

PLAN INTEGRAL DE CEFALEAS

de Andalucía



Junta
de Andalucía

Consejería de Salud
y Consumo

Edita: CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO

Responsable de la edición: Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons



Reconocimiento-NonComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License

Declaración de intereses:

Las personas que han participado en la autoría y revisión de este documento declaran que no existe interés económico o personal directo o indirecto, ni ninguna situación que pueda afectar a las actuaciones y desiciones durante su proceso de elaboración.

Junta de Andalucía 2023

El texto de este documento se puede reproducir de forma gratuita en cualquier formato o medio, siempre que se reproduzca con precisión y no en un contexto engañoso. El material debe ser reconocido como perteneciente a la Consejería de Salud y Consumo, y el título del documento especificado.

Como citar este documento:

Plan Integral de Cefaleas de Andalucía. Junta de Andalucía. González Oria, C., Lama Herrera, C., Caro Martínez, A., Escudero Espinosa, C., 2023. CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

PARTICIPACIÓN INSTITUCIONAL

- Escuela Andaluza de Salud Pública

REDACCIÓN

- **Carmen González Oria.** Coordinadora del Plan Integral de Cefaleas de Andalucía. *Coordinadora de la Unidad de Cefaleas. Hospital Universitario Virgen del Rocío.*
- **Carmen Lama Herrera.** *Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo*
- **Araceli Caro Martínez.** *Escuela Andaluza de Salud Pública*
- **Cecilia Escudero Espinosa.** *Escuela Andaluza de Salud Pública*

GRUPO DE TRABAJO

- **Juan Javier Cerezo Espinosa de los Monteros.** *Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo*
- **Jose Francisco Frías Rodríguez.** *SEMERGEN. Hospital Universitario Virgen de las Nieves*
- **Javier Viguera Romero.** *SANCE. Hospital Universitario Virgen Macarena*
- **Carmen M^a Jurado Cobo.** *Hospital Universitario Reina Sofía*
- **Dolores Jiménez Hernández.** *Hospital Universitario Virgen del Rocío*
- **Ángel Gómez Camello.** *SANCE. Hospital Universitario San Cecilio*
- **Francisco Javier León López.** *semFYC. Distrito Granada-Metropolitano. Centro de Salud Dúrcal*
- **Marta Jiménez Parras.** *SEMES. Hospital Universitario Virgen de la Victoria*
- **Antonio Arjona Padillo.** *Hospital Universitario Torrecárdenas*
- **Óscar J. Mendoza García.** *Escuela Andaluza de Salud Pública*
- **Carmen Sánchez-Cantalejo Garrido.** *Escuela Andaluza de Salud Pública*
- **Andrés Cabrera León.** *Escuela Andaluza de Salud Pública*
- **Alina Danet.** *Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad de Granada*
- **Ana Barranquero Beltrán.** *DG de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud*

AGRADECIMIENTOS

- **Cristina Navarro Arco.** *Distrito Granada-Metropolitano. Centro de Salud de Armilla*
- **Juan Antonio Garcia Gil.** *Distrito. Distrito Almería. Centro de Salud Virgen del Mar*
- **Raisa Pérez Esteban.** *Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez*
- **María Fernández Recio.** *Hospital Universitario de Valme*
- **Manuel Escamilla Cardeñosa.** *Área de Gestión Sanitaria de Osuna*
- **Gema Portal Ramírez.** *Hospital Universitario Virgen Macarena*
- **M^a Angeles Prieto Rodríguez.** *Escuela Andaluza de Salud Pública*
- **Josefina Martínez Simón.** *Hospital Universitario Torrecárdenas*
- **Carlos J Madrid Navarro.** *Hospital Universitario Virgen de las Nieves*
- **Inmaculada Pérez López.** *Distrito de AP Bahía de Cádiz-La Janda*
- **Silvia Gómez Rodríguez.** *Distrito de AP Bahía de Cádiz-La Janda*
- **Alba Reina Márquez.** *Hospital Universitario Virgen del Rocío*
- **María Aránzazu Irastorza Aldasoro.** *Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud*
- **Celia Fernández Delgado.** *Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud*
- **Joaquín García Gálvez.** *Hospital Universitario Torrecárdenas*
- **Sandra González Pérez.** *Subdirección de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento*
- **Raquel Lamas Pérez.** *Hospital Universitario Virgen del Rocío*
- **Lucía García Trujillo.** *Hospital Regional Universitario de Málaga*
- **Iara Tatar Fiszbein.** *Escuela Andaluza de Salud Pública*
- **Eugenio Martínez Concepción.** *Concejalía de Salud y Transformación Digital del Ayuntamiento de Murcia*
- **Manuela López Doblás.** *Escuela Andaluza de Salud Pública*
- **Isabel Colomina Casaus.** *Asociación Española de Migraña y Cefalea*
- **Antonio Daponte Codina.** *Escuela Andaluza de Salud Pública*
- **Begoña Oliver Martos.** *Grupo Neuroinmunología y Neuroinflamación (IBIMA) de la Universidad de Málaga*
- **Silvia Jesús Maestre.** *Hospital Universitario Virgen del Rocío*
- **Inmaculada Martín Martín.** *Asociación AEMICE*
- **María Dolores Garrido Ramiro.** *Hospital Universitario Reina Sofía*
- **Amelia Martín Barato.** *Escuela Andaluza de Salud Pública*
- **Teresa Iriarte de los Santos.** *DG de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud del Servicio Andaluz de Salud*



**PLAN
INTEGRAL
de CEFALEAS**

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Presentación	7
1. Introducción	10
2. Definición, características y tipos de cefaleas	18
3. Análisis y diagnóstico de situación en Andalucía	21
• 3.1 Análisis demográfico	22
• 3.2 Análisis epidemiológico y estudio de las cefaleas	23
3.2.1. Introducción	23
3.2.2. Prevalencia de las cefaleas	24
3.2.3. Prevalencia de cefaleas según tipología	26
3.2.4. Estudio de las cefaleas en Andalucía	29
3.2.5. Comorbilidad	32
3.2.6. Hábitos saludables y nocivos	36
• 3.3. Uso de servicios sanitarios, tratamientos y recursos disponibles en el SSPA	38
3.3.1. Uso de servicios sanitarios	38
3.3.2. Urgencias hospitalarias e ingresos hospitalarios	42
3.3.3. Tratamiento y otras terapias	47
3.3.4. Mapa de Servicios y Unidades de Cefaleas	55
3.3.5. La formación de profesionales	57
• 3.4 Costes de la enfermedad	59
• 3.5 Carga de la enfermedad y discapacidad	66
• 3.6 La investigación en cefaleas en Andalucía	72
3.6.1. NEURORECA	72
• 3.7 Necesidades y expectativas de pacientes, familiares y profesionales	75
• 3.8 Conclusiones	81
4. Propósito del plan	83
5. Líneas Estratégicas y Objetivos	84
6. Despliegue de Líneas	92
7. Metodología de seguimiento y evaluación	115
• 7.1. Cuadro de mando integral	116
8. Anexos	129
9. Bibliografía	146

PRESENTACIÓN

La Consejería de Salud y Consumo presenta el Plan Integral de Cefaleas de Andalucía, fundamentalmente centrado en las denominadas cefaleas primarias, que incluye la migraña, la cefalea tensional, la cefalea trigeminoautonómica u otras cefaleas primarias.

Si bien este grupo de enfermedades no ocasionan secuelas permanentes y su mortalidad es prácticamente nula, tienen una alta prevalencia y gran repercusión en los enfermos que la padecen. Afectan fundamentalmente a personas en edades jóvenes y medias de la vida, siendo la segunda causa de discapacidad en adultos menores de 50 años en un estudio realizado de comparación con más de 200 enfermedades de otro tipo.

En este marco, el Plan Integral de Cefaleas de Andalucía sigue avanzando en la excelencia, apostando por la mejora en el abordaje de estas enfermedades y la calidad de vida de los andaluces y andaluzas que las padecen, abarcando toda la historia natural de las mismas, desde los aspectos relacionados con la promoción de la salud hasta la educación terapéutica, así como una serie de aspectos transversales, relacionados con la organización y calidad de la atención, la humanización, la formación, la investigación, la cooperación con otras estrategias y planes que se llevan a cabo en esta Consejería y con la participación de la ciudadanía.

El fin que pretende el Plan es aumentar la calidad en la práctica clínica, la satisfacción y el bienestar de profesionales, pacientes y sus familiares y una mejora en los resultados y en el uso de los recursos.

El Plan Integral de Cefaleas de Andalucía está alineado con la misión de la Consejería de Salud y Consumo que trabaja por proteger la salud de la ciudadanía en Andalucía y una atención sanitaria de calidad a toda la población, reduciendo las desigualdades en salud y facilitando la acción de la sociedad para el logro de la salud y el bienestar.

En este sentido, las líneas de desarrollo planteadas en el Plan parten de los valores de equidad, transparencia, dignidad, calidad, corresponsabilidad y participación que el Sistema Sanitario Público de Andalucía protege y defiende en sus actuaciones. Además, trata de recoger aspectos innovadores demandados por profesionales sanitarios y por la propia ciudadanía y parte de la realización de un amplio análisis previo de la situación en Andalucía de las cefaleas primarias que converge en los objetivos y las medidas a desarrollar, así como en el sistema de evaluación con el fin de conocer de manera continua los avances del Plan.

Es importante subrayar la importancia que en este Plan tiene la colaboración y coordinación con otros planes y estrategias de la Consejería de Salud y Consumo, creando sinergias que contribuyan al logro de los objetivos marcados de la manera más eficiente y sostenible posible. Especialmente destacar la Estrategia de Vida Saludable de Andalucía, la Estrategia Andaluza de Seguridad del Paciente, la Estrategia de Uso Racional del Medicamento y el Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Por último, mi agradecimiento a todos los profesionales que han participado en la elaboración de este Plan Integral de Cefaleas de Andalucía por su esfuerzo y compromiso, quienes, a pesar de los duros meses vividos por la pandemia por COVID-19, han seguido avanzando en su preparación y al equipo de trabajo que velará por su desarrollo y seguimiento, poniendo en evidencia la implicación y compromiso de la administración andaluza con sus profesionales y en la mejora de la salud y la calidad de vida de la ciudadanía andaluza.

Catalina García Carrasco

Consejera de Salud y Consumo

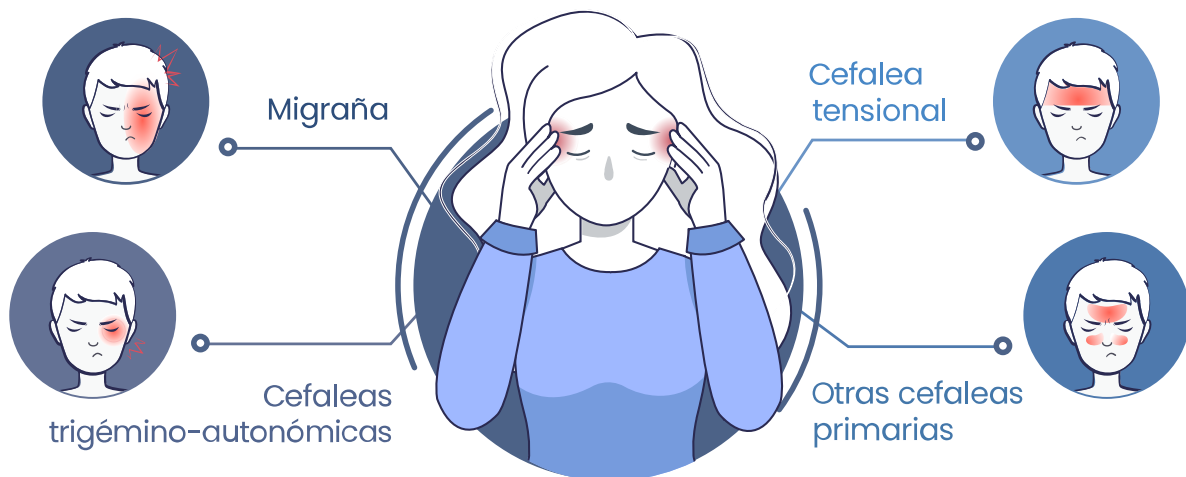


INTRODUCCIÓN

La cefalea es una de las patologías neurológicas más frecuentes. Existe una amplia variedad de cefaleas, recogidas y descritas en la III clasificación de la International Headache Society (IHS) (1).

Las cefaleas se clasifican en primarias y secundarias, siendo las primarias las que se atienden fundamentalmente en las consultas de Neurología, llegando a constituir más del **80%** de esas consultas.

Las cefaleas primarias se dividen en 4 grupos principales (1):



Con mucha frecuencia van acompañadas de otros síntomas, siendo una patología compleja que va más allá del dolor de cabeza. Suelen ser muy discapacitantes, pero es una patología muy banalizada, tanto por la población general como por los mismos profesionales sanitarios (2).

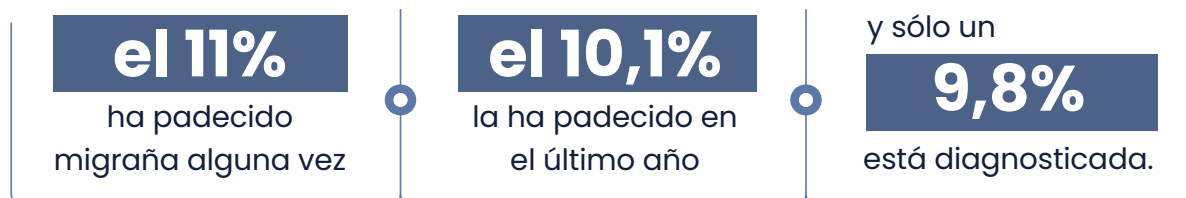
La cefalea es una patología muy prevalente, que presenta cifras altas en países occidentales según estudios poblacionales, como se muestra a continuación:



La cefalea que causa más discapacidad es la migraña.

Su prevalencia a nivel global es del **11,6%**, situándose entre las **10 enfermedades más prevalentes** según el estudio Global Burden of Disease 2016; más aún, la migraña se posiciona como la **segunda causa de discapacidad en el mundo** y la primera en individuos menores de 50 años (4).

Los datos de la **Encuesta Nacional de Salud** del año 2017, muestran que en la población andaluza:



Estas cifras son acordes con los resultados del proyecto Eurolight, con una prevalencia del 12% (5).

El método clásico en epidemiología para determinar las consecuencias de una enfermedad es estimar la morbimortalidad, sin embargo, existen una serie de patologías que no producen un aumento de la mortalidad ni de las secuelas, pero sí de discapacidad. Dentro de este grupo se encuentran las cefaleas primarias. Es por ello que, en los últimos años, se han puesto en marcha una serie de iniciativas que pretenden concienciar de que el dolor de cabeza es un problema muy frecuente que sufren muchas personas, produciendo un gran sufrimiento y pérdida de oportunidades y que además provoca un gasto importante para la sociedad.

Las crisis de dolor, especialmente en la migraña, producen una importante limitación en la actividad de las personas que las padecen, con una reducción de hasta un 50% y que, en un 20-30% de los casos, conlleva aislamiento y reposo en cama (6,7).



Estas crisis provocan un gran impacto en la vida diaria del paciente, tanto en aspectos físicos, emocionales y sociales, como en las relaciones familiares, laborales y sociales.

El estudio CaMEO (Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes) permitió analizar mejor la influencia de la migraña en estos aspectos (8,9). Algunos pacientes presentan **ansiedad anticipatoria**, es decir, miedo constante a que sobrevengan nuevas crisis y a las limitaciones que éstas determinan, lo cual **repercute en su estado de ánimo**, generando mayor ansiedad y agravando la enfermedad e incluso podrían determinar limitaciones en la educación o en el desarrollo profesional por su inicio precoz, en muchos casos en la infancia o la adolescencia (8).

Desde el punto de vista laboral, dado que la migraña incide, sobre todo, en la edad de mayor productividad personal y profesional, entre los **25 y los 55 años**, conlleva importantes tasas de **absentismo y pérdida de productividad laboral** (presentismo) con gastos indirectos muy importantes estimados en 1.838 millones de euros al año. El coste estimado por paciente activo es de 730 euros/año, perdiéndose aproximadamente 16,6 días al año de trabajo, siendo estos costes indirectos mayores que los costes directos derivados de la enfermedad. La pérdida de productividad y sus costes sanitarios, generan un impacto económico estimado, para la Unión Europea de 155 billones de euros (10).

Teniendo en cuenta solo los costes directos, los indirectos y la pérdida de productividad laboral, sin entrar a valorar el resto de los costes, los costes totales en España, en 2017, por paciente/año se han estimado en 12.970,08 euros para Migraña Crónica (MC) y 5.041,38 para Migraña Episódica (ME)(7).

Ante una patología prevalente y discapacitante, distintos estudios muestran cómo un gran porcentaje de los pacientes no consultan al personal sanitario ante la percepción de que es un problema banal, que padecen algunos de sus familiares y con el que deben convivir.

Según los datos de la Sociedad Española de Neurología:



€ **25%** de las personas con migraña han consultado a un profesional sanitario



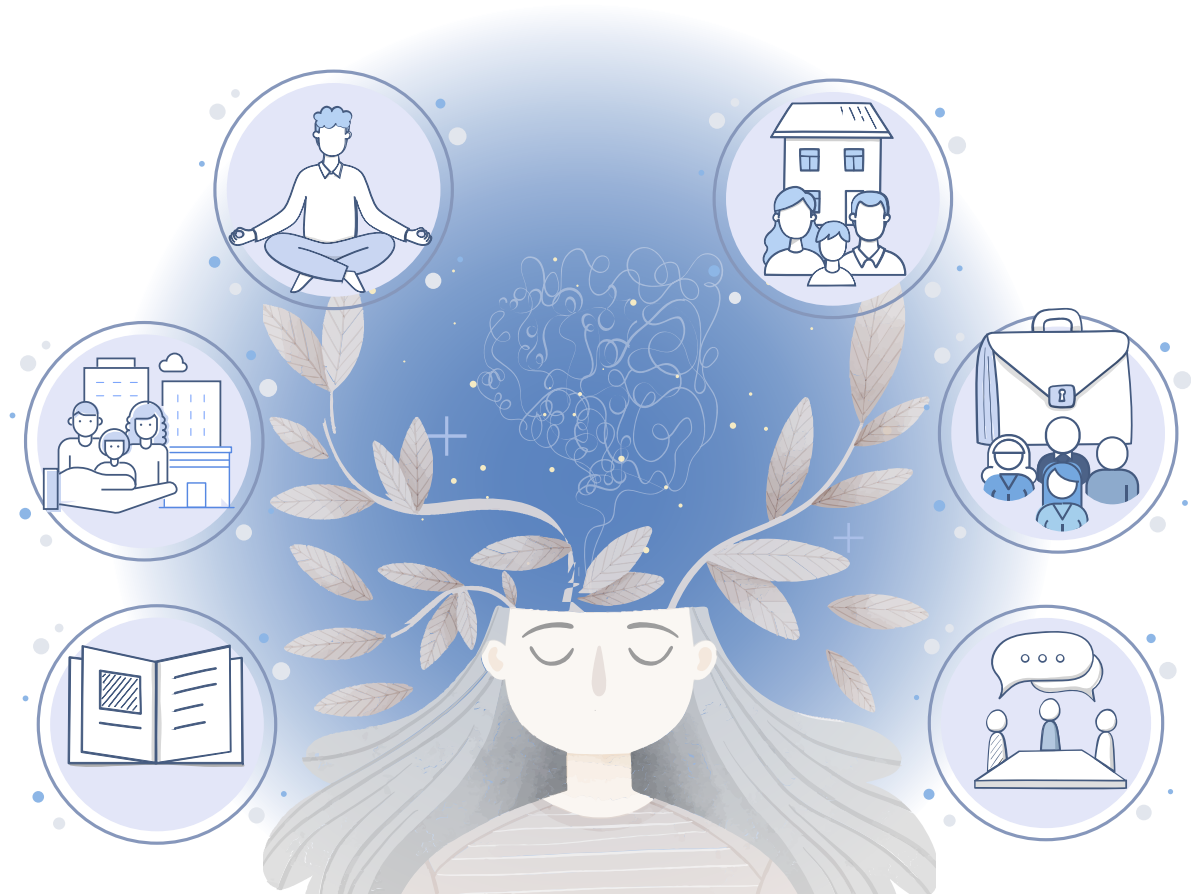
y el **50%** abandona el seguimiento tras las primeras consultas.

La automedicación, junto a otros factores, contribuyen a la cronificación de la migraña (3).

Existiendo una población vulnerable, con una patología que socialmente no se considera importante, gravemente discapacitada y que puede recibir una atención sanitaria heterogénea y desigual en función del nivel asistencial donde sea tratada.

La Ley de Cohesión y Calidad del SNS (Ley 16/2003) recomienda la elaboración de Planes Integrales de Salud sobre las “patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral que comprenda la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación” y establece como sus principales funciones elaborar criterios de organización de la atención sanitaria, determinar modelos y estándares de atención, identificar actuaciones de efectividad reconocida, indicadores para la evaluación y lagunas de conocimiento y atención.

En el marco del III Plan de Calidad, así como en el IV Plan Andaluz de Salud se persigue, como objetivo preferente, abordar los problemas más prevalentes, así como sus determinantes, entre los que se priorizan los problemas osteo-articulares u otros relacionados con la discapacidad, el dolor y la calidad de vida. Plantea el desarrollo de Planes Integrales que definan y ordenen el modelo de atención y las intervenciones más adecuadas.



Queda, por tanto, justificada la necesidad de creación de un Plan Andaluz de atención a personas con cefalea que vehiculice la educación a pacientes para que reconozcan la importancia de su patología y dirijan su consulta a los servicios sanitarios, y la formación de profesionales en la realización de un diagnóstico precoz e indicación de tratamientos adecuados, tanto desde el punto de vista sintomático como preventivo. Asimismo, un Plan que fomente un cambio en los hábitos de vida para prevenir crisis, que coordine acciones que logren empoderar al paciente para hacerlo responsable de su salud, fomente la coordinación asistencial, homogeneice la asistencia sanitaria y logre potenciar y desarrollar la investigación en esta patología.

El Plan se ha elaborado para que el logro de los objetivos permita alcanzar altos estándares de calidad, y para facilitar su posterior seguimiento y evaluación. En el mismo han participado diferentes perfiles profesionales, y grupos de interés, ocupando un lugar destacado la ciudadanía, a través de una representación de personas con cefalea y sus familiares.

Así, el proceso ha contemplado:



» **Un análisis de situación**, que ha integrado información de carácter cualitativo y cuantitativo.

» **Las necesidades de de las personas que presentan cefaleas.** Sus vivencias y las de sus familias son muy importantes para la creación de un Plan adaptado a sus necesidades.



» **Las aportaciones del Grupo Director encargado de su elaboración**, planteando un abordaje multidisciplinar de todos los perfiles profesionales que participan en el manejo de esta patología.

» **El uso de Guías Clínicas de las diferentes Sociedades Científicas**, estudios obtenidos de las principales bases de investigación, búsquedas bibliográficas sistemáticas y amplias, todo realizado con el mayor rigor y calidad.



» **El liderazgo del Grupo Director del Plan**, la coordinación de la Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo y la participación de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

En consonancia con los principios que inspiran el conjunto del Sistema Sanitario Público de Andalucía, el Plan debe cumplir una serie de características que a continuación se describen:

1 Centrado en la persona:

Proporcionando la **información y los recursos** necesarios para que las personas con cefalea sean conscientes de la importancia de sus hábitos de vida en la mejoría de su enfermedad, aportando los recursos personales necesarios y haciéndoles responsables de su salud. **Potenciar la humanización de la asistencia** con trato personalizado y humano, respetando la privacidad del paciente.

2 Potenciador de la participación y la corresponsabilidad:

Fomentando el establecimiento de pactos y negociaciones entre el individuo y el equipo de salud, a la hora de tomar decisiones compartidas sobre objetivos y plan de seguimiento.

3 Equitativo:

Planificando los servicios para cubrir las necesidades de toda la población y abordando desigualdades. Teniendo en cuenta a todos los grupos de población por edad, género y condición social.

4 Integrado:

El abordaje debe ser multidisciplinar, fomentando la integración de conocimientos, motivaciones, actitudes y habilidades de los profesionales implicados. Debe participar Atención Primaria, Hospitalaria y Urgencias, de forma coordinada y estructurada para asegurar una continuidad de cuidados. Como bien se comenta en el Plan Andaluz de Atención a las Personas con Dolor, además son necesarias la implicación de otros sectores públicos como servicios sociales, laborales, educativos, asociaciones, etc., para superar las barreras y los obstáculos que sufren nuestros pacientes en su vida cotidiana y porque esta integración a todos los niveles permite trabajar más a nivel de prevención.

5 Orientado a resultados:

Desarrollando un plan de evaluación con indicadores de proceso y de resultados en salud como objetivo prioritario; un Plan medible y evaluable. Centrado en prevenir que las personas sufran cefaleas y buscando minimizar el impacto de las crisis cuando las padezcan.

6 Impulsor del desarrollo y la innovación:

Que logre integrar la investigación e innovación en la práctica clínica diaria y que, consciente del avance y desarrollo de las tecnologías sanitarias, persiga la **sostenibilidad** y una asistencia **eficiente y de alta calidad**. Potenciar el desarrollo de las tecnologías de la información (TIC) en el terreno de la salud (eHealth, mHealth, uHealth) es fundamental además para homogeneizar procesos, y compartir datos, bajo criterios de seguridad.

Estructura del Plan:

El Plan Integral de Atención a las Cefaleas en Andalucía se estructura en una breve introducción sobre las cefaleas y sus características, un análisis y diagnóstico de la situación de las cefaleas en Andalucía, seguido de la identificación de las Líneas Estratégicas y el despliegue de su planificación operativa, en objetivos, acciones e indicadores de evaluación y seguimiento. Incorpora también la metodología de evaluación y seguimiento junto a un cuadro de mando. Se centra en las cefaleas primarias.



2

DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y TIPOS DE CEFALEAS

El término **cefalea** se refiere al dolor localizado en cualquier región de la cabeza, pudiendo también verse afectada la región cervical y facial. En este dolor suelen estar implicadas estructuras nerviosas, vasculares, musculares, etc.

La 3ª clasificación de la sociedad internacional de cefaleas (1), cataloga a las cefaleas en 2 grandes grupos: primarias y secundarias.



Cefaleas primarias

La cefalea es la enfermedad en sí misma.



Cefaleas secundarias

La cefalea es un síntoma más de otra enfermedad.

Las **CEFALEAS PRIMARIAS** se dividen a su vez en **4 ENTIDADES**:

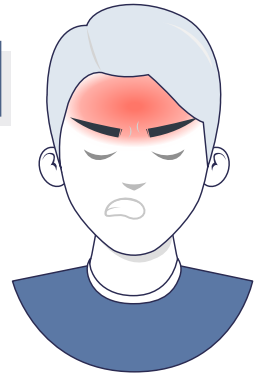
Migrañas



Cefalea que suele ser hemicraneal y pulsátil, aunque puede tener características diferentes. Se acompañan de sonofobia y fotofobia y de náuseas y vómitos y empeora con la actividad física. Es una patología muy prevalente, con una prevalencia superior al 12% y muy discapacitante. Se dividen en episódica de baja frecuencia (< 10 cefaleas mensuales), de alta frecuencia (10-14 cefaleas mensuales) o crónica (15 o más cefaleas mensuales).

Cefaleas tensionales

Suelen ser opresivas y se distribuyen como un casco. Pueden acompañarse de molestias a la luz o al ruido. Se asocian con situaciones estresantes o que preocupan a las personas con cefalea. Suelen usarse fármacos antidepresivos como tratamiento preventivo y antiinflamatorios para el tratamiento del dolor.



Cefaleas trigeminoautonómicas



Son cefaleas de gran intensidad, unilaterales y localizadas en región orbitaria que suelen acompañarse de manifestaciones trigeminoautonómicas como lagrimeo, rinorrea, ptosis palpebral... o inquietud. Según la duración y las características se clasifican en hemicránea continua, paroxística, tipo neuralgiforme unilateral de breve duración, tipo SUNCT (*short lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing* - con inyección conjuntival y lagrimeo) y SUNA (*short lasting unilateral neuralgiform headache attacks with cranial autonomic features* - con síntomas autonómicos craneales), o cefalea en racimos.

Otras cefaleas primarias

En el cuarto grupo están las otras cefaleas primarias, que son diversas. Podemos resaltar la tusígena, de los esfuerzos y relacionada con la actividad sexual, la hipócnica o que aparece durante el sueño, o las relacionadas con agentes externos como el frío o la presión, entre otras.



Las cefaleas secundarias pueden acontecer por una patología vascular, procesos homeostáticos, traumatismos, consumo o abandono de fármacos, patología de estructuras faciales o cervicales, etc.



ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN EN ANDALUCÍA

Se ha realizado una revisión documental y obtenido información, procedente de los sistemas de registro e información disponibles en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), para **conocer la situación de la atención a personas con cefalea primaria, identificar las principales fortalezas y áreas de mejora del sistema sanitario en la prevención y atención a estas personas, y orientar los resultados en salud.**

La **Base Poblacional de Salud (BPS)** del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) es un sistema de información sanitaria que recoge datos clínicos y del uso de recursos sanitarios de cada persona usuaria del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

El Atlas 2018, *"Impacto y Situación de la Migraña en España"* (11), ha proporcionado un sub-análisis concreto para Andalucía, con una muestra de 201 personas con migraña, con lo que las conclusiones que se obtengan de esta información, aun siendo valiosas, requieren cautela en la extrapolación a toda la población.

La Encuesta Andaluza de Salud en su V edición, del año 2015, en adelante EAS15 (12), con una explotación específica para cefaleas crónicas y un tamaño muestral de 6.507 personas para la muestra de adultos, también ha enriquecido el análisis y diagnóstico de situación actual. Las encuestas de salud son un elemento esencial para la toma de decisiones en la planificación de salud y la EAS15, en concreto, es la principal fuente de información de base poblacional de Andalucía en materia de salud y utilización de servicios sanitarios.

Para explorar la opinión, necesidades, expectativas y propuestas de mejora, de pacientes, familiares de pacientes y profesionales sanitarios facultativos de Atención Primaria y Neurología, se ha planteado un abordaje con metodología cualitativa. Las técnicas empleadas para la recogida de información han sido el grupo focal y la entrevista semiestructurada; todo el proceso de recogida de datos se llevó a cabo de manera virtual, dadas las las restricciones existentes por la pandemia por COVID-19.

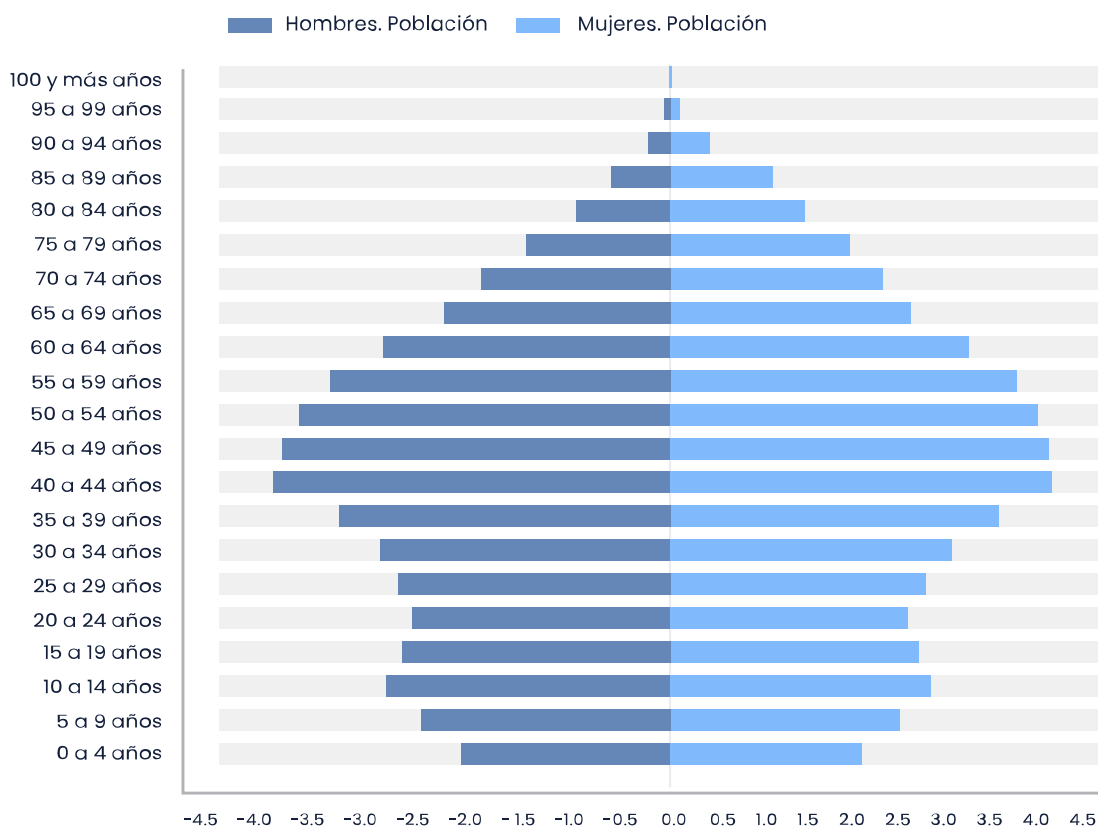




3.1 Análisis demográfico

El total de población de Andalucía en 2019 fue de **8.414.240 habitantes**. Las personas mayores de 65 años representan más de un 17% del total y de 80 años el 5%, siendo el porcentaje de mujeres de un 56,4% y 63,3% respectivamente esas franjas de edad.

Gráfico 1. Pirámide de población Andaluza.



Fuente: INE, 2019.

La estructura de la pirámide de población andaluza muestra un progresivo envejecimiento. En el año 2021, la edad media de los andaluces fue de **42,4 años, 43,5 años mujeres 41,3 años hombres** y, desde el año 2018, ha sido el cuarto año consecutivo de crecimiento natural negativo (-14.038 personas). A pesar de ello, la medición de los movimientos migratorios muestra un saldo positivo que permitió que Andalucía cerrase 2021 con un aumento global en la población, que roza los 8,5 millones de personas.

El porcentaje de personas entre **20 y 55 años** representa en torno al **48%** de la población general andaluza, dato de gran importancia dado que es un grupo de edad que se ve afectado especialmente por la cefalea más discapacitante, la migraña.



3.2 Análisis epidemiológico y estudio de las cefaleas

3.2.1. Introducción



La cefalea es una patología muy frecuente. A pesar de las discrepancias entre series, cuando se analiza como síntoma, su prevalencia es muy alta en todos los estudios publicados. En Andalucía constituye el primer motivo de consulta en Neurología (13). En un estudio de ámbito nacional, con entrevistas a 2.231 personas estratificadas por edad y comunidad autónoma, un 74% refirieron padecer o haber padecido dolores de cabeza a lo largo de su vida, con una distribución por sexo del 69% para los hombres y del 79% para las mujeres (14).

