

ORIGINAL

¿Hacemos un manejo adecuado de la migraña en atención primaria?

Torre Lozano EJ, González Jiménez SM, Romero Cique FL, Cuenca Acevedo R, Cobos Soler FJ, Murcia Simón M, Baena Blancant A.

Médicos Internos Residentes de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba.

Objetivos: Describir y valorar el manejo clínico de la migraña por los facultativos de Atención Primaria.

Ámbito o emplazamiento: Personal facultativo de los centros de salud docentes de la provincia de Córdoba.

Sujetos: 90 médicos de familia y residentes en formación.

Mediciones: Se diseñó un cuestionario autoadministrado en el que se recogieron variables del centro, del profesional, y del abordaje diagnóstico y terapéutico de los pacientes con migraña. Se realizó análisis descriptivo de los datos.

Resultados: Contestaron a la encuesta 60 facultativos (66,7%). La media de consultas/ semana de pacientes con migraña es de 2,66 (límites: 1-7; IC 95%: 2,22-3,1). Se da mayor prioridad diagnóstica a las características del dolor (91,7%). En cuanto a la importancia de la exploración física destaca el examen de fondo de ojo (43,3%), y de los pares craneales (40%), seguida de evaluación de la fuerza, reflejos y sensibilidad (30%). La mayoría de los profesionales (entre el 81,7-95%) no solicitarían exploraciones complementarias para el diagnóstico de la migraña. Para el diagnóstico diferencial con la sinusitis se le solicita radiología (98,3%), y con la arteritis de la temporal se pide VSG (98,3%). Para el tratamiento de la crisis leve de migraña, el 51,7% prescribe paracetamol, y el 40% AINES; y en la forma moderada-severa un 46,6% triptanes, y un 40% AINES. El 81,7% realizaría tratamiento profiláctico en el caso de la existencia de dos episodios semanales. A la hora de derivar al neurólogo se le da mayor relevancia a la presencia de signos neurológicos anormales (88,3%), sospecha de cefalea secundaria (86,7%), modificaciones clínicas de la cefalea (76,7%), y resistencia al tratamiento (75%).

Conclusiones: Se observa un elevado consenso entre los facultativos en la manera de abordar al paciente con migraña, sobre todo en la utilización de medios complementarios y en la indicación de tratamiento profiláctico. Tendencia a la excesiva utilización del paracetamol en las crisis leves y de triptanes para las moderadas-severas. Los criterios para la derivación al especialista resultan apropiados.

Palabras clave: Migraña. Práctica clínica. Atención Primaria.

DO WE MANAGE MIGRAINES ADEQUATELY IN PRIMARY CARE?

Goals: Describe and assess the clinical management of migraines by primary care doctors.

Setting: Medical professionals from health centers that impart teaching in the Province of Córdoba.

Population: 90 general practitioners and residents in training.

Methodology: A self-administered questionnaire was designed that gathered variables on the health center, the professional, and the diagnostic and therapeutic approach used to treat patients with migraines. A descriptive analysis of the data was done.

Results: The questionnaire was answered by 60 professionals (66.7%). The average number of visits/week with patients suffering from migraines is 2.66 (limits: 1-7; CI 95%: 2.22-3.1). Greater diagnostic priority is given to characteristics of the pain (91.7%). The most important aspects related to physical exploration are an ocular exam (43.3%), and the cranial nerves (40%), followed by an assessment of strength, reflexes, and sensibility (30%). A majority of professionals (between 81.7-95%) did not request complementary explorations for diagnosing a migraine.

For a differential diagnosis with sinusitis, radiological tests were requested (98.3%) and with temporal arteritis a sedimentation rate is requested (98.3%). When treating moderate cases of migraines, 51.7% prescribed paracetamol and 40% non-steroidal anti-inflammatory drugs; in moderate-severe cases 46.6% prescribed triptans and 40% non-steroidal anti-inflammatory drugs; 81.7% would recommend prophylactic treatment in cases with two episodes per week.

