

Estrategias terapéuticas utilizadas por neurólogos y médicos de atención primaria en el tratamiento sintomático de la migraña. Resultados de los estudios de opinión Strategia-I y Strategia-II

V. Mateos^a, J. Galván^b, J. Heras^b

THERAPEUTIC STRATEGIES USED BY NEUROLOGISTS AND PRIMARY CARE PHYSICIANS IN THE SYMPTOMATIC TREATMENT OF MIGRAINE. FINDINGS FROM STRATEGIA-I AND STRATEGIA-II OPINION STUDIES

Summary. Introduction. Few studies have been carried out on the subject of stratification of medical care for migraines, and even fewer have been conducted with the aim of determining the attitudes adopted by physicians towards their patients when dealing with this issue. Strategia-I and II studies were designed for this purpose. Subjects and methods. The sample consisted of 162 neurologists and 3,168 Primary Care physicians (PCP). Participants in the studies filled out an opinion survey that was produced ad hoc and included the different possible strategies, namely a) Stepped care between attacks (the patient takes medication during several attacks and, if it is not effective, it is replaced by another in successive attacks); b) Stepped care within attacks (the patient treats his or her seizures with medication and, if it does not work, another is used as rescue medication); and c) Stratified care (the physician classifies the patient according to the degree of disability produced by the migraine and recommends the most appropriate drug at the start). Results. Most participants in the study (90.7% of neurologists, 85.2% of PCP) reported using a single strategy. Stratified care was found to be the preferred choice by both collectives (67.6% of neurologists, 43.8% of PCP; $p < 0.0001$). Only 16% of the respondents admitted using some disability scale. Nonsteroidal antiinflammatory drugs are the medication chosen if disability is mild-moderate, while triptans are preferred if it is moderate-severe (92.9% of neurologists, 78.8% of PCP; $p < 0.001$). Conclusions. The strategy based on stratified care is the most widely used in visits to Neurology and Primary Care in Spain, although there are significant differences between the two collectives. Triptans are perceived as being the ideal medication in situations involving moderate-severe disability. [REV NEUROL 2006; 43: 513-7]

Key words. Disability. Migraine. Stepped care. Strategies. Stratified care. Triptans.

INTRODUCCIÓN

La migraña representa el principal motivo de consulta neurológica, tanto para el neurólogo como para el médico de atención primaria [1]. Se estima que en España la sufren más de 3 millones de personas [2]. En la última década se han producido avances sustanciales en el conocimiento de la fisiopatología de esta entidad que han propiciado nuevas vías de tratamiento [3]. En concreto, el descubrimiento de los triptanes a inicios de los años noventa supuso un cambio sustancial en el abordaje sintomático de esta entidad [4]. En los últimos años se han abierto nuevas líneas de actuación; así, los conceptos de ‘ventana terapéutica’ y de ‘early treatment’ encuentran cada vez más adeptos en la comunidad neurológica [5].

Otro concepto no tan moderno es el de ‘tratamiento estratificado’, que hace referencia, precisamente, a la conveniencia de que los pacientes migrañosos sean ‘estratificados’ en función de la intensidad de sus crisis y que esta estratificación permita seleccionar después el tratamiento más acorde a las necesidades del paciente [6]. Aunque esta estrategia ha venido siendo la referida como idónea por destacados especialistas en la materia, la bibliografía que sustenta esta indicación es muy escasa. Re-

cientemente, Lipton et al [7] publicaron el primer trabajo en el que se indagó, de manera específica, si la estratificación del tratamiento antimigrañoso era superior a otras formas más convencionales de actuación. Los resultados del estudio –positivos como cabía esperar– avalaron las opiniones expresadas por los expertos a lo largo de la última década.

Confirmado el beneficio de este modo de proceder cabía plantearse si los médicos, en su práctica clínica habitual, lo llevaban a la práctica. A tales efectos se diseñaron los estudios que dan motivo a este trabajo. El estudio Strategia-I se llevó a cabo con neurólogos y el estudio Strategia II, con médicos de atención primaria.

