

Impacto de la migraña

The impact of migraine

Bernardo Uribe García

RESUMEN

La migraña es quizás el motivo más frecuente de consulta al neurólogo. Su prevalencia es más alta en el sexo femenino, entre la segunda y la cuarta décadas, que es la época de mayor productividad.

El dolor en la migraña por lo general es incapacitante, por lo que tiene un gran impacto en la calidad de vida; produce ausentismo laboral y escolar, disminuye el rendimiento, e interfiere con las relaciones familiares.

Es necesario hacer un mayor énfasis en la migraña en los estudios de pregrado en medicina, para capacitar a los médicos generales en el diagnóstico y tratamiento de este trastorno. Existen instrumentos para medir en el consultorio el impacto de la migraña en la vida de los pacientes, de los cuales el más importante es el cuestionario MIDAS.

PALABRAS CLAVES: migraña, cefalea crónica, ausentismo laboral, MIDAS.

(Bernardo Uribe García. Impacto de la migraña. *Acta Neurol Colomb* 2008;24:S28-S33).

SUMMARY

Migraine is perhaps the most frequent reason for consulting the neurologist. Its prevalence is higher in women between the second and fourth decades, which is the period of greatest productivity.

The pain in migraine is usually disabling, and for this reason it has a big impact on the quality of life; it produces labor and school absenteeism, and it interferes with family relationships. There is a need for greater emphasis on migraine in undergraduate studies in medicine, to train the general practitioners in diagnosing and treating this disorder.

There are many instruments to measure the impact of migraine in the life of the patients, such as MIDAS questionnaire.

KEY WORDS: migraine, chronic headache, labor absenteeism, MIDAS.

(Bernardo Uribe García. The impact of migraine. *Acta Neurol Colomb* 2008;24:S28-S33).

INTRODUCCION

La migraña es tal vez el principal motivo de consulta en nuestra práctica diaria y representa el 20 por ciento de todas las visitas a consulta con el neurólogo en Norteamérica. Es un desorden episódico que aún sigue siendo subdiagnosticado y su tratamiento genera lamentablemente una gran insatisfacción por parte de los pacientes. La preocupación será aún mayor en el futuro ante el hecho de que en los estudios de pregrado en medicina se le invierte poco tiempo a la educación

específica en cuanto al diagnóstico y el tratamiento de las cefaleas.

La prevalencia de la migraña alcanza un 6 por ciento en los hombres y hasta un 16 por ciento en las mujeres, los resultados de diferentes estudios poblacionales concuerdan en estas cifras aún con diferencias en el tamaño de la población encuestada. La mayoría de los pacientes con migraña no consultan al médico general o al especialista, en muchas ocasiones atribuyen sus dolores de cabeza a situaciones puntuales de la vida diaria, como el

Recibido: 09/07/08. Revisado: 11/07/08. Aceptado: 23/07/08.

Bernardo Uribe García. Médico Cirujano. Neurólogo Clínico. Universidad del Norte. Universidad del Rosario. Departamento de Clínicas Médicas. ESE Rita Arango Álvarez del Pino, Manizales, Caldas. Profesor adscrito Universidad de Caldas. Miembro Fundador de la Asociación Colombiana para el Estudio y Tratamiento del Dolor Craneofacial ACODOC.

Correspondencia: buribe99@epm.net.co

estrés o algunos alimentos y la mayoría de ellos se autoformulan. Sin embargo, después de percibir un aumento significativo de la frecuencia de la cefalea acuden a los servicios de salud y aún así muchos de ellos no obtienen un diagnóstico adecuado.

El impacto de la migraña sobre la calidad de vida se ha establecido bien en los últimos años después de evaluar a los numerosos pacientes que acuden a las clínicas de cefalea así como en diferentes estudios poblacionales.

Actualmente se considera fundamental determinar de manera adecuada el impacto de la cefalea en la calidad de vida de cada paciente tanto durante los ataques como en los períodos libres de dolor, lo cual es indispensable para planear estrategias de tratamiento.

En los diferentes estudios es evidente que la migraña afecta más la calidad de vida de los pacientes que otras enfermedades crónicas que cursan con o sin dolor.

