

Actitud del neurólogo español frente a la migraña: resultados del proyecto CIEN-mig (I)

Julio Pascual, Margarita Sánchez del Río, María Dolores Jiménez, José Miguel Láinez-Andrés, Valentín Mateos, Rogelio Leira, Patricia Pozo-Rosich, Carlos Guzmán-Quilo

Introducción. La cefalea es el motivo neurológico más frecuente de consulta en nuestro país.

Objetivo. Obtener datos descriptivos de la actitud y satisfacción del neurólogo en cuanto al diagnóstico, repercusión y manejo de las cefaleas, y de la migraña en particular, y de las relaciones con la atención primaria.

Sujetos y métodos. Participaron un total de 160 especialistas que contestaron por vía electrónica cinco cuestionarios durante un año. Los resultados de pacientes se obtuvieron un día estándar de consulta para los 10 primeros pacientes.

Resultados. El número medio de pacientes por día fue de 20,7. Un 36% consultó por cefalea, la mayoría menores de 50 años y mujeres. La mitad padecía migraña, de los que el 70% tenía afectación moderada-grave de sus actividades. Casi la mitad había faltado al menos un día al trabajo por este motivo el mes anterior. Los neurólogos consideran que los médicos de atención primaria tienen una formación en cefaleas mejorable, sobre todo en el tratamiento preventivo. Se solicitaron estudios complementarios a un porcentaje relativamente bajo de pacientes, siendo la tomografía computarizada de cráneo (35%) el estudio más frecuente. La mayoría utilizó triptanes en la fase leve del dolor, y neuromoduladores o betabloqueantes para el tratamiento preventivo.

Conclusiones. La migraña es la primera causa de consulta a nuestros servicios de neurología e impacta negativamente en la calidad de vida de los pacientes, mayoritariamente mujeres menores de 50 años. Su manejo es claramente mejorable, y es necesaria una mayor coordinación entre atención primaria-especializada y un mayor uso de los fármacos más eficaces.

Palabras clave. Migraña. Neuromoduladores. Triptanes.

Introducción

La cefalea es el motivo más frecuente de consulta a los servicios de neurología de nuestro país. Las cefaleas primarias justifican más del 80% de las consultas ambulatorias por dolor de cabeza como síntoma guía. A pesar de la mayor prevalencia de la cefalea tensional en la población general, la migraña es la cefalea por la cual somos consultados más frecuentemente, ya que condiciona una mayor discapacidad. El abordaje de la migraña en los servicios de neurología de nuestro país ha sido examinado en estudios previos [1-9]. Por un lado, estos estudios han analizado aspectos puntuales, como el manejo terapéutico o el impacto de la migraña en la calidad de vida, y, por otro, los últimos 10 años han marcado una auténtica revolución en muchos aspectos de la realidad de la migraña. Por ejemplo, disponemos de una nueva clasificación diagnóstica con novedades importantes en lo que se refiere a la migraña [10], entre las que destacaríamos la inclusión en la nueva clasificación de la migraña crónica [11]. Lo mismo ha ocurrido en el terreno terapéutico, donde hemos asistido a

la explosión del grupo farmacológico de los triptanes en el campo del tratamiento agudo [12] y al desembarco de los neuromoduladores [13], sobre todo del topiramato [14], en el tratamiento preventivo. Nuestro país ha vivido también un importante cambio en la estructura organizativa de la atención primaria, nivel que atiende en primera instancia a las cefaleas y, por tanto, crucial en las vías clínicas del dolor de cabeza. Todo ello justifica, sin duda, que nos propusiéramos reanalizar en detalle la situación de las cefaleas, en general, y de la migraña, en particular, en nuestro medio, y así nació la idea del proyecto CIEN-mig. El objetivo particular de esta primera parte del proyecto fue obtener datos descriptivos de la actitud y satisfacción del especialista de neurología de nuestro país en cuanto al diagnóstico, repercusión y manejo terapéutico de la migraña, así como de sus relaciones con el médico de atención primaria.

Sujetos y métodos

El proyecto CIEN-mig nace como una colaboración

Servicios de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias; Oviedo (J. Pascual). Hospital Rúber Internacional; Madrid (M. Sánchez del Río). Hospital Universitario Virgen del Rocío; Sevilla (M.D. Jiménez). Hospital Clínico; Valencia (J.M. Láinez-Andrés). Centro Médico de Asturias; Oviedo (V. Mateos). Hospital Clínico Universitario; Santiago de Compostela, A Coruña (R. Leira). Hospital Universitari Vall d'Hebron; Barcelona (P. Pozo-Rosich). Departamento Médico; Janssen-Cilag España; Barcelona (C. Guzmán-Quilo).

Correspondencia:

Dr. Julio Pascual Gómez. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias. Celestino Villamil, s/n. E-36006 Oviedo (Asturias).