Regarding referrals to a neurologist, greater relevance is given to the presence of abnormal neurological signs (88.3%), suspicions of secondary cephalgia (86.7%), clinical changes in the cephalgia (76.7%), and non-response to treatment (75%).

Conclusions: A high degree of consensus is found among professionals regarding how to approach treating patients with migraines, especially in the use of complementary therapies and recommendations on prophylactic interventions. A tendency exists to use paracetamol excessively in less severe cases and serotonin agonists in moderate-severe ones. The criteria for referral to a specialist are appropriate.

Key words: Migraines. Clinical Practice. Primary Care.

Correspondencia: Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba. Hospital Regional Universitario Reina Sofía. C/ Doctor Blanco Soler, s/n. 14004. Córdoba. Correo electrónico: 1perulad@meditex.es

Teléfono: 957-012543 • Fax: 957-012504

Recibido el 03-07-2001; aceptado para su publicación el 13-11-2001.

Medicina de Familia (And) 2002; 1: 9-14

Introducción

La migraña es un trastorno neurofisiológico común que tiene un impacto socioeconómico importante, así como efectos perjudiciales significativos en la calidad de vida de los pacientes.

Varios estudios han demostrado una alta prevalencia de migraña en la población general. Así, en una encuesta realizada en Estados Unidos en 1992 el 17,6% de las mujeres y el 5,7% de los varones sufrían al menos una crisis de migraña al año¹. En España también en 1992 se realizó un estudio en población general, basándose en los criterios IHS (International Headache Society), y se apreció una prevalencia global del 12%, siendo en mujeres del 17% y en varones del 7%, con una mayor afectación entre los pacientes de 25 a 44 años².

En el estudio realizado en Estados Unidos¹ el 76% eran mujeres y el 82% tenían menos de 50 años. El 67% de los pacientes acudían a un médico de atención primaria y el 50% abandonaba el tratamiento médico a pesar de seguir sufriendo ataques de migraña. El 54% de los pacientes cuyos síntomas coincidían con los criterios de la IHS para la migraña confundían sus cefaleas con el estrés, la tensión o las cefaleas sinusales. El 51% de pacientes que consultaban al médico y tenían síntomas migrañosos afirmaban que no se les habían diagnosticado sus cefaleas. El 40% de mujeres y casi el 60% de hombres con síntomas incapacitantes de migraña no habían consultado nunca a un médico.

Los costes financieros de la migraña también son muy importantes. Los costes médicos directos pueden alcanzar casi los 10.000 millones al año³. Sin embargo, también se derivan unos costes indirectos debido al absentismo laboral, que se estima oscila entre los 5.000 y los 7.000 millones anuales⁴. El 56% de los pacientes que trabajaban decían haber perdido 2,2 días laborables al mes. Incluso los individuos sin absentismo decían que su productividad laboral estaba afectada una semana al mes. Aún más, el 10% de los niños con migraña perdían un día de escuela cada dos semanas⁵.

En cuanto a la calidad de vida, los pacientes de una unidad de migraña reportaron niveles de discapacidad y de percepción de la propia salud semejantes a los de personas con insuficiencia cardíaca o infarto agudo de miocardio reciente⁶.

Así, teniendo en cuenta todo lo anterior, podemos decir que la migraña es un problema de salud de primera magnitud, tanto en prevalencia como por la incapacidad que produce. Ante la posibilidad de hacer un diagnóstico con los medios con los que se cuenta en atención primaria y la existencia de tratamientos que permiten un grado óptimo de control de la enfermedad se debería aumentar la educación sanitaria en torno a la migraña y priorizarla

entre las actividades de diagnóstico precoz que realizamos en la consulta a diario. Los médicos de familia deben concentrar sus esfuerzos encaminados a un óptimo tratamiento y diagnóstico de la migraña, para mejorar la calidad de su asistencia y lograr mejorar que estos pacientes se sientan más rentables desde el punto de vista social y económico^{7,8,9}.

