

Tratamiento sintomático de pacientes con migraña de acuerdo al género

David Lira^{1,2}, Nilton Custodio^{1,2}, Rosa Montesinos^{2,3}, Julio Linares¹, Eder Herrera⁴

RESUMEN

Objetivo: Identificar el tratamiento sintomático extrahospitalario empleado por los pacientes con diagnóstico de migraña en relación al género y determinar si dichos fármacos guardan relación con las recomendaciones de tratamiento estándar. **Pacientes y métodos:** Pacientes atendidos en consultorio externo de neurología de la Clínica Internacional con diagnóstico de migraña según los criterios de la International Headache Society. **Resultados:** Evaluamos 64 pacientes, 50 (78,13 %) fueron mujeres con una edad promedio de 32,62 ($\pm 8,89$) años. El medicamento sintomático más empleado fue el paracetamol+ácido acetilsalicílico+cafeína (PAC) en 10 pacientes (15,63 %), seguido del ibuprofeno en 9 (14,06 %) y el paracetamol en 7 (10,94 %). Las mujeres emplearon con mayor frecuencia los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) (32 %) seguido de combinaciones de fármacos (30 %); mientras que los varones emplearon con mayor frecuencia los AINEs (50 %). **Conclusiones:** Se emplearon en total 13 medicamentos diferentes como tratamiento sintomático para la migraña, el PAC fue el más empleado. El género femenino empleó con mayor frecuencia los AINEs seguido de combinaciones de fármacos y el masculino los AINEs; ambos géneros usaron medicamentos considerados de elección de acuerdo a las recomendaciones de tratamiento estándar.

Palabras clave: AINEs. Género. Migraña. Tratamiento sintomático. Triptanes.

Symptomatic treatment of migraine patient according to the gender

ABSTRACT

Objective: To identify the symptomatic outpatient treatment used by patients with diagnosis of migraine with regard to gender, and to determine whether those drugs are related to standard treatment guidelines. **Patients and methods:** Patients diagnosed with migraine seen in neurology outpatient service at the Clínica Internacional, according to criteria given by the International Headache Society. **Results:** We evaluated 64 patients, 50 (78.13%) were women with average age of 32.62 (± 8.89) years old. The most commonly used symptomatic medication was paracetamol + acetylsalicylic acid + caffeine (PAC) in 10 patients (15.63%), followed by ibuprofen in 9 (14.06%) and paracetamol in 7 (10.94%). Women more frequently used nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) (32%) followed by combinations of drugs (30%); while men more often used NSAIDs (50%). **Conclusions:** 13 different drugs in total were used as symptomatic treatment for migraine; PAC was the most used. NSAIDs were the most frequently used by females followed by combinations of drugs, and males used NSAIDs too; both of the genders used drugs of choice according to standard treatment guidelines.

Key words: Gender. Migraine. NSAIDs. Symptomatic treatment. Triptanes.

1. Servicio de Neurología. Clínica Internacional. Lima, Perú.

2. Unidad de Investigación y Docencia. Clínica Internacional. Lima, Perú.

3. Servicio de Medicina de Rehabilitación. Clínica Internacional. Lima, Perú.

4. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

INTRODUCCIÓN

La migraña es una de las enfermedades neurológicas crónicas más frecuentes¹⁻³, representa la causa más común de consulta neurológica en emergencia; llega a afectar al 12 % de adultos en los países occidentales⁴; y es la primera causa de consulta ambulatoria en neurología^{5,6}. Es una enfermedad más frecuente en mujeres que en hombres en una relación de 2 a 3 a 1 y afecta fundamentalmente a personas en edad laboral productiva entre los 20 y 50 años de edad; con enormes costos directos e indirectos^{7,8}, debido al elevado impacto en el ámbito socioeconómico, educativo y laboral⁹⁻¹¹, además de la concurrencia de enfermedades psiquiátricas asociadas¹². La migraña se encuentra afectada no sólo por factores personales, el medio ambiente también influiría en su forma de presentación agravando el cuadro clínico¹³⁻¹⁵.

