

## Situación de partida y abordaje asistencial de la migraña en las consultas de neurología de España. Estudio PRIMERA

Valentín Mateos, Jesús Porta-Etessam, Silvia Armengol-Bertolín, Cristina Larios, Margarida García; en representación de los investigadores del estudio PRIMERA

**Introducción.** A pesar de la alta discapacidad que conlleva, muchos pacientes con migraña nunca han consultado por este motivo. El estudio de quienes acuden por primera vez a consulta es obligado como paso previo a plantear medidas de intervención específicas para este colectivo de pacientes.

**Objetivo.** Conocer el perfil de los pacientes con migraña que acuden por primera vez a una consulta de neurología, así como las actitudes diagnósticas y terapéuticas adoptadas por los neurólogos con respecto a ellos.

**Pacientes y métodos.** Estudio transversal y multicéntrico, realizado en consultas de neurología de todo el territorio nacional. Participaron 168 neurólogos que reclutaron un total de 851 pacientes (74,6% mujeres; edad media: 34,0 ± 10,7 años). La discapacidad se evaluó mediante el cuestionario específico para migraña (*Headache Impact Test*) y el cuestionario de discapacidad genérico (*Sheehan Disability Scale*).

**Resultados.** El 66,5% de los pacientes consultó por consejo médico, el 33,5% restante lo hizo por iniciativa propia. Sólo el 55,9% tenía un diagnóstico previo de migraña. Los principales motivos de consulta fueron la ineficacia del tratamiento sintomático (25%) y el incremento en la frecuencia o intensidad de las crisis (23,4%). Aunque el 70,3% de los pacientes puntuaba alta discapacidad en el *Headache Impact Test*, sólo el 17,4% utilizaba tratamiento específico y únicamente el 13,3% tratamiento preventivo.

**Conclusiones.** El estudio PRIMERA ratifica, una vez más, que la migraña es una entidad infradiagnosticada e infratratada en nuestro medio, por lo que siguen siendo precisas intervenciones de tipo educativo y formativo específicas para esta patología.

**Palabras clave.** Cefaleas. Diagnóstico. Migraña. Neurólogo. Perfil clinicoepidemiológico. Tratamiento.

### Introducción

La migraña es una enfermedad con un considerable impacto médico, social y económico. Afecta principalmente a pacientes entre los 20 y 50 años de edad, con un neto predominio femenino [1]. A pesar de la elevada discapacidad que esta patología conlleva para quienes la sufren, son aún muchos los pacientes que nunca han consultado con su médico por este motivo o, si lo han hecho, no han recibido el tratamiento adecuado [2-4].

La prevalencia percibida de la migraña en las consultas de atención primaria es del 4,5%, que corresponde al 50% de la prevalencia percibida de cefaleas [5]. En nuestro medio, la prevalencia estimada de la migraña es del 12-13%, y las cefaleas en general, y la migraña en particular, suponen el primer motivo de consulta neurológica [6]. A pesar de que tanto los neurólogos como los médicos de atención primaria consideran que el diagnóstico de migraña corresponde al médico de atención primaria, los pa-

cientes son frecuentemente referidos al neurólogo, principalmente por falta de eficacia del tratamiento domiciliario, incremento en la intensidad o frecuencia de las crisis, y migraña de inicio [7,8]. Muchos otros pacientes acuden a consulta por iniciativa propia, en general como consecuencia del fracaso del tratamiento utilizado en el abordaje sintomático de las crisis [5].

En lo que a las actitudes terapéuticas se refiere, un elevado porcentaje de los pacientes que nunca han consultado suele utilizar fármacos de libre dispensación, sin el consiguiente control médico. Los analgésicos simples y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son los más utilizados en este supuesto [2,8]. Por contra, un elevado porcentaje de médicos de atención primaria y de neurólogos reconoce utilizar la estrategia de tratamiento estratificado, esto es, prescribir un tratamiento personalizado a cada paciente en función del grado de discapacidad [7,9,10], asumiendo así las recomendaciones establecidas por la Sociedad Española de Neu-

Centro Médico de Asturias; Oviedo (V. Mateos). Hospital Clínico San Carlos; Madrid (J. Porta-Etessam). Departamento Médico; Almirall S.A. (S. Armengol-Bertolín). Biometría Clínica (C. Larios). Adknom Health Research (M. García); Barcelona, España.

#### Correspondencia:

Dr. Valentín Mateos Marcos. Área de Neurología. Centro Médico de Asturias. Avda. José M. Richard, s/n. E-33193 Oviedo (Asturias).