El objetivo de nuestro estudio ha sido valorar el manejo clínico de la migraña en atención primaria en función de un adecuado diagnóstico, tratamiento y derivación a especialista, dada la escasa existencia en nuestro medio de trabajos sobre el manejo de esta patología.

Sujetos y métodos

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal, para la evaluación de la práctica clínica sobre el manejo de la migraña. La población de estudio estuvo constituida por 90 médicos de atención primaria que pertenecen a los centros de salud docentes de Córdoba y Provincia. Los profesionales eran tanto médicos de familia como residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en formación (de segundo y tercer año).

Se diseñó un cuestionario autoadministrado (anexo I) en el que se recogieron variables de cada profesional (edad, sexo, y la categoría profesional, o sea, si era médico de familia o era residente en formación), del centro donde trabajaban (rural o urbano), y sobre las características de la atención prestada a los pacientes con migraña: frecuencia con que se veían pacientes migrañosos en la consulta, prioridad dada a diversos aspectos relacionados con el diagnóstico, que destacaran lo más importante en la exploración clínica neurológica y en las exploraciones complementarias, el tipo de tratamiento que utilizaban en función de la gravedad de las crisis de migraña. Con algunas situaciones que se podían dar en la práctica clínica tratamos de ver cuándo se realiza tratamiento profiláctico en esta patología. Para terminar, nos debían contestar sobre los casos en los que se deriva al neurólogo entre varias posibilidades clínicas que les presentábamos.

El análisis estadístico ha sido descriptivo, para lo cual empleamos medidas de tendencia central y de dispersión y posición (variables cuantitativas) y frecuencias relativas (cualitativas). Para este análisis hemos utilizado el paquete estadístico SPSS versión 7.5 para Widows.

Resultados

La encuesta fue respondida por 60 facultativos (tasa de respuesta del 66,7%). El 76,7% de los profesionales pertenecen a centros urbanos (46) y 14 a centros rurales (23,3%); la muestra inicial urbano/rural era de 61/20 respectivamente. La media de edad era de 34,1 años (Intervalo de confianza al 95% de 32,19 – 36 años; límites: 26 – 48 años; desviación estándar –DE– de 6,52). 34 médicos eran hombres (56,7%) y 26 mujeres (43,3%). 22 sujetos eran médicos de familia (36,7%) y el 63,3% médicos residentes.

La media de consultas por semana de pacientes migrañosos se situó en 2,66 (DE:1,46; límites:1–7; Intervalo de confianza: 2,22 – 3,1).

Para el diagnóstico clínico de migraña, y dentro de la anamnesis, los facultativos le dan mayor prioridad a las

características que presenta el dolor de cabeza (91,7) (Figura 1).

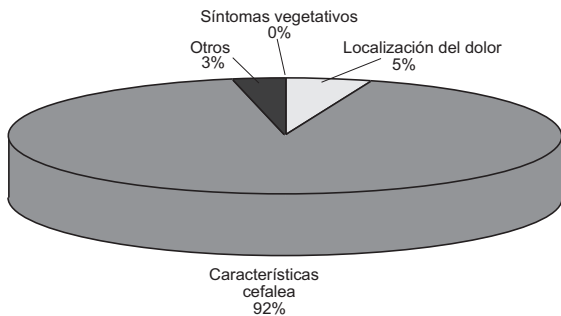


Figura 1. Prioridad a la hora del diagnóstico clínico

En cuanto a la exploración clínica, se le da más importancia al examen del fondo de ojo (43,3%), en 24 casos (40%) a la de los pares craneales, en 18 ocasiones (30%) a la fuerza, sensibilidad y reflejos, y 6 facultativos (10%) consideraron en primer lugar a la exploración de la marcha y estática.

En cuanto a las exploraciones complementarias, el 17,3% solicitaban hematimetría para el diagnóstico de migraña, el 7,3% pedían radiografía, y el 5% analítica con velocidad de sedimentación globular (VSG). Para el diagnóstico diferencial con la sinusitis, 59 profesionales (98,3%) pedían una radiografía, y con la arteritis de la temporal, el 41,7% realizaban hematimetría, y 59 (98,3%) pedían en la analítica además VSG.

