

IMPACTO DE LA MIGRAÑA EN LA CALIDAD DE VIDA **Saravia B. y Zavala H.A. (°)**

Resúmen: en ésta presentación se revisan los principales métodos para establecer el impacto de la migraña en la calidad de la vida, teniendo en cuenta que desde 1948, en que la Organización Mundial de la Salud da una definición amplia al “estado de salud” se acepta la necesidad de evaluar el impacto de las enfermedades en el bienestar de los individuos. Se analizan los sistemas o escalas que pueden ser útiles en el paciente migrañoso y como pueden servir para evaluar también la respuesta terapéutica. Al haber una mejor comprensión de estos instrumentos valorativos del posible bienestar de los pacientes migrañosos, se abre una nueva forma de aplicar la investigación en la salud pública.

Abstract

This paper reviews the methods and principles for the quality of life in migraine. In 1948 the World Health Organization defined health as not merely the absence of disease but rather a state of complete physical, mental, and social well being. This term evolved from its conceptual definition to the development of scales to measure the quality of life beyond physical status. Thus, quality of life assessment includes areas such as mental health, social support, and life satisfaction. It is recognized that the expectations, vitality, pain, disability, and personal experiences influence the perception of a person’s general health. A composite measurement aimed to quantify health according to physical, mental, and social well being simultaneously would likely find people at different points on the three different continua, but in the midranges of the composite. The multidimensionality problems and the level of subjectivity involved in the assessment of the quality of life require valid and reliable instruments. This paper present several scales aimed to measure the quality of life for migraine. A better understanding of the methods to assess the quality of life will allow the incorporation of these instruments in the comprehensive assessment of patients, into clinical trials, and for health services research.

Key words: migraine, quality of life; disability; measurements, methods and theories; health assessment.

INTRODUCCIÓN:

El dolor de cabeza migrañoso altera la forma de vivir del que padece esta dolencia y para analizar su impacto es necesario no sólo considerar al individuo en forma aislada sino también lo que significa esta enfermedad para toda la sociedad, por eso es imprescindible tener en cuenta cuantas personas pueden llegar a estar involucradas en esta penosa situación, es decir, analizar la epidemiología de la migraña.

Las tasas de prevalencia de la migraña difieren según las zonas geográficas y oscilan desde el 1,5% en el Sureste Asiático hasta el 14% en los países occidentales, pero, en promedio, se acepta que la migraña afecta al 6% de los hombres y al 16 % de las mujeres.

En Argentina no se han efectuado estudios epidemiológicos adecuados aunque hubo intentos en pequeños grupos poblacionales y sin contemplar las normas recomendadas para estas investigaciones, por lo cual, debemos manejarnos proyectando los estudios de poblaciones bastante similares, como son las americanas y europeas. Con esta salvedad, podríamos suponer que la migraña afecta, en argentina, al 12% de la población general, es decir que podría haber alrededor de 4.320.000 personas que padecen esta dolencia.

Se considera que la migraña implica un elevado costo económico social, y como, con frecuencia se asocia a depresión y ésta lleva implícito el riesgo de suicidio, el impacto de la migraña en la salud pública y en la calidad de vida individual, es considerable.

CALIDAD DE VIDA

El concepto de “calidad de vida” ha incrementado su importancia ya que la mayor sobrevivencia de la población implica un mayor número de personas con algún grado de discapacidad, y de personas con enfermedades crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y del tratamiento.

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, con lo cual el término evolucionó, desde una definición conceptual hasta la aplicación de métodos para evaluar este bienestar; éstos métodos, son cuestionarios o instrumentos que generan escalas

e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud. Actualmente, la salud de una persona se evalúa más allá de su capacidad física y se toman en cuenta su contexto social y su salud mental. Las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes, con referencia al inicio de la enfermedad, su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo. Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. El mejor conocimiento de las evaluaciones para medir la calidad de vida permitirá incorporar estos instrumentos en la evaluación integral de individuos, en la conducción de ensayos clínicos y en la investigación de servicios de salud.