#### E-mail:

vmateosm@telefonica.net

#### Declaración de intereses:

Estudio financiado por Almirall S.A.

Trabajo presentado como comunicación oral en la LXII Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona, noviembre de 2010.

#### Aceptado tras revisión externa:

15.05.12.

#### Cómo citar este artículo:

Mateos V, Porta-Etessam J, Armengol-Bertolín S, Larios C, García M; en representación de los investigadores del estudio PRIMERA. Situación de partida y abordaje asistencial de la migraña en las consultas de neurología de España. Estudio PRIMERA. Rev Neurol 2012; 55: 577-84.

© 2012 Revista de Neurología

**Tabla I.** Codificación diagnóstica (criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas) de los pacientes de la serie ( $n = 851$ ).

	<i>n</i>	%
Migraña sin aura	531	62,4
Migraña con aura	297	34,9
Aura típica con cefalea tipo migraña	221	26,0
Aura típica con cefalea no migrañosa	6	0,7
Aura típica sin cefalea	4	0,5
Migraña hemipléjica familiar	4	0,5
Migraña hemipléjica esporádica	2	0,2
Migraña tipo basilar	6	0,7
Síndromes periódicos de la infancia	0	–
Vómitos cíclicos	0	–
Migraña abdominal	0	–
Vértigo paroxístico benigno de la infancia	0	–
Migraña retiniana	4	0,5
Complicaciones de la migraña	34	4,0
Migraña crónica	27	3,2
Estado migrañoso	3	0,4
Aura persistente sin infarto	2	0,2
Infarto migrañoso	0	–
Crisis epilépticas desencadenadas por migraña	1	0,1
Migraña probable	40	4,7
Migraña sin aura probable	16	1,9
Migraña con aura probable	14	1,6
Migraña crónica probable	9	1,1

Porcentaje calculado respecto al total de pacientes para los cuales se dispuso del dato. Un paciente podía presentar más de una respuesta simultáneamente.

rología para el tratamiento de las crisis de migraña, en las que se propugna la utilización de AINE para las crisis de intensidad leve-moderada y de triptanes para las crisis moderadas y graves [11].

Sin embargo, apenas disponemos de estudios que nos informen del perfil clinicoepidemiológico de los pacientes que acuden por primera vez a las consultas de neurología, así como de las actuaciones, en práctica asistencial real, del neurólogo clínico con

respecto a esta patología. En este contexto se planteó el estudio PRIMERA, cuyo desarrollo y resultados se exponen a continuación.

## Pacientes y métodos

### Investigadores y pacientes

Es un estudio multicéntrico, transversal, no comparativo, de casos clínicos, con una única evaluación. El estudio contó con la participación de 168 neurólogos especialistas distribuidos por toda España. Entre enero y junio de 2009 se reclutaron un total de 851 pacientes de edad  $\geq 18$  años y que cumplían los criterios de migraña de la Sociedad Internacional de Cefaleas [12]. El estudio se llevó a cabo bajo los preceptos de la Declaración de Helsinki sobre investigación médica en humanos [13].

En todos los casos se trataba de pacientes que acudían por primera vez a la consulta de neurología y de los cuales se obtuvo un consentimiento informado por escrito previo a la inclusión en el estudio. Se excluyeron aquellos pacientes con algún trastorno médico o psicológico que pudieran limitar su capacidad para entender o contestar a las preguntas y cumplimentar los cuestionarios, así como aquellos en que se previera una colaboración deficiente. La inclusión se hizo de forma consecutiva por cada investigador. Se obtuvo la aprobación del comité ético de investigación clínica del Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

### Tamaño muestral

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó con el programa PASS 2002 [14]. Al no existir estudios previos similares, se consideró un 50% como máxima indeterminación de cualquiera de las variables estudiadas. Se estimó que un tamaño muestral de 772 pacientes proporcionaría una precisión de  $\pm 3,5\%$ , con un intervalo de confianza del 95%.

### Procesamiento de los datos

Los datos se obtuvieron mediante un cuaderno de recogida de datos electrónico. Para la evaluación del grado de discapacidad se emplearon:

- *Cuestionario de discapacidad específico para migraña*. El *Headache Impact Test* (HIT-6) [15] es un cuestionario de autoevaluación que consta de un total de seis preguntas y que permite establecer cuatro categorías según el grado de discapacidad: sin discapacidad ( $\text{HIT-6} \leq 49$ ), discapa-

acidad leve ( $50 \leq \text{HIT-6} \leq 55$ ), discapacidad moderada ( $56 \leq \text{HIT-6} \leq 59$ ) y discapacidad grave ( $\text{HIT-6} \geq 60$ ).