SUJETOS Y MÉTODOS

Participaron en los estudios de opinión Strategia-I y Strategia-II un total de 3.330 médicos, 162 neurólogos (5,1%) y 3.168 médicos de atención primaria (MAP) (94,9%). Del total, un 85% (2.832 médicos) se consideraron valorables, y el resto, no valorables al no cumplir alguno de los requisitos establecidos en el proceso de selección. Ambos estudios tuvieron un diseño transversal, multicéntrico y de cohorte única. El período de reclutamiento entre los neurólogos se llevó a cabo entre el 15 de enero y el 15 de abril de 2004. En el caso de los MAP se había realizado unos meses antes, en concreto entre el 15 de noviembre de 2003 y el 15 de febrero de 2004. Todos los participantes cumplimentaron una encuesta elaborada *ad hoc* en la que se les pedía que indicasen la estrategia utilizada habitualmente en el tratamiento de sus pacientes migrañosos. A fin de que cada una de las estrategias posibles estuviera suficientemente bien delimitada, se ofrecieron las siguientes posibilidades y definiciones:

- *Tratamiento escalonado entre ataques:* el paciente toma un fármaco durante varias crisis y, si no resulta eficaz, lo sustituye por otro en las siguientes.
- *Tratamiento escalonado intraataque:* el paciente trata su crisis con un fármaco y, si éste no funciona, recurre a otro como medicación de rescate.

Aceptado tras revisión externa: 06.10.06.

^a Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo, Asturias. ^b Departamento Médico. Almirall S.A. Barcelona, España.

Correspondencia: Dr. Valentín Mateos Marcos. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias. Julián Clavería, s/n. E-33006 Oviedo (Asturias). E-mail: vmateosm@telefonica.net

Conflicto de intereses. Los estudios Strategia-I y Strategia-II fueron patrocinados por Almirall S.A. y sus resultados se presentaron en el Congreso Nacional de Neurología celebrado en Murcia en mayo de 2005.

© 2006, REVISTA DE NEUROLOGÍA

–*Tratamiento estratificado*: el médico clasifica al paciente en función de la discapacidad provocada por la migraña y le recomienda, de entrada, el fármaco más apropiado.

Se consideró, como objetivo principal del estudio, estimar el porcentaje de médicos que suelen utilizar las diferentes estrategias de tratamiento en el abordaje sintomático de la migraña.

La muestra inicialmente prevista fue de 2.840 investigadores, que permitiría estimar la distribución de las proporciones de investigadores que utilizaban habitualmente una u otra estrategia con una diferencia de 0,1 (magnitud del efecto considerado pequeño) con respecto a la distribución de proporciones en la población de referencia, con un 99% de potencia, un nivel de significación α del 5% y un 15% aproximado de pérdidas.

Los cálculos se efectuaron con el paquete PASS, v. 2002. Al efecto se diseñó una base de datos clínica (Microsoft Access'97) con reglas de coherencia internas que permitiesen detectar incoherencias o incorrecciones en la tabulación de los datos. Una vez procesados éstos, y con el objetivo de garantizar su calidad, se llevó a cabo un proceso de depuración de la base de datos.

El tratamiento estadístico de los datos se efectuó con el soporte del paquete estadístico S-Plus 6.1. Las variables continuas se describieron utilizando medidas de tendencia central (media, mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar, percentil 25, percentil 75, mínimo y máximo). Las variables categóricas se describieron a través de tablas de frecuencia absoluta y relativa. Para las preferencias de interés se especificaron los porcentajes junto con su estimación por intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Todas las pruebas se efectuaron con un nivel de significación del 0,05.

Los datos sociodemográficos revelaron una mayoría de médicos varones, tanto en el grupo de neurólogos (60,1% frente a 39,9%) como en el de MAP (55,8% frente a 44,2%). La edad media de los investigadores fue de 39,6 años (desviación típica, DT = 8,3) en el grupo de neurólogos y de 43,6 años (DT = 7,1) en el grupo de MAP (Tabla I). En lo referente a los años de ejercicio profesional se establecieron los siguientes segmentos: menos de 5, entre 5 y 9, entre 10 y 14, y más de 15. El segmento que aglutinó a un mayor número de investigadores fue este último, en el que se encuadraban el 32,9% de los neurólogos y el 59,3% de MAP (Tabla II).