Al no disponer de marcadores biológicos ni de neuroimagen, que permitan diferenciar una entidad de otra en el campo de las cefaleas, y ser el diagnóstico eminentemente clínico, la realización de estudios epidemiológicos tiene importantes problemas metodológicos, sobre todo en lo relacionado con las cefaleas primarias (15). Además, éstas son transitorias, episódicas y variables en su presentación clínica, con lo cual se incrementa la complejidad del problema.

Primera clasificación

Hasta la publicación de la primera clasificación internacional de la International Headache Society (IHS) (16), en el año 1988, no se disponía de criterios diagnósticos comunes. Tras su disposición, proliferaron los estudios de prevalencia de cefaleas, aunque la mayoría dedicados prácticamente a la migraña y/o a la cefalea tensional (17).

Segunda clasificación

En la segunda clasificación de cefaleas de la IHS, publicada en el 2004 (18), no se observaron grandes cambios en los criterios diagnósticos de las cefaleas primarias, si bien la migraña crónica (MC) pasó a reconocerse como una complicación de la migraña. Nuevos estudios epidemiológicos no indicaron diferencias en cuanto a datos de prevalencia, con respecto a los ya disponibles.

Tercera clasificación

En la tercera edición beta de la clasificación de la IHS (ICHD-III), la MC se reconoce como una entidad diferenciada, un tipo de migraña, aunque su definición no ha variado sensiblemente respecto a la previa para determinar cambios en su epidemiología (1).

Hasta la publicación de los criterios de la IHS resultaba difícil realizar comparaciones entre estudios para conocer si los cambios sociales podrían estar determinando alguna variación en las cifras de prevalencia de las cefaleas primarias.

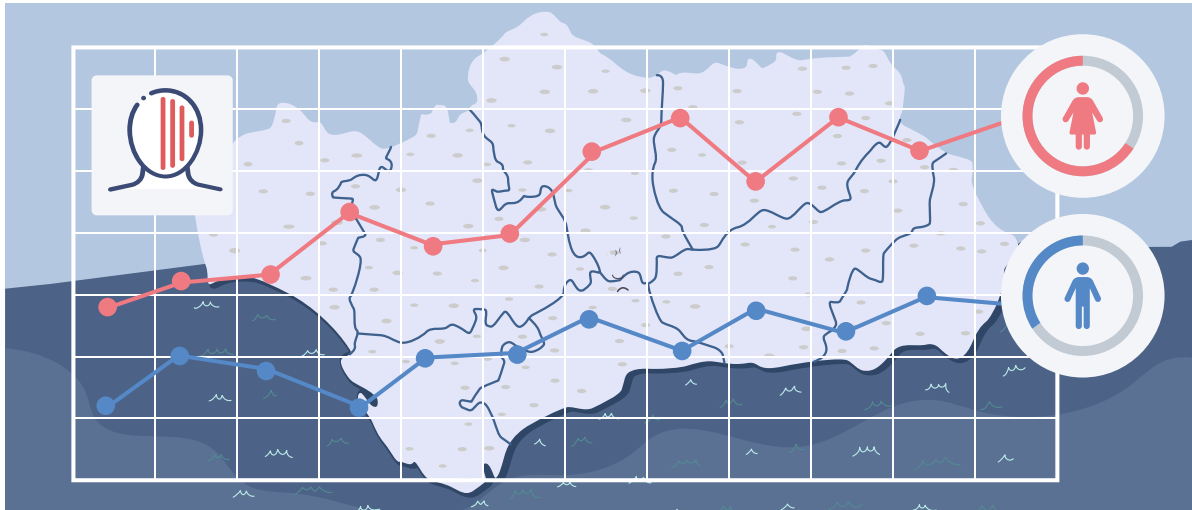
Se han realizado estudios comparativos en la misma población en diversos países, en la mayoría de los casos por el mismo grupo investigador, entre el inicio de la década de 1990 y la primera década del siglo XXI. Francia ha sido uno de los países que más datos ha aportado en este sentido, ya que cuenta con dos grandes estudios poblacionales separados por un período de 10 años (1990 a 1999), en los que se ha observado que no ha habido variaciones sustanciales en la prevalencia global de la migraña (3,19).

3.2.2. Prevalencia de las cefaleas

A continuación, se presentan los principales datos obtenidos a partir del estudio de la cefalea y los registros en diversas fuentes de información.

Las cifras de prevalencia de la cefalea observadas en los países occidentales oscilan entre 73-89% en población masculina y entre 92-99% en femenina. En Europa se estimó la prevalencia de la cefalea en general en el 51%, un 14% para la migraña y un 4% para las cefaleas crónicas. También a nivel europeo una exhaustiva revisión de estudios de prevalencia según las diferentes cefaleas primarias, estimó la prevalencia de la cefalea tensional en un 60%, la migraña en un 15%, la cefalea en racimos en un 0,2-0,3%, la cefalea crónica en un 4% y la cefalea por abuso de medicación en un 1-2% (5).

Específicamente, por lo que respecta a la migraña, las cifras de prevalencia en países occidentales han sido bastante uniformes, variando entre un 10% y un 16%, con un predominio de mujeres y una relación hombre/mujer de 2:3 (17). La prevalencia estimada en población general de migraña crónica (MC) varía entre el 0,9% y el 5,1% según diferentes estudios, aunque la mayoría la sitúan en la horquilla del 2-3%. De forma evolutiva, el 2,5-3% de las personas que padecen una migraña episódica (ME) desarrollan anualmente una migraña crónica (MC) (20,21). Un estudio realizado en Dinamarca, en una cohorte de 12 años, tampoco mostró resultados de prevalencia con variaciones significativas, incluso analizando la incidencia de migraña y cefalea tensional en todo el período de seguimiento. La tasa de incidencia para migraña fue de 8,1/1.000 (relación hombre/mujer 1:6) y para cefalea tensional frecuente de 14,2/1.000 (relación hombre/mujer 1:3) (22).



En España, las cifras de prevalencia de migraña no han cambiado en un período de 20 años (14,23). En general, en la consulta de cefaleas de un hospital de tercer nivel, un 33% de las personas con diagnóstico de migraña a lo largo de un período de 4 años presentarán MC, con una proporción de mujeres respecto a los hombres de 5/1 (20,21). Su distribución es muy similar a la de la mayoría de los países de nuestro entorno (3). Un estudio de estas características, realizado en 1992, obtuvo cifras de prevalencia de migraña del 7% para los varones y del 17% para las mujeres (14). Y una publicación posterior confirmó cifras muy similares (23)(tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia de la migraña en la población española de 16 a 65 años por sexo.

Grupo edades (años)	Población total	(%)	Población migraña	Total población hombres	(%)	Población migraña hombres	Total población mujeres	(%)	Población migraña mujeres
16-19	2.628.902	4	118.302	1.341.325	4	53.653	1.287.577	5	64.379
20-24	3.205.781	16	414.432	1.631.882	9	146.690	1.573.899	17	267.563
25-29	2.920.450	14	407.789	1.473.656	10	147.366	1.446.794	18	260.423
30-34	2.544.151	15	368.153	1.278.887	9	115.100	1.265.264	20	253.053
35-39	2.444.962	14	329.954	1.223.535	8	97.883	1.221.427	19	232.071
40-44	2.243.428	13	314.156	1.121.109	7	78.478	1.122.319	21	235.687
45-49	2.018.942	13	264.111	995730	7	69.701	1.023.212	19	194.410
50-54	2.319.903	13	303.644	1.139.386	8	91.151	1.180.517	18	212.493
55-59	2.205.063	13	268.083	1.067.776	7	74.744	1.137.287	17	193.339
60-65	2.301.567	10	237.710	1.087.843	4	43.514	1.213.724	16	194.196
Total	24.883.149	12	3.026.72	12.361.29	7	918.458	12.472.020	17	2.107.613

Fuente: elaboración propia a partir de Láinez JM et al, 1994 (14).

3.2.3. Prevalencia de cefaleas según tipología

Uno de los pocos estudios que analiza la prevalencia global de las cefaleas primarias y secundarias, se realizó en Dinamarca sobre 740 personas con cefalea y mostró que determinados tipos de cefalea, como la cefalea punzante idiopática o la cefalea por estímulos fríos y otras cefaleas, son más prevalentes en las personas con migraña, lo que sugiere que la existencia de susceptibilidad genética a padecer migraña, determina una mayor sensibilidad a padecer otro tipo de cefaleas (24). No se ha encontrado un estudio de este tipo que incluya todas las cefaleas primarias y secundarias. En la tabla se especifican las prevalencias de los diferentes tipos de cefaleas.

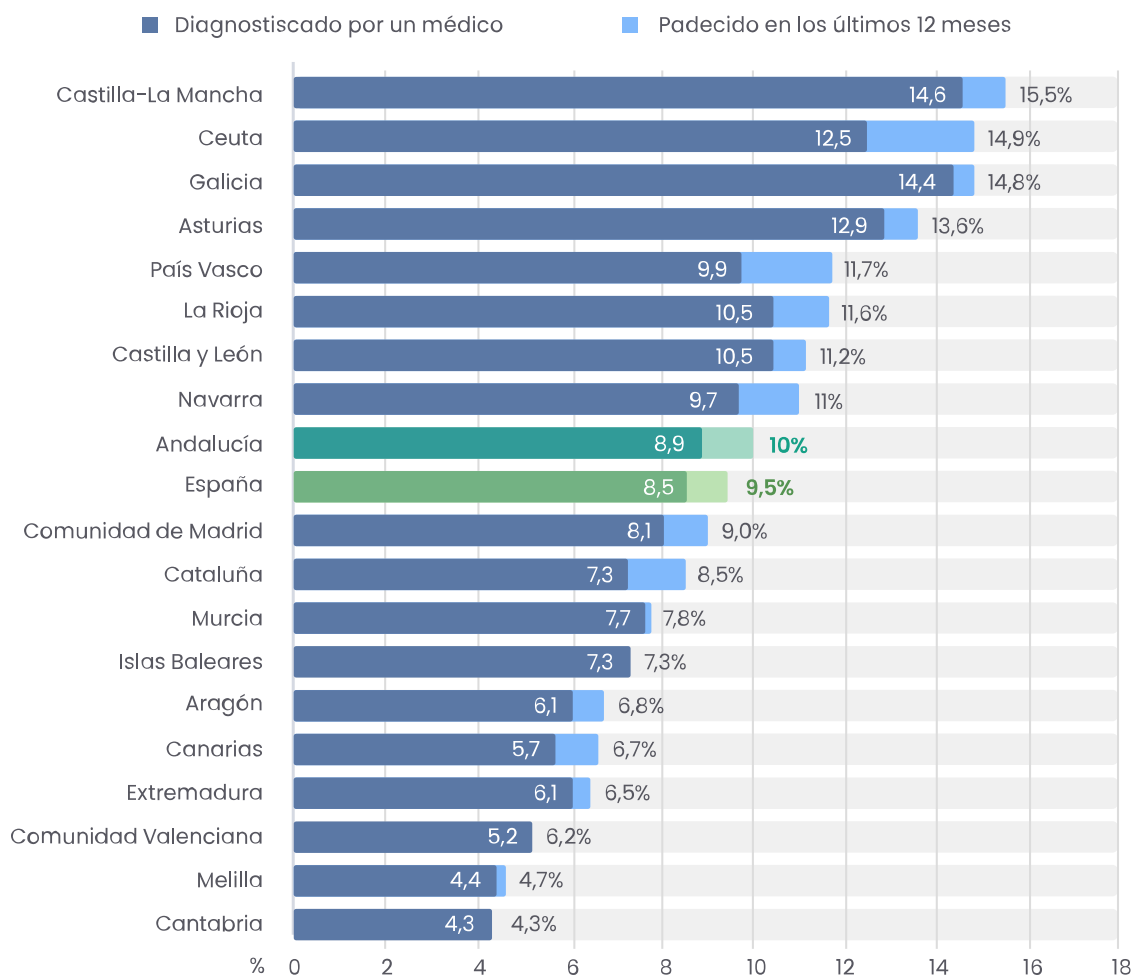
Tabla 2. Prevalencia de cefaleas primarias y secundarias en un estudio poblacional.

 Cefaleas primarias		Prevalencia
1	Migraña sin aura	9%
2	Migraña con aura	6%
3	Cefalea de tensión episódica	63%
4	Cefalea de tensión crónica	3%
5	Cefalea punzante idiopática	2%
6	Cefalea por compresión externa	4%
7	Cefalea por estímulos fríos	15%
8	Cefalea benigna de la tos	1%
9	Cefalea por ejercicio físico	1%
10	Cefalea asociada con actividad sexual	1%
 Cefaleas sintomáticas		15%
1	Cefalea por resaca	72%
2	Cefalea por fiebre	63%
3	Cefalea asociada a traumatismo craneal	4%
4	Cefalea asociada a trastornos vasculares	1%
5	Cefalea asociada a trastorno intracraneal de origen no vascular	0,5%
6	Cefalea por ingesta o supresión de sustancias	3%
7	Cefalea asociada a alteraciones metabólicas	22%
8	Cefalea asociada a ayuno sin hipoglucemia	19%
9	Cefalea asociada a alteraciones en la nariz o los senos	15%
10	Cefalea asociada a alteraciones oculares	3%
11	Cefalea asociada a alteraciones de los oídos	0,5%
12	Neuralgias craneales	0,5%

Fuente: Rasmussen BK y Olesen J, 1992 (23).

Las Comunidades Autónomas (CCAA) con mayor prevalencia de migraña, según la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE) del año 2017¹, son **Castilla-La Mancha** y Galicia y la **Ciudad Autónoma de Ceuta**, con porcentajes que rozan o superan el 15% de la población.

Gráfico 2. Población con migraña o dolor de cabeza frecuente por CCAA.



Fuente: ENSE, 2017.

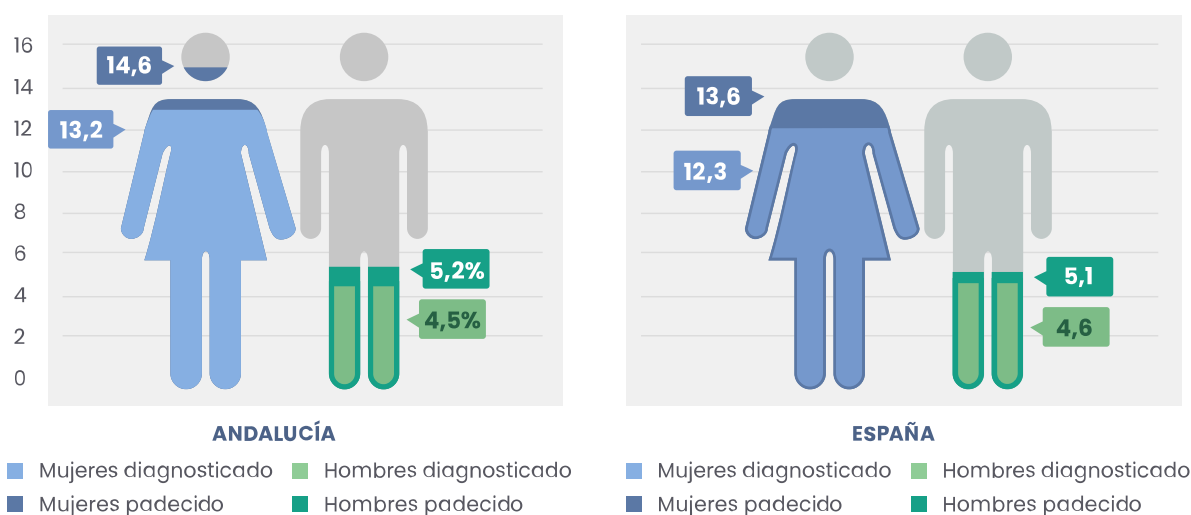
En el extremo opuesto se sitúan **Cantabria** y la **Ciudad Autónoma de Melilla**, con **menos del 5%** de la población con migrañas o dolores de cabeza frecuentes auto-percibidos.

No más de un 2% de la población declaró padecer migrañas sin un diagnóstico médico, alcanzándose los valores máximos en el País Vasco y la Ciudad Autónoma de Ceuta.

¹ Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

La distribución por sexo de las migrañas en España muestra una **mayor prevalencia entre las mujeres**, en relación a los hombres, con un 13,6% frente al 5,1% respectivamente. Esta distribución es muy similar en Andalucía, donde la prevalencia en las mujeres se sitúa en el 14,6%, frente al 5,2% en hombres (gráfico 3).

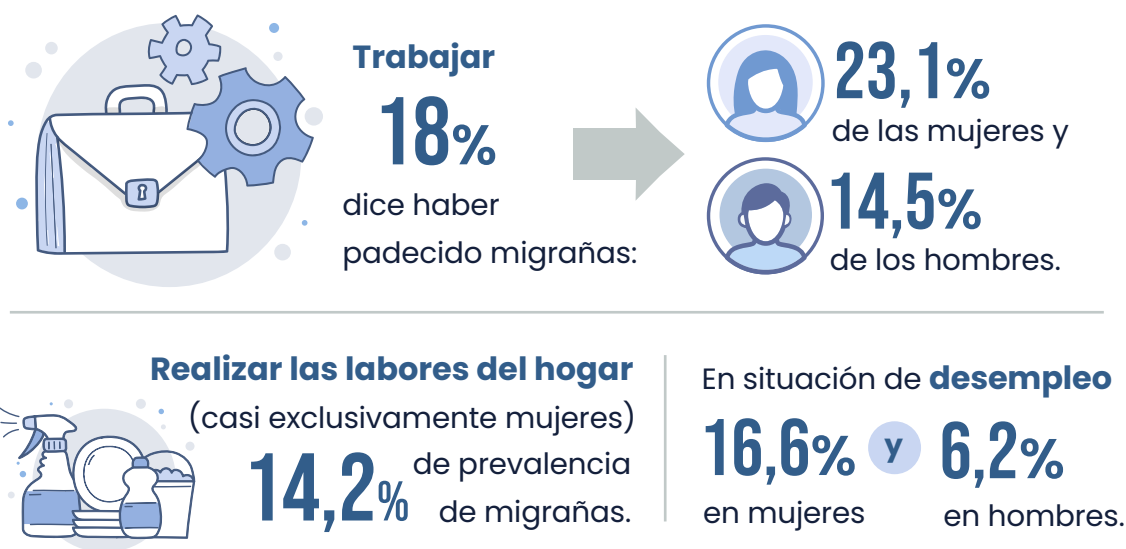
Gráfico 3. Población con migraña o dolor de cabeza frecuente por sexo, según se declara que padecen o que tienen diagnóstico. Andalucía y España.



Fuente: ENSE, 2017.

Según edad y sexo, el grupo de 35 a 54 años supera la prevalencia del 10% en general y del 16% en las mujeres. En el caso de los hombres, las edades más prevalentes se sitúan entre los 45 y los 64 años. También se aprecia una mayor frecuencia en las clases sociales más bajas en ambos sexos.

De las personas que declaran estar incapacitadas para:



3.2.4. Estudio de las cefaleas en Andalucía

Para analizar la prevalencia de las cefaleas en Andalucía se ha consultado la Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE), la Encuesta Andaluza de Salud 15 y la Base Poblacional de Salud de Andalucía (BPS).

En el conjunto del país, de acuerdo a la ENSE, el 9,5% de la población habría sufrido migrañas en los últimos 12 meses y el 8,5% habrían sido diagnosticadas por personal facultativo, siendo los valores de Andalucía muy similares a los de España: 10,0% y 8,9%, respectivamente. A nivel nacional, la distribución de las migrañas, por sexo, muestra una mayor prevalencia entre las mujeres, en relación a los hombres, con un 13,6% frente al 5,1% respectivamente. Esta distribución es muy similar en Andalucía donde en mujeres se sitúa en el 14,6%, frente al 5,2% en hombres (gráfico 3).

La EAS15 sitúa la prevalencia de cefaleas crónicas en la población adulta (16 o más años) residente en Andalucía, en un 3,5%, siendo casi 4 veces superior en mujeres que en hombres (5,5% frente a 1,5% respectivamente) (12). Y algo más del doble en mayores de 65 años que en menores de 44 años (5,2% frente a 2,5%).

La Base Poblacional de Salud (BPS²) del SSPA señala que un total de 361.093 personas tendrían registrado un diagnóstico de cefalea, lo que sitúa la prevalencia en torno a 42 por 1.000 habitantes. Entre los años 2015 y 2019 se registró una incidencia que ronda los 50.000 nuevos casos diagnosticados de cefalea primaria al año. De estos, entre el 10% y el 15%, registraron el primer diagnóstico en consultas externas hospitalarias.

En consulta de Neurología:

» En total, el porcentaje de personas con diagnóstico de **cefalea primaria** está en alrededor del **25%**.

» En cuanto al diagnóstico por tipo de cefalea primaria³, se encontró que:



² Servicio Andaluz de Salud Base poblacional de Salud Servicio Andaluz de Salud. Available online: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/sistemas-de-informacion/base-poblacional-de-salud>

» Se habrían diagnosticado el **8,4%** de las cefaleas como crónicas, y el resto como episódicas o no especificadas según el tipo, siendo de un **2,3%** para las migrañas, un **19,9%** para las cefaleas tensionales y un **11,3%** para las cefaleas trigeminoautonómicas.

» El **76,5%** de las personas diagnosticadas de cefalea entre 2015 y 2019 eran mujeres, destacando las franjas de edad de entre

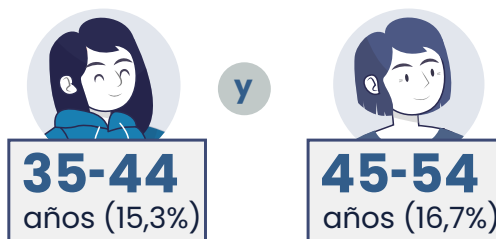
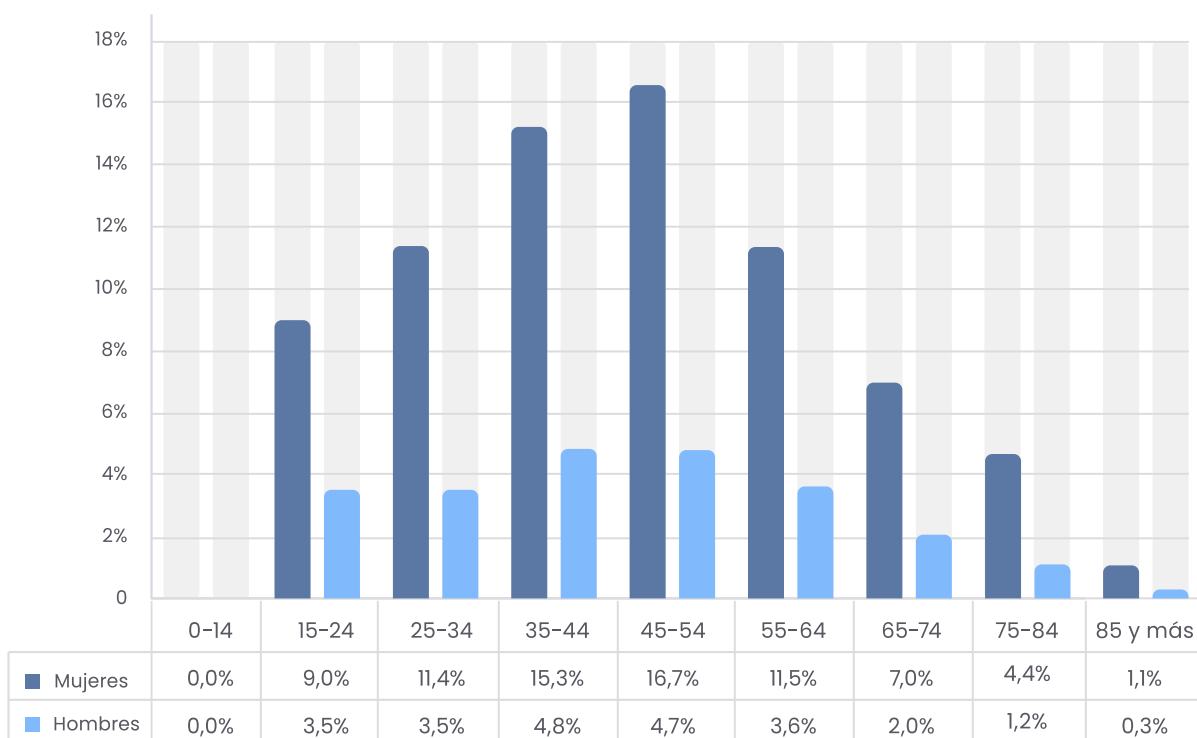


Gráfico 4. Personas con diagnóstico de cefalea atendidas en consulta de Neurología, por edad y sexo.



Fuente: BPS, 2015-2019.

En cuanto a la distribución por edad y sexo según tipo de cefalea primaria, tanto las migrañas, como las cefaleas tensionales siguen un patrón similar representando en las mujeres el 79,7% y el 75,3% del total, respectivamente. En las cefaleas trigeminoautonómicas son los hombres los más diagnosticados, sumando el 72,5% de los diagnósticos en Neurología entre 2015 y 2019.

3 Códigos CIE-10-ES G43.XXX (migraña), G44.0XX (trigeminoautonómica), G44.2XX (cefalea tensional) y G44.5X y G44.8X (otras cefaleas).

En el resto de los servicios sanitarios (de Atención Primaria, Atención Hospitalaria, Salud Mental o Urgencias), **las migrañas constituyeron el 65,1% de los diagnósticos, la cefalea tensional el 32,1% y la trigeminoautonómica el 1,8%.**

En el caso de Atención Primaria (AP) y Urgencias Hospitalarias (UH), la distribución por edad y sexo según tipo de cefalea es muy similar a las consultas de Neurología, con las mujeres representando el 73,3% del total (75,6% de las migrañas y 71,9% de las cefaleas tensionales) y los hombres presentando la mayoría de diagnósticos de cefalea trigeminoautonómica (57,9%).

También hay que señalar que el 5,6% de los diagnósticos de cefalea registrados en estos dispositivos corresponden a personas menores de 14 años.

De acuerdo al **Atlas de “Impacto y situación de la Migraña en Andalucía” (11) (Atlas 2018 para Andalucía)**, subanálisis del nacional, y según el número de días con dolor de cabeza, el 63,3% de las personas encuestadas padecían migraña de tipo episódico, frente a un 36,7% con migraña crónica. En relación con la edad de los primeros síntomas asociados a la enfermedad y su diagnóstico, las personas con ME habrían comenzado a los 17,4 años y fueron diagnosticadas a los 21, con lo que podría estimarse un retraso diagnóstico de 3,6 años.

En el caso de la MC, los primeros síntomas aparecían a los 15,3 años y el diagnóstico se producía a los 20,5 años, con lo que podría estimarse un retraso diagnóstico de 5,2 años. Hay que tener en cuenta que esta población comienza con una ME que se cronifica.

Tabla 3. Edad media de los primeros síntomas, del diagnóstico y retraso diagnóstico según tipo de migraña episódica o crónica.

	MIGRAÑA EPISÓDICA N=118		MIGRAÑA CRÓNICA N=69	
	Media (años)	Desviación Estándar	Media (años)	Desviación Estándar
Edad a los primeros síntomas asociados	17,4	9,7	15,3	8,1
Edad de diagnóstico	21,0	10,0	20,5	8,8
Años de retraso diagnóstico	3,6	4,9	5,2	5,7

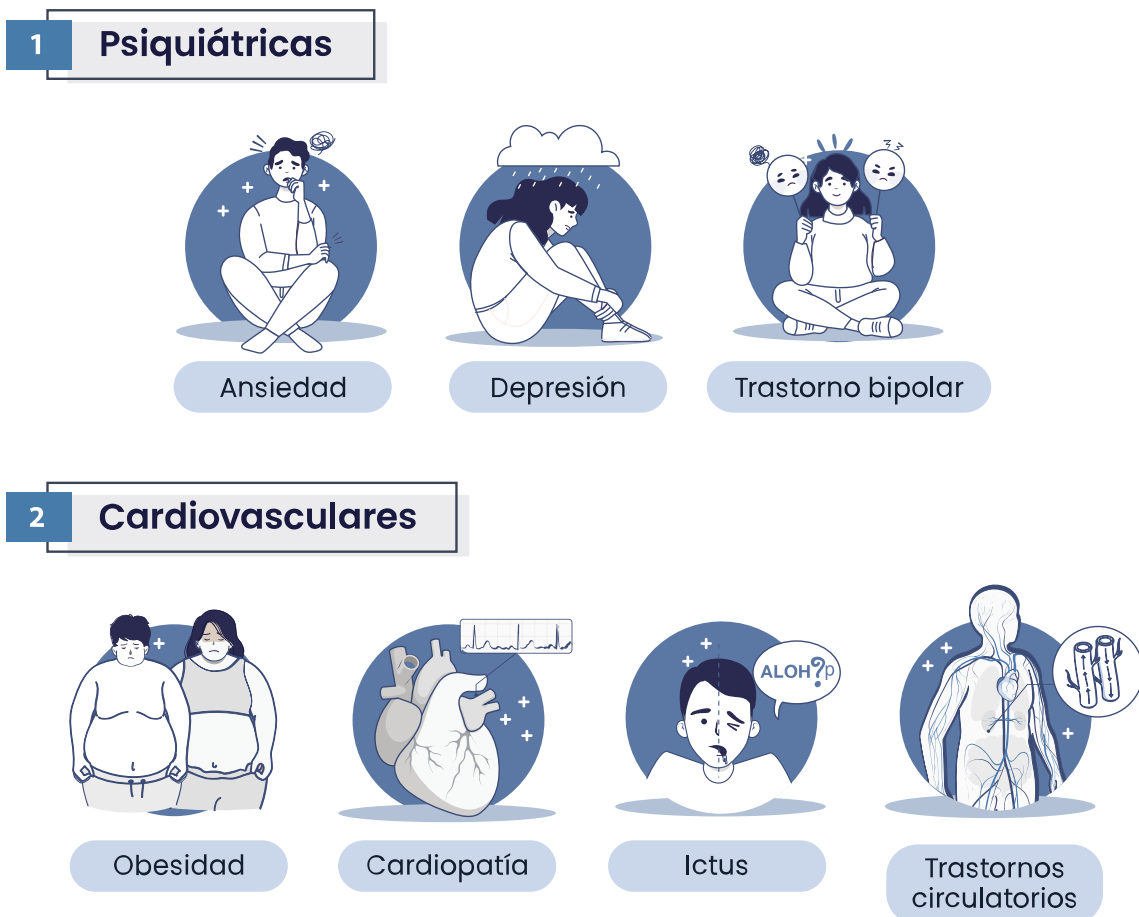
Fuente: Atlas de Andalucía, 2018.

Únicamente un **25%** de las personas encuestadas había sido **diagnosticadas en menos de 1 año**, un **50% tardó más de 2 años** y un **25% más de 6 años**; datos que se aproximan a los resultados del proyecto CIEN-mig (25).

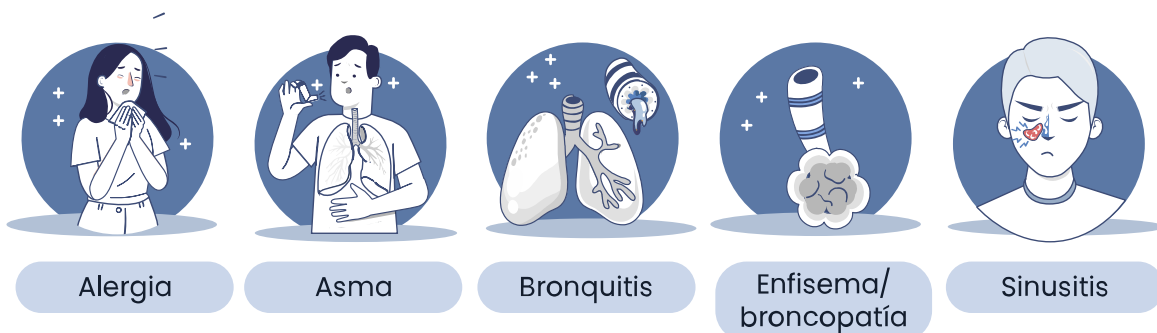
3.2.5. Comorbilidad

La migraña se asocia a un amplio espectro de procesos patológicos comórbidos, estadística y biológicamente relacionados. El reconocimiento y el tratamiento de estas comorbilidades pueden dar como resultado un mayor índice de éxito en su tratamiento. Así, se ha descrito una frecuencia significativamente mayor de obesidad, varios trastornos de salud mental, cuadros de dolor crónico, ciertas enfermedades respiratorias, ciertos factores de riesgo vascular, el síndrome de fatiga crónica, y la fibromialgia entre personas con migraña (26,27).

Figura 1. Comorbilidades asociadas a la migraña crónica.



3 Respiratorias



4 Otras



Fuente: Jurado C et al, 2019 (2).

Una persona con migraña tiene mayor probabilidad de presentar trastornos de salud mental respecto al resto de la población general, más aún si la migraña es de tipo crónico (28). En este sentido, diversos estudios han puesto de manifiesto como la comorbilidad psiquiátrica actúa como factor de riesgo en la cronificación de la migraña (29,30) y puede contribuir a un aumento de la discapacidad (31). Los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo suponen las comorbilidades psiquiátricas que más influyen en diversos aspectos de la enfermedad, tales como el pronóstico, la respuesta al tratamiento e incluso el nivel de calidad de vida de quienes la padecen (32).

El **Atlas 2018 para Andalucía** evaluó las **respuestas de ansiedad y depresión** a través de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)(33) y analizó la relación entre la sintomatología ansioso-depresiva (medida por dicha Escala HAD) y el nivel de discapacidad (Evaluación de la Discapacidad por Migraña -MIDAS-). Según los puntos de corte para cada una de las subescalas de ansiedad y depresión, se obtuvo una prevalencia de un **40,0% de ansiedad y 15,2% de depresión para las personas con ME**, frente al **52,4% de ansiedad y 26,2% depresión en aquellas con MC**.

Las puntuaciones medias en discapacidad eran más altas en aquellas personas con ansiedad y depresión y, más aún, en el caso de las personas con MC.

