Original

KRANION 2002;2:45-52

La migraña en sociedad

I. López[1], J. Marey[2], M. Sánchez de Enciso[1], P. Rodríguez[1], por FIDAP (Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Asistencia de Primer nivel)

RESUMEN

Introducción: La migraña es uno de los tipos de cefalea más frecuentes en la población, y provoca una disminución importante de la calidad de vida a quien la padece.

Objetivos: 1) Realizar una aproximación a las vivencias de los pacientes migrañosos. 2) Estimar las razones que determinan el bajo número de consultas por migraña.

Pacientes y métodos: Se trata de un estudio descriptivo, transversal, abierto, no aleatorizado. Se realizó una encuesta por médicos de atención primaria de la salud (APS) a pacientes ya diagnosticados de migraña.

Resultados: El número total de pacientes recogidos fue 115. El 40% de los diagnósticos correspondió al médico de APS. En el 24,4% de los casos el diagnóstico no estaba establecido o fue de tipo deductivo (desde el paciente o su familia). Sólo un 37,4% dicen tener suficiente información sobre su proceso, y en el 31,3% de los casos refieren que el médico dedicó tiempo suficiente para dicha información. El 68,7% indican que el médico nada más les puede aportar, y el 69,5% confían en un futuro

SUMMARY

Introduction: Migraine is one of the most common types of headache among the general population, and causes a considerable reduction of the quality of life of sufferers.

Aims: 1) To study the personal experiences of patients suffering from migraine; 2) Determine the reasons behind the low number of consultations for migraine headache.

Patients and method: Non-randomised, open, crossed descriptive study. A survey was carried out by primary health care (PHC) physicians of patients already diagnosed for migraine.

Results: A total of 115 patients were studied. 40% of the diagnoses corresponded to the PHC physician. In 24.4% of cases the diagnosis was not firmly established or was deductive (by the patient or the family). Only 37.4% claim to have received sufficient information on their process, and 31.3% cases refer that the physician dedicated time enough to give this information. Sixty eight point seven percent, feel that the physician can provide them with no more help for their condition, and 69.5% are confident that they will improve in the future. The origin (rural,

[1]Atención Primaria de Lugo
[2]Servicio de Neurología del Complejo Hospitalario Juan Canalejo de La Coruña

Dirección para correspondencia:
Isidro López Rodríguez
Salvador de Madariaga, 15,8º izq.
15008 LA CORUÑA
E-mail: ilopezr@medynet.com

mejor. Tanto el origen (rural, urbano), como el sexo, y el estado civil, fueron elementos determinantes de la modalidad de respuesta a diferentes preguntas.

Conclusiones: 1) El médico de APS necesita aumentar su actuación en el diagnóstico y tratamiento de la migraña. 2) El poco tiempo dedicado por el médico del primer nivel asistencial a proporcionar información sobre esta patología constituye el principal factor determinante de la baja tasa de consulta de estos pacientes.

Palabras clave: Migraña. Motivo de consulta. Información. Diagnóstico. Sociedad. Atención primaria. Automedicación.

urban), sex, and marital status, were all determinant elements in the type of response to the different questions.

Conclusions: 1) The PHC physician should increase his understanding of the diagnosis and treatment of migraine; 2) The short amount of time dedicated by primary health care physicians to providing information on this condition is the main factor determining of the low consultation rate of these patients.

Key words: Migraine. Reason for consultation. Information. Diagnosis. Society. Primary Health Care. Self-medication

INTRODUCCIÓN

La cefalea es una experiencia universal en la población humana, y se encuentran referencias de la misma, directas o indirectas, a lo largo de toda la historia de la humanidad[1,2]. El 80% de las cefaleas primarias son migraña o cefalea tensional, las 2 categorías diagnósticas de mayor importancia relativa[3].

La migraña es un síndrome neurológico, que consiste en la presencia episódica y recurrente de crisis con cefalea de intensidad moderada a grave, que duran de 4 a 72 h, y que pueden asociarse a manifestaciones neurológicas reversibles (aura), y a síntomas vasovagales[4].