RESULTADOS

La mayoría de los neurólogos notificaron que trataban semanalmente entre 6 y 10 pacientes (34,7%) o más de 10 pacientes (36,8%). En el caso de los MAP predominaron aquellos que referían tratar entre 1-5 pacientes por semana (57,1%). Esta diferencia se consideró estadísticamente significativa ($p < 0,0001$) (Tabla III).

Sobre el porcentaje de pacientes tratados, sufrían habitualmente crisis de intensidad grave el 40,9% (DT = 24,6) de pacientes de los neurólogos y el 25,1% (DT = 25,1) de pacientes de los MAP, diferencia igualmente considerada significativa ($p < 0,0001$) (Tabla IV).

Ambos datos deben de considerarse acordes con la diferencia de complejidad que cabe esperar entre una consulta de medicina general y una especializada (los pacientes que llegan al neurólogo son más complejos). A título informativo, también se pidió a los investigadores que indicasen si ellos mismos eran migrañosos. También aquí se apreció una diferencia significativa entre ambos colectivos por cuanto contestaron afirmativamente el 27,1% de los neurólogos y el 13,3% de los MAP ($p < 0,0001$). Esta circunstancia también se ha puesto de manifiesto en alguna publicación reciente en la que se ha resaltado la alta proporción de migrañosos dentro del colectivo de neurólogos.

Respecto al tratamiento terapéutico de la migraña se pidió a los encuestados que indicasen la estrategia que utilizaban más habitualmente. En caso de que algún investigador especificase más de una estrategia de tratamiento, se excluyó del análisis.

La estrategia de tratamiento más frecuentemente utilizada en ambos grupos fue el tratamiento estratificado, que fue comunicado como el preferido por el 67,6% de neurólogos y el 43,8% de MAP. Se apreciaron diferencias significativas al respecto entre ambos colectivos ($p < 0,0001$).

Tratamiento escalonado entre ataques

Entre los médicos que indicaron esta estrategia como la más usual en su práctica clínica, el grupo farmacológico más empleado como primera línea

Tabla I. Características sociodemográficas de los médicos investigadores: edad.

	n^a	Media	DT	Mediana	p_{25}	p_{75}	Min.	Máx.	p^b
Neurología	131	39,6	8,3	37	34	45	26	62	< 0,0001
Atención primaria	2.284	43,6	7,1	44	39	48	26	65	
Total investigadores	2.415	43,4	7,2	44	38	48	26	65	

^a Para 417 casos no se especificó la edad; ^b Test U de Mann-Whitney de comparación entre neurología y atención primaria. DT: desviación típica.

Tabla II. Características sociodemográficas de los médicos investigadores: años de ejercicio profesional.

	Neurología		Atención primaria		Total		p^b
	n^a	%	n^a	%	n^a	%	
< 5 años	18	12,6	154	5,8	172	6,1	< 0,0001
5-9 años	49	34,3	364	13,7	413	14,7	
10-14 años	29	20,3	565	21,2	594	21,2	
> 15 años	47	32,9	1.581	59,3	1.628	58,0	
Total investigadores	143	100,0	2.664	100,0	2.807	100,0	

^a Para 25 casos no se especificó el número de años de ejercicio profesional; ^b Test χ^2 de comparación entre neurología y atención primaria.

Tabla III. Número de pacientes con migraña tratados habitualmente por semana, según especialidad del médico y en total.

	Neurología		Atención primaria		Total		p^b
	n^a	%	n^a	%	n^a	%	
Ningún paciente	3	2,1	929	34,9	932	33,2	< 0,0001
1-5 pacientes	38	26,4	1.520	57,1	1.558	55,5	
6-10 pacientes	50	34,7	192	7,2	242	8,6	
> 10 pacientes	53	36,8	23	0,9	76	2,7	
Total investigadores	144	100,0	2.664	100,0	2.808	100,0	

^a Para 24 casos no se especificó el número de pacientes tratados habitualmente por semana; ^b Test χ^2 de comparación entre neurología y atención primaria.

fueron los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (59,1% entre los neurólogos y 66,9% entre los MAP), pero también, aunque en menor proporción, los triptanes (45,5% entre los neurólogos y 14% entre los MAP; $p < 0,05$ entre ambos colectivos) y los analgésicos simples (9,1% entre los neurólogos y 27,1% entre los MAP). El número medio de ataques que los médicos participantes consideraron necesarios para evaluar la efectividad de un tratamiento antes de cambiar a una segunda línea terapéutica fue de tres en el grupo de neurólogos y de 2,7 en el grupo de MAP. Ambos colectivos se decantaron por los triptanes como fármacos de segunda línea en este planteamiento escalonado.