Las mediciones de calidad de vida pueden usarse para planear programas de tratamiento a corto plazo y para evaluar a grupos con diagnósticos específicos. Estas evaluaciones pueden estar basadas en encuestas directas con referencia al inicio de la enfermedad, al diagnóstico y a los cambios de síntomas en los últimos meses, principalmente en aquellos pacientes con enfermedades crónicas con tratamientos paliativos, y que confieran beneficios en la calidad de vida (1) (2).

La evaluación del estado funcional ha sido utilizada para medir el impacto de la enfermedad en el individuo, en ensayos clínicos, en estudios de comunidad y en evaluaciones económicas. Las consecuencias de la alteración de la salud conduce a dificultades en las funciones de la vida diaria, limita las posibilidades de participar en las actividades sociales, dentro de la familia y la comunidad. La OMS emplea los siguientes términos para describir sus consecuencias:

a) Deficiencia, es la pérdida de la función psicológica, fisiológica o de una estructura anatómica (en los niveles de órgano y función), como podría ser la ausencia de un miembro, la sordera o el retraso mental.

b) Discapacidad, es toda restricción (resultado de una deficiencia) de la habilidad para desarrollar una actividad considerada normal para un individuo y que se manifiesta por dificultad para caminar, hablar, vestirse, o comprender.

c) Minusvalía, es la desventaja de una persona como resultado de una deficiencia o discapacidad que impide el total desarrollo de su funcionamiento normal. Esto pone en desventaja al individuo, en sus relaciones interpersonales y lo dificulta para integrarse a la escuela, al trabajo o a los deportes. Así, la pérdida de un dedo para muchas personas les causaría deficiencia y cierta discapacidad; sin embargo, a un pianista le produciría minusvalidez. La deficiencia y el origen de la discapacidad definen el grado de dependencia de una persona. Esta dependencia se manifiesta en las actividades cotidianas, de alimentación, higiene, comunicación y traslado. En los escolares se caracteriza por una instrucción escolar postergada, falla escolar y rechazo. En el área sociocultural puede haber una capacidad de adaptación disminuida y una socialización alterada, y en el área psicoafectiva, dificultad de adaptación ante una crisis, baja autoestima y elevada dependencia (3) (4).

SISTEMAS DE EVALUACION

Tal vez la primera escala desarrollada con el propósito de definir en una forma consistente el estado funcional de los pacientes con padecimientos crónicos fue la de Karnofsky (5), esta escala es frecuentemente mencionada con las iniciales KPS. Es una escala de 10 puntos que aunque inicialmente fue desarrollada para pacientes con cáncer, por el hecho de ser genérica se ha aplicado a otras enfermedades crónicas. Se considera como un método confiable para predecir el estado funcional del paciente, es simple y de rápida aplicación. Se ha demostrado en varios estudios su excelente reproducibilidad y validez (6).

Desde su primera descripción en 1948, la escala KPS ha sido aceptada entre los médicos, especialmente por los oncólogos, como un método de estimación del estado funcional del paciente y una medida de progresión y de desenlace de la enfermedad (7).

La ventaja de esta escala es que es genérica; su desventaja, que es unidimensional, es decir, sólo evalúa el estado funcional y no mide las otras dimensiones de la calidad de vida. Debe reconocerse que existen maneras de cuantificar la calidad de vida. Las medidas de desenlace varían desde aquellas que son objetivas y fáciles de medir, como la muerte; otras que se basan en parámetros clínicos o de laboratorio (insuficiencia de un órgano), hasta aquellas que se basan en juicios subjetivos. Al igual que otros instrumentos que se desee utilizar en la investigación y en la práctica clínica, una escala debe reunir requisitos metodológicos pre-establecidos (8).