La prevalencia de dicho padecimiento, en los países de nuestro entorno, se ha estimado en 10-15% de la población general, con una diferencia según sexo que sigue una relación 2-4/1, siempre con predominio del sexo femenino[5-7]. Del impacto socioeconómico de este padecimiento habla la cifra de 162.000 millones de pesetas de pérdida en términos de productividad en España. Junto con esto cabe destacar que los migrañosos puntúan su calidad de vida de un modo inferior a como lo hacen otros enfermos crónicos aquejados de HTA, osteoartritis, o depresión[7].

La importancia de la migraña viene derivada, pues, de todos los componentes aludidos: elevada prevalencia, consecuencias económicas y reducción importante de la calidad de vida de los enfermos.

Resulta paradójico, por tanto, que la demanda de consulta entre los afectados por tal dolencia sea tan baja como el 44%; sabemos, hoy, que el 56% de los migrañosos están sin un diagnóstico médico, y de entre éstos el 58% nunca demandó asistencia médica[8].

Quedan, no obstante, sin dilucidar las causas de la baja frecuencia de consulta médica, máxime cuando el arsenal terapéutico específico ha mejorado notablemente en los últimos años. Por ello, se ha planteado un estudio aproximativo a las razones socioculturales que subyacen en dicha situación, con los objetivos siguientes: 1) analizar las experiencias referidas por los pacientes migrañosos en lo relativo a la repercusión de la migraña en su vida diaria y en sus expectativas, desde la atención primaria; 2) estimar las razones de la baja demanda de asistencia médica observadas, a la par que se efectúa una aproximación al papel del médico de atención primaria en la asistencia a esta patología, y 3) conocer quién indica la medicación a tomar por el paciente, al tiempo que se considera la asociación o relación existente entre las variables sociodemográficas y el comportamiento adoptado por los afectados con respecto a la dolencia.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se diseñó y desarrolló un estudio observacional, transversal, abierto, y no aleatorizado, en el ámbito de la consulta de atención primaria de la salud (APS).

Con dicha finalidad fue elaborada una encuesta específica para los pacientes migrañosos, que recogía información de los siguientes apartados: diagnóstico inicial y aspectos relacionados; motivos, demanda y frecuencia de asistencia médica; tratamiento, seguimiento y satisfacción con la asistencia sanitaria recibida; información, temores y expectativas relativas al proceso patológico sufrido.

Además de esto, se registraron las siguientes variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil y procedencia (rural/urbana).

La encuesta fue realizada de modo individualizado, por personal sanitario, en el ámbito de APS, en condiciones de práctica clínica. Previo a la fase del trabajo de campo se efectuaron sesiones de entrenamientos, una vez consensuada la encuesta entre varios profesionales de distintos centros de salud. En tales sesiones se explicaron los ítems de la encuesta, así como sus modalidades de respuesta, a fin de que no hubiera variabilidad en el registro final. Además de esto todas las encuestas fueron registradas en el programa informático por el mismo miembro, dentro del grupo de estudio. En aquellos casos en los que se encontró dudosa la respuesta emitida se entabló contacto directo con el entrevistador, y se dio solución a la duda.

La muestra se obtuvo, mediante muestreo sistemático y consecutivo, entre los pacientes que acudían a centros de salud, para demanda asistencial por cualquier motivo, y en cuya historia figuraba el diagnóstico de migraña o bien era referido en el momento de la entrevista (según los criterios diagnósticos de la *International Headache Society*[9]). Todos los casos en los que medió consentimiento del paciente se consideraron válidos.

El estudio se inició en abril de 1999 y se concluyó en diciembre de ese mismo año. Todo el trabajo de campo se efectuó en centros de salud de la provincia de Lugo.

Los datos se tabularon y se procesaron estadísticamente, aplicando cálculos de proporciones, rangos, medias y desviación estándar. Se valoró la significación estadística con las pruebas: *Chi-cuadrado* para las variables cualitativas, y *t de Student*, para las variables cuantitativas (umbral de significación: $p < 0,05$). Se indica el intervalo de confianza del 95%, para diferencias de proporciones y medias.