Existen métodos de evaluación en el consultorio del impacto de la migraña como el MIDAS (*Migraine Disability Assessment Score*), que sido validados adecuadamente en individuos con o sin migraña y nos permiten valorar de manera rápida a nuestros pacientes.

Se plantea una discusión acerca de si estamos o no ante una enfermedad progresiva del sistema nervioso y existen evidencias epidemiológicas y paraclínicas que pueden apoyar este concepto, por ello son urgentes todas las medidas terapéuticas necesarias para prevenir esto.

EPIDEMIOLOGÍA DE LA MIGRAÑA

Aunque se puede presentar a cualquier edad, el mayor pico de prevalencia ocurre entre la segunda y la cuarta década coincidiendo con las edades de mayor productividad del individuo, por lo tanto el impacto sobre su desempeño laboral y social es más evidente. Después de que la Sociedad Internacional de Cefaleas estableció criterios uniformes para el diagnóstico de la migraña, los estudios de prevalencia en diferentes poblaciones muestran datos más homogéneos entre el 6 por ciento de los hombres y entre 15-18 por ciento de las mujeres. Se estima que en Norteamérica hay aproximadamente

28 millones de personas mayores de 12 años con migraña y que en uno de cada cuatro hogares hay por lo menos una persona que la padece.

Los estudios poblacionales de prevalencia revelan que la cefalea tipo tensión es la más frecuente entre las cefaleas primarias en el 78 por ciento de las personas encuestadas y le sigue en segundo lugar la migraña con un 16 por ciento.

Antes de la pubertad la prevalencia es más alta en los varones y luego es mayor entre las mujeres. La prevalencia consistentemente mayor en las mujeres en los diferentes estudios sugiere que hay un factor hormonal involucrado en la historia natural de la migraña.

Los diferentes estudios poblacionales muestran claramente que la migraña es más común que la diabetes, el asma bronquial, la osteoartritis y la artritis reumatoide.

Se ha sugerido un mayor riesgo de migraña en los estratos socioeconómicos de menores ingresos, es posible que la relación sea el reflejo de una menor productividad laboral entre los pacientes afectados por la migraña y una mayor tasa de pérdida del empleo. La mayor prevalencia de la enfermedad lamentablemente se concentra en las edades de mayor productividad y por lo tanto los costos directos e indirectos relacionados con la enfermedad son más altos.

SINTOMAS Y FRECUENCIA DE LOS ATAQUES

La migraña es evidentemente un problema neuronal, en el cual la activación del sistema trigémino-vascular y el generador de la migraña en el tallo cerebral explican los síntomas que ocurren durante un episodio de migraña.

El 70 por ciento de los pacientes experimenta un dolor de carácter pulsátil y el 80 por ciento de ellos lo define como severo e incapacitante, hasta un 65 por ciento de los episodios se presentan con fotofobia y fofobia y el 50-60 por ciento de los episodios reportados por los pacientes se acompañan de náuseas y vómito, síntomas que por lo demás producen mayor incapacidad.

La mayoría de los pacientes con migraña tienen por lo menos un ataque mensual y hasta un 10 por

ciento presenta más de un ataque de migraña en la semana. La duración de los ataques de dolor alcanza hasta más de 24 horas en el 70 por ciento de las mujeres, mientras que sólo el 48 por ciento de los hombres tiene ataques prolongados.

Sin embargo, algunos pacientes evolucionan a una cefalea más frecuente y presentan dolor de cabeza durante más de 15 días al mes, lo cual se conoce como cefalea crónica diaria; en su gran mayoría son pacientes con migraña cuya cefalea episódica sufre una transformación a cefalea crónica, siendo el alto consumo de analgésicos un factor contribuyente importante en la mayoría de los casos. Los pacientes con cefalea crónica diaria comprenden un 4 por ciento en los estudios poblacionales y de 18-30 por ciento en los estudios realizados en las clínicas de cefaleas.

