

La severidad de la migraña debería definir la estrategia terapéutica

Stratified care vs step care strategies for migraine. The Disability in Strategies of Care (DISC) study: a randomized trial. *JAMA*. 2000; 284:2599-2605

Objetivo

Evaluar tres estrategias diferentes de tratamiento de la migraña que utilizan aspirina más metoclopramida como tratamiento no específico y zolmitriptan como tratamiento específico.

Diseño

Ensayo clínico aleatorizado abierto y controlado con tres grupos paralelos.

Lugar

Estudio multicéntrico realizado en 88 centros, en 13 países.

Pacientes

Se incluyeron 835 personas entre 18 y 65 años que cumplieran con los criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas para el diagnóstico de migraña con o sin aura, que tuvieron su primer ataque antes de los 50 años, habían tenido entre 1 y 8 ataques de migraña por mes en los 3 meses previos y no estaban utilizando triptanes.

Intervención

Las tres estrategias comparadas fueron: Cuidado estratificado (G1): el tratamiento se selecciona en función de la severidad de cada ataque (si es leve, se indica tratamiento no específico y si es moderado o severo, se utiliza el específico), Cuidado escalonado a través de las crisis (G2): inicialmente se indica el tratamiento no específico y si, luego de varios ataques, no hay mejoría, se pasa al específico y Cuidado escalonado dentro de la misma crisis (G3): se comienza con el tratamiento no específico y si luego de 2 hs. éste es inefectivo, se pasa al específico. Se utilizó el cuestionario MIDAS¹ (que ha sido validado para definir la severidad de una migraña en función de la limitación que el dolor produce en 3 dominios) para estratificar a los pacientes en grupos según la severidad de los ataques (leves, moderados o severos).

Medición de resultados principales

Los resultados principales se calcularon para cada ataque tratado y se definieron como: 1) Respuesta de la cefalea a las 2 horas (según si la intensidad del dolor pasaba de severa o moderada a leve o nula) y 2) Tiempo de discapacidad total evaluado a las cuatro horas de cada ataque para un total de seis ataques (evaluado como area bajo la curva duración tiempo [abc d/t]).

Resultados principales

La respuesta a las dos horas fue significativamente mayor en los seis ataques en grupo de cuidado estratificado (52.7%) que en el cuidado escalonado a través de las crisis (40.6%; $P < .001$) o dentro de las crisis (36.4%; $P < .001$).

Cuidado estratificado (G1) (n=279) vs. cuidado escalonado a través de las crisis (G2) (n=271): La proporción de ataques que respondieron a las 2 hs. fue proporcionalmente mayor en el G1 que en el G2 (OR 1.67, IC95% 1.31-2.12; $P < .001$). El tiempo de discapacidad promedio fue significativamente menor en el G1 que en el G2 (abc d/t 185 mm.h vs. 209.4 mm.h. Efecto del tratamiento -21.25; IC95% -31.44 a -1.07; $P < .001$). La proporción de ataques libres de dolor a las 2 hs fue mayor en el G1 que en el G2 (OR, 1.66; IC95% 1.18 a 2.32; $P < .003$).

Cuidado estratificado (G1) vs. cuidado escalonado dentro de la misma crisis (G3): La proporción de ataques que respondieron a las 2 hs fue significativamente mayor en el G1 que en el G2 (OR 2.14, IC95% 1.66-2.77; $P < .001$). El tiempo de discapacidad fue significativamente menor en el G1 (abc d/t: 185mm.h vs. 200 mm.h. Efecto del tratamiento -19.43 IC95%-29.73 a -9.14; $P < .001$).

Los efectos adversos más frecuentemente referidos por los pacientes fueron: astenia, vértigo y parestesias.

Conclusiones

En el manejo de la migraña, la estrategia de cuidado estratificado produce mejores resultados que las de cuidado escalonado dentro de una misma crisis o a través de las crisis. Las tres estrategias fueron bien toleradas por los pacientes pero los efectos adversos fueron más frecuentes con cuidado estratificado.

Fuente de financiamiento: No referida

Comentario

Habitualmente, en el manejo de la migraña, los médicos utilizamos un abordaje terapéutico escalonado a través de las crisis y reservamos el uso de drogas específicas (triptanes) para los pacientes que no responden a los tratamientos comunes. Esto hace que muchas veces, los pacientes abandonen el tratamiento, requieran repetidamente del sistema de salud, cambien de médico o se resignen a sufrir sus ataques de migraña, porque el camino hacia el tratamiento más eficaz se les hace arduo, lento y prolongado. Sin embargo, este abordaje era el que recomendaban la mayoría de las guías de práctica clínica. En este estudio se compararon tres estrategias diferentes para el cuidado de los pacientes con migraña y se halló que la intensidad de la crisis es un dato más que el médico debe tener en cuenta en el momento de decidir la terapéutica a indicar, optando directamente y en primera instancia, por el uso de triptanes en los pacientes con ataques más severos. Este resultado coincide con la recomendación del U.S. Headache Consortium² (publicada unos meses antes de que se divulgara este estudio) que aconseja adecuar el tratamiento antimigrañoso a las necesidades de cada paciente (considerando la severidad de los ataques, los síntomas asociados y las respuestas a los tratamientos previos) y utilizar drogas específicas en aquellos con ataques severos, acortando el camino hacia el

tratamiento eficaz (y lo más importante, al control del síntoma). De todos modos, el principal problema con la migraña no es su terapéutica sino el subdiagnóstico y la subestimación que los médicos solemos hacer de ella: aunque desconocemos cuál es la situación en nuestro país, datos provenientes de EE.UU.³ muestran que si bien allí el diagnóstico de la migraña ha aumentado en comparación con la década anterior (38% en 1989 vs 48% en 1999) casi la mitad de los pacientes con migraña aún no tiene diagnóstico y solo el 41% ha recibido medicación indicada por el médico para el manejo de este problema. La migraña continúa siendo una causa importante de incapacidad temporaria y de pérdida de días laborales y/o escolares. Dada la disponibilidad de tratamientos efectivos, el diagnóstico es una herramienta fundamental para reducir el impacto que esta entidad produce en la calidad de vida de nuestros pacientes.

Conclusiones del Comentarista: utilizar triptanes en los ataques severos, acorta el camino hacia el control del síntoma, sin embargo considerando los eficaces tratamientos disponibles corregir el subdiagnóstico de la migraña podría ser la principal acción para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Dra. Paula Carrete [Unidad de Medicina Familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires]

Referencias

1. Stewart WF et al., An international study to assess reliability of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score. *Neurology* 1999; 53:988-994.
2. - US Headache Consortium: Evidence-Based Guidelines for Migraine Headache in the Primary Care Setting: Pharmacological Management of Acute attacks. www.aan.com/public/practiceguidelines/headache_gl.htm
3. Lipton RB et al., Migraine diagnosis and treatment: results from the American Migraine Study II. *Headache* 2001 Jul-Aug; 41 (7): 638-45.