RESULTADOS

La muestra obtenida fue de 115 migrañosos, con la siguiente distribución por sexos (Tabla 1): 31,3% varones, 68,7% mujeres ($p < 0,0001$; IC 95%: 24,5-50,3). La edad media fue de 44,4 años, con una desviación estándar (DE) de 13,2 años, siendo la variación de edad de 23-81 años (el 78% de la muestra tenía más de 34 años). No se observó diferencia significativa en la edad media en función del sexo.

En la muestra obtenida predominaban los migrañosos cuya situación civil correspondía a una convivencia en pareja (71%). Según el ámbito de procedencia el 56,5% procedían del medio rural, y el resto (43,5%) procedían del medio urbano, sin que se observaran diferencias significativas entre ambos grupos. La muestra fue homogénea para edad y sexo en los 2 grupos.

En el 40% de los casos el diagnóstico de migraña fue establecido por el médico de cabecera (Fig. 1), en tanto que el neurólogo fue el que efectuó dicho diagnóstico en el 19% de los pacientes. Otros especialistas intervinieron en la descripción del diagnóstico en un 12% de los casos. En un 24% de los casos se llegó al diagnóstico de un modo deductivo (a través de referencias obtenidas de familiares, vecinos, o amigos).

Sólo el 12,2% de los pacientes consultaron su problema después de un primer episodio de migraña. Nunca habían consultado su cefalea con el médico el 11,3% de los individuos. Los principales motivos de no consulta con el médico, referidos en este apartado, fueron (Fig. 2): buen estado en períodos entre crisis (41,7%), y crisis grave que limitaba su iniciativa (24,3%). Entre los motivos de consulta destacaban: búsqueda de diagnóstico preciso (31,3%), temor a patología grave (24,3%), iniciativa de la familia (16,5%) e indagar sobre tratamientos específicos (19,2%).

El primer tratamiento para este padecimiento fue prescrito por un médico en el 52,2% de las ocasiones, en tanto que en el 26,1% de los casos la indicación fue establecida por algún miembro de la familia o de la vecindad; el 20% de los afectados consiguieron su primer tratamiento directamente en la farmacia.

Durante el último año de su curso evolutivo (Fig. 3), el 40,9% de los afectados no había consultado con

Tabla 1. Características de la muestra

Variables	Frecuencia absoluta (%)	Significación (IC 95%)
N = 115		
Estado civil		
Casados / convivencia en pareja	82	(71,3)
Solteros	1	(0,9)
Separados o divorciados	21	(18,3)
Viudos	11	(9,6)
Sexo		
Hombres	36	(31,3)
Mujeres	79	(68,7) p < 0,0001 (24,5-50,3%)
Procedencia		
Rural	65	(56,5)
Urbana	50	(43,5) p = 0,07
Homogeneidad de la muestra		
Edad media	44,4 años (DE = 13,21)	
Hombres	46,5 años (DE = 12,51)	p = 0,26
Mujeres	43,5 años (DE = 13,50)	
Rural	46,4 años (DE = 15,17)	p = 0,07
Urbano	41,9 años (DE = 9,68)	
Procedencia		
Rural		
Hombres	16 (13,9%)	p = 0,03 (2,6-54,7%)
Mujeres	49 (42,6%)	
Urbana		
Hombres:	21 (18,3%)	p = 0,81
Mujeres:	29 (25,2%)	

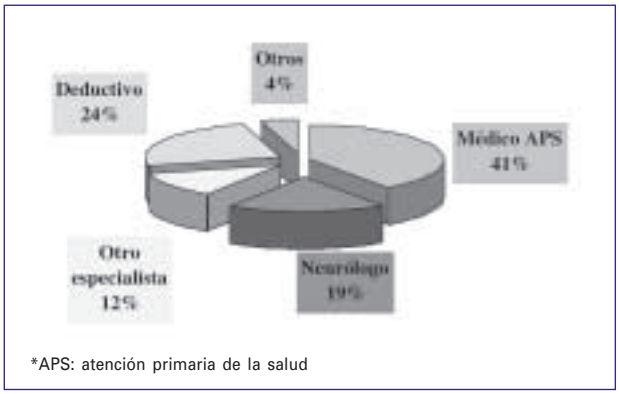

Figura 1. Diagnóstico de migraña.