Uno de los instrumentos más utilizados para medir la calidad de vida de las personas con cefalea es el Cuestionario de Evaluación de Necesidades provocadas por la Cefalea, HANA (del inglés, Headache Needs Assessment), el cual mide el impacto de la cefalea en siete dominios de la vida (34). Las puntuaciones en calidad de vida según este instrumento fueron mayores también, y por tanto **mostraban peor calidad de vida para pacientes con ansiedad y depresión, lo mismo que para pacientes con MC.**

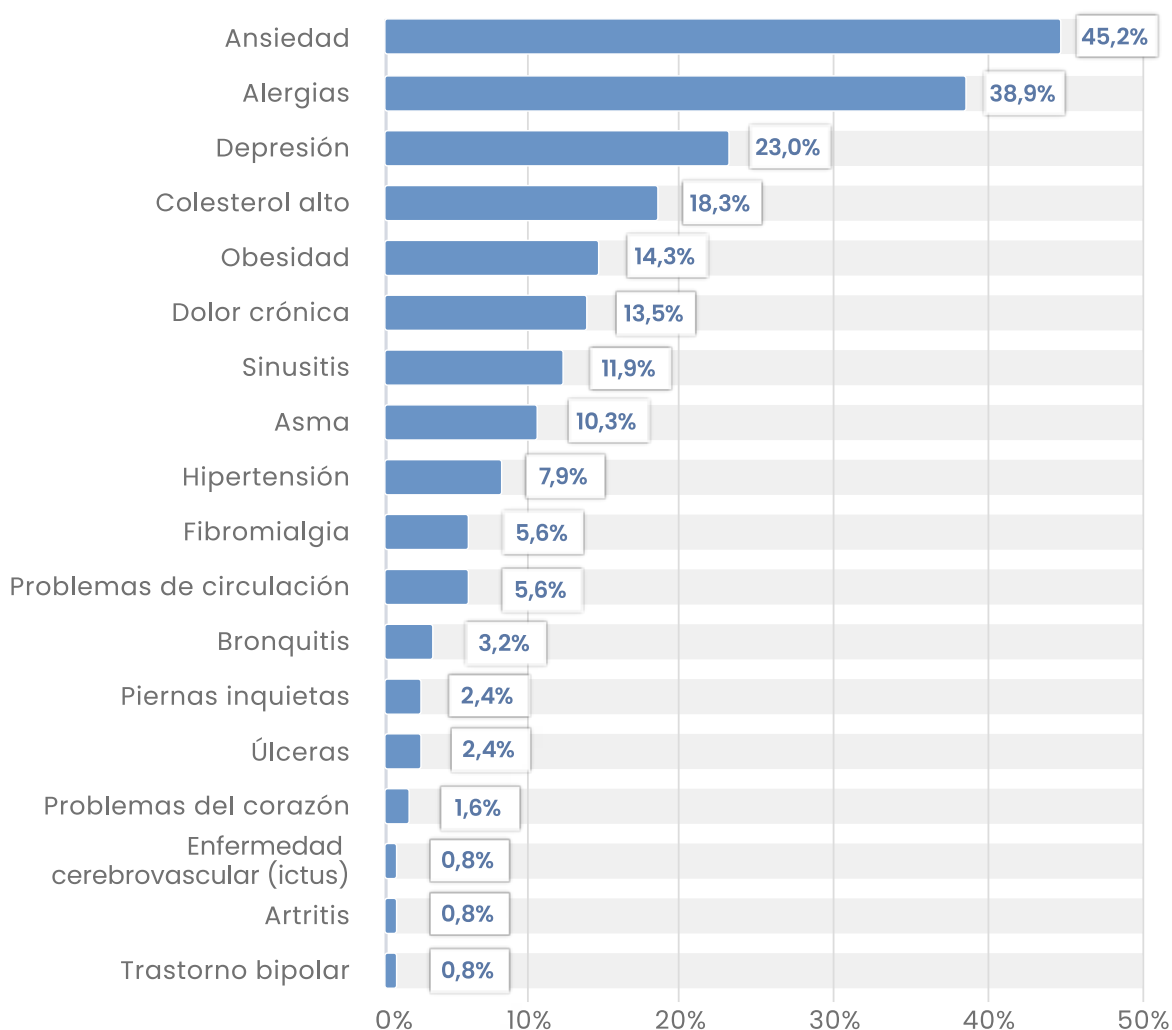
En general, ansiedad y depresión se asociaron a un mayor número de comorbilidades: en el caso de las personas con ME existe relación entre la sintomatología emocional (depresión) y la artritis, el dolor crónico, la bronquitis y la fibromialgia; En el caso de personas con MC la relación se encuentra entre la depresión y el padecimiento de úlceras y cardiopatías.



Según la BPS del SSPA, el **58,4% de las personas diagnosticadas de cefalea primaria tendrían algún tipo de patología crónica comórbida a la cefalea**, destacando los trastornos de ansiedad (presentes en el 35,2% de las personas con cefalea), dislipemia (24,1%), hipertensión (23,0%) o trastornos del estado del ánimo (10,6%). Además, estas patologías no son excluyentes, existiendo personas que presentan varias de estas comorbilidades. Esta información concuerda con un estudio realizado en unidades de AP, donde se encontró que una proporción significativa de personas con migraña sufrían uno o más trastornos psiquiátricos (35), siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo.

El **Atlas 2018** para Andalucía identifica como enfermedades concomitantes más prevalentes: la **ansiedad** (45,2%), las **alergias** (38,9%), la **depresión** (23,0%) y otras afecciones médicas declaradas, como **colesterol alto** (18,3%), **obesidad** (14,3%) o **dolor crónico** (13,5%).

Gráfico 5. Comorbilidad declarada por las personas con migraña.



Fuente: Atlas Andalucía, 2018.

Según la **EAS15**, casi la mitad de las personas con cefalea crónicas refirió tener al menos otras tres enfermedades crónicas diagnosticadas. **Así, la prevalencia de enfermedades crónicas individuales sería muy superior en la población con cefaleas** (al menos, el doble en la mayoría de los casos). Por otra parte, el número de enfermedades crónicas con prevalencias superiores al 10% sería también mucho mayor en la población con cefaleas, suponiendo 13 frente a 3 en la población sin cefaleas. De manera especial destaca el dolor de espalda, referido en casi la mitad de la población con cefaleas crónicas (47,3% frente al 10,09% en población sin cefaleas). Otras enfermedades crónicas como depresión, ansiedad, varices, mala circulación, osteoporosis o fibromialgia presentaron prevalencias en la población con cefaleas que, al menos, quintuplicaron a las de la población sin cefaleas crónicas.

3.2.6. Hábitos saludables y nocivos

La cronificación de la migraña se ha relacionado con diversos factores desencadenantes, que incluyen determinados hábitos dietéticos (36, 37, 38), el sueño (39), el sobrepeso u obesidad (40), o la ingesta de alcohol y tabaco (41) (estos últimos han resultado ser un desencadenante en aproximadamente un tercio de las personas con migraña). En el caso de la obesidad, estos factores incrementan el riesgo de cronificación de la migraña hasta 5 veces (42). Otros factores, sin embargo, ayudan a prevenir las cefaleas, como la realización de ejercicio físico de forma regular (43).



La mayoría de personas con cefalea encuestadas en el Atlas 2018 para Andalucía no seguía **ninguna dieta específica** para controlar la intensidad o frecuencia de los ataques de migraña (63,7%). Entre las que sí lo hacían, la mayoría optaban por una dieta baja en grasas (un 25,9%).

Los encuestados asociaron la aparición de la migraña con el consumo de:



En relación al consumo de **alcohol**, el 45,7% y 56,7% de las personas con cefalea encuestadas señaló el consumo de alcohol de baja y alta graduación, respectivamente, como uno de los desencadenantes de las crisis de dolor. Un 44,9% de las personas con MC afirmaron no beber nada de alcohol de baja graduación (cerveza/vino), seguido de aquellos (26,5%) que lo tomaban de 1 a 3 veces al mes. El 66,6% de estas personas con MC señaló no ingerir alcohol de alta graduación, frente a un 25,5% que sí lo hacían, con una frecuencia inferior a una vez al mes.



Por otro lado, el 64,0% de las personas con ME mantenía diariamente una rutina en los horarios de sueño. En lo que respecta a trastornos relacionados con el sueño, un 40,8% de las personas con MC sufría episodios de bruxismo y un 18,8% de estas padecía episodios de apnea durante el sueño.



Por último, la mayoría de las personas con migraña declaró que caminar era el ejercicio físico que más practicaba (un 85%); aquellas con MC dedicaban menos de 3 horas a la semana a actividad física (44,1%), mientras que el 42,9% con ME dedicaban entre 3 y 8 horas a la semana.



3.3. Uso de servicios sanitarios, tratamientos y recursos disponibles en el SSPA

3.3.1. Uso de servicios sanitarios



La importancia de la cefalea como un problema de salud pública es, con frecuencia, infravalorada por su naturaleza episódica y sobre todo por su escasa gravedad, siendo ocasionalmente el síntoma de un cuadro clínico más grave y generando una alta carga de demanda asistencial. Constituye el principal motivo de consulta en el ámbito de la Neurología en AP, en concreto con un 28% del total de consultas médicas, y el quinto en

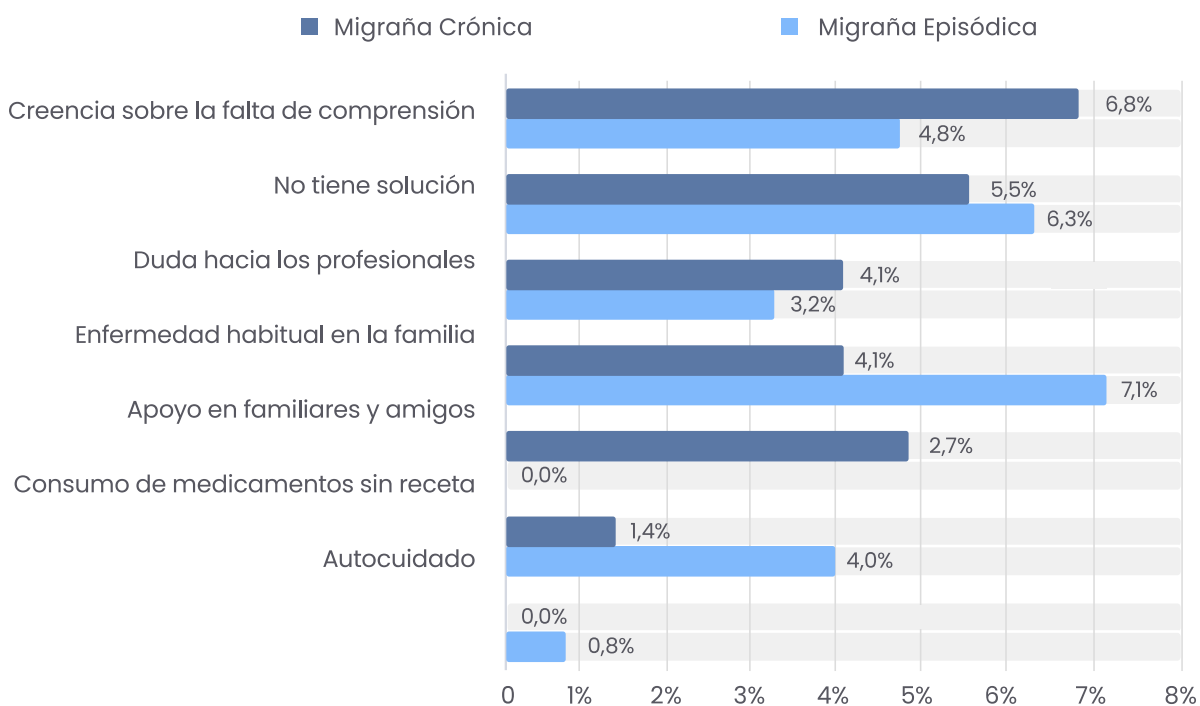
los servicios de Urgencias, representando a nivel de España más de 10 millones de visitas anualmente (44). Es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Neurología (45), alcanzando casi el 50% en Atención Hospitalaria (AH).

El primer nivel asistencial al que acuden las personas con cefalea es AP, donde se debe decidir, tras la valoración, la derivación a consulta de Neurología (46, 47); el hecho es que solo una minoría de ellas son derivadas y tratadas de forma concreta en unidades específicas de cefaleas. Los principales motivos de derivación a otro nivel asistencial son la sospecha o confirmación de una cefalea secundaria (en el caso de que se pidan pruebas en AP) y la refractariedad al tratamiento de una cefalea primaria o secundaria ya diagnosticada (48).

Según datos de la Sociedad Española de Neurología, al menos un 25% de las personas con migraña no han consultado su dolencia con profesionales sanitarios y un 50% abandona el seguimiento tras las primeras consultas (7).

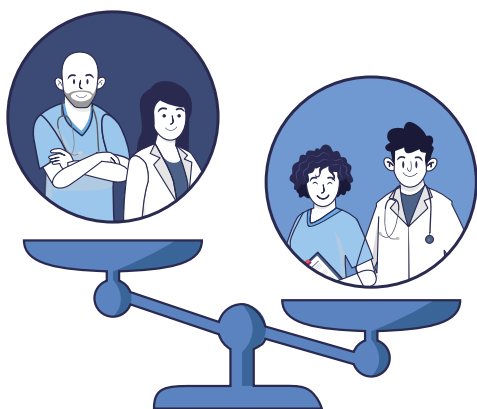
En ese sentido, los resultados del **Atlas 2018 para Andalucía** mostraron que los motivos por los que las personas con cefalea no habían consultado con un especialista fueron la creencia de que padecer migraña era habitual entre los miembros de su familia y que la migraña que padecían no tenía solución ni tratamiento, además de la percepción de falta de comprensión por parte de profesionales sanitarios.

Gráfico 6. Motivos por los que los pacientes no han visitado nunca a un especialista.



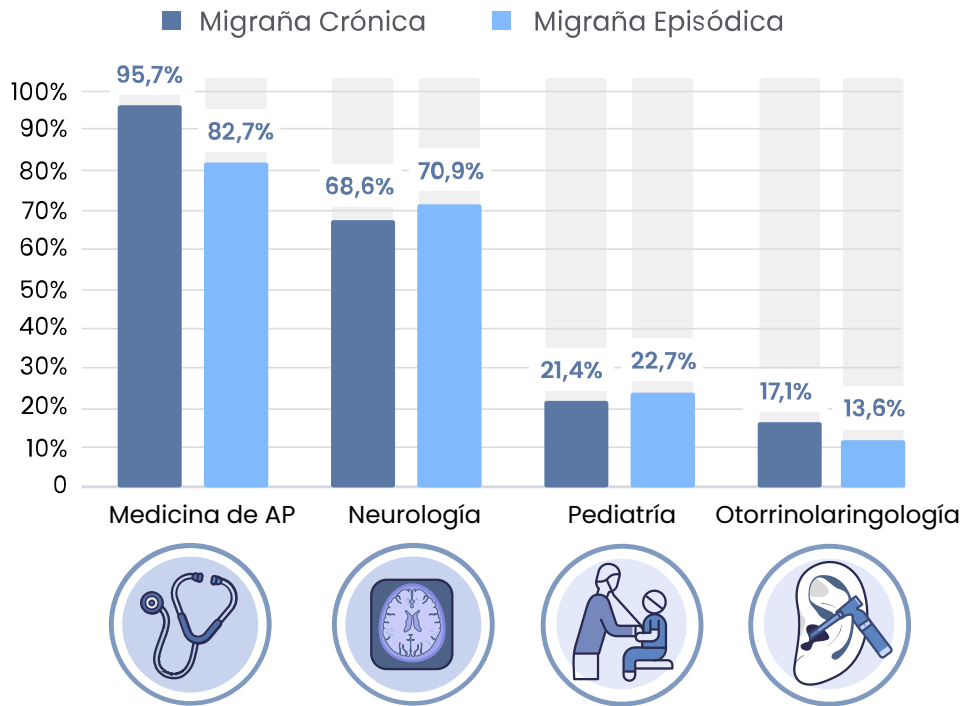
Fuente: Atlas Andalucía, 2018.

El Estudio PRIMERA, realizado en España por miembros del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, señala que, a pesar de la elevada discapacidad que la migraña ocasiona, son aún muchas las personas que nunca han consultado con su médico su patología o, si lo han hecho, no han recibido un tratamiento adecuado (49).



En la **EAS15**, se recoge que el personal médico de AP fue visitado, en las últimas dos semanas, por el 34,1% de la población con cefaleas, frente a un 23,4% en población sin cefaleas y de acuerdo al **Atlas 2018 para Andalucía**, las personas con cefalea declararon haber realizado un número mayor de visitas por cefalea a profesionales de AP y pediatras que a consultas de Neurología. Así, antes del diagnóstico de migraña, el personal médico de AP fue el más visitado de entre los profesionales a los que se acudió por cefalea.

Gráfico 7. Tipos de especialidades médicas consultadas antes del diagnóstico.



Fuente: Atlas Andalucía, 2018.

Situación que también se produce tras el diagnóstico para llas personas, tanto con ME como MC, y que evidencia la mayor accesibilidad a las consultas de AP respecto a las de Neurología. En los últimos 12 meses, casi un **85%** de personas con migraña acudió al menos una vez al personal especialista/médico de AP y más del 51,4% visitó al de neurología.

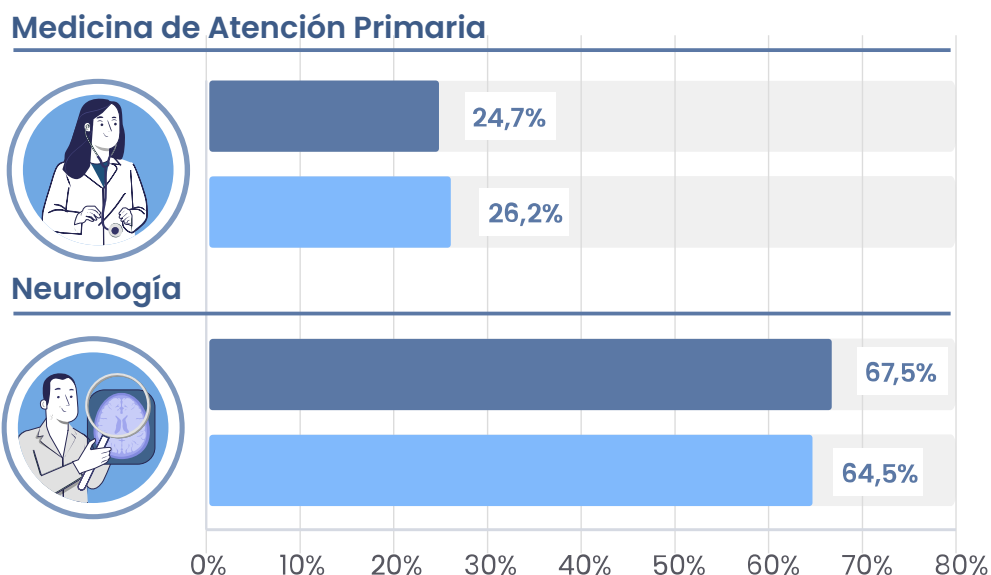
Tabla 4. Frecuencia de visitas a especialistas médicos de las personas con migraña en los últimos 12 meses.

	MIGRAÑA EPISÓDICA			MIGRAÑA CRÓNICA		
	Total Visitas	Media de visitas/paciente	Desviación estándar	Total Visitas	Media de visitas/paciente	Desviación estándar
Personal especialista/médico de AP	326	6,4	8,0	473	9,7	12,0
Especialista en Neurología	69	2,6	3,6	97	2,9	1,6
Especialista en pediatría	10	10,0	-	24	24,0	-
Especialista en ORL	4	4,0	-	14	14	1,5

Fuente: Atlas Andalucía, 2018.

En la mayoría de las personas con cefalea encuestadas, el personal especialista en neurología es el profesional que diagnosticó la migraña, seguido por el el personal especialista/médico de AP, tanto para el caso de la MC como la ME.

Gráfico 8. Especialista médico que diagnosticó de migraña.



Fuente: Atlas Andalucía, 2018.

De acuerdo a los datos de la **BPS**, durante los años 2015 a 2019, se registraron un total de 316.207 consultas de Neurología en los hospitales del SSPA, a las que acudieron 113.131 personas distintas con diagnóstico de cefalea, lo que supone una media de 2,8 consultas anuales. Se observa un aumento progresivo en el número de consultas, de 50.813 en 2015 a 70.199 en 2019, es decir, un incremento del 38,2% y en cuanto al tipo de consulta, el 30,9% serían primeras, derivadas desde AP, el 56,5% revisiones y el 12,6% interconsultas.

Según la misma fuente, en el año 2021, la frecuentación de pacientes con cefaleas en los dispositivos de urgencias, tanto de AP como de AH, se cifraba en⁴ :

- **Número de episodios registrados en urgencias hospitalarias:**
67.710 (56.359 pacientes distintos)
- **Número de episodios registrados en urgencias de AP:**
109.161 (82.462 pacientes distintos)

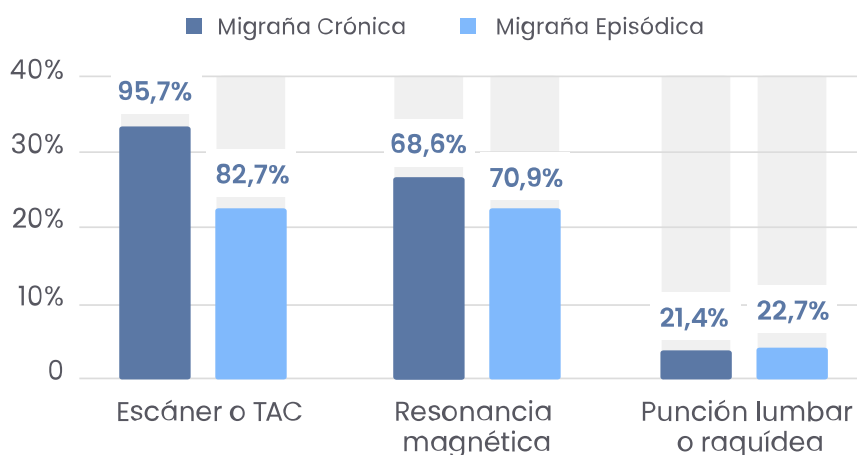
Las necesidades asistenciales específicas de la población con cefaleas y su accesibilidad a la atención sanitaria podrían tener también un efecto directo sobre la contratación de coberturas privadas adicionales. Así, según el **Atlas 2018 para Andalucía**, la mayoría de las personas con cefalea encuestadas declararon tener cobertura sanitaria pública (71,1%), un 20,9% contaban con doble cobertura sanitaria (pública y privada) y el 8,0% solo contaban con cobertura privada.

⁴ Las personas de AP y AH atendidas pueden ser coincidentes.

Cifras que van en consonancia con el número de asegurados para Andalucía en ese periodo que oscila entre el 18,07% y el 20,73% para los años 2018 y 2021 respectivamente⁵. Los resultados de la EAS15 pusieron de manifiesto el mayor porcentaje de doble cobertura sanitaria, pública y privada, entre las personas con cefalea crónicas, respecto a la población sin cefaleas, aunque se debería contrastar en un estudio con mayor tamaño muestral.

Como parte del diagnóstico, manejo y seguimiento de las personas con migraña se realizan una serie de pruebas, siendo las principales escáner o TAC, resonancia magnética y/o punción lumbar. Según el Atlas de Migraña para Andalucía 2018, para el seguimiento de la migraña crónica en los últimos 12 meses, el 32,6% de las personas encuestadas declaró haber sido sometida a un escáner o TAC, el 24,4% a una resonancia magnética y el 2,9% a punción lumbar.

Gráfico 9. Tipo de pruebas realizadas a pacientes en el seguimiento de su migraña los últimos 12 meses.



Fuente: Atlas Andalucía, 2018.

3.3.2 Urgencias hospitalarias e ingresos hospitalarios

La cefalea motiva entre el 1 y el 3% de las urgencias totales en los servicios de Urgencias, sin existir grandes diferencias entre las Urgencias de hospitales de distinto nivel. La mayoría son personas con migraña que no han controlado su crisis con la medicación habitual, y en una pequeña proporción de ellas (4,5%-19%) con dolor secundario a otros procesos (45).

En el quinquenio 2015-2019, según el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de **Urgencias del SSPA**, se atendieron en los hospitales andaluces un total de 103.878

⁵ Ref: Sanidad Privada Aportando Valor. Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (Fundación IDIS). PwC España, abril 2022.

urgencias por cefaleas, de las que el 60,5% fueron migrañas, el 35,8% cefaleas tensionales y el 3,3% cefaleas trigeminoautonómicas. En el 2017, según la última memoria de actividad publicada por el SAS, el grupo clínico “Cefalea incluida la migraña” fue la causa número 19 más frecuente como motivo de visita a urgencias hospitalarias, con un total de 60.987 personas atendidas⁶.

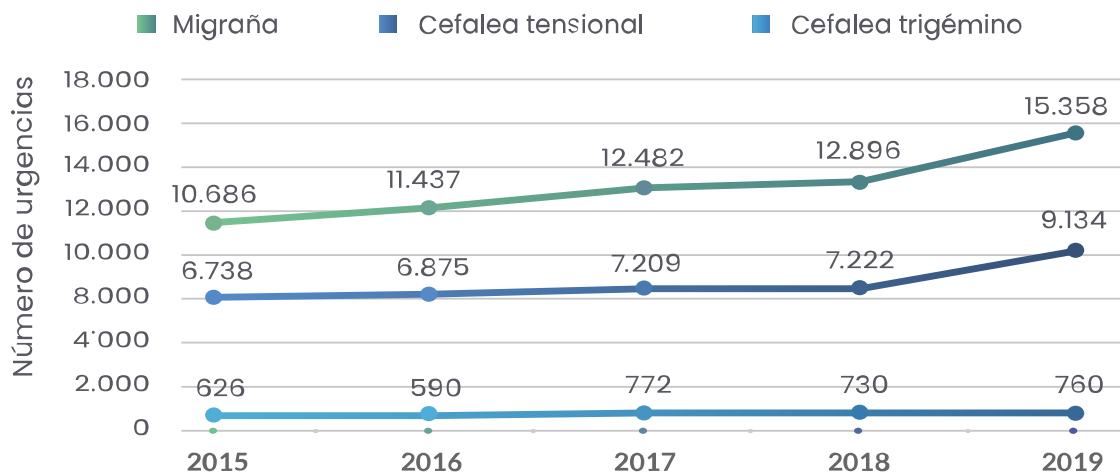
Tabla 5. Número de visitas a urgencias según el tipo de cefalea.

	N	% del total
Migraña	62.859	60,5%
Cefalea tensional	37.178	35,8%
Cefalea singular	3.478	3,3%
Otras cefaleas	363	0,3%
Cualquier cefalea	103.878	100,0%

Fuente: CMBD de Urgencias del SSPA, 2015-2019.

Al analizar la evolución anual, se observa un incremento en todos los tipos de cefaleas, siendo dicho aumento del 43,7% en el caso de la migraña, que pasa de 10.686 atendidas en 2015 a 15.358 en 2019, y del 35,6% en las cefaleas tensionales (6.738 en 2015 y 9.134 en 2019).

Gráfico 10. Evolución en el número de consultas en urgencias, según tipo de cefalea y año. 2015-2019.



Fuente: CMBD de Urgencias del SSPA, 2015-2019.

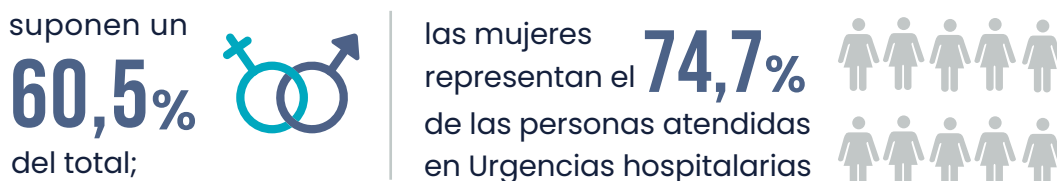
⁶ Memoria del SAS, 2017. Disponible en https://ws027.sspa.juntadeandalucia.es/contenidos/publicaciones/datos/698/pdf/sas_memo_2017.pdf

En la atención en Urgencias y según la información proporcionada por el CMBD:

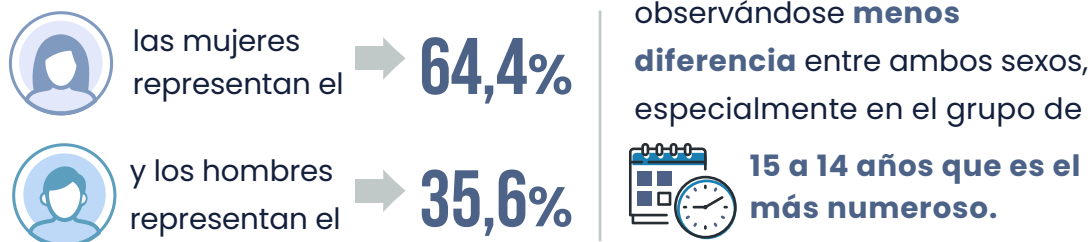
» En el conjunto de las personas con **cefalea atendidas**,



» La distribución por **edad y sexo** de las migrañas atendidas, es muy similar a la del conjunto de cefaleas primarias



» En el caso de las **cefaleas tensionales**,



» En la **cefalea trigéminoautonómica**, los hombres suponen la **mayoría**



» Durante el quinquenio **2015-2019** solo se ingresaron en planta el **0,7%** de las cefaleas atendidas en Urgencias hospitalarias, aunque el **11,8%** permanecieron ingresadas en observación.

Por otra parte,



Tabla 6. ingreso en urgencias y retornadas según tipo. Total 2015-2019.

	% ingreso en planta	% ingreso en observación	% retorno en 72 horas
Migraña	1,0%	14,6%	8,7%
Cefalea tensional	0,2%	7,1%	6,3%
Cefalea trigeminoautonómica	1,2%	12,1%	15,3%
Otras cefaleas	2,8%	12,4%	7,7%
Cualquier cefalea	0,7%	11,8%	8,1%

Fuente: CMBD de Urgencias del SSPA, 2015-2019.

La mayoría de las urgencias por cefalea (53,2%) se clasificaron en el **nivel 3 de prioridad**, solo un 6,1% se consideró emergencia y el 0,3% alcanzó el nivel 1 o crítico. El mayor porcentaje de urgencias de alta prioridad se observa para la cefalea trigeminoautonómica, donde las emergencias supusieron el 12,7%; en cambio, el 4,1% de los ingresos en urgencias por cefalea fueron clasificados como no urgentes.

Tabla 7. Distribución en el número de consultas a urgencias, según tipo de cefalea y nivel de prioridad. 2015-2019.

	Nivel 1 Crítico	Nivel 2 Emergencia	Nivel 3 Urgencia	Nivel 4 Estándar	Nivel 5 No urgente
Migraña	0,4%	7,3%	55,0%	32,7%	4,5%
Cefalea tensional	0,1%	3,4%	50,3%	42,8%	3,4%
Cefalea trigeminoautonómica	0,5%	12,7%	50,4%	33,5%	2,8%
Otras cefaleas	0,8%	6,3%	46,3%	41,6%	5,0%
Cualquier cefalea	0,3%	6,1%	53,2%	36,4%	4,1%

Nota: el porcentaje de urgencias sin prioridad informada es despreciable, < 0,1%

Fuente: CMBD de Urgencias del SSPA, 2015-2019.

Los tiempos medios de permanencia en Urgencias alcanzaron, en el periodo 2015-2019, los **162,7 minutos** (alrededor de 2 horas y 45 minutos), bajando en torno a las 2 horas y 15 minutos para las urgencias que cursaron sin estancia en observación y subiendo a las 10 horas y 45 minutos para las urgencias que fueron ingresadas en observación.

Tabla 8. Tiempos medios de permanencia en urgencias según tipo. Total 2015–2019.

	% ingreso en planta	% ingreso en observación	% retorno en 72 horas
Migraña	172,8	142,9	347,5
Cefalea tensional	143,6	130,8	312,6
Cefalea trigeminoautonómicas	179,6	154,0	365,4
Otras cefaleas	199,4	160,8	476,6
Cualquier cefalea	162,7	138,8	341,1

Fuente: CMBD de Urgencias del SSPA, 2015–2019.

Por último, hay que señalar que el **9,9% de las personas atendidas por cefaleas en Urgencias corresponde a derivaciones previas de Medicina de AP a consulta de Neurología**, manteniéndose este porcentaje estable en torno al 10% a lo largo del período 2015–2019.

Tabla 9. Número de consultas de urgencias hospitalarias derivados por AP a Neurología. 2015–2019.

	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Total urgencias	18.114	18.980	20.537	20.907	25.340	103.878
Personas distintas atendidas	15.871	16.477	17.753	18.087	21.619	89.807
Personas con primera visita derivada de AP a Neurología	1.596	1.586	1.769	1.860	2.061	8.872
Porcentaje de personas con primera visita derivada de AP a Neurología respecto al total de urgencias atendidas	10,1%	9,6%	10,0%	10,3%	9,5%	9,9%

Fuente: CMBD de Urgencias del SSPA, 2015–2019.

Entre las personas con cefalea encuestadas del **Atlas 2018 para Andalucía**, la media de visitas a Urgencias fue de 5,6 en ME y de 7,4 en MC, mientras que la media de ingresos hospitalarios en personas con ME fue de 1,3 y de 2,7 en aquellas con MC.

Tabla 10. Frecuencia de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios en los últimos 12 meses.

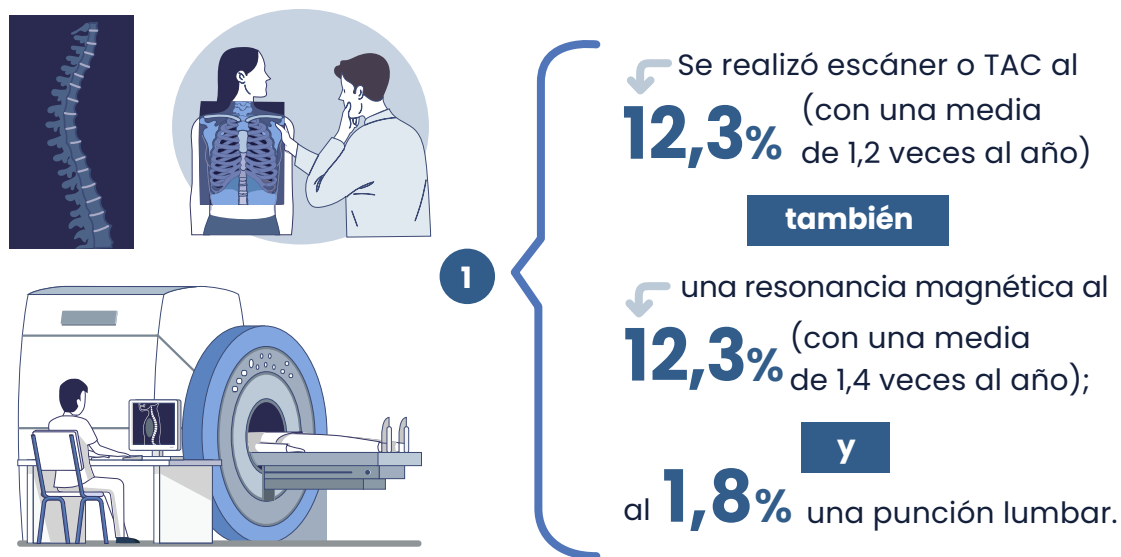
	MIGRAÑA EPISÓDICA			MIGRAÑA CRÓNICA		
	N	Total Visitas	Media	N	Total Visitas	Media
Urgencias	40	210	5,6	33	245	7,4
Ingresos Hospitalarios	4	5	1,3	7	19	2,7

Fuente: Atlas Andalucía, 2018.