E-mail:

juliopascual@telefonica.net

Conflictos de interés:

C.G.Q. trabaja en el Departamento Médico de Janssen-Cilag España, que subvencionó el proyecto. Los demás autores manifiestan no tener conflictos de interés.

Aceptado tras revisión externa: 19.04.10.

Cómo citar este artículo:

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). Rev Neurol 2010; 50: 577-83.

Investigadores participantes en el proyecto Cien-mig:

E. Corredera García, S. Mederer Hengstl, A. Pato Pato, J. Sánchez Herrero, M. Seijo Martínez, L.C. Álvaro González, N. Foncea Beti, J.C. García-Moncó, J.M. García Sánchez, A. Ares Luque, G. Moris de la Tassa, J. Peña, J.M. Sánchez Álvarez, M. Menéndez González, V. Mateos Marcos, J.A. Vidal Sánchez, J.C. Gómez Esteban, I. Mateo Fernández, I. Rouco Axpe,

F. Velasco Juanes, J.J. Poza Aldea, R. Zabalza Estévez, D.A. García Estévez, J. Marey López, J.M. Paz González, R. Pego Reigosa, R. Leira Muñio, M. Llánez González, M.M. Castellanos Rodrigo, O. Fábregues, G. Sansa Fayos, C. García Carreira, J.M. Soler Insa, A. Jaén Peraire, J. Massons Cirera, C. Oliveras Ley, J. Pons Brugada, S. Huertas, P. Quilez, A. Rey Pérez, P. Comas Bergua, J. Battle Nadal, A. Moral Pijaupe, L. Brieva Ruiz, C. Roig, V.J. García Gil, J. Gascón Bayarri, M. Huerta Villanueva, P. Pozo Rosich, B. Robles del Olmo, A. Cano Orgaz, N. Pérez de la Ossa, A. Planas Comes, F. Espada Oliván, D. Escudero, J. Sánchez Ojanguren, A.M. Latorre Jimenes, M. Bestué Cardiel, M. Gracia Naya, A. López López, S. Sánchez Valiente, J.M. Sanz Asín, J.A. Mauri Llerda, S. Santos Lasaosa, F. Lacruz Bescos, P. Quesada Jiménez, G. Soriano Hernández, E.I. Khan Mejía, J. Meca Lallana, H. Rodríguez Hilarío, S. Díaz Insa, R. Muñoz Lacalle, N. Pérez Carmona, J. Tembl Ferrairo, J. Escudero Torrella, L. Landete Pascual, J. Parra Martínez, J.M. Callejo Domínguez, N. López Hernández, V. Medrano Martínez, J.A. Monge Argilés, R. Gil Gimeno, J.M. Láinez Andrés, E. Meneu García, A. Piera Balbastre, C. Perla Muedra, M. Monzón Monguilao, E. Alias Linares, J.A. Iniesta Valera, J. Marín Marín, F. Coria Balanzat, A. García Trujillo, F.J. Molina Martínez, A.M. Pujol Nuez, V.M. Araña Toledo, M. Hervás García, M. Vázquez Espinar, A. Guillem Mesado, H. Bhathal Guede, A.B. Caminero Rodríguez, M.A. Conde Sendín, D. Ezpeleta Echevarri, A. Esquivel López, M.L. Martínez Ginés, G. García Ribas, M. Lara Lara, F.J. Buisán Catevilla, A. Miralles Martínez, C. Oreja Guevara, M. Sánchez del Río, F. Vivancos Matillano, J.C. Martínez Castrillo, J. Masjuán Vallejo, A. Yusta Izquierdo, R. Dorado Taquiguchi, C. Escamilla Crespo, M.J. Fernández Pérez de Villalain, A. Guerrero Sola, J. Porta, Y. Berdei Montero, P. Cabelos Pérez, D.M. Campos Blanco, J. Martín Polo, J. Pascual Gómez, J.J. Ruiz Ezquerro, F. Alonso Frech, F. Barriga Hernández, M.D. Castro Vilanova, M.D. Torrecillas Narváez, J.L. Dobato Ayuso, J.A. Pareja Grande, E. Cano Vargas, J.A. Garrido Robres, R. Huertas Arroyo, I. López-Zuazo, E. Orts Castro, C. Prieto Jurczynska, J. Almajano Martínez, M.C. García de Casasola, M. López Roa, N. Ruiz Lavilla, E. Franco Macías, J.M. García Moreno, F. Gómez Aranda, D. Jiménez Hernández, C. Márquez Infante, J. Patrignani Ochoa, J. Viguera Romero, F.J. Garzón Maldonado, J.A. Heras

Tabla I. Perfil general del neurólogo participante en el estudio ($n = 160$).

