2,5 veces mayor en la migraña crónica que en la migraña episódica
- La depresión es un predictor importante del inicio de migraña crónica durante el año siguiente (cociente de probabilidad = 1,65) en pacientes con migraña episódica



1. Lipton RB, Bigal ME. Headache 2005;45 Suppl 1:S3-S13; 2. Cho SJ, Chu MK. Curr Pain Headache Rep 2015;19:465; 3. Stovner LJ, et al. Epidemiology of headache in Europe. Eur J Neurol 2006; 13(4): 333-345; 4. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Lancet 2015;386:743-800; 5. A Report of the All-Party Parliamentary Group on Primary Headache Disorders (APPGPHD). Headache Disorders - not respected, not resourced. 2010; 6. D'Amico D, Tepper SJ. Neuropsychiatr Dis Treat 2008;4:1155-1167; 7. Bloudek LM, J Headache Pain 2012;13:361-378; 8. Katsarava Z et al. J Headache Pain 2018;19:10 9. Bigal ME, et al. Headache 2008;48:1157-1168; 10. Evers S, et al. Eur J Neurol 2009;16:968-981; 11. BASH. Guidelines for all healthcare professionals in the diagnosis and management of migraine, tension-type headache, cluster headache, medication overuse headache. 3rd Edition (1st Revision) 2010. Available at: www.bash.org.uk; 12. Evers S, et al. Eur J Neurol 2011;18:1115-1121. 13. Silberstein SD, et al. Headache 2007;47:585-599. 14. Bigal ME, et al. Headache 2008;48:1157-1168; 15. Lipton RB, et al. Neurology 2015;84:688-695; 16. Bigal ME, Lipton RB. Neurology 2006;67:252-257; 17. He Z, et al. Eur J Neurol 2015;22:1228-1234; 18. Buse DC, et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2010;81:428-432; 19. Ashina S, et al. J Headache Pain 2012;13:615-624; 20. Lipton RB, et al. Neurology 2000;55:629-635; 21. Kececi H, et al. Cephalalgia 2003;23:271-275.