CONSIDERACIONES SOBRE ALGUNOS ESTUDIOS EFECTUADOS:

Los artículos de economía sanitaria son generalmente difíciles de entender para el médico práctico, pero hay un magnífico, razonable y comprensible informe de Hu y col. que examina la carga que supone la migraña en los Estados Unidos (9); este análisis cuenta con una amplia gama de fuentes de datos para la realización de sus cálculos, y las principales conclusiones en relación con la migraña son muy interesantes:

La prevalencia de la migraña, en USA, se encuentra en torno al 7% en hombres y al 20% en mujeres entre las edades de 20 a 64 años.

El número promedio de crisis de migraña al año es de 34 en los hombres y de 37 en las mujeres. Los hombres suelen necesitar, por año, aproximadamente cuatro días de reposo y las mujeres seis días. El promedio de reposo absoluto, en cada crisis, es de cinco a seis horas.

Sólo uno de cada cinco pacientes busca ayuda médica.

Lo fundamental en relación con los costos se muestra en la Tabla 1. Sólo el 8% de los costos fue debido a atención médica y la mayor parte de este porcentaje era debido a las visitas médicas y la medicación prescrita.

La mayor parte del costo estaba en relación con los días de trabajo perdidos y la pérdida de productividad. Los cálculos realizados concordaban el estudio británico (el sueldo medio, en Inglaterra, era más bajo), y la estimación del cálculo del impacto económico, para la población del Reino Unido sería de 1.913 millones de libras. Esto es aproximadamente tanto como 1 punto del impuesto sobre la renta, o sobre un 0,5% del PIB (Producto Interior Bruto).

Una síntesis alemana de un cierto número de análisis económicos sobre migraña, confirma que la experiencia estadounidense es similar a la de otras economías desarrolladas (10)

Tabla 1: Carga económica de la migraña en Estados Unidos

	Millones de dólares USA		
Elementos de coste	Hombres	Mujeres	Total

Médico	193	1,033	1,226
Pérdida de días de trabajo	1,240	6,662	7,902
Baja de la productividad	1,420	4,026	5,446
Total			14,574

Al analizar el impacto de la migraña, es esencial tener en cuenta un estudio epidemiológico efectuado por Breslau (11) en adultos jóvenes, que relaciona migraña con trastornos psiquiátricos e intentos de suicidio. Este estudio examinó a 1.007 adultos jóvenes de 21 a 30 años que formaron parte de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO: Health Maintenance Organization) en Michigan. Participaron en una entrevista estructurada que utilizaba definiciones de migraña de la Sociedad Internacional de Cefaleas, y un esquema de entrevista diagnóstica del National Institute of Mental Health (Instituto Nacional de Salud Mental), para recoger la información sobre trastornos psiquiátricos.

Los resultados mostraron una prevalencia de migraña a lo largo de la vida del 7% en hombres y del 16% en mujeres. Se observó la presencia de trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida con mayor frecuencia en personas con migraña. Por ejemplo, la depresión mayor se producía en un 9% de personas sin migraña, pero en un 22% en personas con migraña sin aura, y en un 32% de personas con migraña con aura. Las crisis de pánico se producían 10 veces más (en un 17%) en pacientes con migraña, que sin migraña. La ansiedad ocurría en un 21% de personas sin migraña y en un 54% de personas con migraña. Quizá el resultado más sorprendente, a pesar de todo, fue que los intentos de suicidio eran mucho mayores en los pacientes con migraña, especialmente en aquellos con aura.

En EE.UU., la cefalea migrañosa afecta a aproximadamente 28 millones de personas, el 75% de las cuales son mujeres. Este trastorno aparece en alrededor del 18% al 20% de las mujeres y en el 6% de los hombres. Los estudios epidemiológicos recientes sugieren que la frecuencia de las migrañas está aumentando en las mujeres, especialmente en las jóvenes que rondan los veinte años de edad, mientras que está descendiendo en los hombres. En los niños prepubescentes, este trastorno es más frecuente en chicos que en chicas. La migraña aparece antes de los 5 años de edad en el 25% de los casos, y antes de los 20 años en la mitad de los casos; la incidencia más alta se observa entre los 35 y 45 años de edad.

