

Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: factores determinantes

O. Fernández-Concepción, L. Canuet-Delis

DISABILITY AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH MIGRAINE: DETERMINING FACTORS

Summary. Aims. The purpose of this paper is to describe the behaviour of disability and quality of life (QOL) in patients suffering from migraine and to identify the factors associated with these variables. Patients and methods. A non-experimental study based on observation was conducted with 116 patients diagnosed as having migraine, who were consecutively admitted to the Casualty department at the Institute of Neurology and Neurosurgery. The chief variables used in the study were disability, QOL and the overall evaluation of their state of health. The remaining variables employed included demographic variables (age, sex, skin colour) and clinical variables involved in the bouts of migraine (with or without aura, pain location, type of pain, length of the bouts, presence of associated symptoms, presence of precipitating factors and their number, intensity of the bouts and the number of days with headache). The Migraine Disability Assessment questionnaire (MIDAS) was used to evaluate disability, while QOL was measured with the Headache Needs Assessment survey (HANA). Results. The mean total score on the MIDAS was 40.8, and 58.6% of the patients were in grade IV disability. The mean number of days with headache over a three-month period was 32.25 and the mean headache intensity was 8.50. The mean score on the HANA was 76.37. The factors associated with disability were the number of days with headache and comorbidity with high blood pressure, whereas their QOL was linked to the number of days with headache, the intensity of the pain and to the female sex. [REV NEUROL 2003; 36: 1105-12]

Key words. Disability. HANA. MIDAS. Migraine. Quality of life. State of health.

INTRODUCCIÓN

La migraña (M) es un trastorno neurológico crónico que produce ataques episódicos caracterizados por dolor, síntomas asociados y, a menudo, discapacidad temporal. Esta enfermedad puede considerarse en nuestros días un importante problema de salud; en primer lugar, por su alta prevalencia, y, en segundo, porque provoca una carga importante para los pacientes, la familia y la sociedad [1].

Los estudios sobre prevalencia más recientemente publicados se realizaron en EE.UU. y Francia. El estudio de Lipton et al, publicado en 2002, comunica una prevalencia de M del 13% del total de la población estadounidense, el 17-18% en mujeres y el 6-7% en hombres [2]. Encuestas previas en ese país, como *The American Migraine Study*, en 1989 [3], *The American Migraine Study II*, en 1999 [4], y *Baltimore County, MD*, en 1993 [5], mostraron resultados similares. El estudio de Henry et al en Francia, en 2000, mostró una prevalencia de 17% [6]; una encuesta nacional realizada por el mismo autor en 1990 había mostrado una prevalencia del 12,1% [7].

Las medidas evolutivas tradicionales, como la morbilidad y la mortalidad, no son adecuadas para evaluar el impacto de enfermedades crónicas como la M. Éstas no se asocian con mortalidad o consecuencias físicas, pero producen una gran afectación a los pacientes debido a su naturaleza recurrente [8]. Aunque la cefalea es generalmente episódica, muchos migrañosos están limitados por la imposibilidad de realizar sus actividades habituales durante el período de las crisis; además, con frecuencia se anticipan a futuros ataques y condicionan su funcionamiento como persona a la cefalea. Por ello, el registro aislado del número de días con cefalea no es una evaluación adecuada del impacto de la M [9].

La utilización de nuevos conceptos sobre las consecuencias de la enfermedad en la vida de los individuos se abre paso en nuestros días de forma vertiginosa; esto obliga a los médicos a cambiar el modo de enfrentarse a pacientes con enfermedades crónicas.

La carga o efecto producido por las cefaleas se ha documentado bien en la literatura. La M puede provocar la pérdida de días de trabajo y de asistencia a la escuela, así como de días en los quehaceres del hogar, reduce la productividad en las funciones laborales y provoca pérdida de tiempo en actividades no laborales [10-13]; así pues, se relaciona, tanto directa como indirectamente, con el coste de la enfermedad [14]. Por ello, se ha desarrollado un conjunto de instrumentos de medida de la discapacidad que incluyen el CPI (del inglés, *chronic pain index*) [15], el HImQ (del inglés, *headache impact questionnaire*) [16-18] y el MIDAS (del inglés, *migraine disability assessment questionnaire*) [19-21].

Las medidas de impacto de la cefalea sobre la calidad de vida (CDV) percibida por el paciente han emergido de forma importante en los últimos años. Aunque no existe una definición de consenso, la CDV representa el efecto neto de una enfermedad y su terapéutica sobre la percepción del paciente acerca de su posibilidad de tener una vida útil y realizada [22]. Desde la definición de salud de la OMS en 1950 [23], las preguntas relativas a la CDV se han incorporado de forma progresiva en la práctica y en la investigación clínica, y las medidas de CDV se han aceptado ampliamente en investigaciones críticas sobre un grupo de enfermedades crónicas, que incluye las cefaleas primarias. La cuantificación del impacto producido por la cefalea sobre la CDV es importante por varias razones:

1. La información puede utilizarse para evaluar aspectos de la carga de la enfermedad en individuos con cefalea.
2. Puede utilizarse como una medida evolutiva en ensayos clínicos y en la práctica clínica.
3. Puede servir para identificar tratamientos que optimicen la evolución.

Los instrumentos de CDV miden aspectos globales del estado de salud de los individuos en un determinado período, que incluyen

Recibido: 16.09.02. Recibido en versión revisada: 05.12.02. Aceptado: 28.04.03.
Instituto de Neurología y Neurocirugía. La Habana, Cuba.

Correspondencia: Dr. Otman Fernández-Concepción. Instituto de Neurología y Neurocirugía, 29, esquina D, N.º 139. Vedado. Municipio Plaza. Ciudad de La Habana, Cuba. CP 10400. E-mail otmanfc@infomed.sld.cu

© 2003, REVISTA DE NEUROLOGÍA

el tiempo con la enfermedad y sin ésta [24]. Estos instrumentos pueden ser genéricos o específicos de enfermedad [25-29]; los genéricos (como el SF-36) son útiles para un amplio intervalo de enfermedades, y especialmente para comparar la carga producida por unas y otras. En cambio, los cuestionarios específicos se enfocan sobre la carga específica de una determinada enfermedad; por ello, son más sensibles al cambio y más relevantes para ensayos clínicos con tratamientos a largo plazo. Los que se han probado para la M han exhibido buena fiabilidad y han mostrado evidencia de sensibilidad al cambio [30] (HANA), aunque, realmente, se han utilizado poco en las investigaciones.