Como se aprecia en la figura 2, para el tratamiento habitual en el caso de crisis de migraña leve, se prescribe

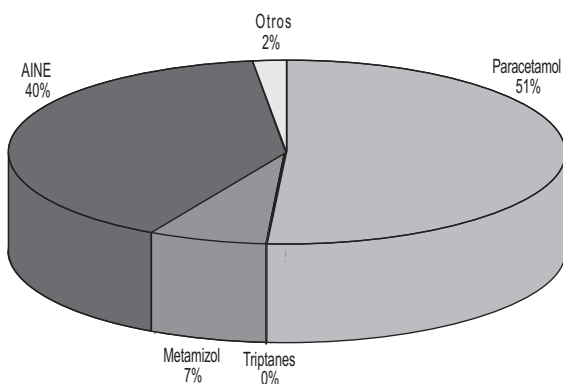


Figura 2. Tratamiento agudo de migraña leve

con mayor frecuencia el paracetamol (51,7%), seguido de los antiinflamatorios no esteroideos (40%). En cuanto al

tratamiento de las crisis migrañosas moderadas o severas, 28 facultativos (46,7%) utilizan los triptanes, y el 40% los AINES (Figura 3).

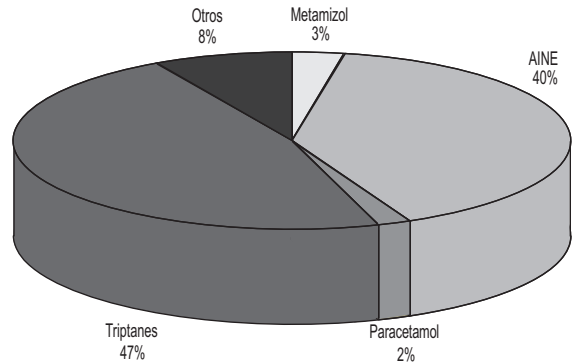


Figura 3. Tratamiento agudo de migraña moderada - severa

La prescripción de tratamiento profiláctico la realizan el 81,7% de los médicos encuetados cuando aparecen dos o más episodios de migraña semanales, si existen crisis intensas en el 40% (24 casos), si hay dos episodios mensuales el 31,7% (19 casos), si fallara el tratamiento agudo el 21,7% (13 casos), si se da junto con la migraña la presencia de aura el 8,3% (5 casos), y en otras ocasiones diferentes a las descritas en el 5% (3 casos). Ninguno pondría profilaxis si se diera un episodio ocasional de migraña (Figura 4).

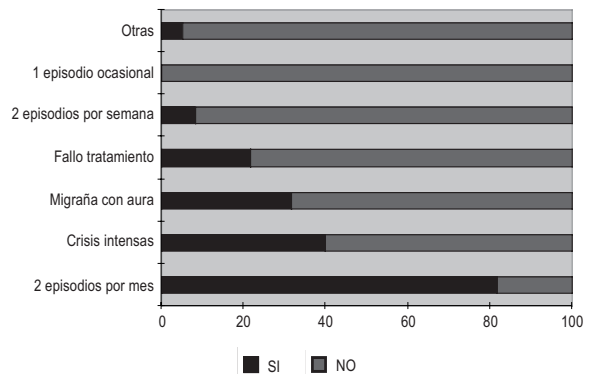


Figura 4. Situaciones prescripción tratamiento profiláctico

A la hora de valorar la decisión de la derivación al neurólogo se tuvieron en cuenta varios supuestos. Si en la exploración física neurológica aparecieran signos neurológicos anormales y/o deficitarios derivarían al especialista 53 médicos (88,3%). Si existiera, por parte del profesional, sospecha de cefalea secundaria lo remitirían en 52 casos (86,7%). Si se presentara resistencia al tratamiento prescrito por el médico de primaria derivarían 45 (75%), y si se presentaban modificaciones clínicas de la cefalea

no aclaradas serían 46 (76,7%) los que derivarían. El 25% de los facultativos remitirían al paciente si este se lo pidiera expresamente.