La migraña influye de forma considerable en las actividades cotidianas y en la calidad de vida de quienes la sufren y de sus familiares. Sin embargo, es posible que la mitad de todos los pacientes no sepan que la afección que les causa el dolor debilitante se llama migraña. Sólo una pequeña parte de los pacientes solicitan atención médica; sin embargo, la migraña es el motivo de más de 10 millones de visitas al médico en EE.UU. (el 2% de todas las visitas en atención primaria y el 2% al 3% de todas las visitas a Urgencias). Sólo en ese país, la migraña comporta un gasto anual de aproximadamente 13.000 millones en concepto de bajas laborales y disminución del rendimiento laboral, además de acarrear 1000 millones de gasto médico directo.

En 1989 se llevó a cabo en EE.UU. un estudio a gran escala sobre la epidemiología, el diagnóstico y el tratamiento de la migraña: American Migraine Study. Diez años después, en 1999, se realizó un estudio de seguimiento idéntico desde el punto de vista metodológico: American Migraine Study II. Se llegó a la conclusión de que la prevalencia de la migraña se mantuvo estable durante el intervalo de diez años entre ambos estudios, aunque el número absoluto de pacientes que sufrían migraña había ascendido a 27,9 millones. El porcentaje de personas que padecían migraña diagnosticada por el médico fue del 48% en 1999, en comparación con el 39% en 1989; sin embargo, se observó un menor aumento del porcentaje de pacientes tratados con fármacos recetados por el médico (del 37% en 1989 al 41% en 1999). Puesto que la cefalea por migraña se asocia a un grado extremadamente alto de incapacidad, y a pesar de los considerables avances en el tratamiento de la migraña, los

investigadores llegaron a la conclusión de que, en EE.UU., se diagnostican y tratan muchos menos pacientes con estos trastornos de los que casos que existen en realidad.

Si bien, en este escrito no desearíamos incluir el tratamiento, lo mencionamos porque consideramos que el impacto de la migraña en la calidad de vida es diferente si se la maneja correctamente o si se aplica una estrategia terapéutica errónea. La migraña tiene dos enfoques terapéuticos: la prevención y el tratamiento de la crisis.

Indicamos tratamiento preventivo cuando las crisis son muy frecuentes, más de tres por mes, o cuando no responden en forma adecuada al tratamiento de la crisis.

Al tratar las crisis, debería considerarse lo siguiente:

Estrategias para seleccionar la medicación para migraña aguda, Lipton y col. (12) revisaron muchos tratamientos y definieron tres estrategias comúnmente usadas en el tratamiento de las migrañas, llamadas:

1. Tratamiento por Etapas a través de los Ataques (Step care across attacks).
2. Tratamientos por Etapas entre los Ataques (Step care within attacks).
3. Cuidado Estratificado (Stratified Care).

Antes, la aplicación de cada estrategia estaba de acuerdo al sentido común del médico pero luego de estudios clínicos basados en evidencias y meta análisis, Lipton (12) y otros autores (5) llegaron a la conclusión que el tratamiento estratificado era el mejor con una fuerte evidencia estadística.

Describiremos cada una de estas estrategias.

1 - Tratamiento por etapas a través de los ataques (Step care across attacks)

Esta estrategia es la tradicional, basada en costos y era la solicitada por las compañías de seguros en América. El paciente luego de ser diagnosticado como afectado por migraña, recibe inicialmente el tratamiento más inespecífico y barato. Si luego de varios ataques la medicación no surte efecto, el paciente acude al mismo médico y este medica "el paso siguiente". Si no mejora, se irá "ascendiendo" hasta encontrar el fármaco más específico y efectivo (y por ende más caro). Por ejemplo, un paciente podría empezar con Naproxeno, luego "ascender" a una mezcla de aspirina, paracetamol y cafeína, después una mezcla de Isometheptene, Clorzoxana y paracetamol, continuar con una mezcla de Butalbital, aspirina y cafeína, paso siguiente a un opiáceo y finalmente a un derivado de la ergotamina o a un triptán.