La mayoría de los estudios sobre la CDV en la M se han centrado en comparar grupos de migrañosos con la población general [1,31], o diferentes tipos de cefalea entre sí [8,32] utilizando, fundamentalmente, instrumentos genéricos. Muchos de los estudios de CDV se han basado en grupos de pacientes selectos, usualmente con discapacidad grave, de clínicas o participantes en ensayos clínicos [34-44]. Otros, se basan en estudios poblacionales que reflejan el espectro de pacientes que puede verse en la práctica médica general [8,45]. Como constante de estas investigaciones, la CDV de los migrañosos es inferior a la de las personas sanas, y el principal determinante de ésta es la frecuencia de las crisis; por ello, la migraña transformada (MT) es la forma de esta enfermedad que se asocia a peor CDV [8,32,33].

Los estudios sobre los factores asociados al grado de discapacidad, así como al deterioro de la CDV en pacientes con M, son escasos en la bibliografía. Los autores presentan subanálisis dentro de sus muestras y realizan algunas inferencias sobre este aspecto [8,31-33,45]. De forma general, la cronicidad de la cefalea es el factor determinante de la discapacidad, en tanto que la propia cronicidad, la intensidad del dolor y los síntomas de depresión se asocian al deterioro de la CDV, indistintamente. Con este trabajo, pretendemos describir el comportamiento de la discapacidad y la CDV en un grupo de pacientes con M atendidos en el Instituto de Neurología y Neurocirugía, e identificar los factores clínicos asociados a la discapacidad y al deterioro de la CDV en estos pacientes.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio no experimental, de observación, para describir el comportamiento de la discapacidad y la CDV en pacientes con M, identificar los factores asociados a estas variables y determinar la concordancia entre las mediciones de discapacidad y CDV.

Se estudiaron 116 pacientes con diagnóstico de M que acudieron, consecutivamente, a Emergencias del Instituto de Neurología y Neurocirugía, aquejados de cefalea durante el período comprendido entre agosto de 2001 y julio de 2002. La edad media fue de 37,82 años, con una DE de 10 años, una edad mínima de 17 años y una máxima de 65. El 85,35% de los pacientes son del sexo femenino, el 71,55% de piel blanca, el 19,8% mestiza y el 8,6% negra.

El diagnóstico se definió según los criterios del Comité de Clasificación de la Cefalea de la Sociedad Internacional de Cefalea [46]. Estos criterios, en un estudio poblacional realizado recientemente en EEUU, mostraron una sensibilidad del 85% y una especificidad del 96% para el diagnóstico de la M [2].

Incluimos a todos los sujetos que cumplieron estrictamente los criterios y estuvieron dispuestos a participar en el estudio. Se excluyeron los pacientes que ofrecían dudas en la definición del tipo de cefalea y aquellos que tenían enfermedades asociadas con alto grado de discapacidad.

Las variables principales del estudio fueron:

1. Discapacidad provocada por la M.
2. CDV afectada por la cefalea.
3. Valoración general del estado de salud.

También se registraron las variables demográficas (edad, sexo, color de la piel) y las variables clínicas de las crisis migrañosas (con o sin aura, localización del dolor, carácter del dolor, duración de las crisis, presencia de sín-

tomas asociados, presencia de factores precipitantes y cantidad de éstos, intensidad de las crisis y cantidad de días con cefalea). De acuerdo a la cantidad de días con cefalea, dividimos a los pacientes en dos grupos, con MT y con M no transformada, de acuerdo a los criterios de Silverstein et al [47].

Para evaluar la discapacidad utilizamos el cuestionario de evaluación de la discapacidad por migraña (MIDAS).

El cuestionario MIDAS mide la discapacidad relacionada con la cefalea en base a cinco preguntas. Los pacientes registran el número de días perdidos en la escuela o el trabajo debido a la cefalea (pregunta 1), en el trabajo del hogar (pregunta 3), y en las actividades familiares, sociales o recreativas (pregunta 5). Estos dominios se seleccionaron debido a la importancia del grupo de edades entre 20 y 50 años, con una alta prevalencia de M [48]. Otras dos preguntas evalúan el número de días adicionales con limitaciones importantes en la actividad (definida como al menos un 50% de disminución de la productividad) en los dominios de trabajo en su empleo (pregunta 2) y en el hogar (pregunta 4). La puntuación del MIDAS se obtiene de la suma de los días perdidos por cefalea registrados en las cinco preguntas. La puntuación del MIDAS puede ser mayor que el número real de días perdidos por cefalea si más de un dominio de actividad se afecta un mismo día. Bajo estas circunstancias, la puntuación refleja el intervalo de demandas en la vida del individuo, sea o no por el empleo.

Las dos preguntas adicionales del MIDAS registran la información sobre la frecuencia de las cefaleas y la intensidad del dolor. Éstas no se suman a la puntuación total del cuestionario, pero brindan al médico una información clínicamente relevante que puede añadirse en la toma de decisiones sobre el tratamiento. Estas dos preguntas las utilizamos como las variables: cantidad de días con cefalea e intensidad del dolor.

Los autores seleccionaron un intervalo de recordatorio de 3 meses para todas las preguntas del MIDAS, para equilibrar la precisión de la información autoadministrada (optimizada por intervalos de recordatorio cortos). Trabajos previos han mostrado que es un período suficientemente corto para un recuerdo preciso [9,19,20,49,50]. La validez test-retest fue de 0,8. La validez externa comparada con una medida diaria de la frecuencia de la cefalea fue de 0,63, en tanto que comparada con la evaluación médica sobre la necesidad de tratamiento, fue de 0,69.

La puntuación del MIDAS se divide en cuatro grados:

- *Grado I*: limitaciones ligeras y pocas necesidades de tratamiento en los pacientes.
- *Grado II*: limitaciones moderadas y necesidades moderadas de tratamiento.
- *Grados III y IV*: limitaciones graves y grandes necesidades de tratamiento.

Los límites de puntuación total del MIDAS para esta gradación son:

- *Grado I*: puntuación entre 0 y 5.
- *Grado II*: entre 6 y 10.
- *Grado III*: de 11 a 20.
- *Grado IV*: 21 o más [48].