- *Cuestionario de discapacidad genérico*. La *Sheehan Disability Scale* es un cuestionario autoadministrado con un total de cinco preguntas que se agrupan en tres escalas, que evalúan la discapacidad, el estrés percibido y el apoyo social percibido [16-18].

### Análisis estadístico

Como primer paso, se realizó un análisis descriptivo de los pacientes que asistieron a consulta, detallando las características sociodemográficas y clínicas. El análisis incluyó el cálculo de la tendencia central y de la dispersión para las variables cuantitativas, así como de las frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. A continuación se realizó un análisis descriptivo de las pruebas de diagnóstico y de los tratamientos pautados por el neurólogo. Este análisis incluyó frecuencias absolutas y relativas. Finalmente, se exploró si algunas de las características del perfil clinicoepidemiológico de los pacientes estaban asociadas al motivo de derivación al neurólogo mediante pruebas de  $\chi^2$ . Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SAS v. 9.1.3.

## Resultados

### Características de los pacientes

Se observó una mayor proporción de mujeres (74,6%). La edad media de los pacientes fue de  $34,0 \pm 10,7$  años. El 61,8% de los pacientes eran trabajadores en activo, el 44,3% tenía estudios secundarios y el 30,4% universitarios completos. El 81,2% residía en una zona urbana. El 48,5% de los pacientes presentaba por lo menos una enfermedad concomitante, además de la migraña, siendo las más frecuentes los trastornos psiquiátricos (27,5%).

### Diagnóstico, características clínicas y abordaje asistencial de la migraña

El 45% de los pacientes no disponía de un diagnóstico específico de migraña en tanto acudía a la consulta únicamente con el genérico término de 'cefalea' o bien lo hacía (2,1%) bajo alguna otra presunción diagnóstica. Tras la visita al neurólogo, el diagnóstico más frecuente fue el de migraña sin aura, que afectaba al 62,4% de los pacientes (Tabla I). Entre los pacientes con migraña con aura, el tipo más

**Tabla II.** Características clínicas de las crisis ( $n = 851$ ).

	<i>n</i>	%
<b>Intensidad habitual de las crisis en los últimos tres meses</b>		
Leve a moderada	592	69,6
Grave	259	30,4
<b>Presencia de aura</b>		
Visual	264	31,0
Sensitiva	92	10,8
Lenguaje	20	2,4
Motora	13	1,5
Otra	7	0,8
<b>Presencia de pródromos</b>		
<b>Presencia de alodinia cutánea</b>		
<b>Cualidad del dolor</b>		
Pulsátil	684	80,4
Opresivo	218	25,6
Punzante	147	17,3
<b>Localización del dolor</b>		
Hemicraneal	601	70,6
Periocular	278	32,7
Occipital	95	11,2
Otro	89	10,5

Porcentaje calculado respecto al total de pacientes para los cuales se dispuso del dato. Un paciente podía presentar más de una respuesta simultáneamente.

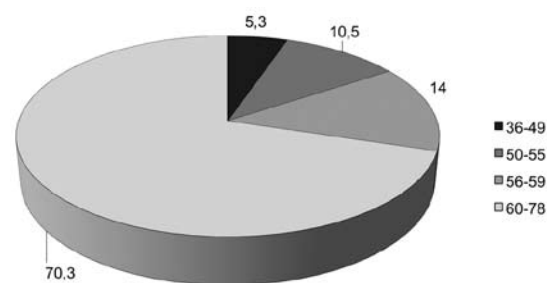
frecuente fue el de aura visual típica con cefalea migrañosa (74,5%).

En cuanto a las características de las crisis, la edad media de la primera crisis fue de  $19,1 \pm 7,5$  años, y el tiempo medio de evolución desde la primera crisis hasta el momento de la consulta, de  $14,8 \pm 10,1$  años (Tabla II). La frecuencia media de crisis por mes fue de  $4,2 \pm 4,0$ . El 66,3% de los pacientes tenía antecedentes familiares de migraña en allegados de primer grado. La duración habitual de las crisis fue de  $20,3 \pm 20,5$  horas. El 63,6% de los pacientes refirió una intensidad moderada; el 80,4%, dolor de cualidad pulsátil; y el 70,6%, una localización predominantemente hemicraneal.