Discusión

Hemos comprobado en nuestro trabajo que el promedio de consultas a la semana por problemas de migraña, atendidas por el médico de atención primaria, suelen estar en torno a 2,66, resultado similar al de otros estudios^{1,10}.

En el caso del diagnóstico clínico comprobamos que hay uniformidad de criterios. No hay datos de anamnesis que destaquen en estudios realizados^{10,12} o protocolos elaborados^{13,14,15,16}, sino que son un conjunto de ellos los que nos llevan a su diagnóstico. Sin embargo, en este estudio destaca como factor más importante en el diagnóstico de migraña las características del dolor de cabeza. Si hemos comprobado en el estudio, con las limitaciones que cuenta, que no se precisan exploraciones complementarias para llegar al diagnóstico de migraña obteniendo porcentajes en tal sentido que van del 80% al 95%. Es un tema en el que se está de acuerdo en toda la bibliografía en cuanto que el diagnóstico debe ser a través de la entrevista clínica, pues no existe ninguna prueba diagnóstica de certeza^{13,14,15,17}.

Existe consenso en que el tratamiento de la crisis agudas se debe realizar en función de la gravedad. Pues bien, se aprecia en este trabajo que en las de tipo leve el tratamiento más elegido de primera intención son los analgésicos simples tipo paracetamol, y en segundo lugar los AINES, que quizás^{11,13,18,19} sea mucho más eficaz que el primero ya que se trata de un analgésico frecuentemente implicado en la cefalea por abuso de analgésicos. Para el tratamiento de las crisis moderadas o severas, los facultativos encuestado optan indistintamente por los triptanes y los AINES. En este tipo de crisis mayores, la mayoría de autores se decantan por los AINES y si son muy intensas por los triptanes^{11,13,14,15,18,19} por lo que se aprecia cierta tendencia a utilizar triptanes con demasiada asiduidad en el estudio realizado pero por la igualdad de los resultados probablemente ha podido inducir a cierta confusión el incluir ambas categorías juntas y hubiera sido más adecuado analizarlas por separado.

En los supuestos que estuvimos proponiendo en el cuestionario referentes al tratamiento profiláctico de la migraña para disminuir la frecuencia de episodios y la intensidad de los mismos, observamos que esta se adecuaba mucho la indicación de su utilización, salvo quizás si existieran episodios muy intensos en la que pocos tratarían y según muchos autores estaría indicado^{15,16,20}, pero no está tan protocolizado en este sentido.

En cuanto a la derivación al especialista, se comprueba que en un elevado porcentaje de profesionales de atención primaria efectúan remisiones adecuadas según todos los protocolos, y se tenían las ideas muy bien establecidas.

En conclusión, se comprueba con nuestro estudio que los médicos de atención primaria parecen tener los conceptos claros en relación a la migraña, tanto en su diagnóstico como de su manejo. Se encuentra mayor discrepancia entre las conductas expresadas en el estudio y la bibliografía en relación al tratamiento de las crisis agudas.

Las pérdidas existentes en el estudio no han sido mayores que en otros trabajos en los que se colabora con facultativos debido probablemente a la falta de tiempo y/o a la baja motivación^{21,22,23}. Pensamos que nuestro trabajo pensamos aporta resultados interesantes pero que, debido a su tamaño muestral, la validez externa se ve reducida, por lo que sería conveniente realizar otros estudios que permitieran corroborar o no nuestros resultados, y para continuar indagando los conocimientos y las pautas de actuación de los médicos de atención primaria sobre una patología tan prevalente y que presenta una implicación socioeconómica tan importante.