Para evaluar la CDV afectada por la cefalea utilizamos un instrumento específico: el cuestionario de evaluación de necesidades provocadas por la cefalea, HANA (del inglés, *headache needs assessment*) [9]. Este cuestionario se desarrolló para evaluar la CDV según la opinión del paciente, y mide el impacto individual de varios aspectos de la vida diaria, tanto en la frecuencia con que se presenta, como en el grado de molestia que le produce al individuo. El desarrollo de este instrumento se centró en la opinión de pacientes y de expertos, así como en la revisión bibliográfica. Evalúa siete aspectos o dominios: ansiedad/preocupación, depresión/desaliento, autocontrol, energía, función social, actividades sociales/familiares, e impacto general de la M. Las respuestas de estos siete dominios se dividieron en dos categorías: a) ¿Con qué frecuencia ocurre el problema? (1: nunca; 2: raramente; 3: a veces; 4: frecuentemente; 5: todo el tiempo), y b) ¿Cuánto le molesta ese problema? (1: nada; 2: algo; 3: un poco; 4: mucho; 5: resulta un gran problema); las preguntas se refirieron a la afectación en el último mes. La puntuación final del HANA se obtiene mediante la suma del producto de las categorías A y B en los diferentes ítems o problemas. Los estudios de validación mostraron que no tiene efecto suelo ni efecto techo, reunió los estándares para la validación con una consistencia interna de 0,92 (mediante el alfa de Cronbach) y una fiabilidad test-retest de 0,77. La validez externa mostró una alta correlación con la puntuación total del inventario de discapacidad por cefalea (0,73; $p = 0,0001$) y una alta correlación con las características de la enfermedad y los tratamientos [9].

Tabla I. Índices medios del cuestionario de evaluación de la discapacidad producida por la migraña (MIDAS).

Pregunta	Días
1. ¿Cuántos días faltó al trabajo o a la escuela en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza? (si no va a la escuela o el trabajo, indique cero en el cuadro)	4,37
2. ¿Cuántos días disminuyó a la mitad o menos su productividad en el trabajo o la escuela en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza? (No incluya los días que marcó en la pregunta 1 por faltar. Si no va a la escuela o el trabajo, marque cero en el cuadro)	8,68
3. ¿Cuántos días no hizo sus quehaceres domésticos en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza?	8,47
4. ¿Cuántos días disminuyó a la mitad o menos su productividad en los quehaceres de la casa en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza? (No incluya los días que ya contó en la pregunta 3 por no haber hecho sus quehaceres)	14,71
5. ¿Cuántos días no pudo participar en actividades familiares, sociales y de diversión en los últimos 3 meses debido a su dolor de cabeza?	4,75
Total	40,81
A. ¿Cuántos días sufrió dolor de cabeza en los últimos 3 meses? (si un ataque duró más de un día, cuente cada día)	32,25
B. En una escala de 0 a 10, ¿qué tan intensos fueron esos dolores de cabeza en promedio? (0: ningún dolor; 10: el peor dolor imaginable)	8,50

Fuente: cuestionarios.

La valoración general del estado de salud es una forma de evaluar la CDV mediante una simple pregunta: ¿cómo considera que es su salud comparada con la mayoría de las personas? Las categorías de respuesta incluidas fueron: excelente, muy buena, buena, regular, mala y muy mala; sin embargo, para facilitar y hacer más factible el análisis estadístico, las agrupamos en dos grandes categorías: buena y mala. En la buena incluimos las tres primeras, y en la mala, las tres últimas. Como parte del análisis estadístico, otorgamos una numeración (de 1 a 6) a las categorías de respuesta de la pregunta; al ser proporcionales, pudimos usar los valores medios para realizar correlaciones con otras variables [51].

Los datos se procesaron con el programa Statistica, versión 5.5 para Windows. Para la descripción de las variables planteadas se utilizaron métodos descriptivos y análisis de frecuencia. La correlación entre las variables del estudio se realizó mediante métodos no paramétricos, ya que los pacientes no se seleccionaron de forma aleatoria, y muchas variables no siguieron una distribución normal. Al analizar variables categóricas entre sí, se utilizaron tablas de contingencia; entre variables continuas y categóricas se utilizó el test U de Mann Whitney –en caso de que la variable categórica fuera dicotómica–, o análisis de varianza (ANOVA) por intervalos (Kruskal-Wallis), cuando la variable tenía más de dos categorías. Para correlacionar variables continuas entre sí, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

RESULTADOS

En la tabla I se muestran las medias de los diferentes ítems del cuestionario de discapacidad provocada por la M (MIDAS). La media de la puntuación total del cuestionario fue de 40,8, con un mínimo de 0, un máximo de 150 y una DE de 37,4. Las preguntas de mayor puntuación fueron la 4 ('días con disminución de la productividad en quehaceres de la casa...'), con 14,7, la 2 ('días con disminución de la productividad en el trabajo o la escuela...'), con 8,7, y la 3 ('días en que no pudo realizar los quehaceres domésticos...'), con 8,5. La pregunta A refleja una media de 32,25 días con cefalea en un período de 3 meses, es decir, aproximadamente, un día de cada tres, en tanto que la pregunta B muestra una media de 8,5 al referir en una escala de 0-10 la intensidad del dolor. Si tenemos en cuenta el número de días con cefalea, y aplicando los criterios especificados, encontramos que 34 pacientes, un 29,3%, presentaban una MT.

Tabla II. Grado de discapacidad según el cuestionario MIDAS.

	N.º pacientes	Porcentaje
I. Mínima (0-5 puntos)	16	13,8%
II. Ligera (6-10 puntos)	19	16,4%
III. Moderada (11-20 puntos)	13	11,2%
IV. Grave (más de 21 puntos)	68	58,6%

Tabla III. Índices medios del cuestionario de evaluación de la calidad de vida con cefalea (HANA).

	Puntuación media	Desviación estándar
Problema 1. Me he sentido ansioso o preocupado en espera de tener otra crisis grave de dolor	9,18	7,97
Problema 2. Me siento deprimido, desanimado por mis dolores de cabeza	10,85	7,06
Problema 3. Siento que no tengo control sobre mí debido a los dolores de cabeza	7,77	7,66
Problema 4. Tengo poca energía; me siento más cansado de lo habitual debido al dolor	13,18	7,11
Problema 5. Funciono y trabajo (atención, concentración, etc.) a un nivel más bajo de lo habitual debido a los dolores	17,81	7,31
Problema 6. He sentido que mis actividades familiares y sociales se encuentran limitadas por mis dolores de cabeza	8,07	6,44
Problema 7. He sentido que mi vida se centra o gira alrededor de mis dolores de cabeza	9,64	8,52
Total	76,37	34,84

Fuente: cuestionarios.