Es muy probable que el paciente no sienta que sus expectativas sean satisfechas a corto tiempo, pero a favor tienen el argumento: ¿por qué tratar al paciente con un fármaco moderno y caro si se puede solucionar su problema con uno más barato? ¿Cómo saber si el medicamento barato funciona si no se ha intentado antes? Esta estrategia esta basada únicamente en costos y tal vez estos argumentos sean ciertos, pero varios estudios prospectivos y meta-análisis ya publicados demostraron lo contrario (13).

2 – Tratamiento por etapas entre ataques (Step care within attacks)

En este esquema, al paciente se le ofrecen dos medicaciones: una no específica que usa inicialmente y otra de rescate en caso que fracase la primera. Esta terapia fue muy usada por algunos neurólogos cuando sólo estaba disponible en el mercado el Sumatriptán inyectable y la Dihidroergotamina.

Muchos pacientes utilizan este esquema por su propia iniciativa, en forma empírica, al poder intuir cuando realmente van a tener una migraña severa y "saltan" directamente a la medicación de rescate (usualmente un triptán). El argumento en ellos es que siendo los triptanos muy caros es mejor utilizarlos cuando "la migraña esta realmente severa", ya que los triptanos suelen actuar en

cualquier momento. La ventaja principal es que el paciente tiene un papel más activo en el manejo de su enfermedad.

3 - Tratamiento Estratificado (Stratified care) (14)

Esta estrategia está definida para conjugar el tratamiento específico con las características del paciente y de la enfermedad. En primer lugar se tiene en cuenta las características del ataque, estableciendo lo siguiente:

- a) La severidad de la intensidad del ataque en el pico máximo.
- b) El tiempo que se demora el ataque en alcanzar el pico máximo, es decir en estar inhabilitado.
- c) Presencia de síntomas asociados como náuseas, vómitos o fotofobia.
- d) Tiempo de los síntomas asociados.

Con esta información habrían pacientes con latencia muy corta antes de llegar al dolor severo y al vómito, entonces el tratamiento adecuado sería sumatriptán inyectable; otro también con latencia breve de dolor intenso, breve, pero jamás vomita, entonces la elección sería un triptán por vía oral. Por ello es importante dividir a los triptanos en dos tipos:

Grupo A: son rápidos en su acción y con una gran respuesta terapéutica: rizatriptán, sumatriptan, zolmitriptan, almotriptan y eletriptan.

Grupo B: drogas lentas y menos eficientes: naratriptan y frovatriptan.

ESCALAS O SISTEMAS DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA

Para evaluar el impacto de la migraña en la calidad de vida de un paciente y la posible modificación de esta situación por las medidas terapéuticas sugeridas, se utilizan “escalas” de evaluación.

Hasta el año 2002 (15), se conocían 126 instrumentos (sistemas para evaluar) utilizados para medir la calidad de vida en diversas poblaciones y enfermedades.

La primer escala difundida con el propósito de definir en una forma consistente el estado funcional de los pacientes con padecimientos crónicos fue, como comentamos antes, la de Karnofsky (5) a la que se la suele citar con las iniciales KPS. Esta es una escala de 10 puntos que aunque inicialmente fue desarrollada para pacientes con cáncer, por el hecho de ser genérica se ha aplicado a otras enfermedades crónicas. Se considera como un método confiable para predecir el estado funcional del paciente, es simple y de rápida aplicación. Se ha demostrado en varios estudios su excelente reproducibilidad y validez. Desde su primera descripción en 1948, la escala KPS ha sido aceptada entre los médicos, especialmente por los oncólogos, como un método de estimación del estado funcional del paciente y una medida de progresión y de desenlace de la enfermedad. La ventaja de esta escala es que es genérica; su desventaja, que es unidimensional, es decir, sólo evalúa el estado funcional y no mide las otras dimensiones de la calidad de vida.