Tratamiento escalonado intraataques

En este caso se constató una diferencia sustancial entre ambos colectivos por cuanto los neurólogos que eligieron esta opción de tratamiento indicaron como fármaco de primera línea los triptanes (52%), mientras que en el colectivo de MAP predominaron los AINE (55%), aunque como medicación de rescate ambos colectivos señalaron a los triptanes (56% de neurólogos y 57,6% de MAP).

Tabla IV. Porcentaje medio de pacientes con crisis de migraña de intensidad grave tratados habitualmente, según especialidad del médico y en total.

	<i>n</i> ^a	% medio	DT	Mediana	<i>p</i> ₂₅	<i>p</i> ₇₅	Mín.	Máx.	<i>p</i> ^b
Neurología	144	40,9	24,6	37,5	20	60	1	100	< 0,0001
Atención primaria	2.636	25,1	23,6	20	10	35	0	100	
Total investigadores	2.780	25,9	23,9	20	10	40	0	100	

^a Para 52 casos no se especificó el porcentaje de pacientes con ataques de migraña de intensidad grave;

^b Test *U* de Mann-Whitney de comparación entre neurología y atención primaria. DT: desviación típica.

Tabla V. Grupo farmacológico empleado en los pacientes con discapacidad leve-moderada como primera línea de tratamiento estratificado, según especialidad del médico y en total.

	Neurología		Atención primaria		Total		<i>p</i> ^b
	<i>n</i> ^a	%	<i>n</i> ^a	%	<i>n</i> ^a	%	
AINE	83	84,7	746	63,3	829	65,0	< 0,0001
Analgésicos simples	9	9,2	367	31,2	376	29,5	< 0,0001
Derivados ergóticos	1	1,0	22	1,9	23	1,8	0,8332
Triptanes	11	11,2	125	10,6	136	10,7	0,9851
Otros y asociaciones	1	1,0	17	1,4	18	1,4	0,9165
Total investigadores	98	100,0	1.178	100,0	1.276	100,0	

^a Un mismo investigador podía especificar simultáneamente más de un grupo farmacológico; ^b Test χ^2 de comparación entre neurología y atención primaria. AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

Tabla VI. Grupo farmacológico empleado en los pacientes con discapacidad moderada-grave como primera línea de tratamiento estratificado, según especialidad del médico y en total.

	Neurología		Atención primaria		Total		<i>p</i> ^b
	<i>n</i> ^a	%	<i>n</i> ^a	%	<i>n</i> ^a	%	
AINE	5	5,1	226	19,2	231	18,1	0,0008
Analgésicos simples	0	0,0	36	3,1	36	2,8	0,1504
Derivados ergóticos	2	2,0	29	2,5	31	2,4	0,9352
Triptanes	91	92,9	928	78,8	1.019	79,9	0,0013
Otros y asociaciones	2	2,0	24	2,0	26	2,0	0,7116
Total investigadores	98	100,0	1.178	100,0	1.276	100,0	

^a Un mismo investigador podía especificar simultáneamente más de un grupo farmacológico; ^b Test χ^2 de comparación entre neurología y atención primaria. AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

Tratamiento estratificado

Únicamente el 16% de los investigadores encuestados refirieron utilizar sistemáticamente alguna escala para estratificar a sus pacientes. Este porcentaje fue prácticamente idéntico entre ambos colectivos. Las respuestas dadas por los encuestados se separaron, como es imprescindible en este tipo de estrategia de tratamiento, en dos grupos:

– *Pacientes con discapacidad leve-moderada.* El grupo farmacológico más empleado en estos pacientes como primera línea de actuación fueron los AINE: 84,7% entre los neurólogos y 63,3% entre los MAP (Tabla V).