En resumen, las conclusiones a las que hemos llegado en este trabajo son:

- Unanimidad entre los facultativos de atención primaria a la hora de no utilizar métodos complementarios para determinar el diagnóstico de migraña.
- Acuerdo con las indicaciones de realizar tratamiento profiláctico.
- Excesiva utilización de paracetamol en el tratamiento de las crisis agudas leves, y de triptanes para las moderadas o severas.
- Apropiado manejo de las indicaciones de derivación del paciente al especialista.

Bibliografía

1. Lipton RB, Solomon S, Sheffell FD. Medical consultation for migraine results from the American Association for the Study of Headache Gallup Survey Poster Presentation, 37 th Annual Scientific Meeting; 1995. June 23 - 25; Boston.
2. Láinez JM, Vioque J, Hernández Y, Titus F. Prevalence of migraine in Spain. An assesment of the questionnaire's validity by clinical interview. En: Olesen J, ed. Headache: classification and epidemiology. New York: Raven Press, 1994: p. 221-225.
3. Lipton RB, Stewart WF. Impact of migraine. En: Cady RK, Fox AW, eds. Treating the headache patient. New York: Marcel Dekker, 1995: p. 61-73.
4. Osterhaus JT, Gutterman DL, Placheetka JR. Healthcare resource and lost labor costs of migraine headache in the U. S. *Pharmacol Economics* 1992; 2: 67 - 76.
5. Stang PE, Osterhaus JT. Impact of migraine in the United States: data from the National Health Interview Survey. *Headache* 1993; 33: 29 - 35.

6. Láinez Andrés JM. Migraña y calidad de vida. *Neurología* 1998; 13 (Supl 2): 1-8.
7. Prevalence of chronic migraine headache: United States. 1980 – 1989. *MMWR* 1991; 40:331.
8. Lipton RB, Stewart WF. Medical consultation for migraine. *Neurology* 1994; 44 (supl 2): 199.
9. Stang PE, Osterhaus JT, Celentano DD. Patterns of health care use. *Neurology* 1994; 44 (supl 4): 47.
10. Leira R, Láinez JM, Pascual J, Díez Tejedor E, Morales F, Titus F, Alberca R, García de Polavieja J. Spanish study of quality of life in migraine (I). Profile of the patient with migraine attending neurology clinics. *Neurología* 1998; 13: 287 – 291.
11. Pascual J, Leira R, Láinez JM, Alberca R, Titus F, Morales F, Díez tejedor E, García de Polavieja J. Spanish study of quality of life in migraine (II). Profile of medication consumption and subjective efficacy. *Neurología* 1999; 14: 204 – 209.
12. Zarranz JJ, Sánchez Menayo JJ, Hurtado Urquidi P, Pascual J, Titus F. *Cefaleas*. Jano, 1998; 55.
13. Calero Muñoz S, Tranche Iparraguirre S, Martínez Eizaguirre JM, García Fernández ML, Copetti Fanlo S, Castillo Obeso J, et al. *Cefaleas*. Protocolo. Formación Médica Continuada 1999; 6.
14. Castillo Obeso J, Calero Muñoz S, García Fernández ML, Martínez Eizaguirre JM, Tranche Iparraguirre S, Viciana – Ortiz de Galisteo E. Grupo de trabajo de Cefaleas de la semFYC. Recomendaciones de la semFYC n.º 12. *Cefaleas*. Barcelona: Edi-De, 1999.
15. Delgado López F, Girón Úbeda JM, Muñoz Málaga A, Rodríguez Fernández, Sáenz Aguilar S, Vila Dupló MJ. La migraña en atención primaria: revisión y actualización 2000; 26: 248 – 252.
16. Leira R, Díez Tejedor E, Láinez JM, Pascual J. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 1999. Grupo de estudio de Cefaleas de la SEN.
17. Goadsby PJ, Olesen J. Diagnosis and management of migraine. *BMJ* 1996; 312: 1279 – 1284.
18. Pryse – Phillips WEM, Dodick DW, Edmeans JG, Gawel MJ, Nelson RF, Purdy RA et al. Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. *Can Med Assoc J* 1997; 156: 1273 – 1287.
19. Pryse – Phillips WEM, Dodick DW, Edmeans JG, Gawel MJ, Nelson RF, Purdy RA et al. Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. *Can Med Assoc J* 1998; 159: 47 – 54.
20. López – Pousa S, Grau – Veciana JM, Alberca Serrano R, Gómez – Aranda F. Módulo “Década del Cerebro”: La migraña. Curso de actualización de Neurología. Fundación Promedic – Promoción Médica. 2000.
21. Rodríguez E, Espí F, Canteras M, Gómez A. Aproximación a los conocimientos de los médicos de atención primaria sobre el consumo excesivo de alcohol y problemas relacionados. *Semerger* 2001; 27: 5-13.
22. Martínez G, Saperas E, Benavent J, Mearin F, Piñol JC, Barenys M, et al. Actitud de los médicos de atención primaria del área metropolitana de Barcelona frente al diagnóstico y tratamiento de la infección por *Helicobacter Pylori* en enfermedades gastroduodenales. *Gastroenterología y Hepatología* 1998; 21: 473-478.
23. Vilarasau J, Martín-Baranera, Oliva G. Encuesta sobre la valoración preoperatoria en los centros quirúrgicos catalanes (I). ¿Cuál es la práctica preoperatoria? *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* 2001; 48: 4-10.