**Tabla III.** Datos asistenciales en relación con la migraña (n = 851).

	n	%
<b>Alguna asistencia en urgencias por migraña en el último año</b>	331	38,9
Una vez	119	14,0
Dos veces	103	12,1
Tres veces o más	105	12,3
No especificado	4	0,5
<b>Consulta médica previa por migraña</b>	707	83,1
Atención primaria	656	77,1
Urgencias	226	26,6
Otras	72	8,5
<b>Indicación de la consulta al neurólogo</b>		
Acude por iniciativa propia	285	33,5
Acude por consejo médico	566	66,5
<b>Motivos de la consulta al neurólogo</b>		
Problemas diagnósticos	289	34,0
Problemas terapéuticos	693	81,4
Fracaso del tratamiento	213	25,0
Incremento en la frecuencia o intensidad de las crisis	199	23,4
Ambos	261	30,7
No especificado	20	2,4
<b>Recursos diagnósticos empleados en la primera consulta al neurólogo</b>		
Ninguno	407	47,8
Algún recurso	444	52,2
Analítica	129	15,2
Neuroimagen	416	48,9
Electroencefalograma	32	3,8
Radiografía cervical	2	0,2
Ecografía mandibular	1	0,1
Electrocardiograma	1	0,1
Consulta al cardiólogo	1	0,1
Ecografía transesofágica	1	0,1

Porcentaje calculado respecto al total de pacientes para los cuales se dispuso del dato. Un paciente podía presentar más de una respuesta simultáneamente.

**Figura 1.** Porcentaje de pacientes en cada rango de puntuaciones posible de discapacidad, según el *Headache Impact Test*.

Con relación a la atención médica recibida por el paciente para su migraña, el 38,9% de los pacientes había acudido a urgencias al menos una vez en el último año (Tabla III). El 66,5% de los pacientes acudió al neurólogo por consejo médico. En el 81,4% de las ocasiones, el motivo de consulta fue de índole terapéutica, siendo los más frecuentemente notificados la ineficacia del tratamiento domiciliario (25%), el incremento en la frecuencia o intensidad de las crisis en los últimos tres meses (23,4%), o ambos (30,7%). En el 52,2% de las ocasiones, el neurólogo consultor solicitó algún estudio diagnóstico, siendo las pruebas de neuroimagen las más frecuentemente demandadas (48,9%).

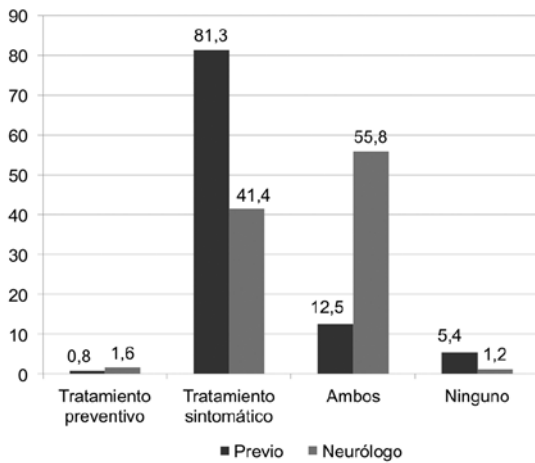
### Discapacidad de los pacientes

La mayoría de los pacientes demostró una discapacidad importante. Así, como se indica en la figura 1 sobre las puntuaciones obtenidas en el test específico para la migraña HIT-6, un 70,3% de los pacientes presentó una discapacidad grave ( $HIT-6 \geq 60$ ) y el 14% una discapacidad moderada ( $56 \leq HIT-6 \leq 59$ ). Por su parte, en la *Sheehan Disability Scale* se apreció un grado medio de discapacidad de  $14,0 \pm 6,4$  puntos.

### Tratamiento de la migraña

En la figura 2 se muestra la proporción de pacientes que recibieron un tratamiento preventivo, sintomático, ambos o ninguno, antes y después de la consulta con el neurólogo. Cabe resaltar que la proporción de pacientes que recibían únicamente tratamiento sintomático descendió del 81,3% antes de la consulta a un 41,4% después de la visita al neurólogo. En cambio, la proporción de pacientes con am-

**Figura 2.** Porcentaje de pacientes que recibían un tratamiento preventivo, sintomático, ambos o ninguno, antes y después de la visita al neurólogo.



Los tipos de tratamiento ascendió del 12,5% antes de la consulta al 55,8% después.