Al igual que otros instrumentos que se desee utilizar en la investigación y en la práctica clínica las escalas de evaluación de calidad de vida deben reunir requisitos metodológicos preestablecidos (16). En teoría, aceptamos que la calidad de vida podría medirse indirectamente por medio de escalas y es por esto que aplicamos estas escalas para evaluar a los pacientes con migraña.

1) Escala MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale) (17) fue puesta en marcha por Lipton y col. en el año 2000 y ha sido muy utilizado desde entonces en todo el mundo.

Es una encuesta que se lleva a cabo con las siguientes preguntas:

¿Cuántos días en los últimos tres meses usted no pudo asistir al trabajo o al colegio por sus dolores de cabeza?

¿Cuántos días en los últimos tres meses Ud. disminuyó su productividad en el trabajo o en el colegio a la mitad o más por sus dolores de cabeza?

¿Cuántos días en los últimos tres meses Ud. no pudo realizar sus tareas en la casa por sus dolores de cabeza?

¿Cuántos días en los últimos tres meses Ud. disminuyó su productividad en sus tareas?

¿Cuántos días en los últimos tres meses Ud. no pudo participar de actividades familiares, sociales o recreacionales por causa de sus dolores de cabeza?

Por cada día es un punto. Más de 10 puntos sugieren una inhabilitación moderada a severa.

2) Otro sistema, es la escala HIT-6 (Headache Impact Test) que publicó Ware (18), también en el año 2000 y consta de las siguientes preguntas:

1. Cuando usted tiene dolores de cabeza, ¿cuán frecuente el dolor es severo?

2. ¿Cuán frecuente el dolor de cabeza es inhabilitante como para no poder realizar sus labores en casa, trabajo o escuela?

3. Cuando usted tiene dolores de cabeza, ¿cuán frecuente usted desea recostarse?

4. En las pasadas 4 semanas, ¿cuán frecuente usted se siente tan cansado como para no poder realizar sus tareas habituales?

5. En las pasadas 4 semanas, ¿cuán frecuente se ha sentido irritado o molesto a causa de sus dolores de cabeza?

6. En las pasadas 4 semanas, ¿cuán frecuente, sus dolores de cabeza le impiden concentrarse en sus labores cotidianas?

Las respuestas se califican así: nunca (0 puntos), casi nunca (5 puntos), a veces (10 puntos), frecuentemente (15 puntos) y siempre (20 puntos). Con 48 o menos no hay en la limitación funcional, entre 50 y 60 es recomendado ir a un médico, entre 50 y 54 algo de impacto, 55 y 68 impacto moderado y más de 60 impacto severo.

3) También fue utilizado el método denominado SF 36 (19) que es un cuestionario para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, fue desarrollado en EE.UU. a principios de los años 90 y desde entonces ha sido evaluado en más de 400 artículos publicados para el estudio de resultados médicos, originalmente consta de 36 preguntas pero se desarrollaron formas abreviadas como el SF12 con sólo 12 ítems y existe una versión adaptada al español (20).

Con estos cuestionarios de salud y aplicando las pautas antes descriptas de tratamiento, el médico puede establecer cuán invalidante es la enfermedad en el paciente y como conviene manejar la terapéutica. De todos modos, cada paciente es diferente y lo acá descripto son solo pautas que el arte de curar y el sentido común podrían aconsejar modificaciones.

En base a estas tres estrategias terapéuticas descritas, ha habido múltiples estudios epidemiológicos y de cohortes para probar cuál sería la mejor estrategia desde un punto de vista costo/beneficio.