– *Pacientes con discapacidad moderada-grave.* El grupo farmacológico más empleado en estos pacientes como primera línea de actuación fueron los triptanes: 92,9% entre los neurólogos y 78,8% entre los MAP. Se apreció una diferencia estadísticamente significativa en el uso de AINE o de triptanes entre ambos colectivos ($p = 0,0008$ y $p = 0,0013$, respectivamente) (Tabla VI).

DISCUSIÓN

El tratamiento sintomático de la migraña ha sufrido un cambio sustancial en los últimos años. Por una parte, el descubrimiento y posterior comercialización de los agonistas de los receptores 5-HT_{1B-1D} (triptanes) supuso, por vez primera, la utilización de fármacos específicamente diseñados para el tratamiento sintomático de esta entidad y que, además, ofrecían un plus de eficacia significativo con respecto a las opciones terapéuticas hasta entonces disponibles [4]. Por otra parte, también se han producido novedades en el tratamiento preventivo con la incorporación de nuevos fármacos, como es el caso del topiramato, y la concienciación por parte de los médicos de la conveniencia de utilizar con mayor profusión esta estrategia terapéutica [8]. Es importante resaltar que la bondad de cada una de estas nuevas opciones terapéuticas se ha probado siguiendo la normativa de ensayos clínicos en migraña establecida por la Sociedad Internacional de Cefaleas en las guías elaboradas al efecto [9,10]. No menos importante ha sido que se hayan elaborado y publicado múltiples guías oficiales de actuación terapéutica ante la migraña, tanto para adultos como para niños [11-14].

En los últimos años, además, se ha constatado el beneficio que para los pacientes migrañosos supone el abordaje precoz de sus crisis. Son ya varios los trabajos publicados en los que diferentes triptanes han demostrado mejores parámetros de eficacia cuando se utilizan bajo esta modalidad terapéutica que cuando se toman según el método tradicional, a saber, esperar a que la crisis esté suficientemente desarrollada (y el dolor sea, cuando menos, moderado o grave) para tomar la medicación [15-17]. Los trabajos de Burstein et al han sido el principal soporte científico para esta manera de proceder [18,19]. Su amplia divulgación en la comunidad científica ha favorecido que conceptos como ‘alodinia cutánea’ y ‘ventana terapéutica’ sean cada vez

más populares entre los médicos que se dedican al estudio y tratamiento de los pacientes con migraña.

La práctica clínica nos enseña que no todos los pacientes migrañosos tienen crisis de idéntica intensidad e, incluso, que las crisis no son siempre iguales en un paciente dado. Por ello, el médico, a la hora de indicar un tratamiento sintomático para la migraña, debe indagar esta realidad y adaptar su prescripción indicando (y educando) al paciente a que haga uso de diferentes estrategias de tratamiento en función de las diversas crisis a las que deba enfrentarse. La discapacidad producida (y no únicamente la intensidad del dolor) debe ser el referente a la hora de seleccionar el fármaco (o fármacos), la dosis y la vía de administración. Existen varias escalas clínicas [20,21], diseñadas *ad hoc*,

que permiten cuantificar la discapacidad que la migraña condiciona a un paciente determinado y en un momento concreto. Su utilización en la práctica clínica diaria resulta, sin embargo, muy limitada, a pesar de ser instrumentos fáciles de utilizar, rápidos de administrar y que aportan al clínico información importante sobre la situación de partida del paciente y sobre su evolución con un tratamiento determinado [22]. Las dos escalas con mayor reconocimiento internacional son la MIDAS (*Migraine Disability Assessment*) y el HIT-6 (*Headache Impact Test*). En la primera influye sobremedida el número de días con crisis de un paciente dado. En la segunda, la puntuación está más equilibrada entre los diferentes ítems que la integran. Además, es más lineal y permite, en opinión de los autores, hacerse una idea más rápida de la realidad que aflige al paciente migrañoso. En nuestro estudio, éstas fueron las escalas más utilizadas, aunque no las únicas.