Tanto por desconocimiento de los pacientes, como por el escaso número de especialistas en neurología en nuestro país, la mayoría de pacientes con migraña son evaluados y tratados por médicos generales y de otras especialidades, en especial fuera de la ciudad de Lima (ciudad en donde se concentra la mayoría de neurólogos); asimismo, muchos de los pacientes también consumen fármacos sugeridos por los vendedores de las farmacias así como por recomendación de familiares, amigos o compañeros de trabajo¹⁶.

En nuestro medio existe una amplia difusión de avisos comerciales que promocionan diversos analgésicos para el tratamiento de la cefalea y migraña, la mayoría de venta libre; asimismo, muchas farmacias no exigen a los pacientes la presentación de la receta médica para la venta de medicamentos que requieren prescripción facultativa, lo que ha generado que la automedicación en nuestro país sea elevada¹⁷.

La automedicación es un problema que origina problemas individuales cuando el medicamento empleado no es el adecuado¹⁸, puede generar alergias medicamentosas y efectos adversos como gastritis, úlcera gástrica, así como cefalea de rebote en pacientes que toman analgésicos en altas dosis y en forma mayor a la sugerida como dosis máxima^{19,20}. Un estudio realizado en pacientes con probable abuso de medicamentos para cefalea, ha reportado que el 68 % de ellos tiene criterios para dependencia de sustancias²¹.

El objetivo del presente estudio fue identificar el tratamiento sintomático extrahospitalario empleado por los pacientes con diagnóstico de migraña en

relación al género, y determinar si dichos fármacos guardan relación con las recomendaciones de tratamiento estándar.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se evaluó a los pacientes que acudieron al consultorio externo de neurología de la Clínica Internacional con diagnóstico de migraña según los criterios de la International Headache Society²², se determinaron las características demográficas y clínicas de los pacientes, así como el tratamiento sintomático extrahospitalario empleado de acuerdo al género.

Los fármacos extrahospitalarios empleados en el tratamiento de las crisis de migraña fueron divididos en cinco grupos: analgésicos simples, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), derivados ergóticos, triptanes y asociaciones de fármacos, cuando incluyen medicamentos de dos o más de los grupos anteriores.

RESULTADOS

Se evaluaron 64 pacientes con diagnóstico de migraña, 50 (78,13 %) fueron mujeres, la edad promedio de los pacientes fue de 32,62 ($\pm 8,89$) años con un rango de 18 a 56 años de edad; la edad promedio de inicio de la migraña fue de 20,17 ($\pm 6,01$) años; el tipo de dolor fue opresivo en 23 pacientes (35,94 %), pulsátil en 33 pacientes (51,56 %), tipo punzada en 39 pacientes (60,94 %), tipo quemazón en 17 pacientes (26,56 %) y variables en 2 pacientes (3,13 %); Las crisis alteraron las actividades habituales en 45 pacientes (70,31 %), 16 pacientes continuaron con sus actividades habituales (25 %) y la situación fue variable en 4 pacientes (6,25 %); 59 pacientes (92,19 %) tuvieron algún antecedente familiar de migraña.

El medicamento sintomático más empleado fue el paracetamol + ácido acetilsalicílico + cafeína (PAC) en 10 pacientes (15,63 %), el ibuprofeno en 9 (14,06 %), el paracetamol en 7 (10,94 %), la ergotamina + cafeína (EC) en 7 (10,94 %), el ketoprofeno en 6 (9,38 %), la ergotamina + cafeína + difenhidramina (ECD) en 6 (9,38 %), la ergotamina + lisina (EL) en 5 (7,81 %), el clonixinato de lisina en 3 (4,69 %), el

naproxeno en 3 (4,69 %), el naratriptan en 3 (4,69 %), la dihidroergotamina + cafeína + paracetamol (DCP) en 2 (3,13 %), la ácido acetilsalicílico en 2 (3,13 %) y la dihidroergotamina + cafeína + propifenazona en 1 (1,56 %) (ver Tabla 1). Las mujeres emplearon con mayor frecuencia los AINEs (32 %), seguido de combinaciones de fármacos (30 %); al igual que los varones, quienes emplearon los AINEs en un 50 %, seguido de combinaciones de fármacos en un 21,43 % (ver Tabla 2).