Edad (media \pm desviación estándar)		42 \pm 6,9
Sexo	Hombre	122 (76%)
	Mujer	38 (24%)
Centro de trabajo	Ambulatorio/consultorio	14 (9%)
	Hospital	108 (67%)
	Ambos	39 (24%)
Ejercicio profesional	Privado	6 (3,8%)
	Público	111 (69%)
	Ambos	43 (27%)
Años de ejercicio	De 0 a 10	58 (36%)
	De 11 a 20	60 (38%)
	Más de 20	42 (26%)
Pertenece al grupo de cefaleas de la SEN	Sí	61 (39%)
	No	97 (61%)
Padece migrañas	Sí	61 (38,6%)
	No	98 (61,4%)

SEN: Sociedad Española de Neurología.

entre los integrantes del grupo de estudio de cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y la compañía Janssen-Cilag, que subvencionó científicamente el proyecto. El comité científico del proyecto CIEN (compuesto por los firmantes de este manuscrito) identificó y envió invitaciones para participar en este proyecto a 168 neurólogos españoles. Un total de 160 especialistas de neurología aceptaron participar en el estudio. La selección se llevó a cabo atendiendo, en primer lugar, a criterios geográficos (Fig. 1). El perfil general del neurólogo participante aparece recogido en la tabla I. No se observaron diferencias significativas para ninguno de los ítems recogidos en la tabla I en ninguna de las áreas geográficas. El 71,1% de los neurólogos consideraba tener una formación adecuada en cefaleas suficiente para desenvolverse en este terreno, pero no se autocalificaba como experto en cefaleas; el 28,3% se consideraba experto; y sólo el 0,6% pensaba que tenía una formación deficiente en cefaleas. Un 85% había participado en alguna actividad formativa en cefaleas; el 53% lo había hecho en alguna ocasión como ponente o formador. Un 37,1% pertenecía al grupo de estudio de cefaleas de la SEN. Un 38,6% de los neurólogos participantes manifestaba padecer migraña.

El comité científico del proyecto CIEN-mig elaboró cinco cuestionarios que los neurólogos participantes recibieron y contestaron por vía electrónica durante el año 2007. Los cuestionarios contenían preguntas acerca del perfil del neurólogo (datos ya comentados en este apartado), de la prevalencia y repercusión de la migraña (datos que había que recoger prospectivamente en 10 pacientes consecutivos de un día de consulta), de la actitud y relación del especialista con el médico de atención primaria y de su satisfacción con las opciones actuales del manejo terapéutico. El análisis estadístico de los datos se efectuó usando el programa SAS, v. 9.1.3, por Infociencia Clinical Research SL.

Resultados

Encuesta de prevalencia

Esta encuesta se llevó a cabo teniendo en cuenta los primeros pacientes que acudieron a la consulta en el día señalado para la recogida de datos (un día de consulta estándar escogido por cada neurólogo en un período de tiempo determinado). El número medio de pacientes/día atendidos en la consulta de los neurólogos participantes fue de 20,7. De ellos, 7,41 (36%; límites: 2-26) consultaron por cefalea. Había un claro predominio de las mujeres (73%). La mayoría de los pacientes (69%) procedía de atención primaria o urgencias (16%). La distribución por diagnósticos de las cefaleas se ilustra en la figura 2. La mitad (el 49,9% de los pacientes) reunía criterios de migraña. Los intervalos de edad se recogen en la figura 3. El 75% de los pacientes que consultaban tenía menos de 50 años de edad. Los motivos por los que los pacientes fueron remitidos al neurólogo se ilustran en la figura 4. Una elevada frecuencia de las crisis y la ineficacia del tratamiento sintomático fueron los motivos más frecuentes. El 76% de los neurólogos afirmó seguir los criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS) para el diagnóstico de éstas.

Encuesta de repercusión de la migraña

Los días de dolor por mes se ilustran en la figura 5. El 37% de los pacientes tenía entre 3 y 10 días de dolor al mes. El grado de afectación de la migraña en las actividades de la vida diaria fue considerado como: sin afectación (el 5% de los pacientes), afectación ligera (25%) y con afectación moderada-grave (70%). Los principales aspectos de la vida diaria que se vieron afectados por la migraña fueron, por este

Figura 1. Distribución geográfica de los neurólogos participantes en el estudio.

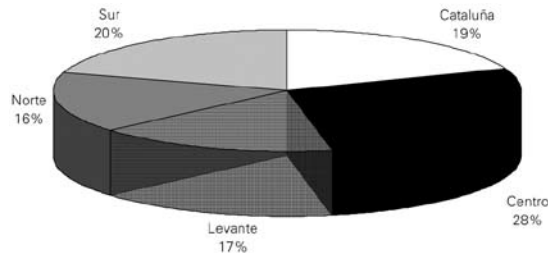
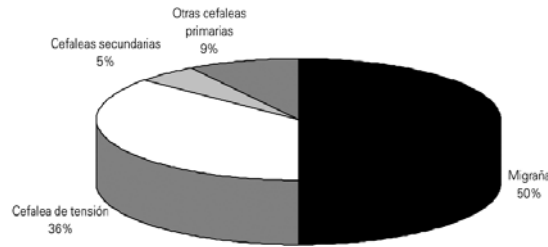


Figura 2. Distribución por diagnósticos de las cefaleas.