La información que, sobre utilización de servicios sanitarios, procede de la EAS15, muestra el doble de ingresos hospitalarios y visitas a Urgencias entre la población con cefaleas crónicas, respecto a población general, con porcentajes de utilización de 10,2% frente al 5,9% y 41,2% frente al 18%, respectivamente.

En cuanto a las pruebas realizadas a personas como consecuencia de la migraña en los últimos 12 meses, el Atlas 2018 para Andalucía señala que:

» En el conjunto de quienes habían acudido a Urgencias:



2 Un escáner o TAC al **45,5%** de las **personas hospitalizadas** como consecuencia de su migraña, con una media de 1,3 veces al año.



3.3.3 Tratamiento y otras terapias

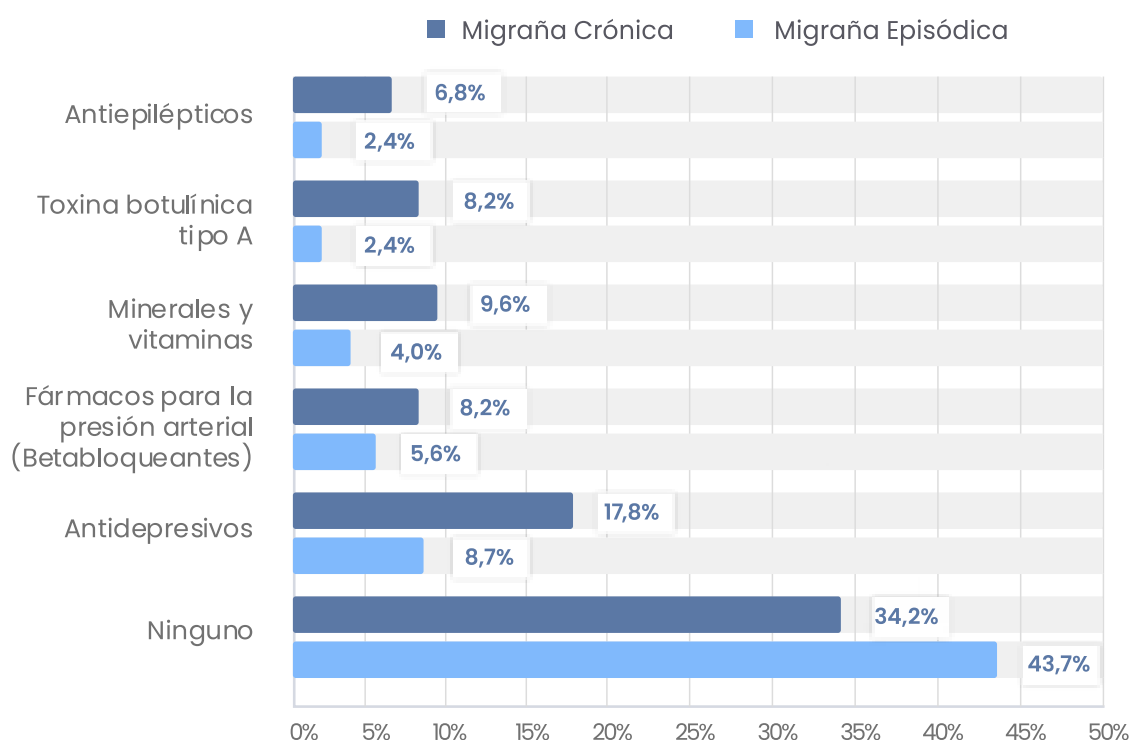
Los tratamientos para la migraña se dividen en dos tipos: sintomáticos y preventivos. Ambos tienen el objetivo de aliviar el dolor, restaurar la función y reducir la frecuencia del dolor de cabeza (50). El uso de los preventivos es recomendable para casos en los que la migraña resulta difícil de controlar, bien porque sean frecuentes, bien porque sean duraderas (51).

Desde un punto de vista farmacológico, se identifican dos problemas. Por un lado, el infratratamiento, debido, en gran parte, a que las personas con migraña no acuden al médico o, si lo hacen, en muchos casos no reciben un tratamiento apropiado (52); por otro, el abuso de analgésicos, lo que puede actuar como desencadenante de la cronificación de la migraña (1, 29, 53).

Según los datos obtenidos en el Atlas 2018 para Andalucía, los analgésicos y los antiinflamatorios son los medicamentos más consumidos. En efecto, el 87 % de las personas con migraña tomaba analgésicos y antiinflamatorios en los momentos de crisis de migraña, seguido de los triptanes con un 49,7%. Se utilizó también una escala de cinco valores (siendo el valor 1 “muy malo” y el valor 5 “muy bueno”) para valorar la eficacia de los tratamientos consumidos en base a su capacidad para disminuir la frecuencia de las crisis, la intensidad, durabilidad del dolor y la discapacidad asociada. El 46,3% de las personas con ME consideró la eficacia de los medicamentos buena, frente al 28,6% de aquellas con MC.

Entre los medicamentos consumidos, diariamente y de manera preventiva, destacaron los antidepresivos, tanto para MC como ME, betabloqueantes y suplementos de minerales y vitaminas. Destaca la elevada proporción de personas que no consumen ningún medicamento de manera preventiva (un 34,2% entre las personas con MC y un 43,7% con ME).

Gráfico II. Medicamentos consumidos diariamente por las personas con migraña de manera preventiva.



Fuente: Atlas Andalucía, 2018.

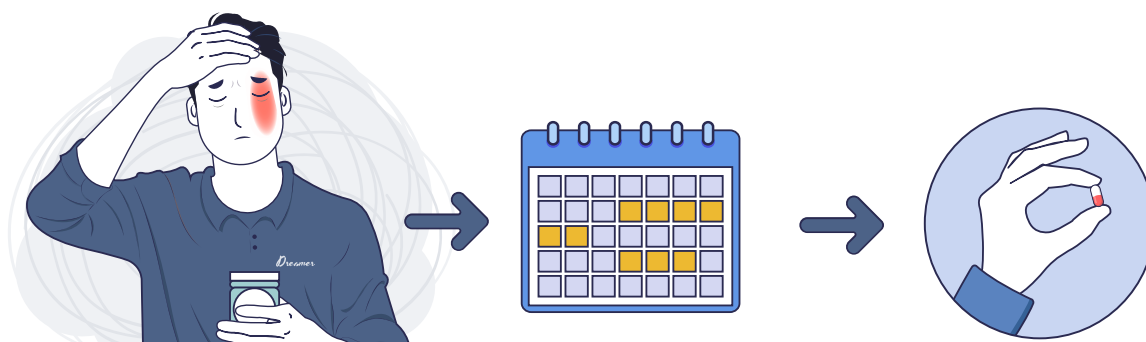
Alrededor de un 44% valoraron el resultado del tratamiento preventivo de la migraña como regular, seguido de aquellos que opinaron que su resultado fue bueno.

Según la información procedente de los distintos Servicios de Neurología y Unidades de Cefaleas del SSPA, los tratamientos preventivos disponibles en los diferentes hospitales, cuando no son efectivos los tratamientos preventivos orales son:

Tabla 11. Tratamientos disponibles en los Servicios de Neurología y Unidades de Cefaleas del SSPA.

		Anticuerpos antiCGRP	Bloqueo anestésico	Toxina botulínica
ALMERÍA	HU Torrecárdenas	✓	✓	✓
	H Poniente			
	H La Inmaculada	✓		
CÁDIZ	H Punta Europa Algeciras	✓	✓	✓
	HU Puerta del Mar	✓	✓	✓
	HU de Jerez	✓	✓	✓
	HU Puerto Real	✓		
	H de La Línea de La Concepción	✓		
CÓRDOBA	HU Reina Sofía	✓	✓	✓
	H de Montilla			
	H Valle de los Pedroches	✓		
	H Infanta Margarita	✓		
	H de la Axarquía	✓		
GRANADA	HU Virgen de las Nieves	✓	✓	✓
	HU San Cecilio	✓	✓	✓
	H Santa Ana	✓		
	H Baza	✓		
HUELVA	H de Riotinto	✓		
	HU Juan Ramón Jiménez	✓	✓	✓
	H Infanta Elena			
JAÉN	H Alto Guadalquivir			
	H San Juan de la Cruz	✓		
	CH de Jaén	✓	✓	✓
	H San Agustín	✓		
MÁLAGA	H Costa del Sol			
	H de Antequera	✓	✓	✓
	H de la Serranía	✓		
	H de La Axarquía	✓	✓	✓
	HU Virgen de la Victoria	✓	✓	✓
	HU Regional de Málaga	✓	✓	✓
SEVILLA	H La Merced			
	HU Virgen de Valme	✓	✓	✓
	HU Virgen del Rocío	✓	✓	✓
	HU Virgen Macarena	✓	✓	✓
	H San Juan de Dios del Aljarafe			

Fuente: Subdirección de Farmacia del SAS, 2022.



Las personas que padecen más de 4 crisis mensuales de migraña

tienen indicación de **tratamiento preventivo**,

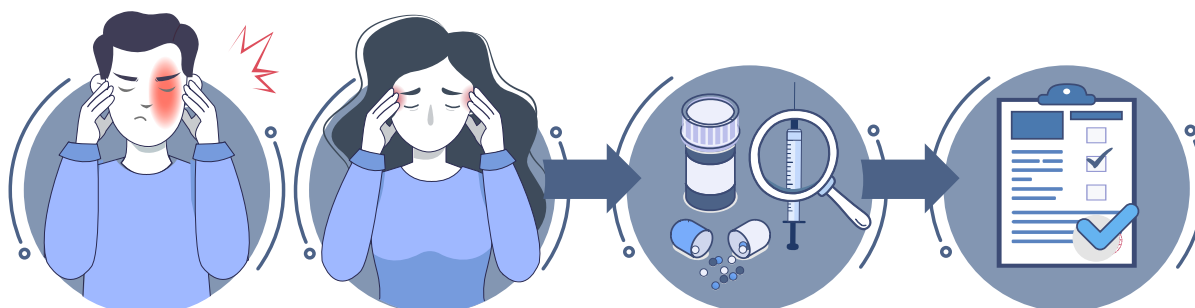
que pretende reducir la frecuencia, duración e intensidad de las crisis y mejorar la respuesta al tratamiento sintomático (54).

Los fármacos utilizados en el tratamiento preventivo constituyen un grupo heterogéneo, con distintos mecanismos de acción y con variados niveles de evidencia y recomendación de las distintas sociedades científicas, que incluye: betabloqueantes, neuromoduladores, antagonistas del calcio, antidepresivos, antihipertensivos y otras moléculas (55).

La selección del fármaco para el tratamiento preventivo es individualizada y ha de tener en cuenta las comorbilidades asociadas, considerándose eficaces cuando a los tres meses se ha alcanzado una reducción de al menos el 50 % de las crisis mensuales. Existe un importante número de pacientes en el que no se alcanza la eficacia, sumado a intolerancia, efectos secundarios y/o contraindicaciones, lo que provoca limitaciones importantes para el uso de estos medicamentos en la práctica clínica diaria.

En los últimos años se ha estudiado una nueva clase de tratamiento preventivo tanto para ME como para MC, los denominados Anticuerpos Monoclonales (ACM), diseñados específicamente para la migraña, que actúan contra el péptido relacionado con el Gen de la Calcitonina (CGRP) o su receptor (54), que juegan un importante papel en la fisiopatología de la migraña a través de la modulación de mecanismos nociceptivos en el sistema trigeminovascular (56).

Actualmente se dispone de 3 anticuerpos monoclonales de administración subcutánea: galcanezumab, erenumab y fremanezumab y existe uno intravenoso, eptinezumab⁷, aún no disponible.



Estos fármacos están financiados en la sanidad pública si se cumplen una serie de requisitos: tener al menos 8 días de cefaleas mensuales y haber probado previamente 3 tratamientos preventivos orales, en el caso de la migraña episódica, que hayan sido ineficaces y en el caso de la migraña crónica, que de los 3 fármacos ineficaces uno haya sido toxina botulínica⁸.

A final del año 2019 se comenzó a utilizar en el SSPA los ACM anti-CGRP, inicialmente Erenumab y Galcanezumab, posteriormente se añadió Fremanezumab. En todos los centros hospitalarios del SSPA donde se presta asistencia especializada para las cefaleas se prescriben anticuerpos monoclonales, si bien, no todos pueden prescribir los 3 fármacos disponibles.

El consumo de anticuerpos monoclonales con indicación para migraña que han reportado los hospitales del SAS, entre enero-diciembre de 2021, es el siguiente:

FREMANEZUMAB:
3.188 dosis unitarias

GALCANEZUMAB:
7.544 dosis unitarias

ERENUMAB:
10.166 dosis unitarias

⁷ EPAR de Aimovig®. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/aimovig>. Último acceso: mayo de 2020.

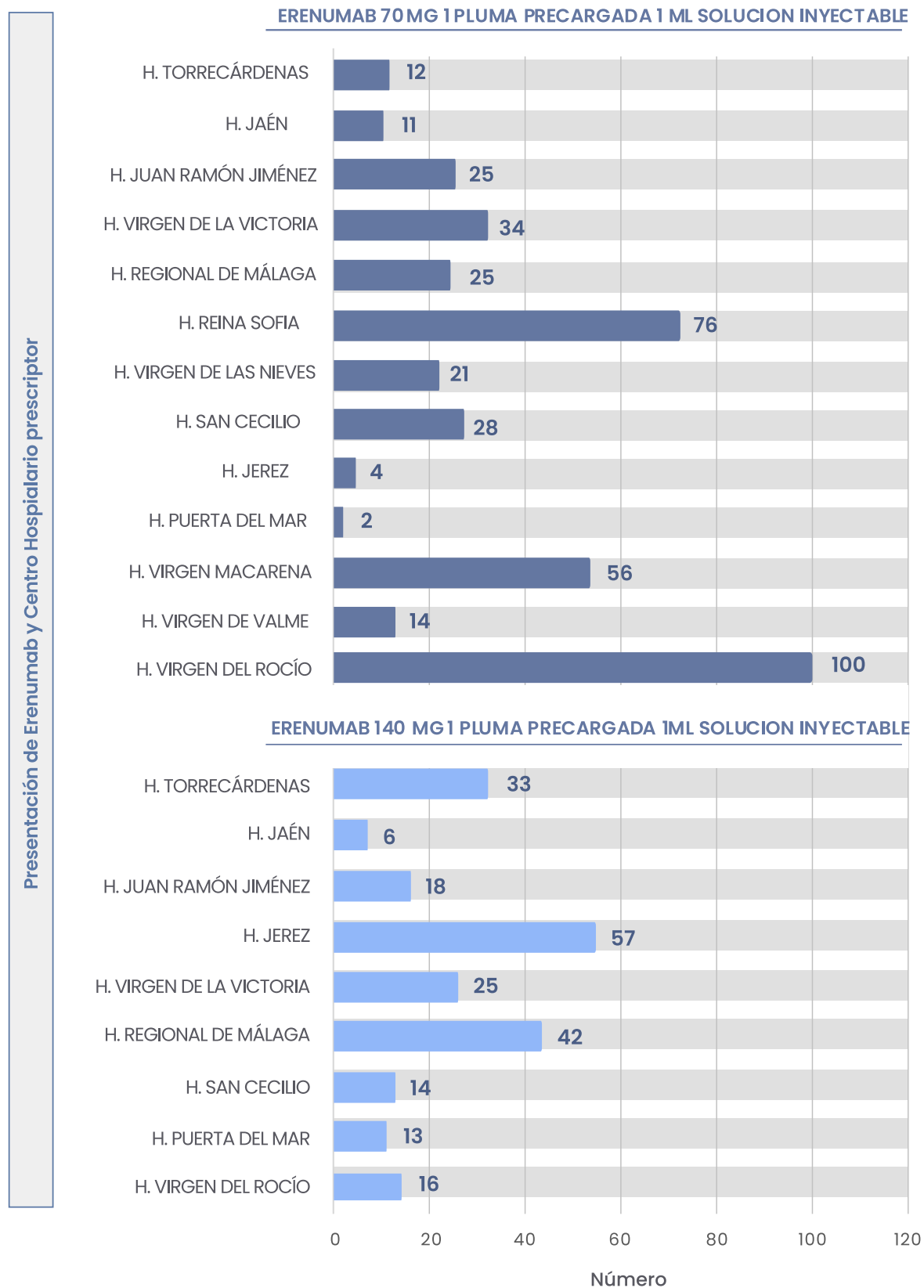
EPAR de Emgality®. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/emgality>. Último acceso: mayo de 2020.

EPAR de Ajovy®. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/ajovy>. Último acceso: mayo de 2020.

⁸ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Acuerdos de la reunión de la comisión interministerial de precios de los medicamentos. Sesión 194 de 30 de septiembre de 2019. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/ACUERDOS_DE_LA_CIPM_1943_web.pdf. Último acceso: mayo de 2020.

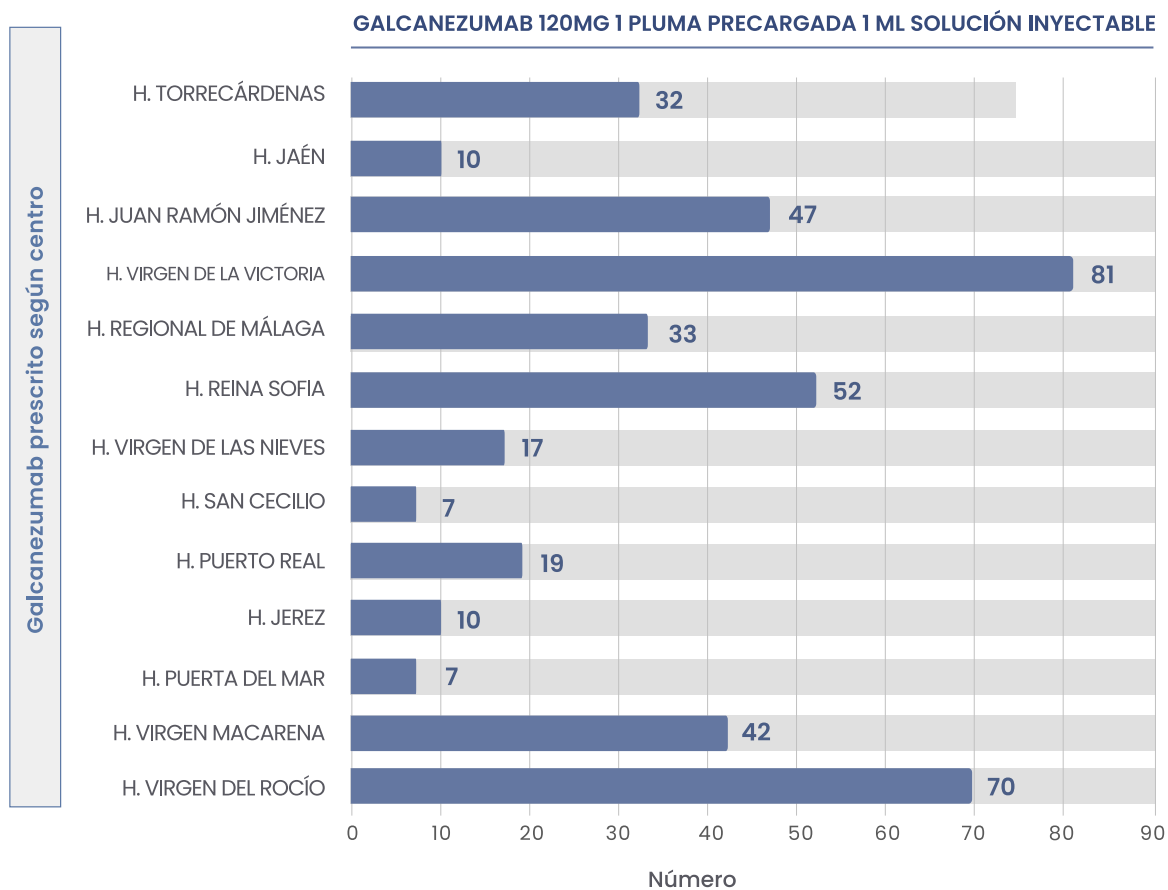
En los siguientes gráficos se presenta una descripción comparativa de prescripción de los tres fármacos, según los centros del SSPA.

Gráfico 12. Erenumab prescrito, según presentación del fármaco y centro.



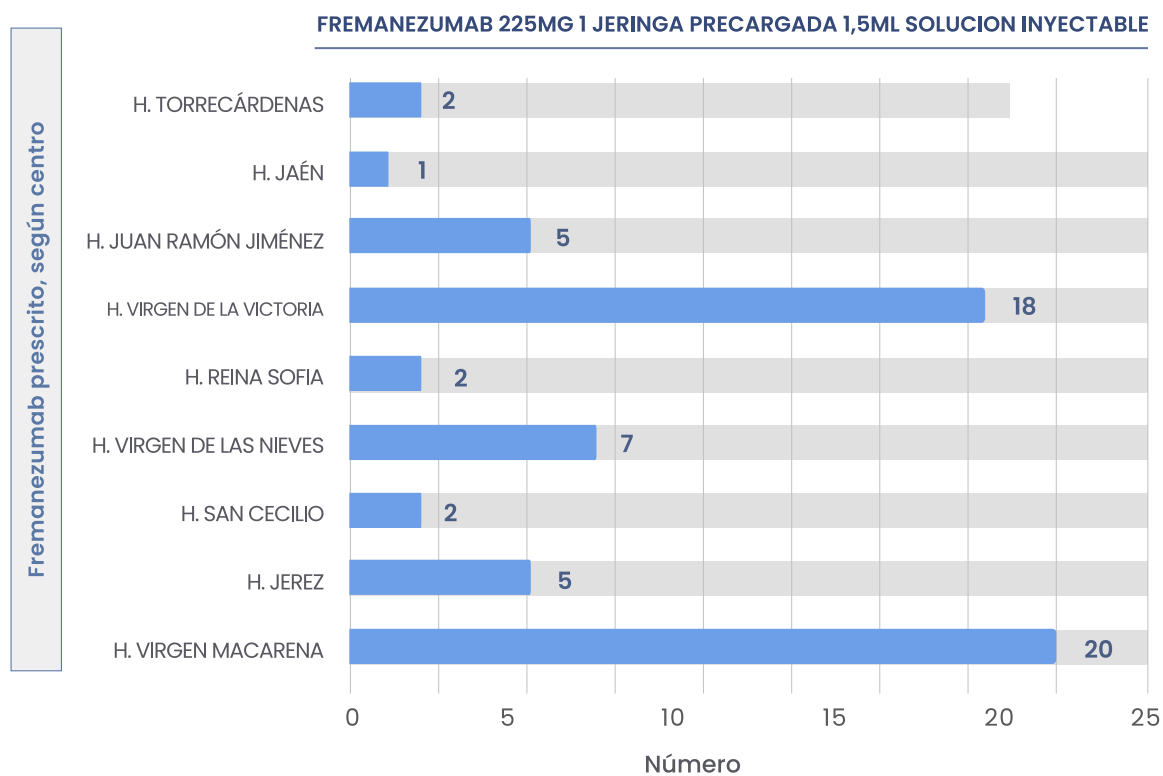
Fuente: Subdirección de Farmacia del SAS, 2022.

Gráfico 13. Galcanezumab prescrito, según centro, Subdirección de Farmacia del SAS, 2021.



Fuente: Subdirección de Farmacia del SAS, 2022.

Gráfico 14. Fremanezumab prescrito, según centro, 2020



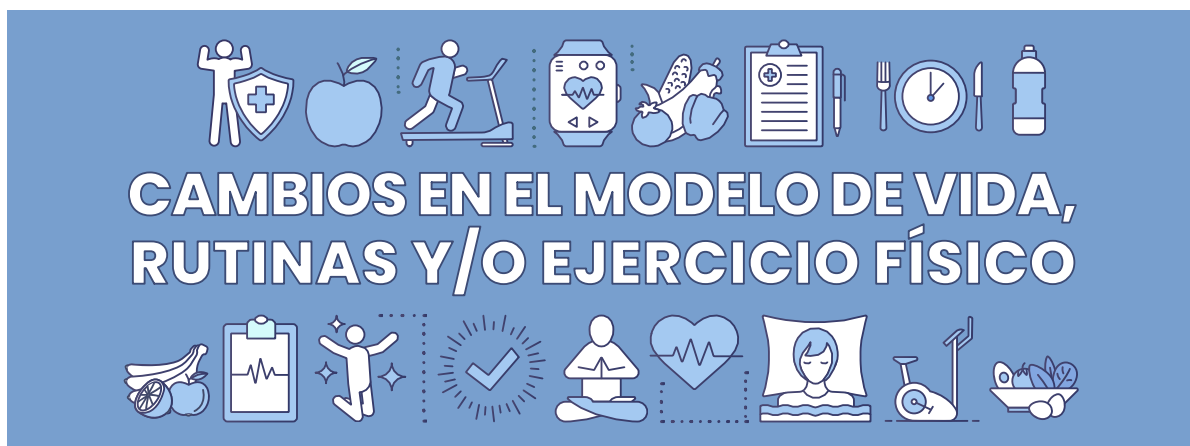
Fuente: Subdirección de Farmacia del SAS, 2022.

Según la EAS15, un 81% de la población con cefaleas crónicas declaró recibir medicación o terapia (el equivalente a un 2,9% de la población general), siendo este porcentaje significativamente mayor en mujeres que en hombres (84,4% y 65,5%, respectivamente) y en personas mayores de 65 años (95,3%). El consumo de medicamentos fue mayor en población con cefaleas crónicas, tanto en los específicos para el dolor o la fiebre como en otros. Así, el 80,7% de la población con cefaleas crónicas consumió en las últimas dos semanas algún medicamento para el dolor y/o la fiebre, mientras que este porcentaje baja hasta casi la mitad en la población sin esta enfermedad. En población con cefaleas, la media de medicamentos consumidos fue de 2,63 frente a 1,83 en población sin cefaleas.



Las personas que padecen migraña y otras cefaleas suelen acudir con frecuencia a diversas terapias complementarias para paliar sus efectos, tales como la fisioterapia, osteopatía, homeopatía, acupuntura, terapias de relajación, etc (57,58). En muchos casos, estas terapias actúan como complemento a tratamientos de tipo farmacológico.

Se estima que la eficacia de las terapias complementarias en la migraña está asociada a cambios en el modelo de vida, rutinas y/o ejercicio físico por parte estas personas (59). De entre las personas con cefalea encuestadas, según el Atlas 2018 para Andalucía, y que reciben algún tipo de terapia complementaria (fisioterapia, acupuntura, osteopatía y homeopatía, en orden de representación), un 54,8% declaró que obtenía buenos resultados o le resultaba eficaz, frente a un 45,2% que señalaron lo contrario.



3.3.4 Mapa de Servicios y Unidades de Cefaleas



El SSPA cuenta con una dotación de 15 servicios de Neurología y 12 Consultas Monográficas distribuidas entre los 34 hospitales públicos de la red asistencial (éstas últimas suponen una dedicación parcial de 2,5 días a la semana). Solo hay reconocida una Unidad de Cefalea como tal, ubicada en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

Tabla 12. Relación de servicios de Neurología, consultas monográficas y unidades de cefaleas en el SSPA.

	Servicios de Neurología	Consultas monográficas	Unidades de Cefaleas
Almería	1	1	-
Cádiz	3	2	-
Córdoba	1	2	-
Granada	2	2	-
Huelva	1	1	-
Jaén	1	1	-
Málaga	3	2	-
Sevilla	3	2	1
Total	15	13	1

Fuente: SAS 2022.

En estos servicios prestan asistencia sanitaria 198 profesionales especialistas en Neurología, distribuidos en número, tal y como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 13. Profesionales sanitarios dedicados a la atención de las cefaleas en el SSPA.

	Nº total de profesionales especialistas en Neurología	Nº profesionales Especialistas de Neurología en consultas monográficas/unidades de cefaleas	Población de referencia
Almería			
HU Torrecárdenas	13	3	649.607
H Poniente	1	0	267.404
Cádiz			
H Punta Europa Algeciras	5	0	135.318
HU Puerta del Mar	9	2	176.042
HU de Jerez	9	0	304.104
HU Puerto Real	5	0	271.688
H La Línea de la Concepción	1	0	91.368
Córdoba			
HU Reina Sofía	16	2	665.117
Granada			
HU Virgen de las Nieves	16	1	409.953
HU San Cecilio	12	2	432.702
Huelva			
HU Juan Ramón Jiménez	13	2	461.168
H Infanta Elena	1	0	188.657
H Riotinto	0	0	66.620
Jaén			
CU de Jaén	14	2	508.169
H San Juan de la Cruz	0	0	126.245
Málaga			
H de la Serranía	1	0	70.368
HU Virgen de la Victoria	18	2	844.325
HU Regional de Málaga	16	2	535.760
H Axarquía	0	0	149.706
Sevilla			
HU Virgen de Valme	11	2	301.112
HU Virgen del Rocío	21	3	928.772
HU Virgen Macarena	16	1	437.740

Población de referencia para la especialidad de Neurología a fecha enero 2022. Servicio de Producto Sanitario. SAS

Fuente: SAS, 2022.

3.3.5 La formación de profesionales

La formación de profesionales implicados en la asistencia a las personas con cefalea es un pilar fundamental en el desarrollo del proceso asistencial.

La atención sanitaria, de carácter multidisciplinar, implica a profesionales de diversos ámbitos asistenciales (Urgencias, Atención Primaria y Atención Hospitalaria) y disciplinas (profesionales de Neurología, Medicina de Familia, Enfermería, Fisioterapia, Farmacia, y Psicología, etc.)

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) ha acreditado en los últimos 5 años, en el periodo de enero de 2017 a septiembre de 2021, un total de 129 actividades relacionadas con las cefaleas (migraña o neuralgia) en nuestra Comunidad.

Tabla 14. Actividades acreditadas entre el período 2017-2021.

	Número actividades acreditadas
2021	18
2020	26
2019	32
2018	24
2017	29
Total	129

Fuente: Sistemas de información ACSA, 2021.

La distribución de las actividades, según el perfil profesional y centro de formación se expone en las siguientes tablas.

Tabla 15. Distribución de las actividades formativas, según el perfil profesional, 2017-2021.

Perfil Profesional	Número
Medicina	91
Enfermería	19
Farmacia	8
Psicología	3
Personal Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería	2
Fisioterapia	2
Terapia ocupacional	2
Personal Técnico Laboratorio de Diagnóstico Clínico	1
Biología	1
Total general	129

Fuente: Sistemas de información ACSA, 2021.

Tabla 16. Número de actividades de formación, según el centro solicitante, 2017–2021.

Centro	Servicios de Neurología
Hospital Universitario Virgen del Rocío	20
Distrito de Atención Primaria Bahía de Cádiz–La Janda	15
Hospital Universitario Virgen Macarena	15
Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla	10
Hospital Universitario Torrecárdenas	7
Hospital Universitario Puerto Real	6
Hospital Universitario San Cecilio	5
Hospital Universitario Puerta del Mar	5
Agencia Sanitaria Costa del Sol	4
Hospital Universitario Reina Sofía	4
Sociedad Andaluza de Neurología	4
Distrito de Atención Primaria Poniente de Almería	4
Empresa Pública de Formación EASP*	3
Distrito de Atención Primaria Jaén Norte	3
Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cádiz	3
Distrito de Atención Primaria Aljarafe - Sevilla Norte	2
Hospital Universitario de Jaén	2
Área de Gestión Sanitaria Nordeste Granada	2
Distrito de Atención Primaria Jaén Nordeste	2
Hospital Juan Ramón Jiménez	2
Distrito de Atención Primaria Jaén Sur	2
Hospital San Juan de la Cruz	2
Área de Gestión Sanitaria Este de Málaga – Axarquía	1
Área de Gestión Sanitaria Jerez, Costa Noroeste y Sierra Cádiz	1
Hospital Infanta Margarita	1
Colegio Oficial de Médicos de Córdoba	1
Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar	1
Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente	1
Distrito de Atención Primaria Sevilla	1
Total general	129

Fuente: Sistemas de información ACSA, 2021.

De acuerdo a la información proporcionada por la ACSA, se concluye que las actividades de formación acreditadas se han distribuido de manera uniforme en los años analizados, la gran mayoría se han desarrollado en un ámbito local (Hospitales y Áreas de Gestión Sanitaria), y han tenido un escaso número de convocatorias provinciales o regionales, siendo dirigidas fundamentalmente a la formación médica y de enfermería.



3.4 Costes de la enfermedad



La literatura y bibliografía relativa los costes de la cefalea es numerosa y ofrece información que avala la importancia de la cefalea como problema de salud pública, tal y como expone la Organización Mundial de la Salud (OMS), no sólo por las repercusiones negativas que tiene en el ámbito sanitario, social y laboral, sino por la merma de calidad de vida que sufre la persona que la padece (60-63).

Un estudio multicéntrico observacional retrospectivo, publicado recientemente en España, estimaba los costes sanitarios directos a pacientes con cefaleas utilizando la información contenida en una base de datos en la que se incluían a 636.722 pacientes de AP y 30.077 pacientes de AH. El coste total ascendió a 10.716.086 €; la atención a la migraña fue responsable de la mayor parte del importe de la atención sanitaria en 2016, más del 68% y un monto total de 7.302.718 € (64).

Un estudio publicado en 2014, analizó el coste de 19 tipos de trastornos cerebrales en España, desde una perspectiva social y mediante una revisión sistemática de la literatura (65). Utilizó información epidemiológica y económica disponible para España, con un enfoque de prevalencia anual, que diferenció los costes directos, médicos y no médicos, así como los costes indirectos. De entre el conjunto de trastornos, las cefaleas ocupaban la sexta posición en costes totales.

El **coste promedio** por paciente para la cefalea ascendió a **402€** (costes directos sanitarios y costes indirectos)

y

Los **costes sociales** totales se estimaron en un total de **5.585 millones de euros**,



considerando que la población que padece cefaleas en España era de **13.909.125 personas**.

En su revisión incluyó tres estudios que abordaban la migraña y uno la cefalea tensional; la variabilidad en las estimaciones de los costes, entre los diferentes estudios incluidos, fue notable.

El proyecto Eurolight estimó el coste de las cefaleas en ocho países de Europa (66).



Los **costes anuales** promedio de la **migraña** ascendieron a **1.222€** por persona (un **93%** fueron costes indirectos).

Por su parte, la **cefalea tensional** se estimó en **303€** por persona



y en **3.561€** por persona los costes por uso excesivo de fármacos (con un **92% de costes indirectos** en ambos casos).