DISCUSIÓN

La mayoría de pacientes de la muestra son de sexo femenino con un 78,3 %, de manera similar a lo reportado en otros estudios que encuentran una mayor prevalencia de migraña en mujeres en una relación de 2-3:1²³. En relación al promedio de edad, en nuestra muestra fue de 32,62 años, lo que confirma los reportes de otros estudios que encuentran que la migraña afecta de preferencia a

Tabla 1. Tratamiento sintomático extrahospitalario de pacientes con migraña.

MEDICAMENTO	Nº	%
Paracetamol+ácido acetilsalicílico+cafeína	10	15,63
Ibuprofeno	9	14,06
Paracetamol	7	10,94
Ergotamina+cafeína	7	10,94
Ketoprofeno	6	9,38
Ergotamina+cafeína+difenhidramina	6	9,38
Ergotamina+lisina	5	7,81
Clonixinato de lisina	3	4,69
Naproxeno	3	4,69
Naratriptan	3	4,69
Dihidroergotamina+cafeína+paracetamol	2	3,13
Ácido acetilsalicílico	2	3,13
Dihidroergotamina+cafeína+propifenazona	1	1,56
TOTAL	64	100

Tabla 2. Tratamiento sintomático extrahospitalario de pacientes con migraña por tipo de fármaco de acuerdo al género.

MEDICAMENTO	MUJERES		VARONES	
	Nº	%	Nº	%
Analgésicos comunes				
Paracetamol	6	12,00	1	7,14
AINES				
Ibuprofeno	5	10,00	4	28,57
Ketoprofeno	3	6,00	3	21,43
Clonixinato de lisina	3	6,00	0	0,00
Naproxeno	3	6,00	0	0,00
Ácido acetilsalicílico	2	4,00	0	0,00
DERIVADOS ERGÓTICOS				
Ergotamina+cafeína	5	10,00	2	14,29
Ergotamina+cafeína+difenhidramina	5	10,00	1	7,14
TRIPTANES				
Naratriptan	3	6,00	0	0,00
COMBINACIONES DE FÁRMACOS				
Paracetamol+ácido acetilsalicílico+cafeína	7	14,00	3	21,43
Ergotamina+lisina	5	10,00	0	0,00
Dihidroergotamina+cafeína+paracetamol	2	4,00	0	0,00
Dihidroergotamina+cafeína+propifenazona	1	2,00	0	0,00
TOTAL	50	100	14	100

mujeres de 20 a 50 años de edad, que se encuentran en su edad productiva, ocasionando un elevado costo directo e indirecto tanto por el tratamiento médico como por la discapacidad laboral que padecen ^{7,8}.

Cuando evaluamos el tratamiento empleado por nuestros pacientes de acuerdo al grupo, encontramos que tanto los pacientes varones como mujeres emplearon en su mayoría los AINEs, seguidos por el uso de asociaciones de fármacos (en los varones los AINEs más empleados fueron ibuprofeno y ketoprofeno) (*ver Tabla 2*).

Cuando evaluamos la recomendación de los neurólogos en un estudio de tratamiento de crisis de migraña moderada a severa ²⁴, éstos sugieren el empleo de AINEs como primera línea de tratamiento y los triptanes como segunda línea; la Guía de Práctica Clínica de Cefalea del Ministerio de Salud del Perú ²⁵, sugiere el uso de AINEs para los ataques leves, mientras que para los ataques moderados debe emplearse AINEs, ergotaminas, paracetamol más codeína o triptanes. Cuando comparamos los fármacos empleados por los pacientes de migraña en nuestro estudio, observamos que tanto los varones como las mujeres emplearon AINEs de manera similar a la recomendación de los expertos y del MINSa, seguido de asociaciones de fármacos.