ATENCIÓN MÉDICA A LOS PACIENTES CON CEFALEA

Las cefaleas primarias y en especial la migraña continúan siendo una patología mal tratada por el gremio médico en general. La enseñanza sobre cefalea en el pregrado es deficiente, a pesar de ser uno de los motivos de consulta más frecuentes en cualquier servicio de salud. En los estudios poblacionales es evidente que de aquellos pacientes que consultan alguna vez a su médico familiar sólo un 60 por ciento tiene un diagnóstico específico de su cefalea, pero el problema sigue siendo que el 47 por ciento de los pacientes no acude a consulta y prefiere automedicarse y atribuir sus dolores de cabeza a muchas causas, por lo general de tipo psicógeno.

Un 67 por ciento de los pacientes que no consultan experimenta ataques severos de cefalea incapacitante que llevan a ausentismo laboral y escolar y a una disminución de la productividad y aumentan los costos directos e indirectos originados por esta enfermedad.

Aunque en los últimos años la publicación de criterios diagnósticos específicos y la creación de clínicas y asociaciones de pacientes con cefalea han motivado una mayor atención en el diagnóstico de las cefaleas primarias, la mitad de los pacientes aún no tiene un diagnóstico adecuado, aunque en el año 1992 los estudios poblacionales mostraban que éste sólo se establecía en el 38 por ciento de los pacientes.

La insatisfacción con los tratamientos actuales es además un tópico de gran preocupación. En las encuestas poblacionales el 87 por ciento de los pacientes refiere que la mejoría del dolor es demorada, no es total y no es consistente cuando utilizan los tratamientos en forma repetida. Otro problema es la alta tasa de recurrencia del dolor y los efectos adversos originados por los medicamentos, que hacen más difícil la adherencia a los tratamientos.

COSTOS DE LA MIGRAÑA

Los costos individuales y sociales de la migraña están definidos en la tabla 1. Los costos individuales están determinados por los síntomas durante el ataque de dolor de cabeza, los temores originados por la anticipación de los ataques de migraña, y el deterioro de la calidad de vida de los pacientes con migraña comparados con la población general y por

TABLA 1. COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS DE LA MIGRAÑA.

<p>Costos directos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2,5 billones de dólares al año.
<p>Costos indirectos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 13 billones de dólares al año. • Ausentismo laboral. • Disminución de la producción laboral.
<p>Impacto distribuido desproporcionadamente</p> <ul style="list-style-type: none"> • 51 por ciento de las mujeres afectadas: seis o más días de pérdida laboral por migraña. • 38 por ciento de los hombres con migraña la misma pérdida de días laborales/año.

la pérdida de oportunidades económicas originada por la enfermedad. Por lo general los pacientes con una frecuencia alta de ataques de migraña tienen limitaciones importantes en su vida social y familiar y en sus actividades recreativas.

Los costos económicos directos se derivan de los gastos originados en el sistema de salud y alcanzan cifras hasta de 2,5 billones de dólares al año y los indirectos reflejados en el ausentismo laboral y la disminución de la productividad alcanzan los 13 billones de dólares.

Las mujeres pierden en promedio hasta seis días al año por reposo en cama a causa de la migraña y el 93 por ciento de los días laborales perdidos se debe a ataques de dolor de cabeza, mientras que en los hombres la cifra es menor con un promedio de cuatro días perdidos al año, atribuyendo el 85 por ciento de su pérdida de días laborales a crisis de migraña.

Una medida importante para evaluar el impacto en la calidad de vida de los pacientes es el efecto sobre sus actividades rutinarias diarias. El 76 por ciento de los pacientes ve limitado su rendimiento en las actividades propias de su hogar, el 51 por ciento ve reducida su productividad en el trabajo y un 59 por ciento refiere una pérdida de actividades familiares y recreacionales por temor a experimentar nuevos ataques de cefalea durante éstas.

El impacto en las relaciones familiares e interpersonales es preocupante. En un estudio realizado en familias en EEUU y el Reino Unido más de la mitad de los pacientes señalaron que el hecho de padecer de migraña los condicionaba a más discusiones intrafamiliares con sus padres o hijos, y que serían mejores padres, hermanos o hijos si no padecieran de migraña.