En todos estos estudios, la aplicación del “Tratamiento Estratificado” (Stratified care) dio mejores resultados que los otros sistemas. Es decir, a pesar que los fármacos implicados fueron más costosos (como el uso temprano de triptanos), esta intervención redujo el tiempo de inhabilitación y a la larga sería más económica ya que disminuye el tiempo de horas de trabajo perdidas y demás costos para el paciente.

En el estudio DISC (21) usando la escala MIDAS en pacientes con más de 10 días de 50% de inhabilitación, se probó que es mejor iniciar el tratamiento con triptanos desde el inicio, ya que es más barato en el curso de un año. Ahora, con estas herramientas, ya sabemos qué pacientes van a necesitar triptanos desde el inicio.

Roger Cady (22) propuso la hipótesis de la intervención temprana en el ataque agudo y que con esto muy probablemente la efectividad mejoraría. Es decir, el paciente no debería esperar que el dolor sea severo para tomar el triptano, sino que con dolor moderado debería iniciar el tratamiento. Para probar esta hipótesis se hicieron varios análisis de los estudios Spectrum (23) y del estudio Pfaffenrath M09 (24), llegándose a probar en forma categórica esta hipótesis. Posteriormente también lo hicieron Burstein (25) y el estudio MAXIMM (26) y el de Mathew (27).

CONCLUSIONES:

En nuestro Gabinete de Cefaleas del Hosp. J. M. Ramos Mejía, hemos utilizado triptanos para tratar la migraña desde que aparecieron en 1992 y según nuestra experiencia, acorde con publicaciones internacionales, podemos afirmar que el tratamiento agudo de la migraña debe iniciarse con la selección de los pacientes según su clínica individual, medir la alteración de la calidad de vida utilizando las escalas usuales y estratificar al paciente de acuerdo a su grado de invalidez y a las características del ataque. Si el paciente pierde más de 10 días con más del 50% de invalidación en los últimos tres meses, estaría justificado el uso de triptanos en lugar de una medicación inespecífica que sería insuficiente. La aplicación del tratamiento debería ser sin demora para optimizar la efectividad del fármaco y así evitar fracasos, recurrencias o el uso de medicación de rescate.

Este sistema de tratamiento, es el que puede cambiar la calidad de vida de una persona afectada por dolores migrañosos.

Bibliografía

- 1) Cluff LE. Chronic disease function and the quality of care. *J Chron Dis* 1981;34:299-304.
- 2) Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care* 1989;27:217-232.
- 3) Mainaire P. Disease, illness and health: Theoretical models of disablement process. *Bull World Health Organ* 1992;70:373-379.
- 4) Wallander JL, Varni JW. Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *J Child Psychol Psychiatry* 1998;39:29-46.
- 5) Obituary: David A Karnofsky. *Cancer Res* 1970;30:549-550.
- 6) Murphy ML, Osmundsen JA. A biographical sketch. David A Karnofsky. *Teratology* 1970;3:5.
- 7) Brezinski D, Stone P, Muller J, Tofler G, Davis V, Parker C et al. Prognostic significance of the Karnofsky performance status score in patients with acute myocardial infarction: Comparison with the left ventricular ejection fraction and exercise treadmill test performance. *Am Heart J* 1991;121:1374-1381.
- 8) Lara MMC, Ponce de León S, De la Fuente JR. Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. *Rev Invest Clin* 1995;47:315-327.
- 9) XH Hu et al. Burden of migraine in the United States. *Archives of Internal Medicine* 1999 159: 813-8.
- 10) MD Ferrari. The economic burden of migraine to society. *Pharmacoeconomics* 1998 13: 667-76.
- 11) N Breslau et al. Migraine, psychiatric disorders, and suicide attempts: an epidemiological study of young adults. *Psychiatry Research* 1992 37: 11-23.
- 12) Lipton, RB; Stewart, WF; Stone, AM. et al. Stratified care vs. step care strategies for migraine. The Disability in Strategies of Care (DISC) Study. *JAMA* 2000; 284:2599-605.