Pérez, P. Medialdea Natera, F. Pérez Errazquin, V. Serrano Castro, J.J. Asensio Marchante, A. Blanco Ollero, S. Cousido Martínez-Conde, A. Robledo Strauss, A. Arjona Padillo, A. Gómez Camello, V. Moreno Alegre, J. Olivares Romero, O. Vega López, C. Jurado Cobo, C. Sánchez Ortiz, J.M. Girón Úbeda, R. Merion de Torres, M.A. Moya Molina, M. Cabrera Serrano, B. Cueli Rincón, G. Frieria Acebal, J.J. Aguirre Sánchez, C. Cáceres Marzal, I. Casado Naranjo, F.J. Hernández Ramos, J. Vaquerizo Madrid.

© 2010 Revista de Neurología

Figura 3. Distribución por edades de los pacientes del estudio.

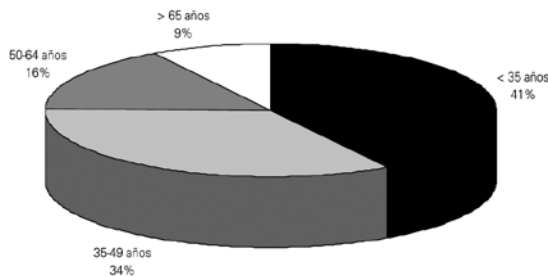
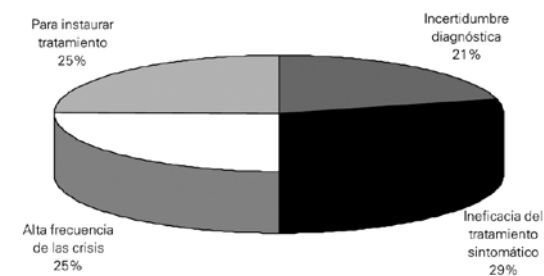


Figura 4. Motivos de remisión del paciente a la consulta de neurología.



orden, el trabajo o los estudios (54%), la vida familiar (27%) y las actividades de ocio y tiempo libre (19%). El número de días no trabajados por migraña el último mes aparece recogido en la figura 6. El 46% de los pacientes afirmaba haber faltado a trabajar el último mes al menos un día a consecuencia de la migraña. Tan sólo el 18,5% de los pacientes que consultaron no había trabajado con migraña ningún día durante el último mes; el 19,1% había trabajado con migraña un día al mes; el 28,7% entre uno y tres días al mes; y el 33,7% había trabajado con migraña más de tres días el último mes. El porcentaje del rendimiento laboral los días con migraña fue de menos del 50% en el 35,6% de los pacientes, entre el 50-80% en el 52,1%, y por encima del 80% en el 12,3%. El 74,8% de los pacientes afirmó que mejoraba 'bastante o mucho' la repercusión de las crisis con el tratamiento sintomático. El 60,1% de los pacientes mejoraba al menos en un 50% las consecuencias de la migraña para su funcionamiento en la vida habitual con el tratamiento preventivo. Los aspectos de la vida diaria que más mejoraron

con el tratamiento preventivo fueron: el trabajo o los estudios (26,3%), la vida familiar (15,3%), las actividades de ocio y tiempo libre (8,4%) y todos los anteriores por igual (50%).

Encuesta de relación con el médico de primaria

Los resultados referentes a este apartado aparecen desarrollados en la tabla II. En general, los neurólogos encuestados consideran que la mayoría de los médicos de primaria tienen una formación insuficiente en cefaleas, que el manejo del tratamiento preventivo es mejorable, y que la mejora de la relación entre atención primaria y especializada ayudaría a conseguir un mejor manejo de la migraña y reduciría los pacientes referidos.

Actitud del neurólogo con la migraña

La proporción de pacientes con migraña a quienes el neurólogo solicitó los diversos estudios complementarios aparece detallada en la figura 7. El uso

Tabla II. Relación con el médico de atención primaria (AP).

Porcentaje de médicos que AP que tienen una formación adecuada en cefaleas	< 50%	60%
	50-74%	37%
	> 75%	3%
Aspectos en los que considera insuficiente la formación de los médicos de AP	Diagnóstico	21%
	Manejo de fármacos en fase aguda	2%
	Manejo de fármacos preventivos	48%
	Todos por igual	30%
Tiene contacto regular con los médicos de AP	Sí	50%
	No	50%
Razón de no contacto con médicos de AP	Estructura administrativa	49%
	Falta de tiempo	22%
	Falta global de buena coordinación con AP	23%
	Número elevado de centros	6%
Un contacto fluido con el médico de AP reduciría el número de pacientes con cefalea referidos a su consulta	Sí	87%
	No	13%
Un manejo inapropiado en AP puede influir en la cronificación de estos pacientes	Sí	100%
	No	0%