Dentro de la denominación de 'tratamiento estratificado' se engloban, podríamos decir, todos estos conceptos (tratamiento específico, tratamiento precoz, evaluación de la discapacidad). En definitiva, aboga porque cada paciente trate cada una de sus crisis, de entrada, con el fármaco más adecuado a las características de ésta. Como se comentaba en la introducción, esta estrategia se ha defendido ampliamente en múltiples foros y desde hace años es utilizada por numerosos especialistas en su práctica clínica asistencial. Sin embargo, no fue hasta la publicación por Lipton et al del estudio DISC [7] cuando pudo demostrarse que aportaba beneficios ostensibles al compararla con otras estrategias terapéuticas. Trabajos posteriores han permitido cuantificar, desde un punto de vista farmacoeconómico, las ventajas que conlleva una aproximación terapéutica estratificada [23,24].

Resulta alentador comprobar, a la vista de los resultados de los estudios que se presentan, que una amplia mayoría de los encuestados, tanto MAP como neurólogos, utilizan de forma habitual esta estrategia terapéutica. Desconocemos otros trabajos que hayan indagado este aspecto y que nos permitan confirmar que nuestros resultados expresan la realidad de la asistencia sanitaria frente a la migraña en nuestro país, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la asistencia especializa-

da. En el peor de los casos, si a la hora de cumplimentar los cuestionarios de recogida de datos algunos de los médicos encuestados optaron por responder de forma 'políticamente correcta', significaría, cuando menos, que la conciencia de que el tratamiento estratificado representa la estrategia de abordaje ideal del paciente migrañoso está fuertemente asentada entre los médicos con competencias frente a esta patología. Esta percepción parece ser mayor en el colectivo de los neurólogos, en el cual se constata una mayor concienciación sobre la utilización de las estrategias de tratamiento estratificado y una mayor predisposición a la hora de considerar los fármacos específicos (triptanes) como primera opción terapéutica en la migraña.

Un punto débil de las conductas adoptadas por los dos colectivos estudiados (neurólogos y MAP) es que apenas utilizan escalas a la hora de evaluar la discapacidad de sus pacientes, lo cual no deja de entrar en colisión con la filosofía del tratamiento estratificado propiamente dicho que dicen utilizar. Asumimos, sin embargo, que una detallada anamnesis puede permitir al médico interesado evaluar la discapacidad que la migraña condiciona en un paciente dado, aunque esta discapacidad no haya quedado plasmada en un cuestionario elaborado al efecto.