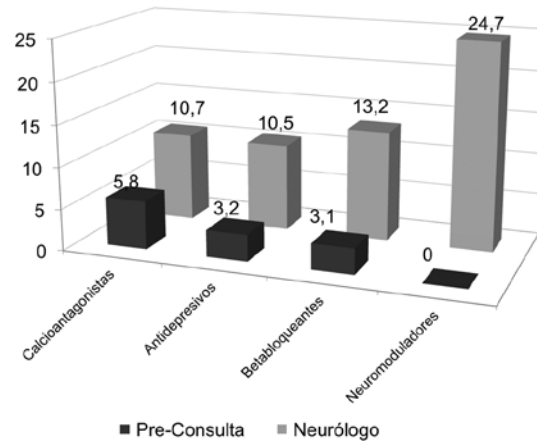
En lo que respecta al tratamiento preventivo, como se puede observar en la figura 3, los fármacos más frecuentemente utilizados antes de la consulta con el neurólogo fueron los calcioantagonistas (5,8%), los antidepresivos (3,2%) y los betabloqueantes (3,1%). En cambio, después de la visita, los más frecuentes fueron los neuromoduladores (24,7%), los betabloqueantes (13,2%), los calcioantagonistas (10,7%) y los antidepresivos (10,5%).

En cuanto al tratamiento sintomático, como se puede observar en la figura 4, los fármacos más frecuentemente utilizados antes de la consulta con el neurólogo eran los AINE (67,2%), seguidos de los analgésicos simples (29,4%), los triptanes (17,4%) y los ergóticos (5,3%). En cambio, después de la consulta, los más frecuentemente prescritos fueron los triptanes (86,7%) y los AINE (41,4%), mientras que los analgésicos simples (2,1%) y los ergóticos (0,6%) fueron indicados a una ínfima proporción de pacientes.

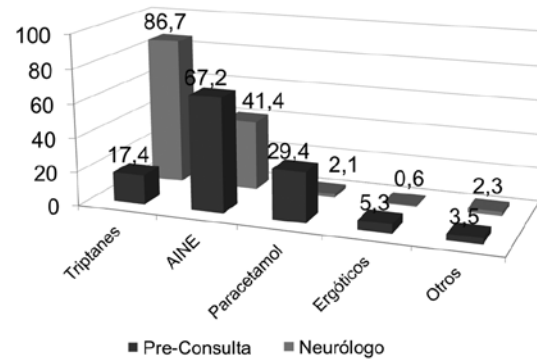
## Discusión

El estudio PRIMERA tenía como objetivo principal describir el perfil clinicoepidemiológico de los pacientes con migraña atendidos por primera vez en una consulta de neurología en España, así como es-

**Figura 3.** Porcentaje de pacientes que recibían cada tipo principal de tratamiento preventivo, antes y después de la visita al neurólogo.



**Figura 4.** Porcentaje de pacientes que recibían cada tipo principal de tratamiento sintomático, antes y después de la visita al neurólogo.



tudiar las actitudes diagnósticas y terapéuticas adoptadas por el neurólogo con estos pacientes.

De los resultados del estudio PRIMERA se desprende que tres de cada cuatro pacientes que acuden a la consulta a causa de su migraña son mujeres de menos de 50 años, con estudios secundarios o universitarios completados, residentes en zonas urbanas y la mayoría laboralmente activas. Por lo tanto, el impacto negativo de la migraña es particularmente importante en el momento de mayor exigencia personal y laboral de la vida, como ya indicaron estudios previos [19,20]. Trabajos llevados a cabo en nuestro medio han puesto de manifiesto que la

mitad de los pacientes que consultaban a un neurólogo había perdido un día de trabajo por migraña en el mes anterior y, además, había trabajado con dolor uno o más días, con la consiguiente repercusión en su rendimiento laboral, que era claramente inferior al habitual [21]. En otro estudio reciente, también en consultas de neurología [22], se constató, mediante utilización del cuestionario HIT-6, que casi tres cuartas partes de la población estudiada presentaban un grado de discapacidad grave, confirmando así que la migraña es un trastorno muy discapacitante, aunque a menudo su importancia sea minimizada, incluso por los profesionales de la medicina.

La mayoría de los pacientes del estudio PRIMERA acudieron a la consulta del neurólogo por consejo médico, aunque un tercio de los pacientes lo hizo por iniciativa propia. Los principales motivos de esta primera consulta especializada fueron la ineficacia del tratamiento sintomático y el incremento en la frecuencia o intensidad de las crisis en los últimos tres meses. Ambos problemas reflejan que en nuestro país existe una deficiente gestión de la actuación terapéutica frente a la migraña. Al efecto, los datos del estudio PRIMERA son contundentes. Sólo una minoría de los pacientes (13,3%) tomaba algún tratamiento preventivo, y sólo un 17,4% del total utilizaba triptanes para el tratamiento sintomático de sus crisis de migraña. En cambio, después de la visita al neurólogo, los triptanes (fármacos en los que hay consenso en considerar como de elección en el tratamiento sintomático de las crisis de migraña moderadas a graves que, no olvidemos, son las más habituales en este colectivo) fueron recomendados a una gran mayoría de pacientes (86,7%). Igualmente, a más de la mitad de los pacientes del estudio se les recomendó iniciar tratamiento preventivo. Este cambio radical de actitud entre la atención primaria y la especializada también se ha comunicado en otros estudios [23].