El impacto total en Europa, entre población adulta, se ha estimado en **173.000 millones de euros**



de los que un **64%** de los costes correspondían a la **migraña**



y un **12%** a la **cefalea tensional**.

En Europa, los estudios sobre los costes directos e indirectos de la migraña estiman que, entre el 72% y el 98% de los costes totales son indirectos (debidos al absentismo o la pérdida de productividad). Los costes directos, por su parte, suponían menos del 30% (67). Estimación que coincide con los resultados de Badia XM et al (68); los costes directos representaron solo el 32% de la carga total de la migraña en España (€ 344 millones).

En nuestro país, el Atlas 2018 , Impacto y situación de la migraña en España, estimó el coste total anual por paciente con MC en 12.970,08 € y en 5.041,38 € para las personas con ME (69). Estos costes se distribuyen en costes directos sanitarios (MC=29,8 %; ME=19,1%), costes directos asumidos por estas personas (MC=12,4%; ME=17,4%) y costes indirectos atribuidos a las pérdidas de productividad laboral (MC=57,8%; ME=63,5%). Las pérdidas de productividad laboral equivalen a 7.464,83 euros por paciente y año para la MC y 3.199,15 para la ME, constituyendo el mayor porcentaje del coste de la migraña.

Table 17. Coste anual por paciente de la migraña crónica y episódica en España.

	Migraña crónica	Migraña episódica	Migraña crónica	Migraña episódica
Coste del diagnóstico (€)	1.078,4	581,7		
Costes sanitarios directos (€)			% sobre el coste sanitario directo	
Visitas médicas últimos 12 meses	424,9	179,3	11,0%	18,6%
Pruebas médicas	152,8	68,1	4,0%	7,1%
Utilización de urgencias	771,4	296,2	20,0%	30,7%
Ingresos hospitalarios	1.873,9	248,6	48,7%	25,8%
Medicación	624,3	172,1	16,2%	17,8%
Total costes sanitarios directos (€)	3.847,3	964,2		
% Costes directo sanitario/Coste Total	29,8%	19,1%		
Costes directos asumidos pacientes (€)			% sobre el coste directo asumidos pacientes	
Visitas a especialistas privados	144,2	68,3	9,0%	7,8%
Tratamientos complementarios	364,3	158,5	22,6%	18,1%
Tratamientos preventivos	515,6	282,5	32,0%	32,2%
Ejercicio físico	174,1	168,1	10,8%	19,1%
Dieta	234,7	117,2	14,6%	13,4%
Cuidado emocional	176,9	83,4	11,0%	9,5%
Total costes directos asumidos pacientes (€)	1.609,9	878,0		
% Costes asumidos pacientes /Coste Total	12,5%	17,4%		
Costes indirectos				
Pérdida de productividad laboral	7.464,8	3.199,2		
% Costes indirecto/Coste Total	57,7%	63,4%		
Coste Total de la Migraña (€)	12.922,0	5.041,4		

Fuente: elaboración propia a partir de Garrido Cumbreña M, et al, 2018 (69).

El **análisis del Atlas del 2018 para Andalucía** mostró una distribución de los costes totales de la migraña similares a los datos nacionales, con una serie de particularidades que se describen a continuación y que pueden observarse también en la siguiente tabla:

- El coste promedio por visitas a profesionales para el diagnóstico fue el doble para pacientes con MC que para pacientes con ME, representando el coste de las visitas previas al diagnóstico la mayor proporción del total, lo que podría evitarse o, al menos reducirse, mediante un diagnóstico precoz.
- De entre los costes sanitarios directos, las especialidades que las personas con migraña visitaron en mayor medida, como consecuencia de su enfermedad y que supusieron un mayor coste medio, fueron el personal facultativo de neurología y el de AP, con un coste medio por paciente en 2017 de 113,2 € y 226,8 € respectivamente para las personas con MC y 46,6 € y 90,6 € para los pacientes con ME.
- Los costes directos sanitarios totales por paciente y año ascendieron a 2.479,4 € para las personas con MC y 819,6 € para las personas con ME. La mayor parte de este coste en el caso de la MC (28,2%) se destinó a los ingresos hospitalarios, seguido del uso de urgencias (26,2%). En total, los costes directos sanitarios de las personas con MC son tres veces más altos respecto a pacientes con ME.
- El total de los costes directos asumidos por los propios pacientes ascendió a 1.641,6 € al año para los pacientes con MC y 629,2 € al año para los pacientes con ME. El mayor coste en ambos casos correspondió a los tratamientos preventivos, seguido de los tratamientos complementarios realizados.
- La pérdida de productividad laboral es el doble en pacientes con MC: 6.492,2 €/paciente/año en el caso de la MC y 2.741,9 €/paciente/año en el caso de la ME. En segundo lugar, se encuentran los desempleados con 1.043,6 € para la MC y 655,0 € para la ME.
- El coste medio de la migraña, por paciente y año, ascendió a 11.806,8 € para la MC y 4.845,7 € para la ME. Es posible afirmar que la carga económica anual para pacientes con MC es casi tres veces superior a la de los pacientes con ME. En ambos casos, más de la mitad del coste (MC=65,1%; ME=70,1%) está ocasionado por pérdida de productividad laboral, seguido a gran diferencia por los costes directos sanitarios (MC=21,0%; ME=16,9%) (Tabla 19).

Tabla 18. Coste anual por paciente de la migraña crónica y episódica en Andalucía.

	Migraña crónica	Migraña episódica	Migraña crónica	Migraña episódica
Coste del diagnóstico (€)				
Visita al profesional que realizó el diagnóstico definitivo	75,1	84,2		
Visitas a profesionales previas	893,2	509,4		
Total coste del diagnóstico*	968,3	593,6		
Costes sanitarios directos (€)			% sobre el coste sanitario directo	
Visitas médicas últimos 12 meses	384,3	146,7	15,5%	17,9%
Pruebas médicas	119,6	69,0	4,8%	8,4%
Utilización de urgencias	652,9	325,3	26,3%	39,7%
Ingresos hospitalarios	698,3	106,5	28,2%	13,0%
Medicación	624,2	172,0	25,2%	21,0%
Total costes sanitarios directos (€)	2.479,4	819,6		
% Costes directo sanitario/Coste Total	21,0%	16,9%		
Costes directos asumidos pacientes (€)			% sobre el coste directo asumidos pacientes	
Visitas a especialistas privados	300,0	62,8	18,3%	10,0%
Tratamientos complementarios	345,6	74,4	21,1%	11,8%
Tratamientos preventivos	423,6	237,6	25,8%	37,8%
Ejercicios físicos	86,4	78	5,3%	12,4%
Dieta	296,4	116,4	18,1%	18,5%
Cuidado emocional	189,6	116,4	11,5%	9,5%
Total costes directos asumidos pacientes (€)	1.641,6	629,2		
% Costes asumidos pacientes/Coste Total	13,9%	13,0%		
Costes indirectos			% sobre el coste indirecto	
Trabajando	6.492,2	2.741,9	84,5%	80,7%
Baja laboral temporal	149,9	-	2,0%	-
Abandono prematuro**	-	-	-	-
Desempleo	1.043,6	655,0	13,6%	19,3%
Pérdida de productividad laboral	7.685,8	3.396,9		
% Costes indirectos/Coste Total	65,1%	70,1%		
Coste Total de la Migraña (€)	11.806,8	4.845,7		

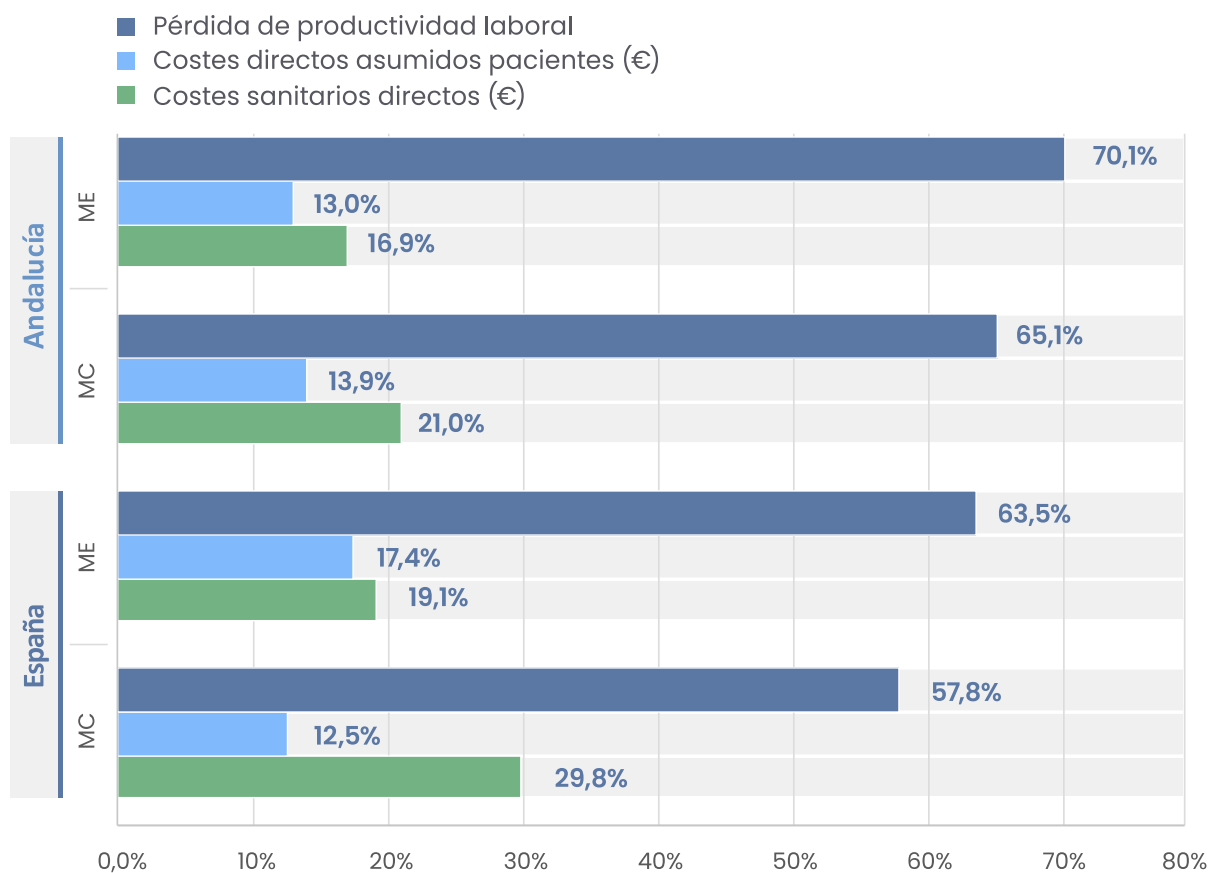
* Al coste total de diagnóstico sería necesario añadir los costes derivados de las pruebas realizadas (especialmente el TAC, la resonancia magnética y la punción lumbar). Este concepto no se incluye en el cálculo de los costes sanitarios directos.

** Antes de la edad de jubilación estándar (65 años). Incluye baja laboral permanente y prejubilación.

Fuente: Elaboración propia a partir del Atlas Andalucía, 2018.

El siguiente gráfico muestra una comparativa del peso que cada categoría de costes (directos que asume el sistema sanitario, directos asumidos por el paciente o los asociados a la pérdida de productividad laboral) tiene sobre el total de costes de ambos tipos de migraña (MC y ME). Así, en Andalucía, la pérdida de productividad laboral tiene un coste mayor respecto al valor obtenido para España, mientras que el coste directo sanitario muestra un valor inferior comparativamente, tanto en MC como en ME.

Gráfico 15. Peso que sobre el coste total de la migraña (MC y ME) tienen los distintos conceptos de coste.



Fuente: Elaboración propia a partir del Atlas Andalucía, 2018.

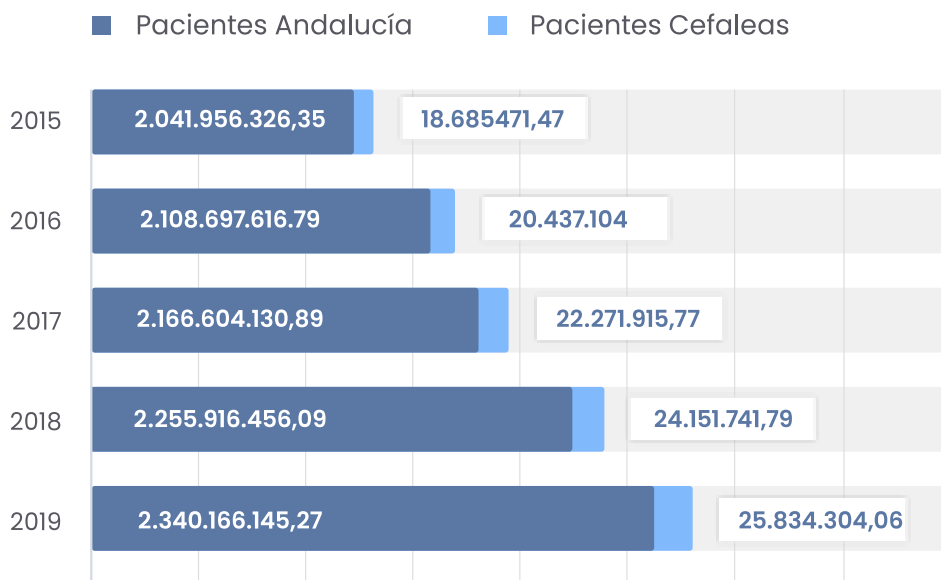
La Base de Datos de Usuarios (BDU) permite una comparativa de costes totales de la atención sanitaria para población general, y para pacientes con cefaleas, en el periodo 2015 -2019. La siguiente tabla muestra los totales anuales, así como el porcentaje que el coste que la atención a pacientes con cefaleas supone sobre el total de costes, oscilando entre el 0,9% y el 1,1% en el año 2019.

Tabla 19. Coste total anual de la atención a pacientes y coste total de la atención a pacientes con cefaleas en Andalucía.

Año	Importe total anual		M% coste pacientes cefaleas/total costes
	Andalucía	Pacientes Cefaleas	
2019	2.340.166.145,27	25.843.304,06	1,10%
2018	2.255.916.456,09	24.151.741,79	1,07%
2017	2.166.604.130,89	22.271.915,77	1,03%
2016	2.108.697.616,79	20.437.104,00	0,97%
2015	2.041.956.326,35	18.685.471,47	0,92%

Fuente: BDU 2015-2019.

Gráfico 16. Costes de la atención a las cefaleas y costes de la atención sanitaria general en Andalucía.



Fuente: BDU 2015-2019.



En conclusión, el coste económico para la sociedad de la migraña es muy elevado, y la implementación de planes estratégicos que aborden de manera global la atención a la misma puede tener un gran impacto en su disminución.



3.5 Carga de la enfermedad y discapacidad

Las cefaleas son un grupo de enfermedades de alta prevalencia con unas características peculiares con respecto a la repercusión en las personas que la padecen, dado que su mortalidad es prácticamente nula y no ocasionan secuelas físicas permanentes. Sin embargo, la discapacidad que generan las cefaleas primarias es enorme y de este modo constituyen la segunda causa a nivel mundial en un estudio de comparación con más de 200 enfermedades de otro tipo (70).

Esta problemática afecta fundamentalmente a la migraña, al estar caracterizada por crisis recurrentes de intenso dolor de cabeza acompañada de otros síntomas y que obliga en más del 50% de los casos a limitar o abandonar la actividad que el individuo realizaba (71) con la consiguiente repercusión a nivel emocional, social, laboral y familiar, especialmente en su variante crónica (8).

Se puede resumir la carga no económica de las cefaleas a nivel individual en 6 aspectos:



Estado de bienestar y funcionamiento general



Bienestar mental



Rendimiento académico



Rendimiento laboral



Relacionales familiares

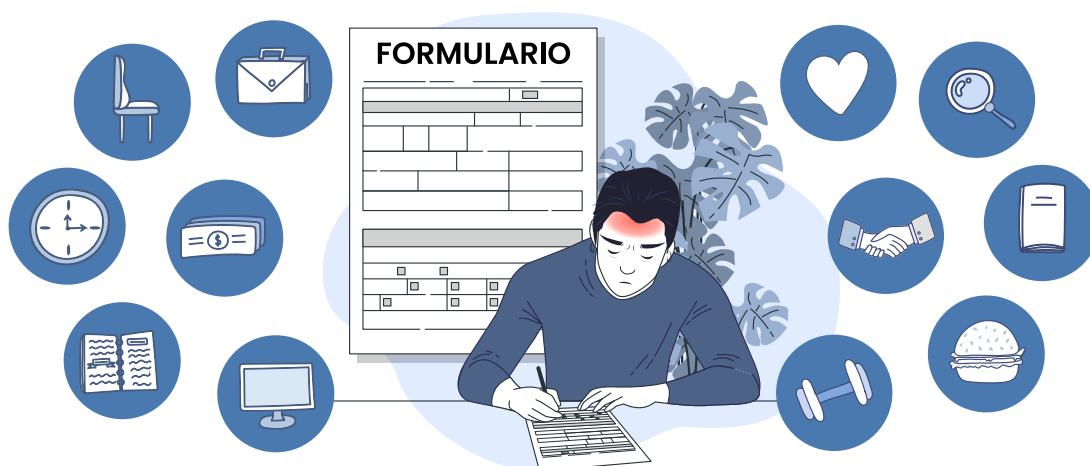


Relaciones sociales (72)

La discapacidad, repercusión funcional a nivel laboral, familiar, social o académico, y la afectación de la calidad de vida, son a veces difíciles de cuantificar por lo que se emplean diversos cuestionarios que podemos clasificar en dos grupos (73):

- » Cuestionarios generales aplicados en distintas enfermedades
- » Cuestionarios específicos de cefalea

Los cuestionarios son escalas que permiten conocer no sólo el deterioro funcional y la merma de la calidad de vida sino también el coste, la comorbilidad (especialmente la psiquiátrica) y la necesidad de tratamiento. Los generales se aplican a múltiples enfermedades y permiten la comparación entre ellas. Los específicos están diseñados para las cefaleas y contienen ítems más adecuados para estas dolencias permitiendo además valorar la respuesta al tratamiento.



Dentro de los cuestionarios generales el más aplicado a cefaleas en la valoración de la calidad de vida es el SF-36 del que se dispone de una versión validada en español y otra abreviada (SF-12)(73). Como su denominación indica contiene 36 ítems que valoran el estado físico, emocional, función, mental, bienestar corporal y salud global. Se ha aplicado principalmente a la migraña mostrando claras diferencias con la población sana (74) y puntuaciones inferiores (mayor discapacidad) a múltiples enfermedades como diabetes, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, artrosis o asma. Solo obtienen valores inferiores las personas con dolor musculoesquelético crónico (75). Otros autores han observado puntuaciones disminuidas en cefalea de tensión, cefalea en racimos (76) y especialmente en cefalea crónica diaria y con abuso de medicación (77). Existen otros cuestionarios generales que miden discapacidad (ejemplo Euro-Qol 5 dimensions) o comorbilidad (PHQ-4).



Con respecto a los cuestionarios específicos de cefalea, los más utilizados que miden la discapacidad son el MIDAS y, en concreto, el HIT6, de especial utilidad en ensayos clínicos y estudios longitudinales de respuesta al tratamiento en migraña principalmente crónica (72). En el atlas de migraña de España, y el sub-análisis para Andalucía, se aplicó la escala MIDAS que mostró una discapacidad grave o superior en más de 50% de las personas con migraña (7).

Finalmente, la discapacidad puede valorarse de acuerdo al enfoque de la OMS, mediante los años ajustados de vida con discapacidad (DALY) y los años de vida saludable perdidos por discapacidad (YLD). De acuerdo al estudio Global Burden Disease, las enfermedades neurológicas son las principales causas de DALY a nivel mundial, y entre éstas, la migraña y cefalea de tensión son las que más contribuyen a ello (78,79). En el grupo de edad de 15 a 49 años, la migraña fue la principal causa de DALY en 2016 (80); en el mundo actual, la migraña ocasiona 45,1 millones de YLD y la cefalea de tensión 7,2 millones, en base a casi 3000 millones de personas afectadas (4).

El Atlas 2018 para Andalucía analizó la limitación de las personas con migraña, distinguiendo entre episódica y crónica, y valorando en una escala del 1 al 5 las limitaciones en distintas áreas de su vida (siendo 1 “Ninguna Limitación” y 5 “Mucha Limitación”). Las personas con MC presentaban una gran limitación en el área personal y social (4,5 y 4,3 respectivamente). En otras áreas de la vida, como la laboral y la familiar, el impacto tampoco era desdeñable con valores entre 4,0 y 4,1. También dispone de información sobre la evaluación de la discapacidad del cuestionario MIDAS. Así, las personas con MC obtuvieron una puntuación media mayor (Discapacidad muy grave/Grado IV-B) que las personas con ME (Discapacidad grave/Grado IV-A). El grado de discapacidad expone un grado de discapacidad grave o muy grave entre más del 50% de los encuestados, tanto para casos de ME como MC. Sin embargo, el porcentaje con nivel de discapacidad muy grave en aquellos con MC era bastante superior (73,3%), respecto a la ME (14,0%) y se concentra entre los 16 y 31 años de edad en la MC, mientras que para la ME se mantiene estable.

Por otro lado, el índice HANA mostró en el Atlas 2018 para Andalucía una correlación estadísticamente significativa con el índice MIDAS ($r = 0.619$; $p < 0.001$), es decir, se apreció como el índice de discapacidad de las personas está estrechamente relacionado con su nivel de calidad de vida.

En esta línea, según diferentes estudios, la frecuencia de las crisis es uno de los principales determinantes de la calidad de vida de las personas que sufren migraña (77, 81, 82). Dicha relación se vio reflejada también en los datos obtenidos para Andalucía extraídos del Atlas 2018 ya que las personas con migraña crónica obtuvieron una puntuación media bastante superior (peor calidad de vida), frente a las personas con migraña episódica, siendo esta diferencia estadísticamente significativa a cualquier nivel.

La EAS15 señala que un 64,2% de la población con cefaleas crónicas afirmó que éstas limitaban alguna de sus actividades (o, de la misma forma, un 2,3% en la población general adulta). Asimismo, la población con cefaleas crónicas obtenía puntuaciones significativamente muy inferiores en calidad de vida relacionada con la salud, más de 8 puntos de diferencia tanto en el componente físico como en el mental, con respecto a la población sin cefaleas. Y la autopercepción de salud general también era mucho peor en población con cefaleas crónicas, especialmente en la autopercepción 'Mala o muy mala' de la salud general, porcentaje 6 veces superior en esta población frente al de la población sin cefaleas crónicas (19,5% y 3,2%, respectivamente).

Incapacidad laboral



Durante el año **2019** según la información del **SAS**, se registraron un total de

7.474

procesos de **Incapacidad laboral Temporal (IT)** por **cefaleas** en Andalucía



lo que supuso el **1,0%** del total de los **747.707** procesos de **IT registrados**. Analizando el diagnóstico que provocó la **incapacidad**, el **54,6%** fueron **cefaleas** sin más especificación y el **26,3%** **migrañas** no especificadas sin estado migrañoso.



Tabla 20. Procesos de IT por cefalea según diagnóstico.

	N	%
Cefalea	4.081	54,6%
Migraña no especificada. No intratable. Sin estado migrañoso	1.967	26,3%
Migraña sin aura. No intratable. Sin estado migrañoso	232	3,1%
Migraña con aura. No intratable. Sin estado migrañoso	209	2,8%
Migraña con aura. No intratable. Con estado migrañoso	154	2,1%
Migraña sin aura. No intratable. Con estado migrañoso	114	1,5%
Otros diagnósticos	717	9,6%
Total	7.474	

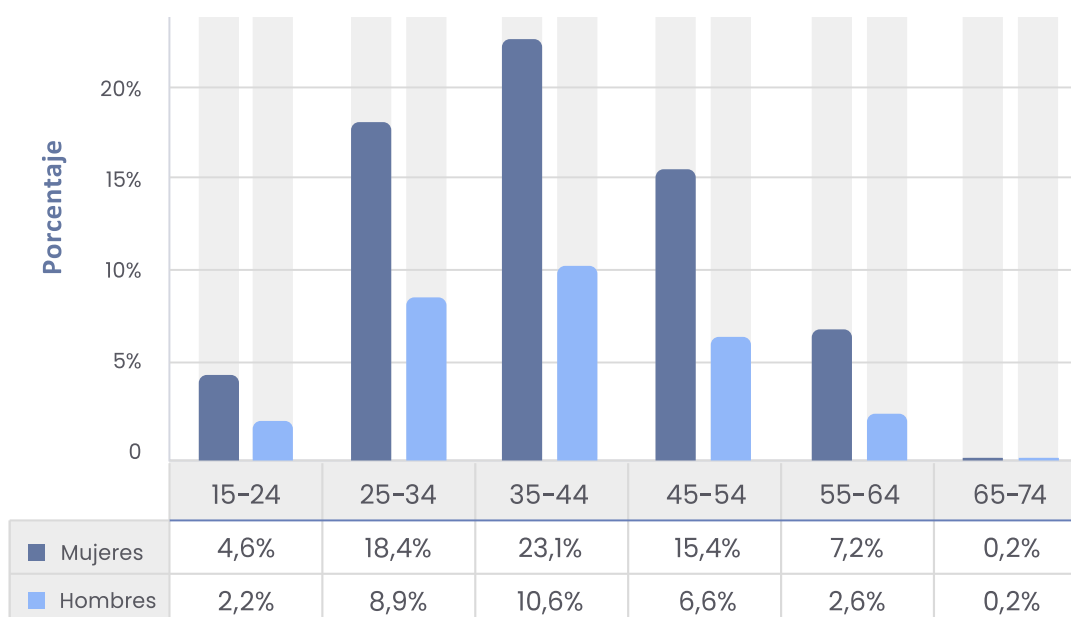
Fuente: Sistemas de información SAS, 2019.



Estos 7.474 procesos de IT correspondieron a 6.167 personas distintas, de las que el 87,1% solo registró una baja por cefaleas durante 2019, el 8,9% registró dos bajas y el 2,1% tres bajas, llegándose al máximo de dos personas que registraron durante el año hasta 13 incapacidades laborales por este motivo. La duración media de las bajas por cefalea en 2019 fue de 25 días, aunque se observa un alto porcentaje de casos en los que la duración fue de solo un día (36,2% del total).

Al analizar las IT por cefaleas en 2019, el 68,9% correspondieron a mujeres, siendo los grupos de edad más afectados, lógicamente al tratarse de personas en edad laboral, los de 35 a 44 años (las mujeres de este grupo suman el 23,1% de las IT), de 25 a 34 años (18,4%) y de 45 a 54 años (15,4%). Las IT por cefaleas correspondientes a hombres supusieron en 2019 el 31,1% del total.

Gráfico 17. Procesos de IT por cefalea según edad y sexo.



Fuente: Sistemas de información SAS, 2019.

En los datos extraídos del Atlas 2018 para Andalucía, se observa que más de la mitad de las personas encuestadas que padecían migraña se encontraban en situación laboral activa (50,8%), seguidas de aquellas que eran estudiantes (16,6%). Respecto a las personas que trabajaban destaca que:

- En torno a una quinta parte tuvo que solicitar días de permiso o excedencia, situándose la media en 4 días para migraña episódica y en 10,3 para la migraña crónica.
- Un 8,6% desempeñaba un trabajo autónomo, viéndose obligado a recuperar tareas fuera del horario laboral, trabajando fines de semana, noches o días de fiesta.
- El 14,3% de las personas con migraña en Andalucía estuvo de baja en los últimos 12 meses, y aquellas con migraña crónica estuvieron con más frecuencia de baja laboral.
- Entre las personas que se encontraban de baja laboral en el momento de la encuesta, el 40,0% con migraña crónica señaló que la migraña era el motivo de su actual situación laboral.
- El 7,8% tuvo que reducir su jornada laboral, con una media de 20 horas reducidas a la semana en el último año.

- En relación al presentismo laboral, el 39,8% no fueron todo lo eficientes que podrían haber sido en su trabajo como consecuencia de su migraña en el último año: manifestaron tener dificultades para concentrarse en el trabajo un 36,3%, y el 21,9% declararon que cumplir con el horario laboral le suponía un esfuerzo.



Por otra parte, entre las personas que se encontraban en situación de desempleo en el momento de la encuesta, el 25,0% declaró que perdió su empleo como consecuencia de su migraña, situándose la media de meses en desempleo en 10,7 meses. Los efectos negativos de la migraña también pueden reflejarse en una menor probabilidad de conseguir un trabajo o ascender dentro del mismo.

En este estudio, el 29,1% de las personas declaró que el padecimiento de migraña le había impedido ascender laboralmente, y el 52,0% creía que tenía o podría llegar a tener dificultades para acceder a un empleo o promocionar dentro de este como consecuencia de su migraña.

Como parte de las dificultades laborales, consecuencia de las cefaleas, la EAS15 indica una mayor ausencia en el trabajo, entre los 3 y 7 días, entre la población con cefaleas crónicas (8,5% frente al 2,5% en población sin cefaleas), aunque sin diferencias estadísticamente significativas.

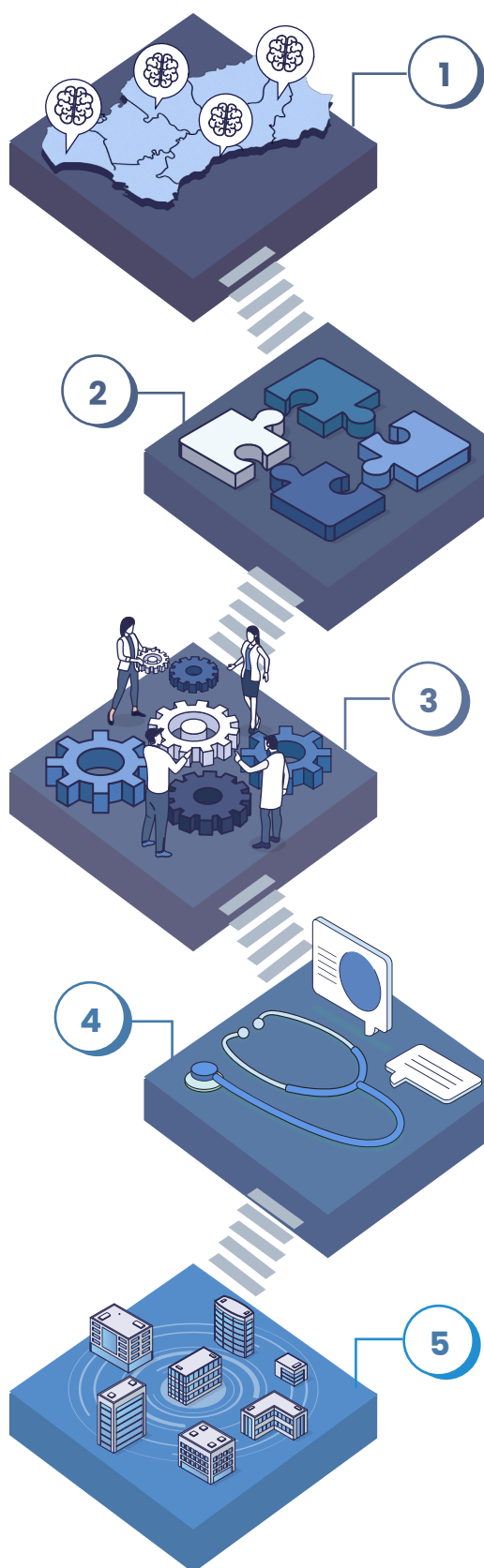


3.6 La investigación en cefaleas en Andalucía

3.6.1 NEURORECA

NEURORECA es una Red coordinada de investigadores en Andalucía destinada a incrementar la capacidad para la realización de ensayos clínicos y vertebrar la Investigación biomédica en Neurología desde la Investigación básica a la clínica, de acuerdo con las directrices de la Estrategia Investigación e Innovación (I+i) en Salud del SSPA.

Tiene las siguientes características:



Incorpora a todos los centros sanitarios con asistencia neurológica en Andalucía, tanto a nivel de asistencia primaria como hospitalaria, así como a representantes de los equipos de investigación básica, preclínica y traslacional en Neurociencias.

Se estructura en Áreas de Interés Específico (ARIEs) que coinciden con las Áreas de conocimiento clásicas de la Neurología, entre ellas las cefaleas.

Está dotada de órganos de gestión que incorpora a personas con capacidad de decisión en todas las Unidades Clínicas de Neurología de Andalucía y a líderes clínicos y preclínicos de cada una de las ARIE definidas.

Tiene representantes identificables de cada ARIE en cada uno de los centros que se haya adscrito a dicho ARIE.

Definirá como "centros asociados" a todos aquellos centros con Unidades Clínicas de Neurología que no se hayan constituido como nodo para la realización de Ensayos Clínicos en un área determinada.

3.6.2 Actividad de I+I en cefaleas

Hay **2 proyectos de investigación** activos dedicados al estudio de la cefalea y la migraña. Estos dos proyectos se llevan a cabo en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves en la UGC de Otorrinolaringología; ambos se iniciaron en 2021 ([ver anexo “Actividad investigadora en cefaleas en Andalucía”](#)).

La financiación de estos proyectos suma un total de 315.292 € de fondos competitivos. Si analizamos los financiadores, podemos observar que los fondos son sobre todo de ámbito nacional, con un 53% de la financiación por parte del Instituto de Salud Carlos III, seguido de los fondos regionales, con un 47% por parte de la Consejería de Salud y Consumo, y la Fundación Progreso y Salud.

Desde 2015, se han iniciado un total de **23 estudios clínicos**, de los cuales 22 son ensayos clínicos y uno de ellos, un estudio observacional. Actualmente se encuentran activos un total de 19, la mayoría en relación al uso de los ACM anti CGRP ([ver detalle en el anexo](#)).

Tabla 21. Distribución de estudios clínicos iniciados en cefalea por subtipo y fase en la actualidad.

	Número
Ensayo Clínico	22
■ Fase III	17
■ Fase IV	5
Estudios Observacionales	1
Total	23

Fuente: Servicio de Investigación. Secretaría General de Salud Pública e I+D+I en Salud.

Actualmente **existen 24 participaciones** (o contratos firmados) de estudios clínicos multicéntricos de cefaleas que se están realizando en dos centros sanitarios simultáneamente. Los centros andaluces que participan en estos estudios clínicos son el Hospital Virgen del Rocío y el Hospital Virgen Macarena con 21 y 3 estudios respectivamente ([ver detalle en el anexo](#)).

Tabla 22. Número de estudios clínicos multicéntricos de cefaleas en los Hospitales Virgen del Rocío y Virgen Macarena, 2016–2021.