de fármacos para el tratamiento sintomático se recoge en la figura 8. La mayoría de los especialistas recomendó triptanes (62%), sobre todo cuando el dolor era leve (67%), o antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (52%). En lo referente al tratamiento preventivo administrado (Fig. 9), los fármacos más utilizados fueron los neuromoduladores y los beta-bloqueantes. Los motivos principales por los que se administraron los fármacos preventivos fueron, por este orden: alta frecuencia de las crisis (70%), crisis muy discapacitantes (33,7%), mala respuesta al tratamiento sintomático (28%) y presencia de aura (10,3%). En cuanto a los posibles efectos secundarios del tratamiento preventivo prescrito, el 1,6% no informaba de ellos o lo hacía de forma muy puntual, el 49,2% informaba habitualmente sobre algunos de los efectos secundarios y el mismo porcentaje exhaustivamente al respecto y para todos los grupos farmacológicos. Finalmente, en relación con los posibles beneficios de la medicación preventiva prescrita, el 53,9% informaba sobre el posible porcentaje de reducción de sus crisis y el 39,8% sobre el tiempo esperable para que cada fármaco comenzara a ser eficaz.

Figura 5. Días de dolor al mes de los pacientes con migraña.

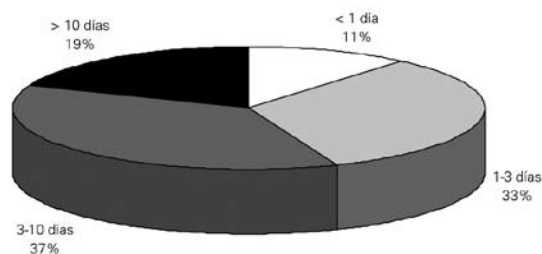
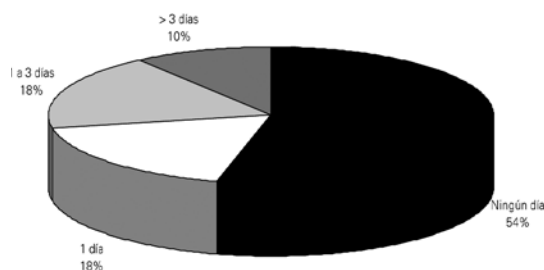


Figura 6. Días no trabajados por migraña el último mes.



Discusión

En este estudio participaron una muestra muy significativa de los neurólogos de nuestro país. Aunque la muestra no es aleatoria, sí es representativa de los neurólogos que atienden en la práctica a los pacientes que consultan por cefalea en nuestro país. Aunque, por razones obvias, en el estudio participaron neurólogos expertos específicos en cefalea, menos del 30% de los neurólogos participantes eran expertos en cefaleas, y menos del 40% eran miembros del grupo de cefaleas de la SEN. Tuvimos también especial cuidado de incluir una distribución geográfica proporcional al número de habitantes (aunque no encontramos diferencias significativas entre las diferentes áreas geográficas), así como neurólogos de edad, género y lugar de trabajo representativos de la realidad de nuestro país. Estos datos permiten también analizar algunos aspectos asistenciales relevantes de la neurología ambulatoria de nuestro país. Por ejemplo, indican que el número medio de pacientes que atiende un neurólogo en España es de 20,7 al día, lo que da una

idea de la sobrecarga de las consultas ambulatorias de nuestra especialidad.

Nuestros resultados confirman que las cefaleas son el primer motivo de consulta a nuestros servicios de neurología: en este estudio algo más de un tercio de los pacientes que acuden a nuestras consultas lo hace por dolor de cabeza como síntoma guía. Este porcentaje es ligeramente superior al encontrado en estudios previos llevados a cabo en nuestro medio, que ha sido habitualmente de alrededor del 25% [2-5,7]. Hay dos posibles explicaciones para justificar esta diferencia. Probablemente, el porcentaje más elevado de pacientes que consultan en este estudio se deba en parte a que alrededor de un tercio de los neurólogos participantes podría ser considerado como experto en cefaleas, lo que ha podido sesgar de alguna manera la proporción de pacientes con cefalea que acudieron a la consulta en el día señalado. No podemos descartar, sin embargo, que en los últimos años se haya asistido a un incremento real de las consultas por cefaleas, bien por una insuficiente formación de los médicos de atención primaria en cefaleas, bien por la aparición de nuevas opciones de tratamiento, como los triptanes o los neuromoduladores, fármacos poco empleados en el primer nivel asistencial [12-14].