En definitiva, es de destacar la diferencia existente entre las estrategias terapéuticas empleadas antes y después de la consulta con el neurólogo, no sólo considerando la modalidad de tratamiento (preventivo, sintomático o ambos), sino también por el tipo de medicación utilizada en cada una de estas modalidades. Estos resultados son acordes con los de otros estudios recientes, también llevados a cabo en consultas de neurología en España, como el estudio CIEN-mig [21] o el estudio FACTOR [22]. Algo parecido ha sido descrito también en otros países. Así, el estudio MAZE mostró que en Francia, Alemania, Italia, Reino Unido y Estados Unidos, los fármacos más comúnmente utilizados para

el tratamiento agudo de migraña eran los analgésicos simples (22-54%) y los AINE (5-43%) [24]. En España, otro estudio, en esta ocasión llevado a cabo en farmacias comunitarias, demostró que los fármacos prescritos con más frecuencia para la migraña eran los triptanes (48,8%), mientras que los AINE eran los más comúnmente dispensados por venta libre (31,8%) [25]. Éste es un tema importante, en tanto que la mayoría de los pacientes prefiere los tratamientos sintomáticos sobre los preventivos [26], y también sabemos que un tratamiento sintomático inadecuado puede facilitar el desarrollo de cefaleas asociadas al uso excesivo de medicación.

Otro aspecto de interés detectado en el estudio PRIMERA es que casi la mitad de los pacientes con migraña acudía a la consulta con un diagnóstico tan genérico e inespecífico como 'cefalea' y, más llamativo aún, algunos pacientes eran portadores de otros diagnósticos para nada relacionados con esta entidad. Estos datos son indicativos de una realidad no menos conocida, cual es la alta tasa de pacientes con migraña que, a pesar de acudir a sus médicos, no obtienen el diagnóstico correcto, lo que evidencia una carencia formativa, como se ha resaltado en algún trabajo previo [27]. En la misma línea, en un estudio epidemiológico italiano reciente, el 73% de los pacientes con migraña no había sido diagnosticado nunca como migrañoso, aunque la mayoría de ellos había visitado con anterioridad al médico generalista o, lo que no deja de ser significativo, al neurólogo [28]. Seguramente todos estos condicionantes son responsables de que los neurólogos españoles, como ha quedado reflejado en una encuesta llevada a cabo al efecto [21,29], consideren que el manejo de la migraña precisa ser mejorado, entre otras cosas, con un mayor intercambio de información con los médicos generalistas.

Otro aspecto interesante que se debe destacar de los resultados del estudio PRIMERA es el referido a la indicación de estudios complementarios por parte de los neurólogos consultores que, *a priori*, no parece del todo acorde con los dictados de las guías elaboradas al efecto [30]. Así, en el estudio PRIMERA, destaca la excesiva utilización de estudios complementarios, más en concreto los de neuroimagen, solicitados a casi la mitad de los pacientes. Esta práctica, como antes se señalaba, contrasta con las recomendaciones oficiales, tanto españolas como internacionales, en las que se reserva esta indicación para aquellas cefaleas atípicas o aquellas otras en las que exista algún criterio de alarma [31], habida cuenta de que la probabilidad de que tras una cefalea no aguda se esconda alguna lesión intracraneal

relevante es muy pequeña [32]. En cualquier caso, no es menos cierto que las recomendaciones actuales aceptan el uso de los estudios de neuroimagen en aquellos pacientes que se encuentren incapacitados por el miedo a sufrir una patología subyacente grave [31]. Previsiblemente, un sistema de salud como el nuestro, con una alta demanda asistencial que limita de forma cierta el tiempo de consulta asignado al paciente, tiene algo que ver con esta sobreutilización de recursos. Dicho de otra manera, es más rápido firmar una petición de neuroimagen que detenerse con el paciente y dedicarle el tiempo necesario para la explicación del problema de base y la resolución de las dudas que el paciente pueda plantearse. En cualquier caso, como médicos, también debemos ser conscientes de otros condicionantes, como son los posibles efectos a largo plazo de la exposición de pacientes jóvenes a altas dosis de radiación [33].