- 13) Rapaport, A; Williams, P; Sawyer, J. Stratified Care: Cost-efficient in the management of migraine. *Headache*. 2000; 40:426 (abstract).
- 14) Tepper, SJ; Meddis D. Reducing the cost of impairment of Normal Activities due to Migraine: A Stratified-Care Approach. *Headache* 2000; 40:434-35 (abstract).
- 15) Velarde Jurado E, Avila Figueroa C. Evaluación de la calidad de la vida. *Salud Pública Mex* 2002; 44: 349-361.
- 16) Lara MMC, Ponce de León S, De la Fuente JR. Conceptualización y Medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. *Rev Invest Clin* 1995;47:315-327
- 17) Lipton, RB; Goadsby, PJ; Sawyer, JPC, Blakeborough, P; Stewart, WF. Migraine: diagnosis and assessment of disability. *Reviews in Contemporary Pharmacotherapy*. 2000;11:63-73.
- 18) Ware, JE; Bayliss, MB; Dahloff, C; Kosinski, M; Diamond M; Batenhorst, AS. Developing short static assessments from the Headache Impact Test (HIT Item pool). *Cephalalgia* 2000; 20:308 (abstract).
- 19) Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS36-item short-form health survey (SF36) (1). Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30:473-83.
- 20) Vilagut G, Ferrer M y col. El cuestionario de Salud SF36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005; 19:2 1-20.
- 21) Lipton, RB; Stewart, WF; Stone, AM. et al. Stratified care vs. step care strategies for migraine. The Disability in Strategies of Care (DISC) Study. *JAMA* 2000; 284: 2599-605.
- 22) Cady, RK; Sheftell, F; Lipton, RB; O'Quinn, S; Jones, M; Putnam, DG; Crisp, A; Metz, A; McNeal, S. Effect of Early Intervention with Sumatriptan on Migraine Pain: Retrospective Analyses of Data from Three Clinical Trials. *Clinical Therapeutics*. 2000;22:1035-47.
- 23) Lipton, RB; Stewart, WF; Cady, R; Hall, C; O'Quinn, S; Kuhn, T; Gutterman, D. Sumatriptan for the range of headaches in migraine sufferers: Results of the Spectrum study. *Headache* 2000; 40:783-91.
- 24) Pffaffenrath, V; Cunin, G; Sjonell, G; Prendergast; S. Efficacy and Safety of Sumatriptan Tablets (25 mg, 50 mg, and 100 mg) in the acute treatment of migraine: Defining the optimum doses of oral sumatriptan. *Headache*. 1998;38:184-90.
- 25) Burstein, R; Yarnitsky, D; Goor-Aryeh, I; Ransil, BJ; Bajwa Z. An association between migraine and cutaneous allodynia. *Annals of Neurology* 2000 May;47(5):614-24.
- 26) Tepper, SJ; Donnan, GA; Dowson, AJ; Bomhof, MAM; Elkind, A; Meloche, J; Fletcher, PE; Millson, DS. A long term study to maximise migraine relief with Zolmitriptan. *Current Medical Research and Opinion*. 1999;15:254-71.
- 27) Mathew, NT. Long term efficacy and tolerability of Almotriptan: Results of a 1- year open study on almotriptan. Presented and distributed in: *Almotriptan: Complete Migraine Therapy*, Headache World 2000. London, UK, Sept 6, 2000;11-12.

De los autores:

Dra. Bibiana B. Saravia, Jefa del Gabinete de Cefaleas del Hosp. J. M. Ramos Mejía, Secretaria General de la Federación Latinoamericana de Neurología y Ex Presidenta de la Asociación Argentina de Cefaleas.

Dr. Héctor A. Zavala, Jefe de la Unidad Neurología del Hosp. J. M. Ramos Mejía, Ex Presidente de la Sociedad Neurológica Argentina, de la Federación Latinoamericana de Neurología y de la Asociación Argentina de Cefaleas.

e-mail: bsaravia@fibertel.com.ar