En la tabla II se observa la distribución según el grado de discapacidad, con un 58,6% de pacientes con discapacidad grave. Aunque el grado de discapacidad se asoció estadísticamente a la presencia de MT, de los 68 pacientes con grado IV en el MIDAS, 37 no tenían más de 15 días mensuales con cefalea.

La puntuación total del instrumento de evaluación de la CDV afectada por cefalea (HANA) presentó una media de 76,25, con un intervalo de 7-157, y una DE de 34,98. La tabla III refleja las medias de los siete problemas y las dos preguntas –A y B– del cuestionario HANA. Las puntuaciones más altas corresponden al problema 5 ('funciono a un nivel más bajo...'), el problema 4 ('Tengo poca energía...') y el problema 2 ('Me siento deprimido...'); en los tres casos, tanto para la pregunta A (¿Con qué frecuencia ocurre el problema?), como para la pregunta B (¿Cuánto le afecta el problema?).

Con relación a la valoración del estado de salud por parte de los pacientes, 38 de ellos (32,7%) consideraron que su salud era excelente, muy buena o buena, en tanto que 78 (67,2%) la catalogaron como regular, mala, o muy mala, al compararla con la del resto de las personas.

En la tabla IV se muestra la correlación de la edad con la puntuación total del cuestionario MIDAS, sin que se encontrara diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,14$), ni con la cantidad de días con cefalea, ni con la intensidad de ésta. Al correlacionar todos los ítems del MIDAS, la pregunta 5 de este cuestionario, referida a la participación en actividades familiares, sociales y de diversión, se correlacionó con la edad de forma altamente significativa y positiva ($p = 0,009$); es decir, que a medida que avanza la edad, mayor es la afectación en esta área.

Por otra parte, la puntuación total del cuestionario HANA tampoco se asocia a la edad ($p = 0,14$), en tanto que los problemas 6 y 7, analizados de forma independiente, sí se relacionaron de forma positiva con la edad

Tabla IV. Correlación entre las puntuaciones del cuestionario MIDAS y la edad.

	R	t (N - 2)	p
Pregunta 1	-0,112	-1,21	0,228
Pregunta 2	0,133	1,43	0,153
Pregunta 3	0,011	0,11	0,906
Pregunta 4	0,094	1,00	0,314
Pregunta 5	0,239	2,63	0,009 ^a
MIDAS total	0,135	1,45	0,147
MIDAS A (frecuencia)	0,117	1,26	0,209
MIDAS B (intensidad)	0,021	0,22	0,818

Fuente: cuestionarios. ^ap < 0,01.

(Tabla V). La valoración subjetiva del estado de salud tampoco se asoció a la edad ($p = 0,53$).

Al estudiar la diferencia de medias entre hombres y mujeres en la puntuación total del cuestionario de discapacidad, no se encontró diferencia significativa ($p = 0,78$); tampoco se encontró en la cantidad de días con cefalea ($p = 0,47$) ni en la intensidad de ésta ($p = 0,76$). La puntuación total del HANA (Tabla VI) fue significativamente superior en las mujeres ($p = 0,019$), y ocurrió de forma similar con la valoración general del estado de salud, que tuvo una media de 3,17 para los hombres y 3,88 para las mujeres, diferencia que fue estadísticamente significativa ($p = 0,006$).

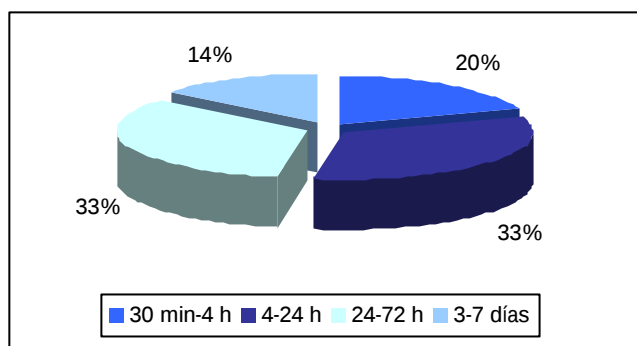
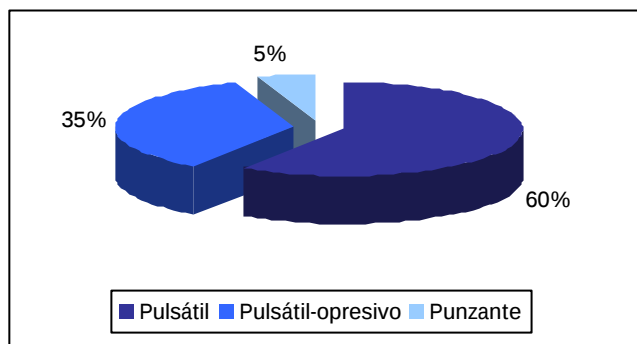
Con relación a hábitos y enfermedades asociadas, el 48,3% fuma, el 18,1% padece de hipertensión arterial (HTA), el 1,7% de diabetes mellitus, y el 32,7% refiere padecer depresión. Solamente dos pacientes (1,7%) son epilépticos, y cuatro (3,4%) padecen de sonambulismo. Cuando realizamos el análisis sobre las enfermedades asociadas y otros hábitos, observamos que el tabaquismo no se asoció a ninguna de las variables correlacionadas. La presencia de HTA se asoció de forma muy significativa a una mayor puntuación total del cuestionario MIDAS ($p = 0,0022$). La media del número de días con cefalea fue de 47,85 entre los hipertensos y de 28,80 entre los no hipertensos, diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,001$); por tanto, la HTA se asoció a la MT.

La presencia o no de depresión no presentó diferencias significativas en las puntuaciones totales del MIDAS ($p = 0,08$) ni del HANA ($p = 0,12$). Sin embargo, al estudiar todos los ítems, encontramos que la media de los individuos que se deprimen eran significativamente mayores en la pregunta 3 ('no hizo sus quehaceres domésticos...') y la pregunta 5 ('no pudo participar en actividades familiares, sociales y de diversión...'), así como en los problemas 6 ('limitación en actividades familiares y sociales') y 7 ('mi vida gira alrededor de los dolores de cabeza...') del HANA ($p = 0,048$ y $p = 0,017$, respectivamente). Con relación a la valoración del estado de salud, el valor medio en los pacientes que refieren padecer depresión es de 4,02 frente a un 3,66 en los que no la presentaban, lo cual representó una diferencia significativa ($p = 0,048$).