En definitiva, el estudio PRIMERA ratifica, una vez más, que una gran proporción de pacientes con migraña tiene un alto grado de discapacidad secundaria a ésta, que a pesar de ello recibe tratamientos claramente insuficientes, tanto en la vertiente sintomática (escasa utilización triptanes) como en la preventiva (la gran olvidada en la atención primaria). Mejorar la aproximación diagnóstica a estos pacientes y ser conscientes de la discapacidad que la migraña conlleva para quienes la padecen se configuren como pasos previos obligados antes de decidir la mejor opción terapéutica para un paciente dado [34].

Afortunadamente, el colectivo de neurólogos de nuestro país es proclive (a la vista de los resultados aquí comentados) a la prescripción de medicación específica, a la utilización de estrategias de tratamiento estratificado y a la rápida asunción de que la prevención es un arma de gran utilidad en el manejo de los pacientes con migraña. Es de esperar que estos hábitos de actuación trasciendan la esfera puramente especializada para implantarse también en el campo de la atención primaria, en tanto es éste el segmento asistencial más próximo al paciente. Por ello, parece que siguen siendo precisas acciones de tipo formativo para con este colectivo asistencial, así como de tipo informativo para los pacientes y para la población general en su conjunto, en especial para desterrar prácticas de autoconsumo de medicación.

El papel de las oficinas de farmacia en este último supuesto también es clave, y no debería ser un segmento olvidado en cualquier estrategia dirigida a mejorar el abordaje terapéutico de los pacientes con migraña.

## Bibliografía

1. Stovner LJ, Zwart JA, Hagen K, Terwindt GM, Pascual J. Epidemiology of headache in Europe. *Eur J Neurol* 2006; 13: 333-45.
2. Lipton RB, Scher AI, Kolodner K, Liberman J, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine in the United States: epidemiology and patterns of health care use. *Neurology* 2002; 58: 885-94.
3. Tepper SJ, Dahlof CGH, Dowson A, Newman L, Mansbach H, Jones M, et al. Prevalence and diagnosis of migraine in patients consulting their physician with a complaint of headache: data from the Landmark study. *Headache* 2004; 44: 856-64.
4. Lipton RB, Stewart WF, Simon D. Medical consultation for migraine: results from the American Migraine Study. *Headache* 1998; 38: 87-96.
5. Tranche S, Arrieta E, Baos V, Ramada A. El paciente con migraña en la consulta de atención primaria. *Neurol Supl* 2007; 3: 15-22.
6. López-Gil A, Fernández C, Matías-Guiu J. La prevalencia como factor clave en la determinación del impacto social y laboral de la migraña. *Neurol Supl* 2007; 3: 3-4.
7. Mateos V, Galván J, Heras J. 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*. *Rev Neurol* 2006; 43: 513-7.
8. Diamond S, Bigal ME, Silberstein S, Loder E, Reed M, Lipton RB. Patterns of diagnosis and acute and preventive treatment for migraine in the United States: results from the American Migraine Prevalence and Prevention study. *Headache* 2007; 47: 355-63.
9. 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.
10. Mateos V, Díaz-Insa S, Morera J, Porta J, Pascual J, Matías-Guiu J. Manejo de la migraña en las consultas de neurología en España: resultados del programa PALM. *Neurol Supl* 2007; 3: 7-14.
11. Mateos-Marcos V, ed. *Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas*. Barcelona: Prous Science; 2006.
12. Olesen J, Steiner TJ. The international classification of headache disorders, second edition (ICHD-II). *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75: 808-11.
13. World Medical Association General Assembly. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *J Int Bioethique* 2004; 15: 124-9.
14. Hintze J. NCSS Trial and PASS 2002. URL: <http://www.ncss.com>. [13.03.2012].
15. Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, Ware JE Jr, Garber WH, Batenhorst A, et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. *Qual Life Res* 2003; 12: 963-74.
16. Sheehan DV. *The anxiety disease*. New York: Bantam; 1983.
17. Bobes J, Badía X, Luque A, García M, González MP, Dal-Re R. Validation of the Spanish version of the Liebowitz social anxiety scale, social anxiety and distress scale and Sheehan disability inventory for the evaluation of social phobia. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 530-8.
18. Hambrick JP, Turk CL, Heimberg RG, Schneier FR, Liebowitz MR. Psychometric properties of disability measures among patients with social anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2004; 18: 825-39.
19. 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.
20. Láinez JM. Impacto socioeconómico de la migraña en el medio laboral. *Medicina del Trabajo* 1994; 3: 113-6.
21. 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.
22. Mateos V, Guerrero-Peral AL, García M, Armengol-Bertolín S,