ANEXO I HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

Introducción

La migraña es la cefalea primaria de mayor repercusión social y económica por su alta prevalencia e incidencia de crisis incapacitantes. Es por ello por lo que los esfuerzos encaminados a un mejor tratamiento y diagnóstico de la misma deberán, con toda probabilidad, ser muy rentables desde el punto de vista social y económico.

1. Datos del profesional
 - Centro: Rural
 Urbano
 - Edad:
 - Sexo: Hombre
 Mujer
 - Tiempo que lleva en activo: Años (meses)
 - Categoría profesional: Médico de Familia
 MIR
2. ¿ Con qué frecuencia ve pacientes migrañosos en su consulta?
 n.º promedio de pacientes por semana: _____
3. ¿ A qué da más prioridad a la hora del diagnóstico de migraña? (elijá la que considera más relevante)
 - síntomas vegetativos
 - localización
 - características del dolor
 - otras (en su caso señale cuales): _____
4. Ante un paciente con sospecha de migraña ¿a qué da mas importancia en la exploración clínica neurológica?
 - exploración de pares craneales
 - fondo de ojo
 - exploración de fuerza, reflejos y sensibilidad
 - exploración de la marcha y de la estática
 - otras (en su caso señale cuales): _____

5. Exploraciones complementarias. Señale cuál y en qué casos las suele solicitar. Por favor, marque con una "x" la que proceda:

PROCESO	HEMATIMETRÍA Y BIOQUÍMICA	RADIOGRAFÍA	VSG	OTRAS
Sinusitis				
Migraña				
Arteritis de la temporal				
Otras (señale cuáles)				

6. Indicar el tratamiento de uso habitual en los casos que a continuación se señalan:

a) migrañas leves

- Paracetamol
- AINES
- Metamizol
- Triptanes (5-HT)
- Otros

b) migrañas moderadas-severas

- Paracetamol
- AINES
- Metamizol
- Triptanes (5-HT)
- Otros (en su caso señale cuál)

7. En qué casos realiza prescripción de tratamiento profiláctico (puede contestar más de una opción)

- dos episodios mensuales
- crisis intensas
- migraña con aura
- fallo del tratamiento agudo
- dos episodios semanales
- un episodio ocasional
- Otras (especificar): _____

8. ¿Cuándo realiza la derivación al neurólogo? (puede contestar más de una opción)

- en todos los casos
- resistencia al tratamiento prescrito por usted
- sospecha de cefalea secundaria
- a petición del paciente
- signos neurológicos anormales o deficitarios
- modificaciones clínicas de la cefalea no aclarada
- Otras (especificar): _____

Gracias por su colaboración