En la figura 1 se muestra la distribución de los pacientes según el tiempo de duración de las crisis de cefalea. Se observa un predominio de las crisis entre 4 y 72 horas. En la figura 2 hacemos la distribución de la calidad del dolor, donde se evidencia un amplio predominio de la cefalea pulsátil (60%) y la pulsátil asociada a opresión (35%). Como muestra la figura 3, alrededor de la mitad de los individuos entrevistados presentan crisis de cefalea de localización unilateral, en poco más de un cuarto alterna la localización unilateral y bilateral, y en otro cuarto es puramente bilateral. En la figura 4 se observa que el 48,3% de los pacientes tenía una M con aura. Al comparar las medias de las puntuaciones de los cuestionarios MIDAS y HANA en todas estas variables sobre las características de la cefalea, no se encontró diferencia significativa en ninguna de ellas.

Relacionamos también los cuatro síntomas asociados a la cefalea más frecuentemente (náuseas, vómitos, fotofobia y enrojecimiento ocular) con las puntuaciones totales de los cuestionarios MIDAS Y HANA, sin encontrar diferencias significativas. La presencia de aura tampoco mostró diferencias con las variables antes descritas.

En esta tabla VII, se muestra la correlación entre la cantidad de días con cefalea, tomada de la pregunta A del cuestionario MIDAS, y las cinco preguntas

**Figura 1.** Distribución porcentual de la duración de la crisis de migraña.**Figura 2.** Distribución porcentual del carácter del dolor.**Tabla V.** Correlación entre las puntuaciones del cuestionario HANA y la edad.

	R	t (N - 2)	p
Problema 1	0,068	0,737	0,462
Problema 2	0,038	0,406	0,685
Problema 3	0,075	0,808	0,420
Problema 4	0,035	0,381	0,703
Problema 5	0,015	0,169	0,865
Problema 6	0,189	2,064	0,041 ^a
Problema 7	0,214	2,343	0,020 ^a
HANA total	0,139	1,507	0,134

Fuente: cuestionarios. ^ap < 0,05.**Tabla VI.** Comparación de los índices medios de ambos sexos en las puntuaciones del MIDAS y el HANA.

	Hombres (media)	Mujeres (media)	Valor Z	p
Total HANA	58,76	79,40	-2,34	0,019 ^a
Total MIDAS	46,29	39,86	-0,27	0,781
MIDAS A	34,11	31,92	-0,70	0,479
MIDAS B	8,35	8,53	-0,28	0,772
Estado de salud	3,17	3,88	-2,72	0,006 ^a

Fuente: cuestionarios. ^ap < 0,05.

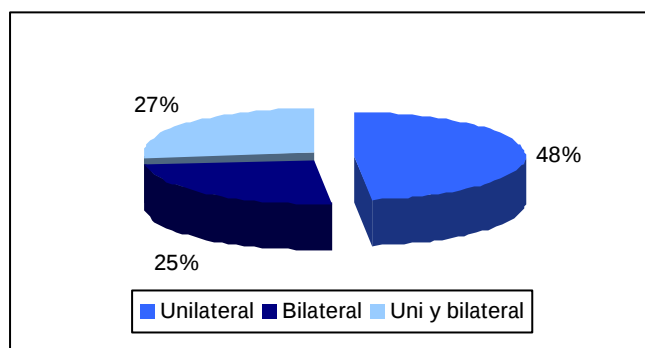


Figura 3. Distribución porcentual de la localización del dolor.

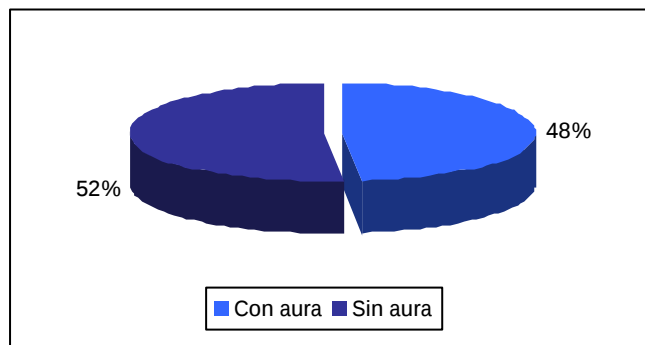


Figura 4. Distribución porcentual del tipo de migraña: con aura o sin aura.

Tabla VII. Correlación entre los ítems del cuestionario MIDAS y el número de días con cefalea.

	R	t (N - 2)	p
Pregunta 1	0,33	3,846642	0,000198 ^a
Pregunta 2	0,19	2,175895	0,031627 ^b
Pregunta 3	0,36	4,149553	0,000064 ^a
Pregunta 4	0,38	4,458123	0,000019 ^a
Pregunta 5	0,37	4,369079	0,000028 ^a
MIDAS total	0,74	11,90664	0,000000 ^a

Fuente: cuestionarios. ^a $p < 0,01$; ^b $p < 0,05$.

Tabla VIII. Correlación entre los ítems del cuestionario MIDAS y la intensidad de la cefalea.

	R	t (N - 2)	p
Pregunta 1	0,15	1,676860	0,096310
Pregunta 2	-0,00	-0,081564	0,935136
Pregunta 3	0,27	3,041802	0,002919 ^a
Pregunta 4	0,01	0,182903	0,855199
Pregunta 5	0,32	3,681583	0,000356 ^a
MIDAS total	0,18	1,95571	0,052946

Fuente: cuestionarios. ^b $p < 0,05$.

del cuestionario MIDAS. La cantidad de días con cefalea se asocia de forma significativa a la puntuación total de este cuestionario y a todas las preguntas de éste. Por otra parte, la intensidad de la cefalea se relaciona de forma altamente

Tabla IX. Correlación entre los ítems del cuestionario HANA y el número de días con cefalea.

	R	t (N - 2)	p
Problema 1	0,22	2,44	0,015 ^b
Problema 2	0,27	3,02	0,003 ^a
Problema 3	0,25	2,77	0,006 ^a
Problema 4	0,05	0,60	0,543
Problema 5	0,27	3,06	0,002 ^a
Problema 6	0,32	3,64	0,0004 ^a
Problema 7	0,57	7,55	0,0000 ^a
HANA total	0,44	5,35	0,0000 ^a

Fuente: cuestionarios. ^a $p < 0,01$; ^b $p < 0,05$.

Tabla X. Correlación entre los ítems del cuestionario HANA y la intensidad de la cefalea.