Centros	Número de estudios					Total
	2016	2017	2019	2020	2021	
■ Hospital Regional Virgen del Rocío	1	4	4	6	6	21
■ Hospital Regional Virgen Macarena	1				2	3
Total	2	4	4	6	8	24

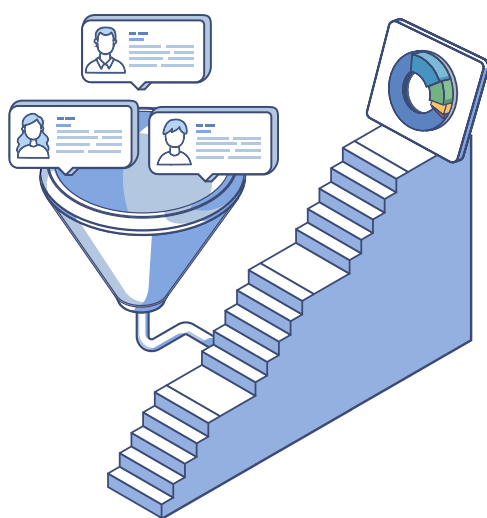
Fuente: Servicio de Investigación. Secretaría General de Salud Pública e I+D+I en Salud, 2022.



3.7 Necesidades y expectativas de pacientes, familiares y profesionales

Las Asociaciones de Pacientes son entidades sin ánimo de lucro formadas por personas físicas o jurídicas que se agrupan, habitualmente, en torno a los problemas derivados de una patología o enfermedad que les afecta. El asociacionismo es muy importante porque estas personas agrupados dan visibilidad a su enfermedad y conforman un grupo fuerte.

AEMICE es la Asociación Española de Pacientes con Migrañas y Cefaleas, con una labor muy importante a nivel nacional. En Andalucía, sin embargo, no existe un importante movimiento asociacionista. Existe una única asociación de pacientes con cefaleas, la Asociación Egabrense de Personas con Cefaleas “Subiendo Peldaños” (Córdoba), que realiza actividades para visibilizar su patología y darle voz.



Para la recogida de información en relación a las necesidades de personas con cefaleas, contamos con la colaboración de dicha Asociación en el proceso de selección muestral de pacientes asociados. La junta directiva de “Subiendo peldaños” llevó a cabo un muestreo de tipo intencional, usando los criterios homogeneizados propuestos por el equipo de trabajo de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).



Las principales necesidades y expectativas de pacientes y familiares, independientemente del tipo de cefalea, se refieren al manejo del dolor y al acceso a una información adecuada y actualizada sobre el origen y causa de la enfermedad, así como sobre la disponibilidad y efectos de los tratamientos farmacológicos.

Se coincide en la necesidad de establecer una relación y comunicación de calidad con el personal sanitario, basadas en la empatía, comprensión, el trato humanizado y una asistencia especializada por parte de profesionales de Neurología, que puedan atender tanto en las consultas

como en los puntos de Urgencias, y que mantengan un esfuerzo diagnóstico y terapéutico adecuado. Se expresa la importancia de una difusión de información sobre la enfermedad entre la población general, mayor sensibilización social y una apuesta por el tejido asociativo, cuyos beneficios se consideran muy amplios. Pacientes y familiares recalcan también la importancia de fortalecer la investigación para mejorar los procedimientos terapéuticos.

Se formulan propuestas en torno a la mejora del abordaje y gestión del dolor, el grado de información, formación útil y de calidad y el mantenimiento de avances en estudios e investigación sanitaria, mejorar el conocimiento e imagen social de la enfermedad y promover la consolidación del tejido asociativo.

Dentro de las propuestas relacionadas con la atención socio-sanitaria, se incluye la necesidad de mejorar el acceso y organización del circuito asistencial, ampliar los recursos y optimizar la gestión de tiempo en las consultas de Neurología; y trabajar con un abordaje integral de la enfermedad, contando con la implicación de todos los agentes sociales involucrados, para asegurar un apoyo sanitario, administrativo y jurídico a todas las personas con cefalea.

Entre el personal médico de AP entrevistado, los principales puntos fuertes del sistema son: la organización del circuito asistencial, la posibilidad de solicitar pruebas diagnósticas y la disponibilidad de los tratamientos farmacológicos. Desde el personal facultativo de Neurología, también se resalta la buena relación y disponibilidad de profesionales de otros niveles asistenciales y de las sociedades científicas, el alto nivel de conocimientos y formación del personal de Neurología y la existencia de un ambiente colaborativo de calidad en el ámbito andaluz, el acceso a consultas de Atención Primaria y a puntos de Urgencias y la disponibilidad de consultas monográficas de cefaleas.

Entre las limitaciones identificadas están: la reducida importancia que se le ha dado a las cefaleas a nivel social, administrativo y sanitario; la escasa implementación del Proceso Asistencial de Cefaleas, así como de protocolos y guías de actuación; la alta demanda asistencial causante de una demora en la atención y de dificultades para la consecución de una atención sanitaria integral.

Entre los aspectos de mejora de la atención sanitaria se incluyen: el acceso a consultas de Neurología, la falta de tiempo y la demora asistencial, las deficiencias en la (in)formación y educación de las personas con cefaleas (falta de concienciación sobre la propia enfermedad, sesgos en la interpretación y valoración de la práctica médica y de la aplicación de pruebas y tratamientos, uso problemático de fármacos).

Las necesidades específicas de profesionales facultativos de Neurología giran en torno a aspectos organizativos, económicos y de coordinación de la asistencia sanitaria (organización del circuito asistencial y del sistema de derivación, apoyo por parte de las administraciones, dotación de recursos y coordinación a nivel autonómico y entre niveles asistenciales) y de la relación y comunicación con pacientes y familiares. Y desde AP, las necesidades se han manifestado alrededor de la disponibilidad de herramientas específicas para la valoración de pacientes y acceso a formación y reciclaje profesional.

• CUADRO-RESUMEN DE LAS PROPUESTAS DE MEJORA •

Mejorar el conocimiento e importancia de la enfermedad a nivel social



Realizar campañas de información para la población general.



Organizar charlas divulgativas para pacientes y familiares.



Mejorar la visibilización de la enfermedad en los medios de comunicación.



Aumentar el apoyo institucional y la dotación de recursos de las asociaciones de pacientes.



Realizar campañas de sensibilización con personas públicas que sufran de cefaleas.



Contar con mayor apoyo e implicación de las administraciones y órganos competentes.



Buscar alianzas y promover un ámbito colaborativo entre todos los sectores profesionales implicados en la atención sanitaria a las cefaleas, incluidas las sociedades científicas.



Realizar consultas programadas en Atención Primaria.



Utilizar protocolos de actuación con criterios uniformes y homogéneos.



Establecer criterios de derivación de Atención Primaria concretos y bien organizados.



Elaborar un plan para la derivación directa de Atención Primaria a Neurología, tanto a las consultas generales como directamente a las monográficas.



Transmitir a la población la utilidad y adecuación de los criterios de derivación, para fomentar su confianza en estos criterios.



Establecer criterios de derivación desde las consultas generales a las monográficas dentro de los servicios de Neurología.



Elaborar un plan de actuación para la atención y seguimiento de pacientes en Atención Primaria, antes de iniciar la derivación y que incluya: información y educación para pacientes, prescripción y seguimiento de tratamientos preventivos y utilización de fármacos específicos para controlar el dolor.



Disponer de un instrumento (tipo cuestionario o diario) de recogida de datos y seguimiento de pacientes en Atención Primaria.



Ampliar la accesibilidad del servicio de Neurología más allá del sistema de citas, a través de un mejor uso de las TICs para recoger las preguntas, dudas y consultas de pacientes.



Fortalecer la asistencia sanitaria en los puntos de Urgencias.



Democratizar el acceso a los fármacos, según la evidencia científica e indicaciones de uso, especialmente los más caros.



Incluir en el Plan Integral de Cefaleas de Andalucía, referencias concretas sobre la interrelación y coordinación entre niveles asistenciales.



Asegurar la fluidez de la comunicación entre profesionales de Atención Primaria y Neurología, a través de teleconsulta.



Elaborar documentos de consenso que protocolicen, en base a criterios uniformes, una asistencia sanitaria homogénea en toda la Comunidad Autónoma.

Atender necesidades y expectativas profesionales



Llevar a cabo actividades formativas para profesionales de diferentes categorías y especialidades.



Mejorar la formación curricular sobre cefaleas en los grados de Medicina.



Elaborar un Plan de formación en cefaleas para profesionales de Atención Primaria.



Formar a profesionales de Atención Primaria para la realización de pruebas diagnósticas, como por ejemplo la de fondo de ojo.



Fomentar la realización de estancias formativas cortas de profesionales de Atención Primaria en servicios de Neurología.



Formar profesionales de Atención Primaria para que sean referentes en cefaleas en su centro.



3.8 Conclusiones

El análisis y diagnóstico de situación de las cefaleas en Andalucía ha permitido obtener una serie de conclusiones que orientan la formulación de los objetivos estratégicos del Plan y guían las actuaciones del presente Plan Integral.

En Andalucía, la prevalencia de migraña o dolor de cabeza frecuente supera, en el grupo de 35 a 54 años, el 10% en población general y el 16% en las mujeres. Otras fuentes sitúan la prevalencia de cefaleas crónicas en la población adulta, en un 3,5%, siendo casi 4 veces superior en mujeres que en hombres. La cefalea es el motivo principal de consulta en Neurología (59%), el 5º en Urgencias y en AP (28%); una patología cuyo diagnóstico es eminentemente clínico y que se cronifica en el 2-3% de los casos. Si bien AP es la puerta de entrada al sistema sanitario para estas personas y donde se concentran el mayor número de visitas, el diagnóstico específico de las cefaleas es realizado por profesionales de Neurología en la mayoría de los casos, y esta especialidad ha experimentado un incremento en las consultas por cefaleas del 38,2%, más de un 30% derivadas de AP y de un 12% en interconsultas.

Desde el punto de vista de la prestación de la asistencia sanitaria, se observa margen de mejora en el diagnóstico de las cefaleas, así como en el grado de adecuación de pruebas diagnósticas realizadas. En ese sentido, se aprecia la necesidad de optimizar la clasificación del nivel de prioridad de la atención urgente por cefaleas, el tiempo de estancia en observación, el tratamiento administrado o los ingresos hospitalarios. Desde la asistencia recibida en AP, la mejora en la resolución y diagnóstico, o revisión de los criterios de derivación de pacientes a las consultas de Neurología son otras de las mejoras identificadas, así como la relacionada con la prescripción de medicación o tratamientos específicos para las cefaleas.

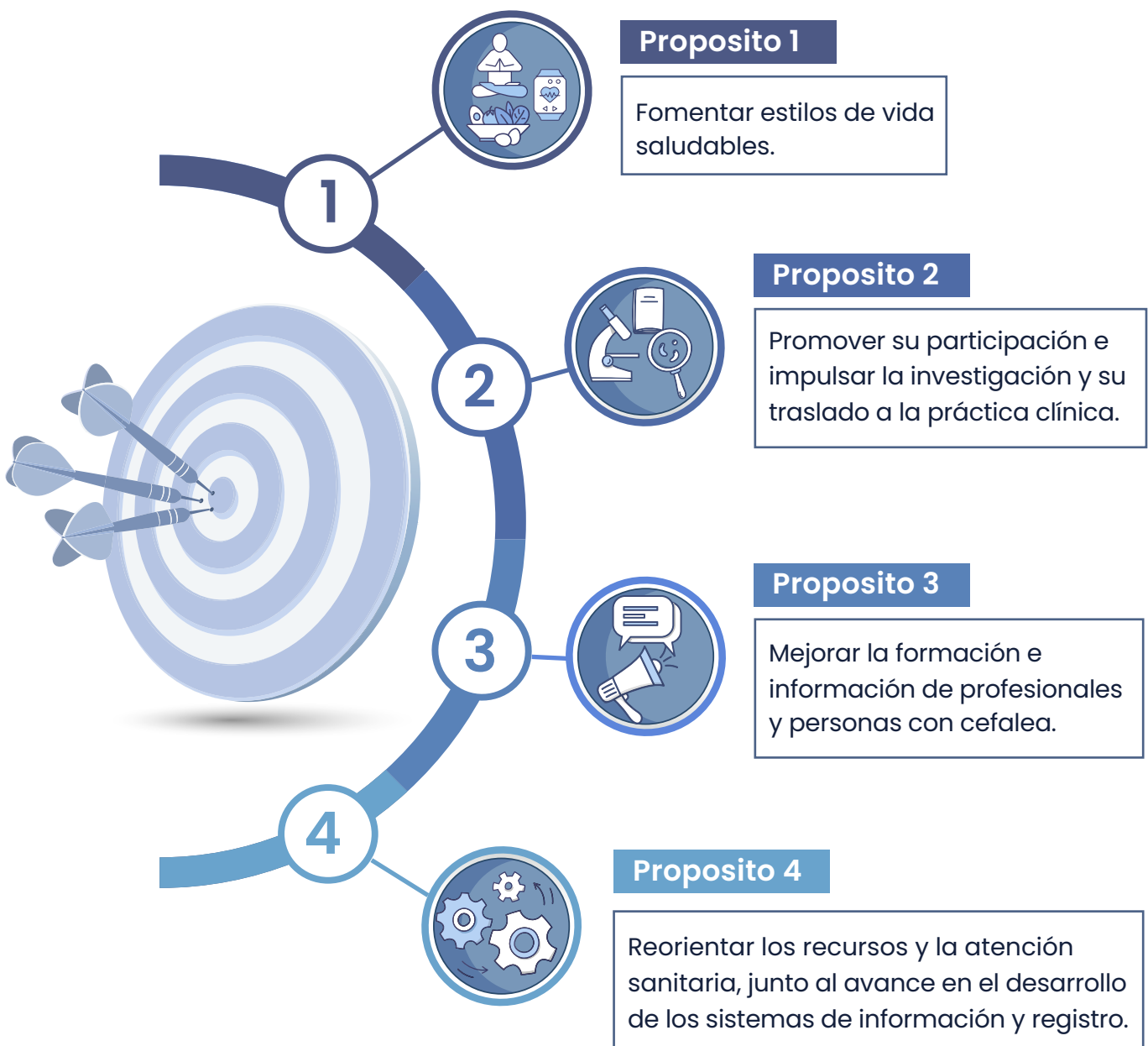
Desde el punto de vista de la dotación de recursos humanos y materiales para la atención de las cefaleas en el SSPA, puede mejorarse la distribución y número de consultas monográficas y especialmente de Unidades de Cefaleas en Andalucía, así como en las ratios de profesionales/habitantes.

Desde el punto de vista de la ciudadanía, se hace necesario reforzar el papel y la presencia de las asociaciones de pacientes con cefaleas en Andalucía. También es mejorable el uso que los pacientes realizan de la asistencia sanitaria (en la oportuna consulta de síntomas, la continuidad en el seguimiento de especialistas o acceso a servicios de urgencias), así como en la adecuada administración de tratamientos farmacológicos, preventivos y sintomáticos. Se hace necesario mejorar los hábitos de vida considerados saludables para la mejora de las cefaleas (dieta, sueño, consumo de alcohol o ejercicio) y el autocuidado.



PROPÓSITO DEL PLAN

El Plan Integral de Cefaleas de Andalucía pretende mejorar la calidad de vida de las personas con cefalea. Para ello es necesario:



5

LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y OBJETIVOS

LÍNEA ESTRATÉGICA 1

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES



Las acciones de promoción de la salud y estilos de vida saludables son un pilar fundamental del **Plan Integral de Cefaleas de Andalucía**, en distintos entornos (sanitario, laboral, escolar o universitario) y coordinado con actuaciones en programas y estrategias ya existentes en otros ámbitos.

La **educación terapéutica** a pacientes/familiares con cefaleas sobre autocuidados y medidas preventivas incrementan la autoconfianza y la percepción de autocontrol de la enfermedad, aumentan la satisfacción y mejoran la calidad de vida, disminuyendo los síntomas físicos/psicológicos a largo plazo, con una posible mejora en el uso de recursos sanitarios, ayudando a **prevenir la cronificación de la enfermedad**.

Objetivos

Objetivo

1.1.

Fomentar estilos de vida saludables a través de acciones formativas e informativas dirigidas a AP, Neurología y personas susceptibles de padecer cefaleas o en riesgo de cronificación, así como a la población general.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2

ATENCIÓN SANITARIA INTEGRAL



El Plan pretende dar una respuesta sanitaria integral que contribuya al diagnóstico precoz y de calidad a las personas con cefalea en el marco de la gestión por procesos asistenciales integrados, lo que garantiza la disminución de la variabilidad de la asistencia y la continuidad de la misma.

Una atención centrada en la persona y que mejore su accesibilidad requiere de una nueva organización de los recursos sanitarios, orientada a resultados de salud

Objetivos

Objetivo

2.1.

Actualizar e implementar el Proceso Asistencial Integrado de Cefaleas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

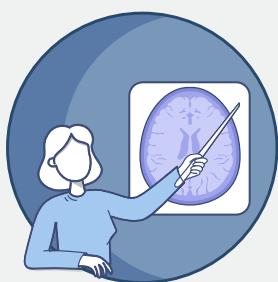
Objetivo

2.2.

Promover actuaciones para garantizar la calidad y seguridad de la atención al paciente con cefaleas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

LÍNEA ESTRATÉGICA 3

FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL



La adquisición y el desarrollo de **competencias profesionales específicas en el abordaje diagnóstico y terapéutico de las cefaleas** es considerada un área de mejora clave. Ha de realizarse a distintos niveles: formación de grado, en el periodo de formación de los Especialistas Internos Residentes del SSPA y formación continuada multidisciplinar. La estrategia de formación en cefaleas estará alineada con la Estrategia de las Políticas de Formación del SSPA.

Objetivos

Objetivo

3.1.

Desarrollar actuaciones formativas en la mejora de competencias clínicas para el correcto abordaje diagnóstico y terapéutico de las cefaleas, impulsando mecanismos/estrategias para facilitar el acceso de profesionales de AP y AH del SSPA.

Objetivo

3.2.

Incorporar el componente multidisciplinar a la formación en competencias clínicas para el abordaje de personas con cefalea.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4

COMUNICACIÓN



Las cefaleas generan una importante carga de enfermedad y sufrimiento a las personas que las padecen, con un impacto directo en su vida social, familiar y laboral. Una adecuada estrategia de comunicación e información transparente, aumenta el grado de conocimiento de estas enfermedades entre la población general, a la vez que permite visualizar y sensibilizar a la sociedad en su conjunto.

Objetivos

Objetivo

4.1.

Impulsar acciones de comunicación y difusión del Plan Integral de Cefaleas de Andalucía, a través del diseño e implantación de un Plan de Comunicación.

Objetivo

4.2.

Impulsar iniciativas de sensibilización dirigidas a la sociedad andaluza, a través de los medios de comunicación y las redes sociales, con mensajes relativos al impacto de la cefalea en las personas que las padecen y en sus familias.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5

INFORMACIÓN SANITARIA



Para mejorar la atención a las personas con cefalea es necesario disponer de adecuados sistemas de información y registro en el SSPA, así como fuentes de carácter epidemiológico que permitan analizar de forma objetiva los resultados en salud, el proceso asistencial, evaluar la calidad en la atención y la utilización adecuada de medios diagnósticos y terapéuticos.

Objetivos

Objetivo

5.1.

Desarrollar actuaciones en la recogida de datos y acceso a la información de la Historia Clínica, para la mejora de la gestión clínica y los resultados en salud del paciente con cefalea.

Objetivo

5.2.

Mejorar la calidad y disponibilidad de información epidemiológica relacionada con encuestas y estudios poblacionales.

LÍNEA ESTRATÉGICA 6

INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN



La carga de enfermedad que ocasionan las cefaleas y la búsqueda de evidencia sobre la efectividad de los nuevos tratamientos, abren un enorme campo de trabajo que sólo desde la investigación básica, epidemiológica y clínica puede obtenerse.

Objetivos

Objetivo

6.1.

Impulsar acciones que permitan el fomento de la investigación de excelencia en cefaleas, de forma conjunta con la Estrategia de Investigación e Innovación de Andalucía.

Objetivo

6.2.

Facilitar y apoyar la realización de proyectos de investigación en cefaleas, ensayos clínicos y difusión de resultados en el ámbito del SSPA.

Objetivo

6.3.

Promocionar la innovación en la atención a las cefaleas en el SSPA.

LÍNEA ESTRATÉGICA 7

PARTICIPACIÓN CIUDADANA



La participación ciudadana, tanto a nivel individual como a través de las organizaciones y asociaciones de pacientes y familiares, permite adaptar la atención sanitaria a las necesidades de las personas con cefalea, mejorar la toma de decisiones compartidas y favorece el autocuidado.

Objetivos

Objetivo

7.1.

Impulsar espacios de participación de las personas con cefalea y de las asociaciones de pacientes, en actividades divulgativas, educativas, investigadoras y organizativas promovidas por el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

Objetivo

7.2.

Introducir cauces de participación efectiva de la ciudadanía y asociaciones de pacientes con cefalea que contribuyan a la mejora de la prevención y el tratamiento de esta patología.

6

DESPLIEGUE DE LÍNEAS

OBJETIVO 1.1.



Fomentar estilos de vida saludables a través de acciones formativas e informativas dirigidas a AP, Neurología y personas susceptibles de padecer cefaleas o en riesgo de cronificación, así como a población general.

Centros directivos responsables

- Consejería de Salud y Consumo: Secretaría General de Salud Pública e I+D+I en Salud (Servicio de Promoción de Salud y Acción Local en Salud) y Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
- SAS. Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS.

Medida



Indicador

1.1.1.

Promoción de la salud en el entorno escolar y universitario mediante la incorporación de información específica en cefaleas en el programa para la Innovación Educativa, Hábitos de Vida Saludable Modalidad Forma Joven en el Ámbito Educativo, programa Creciendo en Salud y programa de Promoción de Salud desarrollado en ámbito universitario.

Existencia de información específica en cefaleas sobre promoción de salud en el Programa para la Innovación Educativa, Hábitos de Vida Saludable Modalidad Forma Joven en el Ámbito Educativo, Programa Creciendo en Salud, y en el Programa Universitario.

1.1.2.

Promoción de la salud en el entorno laboral través del Programa de Promoción de Salud en los lugares de trabajo de la Consejería de Salud y Consumo.

Existencia de información específica en cefaleas en el Programa de Promoción de la Salud en los lugares de trabajo.

1.1.3.

Coordinación de actuaciones con AP a través de los grupos psicoeducativos o "GRUSE" y la Estrategia de Vida Saludable para la promoción de la salud, que incluyan a personas con cefalea.

Número de actividades en centros que incluyan a personas con cefalea (GRUSE / Otros programas de Promoción) por provincias.

Número de grupos psicoeducativos GRUSE que incluyan a personas con cefalea (en AP por provincias).

Medida



Indicador

1.1.4. Diseño y puesta en marcha de un programa de educación terapéutica sobre autocuidados de la migraña para desarrollar en los centros de salud.	<ul style="list-style-type: none">● Existencia de un Programa de educación terapéutica sobre autocuidados de la migraña en los centros de salud.● Número de centros de salud que aplican el Programa de educación terapéutica sobre autocuidados de la migraña.● Número de personas beneficiarias del Programa de educación terapéutica sobre autocuidados de la migraña.
1.1.5. Elaboración y entrega de material informativo con pautas de autocuidados, medidas preventivas y normas generales de educación para la salud a utilizar por los profesionales sanitarios en la comunicación a personas con cefalea y su entorno familiar.	<ul style="list-style-type: none">● Número y tipo de recursos informativos elaborados.
1.1.6. Diseño, puesta en marcha y difusión de Aulas para cefaleas de la Escuela de Pacientes de Andalucía (EPA), comenzando por el Aula de Migraña por su impacto y prevalencia, facilitando el acceso a las mujeres con cargas familiares. Los recursos formativos se pondrán a disposición de asociaciones, ayuntamientos y otras entidades.	<ul style="list-style-type: none">● Aula de Migrañas de la EPA.● Número de actividades de difusión de la existencia del Aula de Migrañas de la EPA.● Número y tipo de recursos formativos a disposición de asociaciones, ayuntamientos y otras entidades, generados por el Aula de Migrañas de la EPA.
1.1.7. Identificación y abordaje del grupo de pacientes en riesgo de cronificación de cefalea.	<ul style="list-style-type: none">● Proporción de pacientes en riesgo de cronificación identificados y registrados en la hoja específica de Diraya / total de pacientes atendidos con diagnóstico de cefalea.

2

Atención sanitaria integral

OBJETIVO 2.1.



Actualizar e implementar el Proceso Asistencial Integrado de Cefaleas (PAI Cefaleas) en Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Centros directivos responsables

- Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Salud Pública e I+D+I en Salud (Servicio de Promoción de Salud y Acción Local en Salud) y Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
- SAS. Dirección General de Asistencia Sanitaria.
Subdirección de Sistemas de Información del SAS.

Medida	Indicador
2.1.1. Actualización del PAI Cefaleas.	<ul style="list-style-type: none"> ● PAI de Cefaleas actualizado y publicado.
2.1.2. Implantación del PAI Cefaleas en todos los centros sanitarios.	<ul style="list-style-type: none"> ● Número de centros sanitarios con implantación del PAI de Cefaleas.
2.1.3. Elaboración de protocolos y guías asistenciales para el manejo de las cefaleas en Atención Primaria, Urgencias y Neurología, según las recomendaciones del PAI cefalea.	<ul style="list-style-type: none"> ● Existencia de protocolos y guías asistenciales. ● Nº de centros en los que se ha implantado el protocolo para Atención Primaria, Urgencias y Neurología.
2.1.4. Elaboración de protocolos para las unidades de cefaleas.	<ul style="list-style-type: none"> ● Nº de protocolos elaborados. ● Nº de unidades de cefaleas con el protocolo implantado. ● Nº de centros en los que el protocolo se ha implantado.

Medida



Indicador

<p>2.1.5 Elaboración, difusión de criterios de atención, diagnóstico, seguimiento y derivación a AH (en AP, urgencias y Neurología general), así como implementación de protocolos, basados en guías clínicas para el manejo de pacientes con cefaleas, según las recomendaciones del PAI cefalea.</p>	<ul style="list-style-type: none">● Existencia de criterios de derivación, según las recomendaciones de las guías de práctica clínica y del PAI de Cefaleas, desde AP a AH.● Número de actividades de difusión de criterios de derivación desde AP a AH, según provincia.● Número de pacientes derivados que cumplen criterios de derivación desde AP a AH/número total de pacientes derivados.● Existencia de Protocolos de actuación consensuados entre AP y Neurología.● Número de centros y tipo de protocolo de atención al paciente de cefalea utilizados en AP.● Número de centros y tipo de protocolo de atención al paciente de cefalea utilizados en urgencias.● Número de centros y tipo de protocolo de atención al paciente de cefalea utilizados en Neurología general.
<p>2.1.6. Implementación de protocolos, en las unidades de cefaleas, para el diagnóstico y tratamiento integral y multidisciplinar del paciente con cefalea según las recomendaciones del PAI cefalea.</p>	<ul style="list-style-type: none">● Número de centros y tipo de Protocolo/Guía terapéutica utilizados en las Unidades de Cefaleas según provincias.
<p>2.1.7. Establecimiento de un sistema de atención preferente para los casos de mayor complejidad, tanto en AP como en AH, según las recomendaciones del PAI cefalea</p>	<ul style="list-style-type: none">● Número de consultas en AP con el diagnóstico (CIE) "cefalea o migraña" preferente, en las agendas de centros de salud, según Distrito/Área.● Número de consultas programadas en Neurología con el diagnóstico (CIE) "cefalea o migraña" preferente, en las agendas de las consultas de cefalea, según provincia.

Medida	Indicador
<p>2.1.8. Utilización de las TICs, ya disponibles en el SSPA como medio de trabajo mediante teleasistencia ágil entre AP, AH y el paciente con cefalea, según las recomendaciones del PAI cefalea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Porcentaje atención mediante telemedicina con el diagnóstico (CIE) "cefalea" o "migraña" sobre el total, según Distrito/Área/hospital, según provincia.
<p>2.1.9. Creación de Unidades de Cefaleas o, en su defecto, de una consulta monográfica de cefaleas en los Hospitales que dispongan de Servicio de Neurología.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Número de hospitales que disponen de unidades de cefaleas o, en su defecto, de consultas monográficas de cefaleas en los Hospitales que dispongan de Servicio de Neurología.
<p>2.1.10. Unificación de los criterios de solicitud de pruebas complementarias en AP, Urgencias consultas de Neurología general y unidades de cefaleas, según las recomendaciones del PAI cefalea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Existencia de Protocolos de Pruebas Complementarias en Neurología. ● Existencia de Protocolos de actuación consensuados entre AP y Neurología. ● Existencia de protocolos de pruebas complementarias en AP y Urgencias, a realizar en pacientes con cefalea, según criterios de alarma. ● Número y tipo de actividades de difusión de protocolos de pruebas complementarias en Urgencias, a realizar en pacientes con cefalea, según criterios de alarma. ● Número de pruebas complementarias relacionadas con el diagnóstico de cefaleas, prescritas por AP, según provincia.

OBJETIVO 2.2.



Promover actuaciones para garantizar la calidad y seguridad de la atención al paciente con cefaleas en el SSPA.

Centros directivos responsables

- Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Salud Pública e I+D+I en Salud (Servicio de Promoción de Salud y Acción Local en Salud) y Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
- SAS. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Sistemas de Información del SAS.



Medida

Indicador

2.2.1.

Coordinación de actuaciones con la Estrategia de Seguridad del Paciente y la Estrategia de Uso Racional del Medicamento en lo relacionado con la notificación e identificación de eventos adversos, automedicación y uso excesivo de analgésicos en personas con cefalea.

- Existencia de un sistema de coordinación de actuaciones en materia de seguridad del paciente y uso racional del medicamento en personas con cefalea.
- Número de actuaciones con la Estrategia de Seguridad del Paciente y la Estrategia de Uso Racional del Medicamento, en lo relacionado con la notificación e identificación de eventos adversos, automedicación y uso excesivo de analgésicos en personas con cefalea.
- Número de eventos adversos notificados en personas con cefalea atendidas en el SSPA.
- Número de notificaciones relacionadas con la automedicación o uso excesivo de analgésicos en personas con cefalea atendidas en el SSPA.

2.2.2.

Coordinación de actuaciones con Salud Responde y ClicSalud para facilitar a las personas con cefalea la información y resolución de dudas y consultas.

- Existencia de un sistema de coordinación de actuaciones con Salud Responde y Clic Salud para facilitar a las personas con cefalea la información y resolución de dudas y consultas.
- Número de actuaciones coordinadas con Salud Responde y Clic Salud relacionadas con dudas y consultas procedentes de personas con cefalea.

2.2.3.

Incorporación de un sistema de información de resultados en salud y calidad de vida relacionada con la salud que incluya información específica sobre la atención a personas con cefalea y que permita la identificación, evaluación y priorización de áreas de mejora.

- Sistema de información de resultados en salud que incluya información específica sobre personas con cefalea.
- Inclusión de escalas de calidad de vida relacionadas con la salud en Diraya.

3

Formación y desarrollo profesional

OBJETIVO 3.1.



Desarrollar actuaciones formativas en la mejora de competencias clínicas para el correcto abordaje diagnóstico y terapéutico de las cefaleas, impulsando mecanismos/estrategias para facilitar el acceso de profesionales de AP y AH del SSPA.

Centros directivos responsables

- Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
- SAS. Subdirección de Formación y Desarrollo Profesional del SAS.

Medida	Indicador
<p>3.1.1. Elaboración de un plan de formación multidisciplinar que contemple los siguientes contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Clasificación de cefaleas y criterios clínicos para el diagnóstico de cada una. ■ Exploración y funduscopia. ■ Indicación e interpretación de pruebas complementarias en cefaleas. ■ Tratamiento sintomático de la migraña y otras cefaleas. ■ Tratamiento preventivo en cefaleas (incorporando la cefalea por abuso de medicación). ■ Habilidades de comunicación y escucha activa. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Existencia del Plan de Formación multidisciplinar, dirigido a profesionales de AP y AH y a aquellos en periodo de formación, para el adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico de las cefaleas. ● Número de actividades formativas dirigidas a profesionales facultativos de AP y AH, para el correcto abordaje diagnóstico y terapéutico de las cefaleas. ● Número de actividades formativas dirigidas profesionales en formación Enfermero Interno Residente (EIR), para el correcto abordaje diagnóstico y terapéutico de las cefaleas. ● Número de profesionales formados por edad sexo, área y perfil profesional.
<p>3.1.2. Establecer canales de coordinación y comunicación con la Universidad para el abordaje de la cefalea en la formación de grado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Existencia del canal de comunicación y coordinación.

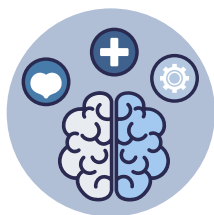


Medida

Indicador

3.1.3. Oferta de materiales específicos (guía básica, material con soporte digital) relacionados con las cefaleas para el período de formación de los Especialistas Internos Residentes del SSPA.	<ul style="list-style-type: none">• Número y tipo de recursos y materiales específicos disponibles para los profesionales en periodo de formación Médico Interno Residente (MIR) / Enfermero Interno Residente (EIR), tanto de AP como de AH.
3.1.4. Designación de referentes de AP que sean responsables de formación en cefaleas para los profesionales de dicho ámbito asistencial.	<ul style="list-style-type: none">• Número de referentes designados (por provincias) responsables de la formación en cefaleas para los/as profesionales de AP.
3.1.5. Programación de estancias formativas en Unidades-Consultas de Cefaleas para la adquisición de habilidades diagnóstico-terapéuticas en los profesionales de AP y de AH.	<ul style="list-style-type: none">• Existencia de una programación anual en las Unidades-Consultas de Cefaleas para la organización y desarrollo de estancias formativas de profesionales de AP/AH, según provincias.• Número de estancias formativas en las Unidades-Consultas de Cefaleas realizadas para la adquisición de habilidades diagnóstico-terapéuticas de los profesionales de AP/AH, según provincia y unidad.• Número de profesionales de AP/AH que han participado en estancias formativas en las Unidades-Consultas de Cefaleas del SSPA, por tipo de nivel asistencial y provincia.
3.1.6. Establecer nuevos canales de comunicación sobre la oferta de formación existente (WhatsApp y redes sociales).	<ul style="list-style-type: none">• Número y tipo de nuevos canales disponibles.• Número de suscriptores a los nuevos canales.

OBJETIVO 3.2.



Incorporar el componente multidisciplinar a la formación en competencias clínicas para el abordaje de las personas con cefalea.

Centros directivos responsables

- Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.
- SAS. Subdirección de Formación y Desarrollo Profesional del SAS.

Medida



Indicador

3.2.1.

Designación de referentes de formación en cefaleas para los profesionales de los servicios de Urgencias del SSPA (AP y AH).