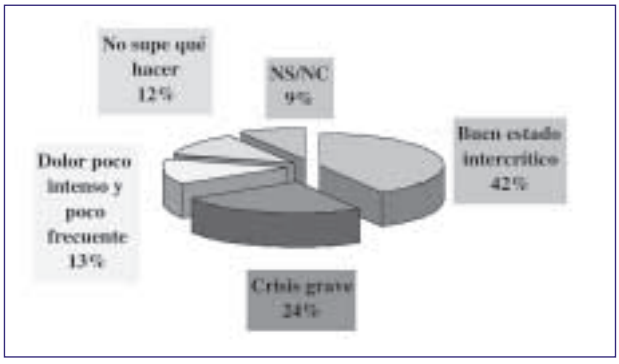

Figura 2. Motivos aducidos para no consultar al médico en los primeros episodios de migraña.

su médico por la cefalea; sólo el 17,4% había acudido al médico de cabecera para una consulta ulterior, y el 14,8% habían optado por el neurólogo para dicha situación. Entre las razones aducidas para tal frecuencia de consulta, destaca que el 68,7% consideraban que nada más se podía hacer por su dolencia. Solamente en el 49,6% de los casos de migraña constaba la existencia de seguimiento por parte de personal dedicado a la asistencia sanitaria. En relación con esto, observamos que la continuación del tratamiento había correspondido al médico en el 66,1% de los casos, en tanto que el 25,2% de los pacientes seguían adquiriendo su medicación directamente en la farmacia.

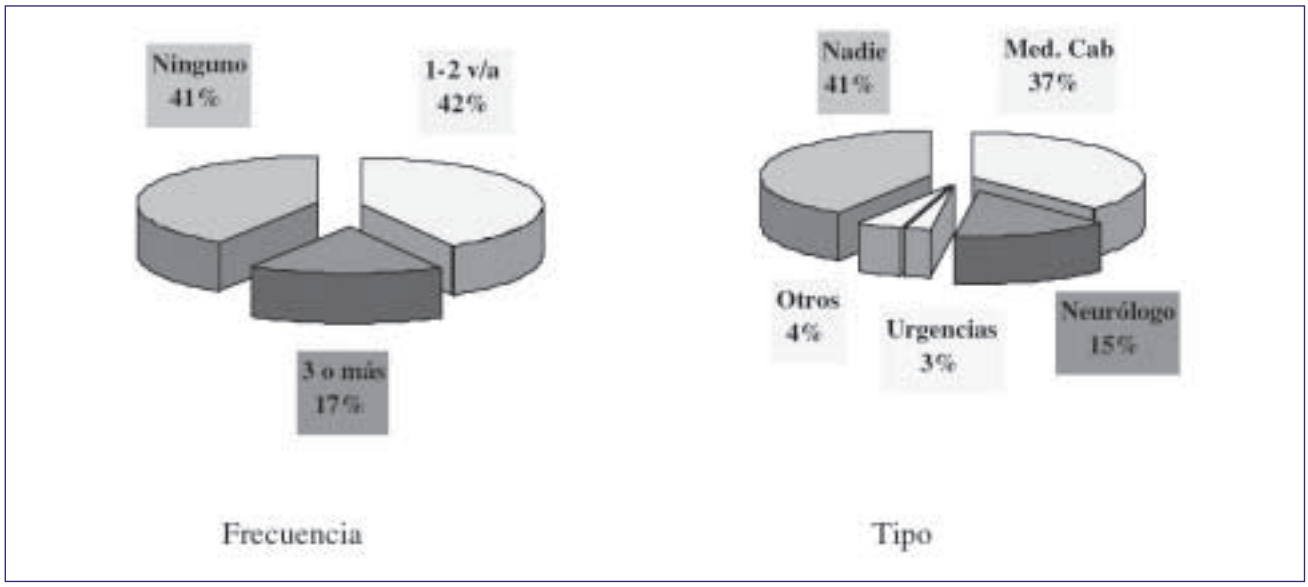

Figura 3. Frecuencia de visitas y tipo de consultas médicas realizadas durante el último año por los pacientes migrañosos de la muestra.