En conclusión, los estudios *Strategia-I* y *II* han puesto de manifiesto que un número significativo de neurólogos y de MAP en España están de acuerdo en considerar que la estrategia de tratamiento estratificado es la más útil a la hora de enfocar el tratamiento sintomático de la migraña. Igualmente entienden que los triptanes representan la aproximación terapéutica más racional en los pacientes migrañosos, en especial en quienes sufren crisis de intensidad moderada-grave. Ambas actitudes merecen potenciarse, especialmente entre el colectivo de MAP, por cuanto las diferencias documentadas con respecto a los neurólogos son aún significativas. Igualmente, en opinión de los autores, debería potenciarse el uso de escalas clínicas que permitan al médico 'medir' las repercusiones de la migraña sobre los pacientes que la sufren y posibiliten, en un segundo paso, decidir la estrategia terapéutica más acorde a esa situación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gracia-Naya M, Usón-Martín M. Grupo de Estudio de Neurólogos Aragoneses. Estudio transversal multicéntrico de las consultas externas de neurología de la Seguridad Social en Aragón. Resultados globales. *Rev Neurol* 1997; 25: 194-9.
2. Láinez JM, Vioque J, Hernández Y, Titus F. Prevalence of migraine in Spain. An assessment of the questionnaire's validity by clinical interview. In Olesen J, ed. *Headache classification and epidemiology*. New York: Raven Press; 1994. p. 221-5.
3. Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine. Current understanding and treatment. *N Engl J Med* 2002; 346: 257-70.
4. Humphrey PPA. The discovery of sumatriptan and a new class of drug for the acute treatment of migraine. In Humphrey P, Ferrari M, Olesen J, eds. *The triptanes. Novel drugs for migraine*. New York: Oxford University Press; 2001. p. 3-10.
5. Ferrari M. Should we advise patients to treat migraine attacks early? *Cephalalgia* 2004; 24: 915-7.
6. Diamond M, Cady R. Initiating and optimizing acute therapy for migraine: the role of patient-centered stratified care. *Am J Med* 2005; 118 (Suppl 1): S18-27.
7. Lipton RB, Stewart WF, Stone AM, Láinez MJA, Sawyer JPC. Stratified care vs step care strategies for migraine. *JAMA* 2000; 284: 2599-605.
8. Silberstein SD, Freitag FG. Preventive treatment of migraine. *Neurology* 2003; 60 (Suppl 2): S38-44.
9. International Headache Society Committee on Clinical Trials in Migraine. Guidelines for controlled trials of drugs in migraine: second edition. *Cephalalgia* 2000; 20: 765-86.
10. Tfelt-Hansen P. Key issues in the methodology of prophylactic migraine trials. In Olesen J, Silberstein SD, Tfelt-Hansen P, eds. *Preventive pharmacotherapy of headache disorders*. New York: Oxford University Press 2004; p. 34-8.
11. Silberstein SD, for the US Headache Consortium. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review). Report of Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2000; 55: 754-62.
12. Lewis S, Ashwal S, Hershey A, Hirtz D, Yonker M, Silberstein S. Practice parameter: Pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents. Report of the American Academy of Neurology Quality Standards Subcommittee and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology* 2004; 63: 2215-24.
13. Grupo de Trabajo de Cefaleas de la SEMFYC. Recomendaciones cefalea. Barcelona: EdiDe; 1999.
14. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2004. Madrid: Ergon; 2004.
15. Cady R, Lipton RB, Stewart WF, O'Quinn S, Gutterman D. Treatment of mild headache in disabled migraine sufferers: results of the spectrum study. *Headache* 2000; 40: 792-7.
16. Pascual J, Cabarrocas X. Within-patient early vs delayed treatment of migraine attacks with almotriptan: the sooner the better. *Headache* 2002; 42: 28-31.
17. Mathew NT, Kailasam J, Meadors L. Early treatment of migraine with rizatriptan: a placebo-controlled study. *Headache* 2004; 44: 669-73.
18. Burstein R, Cutrer MF, Yarkitsky D. The development of cutaneous allodynia during a migraine attack. Clinical evidence for the sequential

- recruitment of spinal and supraspinal nociceptive neurons in migraine. *Brain* 2000; 123: 1703-9.
19. Burstein R, Collins B, Jakubowski M. Defeating migraine pain with triptans: a race against the development of cutaneous allodynia. *Ann Neurol* 2004; 55: 19-26.
 20. Dahlof CG. Measuring disability and quality of life in migraine. *Drugs Today (Barc)* 2003; 39 (Suppl D): 17-23.
 21. Kawata AK, Coeytaux RR, Devellis RF, Finkel AG, Mann JD, Kahn K. Psychometric properties of the HIT-6 among patients in a headache-specialty practice. *Headache* 2005; 45: 638-43.
 22. Mateos V. Utility of short-form Headache Impact Test (HIT-6) to quantify the benefits of stratified care in migraine. *Cephalalgia* 2005; 25: 668.
 23. Williams P, Dowson AJ, Rapoport AM, Sawyer J. The cost effectiveness of stratified care in the management of migraine. *Pharmacoeconomics* 2001; 19: 819-29.
 24. Sculpher M, Millson D, Meddis D, Poole L. Cost-effectiveness analysis of stratified versus stepped care strategies for acute treatment of migraine. The Disability in Strategies for Care (DISC) Study. *Pharmacoeconomics* 2002; 20: 91-100.