	R	t (N - 2)	p
Problema 1	0,22	2,49	0,014 ^b
Problema 2	0,08	0,94	0,348
Problema 3	0,26	2,90	0,004 ^a
Problema 4	0,17	1,87	0,063
Problema 5	0,02	0,25	0,802
Problema 6	0,28	3,13	0,002 ^a
Problema 7	0,22	2,46	0,015 ^b
HANA total	0,25	2,84	0,005 ^a

Fuente: cuestionarios. ^a $p < 0,01$; ^b $p < 0,05$.

significativa con las preguntas 3 y 5 del cuestionario MIDAS, y no llega a alcanzar la significación estadística con la puntuación total (Tabla VIII).

En la tabla IX se muestra la correlación entre la cantidad de días con cefalea, tomada de la pregunta A del cuestionario MIDAS, y todos los problemas del cuestionario HANA. Como se observa, la cantidad de días con cefalea se asocia de forma significativa ($p < 0,05$) a la puntuación total y a todos los problemas del cuestionario, excepto al número 4, referido a la energía.

En la tabla X se muestra la correlación entre la intensidad de la cefalea, tomada de la pregunta B del cuestionario MIDAS, y el cuestionario HANA. Como se observa, la intensidad de la cefalea se asocia de forma significativa ($p < 0,05$) a la puntuación total y los diferentes ítems de éste, salvo el 2, el 4 y el 5, referidos a la poca energía, a la disminución de la capacidad de trabajo y a la depresión por cefalea.

DISCUSIÓN

Si comparamos los resultados del cuestionario de discapacidad provocada por la M con otros estudios publicados que ofrecen datos similares, se evidencia una notable diferencia, con valores muy superiores en nuestros pacientes. En un estudio de validación realizado en EEUU y Reino Unido en el que se utilizó el MIDAS [20], las puntuaciones totales de éste fueron 19,5 y 12,8, respectivamente. Resultados similares a éstos muestran Henry et al [6] en un estudio poblacional en Francia, en el que, empleando también el MIDAS, encontraron un 74,7% de sujetos con grado I, un 13,3% con grado II, un 7,7% con grado III y un 4,3% con

grado IV. Esta notable diferencia radica en que los casos incluidos en esos estudios se obtienen de muestras poblacionales, donde se encuentra un espectro más amplio de gravedad entre los migrañosos, índices bajos de asistencia hospitalaria y altos índices de subdiagnóstico; es decir, muchos pacientes se detectaron como enfermos de M por primera vez en la encuesta realizada. Por ello, las inferencias que podamos realizar de nuestros resultados son sobre la base de una población de enfermos que acuden al hospital en busca de asistencia, probablemente por una mayor gravedad de su padecimiento.

Después de una revisión en MEDLINE desde 1999—año en que se publica el cuestionario HANA—hasta la fecha, así como búsquedas en Internet por Google con las palabras ‘HANA’ y *quality of life, migraine*, encontramos únicamente un trabajo que utilizó este instrumento para evaluar CDV en pacientes con M. Este trabajo fue precisamente el estudio de validación de este instrumento [9], en el se incluyeron tres encuestas:

1. Una encuesta por Internet (*Life Impact Survey*), que incluyó 994 personas.
2. Un ensayo clínico con ácido valproico con 28 pacientes.
3. Una muestra aleatoria de 25 sujetos para la validación test-retest.

La media del HANA en nuestro estudio (76,25) es bastante similar a la de la encuesta realizada por Internet (77,98) y superior a las otras dos (63,38 y 58,72, respectivamente). Llama la atención que no existe diferencia entre una encuesta abierta—realizada a través de Internet—y nuestros resultados con pacientes hospitalarios, tal como se observa con la discapacidad. Sin embargo, esta diferencia sí es notable con las otras dos encuestas utilizadas. Cabe preguntarse por qué el grado de discapacidad difiere tanto entre los estudios poblacionales y nuestros casos, pero no sucede igual con la CDV. Nuestros resultados demuestran una alta correlación entre la discapacidad y el deterioro de la CDV; por ello, atribuimos este comportamiento a que una encuesta por Internet no es similar a un estudio poblacional, probablemente porque se sienten más dispuestos a participar quienes se saben migrañosos y se sienten más afectados. Una evidencia de ello es que el porcentaje de individuos con cefalea crónica diaria en su muestra fue de 26,74%, comparable al 29,31% de la nuestra.

Los estudios evaluativos o comparativos de la CDV en migrañosos han utilizado instrumentos genéricos [1,8,31-33]. Estos instrumentos son más útiles para comparar la M con otras enfermedades o con la población general; sin embargo, lo son menos para evaluar el impacto específico de la M en estos pacientes o identificar los factores que la deterioran. La utilización de instrumentos específicos para la M es escasa en estos momentos; iniciativas como el HANA deben adoptarse mayoritariamente por los investigadores que pretendemos desarrollar este tema.

Lipton et al [4], utilizando datos del American Study II, encontraron que en el 53% de los migrañosos, la cefalea les causa una limitación sustancial en sus actividades o requieren reposo, el 31% perdió al menos un día de trabajo o escuela en los últimos tres meses, en tanto que el 51% reducen su productividad (en la escuela o el trabajo) en un 50%. Estos elementos se obtuvieron del cuestionario MIDAS, y se refieren a datos sobre discapacidad. Por otra parte, un estudio de Michel et al, donde evaluaron la carga de la M a través de la productividad en el trabajo y la percepción de salud en empleados voluntarios de las compañías de gas y de electricidad francesa, encontraron que el absentismo laboral no mostró diferencias estadísticamente significativas entre un grupo de migrañosos, otro grupo con cefalea por otras causas

y un grupo de sujetos sin cefalea. Sin embargo, sí encontraron diferencias en cuanto a la CDV, evaluada mediante el cuestionario genérico SF-36, y el grado de ansiedad. Los autores postulan que la carga por M debe considerarse en términos de CDV [49].

Según el estudio de validación del HANA de Cramer et al, la CDV era peor a mayores edades, especialmente en el grupo entre 45 y 54 años, con una caída importante a partir de los 65 años [9]. Nosotros no encontramos asociación entre la edad y la discapacidad producida por la M, y tampoco con la CDV percibida por el individuo. Sin embargo, observamos una mayor afectación de las actividades familiares y sociales a medida que avanzaba la edad, lo cual se pudo evidenciar en ambos cuestionarios (pregunta 5 del MIDAS y problema 6 del HANA). Se nota que esto ocurre sin un aumento significativo de la frecuencia ni la intensidad del dolor; es decir, a medida que avanza la edad, se dejan de cumplir con mayor facilidad planes de la vida sociofamiliar debido a los dolores de cabeza.