Únicamente el 31,3% de los encuestados se confesaba satisfecho con el tiempo que el médico le había brindado para informarle de su afección, cuando había mediado algún tipo de consulta relacionado con el padecimiento. Para el 36,5% la situación derivada de tal experiencia era de satisfacción parcial.

Tan sólo el 37,4% de los entrevistados consideraba que tenía información suficiente acerca de su dolencia. Tales conocimientos habían sido adquiridos a través de un médico en el 20,9% de los casos, en tanto que eran los medios de comunicación las principales fuentes de información para un 32% de pacientes.

En lo referente a la perspectiva de futuro, en la asistencia de esta dolencia, se obtuvieron los siguientes datos:

- La información escrita sería de utilidad para el 92,1% de los migrañosos evaluados.
- Persistía temor a presentar una dolencia más grave que la migraña en el 40,9% de los pacientes, pese a la confirmación diagnóstica.
- El médico era considerado un agente de utilidad, en términos de ayuda en el manejo de la enfermedad, por el 63,5% de los encuestados.
- El 41,3% de los entrevistados desconocía, en el momento del estudio, la existencia de nuevas opciones farmacológicas para su padecimiento.
- Únicamente el 33% de los pacientes se declaraban seguros de que su dolencia ha de tener solución en el futuro, mientras que el 19,1% parecían resignados a la idea de que su patología no tenía más solución que tomar calmantes.

En un análisis por subgrupos nos encontramos con los siguientes datos:

1. El sexo apareció asociado a una respuesta diferencial, en relación con algunas preguntas del cuestionario: los varones confiaban más en que el médico de cabecera pudiera ayudarles, y manifestaban como principal motivo para no consultar en las primeras crisis el encontrarse bien en los períodos entre crisis. Por el contrario, las mujeres manifestaban que el intenso dolor sufrido durante sus crisis era el principal impedimento para que hicieran una consulta.

2. El grupo de los que vivían en pareja presentaba (sin diferencias significativas según sexo) las siguientes peculiaridades: su primer diagnóstico fue realizado más frecuentemente por el neurólogo y el médico de APS; acudieron con mayor frecuencia a la consulta de un médico durante el primer episodio; obtenían su medicación de continuación, con mayor frecuencia, en la farmacia; decían poseer más información sobre su dolencia, obtenida de médicos, revistas y periódicos; y valoraban más la información escrita.

3. Considerando los grupos rural y urbano, comparativamente, hemos encontrado que los que procedían del medio rural: consultaban con mayor frecuencia a su médico de APS; obtenían el tratamiento de continuación, con mayor frecuencia, del médico de cabecera (y menos de la farmacia); tenían mayor temor a complicaciones graves de su enfermedad; decían tener menos información sobre la migraña (poca procedente de revistas y periódicos); y eran más escépticos en cuanto a una solución futura para su dolencia.

DISCUSIÓN

En la muestra que presentamos se detecta una mayor participación relativa del sexo femenino, lo que no deja de ser una traducción de la distribución por sexos que se observa en la epidemiología de la migraña. Algo más llamativos resultan la edad media (relativamente alta) y la variación de edad observado, con un valor máximo de 81 años. No es ilógico suponer que cualquier otro estudio de similar diseño que se plantee en un medio rural tan envejecido como el nuestro haya de mostrar unos datos equiparables en los aspectos que se han comentado. Del mismo modo, hemos constatado que había una mayor frecuencia de casos entre los que viven en régimen de pareja.

No podemos hablar de población migrañosa sin diagnosticar, por cuanto que nuestra muestra fue elegida entre población ya diagnosticada, pero sí podemos indicar que el médico de cabecera sigue siendo el agente de salud de mayor interés, en el área de la asistencia sanitaria, para el diagnóstico inicial de migraña, que en nuestro caso ha supuesto casi la mitad de los casos. Entre el personal sanitario le sigue en importancia epidemiológica el neurólogo. Estos datos se corresponden con los aportados por otros autores[8,11], quienes han señalado igualmente al médico de APS como el agente sanitario de mayor interés para el diagnóstico de la migraña, circunstancia que tiene que ver con que es considerado como la puerta de entrada del sistema sanitario.