La mitad de los pacientes fueron diagnosticados de migraña, lo que confirma que la migraña es el primer motivo de consulta en nuestros servicios de neurología. Tres de cada cuatro pacientes que consultan por cefaleas son mujeres y tienen menos de 50 años, con todo lo que ello supone de impacto negativo en el momento de mayor exigencia personal y laboral de la vida. De este impacto negativo que condiciona la migraña dan idea algunos de los resultados recogidos en nuestra encuesta y que son coincidentes con estudios previos [15,16]. Así, aproximadamente la mitad de los pacientes que consultan había perdido un día de trabajo por este motivo el mes anterior y, además, había trabajado con dolor uno o más días el mes anterior con un rendimiento claramente inferior al habitual. La migraña es, por tanto, una entidad que todo neurólogo con asistencia ambulatoria debe saber manejar en detalle y en la que deberían hacer énfasis los programas de formación de residentes de nuestra especialidad, que probablemente hagan hincapié en entidades neurológicas más raras y muchas veces con menos repercusión para las actividades de la vida diaria.

La mayoría de los pacientes provenía de la atención primaria. Dada la elevada frecuencia de las consultas por cefalea también en el primer nivel asistencial, la formación en cefaleas y, en concreto, en el diagnóstico y manejo básico de las formas es-

Figura 7. Estudios complementarios solicitados a los pacientes con migraña.

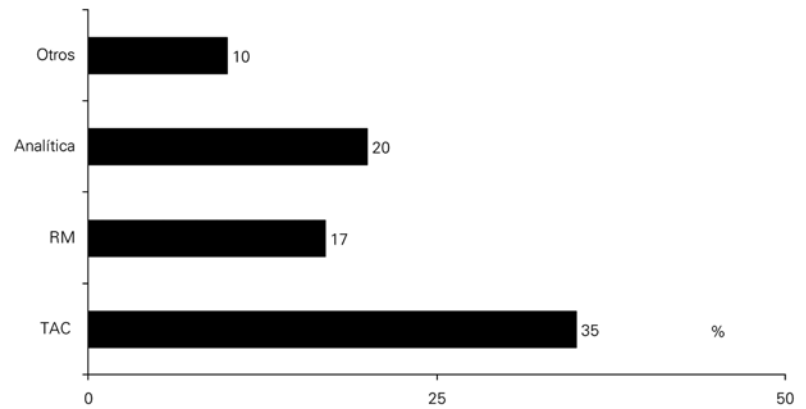


Figura 8. Tratamiento sintomático empleado en los pacientes con migraña.

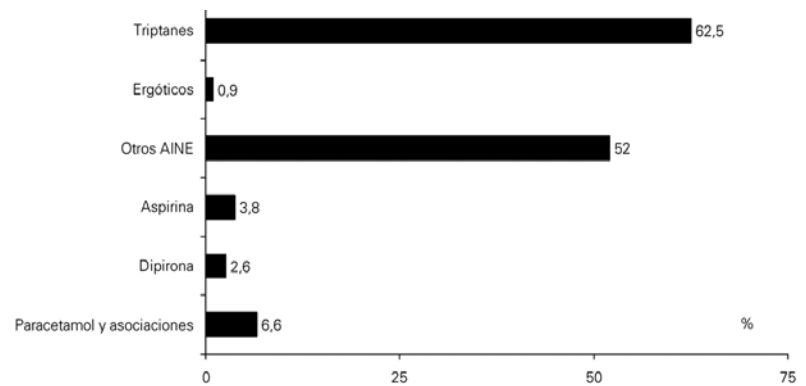
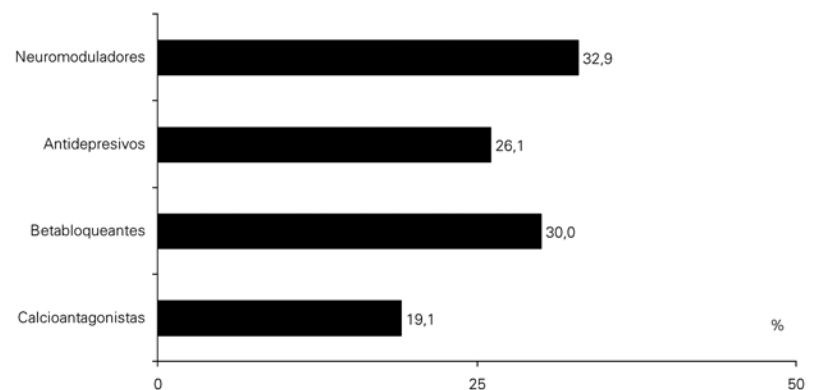


Figura 9. Tratamiento preventivo empleado en los pacientes con migraña.