La cefalea no sólo fue más frecuente en las mujeres, sino que, además, éstas mostraron una CDV más baja que los hombres. Resultados similares encontraron Cramer et al en el estudio de validación del HANA, en el cual el 81% de los sujetos era mujer, y las medias de la puntuación total del cuestionario fueron significativamente superiores en el sexo femenino ($p=0,0056$). Estos resultados fueron independientes de la frecuencia y la intensidad de la cefalea, así como del grado de discapacidad; es decir, las mujeres perciben con mayor fuerza el impacto de la M. Investigaciones recientes en la fisiopatología sugieren el potencial efecto de las hormonas femeninas en las vías de dolor de la M [52].

Del grupo de variables obtenidas sobre las características de la cefalea, únicamente la cantidad de días con cefalea se asoció positivamente a la puntuación total del cuestionario de discapacidad. Ni la mayor intensidad del dolor, ni la presencia de síntomas acompañantes o manifestaciones de aura, ni la localización, ni el carácter del dolor ni la duración de las crisis se asociaron a un mayor grado de discapacidad. El concepto de discapacidad se relaciona con la limitación en la realización de actividades de la vida diaria, en este caso evaluadas en función de la posibilidad de asistir al trabajo o la escuela, de realizar las actividades cotidianas del hogar, del rendimiento en esas labores y de la participación en actividades recreativas, sociales o de diversión. Podemos decir, entonces, que en los pacientes con M la limitante básica para tener una participación sociofamiliar normal es el número de días con cefalea. Obviamente, los pacientes con MT, que por definición presentan más de 15 días mensuales con cefalea, muestran un mayor grado de discapacidad.

Entre las enfermedades asociadas, la única que se relacionó con mayor discapacidad fue la HTA, lo cual se enlaza con una significativamente mayor frecuencia de días con cefalea entre los hipertensos de la muestra. La presencia de HTA fue significativamente mayor entre los pacientes con MT que en el resto. Grebe et al encontraron que la hipertensión fue más prevalente en la muestra de migrañosos de su estudio que lo esperado en una muestra equivalente de la población general [53], en tanto que, en nuestra muestra, esta prevalencia fue del 18,1%, similar a la observada en la población general. En el estudio de Grebe et al, la HTA fue significativamente más prevalente entre los pacientes resistentes al tratamiento antimigrañoso; además, hubo más resistencia al tratamiento entre los migrañosos hipertensos. En base a estos resultados, los autores concluyeron que la comorbilidad entre cefaleas crónicas e hipertensión es alta, y que la hiperten-

sión complica el control de este tipo de cefaleas [53]. Por otra parte, Prentice y Heywood, en una revisión sobre la posible relación entre la M y la hipertensión, hablan de algunas evidencias que sugieren que un pobre control de la tensión arterial puede exacerbar la frecuencia y gravedad de la M. En pacientes con M e HTA establecida, el buen control de la TA es beneficioso para controlar la cefalea [54]. Finalmente, Mathew plantea que la HTA puede incrementar la frecuencia y gravedad de la M, y puede transformar una M episódica en una cefalea crónica diaria. Considera que el tratamiento concomitante de la HTA es importante en estos pacientes [55].

Sin embargo, la CDV se afectó tanto por la frecuencia como por la intensidad de las crisis migrañosas. La CDV expresa un concepto más amplio que la discapacidad; se refiere a una visión subjetiva e individualizada del propio sujeto con relación al impacto de la enfermedad sobre sí mismo en las áreas psicofuncional, psicológica y social, que refleja en mayor medida el impacto de la enfermedad sobre el individuo, más allá de la mera limitación de la participación en las actividades. Esas diferencias conceptuales en lo que se mide con uno y otro instrumento seguramente determinan la influencia de la intensidad del dolor en la CDV, es decir, en el sufrimiento que le causa al individuo. A diferencia del estudio de validación del HANA, no encontramos asociación con la presencia de ningún síntoma asociado, en tanto que en dicho estudio se comunica que los pacientes con náuseas o vómitos y los pacientes con fobia percibían peor su CDV.

Terwindt et al, en un estudio poblacional en Holanda, en el que utilizaron el SF-36, mostraron que, a mayor frecuencia de ataques migrañosos, peor fue la CDV en los casos estudiados [1]; por otra parte, Guitera et al, en España, refieren que la CDV de estos pacientes se asocia más a la cronicidad que a la intensidad de la cefalea [8]. Resultados similares obtuvieron Meletiche et al

en Italia [32]. Otros estudios, como el de Wang et al, en una clínica de cefalea en Taipei, China, muestran una alta correlación (negativa) de la CDV con la frecuencia de las crisis y con la intensidad del dolor, así como con la presencia de ansiedad y depresión [33]. Kolotlylo y Broome, en un estudio realizado estrictamente en mujeres, encuentran que la presencia de síntomas depresivos, la discapacidad y la CDV se correlacionan altamente [56]. En un análisis de regresión, muestran que estas variables predicen el 62,9% de la discapacidad y el 64,8% de la afectación de la CDV en pacientes con migraña. Lipton et al comunican que la CDV se asoció a la frecuencia de ataques y al grado de discapacidad; además, encuentran que la depresión es más frecuente en los migrañosos y, cuando se presenta, la CDV es significativamente peor que cuando no coexiste en el paciente [31]. Como vemos, la cronicidad de la cefalea es el elemento constante en la afectación de la CDV, similar a lo que hemos obtenido nosotros en otro tipo de estudio. La intensidad del dolor y la depresión se han asociado indistintamente. En nuestro estudio, la depresión no se relacionó con la discapacidad (puntuación del MIDAS), ni con la CDV (puntuación del HANA), aunque los pacientes deprimidos estaban más limitados en las actividades del hogar y sociofamiliares, y percibieron con más frecuencia que su vida giraba alrededor de la cefalea.