El porcentaje de diagnóstico establecido sin mediación de agentes sanitarios se observó en una cuarta parte de los encuestados. Este porcentaje es claramente diferente al señalado por otros autores[12], cuyas cifras no superan el 50% de los diagnósticos efectuados por un médico; ello podría ser debido, en parte, a una supuesta mayor accesibilidad al sistema sanitario en el medio en que fue realizada esta encuesta.

Pero nuestro estudio apunta, además, algunas de las razones que inciden en la ausencia de consulta con el médico motivada por la migraña, entre aquellos pacientes que no habían consultado su problema después de las primeras crisis. Entre éstas, la de mayor importancia relativa es la de un buen estado de salud entre las crisis. En el contrapunto de tal apreciación se sitúa una cuarta parte de los encuestados, quienes no han realizado consulta médica por padecer una crisis grave que les limitaba completamente, lo que remite a la verdadera magnitud de sus crisis. Carecemos de datos similares de estudios previos al nuestro, pero sí hay referencias indirectas en el sentido de sería precisamente este último grupo el que más se beneficiaría de tratamiento médico[12], una razón más para insistir en su identificación y clasificación correcta.

Sin embargo, entre aquellos que sí consultaron con un médico después de una primera crisis, nos encontramos con que la búsqueda de un diagnóstico preciso fue la razón en el 30% de los casos, lo que podría ser añadido a la siguiente razón en importancia relativa: temor a patología grave. Es decir, más de la mitad de los que buscaron consulta del médico lo hicieron en relación con el diagnóstico. La búsqueda de un remedio farmacológico para su proceso supuso una quinta parte de las consultas. Este aspecto último enlaza con lo comentado en el apartado anterior, y destaca las razones que mueven al paciente, de modo fundamental, para acudir al sistema sanitario.

Si analizamos el tema en relación con el seguimiento de la patología, encontramos que un 40% de los encuestados no volvieron a consultar su problema con un médico, en tanto que más de la mitad de los pacientes sí ha efectuado al menos una visita al año, a personal médico. Es preciso mencionar que esta visita no siempre correspondería a un régimen programado para el control de su migraña, ya que en muchos de los casos se trataría de una nueva demanda puntual de asistencia. A la hora de las consultas sucesivas vuelve a destacar la importancia del médico de cabecera, a tenor de lo ya indicado, y de acuerdo con lo apuntado por otros autores[8,11], como elemento fundamental en el manejo de la migraña.

En relación con el manejo farmacológico de dicha patología, hemos observado que en la mitad de los

casos la primera medicación fue indicada por un médico. Dicho porcentaje ascendía al 66% cuando hablábamos de medicación de continuación (o de renovación de la prescripción). La farmacia ocupa un lugar destacado en el abordaje y manejo farmacológico de la migraña, y dicho papel resulta equiparable al que desempeña la familia, en los casos de primer diagnóstico. Todo ello refleja el campo de actuación que cabe mejorar en cuanto al manejo global de esta dolencia, y que enlaza con las recomendaciones aportadas por otros autores[13,14].

En un análisis más pormenorizado, sí hemos hallado diferencias, como ya se comentó en el apartado de resultados, y que implican aspectos no similares entre los pacientes que conviven en pareja (tiene más importancia para ellos el médico, en cuanto a aspectos de diagnóstico, y la farmacia para temas de tratamiento; dicen estar más informados, y consideran mejor la información escrita) y entre aquellos que procedían del medio rural (otorgan una mayor importancia al médico de cabecera, se muestran más temerosos con respecto a complicaciones graves derivadas de su dolencia, dicen tener menos información, y se confiesan más escépticos con respecto a las soluciones futuras para su mal).

El análisis crítico del trabajo que hemos planteado debe hacerse teniendo en cuenta las siguientes premisas:

a) No es un estudio de prevalencias. La selección de la muestra no permite hablar de medidas de frecuencia de la patología, toda vez que sólo se trata de población de migrañosos reclutados en consulta.

b) No es un estudio de asociación causal. Se trata de un estudio observacional, cuyo objetivo es valorar la existencia de ciertas variables socioculturales que, en parte, motivarían la reducida frecuencia de consultas médicas de los migrañosos.