tándar de migraña debe reforzarse en nuestro país. Los principales motivos de consulta al especialista fueron la alta frecuencia de las crisis y la ineficacia del tratamiento sintomático. Sin duda, estos dos motivos reflejan la situación actual de nuestro país en lo que al tratamiento de la migraña se refiere. Datos recientes indican que menos del 10% de los pacientes que consulta por migraña recibe tratamiento preventivo (cuando lo necesitarían entre un 25-50%) y que sólo alrededor del 10% de los pacientes que consultan recibe triptanes, la medicación de elección en el tratamiento de las crisis de migraña moderadas-graves [17,18]. De la inseguridad de buena parte de los médicos de atención primaria en el diagnóstico y el manejo de la migraña dan fe dos resultados de este trabajo: casi el 30% de los pacientes remitidos por migraña eran enviados para instaurar tratamiento y uno de cada cuatro por incertidumbre diagnóstica. Estos datos han sido confirmados recientemente en un estudio *ad hoc*, en el que más de la mitad de los médicos de atención primaria no seleccionados tuvieron dificultades para el diagnóstico y el tratamiento (sintomático y preventivo) de un caso estándar de migraña sin aura [19]. En nuestra encuesta, el especialista considera que casi dos tercios de los médicos de atención primaria tienen una formación claramente insuficiente en cefaleas, sobre todo en lo referente al manejo de los tratamientos preventivos y el diagnóstico. Aunque el 100% de los neurólogos encuestados considera que un manejo inapropiado de la migraña en el primer nivel asistencial puede contribuir a la cronificación de la cefalea, sólo la mitad de los neurólogos tienen relación fluida con los médicos de atención primaria, casi siempre por razones administrativas o por falta de tiempo material. Una de las conclusiones obvias de este estudio es que la relación primaria-especializada en este punto en particular ha de mejorarse. Aparte de los aspectos organizativos locales, las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas han de ser consensuadas y válidas en el futuro para los dos estamentos [20].

Por último, los datos de manejo diagnóstico y terapéutico del paciente migrañoso por parte del especialista son los esperables teniendo en cuenta las recomendaciones actuales [21]. La tomografía computarizada de cráneo se solicitó en alrededor de un tercio de los pacientes con migraña y la resonancia de cráneo en menos del 20% de los pacientes. Dejando aparte las determinaciones analíticas, se solicitaron otros estudios en menos del 10% de los pacientes. Aunque la mayoría de los especialistas utiliza los criterios diagnósticos de la IHS, pocos pasan encuestas de calidad de vida o de repercusión

de la migraña, lo que quizá refleje la elevada sobrecarga asistencial. El especialista basa la mayor parte del tratamiento sintomático en el uso de triptanes, que acertadamente recomienda utilizar cuando al dolor es aún leve [22], y AINE. El tratamiento preventivo se distribuye por igual entre betabloqueantes y neuromoduladores y, en menor medida, flunaricina o antidepresivos, lo que está en línea con las recomendaciones de nuestro país y de otras sociedades científicas internacionales [21,23,24]. Los triptanes y los neuromoduladores son los grupos farmacológicos mejor valorados por el especialista de neurología, lo que confirma que estas novedades terapéuticas se han traducido en un claro avance en el tratamiento del paciente migrañoso.

En conclusión, los datos del estudio CIEN-mig confirman que la migraña es la primera causa de consulta a los servicios de neurología de nuestro país. La migraña impacta muy negativamente en la calidad de vida de los pacientes que consultan, mayoritariamente mujeres menores de 50 años. A pesar de ello, el manejo de la migraña es claramente mejorable en nuestro país, y son necesarios una mayor coordinación primaria-especializada y un mayor uso de los fármacos más útiles en estos pacientes, triptanes precoces en cuanto al tratamiento agudo y neuromoduladores, sobre todo, para el caso del tratamiento preventivo.

Bibliografía

1. Pascual J, Combarros O, Leno C, Polo JM, Rebollo M, Berciano J. Distribución por diagnósticos del dolor de cabeza como motivo de consulta neurológica. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 161-4.
2. Gracia-Naya M, Marta E, Usón M, Carod J. Un estudio descriptivo epidemiológico de una consulta de neurología ambulatoria. *Rev Neurol* 1996; 24: 633-7.
3. Gracia-Naya M, Usón-Martín MM. Estudio multicéntrico transversal de la asistencia neurológica ambulatoria en el sistema de salud español en Aragón: resultados globales. *Rev Neurol* 1997; 25: 194-9.
4. Gracia-Naya M. La importancia de las cefaleas en las consultas de neurología. Grupo de estudio de neurólogos aragoneses. *Rev Neurol* 1999; 29: 393-6.
5. Bueno V, Hernández M, Guerrero AL, Ponce MA, Ovejero A. Estudio epidemiológico prospectivo de la consulta externa en un servicio de neurología de la provincia de Palencia. *Neurología* 2000; 15: 388-92.
6. Gracia-Naya M; Grupo de Estudio de Neurólogos Aragoneses. Cefalea de tensión crónica en la consulta externa de neurología. *Rev Neurol* 2000; 31: 929-32.
7. González-Menacho J, Olivé Plana JM. Epidemiología de las enfermedades neurológicas ambulatorias en el Baix Camp. *Neurología* 2001; 16: 154-62.
8. Leira R, Láinez JM, Láinez JM, Díez-Tejedor E, Morales F, Titus F, et al. Estudio español de calidad de vida en migraña (II). Perfil del paciente con migraña que acude a consultas de neurología. *Neurología* 1999; 13: 287-91.
9. Pascual J, Leira R, Láinez JM, Alberca R, Titus F, Morales F, et al. Estudio español de calidad de vida en migraña (II). Perfil