Número de referentes, designados por provincias, responsables de la formación en cefaleas para los/as profesionales de Urgencias de AP/AH, onal.

3.2.2.

Organización de una jornada anual de carácter multidisciplinar dirigida a los profesionales implicados en el abordaje de las cefaleas:

- Neurología.
- Atención Primaria.
- Urgencias.
- Enfermería (Atención Primaria, Especializada y Urgencias).
- Otras: Salud Mental, Neurocirugía, Radiología, Anestesiología (unidades del Dolor), Cirugía Maxilofacial, Oftalmología, Ginecología.

Celebración de una jornada anual, de carácter multidisciplinar y con la participación los distintos perfiles profesionales y niveles asistenciales.

Número de asistentes participantes de la jornada de cefaleas, por disciplina y provincia.

OBJETIVO 4.1.



Impulsar acciones de comunicación y difusión del Plan Integral de Cefaleas de Andalucía, a través del diseño e implantación de un Plan de Comunicación.

Centros directivos responsables

- Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

Medida

Indicador

4.1.1.

Definición de públicos destinatarios, mensajes y canales de comunicación, en relación con los elementos a trasladar del Plan Integral de Cefaleas de Andalucía.

- Mapa de públicos destinatarios de las acciones de comunicación sobre el Plan Integral de Cefaleas de Andalucía.
- Relación de mensajes sobre el Plan Integral de Cefaleas de Andalucía, de acuerdo al mapa de públicos destinatarios de la comunicación.
- Relación de canales de comunicación sobre el Plan Integral de Cefaleas de Andalucía.

4.1.2.

Difusión e información del Plan Integral de Cefaleas de Andalucía entre profesionales mediante diferentes canales.

- Existencia de un Plan de Comunicación del Plan Integral de Cefaleas de Andalucía.
- Número de acciones de comunicación sobre el Plan Integral de Cefaleas de Andalucía, según tipo de canal (digital, formato físico) y ámbito (Direcciones de Hospitales y Distritos de Atención Primaria).
- Número de descargas de las versiones digitales de material publicado sobre el Plan Integral de Cefaleas de Andalucía.

OBJETIVO 4.2.



Impulsar iniciativas de sensibilización dirigidas a la sociedad andaluza, a través de los medios de comunicación y las redes sociales, con mensajes relativos al impacto de la cefalea en las personas que las padecen y en sus familias.

Centros directivos responsables

- Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

Medida	Indicador
<p>4.2.1. Visibilización social de las cefaleas en los medios de comunicación mediante:</p> <ul style="list-style-type: none">■ Acciones y actividades divulgativas en días señalados:<ul style="list-style-type: none">> 21 de marzo: día mundial de la cefalea en racimos.> 19 de abril: día mundial de las cefaleas.> 12 de septiembre: día mundial de la migraña.■ Participación de personas con influencia social que expresen públicamente que sufren cefaleas.	<ul style="list-style-type: none">• Número de iniciativas puestas en marcha para la sensibilización de la sociedad andaluza.• Número de cuñas de radio emitidas sobre cefaleas y su impacto en quienes la padecen.• Número de inserciones en páginas Web sobre cefaleas y su impacto en quienes la padecen.• Número de inserciones que se realizan en prensa escrita, sobre cefaleas y su impacto en quienes la padecen.• Número de mensajes en redes sociales, sobre cefaleas y su impacto en quienes la padecen.
<p>4.2.2. Diseño y puesta en marcha de campañas informativas sobre las cefaleas, con información dirigida a la ciudadanía a fin de concienciar a la sociedad de esta patología y reducir su estigma.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Número de campañas informativas sobre cefaleas y su impacto en quienes la padecen.• Número de medios de difusión de la campaña informativa.• Número de instituciones a los que se envía información según provincia.

Medida

Indicador



4.2.3. Utilización de las redes sociales de la Escuela de Pacientes de Andalucía como canal de comunicación.

- Número de redes sociales con información sobre cefaleas y el impacto en la vida de las personas que la padecen.
- Número de personas suscritas a las redes sociales de la EPA de Andalucía.
- Número de tuits sobre cefaleas y sobre el impacto en la vida de las personas que la padecen, según tipo de redes sociales.
- Número de visitas a la página Web de la EPA, Aula de Migrañas.

5

Información sanitaria

OBJETIVO 5.1.



Desarrollar actuaciones en la recogida de datos y acceso a la información de la Historia Clínica, para la mejora de la gestión clínica y los resultados en salud del paciente con cefalea.

Centros directivos responsables

- SAS. Servicio de Coordinación de Sistemas de información del SAS. Subdirección TIC SAS.
- Consejería de salud y Consumo. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

Medida	Indicador
<p>5.1.1. Inclusión en la Historia de Salud de información clínica específica sobre el paciente con cefalea, de acuerdo al desarrollo del PAI de Cefaleas, que permita monitorizar los resultados clínicos y tratamiento del paciente, y el cumplimiento de objetivos asistenciales y preventivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Existencia de una base de datos con información personalizada en la recogida de datos (gestor de informes). ● Existencia de informes predeterminados mediante el Módulo de Tratamiento de la Información (MTI) que posibilite la explotación de la información.
<p>5.1.2. Facilitar la codificación de los diagnósticos y pruebas diagnósticas en la Historia Clínica de pacientes con cefaleas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de un catálogo de códigos de los diagnósticos y pruebas diagnósticas en la historia clínica pacientes con cefaleas.
<p>5.1.3. Accesibilidad a los datos sanitarios relacionados con la atención a las personas con cefaleas y los resultados en salud que incluya información sobre frecuencia de cefaleas, intensidad, uso de tratamiento sintomático, discapacidad, etc. que permita la identificación, evaluación y priorización de áreas de mejora en la atención a las cefaleas, proponiendo las correspondientes actuaciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Número de consultas a la información de la historia clínica.

OBJETIVO 5.2.



Mejorar la calidad y disponibilidad de información epidemiológica relacionada con encuestas y estudios poblacionales.

Centros directivos responsables

- SAS. Servicio de Coordinación de Sistemas de información del SAS. Subdirección TIC SAS.
- Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

Medida



Indicador

5.2.1.

Actualización de los cuestionarios de adultos y menores de la Encuesta Andaluza de Salud en relación a las preguntas sobre cefaleas, en colaboración con el Plan Integral de Cefaleas de Andalucía.

EAS actualizada, en su VI edición, en los ítems relacionados con las cefaleas, a propuesta del Plan Integral de Cefaleas de Andalucía.

5.2.2.

Análisis epidemiológico de las cefaleas en Andalucía a partir de la VI edición de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) y en comparación con la información que ofrece la ENS y la ENSE.

Publicación del estudio de análisis epidemiológico de las cefaleas a partir de la VI EAS.

5.2.3.

Difusión de los resultados de los diferentes estudios epidemiológicos realizados en Andalucía sobre cefaleas.

Número de acciones de difusión de los estudios epidemiológicos realizados sobre cefaleas en Andalucía.

OBJETIVO 6.1.



Impulsar acciones que permitan el fomento de la investigación de excelencia en cefaleas, de forma conjunta con la Estrategia de Investigación e Innovación de Andalucía.

Centros directivos responsables

- Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Salud Pública I+D+I en Salud.

Medida	Indicador
6.1.1. Promoción, entre coordinadores de unidades de cefalea, de la figura del IP en proyectos de investigación.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de proyectos competitivos, liderados por responsables o coordinadores/as de unidades-consultas de cefaleas como IP o como colaboradores/as (por provincias).
6.1.2. Nombramiento de responsables o coordinadores de investigación en los servicios de Neurología que impulsen la actividad investigadora.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de responsables o coordinadores/as de investigación designados en las distintas unidades-consultas de cefaleas (por provincias).
6.1.3. Facilitar la accesibilidad a la investigación a los investigadores en cefaleas.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de unidades-consultas de cefaleas con registros de cefaleas implementados (por provincias). • Número de ayudas privadas de investigación en cefaleas. • Número de proyectos financiados en convocatorias competitivas presentados por Unidades-Consultas de Cefaleas en el SSPA.
6.1.4. Fomento de la creación de colecciones de muestras biológicas procedentes de pacientes con cefaleas, integradas en el Biobanco Andaluz.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de unidades-consultas de cefaleas con colecciones de muestras biológicas integradas en el Biobanco Andaluz (por provincias).

OBJETIVO 6.2.



Facilitar y apoyar la realización de proyectos de investigación en cefaleas, ensayos clínicos y difusión de resultados en el ámbito del SSPA.

Centros directivos responsables

- Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Salud Pública I+D+I en Salud.

Medida



Indicador

6.2.1.

Identificación de grupos y centros investigadores emergentes y consolidados y establecimiento de alianzas para la identificación y participación en convocatorias conjuntas y el desarrollo de estudios multicéntricos.

- Creación de un directorio público y compartido de grupos y centros investigadores emergentes y consolidados entre unidades-consultas de cefaleas en el SSPA.
- Número de estudios en los que estos grupos y centros han participado de manera conjunta.
- Número de estudios multicéntricos desarrollados entre unidades de cefaleas andaluzas y nacionales.

6.2.2.

Trabajo conjunto con la red NEURORECA para favorecer el desarrollo de ensayos clínicos y proyectos de investigación multicéntricos.

- Número de ensayos clínicos en cefaleas.
- Número de publicaciones originadas en ensayos clínicos de cefaleas.
- Número de estudios multidisciplinarios entre unidades-consultas de cefaleas andaluzas y especialidades afines.
- Número de estudios multidisciplinarios entre unidades-consultas de cefaleas andaluzas e institutos de investigación.
- Número de colaboraciones en forma de redes acreditadas de investigación sobre cefaleas.

Medida	Indicador
6.2.3. Promoción de la realización de ensayos clínicos en fases iniciales.	<ul style="list-style-type: none"> Número de ensayos clínicos en cefaleas realizados en fases iniciales en el SSPA.
6.2.4. Formación en “metodología de la investigación, escritura científica y presentación de proyectos a convocatorias competitivas”.	<ul style="list-style-type: none"> Número de actividades formativas realizadas sobre “metodología de la investigación, escritura científica y presentación de proyectos a convocatorias competitivas” respecto al total de actividades formativas. Número de profesionales de Neurología formados en metodología de la investigación y escritura científica y presentación de proyectos a convocatorias competitivas.
6.2.5. Organización de jornadas científicas que contemplen la investigación de las cefaleas en Andalucía.	<ul style="list-style-type: none"> Número de jornadas o encuentros científicos celebrados en los que la investigación en cefaleas esté en programa y contenidos.

OBJETIVO 6.3.



Promocionar la innovación en la atención a las cefaleas en el SSPA.

Centros directivos responsables

- Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Salud Pública I+D+I en Salud.

	Medida	Indicador
6.3.1.	Implantación de herramientas de innovación que ayuden en la asistencia, formación e investigación.	Número y tipo de herramientas / plataformas digitales implementadas en las unidades de cefaleas, por provincias.
6.3.2.	Favorecer la transferencia al ámbito industrial y empresarial (patentes, licencias) de la innovación en cefaleas.	Número de patentes o licencias digitales registradas por las unidades de cefaleas.
6.3.3.	Establecimiento de mecanismos de compra pública innovadora en el ámbito de las cefaleas.	Número de acuerdos de riesgo compartido o proyectos Value-Based Procurement (vinculados a servicios relacionados con la enfermedad, resultados en salud o soluciones para la unidad-servicio) formalizados para la adquisición de bienes o servicios en la atención del paciente con cefaleas.

7

Participación ciudadana

OBJETIVO 7.1.



Impulsar espacios de participación de las personas con cefalea y de las asociaciones de pacientes, en actividades divulgativas, educativas, investigadoras y organizativas promovidas por el SSPA.

Centros directivos responsables

- Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

Medida	Indicador
7.1.1. Creación de espacios de trabajo entre las asociaciones de pacientes y las personas con cefalea para organizar conjuntamente actividades divulgativas, educativas u organizativas.	Número y tipo de espacios de participación en funcionamiento, de personas con cefalea y asociaciones de pacientes para actividades divulgativas, educativas, investigadoras y organizativas, según provincia.
7.1.2. Creación de perfiles en las redes sociales más utilizadas (Instagram, Facebook, Twitter...) con la finalidad de fomentar la participación ciudadana a través de opiniones, reflexiones, testimonios etc.	SI/NO.
7.1.3. Participación de personas con cefalea en la actualización del PAI de cefaleas, y el desarrollo de documentos.	SI/NO.

OBJETIVO 7.2.



Introducir cauces de participación efectiva de la ciudadanía y asociaciones de pacientes con cefalea que contribuyan a la mejora de la prevención y el tratamiento de esta patología.

Centros directivos responsables

- Consejería de Salud y Consumo. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

Medida



Indicador

7.2.1.

Desarrollo de programas educativos con asociaciones dirigidos a personas con cefalea para avanzar en el empoderamiento de la ciudadanía y en una mayor participación en la gestión de su enfermedad.

- Número de programas educativos conjuntos para personas con cefalea con participación de asociaciones y pacientes, por provincia y año.

7.2.2.

Desarrollo de talleres dirigidos a personas con cefalea en consonancia con la Escuela de Pacientes de Andalucía para avanzar en el empoderamiento de la ciudadanía y en una mayor participación en la gestión de su enfermedad.

- Número de talleres sobre cefalea impartidos en la EPA para avanzar en el empoderamiento de la ciudadanía y en una mayor participación en la gestión de su enfermedad, según provincia y año.
- Número de participantes en talleres sobre cefalea impartidos en la EPA, según sexo y provincia.

7.2.3.

Inclusión de asociaciones de pacientes o personas con cefalea en el diseño y puesta en marcha de campañas de información y sensibilización sobre la enfermedad y su manejo.

- Número de campañas con participación de asociaciones de pacientes o personas con cefalea, por provincia.

Medida	Indicador
<p>7.2.4. Fomento de la participación de asociaciones de pacientes o personas con cefalea, junto a profesionales sanitarios, en el diseño y desarrollo de talleres o actividades formativas.</p>	<p>Número de actividades de formación con la participación de asociaciones y pacientes sobre el total, por provincia.</p>
<p>7.2.5. Inclusión de asociaciones de pacientes o personas con cefalea en el diseño y desarrollo de talleres y sesiones de formación en los centros de trabajo.</p>	<p>Porcentaje de actividades de formación en centros de trabajo con participación de asociaciones y pacientes sobre el total, por provincia.</p>
<p>7.2.6. Celebración de encuentros periódicos entre la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, sociedades científicas y asociaciones comunitarias para la implantación y seguimiento del Plan y la inclusión /modificación de elementos de mejora.</p>	<p>Número de encuentros entre la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, sociedades científicas y asociaciones comunitarias para la implantación y seguimiento del Plan y la inclusión /modificación de elementos de mejora.</p>

METODOLOGÍA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El Plan Integral de Cefaleas de Andalucía tiene como fin:



conseguir una reducción en la carga de enfermedad en la población

y



y una mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por este problema.

Su seguimiento verificará la realización progresiva cuantitativa y cualitativa de las medidas integradas en él.

El seguimiento es una tarea administrativa de recogida de datos que informará sobre su evolución, permitiendo la detección de problemas y toma de decisiones correctoras a implementar, implicando un contacto permanente con los responsables pertinentes y el trabajo en diferentes instancias de participación.

La evaluación del Plan se enmarcará dentro de la definición que identifica el proceso como *"la objetiva y sistemática valoración del diseño, implementación y resultados de una actividad, programa o política, en curso o finalizada. Su objetivo es la determinación de la relevancia, cumplimiento de los objetivos, eficiencia, eficacia, impacto y sostenibilidad, de una intervención"*⁹.

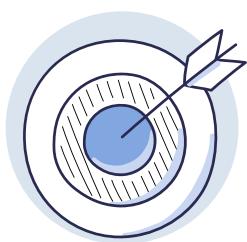
Por lo tanto, se evaluarán resultados, a través de indicadores cuantitativos/cualitativos, incorporando las opiniones de los grupos de interés, con énfasis en pacientes y sus familias y profesionales sanitarios.

⁹ Australian Agency for International Development, 2008

Para sistematizar la información se trabaja con una batería de indicadores, su selección y niveles de desagregación, varían en función de la disponibilidad de los sistemas de información, fuentes de datos, recursos, necesidades y prioridades específicas, aunque se incorporará la desagregación por sexo y provincia de toda la información posible, como uno de los aspectos de especial importancia en la evaluación de planes integrales¹⁰.

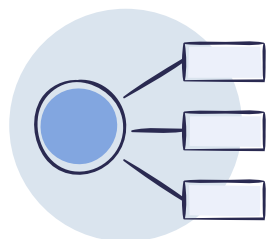
El sistema de indicadores se compone de:

1. Indicadores de resultado



Que se corresponden con los objetivos que componen el Plan y miden los efectos en el medio y largo plazo, producidos por su implantación en los destinatarios directos o la población objetivo de este Plan. Es importante incidir en que, aunque estos indicadores son la base para medir los resultados de este Plan Integral, no serán los únicos; se complementarán con técnicas que recojan también aspectos cualitativos ligados a él.

2. Indicadores de realización o proceso



que apuntan al progreso en la ejecución de las medidas de actuación previstas.

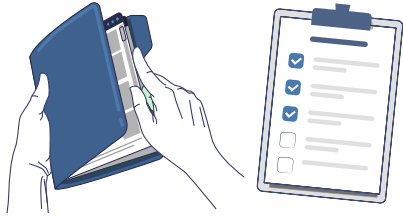
Las **funciones principales** a realizar en el proceso de seguimiento y evaluación del Plan Integral de Cefaleas de Andalucía son:

- 1 Establecer la **calendarización periódica** de las actuaciones previstas en el Plan y vinculadas a cada una de las Líneas Estratégicas.



¹⁰ Metodología de elaboración y seguimiento de planes integrales de salud / [autores, Amo Alfonso, Mercedes, Rodríguez Rodríguez, Manuel]. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2010]

2 Realizar una **memoria de seguimiento** en base a la calendarización acordada.



3 Definir y actualizar un **Cuadro de Mando del Plan**.

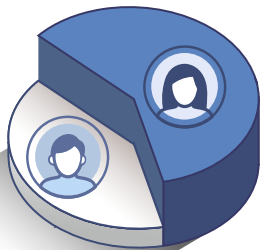
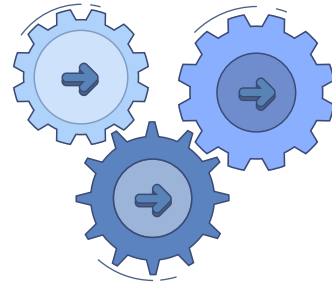


4 Realizar un **informe de evaluación y seguimiento** periódico del Plan.



5 **Recopilar, tratar y analizar** la información relativa al **sistema de indicadores** que se haya seleccionado para el Plan.

6 **Proponer y coordinar** las modificaciones y mejoras de los **planteamientos y actuaciones** a desarrollar en el marco temporal.



7 Proporcionar información que **visibilice la brecha de género** en el **diagnóstico y tratamiento** y en el **impacto** que genera esta patología en términos de discapacidad en la mujer en edad fértil.

El **cuadro de mando integral (CMI)** se utiliza como herramienta de gestión para el seguimiento y detección de las desviaciones; está compuesto por una selección de indicadores clave, tanto de proceso como de resultado, que servirán para monitorizar el grado de avance del Plan. Para la selección de estos indicadores se ha desarrollado una matriz de evaluación basada en preguntas de evaluación, y ligadas a cada una de las Líneas Estratégicas definidas para el Plan.

LE 1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Pregunta de evaluación	Indicador	Fuente de información	Responsables	Periodicidad en la evaluación
¿Ha facilitado el Plan la puesta en marcha y difusión de aulas para cefaleas de la Escuela de Pacientes de Andalucía?	■ Puesta en marcha de aula específica de cefaleas en la Escuela de Pacientes de Andalucía.	Equipo Escuela de Pacientes de Andalucía de la EASP	Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo	Anual
	■ Número de actividades de difusión de la existencia del Aula de cefaleas de la Escuela de Pacientes de Andalucía.	Unidad de Comunicación y Marketing de la EASP	Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo	Anual
¿Se ha diseñado y distribuido material de educación terapéutica sobre autocuidados de la migraña/cefalea en los centros de salud?	■ Número de Distritos y AGS a los que se ha enviado el material sobre autocuidados de la migraña/cefalea.	Subdirección de Gestión Sanitaria	Dirección General de Asistencia Sanitaria del SAS	A demanda
	■ Número y tipo de recursos formativos a disposición de asociaciones, ayuntamientos y otras entidades, generados por el Aula de Cefaleas de la Escuela de Pacientes de Andalucía.	Equipo EPA de la EASP	Dirección de la EASP	Anual

LE 2. ATENCIÓN SANITARIA INTEGRAL

Pregunta de evaluación	Indicador	Fuente de información	Responsables	Periodicidad en la evaluación
¿Ha logrado el Plan unificar criterios de atención, diagnóstico, derivación, tratamiento, solicitud de pruebas complementarias y seguimiento de personas con cefalea (en distintos ámbitos de la atención)?	<ul style="list-style-type: none"> Actualización del PAI de cefaleas. 	Servicio de Calidad y Procesos de la Consejería de Salud y Consumo	Secretaría General de Salud Pública e I+D+I en Salud	Anual
¿Se ha logrado la implementación del PAI de Cefaleas?	<ul style="list-style-type: none"> Número de centros sanitarios con implantación del PAI de Cefaleas. 	Servicio de Calidad y Procesos de la Consejería de Salud y Consumo	Secretaría General de Salud Pública e I+D+I en Salud	Anual
¿Ha logrado el Plan la creación de nuevas Unidades de Cefaleas o, en su defecto, de una consulta monográfica de cefaleas en los Hospitales que dispongan de Servicio de Neurología?	<ul style="list-style-type: none"> Número de hospitales que disponen de unidades de cefaleas o, en su defecto, de consultas monográficas de cefaleas en los Hospitales que dispongan de Servicio de Neurología. 	Subdirección de Gestión Sanitaria	Dirección General de Asistencia Sanitaria	Anual
¿Existen mejoras en la gestión de la prescripción farmacológica de las personas con cefalea a propósito del Plan?	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de pacientes con migraña que tienen prescritos medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) sobre el total de pacientes atendidos diagnosticados de migraña. 	Subdirección de Farmacia y Prestaciones del SAS	SAS	Semestral
	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de pacientes con migraña que tienen prescritos Triptanes sobre el total de pacientes atendidos diagnosticados de migraña. 			
	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de pacientes con migraña que tienen prescritos nuevos tratamientos para las cefaleas (monoclonales) sobre el total de pacientes atendidos diagnosticados de migraña. 			
	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de pacientes con migraña que tienen prescritos fármacos preventivos sobre el total de pacientes atendidos diagnosticados de migraña. 			
¿Ha mejorado la calidad de vida relacionada con la salud de las personas con cefalea?	<ul style="list-style-type: none"> Puntuación media en la escala de impacto HIT6 en los pacientes con cefaleas a final de año frente al inicio del año. 	Sistemas de información del SAS	SAS	Anual
¿El Plan ha sido efectivo en la reducción de la discapacidad por cefalea y la mejora de la calidad de vida de quienes la padecen?	<ul style="list-style-type: none"> Frecuentación en urgencias. 	Base Poblacional de Salud	Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la información	Anual
	<ul style="list-style-type: none"> Número de IT por cefaleas. 			

LE 3. FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

Pregunta de evaluación	Indicador	Fuente de información	Responsables	Periodicidad en la evaluación
¿Se han desarrollado actividades formativas dirigidas a profesionales de AP, AH y en periodo de formación, para el adecuado diagnóstico y terapéutico de las cefaleas?	■ Número de actividades formativas dirigidas a profesionales facultativos de AP y AH, para el correcto abordaje diagnóstico y terapéutico de las cefaleas.	Subdirección de Formación y Desarrollo Profesional del SAS	SAS	Anual
	■ Número de actividades formativas dirigidas profesionales en formación EIR, para el correcto abordaje diagnóstico y terapéutico de las cefaleas.	Subdirección de Formación y Desarrollo Profesional del SAS	SAS	Anual
¿Se han designado referentes que sean responsables de formación en cefaleas?	■ Número de referentes, designados por provincias, responsables de la formación en cefaleas para los/as profesionales de AP.	Subdirección de Formación y Desarrollo Profesional del SAS.	SAS	Anual
	■ Número de referentes, designados por provincias, responsables de la formación en cefaleas para los/as profesionales de Urgencias de AP/AH.	Subdirección de Formación y Desarrollo Profesional del SAS.	SAS	Anual
¿Se ha celebrado una jornada anual de carácter multidisciplinar dirigida a los profesionales implicados en el abordaje de las cefaleas?	■ Celebración de una jornada anual, de carácter multidisciplinar y con la participación los distintos profesionales y niveles asistenciales.	Entidad proveedora de la formación (EASP, IAVANTE)	Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo	Anual
	■ Número de asistentes participantes de la jornada de cefaleas, por disciplina y provincia.	Entidad proveedora de la formación (EASP, IAVANTE)	Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo	Anual

LE 4. COMUNICACIÓN

Pregunta de evaluación	Indicador	Fuente de información	Responsables	Periodicidad en la evaluación
¿Se ha difundido el Plan Integral de Cefaleas entre profesionales mediante distintas acciones de comunicación?	<ul style="list-style-type: none"> Número de acciones de comunicación sobre el Plan Integral de Cefaleas, según tipo de canal (digital, formato físico) y ámbito (Direcciones de Hospitales y Distritos de Atención Primaria). 	Servicio de Estrategias y Planes de Salud	Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo	Anual
	<ul style="list-style-type: none"> Número de descargas de las versiones digitales de material publicado sobre el Plan Integral de Cefaleas material. 	Servicio de Estrategias y Planes de Salud	Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo	Anual
¿Se ha difundido el Plan Integral de Cefaleas a la ciudadanía mediante distintas acciones de comunicación?	<ul style="list-style-type: none"> Número de iniciativas y campañas informativas puestas en marcha para la sensibilización de la sociedad andaluza. 	Servicio de Estrategias y Planes de Salud	Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo	Anual
	<ul style="list-style-type: none"> Número de personas suscritas a las redes sociales de la EPA de Andalucía. 	Unidad de Comunicación y Marketing de la EASP	EASP	Anual
	<ul style="list-style-type: none"> Número de visitas a la página Web de la EPA, Aula de Cefaleas. 	Unidad de Comunicación y Marketing de la EASP	EASP	Anual

LE 5. INFORMACIÓN SANITARIA

Pregunta de evaluación	Indicador	Fuente de información	Responsables	Periodicidad en la evaluación
¿Existen mejoras evidenciables en los sistemas de registro relacionados con la atención a personas con cefalea tras la implementación del Plan?	<ul style="list-style-type: none"> Codificación del diagnóstico en los sistemas de información. 	CMDB	Servicio de Coordinación de Sistemas de información del SAS	Anual
	<ul style="list-style-type: none"> Creación de un gestor de informes. 	DIRAYA	Subdirección TIC SAS	Anual
	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad de la información registrada en Historia Clínica/gestor de informes para profesionales sanitarios (AP/AH). 	DIRAYA	Subdirección TIC SAS	Anual
¿Se dispone de un análisis epidemiológico de las cefaleas en Andalucía actualizado a partir de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS)?	<ul style="list-style-type: none"> Actualización del estudio de análisis epidemiológico de las cefaleas a partir de la EAS. 	Servicio de Estrategias y Planes de Salud	Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo	Anual

LE 6. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN

Pregunta de evaluación	Indicador	Fuente de información	Responsables	Periodicidad en la evaluación
¿Ha fomentado el Plan la investigación de excelencia en cefaleas, de forma conjunta con la Estrategia de Investigación e Innovación de Andalucía?	■ Número de responsables o coordinadores/as de investigación designados en las distintas unidades-consultas de cefaleas (por provincias).	Servicio de Investigación	Secretaría General de Salud Pública I+D+I en Salud de la Consejería de Salud y Consumo	Anual
	■ Número de publicaciones en revistas de primer cuartil /indexadas en Journal Citation Reports (JCR).	Servicio de Investigación	Secretaría General de Salud Pública I+D+I en Salud de la Consejería de Salud y Consumo	Anual
	■ Número de proyectos financiados en convocatorias competitivas presentados por Unidades-Consultas de Cefaleas en el SSPA.	Servicio de Investigación	Secretaría General de Salud Pública I+D+I en Salud de la Consejería de Salud y Consumo	Anual
¿Ha apoyado el Plan la realización de proyectos de investigación en cefaleas, ensayos clínicos y difusión de resultados?	■ Número de profesionales de Neurología formados en "metodología de la investigación y escritura científica y presentación de proyectos a convocatorias competitivas".	Servicio de Investigación	Secretaría General de Salud Pública I+D+I en Salud de la Consejería de Salud y Consumo	Anual
	■ Número de jornadas o encuentros científicos celebrados relacionadas con la investigación de las cefaleas en Andalucía.	Servicio de Estrategias y Planes de Salud	Secretaría General de Salud Pública I+D+I en Salud de la Consejería de Salud y Consumo	Anual
	■ Número de publicaciones de resultados de proyectos y ensayos clínicos en cefaleas.	Servicio de Investigación	Secretaría General de Salud Pública I+D+I en Salud de la Consejería de Salud y Consumo	Anual
	■ Número de estudios multicéntricos en los que participan unidades de cefaleas.	Servicio de Investigación	Secretaría General de Salud Pública I+D+I en Salud de la Consejería de Salud y Consumo	Anual

LE 7. PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Pregunta de evaluación	Indicador	Fuente de información	Responsables	Periodicidad en la evaluación
¿El Plan ha sido efectivo en la incorporación de la participación de personas con cefalea y asociaciones?	<ul style="list-style-type: none"> Número de campañas de información y sensibilización sobre la enfermedad con participación de asociaciones de pacientes o personas con cefalea. 	Servicio de atención Sociosanitaria de la Consejería de Salud y Consumo	Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo	Anual
	<ul style="list-style-type: none"> Número de actividades de formación de la Escuela de Pacientes de Andalucía que en su diseño cuenta con la participación de asociaciones de pacientes. 	Escuela de Pacientes de Andalucía	Unidad de Comunicación EASP	Anual



Con el propósito de velar porque **la información se difunda de forma adecuada y oportuna** y sirva para tomar decisiones informadas, con datos actualizados y para la rendición de cuentas, se contempla la **comunicación de los resultados y seguimiento en base a los grupos de interés**, priorizado las necesidades de información de los distintos colectivos (decisores políticos, gestores, profesionales y personas con cefalea y sus familias, ciudadanía) identificando los canales más adecuados.