Por lo tanto, y en virtud de todos estos condicionantes, la discusión de los datos aportados ha de ser planteada más en el esquema de un estudio sociológico de los migrañosos, que de un análisis crítico comparable con otros estudios. Carecemos, en la mayor parte de la secuencia de la discusión, de referentes similares, de nuestro país o de cualquier otro, lo que limita la valoración precisa de lo expuesto, pero sí sirve para establecer una referencia diferente a las halladas, que nos facilite la mejor comprensión del comportamiento de la sociedad para con la migraña, así como mejorar la planificación de la asistencia sanitaria a dicha patología.

CONCLUSIONES

1. En nuestro medio el diagnóstico de migraña es establecido principalmente por un médico (frecuentemente el médico de cabecera).

2. Las razones fundamentales para no haber realizado consulta con el médico en los primeros episodios fueron el buen estado de salud entre crisis y la gravedad de la crisis (que resultó limitante).

3. La principal razón para consulta con el médico después de los primeros episodios de migraña tenía que ver con el diagnóstico del proceso.

4. Casi la mitad de los pacientes aquejados de migraña no realizan consultas con el médico a lo largo de la evolución de la enfermedad, y cuando lo hacen dicha consulta es planteada, mayoritariamente, ante el médico de cabecera.

5. Tanto la primera medicación, como las ulteriores, proceden fundamentalmente de personal facultativo.

6. En nuestra muestra, la convivencia en régimen de pareja se asoció con más frecuencia de consulta inicial, más consulta con un médico, mayor papel de la farmacia en cuanto al tratamiento, mayor información específica, y mejor valoración de la información escrita, y la procedencia del medio rural se asoció con mayor número y frecuencia de consultas a su médico de cabecera, mayor importancia relativa del médico en cuanto a tratamiento, mayor temor a complicaciones graves de su dolencia, menos información, y mayor escepticismo en cuanto a las soluciones futuras para su problema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Liaño H. Introducción y justificación de esta obra. En: Programa de formación en Neurología – Dolor de cabeza. Madrid: Ediciones Ergon SA 2000:1-3.
2. Calero S. Generalidades. Formación Médica Continuada 1999;6(Suppl 10):1-7.

3. SemFyC. Cefalea. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria 1999.
4. Solomon GD, Lee TG, Solomon CS. Manual Clínico sobre la Migraña. Madrid: Science Press 1998.
5. Martínez JM. Migraña: epidemiología, fisiopatología y diagnóstico. Formación Médica Continuada 1999;6(Suppl 10):21-9.
6. Pascual J. Migraña y cefalea en racimos. Medicine 1998; 7:4138-44.
7. Láinez JM. Prevalencia e impacto socioeconómico de la migraña. En: ADITUS, Programa de Formación (ed.). Diagnóstico Diferencial y Tratamiento de la Jaqueca. Madrid: Ediciones Ergon SA 1998:1-13.
8. Lipton RB, Stewart WF, Simons D. Medical Consultation for Migraine: Results From the American Migraine Study. Headache 1998;38:87-96.
9. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain. Cephalalgia 1988;8(Suppl 7):1-96.
10. Leira R. Migraña o jaqueca: estrategia diagnóstica y terapéutica. Papel del naratriptan en asistencia primaria. DIMECO 2000;2-12.
11. Stang PE, Osterhaus JT, Celentano DD. Migraine: patterns of healthcare utilization. Neurology 1994;44(Suppl 4):47-55.
12. Lipton RB, Stewart WF, Celentano DD, Reed ML. Undiagnosed Migraine Headaches. A Comparison of Symptom-Based and Reported Physician Diagnosis. Arch Intern Med 1992;152:1273-8.
13. Lipton RB, Amatniek JC, Ferrari MD, Gross M. Migraine. Identifying and removing barriers to care. Neurology 1994;44(Suppl 4):63-8.
14. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of Migraine Headache in the United States. Relation to Age, Income, Race, and Other Sociodemographic Factors. JAMA 1992;267:64-9.