- de consumo de medicación y eficacia subjetiva. *Neurología* 1999; 14: 204-9.
10. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl 1): S9-160.
 11. Headache Classification Committee. New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. *Cephalalgia* 2006; 26: 742-6.
 12. Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB, Goadsby PJ. Oral triptans (serotonin 5-HT_{1B/1D} agonists) in acute treatment of migraine: a meta-analysis of 53 trials. *Lancet* 2001; 358: 16668-75.
 13. Pascual-Gómez J. Neuromoduladores. Papel de los neuromoduladores en el tratamiento preventivo de la migraña. *Rev Neurol* 2009; 49: 25-32.
 14. Pascual J, Sánchez del Río M, Mateos V, Láinez JM, Hernández-Gallego J, Leira R, Jiménez MD. Topiramato en pacientes con migraña refractaria: un estudio observacional, multicéntrico en España. *Neurología* 2003; 18: 364-7.
 15. Gracia-Naya M, Alarcia-Alejos R, Modrego-Pardo PJ. La importancia de la migraña crónica en un servicio de neurología general. *Rev Neurol* 2008; 46: 577-81.
 16. Láinez JM. Impacto socioeconómico de la migraña en el medio laboral. *Medicina del Trabajo* 1994; 3: 113-6.
 17. Láinez JM, Leira J, Pascual J, Díez-Tejedor E, Morales F, Titus F, et al. Quality of life and migraine: a multicentre Spanish study. In Olesen J, Steiner TJ, Lipton RB, eds. Reducing the burden of headache. *Frontiers of Headache Research*, vol. 11. Oxford: Oxford University Press; 2003. p. 148-52.
 18. Mateos V, Díaz-Insa SI, Morera J, Porta J, Pascual J, Matías-Guiu J. Manejo de la migraña en las consultas de neurología en España: resultados del programa PALM. *Neurología* 2007; 3 (Supl 4): S7-14.
 19. Pascual J, Sánchez-Escudero A, Castillo J. Necesidades de formación del médico de atención primaria en cefaleas. *Neurología* 2010 [in press].
 20. Láinez JM, Castillo J, González VM, Otero M, Mateos V, Leira R, et al. Guía de recomendaciones para el tratamiento de la migraña en la práctica clínica. *Rev Clin Esp* 2007; 207: 190-3.
 21. Pascual J, Aguirre J, García-Moncó JC, Seijo M. Migraña y cefalea de tensión. En Mateos V, ed. Guías para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. Barcelona: Prous; 2006. p. 37-66.
 22. Dowson AJ, Mathew NT, Pascual J. Review of clinical trials using early acute intervention with oral triptans for migraine management. *Int J Clin Pract* 2006; 60: 698-706.
 23. Evers S, Afa J, Frese A, Goadsby PJ, Linde M, May A, et al. EFNS guideline on the drug treatment of migraine-report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2006; 13: 560-72.
 24. Pascual-Gómez J, Caminero AB, Cano A, Heras-Pérez JA, Leira-Muiño R, García-Rivas G; grupo de investigadores participantes en el estudio PREVENTIA. Determinantes del tratamiento preventivo de la migraña en España. *Rev Neurol* 2007; 45: 513-8.

Approach of neurologists in Spain to migraine: results of the CIEN-mig project (I)

Introduction. Headache is the most frequent neurological reason for consultation in our country.

Aim. To obtain descriptive data on the approach and satisfaction of the neurologist regarding the diagnosis, burden and management of headaches, and migraine in particular, together with the relationship with primary care physicians (PCP).

Subjects and methods. A total of 160 neurologists participated and answered electronically five questionnaires during one year. The results for patients were obtained in a standard clinic day and for the first 10 patients.

Results. The mean number of patients/day was 20.7. Thirty-six percent consulted due to headache, most under 50 and women. Half had migraine; in 70% daily activities were moderate-severely affected. Almost half had missed at least one work day due to migraine in the previous month. Neurologist considered that headache background of PCP should improve, mainly regarding preventive treatment. Complementary studies were asked in a rather low proportion of patients; CT (35%) being the most frequent. The majority indicated triptans, and in the mild phase of pain, and neuromodulators or beta-blockers for the preventive treatment.

Conclusions. Migraine is the first reason for consultation in the Neurology Services of our country and impacts negatively in the quality of life of our patients, usually women below 50. Its management should be improved with a better feedback with PCP and the use of the most efficacious treatments.

Key words. Migraine. Neuromodulators. Triptans.