En nuestra muestra sólo tres pacientes, todas ellas mujeres, tomaron alguno de los triptanes disponibles en nuestro país, que es el tratamiento de elección en el tratamiento sintomático de las crisis de migraña moderada a severa en países desarrollados ²⁶⁻²⁸; lo que podría explicarse por el elevado costo de los triptanes en nuestro medio, así como por la menor disponibilidad de estos fármacos en los diferentes establecimientos de salud, pese a que su empleo ha demostrado a largo plazo una reducción en el costo total del tratamiento así como una mejor respuesta terapéutica ²⁹.

En nuestra muestra, tanto los varones como las mujeres en su mayoría tomaron AINEs para el tratamiento agudo de las crisis de migraña. Estos fármacos, aunque pueden producir gastritis u otros síntomas digestivos, serían preferidos por los pacientes debido a su mayor potencia, y su elección también se vería reforzada por la resistencia de muchos pacientes a buscar ayuda médica en forma

precoz. Diversos estudios muestran que las mujeres jóvenes con síntomas asociados a la migraña son quienes más buscan ayuda médica, en relación a otros pacientes ¹⁶.

Un hallazgo que también llama la atención es el elevado número de fármacos empleados por los pacientes del género femenino, un número total de trece fármacos utilizados para el tratamiento sintomático de la migraña; en comparación con los seis empleados por los pacientes de género masculino. Esto podría explicarse porque dichos fármacos en su gran mayoría no han sido indicados por médicos especialistas en neurología, debido a que la muestra de nuestro estudio evalúa el tratamiento extrahospitalario.

Como conclusión, encontramos que se emplearon en total trece medicamentos diferentes como tratamiento sintomático para la migraña, y de las combinaciones de fármacos, el PAC fue la más empleada. Tanto el género femenino como el masculino emplearon con mayor frecuencia los AINEs seguidos de combinaciones de fármacos. Cuando se compara el tratamiento empleado por cada género, con la recomendación de los expertos y las Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud del Perú hemos encontrado que tanto el género masculino como el femenino usaron medicamentos considerados de elección.

Se debería mejorar la educación de los pacientes con migraña brindándoles información que les permita conocer su enfermedad, el manejo de factores precipitantes de las crisis ³⁰, así como el correcto empleo de fármacos sintomáticos para el manejo del dolor; ya sea mediante la consulta ambulatoria o mediante folletos y charlas que permitan llegar a un mayor número de pacientes, educándolos para reconocer sus diferentes tipos de crisis de migraña en base a su presentación e intensidad, para así elegir el fármaco más adecuado para cada tipo de crisis de migraña; a esto se denomina tratamiento estratificado ^{31,32}.

Queda pendiente la implementación de clínicas especializadas en cefalea, que requieren numerosos recursos y profesionales especializados y entrenados en el manejo integral de los pacientes con diversas formas de cefalea. Estas instituciones, quizás puedan tardar mucho tiempo en organizarse en nuestro país.