ANEXOS

ANEXOS: ACTIVIDAD INVESTIGADORA EN CEFALEAS EN ANDALUCÍA

Anexo 1. Ensayos clínicos comerciales sobre cefaleas en Andalucía. Secretaría general de Salud Pública e I+D+I en Salud (2017-2022)

Título	Año inicio	Estado	Ámbito	Centro y provincia	UGC	Promotor	Fase
A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Parallel-Group, Placebo-Controlled Study with an Open-Label Period to Evaluate the Efficacy and Safety of Fremanezumab for the Prophylactic Treatment of Migraine in Patients with Inadequate Response to Prior Preventive Treatments.	2017	Finalizado sin cerrar proyecto	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología	Teva pharma - productos farmacêuticos Ida	III
Estudio multicéntrico, aleatorizado, de doble enmascaramiento, con doble placebo, controlado con placebo y de grupos paralelos que compara la eficacia y la seguridad con pautas de 2 dosis (intravenosa/subcutánea y subcutánea) de la administración de TEV-48125 frente a placebo para la prevención de la cefalea en racimos episódica.	2017	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología	Teva branded pharmaceutical products r&d inc	III
Estudio multicéntrico, de doble enmascaramiento y doble simulación para explorar la seguridad a largo plazo de TEV-48125 en la prevención de la cefalea en racimos.	2017	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología	Teva branded pharmaceutical products r&d inc	III

Título	Año inicio	Estado	Ámbito	Centro y provincia	UGC	Promotor	Fase
Estudio controlado y aleatorizado lasmditan durante cuatro episodios de migrañas.	2019	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología	Lilly, s.a.u.	III
Estudio de fase 4 aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo y de grupos paralelos para evaluar la eficacia y seguridad de erenumab en adultos con migraña crónica y cefalea por abuso de medicación.	2019	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	Amgen inc.	IV
Estudio intervencional prospectivo, aleatorizado, multicéntrico internacional, controlado con tratamiento activo y de 12 meses de duración, en el que se compara el beneficio mantenido de dos paradigmas de tratamiento (erenumab en administración mensual frente a tratamiento profiláctico por vía oral) en pacientes adultos con migraña episódica.	2019	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología	Novartis farmaceutica, s.a.	IV
Estudio multicéntrico, prospectivo, fase IIIb, abierto, de 12 meses de tratamiento para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con migraña crónica o episódica de alta frecuencia tratados con erenumab que presentan comorbilidades asociadas.	2019	Cancelado	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	Novartis farmaceutica, s.a.	IV

Título	Año inicio	Estado	Ámbito	Centro y provincia	UGC	Promotor	Fase
A Multicenter, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Parallel-Group Study Followed by an Open-Label Extension to Evaluate the Efficacy and Safety of Fremanezumab for Preventive Treatment of Migraine in Patients with Major Depressive Disorder.	2020	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	Teva branded pharmaceutical products r&d inc	IV
Estudio de fase III multicéntrico, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo y de grupos paralelos para evaluar la eficacia, seguridad y tolerabilidad de Atogepant en la prevención de la migraña crónica (Progress).	2020	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología	Allergan pharmaceutical international ltd.	III
Estudio en Fase 3, de 12 meses de tratamiento abierto con Lasmiditan en pacientes pediátricos con migraña - PIONEER-PEDS2.	2020	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	Lilly, s.a.u.	III
Estudio intervencionista, aleatorizado, doble ciego, de grupos paralelos y controlado con placebo con un período de extensión para evaluar la eficacia y la seguridad del eptinezumab para la prevención de la migraña en pacientes con tratamientos preventivos previos sin éxito.	2020	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	H. LUNDBECK A/S	III

Título	Año inicio	Estado	Ámbito	Centro y provincia	UGC	Promotor	Fase
Evaluación global de la eficacia de erenumab en sujetos con migraña episódica de alta frecuencia con antecedentes de al menos 1 fracaso previo del tratamiento preventivo: estudio global de fase 4 doble ciego y controlado con placebo.	2020	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	AMGEN SA	IV
Pediatric Options for Migraine Relief: A randomized, double-blind, placebo-controlled study of lasmiditan for acute treatment of migraine: PIONEER-PEDS1 Study.	2020	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	LILLY, S.A.U.	III
Estudio aleatorizado, con enmascaramiento doble y comparativo con un placebo, en el que se evalúa galcanezumab en pacientes adolescentes de entre 12 y 17 años con migraña crónica - Estudio REBUILD-2.	2021	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	LILLY, S.A.U.	III
Estudio aleatorizado, con enmascaramiento doble y comparativo con un placebo, en el que se evalúa galcanezumab en pacientes adolescentes de entre 6 y 17 años con migraña episódica - Estudio REBUILD-1.	2021	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	LILLY, S.A.U.	III

Título	Año inicio	Estado	Ámbito	Centro y provincia	UGC	Promotor	Fase
Estudio de extensión de 52 semanas de fase III, multicéntrico y abierto para evaluar la seguridad y la tolerabilidad a largo plazo de atogepant por vía oral para la prevención de la migraña en participantes con migraña crónica u ocasional.	2021	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	ALLERGAN LIMITED	III
Estudio observacional en pacientes con migraña tratados con galcanezumab en la práctica clínica habitual en España (Estudio Orygam)*.	2021	Activo	Nacional	Hospital Regional Virgen Macarena. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	LILLY, S.A.U.	SP
Interventional, randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled delayed-start study to evaluate the efficacy and safety of eptinezumab in patients with episodic Cluster Headache.	2021	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	H. LUNDBECK A/S	III
Phase 3, multicenter, open-label study to assess the long-term safety and tolerability of rimegepant for the acute treatment of migraine (with or without aura) in children and adolescents = 6 to < 18 years of age.	2021	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	BIOHAVEN PHARMACEUTICALS, INC.	III
Phase 3, multicenter, randomized, double-blind, group sequential, placebo-controlled study to assess efficacy and safety of rimegepant for the treatment of migraine (with or without aura) in children and adolescents = 6 to <18 years of age.	2021	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	BIOHAVEN PHARMACEUTICALS, INC.	III

Título	Año inicio	Estado	Ámbito	Centro y provincia	UGC	Promotor	Fase
Estudio intervencionista, aleatorizado, doble ciego, de grupos paralelos y controlado con placebo para evaluar la eficacia y la seguridad de eptinezumab para el tratamiento preventivo de la migraña.	2021	Activo	Internacional	Hospital Reina Sofía. Córdoba Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla Hospital Regional Virgen Macarena. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	H. LUNDBECK A/S	III
Estudio de extensión a largo plazo, abierto (con enmascaramiento de la dosis), de eptinezumab en niños y adolescentes con migraña crónica o episódica.	2022	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	H. LUNDBECK A/S	III
Estudio de intervención, abierto, de administración múltiple en dosis fijas, para evaluar el tratamiento a largo plazo con eptinezumab en pacientes con cefalea en brotes crónica.	2022	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	H. LUNDBECK A/S	III
Estudio intervencionista, aleatorizado, doble ciego, de grupos paralelos y controlado con placebo para evaluar la eficacia y la seguridad de eptinezumab IV en adolescentes (12-17 años) para el tratamiento preventivo de la migraña crónica.	2022	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	H. LUNDBECK A/S	III
Estudio intervencionista, aleatorizado, doble ciego, de grupos paralelos y controlado con placebo, de tratamiento con eptinezumab añadido a una breve intervención educativa para el tratamiento preventivo de las migrañas en pacientes con un doble diagnóstico de migraña y cefalea por abuso de medicamentos.	2022	Activo	Internacional	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	H. LUNDBECK A/S	III

Anexo 2. Proyectos de investigación sobre cefaleas activos en Andalucía. Secretaría general de Salud Pública e I+D+I en Salud (2020-2022)

Título	Estado	Ámbito	Centro y provincia	UGC	Promotor
Pro inflammatory cytokines and epigenetic signature to improve molecular diagnosis and personalized medicine in patients with episodic vertigo and migraine (EPIVERT).	2020	REGIONAL	Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada	Otorrinolaringología	CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO
Cytokines profiling and Multi-omic integrated analysis to re-define clinical phenotypes in Patients With Meniere's disease, Migraine And Vestibular Migraine (Cytomic-Phen).	2021	NACIONAL	Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada	Otorrinolaringología	INSTITUTO DE SALUD CARLOS III
LA IMPULSIVIDAD EN LA CEFALEA EN RACIMOS. Ampliando conocimientos desde el espectro clínico a la fisiopatología.	2022	REGIONAL	Hospital Regional Virgen del Rocío. Sevilla	Neurología y Neurofisiología	FUNDACION PUBLICA ANDALUZA PROGRESO Y SALUD

Anexo 3. Publicaciones sobre cefaleas en Andalucía. Secretaría general de Salud Pública e I+D+I en Salud (2018-2021).

Título	Autores	Año	Revista	Provincia	Centro	Factor de impacto	Cuartil	Decil
Sudden headache, lumbar puncture, and the diagnosis of subarachnoid hemorrhage in patients with a normal computed tomography scans	Alonso, JV; del Pozo, FJF; Alvarez, MV; Carillo, JJD; Llamas, JC; Montes, H	2018	EMERGENCIAS	CÓRDOBA	IMIBIC	3,35	1	2
				JAÉN	A. G. S. Norte de Jaén			
				CÓRDOBA	A. G. S. Norte de Córdoba			
				CÓRDOBA	Distrito Guadalquivir			
OnabotulinumtoxinA in chronic migraine: predictors of response. A prospective multicentre descriptive study	Dominguez, C; Pozo-Rosich, P; Torres-Ferrus, M; Hernandez-Beltran, N; Jurado-Cobo, C; Gonzalez-Oria, C; Santos, S; Monzon, MJ; Latorre, G; Alvaro, LC; Gago, A; Gallego, M; Medrano, V; Huerta, M; Garcia-Alhama, J; Belvis, R; Leira, Y; Leira, R	2018	EUR J NEUROL	CÓRDOBA	A.H. Reina Sofía	4,387	1	2
				SEVILLA	A.H. Virgen del Rocío			
Clinical Features, Familial History, and Migraine Precursors in Patients With Definite Vestibular Migraine: The VM-Phenotypes Projects	Teggi, R; Colombo, B; Albera, R; Libonati, GA; Balzanelli, C; Caletrio, AB; Casani, A; Espinoza-Sanchez, JM; Gamba, P; Lopez-Escamez, JA; Lucisano, S; Mandala, M; Neri, G; Nuti, D; Pecci, R; Russo, A; Martin-Sanz, E; Sanz, R; Tedeschi, G; Torelli, P; Vannucchi, P; Comi, G; Bussi, M	2018	HEADACHE	GRANADA	GENYO	3,749	2	3
				JAÉN	A. G. S. Norte de Jaén			
				GRANADA	H Virgen de las Nieves			

Título	Autores	Año	Revista	Provincia	Centro	Factor de impacto	Cuartil	Decil
Patterns of anaesthetic pericranial nerve block in headache patients.	Lasaosa, SS; Veiga, AG; Peral, ALG; Romero, JV; Pozo-Rosich, P	2018	NEUROLOGIA	SEVILLA	A.H. Virgen Macarena	2,038	3	7
Are neurology residents interested in headache?	Gago-Veiga, AB; Santos-Lasaosa, S; Romero, JV; Pozo-Rosich, P	2018	NEUROLOGIA	SEVILLA	A.H. Virgen Macarena	2,038	3	7
Clinical Features of Headache in Patients With Diagnosis of Definite Vestibular Migraine: The VM-Phenotypes Projects.	Teggi, R; Colombo, B; Albera, R; Libonati, GA; Balzanelli, C; Caletrio, AB; Casani, AP; Espinosa-Sanchez, JM; Gamba, P; Lopez-Escamez, JA; Lucisano, S; Mandala, M; Neri, G; Nuti, D; Pecci, R; Russo, A; Martin-Sanz, E; Sanz, R; Tedeschi, G; Torelli, P; Vannucchi, P; Comi, G; Bussi, M	2018	FRONT NEUROL	GRANADA	Ibs.Granada	2,635	3	6
				GRANADA	H Virgen de las Nieves			
				GRANADA	GENYO			
Differential Proinflammatory Signature in Vestibular Migraine and Meniere Disease.	Flook, M; Frejo, L; Gallego-Martinez, A; Martin-Sanz, E; Rossi-Izquierdo, M; Amor-Dorado, JC; Soto-Varela, A; Santos-Perez, S; Batuecas-Caletrio, A; Espinosa-Sanchez, JM; Perez-Carpena, P; Martinez-Martinez, M; Aran, I; Lopez-Escamez, JA	2019	FRONT IMMUNOL	GRANADA	Hospital Universitario Clinico San Cecilio	4,716	2	3
				GRANADA	H Campus de la Salud			
				GRANADA	H Virgen de las Nieves			
				GRANADA	GENYO			
				GRANADA	Ibs.Granada			

Título	Autores	Año	Revista	Provincia	Centro	Factor de impacto	Cuartil	Decil
Self-reported periodontitis and migraine: results from a multicenter, cross-sectional survey in Spain.	Leira, Y; Pozo-Rosich, P; Torres-Ferrus, M; Orlandi, M; Lainez, JM; Alvaro, LC; Monzon, MJ; Guerrero, A; Garcia-Azorin, D; Belvis, R; Gonzalez-Oria, C; Gago-Veiga, AB; Latorre, G; Santos, S; Cuadrado, ML; Blanco, J; Leira, R; DAiuto, F	2019	ODONTOLOGY	SEVILLA	A.H. Virgen del Rocío	1,813	2	4
Evidence and experience with onabotulinumtoxinA in chronic migraine: Recommendations for daily clinical practice.	Gago-Veiga, AB; Santos-Lasaosa, S; Cuadrado, ML; Guerrero, AL; Irimia, P; Lainez, JM; Leira, R; Pascual, J; del Rio, MS; Viguera, J; Pozo-Rosich, P	2019	NEUROLOGIA	SEVILLA	A.H. Virgen Macarena	2,038	3	7
Real world preventative drug management of migraine among Spanish neurologists.	Garcia-Azorin, D; Santos-Lasaosa, S; Gago-Veiga, AB; Romero, JV; Guerrero-Peral, AL	2019	J HEADACHE PAIN	SEVILLA	A.H. Virgen del Rocío	3,918	1	3
				SEVILLA	A.H. Virgen Macarena			
Analysis of the effectiveness of the prophylaxis of vestibular migraine depending on the diagnostic category and the prescribed drug.	Dominguez-Duran, E; Montilla-Ibanez, MA; de Sande, MGAM; Domenech-Vadillo, E; Becares-Martinez, C; Gonzalez-Aguado, R; Guerra-Jimenez, G	2020	EUR ARCH OTO-RHINO-L	CÁDIZ	A.H. Puerta del Mar	1,809	2	5
				JAÉN	A.Complejo Hospitalario de Jaén			

Título	Autores	Año	Revista	Provincia	Centro	Factor de impacto	Cuartil	Decil
Subjective benign paroxysmal positional vertigo in patients with osteoporosis or migraine.	Gonzalez-Aguado, R; Domenech-Vadillo, E; de Sande, MGAM; Guerra-Jimenez, G; Dominguez-Duran, E	2020	BRAZ J OTORHINOLAR	CÁDIZ	A.H. Puerta del Mar	1,405	3	7
What is the minimal important difference of pain intensity, mandibular function, and headache impact in patients with temporomandibular disorders? Clinical significance analysis of a randomized controlled trial.	Calixtre, LB; Oliveira, AB; Albuquerque-Sendin, F; Armijo-Olivo, S	2020	MUSCULOSKEL SCI PRAC	CÓRDOBA	IMIBIC	1,911	2	3
Relationship between headaches and tinnitus in a Swedish study.	Lugo, A; Edvall, NK; Lazar, A; Mehraei, G; Lopez-Escamez, JA; Bulla, J; Uhlen, I; Canlon, B; Gallus, S; Cederroth, CR	2020	SCI REP-UK	GRANADA	GENYO	3,998	1	3
				GRANADA	Hospital Virgen de las Nieves			
				GRANADA	Ibs.Granada			
How and when to refer patients diagnosed with primary headache and craniofacial neuralgia in the Emergency department or Primary Care: Recommendations of the Spanish Society of Neurologys Headache Study Group.	Gago-Veiga, AB; Garcia-Azorin, D; Mas-Sala, N; Ordas, CM; Ruiz-Pinero, M; Torres-Ferrus, M; Santos-Lasaosa, S; Romero, JV; Pozo-Rosich, P	2020	NEUROLOGIA	SEVILLA	A.H. Virgen Macarena	2,283	3	7

Título	Autores	Año	Revista	Provincia	Centro	Factor de impacto	Cuartil	Decil
Standard headache and neuralgia treatments and SARS-CoV-2: opinion of the Spanish Society of Neurologys Headache Study Group.	Morollon, N; Belvis, R; De Dios, A; Pages, N; Gonzalez-Oria, C; Latorre, G; Santos-Lasaosa, S	2020	NEUROLOGIA	SEVILLA	A.H. Virgen del Rocío	2,283	3	7
Evidence of and experience with the use of onabotulinumtoxinA in trigeminal neuralgia and primary headaches other than chronic migraine.	Santos-Lasaosa, S; Cuadrado, ML; Gago-Veiga, AB; Guerrero-Peral, AL; Irimia, P; Lainez, JM; Leira, R; Pascual, J; Porta-Etessam, J; del Rio, MS; Romero, JV; Pozo-Rosich, P	2020	NEUROLOGIA	SEVILLA	A.H. Virgen Macarena	2,283	3	7
				SEVILLA	A.H. Virgen del Rocío			
Impact of the COVID-19 pandemic on headache management in Spain: an analysis of the current situation and future perspectives.	Lopez-Bravo, A; Garcia-Azorin, D; Belvis, R; Gonzalez-Oria, C; Latorre, G; Santos-Lasaosa, S; Guerrero-Peral, AL	2020	NEUROLOGIA	SEVILLA	A.H. Virgen del Rocío	2,283	3	7
How and when to refer patients diagnosed with secondary headache and other craniofacial pain in the Emergency Department and Primary Care: Recommendations of the Spanish Society of Neurologys Headache Study Group.	Gago-Veiga, AB; de Teran, JD; Gonzalez-Garcia, N; Gonzalez-Oria, C; Gonzalez-Quintanilla, V; Minguez-Olaondo, A; Santos-Lasaosa, S; Romero, JV; Pozo-Rosich, P	2020	NEUROLOGIA	SEVILLA	A.H. Virgen Macarena	2,283	3	7

Título	Autores	Año	Revista	Provincia	Centro	Factor de impacto	Cuartil	Decil
Evaluation of the concomitant use of oral preventive treatments and onabotulinumtoxinA in chronic migraine: the PREVENBOX study.	Alpuente, A; Gallardo, VJ; Torres-Ferrus, M; Santos-Lasaosa, S; Guerrero, AL; Lainez, JM; Viguera, J; Gago-Veiga, A; Irimia, P; del Rio, MS; Pozo-Rosich, P	2020	EUR J NEUROL	SEVILLA	A.H. Virgen del Rocío	4,516	1	2
				SEVILLA	A.H. Virgen Macarena			
Proposal of a clinical care pathway for quality and safe management of headache patients: a consensus study report.	Pascual, J; Pozo-Rosich, P; Carrillo, I; Rodriguez-Justo, S; Jimenez-Hernandez, D; Layos-Romero, A; Bailon-Santamaria, C; Torres, A; Martinez-Garcia, A; Ignacio, E; Mira, JJ	2020	BMJ OPEN	SEVILLA	A.H. Virgen del Rocío	2,496	2	4
				SEVILLA	ACSA			
Specialised headache units, a feasible alternative in Spain.	Pozo-Rosich, P; Martin-Delgado, J; Layos-Romero, A; Pascual, J; Bailon, C; Peral, ALG; Ignacio, E; Torres, A; Mira, JJ	2020	REV NEUROLOGIA	SEVILLA	ACSA	0,562	4	10
Low-value care practice in headache: a Spanish mixed methods research study.	Pozo-Rosich, P; Layos-Romero, A; Martin-Delgado, J; Pascual, J; Bailon, C; Tentor, A; Santiago, A; Ignacio, E; Torres, A; Mira, JJ	2020	J HEADACHE PAIN	SEVILLA	ACSA	4,797	1	2
Exploring the frontiers of vestibular migraine: A case series.	Dominguez-Duran, E; Domenech-Vadillo, E; Becares-Martinez, C; Montilla-Ibanez, MA; de Sande, MGAM; Gonzalez-Aguado, R; Guerra-Jimenez, G	2021	J VESTIBUL RES-EQUIL	CÁDIZ	A.H. Puerta del Mar	2,435	2	5
				JAÉN	A.Complejo Hospitalario de Jaén			

Título	Autores	Año	Revista	Provincia	Centro	Factor de impacto	Cuartil	Decil
Document of revision and updating of medication overuse headache (MOH).	Gonzalez-Oria, C; Belvis, R; Cuadrado, ML; Díaz-Insa, S; Guerrero-Peral, AL; Huerta, M; Irimia, P; Lainez, JM; Latorre, G; Leira, R; Oterino, A; Pascual, J; Porta-Etessam, J; Pozo-Rosich, P; del Rio, MS; Santos-Lasaosa, S	2021	NEUROLOGIA	SEVILLA	A.H. Virgen del Rocío	3,109	3	6
Neuromodulation in headache and craniofacial neuralgia: guidelines from the Spanish Society of Neurology and the Spanish Society of Neurosurgery.	Belvis, R; Irimia, P; Seijo-Fernandez, F; Paz, J; García-March, G; Santos-Lasaosa, S; Latorre, G; Gonzalez-Oria, C; Rodriguez, R; Pozo-Rosich, P; Lainez, JM	2021	NEUROLOGIA	SEVILLA	A.H. Virgen del Rocío	3,109	3	6
MAB-MIG: registry of the spanish neurological society of erenumab for migraine prevention.	Belvis, R; Irimia, P; Pozo-Rosich, P; Gonzalez-Oria, C; Cano, A; Viguera, J; Sanchez, B; Molina, F; Beltran, I; Oterino, A; Cuadrado, E; Gomez-Camello, A; Alberte-Woodward, M; Jurado, C; Oms, T; Ezpeleta, D; de Teran, JD; Morollon, N; Latorre, G; Torres-Ferrus, M; Alpuente, A; Lamas, R; Toledano, C; Leira, R; Santos, S; del Rio, MS	2021	J HEADACHE PAIN	CÓRDOBA	A.H. Reina Sofía	7,277	1	1
				GRANADA	Hospital Universitario Clinico San Cecilio			
				SEVILLA	A.H. Virgen del Rocío			
				SEVILLA	A.H. Virgen Macarena			
				GRANADA	H Campus de la Salud			

Título	Autores	Año	Revista	Provincia	Centro	Factor de impacto	Cuartil	Decil
Recurrent Vestibular Symptoms Not Otherwise Specified: Clinical Characteristics Compared With Vestibular Migraine and Menieres Disease.	Dlugaiczky, J; Lempert, T; Lopez-Escamez, JA; Teggi, R; von Brevern, M; Bisdorff, A	2021	FRONT NEUROL	GRANADA	GENYO	4,003	2	4
Do we need to reconsider the classification of vestibular migraine?	Perez-Carpena, P; Lopez-Escamez, JA	2021	EXPERT REV NEUROETHER	GRANADA	H Virgen de las Nieves	4,618	2	3
				GRANADA	GENYO			
				GRANADA	ibs.GRANADA			
1st Post-European Headache Federation Meeting: a review of the latest developments presented at the 2020 European Headache Federation Congress.	Lainez, JM; Ashina, M; Belvis, R; Diaz-Insa, S; Ezpeleta, D; Garcia-Azorin, D; Gonzalez-Oria, C; Guerrero, AL; Guillem, A; Holle-Lee, D; Huerta-Villanueva, M; Irimia, P; Leira, R; Pascual, J; Porta-Etessam, J; Pozo-Rosich, P; Rodriguez-Vico, J; del Rio, MS; Santos-Lasaosa, S; Silberstein, S	2021	REV NEUROLOGIA	SEVILLA	A.H. Virgen del Rocío	0,87	4	10

BIBLIOGRAFÍA

1. Headache Classification Committee of the International Headache Society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018 Jan; 38(1):1-211.
2. González Oria C, Jurado C, Viguera J, editores. Guía oficial de Cefaleas 2019. Grupo de estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología. Madrid: Medea; 2019.
3. Santos S, Pozo-Rosich P. Manual de Práctica clínica en cefaleas. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2020. Madrid: Luzan5; 2020.
4. GBD 2016 Headache Collaborators. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2018 Nov;17(11):954–976.
5. Stovner LJ, Andree C. Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *J Headache Pain* [Internet]. agosto de 2010 [citado 24 de octubre de 2022];11(4):289–99.
6. Steiner TJ; World Headache Alliance. Lifting the burden: The global campaign against headache. *Lancet Neurol*. 2004 Apr;3(4):204–5.
7. Beltrán J, Lopez A, Barrero C, Fernandez R, Garcia MG, Llundain A, et al, editores. Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2018.
8. Adams AM, Serrano D, Buse DC, Reed ML, Marske V, Fanning KM, et al. The impact of chronic migraine: The Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study methods and baseline results. *Cephalalgia*. 2015;35:563–78.
9. Buse DC, Scher AI, Dodick DW, Reed ML, Fanning KM, Manack Adams A, et al. Impact of migraine on the family: Perspectives of people with migraine and their spouse/domestic partner in the CaMEO Study. *Mayo Clin Proc*. 2016;91:596–611.

10. Agosti R. Migraine burden of disease: From the patient's experience to a socio-economic view. *Headache*. 2018;58:17-32.
11. González Oria C, Garrido-Cumbrera M, Correa-Fernández. Atlas de Migraña en Andalucía. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2021.
12. Cabrera-León, A. & Sánchez-Cantalejo, C. (2021). Cefaleas: análisis descriptivo de la V Encuesta Andaluza de Salud (EAS2015/16) (ISBN: 978-84-09-46661-0). Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/vigilancia/paginas/encuesta-andaluza-salud.html>
13. Gracia Naya M, Usón-Martín MM. Grupo de estudio de Neurólogos aragoneses. Estudio transversal multicéntrico de las consultas externas de Neurología de la Seguridad Social en Aragón. Resultados globales. *Rev Neurol*. 1997;25:194-9.
14. Láinez JM, Vioque J, Hernández Y, Titus F. Prevalence of migraine in Spain. An assessment of the questionnaire's validity by clinical interview. En: Olesen J, editor. *Headache classification and epidemiology*. New York: Raven Press; 1994. p. 221-5.
15. Bruyn GW. Prevalence and incidence of migraine. En: *Migraine and beta-blockers*. Carroll JD, Pfaffenrath V, Sjaastad O, eds. Uddevalla, Sweden: AB Hässle; 1985. p. 99-109.
16. Headache Classification Committee of the International Headache Society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*. 1988;8(Supp 7):1-96.
17. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation with age, income, race, and other sociodemographic factors. *JAMA*. 1992;267:64-9.
18. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition*. *Cephalalgia*. 2004;24 Suppl 1:9-160.
19. Henry P, Auray JP, Gaudin AF, Dartigues JF, Duru G, Lanteri-Minet M, et al. Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. *Neurology*. 2002;59:232-7.

20. Carod-Artal FJ, Irimia P, Ezpeleta D. Migraña crónica: definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento. *Rev Neurol.* 2012;54(10):629-37.
21. Pozo-Rosich P. Migraña Crónica: epidemiología e impacto. *Rev Neurol.* 2012;54(Supl 2):S3-11.
22. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jorgensen T, Jensen R. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population surveys. *Eur J Epidemiol.* 2005;20:243-9.
23. Matías-Guiu J, Porta-Etessam J, Mateos V, Díaz-Insa S, López-Gil A, Fernández C; Scientific Committee of the PALM Program. One-year prevalence of migraine in Spain: a nationwide population-based survey. *Cephalalgia.* 2011;31:463-70.
24. Rasmussen BK, Olesen J. Symptomatic and non-symptomatic headaches in a general population. *Neurology.* 1992;42:1225-31.
25. Pascual J, Sánchez del Río M, Jiménez MD, Láinez-Andrés JM, Mateos V, Leira R et al. Actitud del neurólogo español frente a la migraña: resultados del proyecto CIEN-mig (I) [Approach of neurologists in Spain to migraine: results of the CIEN-mig project (I)]. *Rev Neurol.* 2010 May 16;50(10):577-83.
26. Aurora SK, Brin MF. Chronic Migraine: An Update on Physiology, Imaging, and the Mechanism of Action of Two Available Pharmacologic Therapies. *Headache.* 2017 Jan;57(1):109-125.
27. Cho SJ, Sohn JH, Bae JS, Chu MK. Fibromyalgia among patients with chronic migraine and chronic tension-type headache: a multicenter prospective cross-sectional study. *Headache.* 2017;57(10):1583-92.
28. Dindo L, Reeber A, Marchman JN, Turvey C, O'Hara MW. One-day behavioral treatment for patients with comorbid depression and migraine: A pilot study. *Behav Res Ther.* 2012 Sep;50(9):537-43.
29. Bigal ME, Lipton RB. What predicts the change from episodic to chronic migraine? *Curr Opin Neurol.* 2009 Jun;22(3):269-76.
30. Buse DC, Silberstein SD, Manack AN, Papapetropoulos S, Lipton RB. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *J Neurol.* 2013 Aug 7;260(8):1960-9.

31. Louter MA, Pijpers JA, Wardenaar KJ, van Zwet EW, van Hemert AM, Zitman FG, et al. Symptom dimensions of affective disorders in migraine patients. *J Psychosom Res.* 2015;79(5):458–63.
32. Peres MFP, Mercante JPP, Tobo PR, Kamei H, Bigal ME. Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research. *J Headache Pain.* 2017 Dec;18(1):37.
33. Terol MC, López-Roig S, Rodríguez-Marín J, Martín-Aragón M, Pastor MA, Reig MT. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en población Española. *Psic y Sal.* 2007 13(2-3):163-176.
34. Cramer JA, Silberstein SD, Winner P. Development and validation of the headache needs assessment (HANA) survey. *Headache.* 2001;41(4):402–9.
35. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
36. Lipton RB, Bigal ME. Migraine: epidemiology, impact, and risk factors for progression. *Headache.* 2005 Apr;45 Suppl 1:S3–S13.
37. Bigal ME, Serrano D, Buse D, Scher A, Stewart WF, Lipton RB. Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: A longitudinal population-based study. *Headache.* 2008;48(8):1157–68.
38. Mateos V, Guerrero-Peral ÁL, García M, Armengol-Bertolín S, Plazas MJ, representación de los investigadores del estudio FACTOR. Precipitating factors of migraine attacks in patients attended in neurology services. The FACTOR study. *Rev Neurol.* 2012 Jun 1;54(11):641–8.
39. Dodick DW, Eross EJ, Parish JM. Clinical, Anatomical, and Physiologic Relationship Between Sleep and Headache. *Headache J Head Face Pain.* 2003 Mar 1;43(3):282–92.
40. Gelaye B, Sacco S, Brown WJ, Nitchie HL, Ornello R, Peterlin BL. Body composition status and the risk of migraine. *Neurology.* 2017 May 9;88(19):1795–804.
41. Panconesi A, Franchini M, Bartolozzi ML, Mugnai S, Guidi L. Alcoholic drinks as triggers in primary headaches. *Pain Med.* 2013 Aug;14(8):1254–9.
42. Bigal ME, Liberman JN, Lipton RB. Obesity and migraine: A population study. *Neurology.* 2006 Feb 28;66(4):545–50.

43. Varkey E, Cider A, Carlsson J, Linde M. Exercise as migraine prophylaxis: a randomized study using relaxation and topiramate as controls. *Cephalalgia*. 2011 Oct;31(14):1428–38.
44. López-Bravo A, Bellosta-Diago E, Vilorio-Alebesque A, Marín-Gracia M, Laguna-Sarriá J, Santos-Lasaosa S. Headache as a reason for consultation: the primary care perspective. *Neurologia (Engl Ed)*. 2018 Jul 30:S0213-4853(18)30183-X.
45. Perez Pereda S, Toriello Suárez M, González Quintanilla V, Pascual J, Oterino A. Necesidad real y consumo de recursos en las unidades de cefaleas: estudio observacional retrospectivo sobre una unidad de cohorte en Cantabria. *Rev Neurol* 2019; 68: 510-516.
46. Olesen J. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, Abstracts. *Cephalalgia*. 2018 Jun;38(1):1–211.
47. Sociedad Española de Neurología. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2015. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas. Madrid: Luzan5; 2015.
48. Sánchez del Río M, Medrano Martínez M, Pozo Rosich P, Ruiz Álvarez L, Torres Ferrús M. Fisiopatología, métodos diagnósticos, criterios de derivación y criterios de hospitalización. En: Santos Lasaosa S, Pozo Rosich P, eds. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones Diagnóstico-Terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2020. Madrid: Luzán 5; 2020. p. 15-44.
49. Mateos V, Porta-Etessam J, Armengol-Bertolin S, Larios C, Garcia M. Abordaje asistencial de la migraña en las consultas de neurología de España: estudio PRIMERA. *Rev Neurol*. 2012 Nov 16;55(10):577-84.
50. Grupo de Estudio de Cefaleas. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones diagnóstico terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología en 2020. Madrid: Luzan3; 2020.
51. Shapiro R. Preventive Treatment of Migraine. *Headache*. 2012 Oct 1;52(2):65–9.
52. Tepper SJ, Dahlof CGH, Dowson A, Newman L, Mansbach H, Jones M, et al. Prevalence and Diagnosis of Migraine in Patients Consulting Their Physician With a Complaint of Headache: Data From the Landmark Study. *Headache J Head Face Pain*. 2004 Oct;44(9):856–64.

53. Bigal ME, Serrano D, Reed M, Lipton RB. Chronic migraine in the population: Burden, diagnosis, and satisfaction with treatment. *Neurology*. 2008;71(8):559–66.
54. Sacco S, Bendtsen L, Ashina M, Reuter U, Terwindt G, Mitsikostas DD, et al. European Headache Federation guideline on the use of monoclonal antibodies acting on the calcitonin gene related peptide or its receptor for migraine prevention. *J Headache Pain*. 2019;20(1):6.
55. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología. Guía Oficial de Cefaleas 2019. Madrid: Medea; 2019.
56. Edvinsson L. The trigeminovascular pathway: role of CGRP and CGRP receptors in migraine. *Headache*. 2017;57(Suppl2):47–55.
57. Lenssinck MB, Damen L, Verhagen AP, Berger MY, Passchier J, Koes BW. The effectiveness of physiotherapy and manipulation in patients with tension-type headache: a systematic review. *Pain*. 2004 Dec;112(3):381–388.
58. Vickers AJ, Rees RW, Zollman CE, McCarney R, Smith CM, Ellis N, et al. Acupuncture for chronic headache in primary care: large, pragmatic, randomised trial. *BMJ*. 2004 Mar 27;328(7442):744.
59. Rossi P, Di Lorenzo G, Malpezzi MG, Faroni J, Cesarino F, Di Lorenzo C, Nappi G. Prevalence, pattern and predictors of use of complementary and alternative medicine (CAM) in migraine patients attending a headache clinic in Italy. *Cephalalgia*. 2005 Jul;25(7):493–506.
60. World Health Organization. Lifting The Burden. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011. Geneva: WHO; 2011
61. Steiner TJ, Stovner LJ, Dua T, Birbeck GL, Jensen R, Katsarava Z, Martelletti P, Saxena S. Time to act on headache disorders. *J Headache Pain*. 2011 Oct;12(5):501–3.
62. D'Amico D, Grazi L, Usai S, Leonardi M, Raggi A. Disability and quality of life in headache: where we are now and where we are heading. *Neurol Sci*. 2013;34 Suppl 1:S1–S5.
63. Ford JH, Jackson J, Milligan G, Cotton S, Ahl J, Aurora SK. A Real-World Analysis of Migraine: A Cross-Sectional Study of Disease Burden and Treatment Patterns. *Headache*. 2017;57(10):1532–1544.

64. Darbà J, Marsà A. Analysis of the management and costs of headache disorders in Spain during the period 2011-2016: a retrospective multicentre observational study. *BMJ Open*. 2020 Feb 13;10(2):e034926.
65. Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, Alonso J. Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS One*. 2014 Aug 18;9(8):e105471.
66. Linde M, (2012). The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight Project. *Eur J Neurol*, 19 (5), 703-11.
67. Stovner LJ, Andrée C; Eurolight Steering Committee. Impact of headache in Europe: a review for the Eurolight project. *J Headache Pain*. 2008 Jun;9(3):139-46.
68. Badia X, Magaz S, Gutiérrez L, Galván J. The burden of migraine in Spain: beyond direct costs. *Pharmacoeconomics*. 2004;22(9):591-603.
69. Garrido Cumbreña M, et al. Impacto y situación de la migraña en España: atlas 2018. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2018.
70. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789-858.
71. Steiner TJ. Lifting the burden: the global campaign against headache. *Lancet Neurol* 2004;3:204-5.
72. Láinez JM et al. Epidemiología, impacto socioeconómico y la clasificación de las cefaleas. En *Manual de Práctica Clínica en Cefaleas: recomendaciones de la diagnóstico terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología*. Madrid; Luzan5; 2020. p. 15-44.
73. Láinez JM. Migraña y calidad de vida. *Neurología*. 1998;13(Supl 2):1-8.
74. Leira R, Láinez JM, Pascual J, Díez-Tejedor E, Morales F, Titus F, et al. Perfil del paciente con migraña que acude a consultas de neurología en España. *Neurología* 1998;13:287-91.
75. Terwindt GM, Ferrari MD, Tijuij M, Groenen SM, Picavet HS, Launer LJ. The impact of migraine on quality of life in the general population: The GEM study. *Neurology* 2000;55:624-9.

76. Abu Bakar N, Tanprawate S, Lambru G, Torkamani M, Jahanshahi M, Matharu M. Quality of life in primary headache disorders: A review. *Cephalalgia*. 2016 Jan;36(1):67-91.
77. Lanteri Minet M, Duru G, Mudge M, Cottrell S. Quality of life impairment, disability and economic burden associated with chronic daily headache, focusing on chronic migraine with or without medication overuse: A systematic review. *Cephalalgia*. 2011;31:837-50.
78. Murray CJ, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics. *Lancet*. 2012;380:2063-6.
79. GBD 2016 Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2019;18(5):459-80.
80. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017 Sep 16;390(10100):1211-1259.
81. Wang S-J, Wang P-J, Fuh J-L, Peng K-P, Ng K. Comparisons of disability, quality of life, and resource use between chronic and episodic migraineurs: A clinic-based study in Taiwan. *Cephalalgia*. 2013 Feb;33(3):171-81.
82. Torres-Ferrús M, Quintana M, Fernandez-Morales J, Alvarez-Sabin J, Pozo-Rosich P. When does chronic migraine strike? A clinical comparison of migraine according to the headache days suffered per month. *Cephalalgia* [Internet]. 2017 Feb 11 [cited 2018 May 23];37(2):104-13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26961321>