- Plazas MJ; en representación de los investigadores del estudio FACTOR. Factores precipitantes de crisis de migraña en pacientes atendidos en consultas de neurología. Estudio FACTOR. *Rev Neurol* 2012; 54: 641-8.
23. Ferrari A, Pasciullo G, Savino G, Cicero AF, Ottani A, Bertolini A, et al. Headache treatment before and after the consultation of a specialized centre: a pharmacoepidemiology study. *Cephalalgia* 2004; 24: 356-62.
  24. Mc Gregor EA, Brandes J, Eikermann A. Migraine prevalence and treatment patterns: the global migraine and zolmitriptan evaluation survey. *Headache* 2003; 43: 19-26.
  25. Cociña-Abellá C. La atención farmacéutica, otra vía de información y seguimiento del paciente con migraña. *Neurol Supl* 2007; 3: 30-6.
  26. Pascual J, Sánchez del Río M, Jiménez MD, Láinez-Andrés JM, Mateos V, Leira R, et al. Satisfacción del paciente con migraña que acude a consultas de neurología: resultados del proyecto CIEN-mig (II). *Rev Neurol* 2010; 50: 641-5.
  27. Pascual J, Sánchez-Escudero A, Castillo J. Necesidades de formación del médico de atención primaria en cefaleas. *Neurología* 2010; 25: 104-7.
  28. Cevoli S, D'Amico D, Martelletti P, Valguarnera F, Del Bene E, De Simone R, et al. Underdiagnosis and undertreatment of migraine in Italy: a survey of patients attending for the first time 10 headache centers. *Cephalalgia* 2009; 29: 1285-93.
  29. Pascual J, Sánchez del Río M, Jiménez MD, Láinez-Andrés JM, Mateos V, Leira R, et al. La migraña crónica vista por el neurólogo y el paciente: resultados del proyecto CIEN-mig (III). *Rev Neurol* 2010; 50: 705-10.
  30. 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.
  31. Sánchez del Río M, Caminero AB, Escudero J, Irímia P, Pozo P. Fisiopatología, métodos diagnósticos, criterios de derivación y criterios de hospitalización. En Díaz-Insa S, ed. Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. Barcelona: Prous Science; 2011. p. 221-49.
  32. Sempere AP, Porta-Etessam J, Medrano V, García-Morales I, Concepción L, Ramos A, et al. Neuroimaging in the evaluation of patients with non-acute headache. *Cephalalgia* 2005; 25: 30-5.
  33. National Institute for Health and Clinical Excellence. Headaches: diagnosis and management of headaches in young people and adults. URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12340/58996/58996.pdf>. [07.05.2012].
  34. Edmeads J. Understanding the needs of migraine patients. *Drugs* 2006; 66 (Suppl 3): S1-8.

### Initial situation and approach to the care of migraine in neurology services in Spain. The PRIMERA study

**Introduction.** Despite the high degree of disability it entails, many patients with migraine have never visited their doctor for this reason. It is necessary to conduct a study to examine the characteristics of first-time visits as a step that must be carried out prior to establishing specific intervention measures for this group of patients.

**Aim.** To determine the profile of the patients with migraine who visit a neurology service for the first time, together with the diagnostic and therapeutic attitudes that neurologists display towards them.

**Patients and methods.** We conducted a cross-sectional, multi-centre study of neurology services across the country. The research included 168 neurologists who recruited 851 patients (74.6% females; mean age: 34.0 ± 10.7 years). Disability was assessed by means of the specific migraine questionnaire (Headache Impact Test) and the generic disability questionnaire (Sheehan Disability Scale).

**Results.** A third (66.5%) of the patients went for consultation following their doctor's advice, while the remaining 33.5% went on their own accord. Only 55.9% had been previously diagnosed with migraine. The main reasons for visiting were ineffective symptomatic treatment (25%) and an increase in the frequency or intensity of the attacks (23.4%). Although 70.3% of the patients had high disability scores on the Headache Impact Test, only 17.4% used specific treatment and only 13.3% were on preventive treatment.

**Conclusions.** The PRIMERA study confirms, once again, that migraine is an under-diagnosed and under-treated condition in our setting, which means that specific educational interventions and training are still required for this pathology.

**Key words.** Clinical-epidemiological profile. Diagnosis. Headaches. Migraine. Neurologist. Treatment.