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS UTILIZADAS POR NEURÓLOGOS Y MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA MIGRAÑA. RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE OPINIÓN STRATEGIA-I Y STRATEGIA-II

Resumen. Introducción. Existen pocos trabajos que hayan abordado el tema de la estratificación del tratamiento médico en la migraña, y más escasos aún son los estudios encaminados a conocer las actitudes que, al respecto, adoptan los médicos con sus pacientes. Los estudios *Strategia-I* y *II* se diseñaron con este fin. Sujetos y métodos. Participaron 162 neurólogos y 3.168 médicos de atención primaria (MAP). Los participantes cumplimentaron una encuesta de opinión elaborada ad hoc en la que se definían las diferentes estrategias posibles: a) Tratamiento escalonado entre ataques (el paciente toma un fármaco durante varias crisis y, si no resulta eficaz, lo sustituye por otro en las siguientes); b) Tratamiento escalonado intraataque (el paciente trata su crisis con un fármaco y, si éste no funciona, recurre a otro como medicación de rescate; y c) Tratamiento estratificado (el médico clasifica al paciente en función de la discapacidad provocada por la migraña y le recomienda, de entrada, el fármaco más apropiado). Resultados. La mayoría de participantes (90,7% de neurólogos, 85,2% de MAP) referían utilizar una única estrategia. El tratamiento estratificado resultó ser el preferido por ambos colectivos (67,6% de neurólogos, 43,8% de MAP; $p < 0,0001$). Sólo el 16% de los encuestados admitió usar alguna escala de discapacidad. Los antiinflamatorios no esteroideos son los fármacos elegidos si la discapacidad es leve-moderada, mientras que si es moderada-grave se prefieren los triptanes (92,9% de neurólogos, 78,8% de MAP; $p < 0,001$). Conclusiones. La estrategia de tratamiento estratificado es la más utilizada en las consultas de neurología y atención primaria en España, aunque existen diferencias significativas entre ambos colectivos. Los triptanes se perciben como los fármacos ideales en las situaciones de discapacidad moderada-grave. [REV NEUROL 2006; 43: 513-7]

Palabras clave. Discapacidad. Estrategias. Migraña. Tratamiento escalonado. Tratamiento estratificado. Triptanes.

ESTRATÉGIAS TERAPÉUTICAS UTILIZADAS PELOS NEUROLOGISTAS E MÉDICOS DE CUIDADOS PRIMÁRIOS NA TERAPÊUTICA SINTOMÁTICA DA CEFALeia. RESULTADOS DOS ESTUDOS DE OPINIÃO STRATEGIA-I E STRATEGIA-II

Resumo. Introdução. Existem poucos trabalhos que tenham abordado o tema da estratificação do tratamento médico na cefaleia, e mais escassos ainda são os estudos no sentido de conhecer as atitudes que, a respeito, os médicos adoptam com os seus doentes. Os estudos *Strategia-I* e *II* foram desenhados com este fim. Sujeitos e métodos. Participaram 162 neurologistas e 3.168 médicos de cuidados primários (MCP). Os participantes preencheram um inquérito de opinião elaborado ad hoc no qual se definiam as diferentes estratégias terapêuticas possíveis: a) Tratamento escalonado entre ataques (opta-se por um fármaco durante várias crises e, se não for eficaz, é substituído por outro nas seguintes); b) Tratamento escalonado intra-ataque (o doente trata a sua crise com um fármaco e, se este não for eficaz, recorre a outro como medicação alternativa; e c) Tratamento estratificado (o médico classifica o doente em função da incapacidade provocada pela cefaleia e recomenda-lhe o fármaco mais apropriado). Resultados. A maioria dos participantes (90,7% de neurologistas, 85,2% de MCP) referiram utilizar uma única estratégia. O tratamento estratificado foi o preferido por ambos os grupos (67,6% de neurologistas, 43,8% de MCP; $p < 0,0001$). Apenas 16% dos inquiridos admitiu usar alguma escala de incapacidade. Os anti-inflamatórios não esteróides são os fármacos de eleição se a incapacidade é leve a moderada, enquanto os triptanos são preferidos se a incapacidade for moderadas a grave (92,9% de neurologistas, 78,8% de MCP; $p < 0,001$). Conclusões. O tratamento estratificado é o mais utilizado nas consultas de neurologia e cuidados primários em Espanha, ainda que existam diferenças significativas entre ambos. Os triptanos foram considerados como os fármacos ideais nas situações de incapacidade moderada a grave. [REV NEUROL 2006; 43: 513-7]

Palavras chave. Cefaleia. Estratégias. Incapacidade. Tratamento escalonado. Tratamiento estratificado. Triptanos.