REFERENCIAS

- Lipton R, Bigal M. The epidemiology of migraine. *Am J Med* 2005;118(Suppl 1):S3-10.
- Breslau N, Rasmussen B. The impact of migraine: epidemiology, risk factors, and comorbidities. *Neurology* 2001;56(Suppl 1):S4-12.
- Tajeuchi Y, Guevara J. Prevalencia de las enfermedades neurológicas en el Valle del Cauca. Estudio Neuroepidemiológico Nacional (EPINEURO). *Colombia Med* 1999;30:74-81.
- Bigal M, Lipton R. The Epidemiology, burden, and comorbidities of migraine. *Neurologic Clinics* 2009;27:321-334.
- Matias-Guiu J, Porta-Etessam J, Mateos V, Diaz-Insa S, Lopez-Gil A, Fernandez C. One-year prevalence of migraine in Spain: a nationwide population-based survey. *Cephalalgia* 2011;31:463-470.
- Tranche S, Arrieta E, Baos V, Ramada A. El paciente con migrana en la consulta de atención primaria. *Neurol Suppl* 2007;3:15-22.
- Stewart W, Wood G, Manack A, Varon S, Buse D, Lipton R. Employment and work impact of chronic migraine and episodic migraine. *J Occup Environ Med* 2010;52:8-14.
- Goldberg L. The cost of migraine and its treatment. *Am J Manag Care* 2005;11(suppl):S62-67.
- Volcy-Gómez M. Impacto social, económico y en el sistema de salud de la migraña y otras cefaleas primarias. *Rev Neurol* 2006;43:228-235.
- Buse D, Manack A, Serrano D, Reed M, Varon S, et al. Headache impact of chronic and episodic migraine: Results from the american migraine prevalence and prevention study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 2012;52:3-17.
- Leonardi M, Steiner T, Scher A, Lipton R. The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's classification of functioning, disability and health (ICF). *J Headache Pain* 2005;6:429-440.
- Jette N, Patten S, Williams J, Becker W, Wiebe S. Comorbidity of migraine and psychiatric disorders -a national population-based study. *Headache* 2008;48:501-516.
- Szyszkowicz M. Ambient air pollution and daily emergency department visits for headache in Ottawa, Canada. *Headache* 2008;48:1076-1081.
- Friedman D, De ver Dye T. Migraine and the environment. *Headache* 2009;49:941-952.
- Sheftell F, Newman L. Stress and migraine. *Headache* 2009;49:1367-1368.
- Thomas E, Boardman H, Ogden H, Millson D, Croft P. Advice and care for headaches: who seeks it, who gives it? *Cephalalgia* 2004;24:740-752.
- Peña H. Ética y medicamentos. *Rev Perú Pediatr* 2009;62:49-52.
- De Pablo M. La automedicación en la cultura universitaria. *Revista de Investigación* 2011;35:219-240.
- Colás R, Temprano R, Muñoz P, Castillo J, Guitera V, Pascual J. Epidemiology of chronic daily headache with analgesic overuse in a large general population sample. *Cephalalgia* 2001;21:278-279.
- Pascual J, Mateos V, Gracia M, Láinez J. Medication overuse headache in Spain. *Cephalalgia* 2008;28:1234-1236.
- Fuh J, Wang S, Lu S, Juang K. Does medication overuse headache represent a behavior of dependence? *Pain* 2005;119:49-55.
- Olsen D, Bes F, James W, Nappi G. The international classification of headache disorders. *Cephalalgia* 2004;24:34-39.
- Rueda M. Prevalencia de la migraña. *Medunab* 2002;5:23-27.
- 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;43:513-517.
- Ministerio de Salud. Guías de Práctica Clínica sobre las patologías más frecuentes en la especialidad de Neurología. 1996. <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM692-2006%20Neurologia.pdf>
- Schulman E, Cady R, Henry D, Batenhorst A, Putnam D, Watson C, et al. Effectiveness of sumatriptan in reducing productivity loss due to migraine: results of a randomized, double-blind, placebo controlled clinical trial. *Mayo Clin Proc* 2000;75:782-789.
- Wells N, Steiner T. Effectiveness of eletriptan in reducing time loss caused by migraine attacks. *Pharmacoeconomics* 2000;18:557-566.
- Williams P, Reeder C. A comparison of the cost-effectiveness of almotriptan and sumatriptan in the treatment of acute migraine using a composite efficacy/tolerability end point. *J Manag Care Pharm* 2004;10:259-265.
- Lofland J, Kim S, Batenhorst A, Johnson N, Chatterton M, et al. Cost-effectiveness and cost-benefit of sumatriptan in patients with migraine. *Mayo Clin Proc* 2001;76:1093-1101.
- Mateos V, Guerrero-Peral A, García M, Armengol-Bertolín S, Plazas M. Factores precipitantes de crisis de migraña en pacientes atendidos en consultas de neurología Estudio FACTOR. *Rev Neurol* 2012;54:641-648.
- 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.
- Lipton R, Stewart W, Stone A, Láinez M, Sawyer J. Stratified care vs step care strategies for migraine. *JAMA* 2000;284:2599-2605.

Correspondencia:

David Lira

Servicio de Neurología - Clínica Internacional

Av. Garcilaso de la Vega 1420. Lima, Perú.

Tel: (511) 6196161

Fax: (511) 4319677

E-mail: davidlira@neuroconsultas.com