El estudio GEM realizado en Holanda es tal vez el estudio poblacional en el que inicialmente se hizo una entrevista telefónica y luego directa, se aplicaron los criterios de la Sociedad Internacional de Cefalea (IHS) para el diagnóstico de migraña y además se realizó un examen físico directo de los pacientes y en algunos, imágenes de resonancia magnética. El instrumento de medición que se utilizó, el RAND 36 evaluó diez dominios relacionados con la calidad de vida de los pacientes y fue comparado con controles normales y con

pacientes con enfermedades como asma, artritis y dolor musculoesquelético. Los resultados fueron muy claros al mostrar un desmejoramiento de la calidad de vida en los pacientes con migraña comparados con los controles y con los pacientes con otras enfermedades crónicas como el asma y la artritis.

FACTORES DE RIESGO PARA LA CEFALEA CRÓNICA DIARIA

Está bien establecido que después de un período inicial, la cefalea de comportamiento episódico evoluciona en un grupo de pacientes a una cefalea de aparición diaria o casi diaria con una incidencia de 3 por cien pacientes/año. Diferentes estudios han mostrado algunos factores de riesgo que pueden ser modificables o no modificables.

La alta frecuencia de ataques desde el inicio de la enfermedad (más de 52 ataques/año), la apnea o los trastornos respiratorios durante el sueño, el abuso de analgésicos, los eventos estresantes en la vida y la obesidad, fueron identificados como factores modificables y se asocian significativamente con la transformación a cefalea crónica.

El sexo femenino, la migraña, un bajo nivel socioeconómico y el antecedente de trauma craneal son considerados factores no modificables.

En la evaluación y el manejo de los pacientes es importante identificar estos factores y fijar estrategias para su corrección.

MEDICIÓN DEL IMPACTO

A pesar de todo esto, la mayoría de nosotros evaluamos a los pacientes con migraña y sólo enfocamos nuestra atención en establecer un diagnóstico sin preocuparnos por el impacto real que produce la cefalea en la calidad de vida de los pacientes.

Los instrumentos de medición como el MIDAS son de gran ayuda para la determinación rápida del impacto de la cefalea en los pacientes. Una serie inicial de cuatro preguntas establece rápidamente el número de días en los que el paciente se ve afectado por su cefalea, un segundo grupo de preguntas determina el número de días en los que tuvo cefalea

en los últimos tres meses y trata de cuantificar su intensidad en una escala de 1 a 10. Un puntaje mayor de 20 en el primer grupo de preguntas determina una discapacidad moderada a severa y estos pacientes requieren una intervención terapéutica rápida y oportuna (Tabla 2).

El MIDAS ha sido evaluado en múltiples estudios en cuanto a su validez y reproducibilidad mostrando su utilidad práctica en la evaluación de los pacientes con migraña.

Otros instrumentos como el HIT (test de impacto de las cefaleas, por su sigla en inglés), también presentan buena reproducibilidad y están disponibles en Internet para consultas rápidas de los pacientes.

¿ES UNA ENFERMEDAD PROGRESIVA?

Hay evidencias recientes de que la migraña en algunos casos puede ser una enfermedad progresiva en la que el dolor de cabeza se vuelve constante, lo cual se denomina transformación de la migraña. Esta situación se presenta aproximadamente en un 3 por ciento de los pacientes con migraña episódica.

La alodinia o sensibilización central, ocurre en aquellos pacientes que durante un ataque, cursan con alodinia cutánea (en el cuero cabelludo) que refleja una sensibilización del sistema trigémino-vascular, son refractarios al tratamiento con triptanes y la aparición de este fenómeno está en relación directa con el aumento de la frecuencia de los ataques de migraña siendo un factor contributivo a la posible progresión de la enfermedad. Otros factores de riesgo implicados aunque no determinados significativamente son el sexo femenino, el bajo estrato socioeconómico, la obesidad, los

antecedentes de trauma craneal y el abuso de analgésicos.

La sustancia gris periacueductal (SGPA) es un área en la cual se concentran las redes descendentes de analgesia y es un sitio importante para el control del dolor, que está íntimamente relacionado con el sistema trigémino-vascular. La acumulación de hierro en la sustancia gris periacueductal de los pacientes con migraña transformada, en comparación con los controles, es una evidencia de daño neuronal por radicales libres en aquellos pacientes que padecen de ataques repetidos de dolor.

Las imágenes diagnósticas también muestran una posible evidencia de progresión. Se ha observado que aquellos pacientes con migraña entre los 30 y los 60 años tienen un mayor riesgo de presentar infartos cerebrales en la circulación posterior y una mayor frecuencia de aparición de lesiones en la sustancia blanca profunda comparados con los controles.

Sin embargo, el concepto de progresión no es sostenible para algunos autores ya que la interpretación de las imágenes diagnósticas y los resultados epidemiológicos pueden ser considerados de manera errónea como una forma de progresión, sin mostrar realmente una asociación clara entre migraña e infartos en la circulación posterior. Así pues, la prevalencia de migraña debería aumentar a medida que se incrementa la edad y no ocurre así, el 66 por ciento de las pacientes presenta un grado de remisión durante la menopausia. De otro lado la acumulación de hierro en la SGPA puede considerarse más un marcador de la enfermedad, como ocurre en la esclerosis múltiple, que un determinante de la progresión. La discusión pues esta abierta

TABLA 2. CUESTIONARIO MIDAS.

1. ¿Cuántos días faltó a su trabajo o escuela en los últimos tres meses debido al dolor de cabeza?
 2. ¿En los últimos tres meses cuántos días disminuyó a la mitad su productividad laboral o en la escuela debido al dolor de cabeza?
 3. ¿Cuántos días no hizo sus quehaceres domésticos en los últimos tres meses debido a sus dolores de cabeza?
 4. ¿Cuántos días disminuyó a la mitad o menos su productividad en los quehaceres domésticos en los últimos tres meses debido a sus dolores de cabeza? (Sin incluir los días registrados en la pregunta anterior)
- A. ¿Cuántos días sufrió de dolor de cabeza en los últimos tres meses?
- B. En una escala de 1 a 10 ¿Qué tan intensos fueron sus dolores de cabeza en promedio? (0= ningún dolor, 10= el peor dolor imaginable)

LECTURAS RECOMENDADAS

- **Hu HX, Markson LE, Lipton RB, et al.** Burden of migraine in the United States: disability and economic costs. *Arch Intern Med* 1999;159:813-818.

- **Lipton RB, Dodick D, Sadosky R, et al.** ID Migraine validation study. A self-administered screener for migraine in primary care: The ID Migraine validation study. *Neurology* 2003;61:375-382.

- **Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, et al.** Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache* 2001;41:646-657.

- **Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, et al.** Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache* 2001;41:646-657.

- **Lipton RB, Stewart WF, Simon D.** Medical consultation for migraine: results from the American Migraine Study. *Headache* 1998;38:87-96.

- **Lipton RB, Stewart WF.** Acute migraine therapy: do doctors understand what patients with migraine want from therapy? *Headache* 1999;39 (suppl 2):S20-S26.

- **Lipton RB, Stewart WF.** Migraine in the United

States: a review of epidemiology and health care use. *Neurology* 1993;43 (suppl 3):S6-S10.

- **Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J.** Epidemiology of headache in a general population - a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991;44:1147-1157.

- **Scher AI, Stewart WF, Liberman J, Lipton RB.** Prevalence of frequent headache in a population sample. *Headache* 1998;38:497-506.

- **Scher AI, Stewart WF, Ricci JA, Lipton RB.** Factors associated with the onset and remission of chronic daily headache in a population-based study. *Pain* 2003;106:81-89.

- **Schwartz B, Stewart WF, Simon D, Lipton RB.** Epidemiology of tension-type headache. *JAMA* 1998;279:381-383.

- **Stewart WF, Lipton RB, Simon D.** Work-related disability: results from the American migraine study. *Cephalalgia* 1996;16:231-238.

- **Terwindt G, Launer L, Ferrari M.** The impact of migraine on quality of life in the general population. The GEM study. *Neurology* 2000; 55:624-629.