En conclusión, los pacientes migrañosos que buscan ayuda hospitalaria tienen un alto grado de discapacidad y una importante afectación de la CDV, y no representan el comportamiento de esta enfermedad en la población general. Los factores determinantes de la discapacidad en los pacientes con M que buscan atención hospitalaria son la cantidad de días con cefalea y la comorbilidad con HTA, en tanto que su CDV está determinada por el número de días con cefalea, la intensidad del dolor y ser del sexo femenino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Terwindt GM, Ferrari MD, Tjhuis M, Groenen SMA, Picavet HJS, Launer LJ. The impact of migraine on quality of life in the general population: The GEM study. *Neurology* 2000; 55: 624-9.
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. Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, Reed ML. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race, and other sociodemographic factors. *JAMA* 1992; 267: 64-9.
4. Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed ML. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache* 2001; 41: 646-57.
5. Stewart WF, Lipton RB, Liberman J. Variation in migraine prevalence by race. *Neurology* 1996; 47: 52-9.
6. Henry P, Auray JP, Gaudin AF, Dartigues JF, Duru G, Lantéri-Minet M, et al. Prevalence and clinical characteristics of migraine in France. *Neurology* 2002; 59: 232-7.
7. Henry P, Michel P, Brochet B. A nationwide survey of migraine in France: prevalence and clinical features in adults. *Cephalalgia* 1992; 12: 229-37.
8. Guitera V, Muñoz P, Castillo J, Pascual J. Quality of life in chronic daily headache: a study in a general population. *Neurology* 2002; 58: 1062-5.
9. Cramer JA, Silberstein SD, Winner P. Development and validation of the Headache Needs Assessment (HANA) Survey. *Headache* 2001; 41: 402-9.
10. Stewart WF, Lipton RB, Simon D. Reliability of an illness severity measure for headache in a population sample of migraine sufferers. *Cephalalgia* 1998; 18: 44-51.
11. Schwartz BS, Stewart WF, Lipton RB. Lost workdays and decreased work effectiveness associated with headache in the workplace. *J Occup Environ Med* 1997; 39: 320-7.
12. Von Korff MR, Stewart WF, Simon DJ, Lipton RB. Migraine and reduced work performance: a population-based diary study. *Neurology* 1998; 50: 1741-5.
13. Rasmussen B, Jensen R, Olesen J. Impact of headache on sickness absence and utilization of medical services: a Danish population study. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 443-6.
14. De Lissovoy G, Lazarus SS. The economic cost of migraine. Present state of knowledge. *Neurology* 1994; 44 (Suppl 4): 56-62.
15. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ. Grading the severity of chronic pain. *Pain* 1992; 50: 133-49.
16. Slater ND, Lipton RB, Stewart WF. Doctor-patient communication about migraine disability. *Neurology* 1999; 52 (Suppl 2): 209 [abstract].
17. Lipton RB, Stewart WF, MacGregor A. Communication of migraine disability between physicians and patients. *Cephalalgia* 1999; 19: 337 [abstract].
18. Stewart WF, Lipton RB, Simon D, Liberman J, Von Korff M. Validity of an illness severity measure for headache in a population sample of migraine sufferers. *Pain* 1999; 79: 291-301.
19. Stewart WF, Lipton RB, Kolodner K, Liberman J, Sawyer J. Reliability of the migraine disability assessment score in a population-based sample of headache sufferers. *Cephalalgia* 1999; 19: 107-14.
20. Stewart WF, Lipton RB, Sawyer J. An international study to assess the reliability of the migraine disability assessment (MIDAS) score. *Neurology* 1999; 52: 988-94.
21. Stewart WF, Lipton RB, Kolodner KB, Sawyer J, Lee C, Liberman JN. Validity of the migraine disability assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers. *Pain* 2000; 88: 41-52.
22. Solomon GD, Dahlöf CGH. Impact of headache on the individual sufferer. In Olesen J, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, eds. *The headaches*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p. 25-31.
23. World Health Organization. World Health Organization. Constitution Basic Documents. 2. Geneva: World Health Organization; 1948.
24. Dahlöf C. Assessment of health-related quality of life in migraine. *Cephalalgia* 1993; 13: 233-7.
25. Jacobson GP, Ramadan NM, Aggarwal SK. The Henry Ford Hospital Headache Disability Inventory. *Neurology* 1994; 44: 837-42.

26. Babiak LM, Miller DW, MacMillan JH. Migraine-specific quality of life: a comparison of US and Canadian results. *Qual Life Res* 1994; 3: 58.
27. Richard A, Henry P, Chezot G. Quality of life and migraine, validation of the QVM questionnaire in hospital consultation and in general medicine. *Thérapie* 1993; 48: 89-96.
28. Solomon GD, Skobieranda FG, Graff LA. Quality of life and well-being of headache patients: measurement by the medical outcomes study instrument. *Headache* 1993; 33: 351-8.
29. Osterhaus JT, Townsend RJ, Gandek B. Measuring the functional status and well-being of patients with migraine headache. *Headache* 1994; 34: 337-43.
30. Wagner TH, Patrick DL, Galer BS. A new instrument to assess the long-term quality of life effects from migraine: development and psychometric testing of the MSQOL. *Headache* 1996; 36: 484-92.
31. Lipton RB, Hamelsky SW, Kolodner KB, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine, quality of life, and depression: a population-based case-control study. *Neurology* 2000; 55: 629-35.
32. Meletiche DM, Lofland JH, Young WB. Quality of life differences between patients with episodic and transformed migraine. *Headache* 2001; 41: 573-8.
33. Wang SJ, Fuh JL, Lu SR, Juang KD. Quality of life differs among headache diagnoses: analysis of SF-36 survey in 901 headache patients. *Pain* 2001; 89: 285-92.
34. Edmeads J, Findlay H, Tugwell P, Pryse-Phillips W, Nelson RF, Murray TJ. Impact of migraine and tension-type headache on life-style, consulting behavior, and medication use: a Canadian population survey. *Can J Neurol Sci* 1993; 20: 131-7.
35. Stewart WF, Shechter A, Lipton RB. Migraine heterogeneity. Disability, pain intensity, and attack frequency and duration. *Neurology* 1994; 44: S24-39.
36. Lipton RB, Stewart WF, Von Korff M. Migraine impact and functional disability. *Cephalalgia* 1995; 15: S4-9.
37. Stewart WF, Lipton RB, Simon D. Work-related disability: results from the American migraine study. *Cephalalgia* 1996; 16: 231-8.
38. Stang PE, Osterhaus JT, Celentano DD. Migraine. Patterns of health-care use. *Neurology* 1994; 44: S47-55.
39. Lipton RB, Stewart WF. Migraine in the United States: a review of epidemiology and health care use. *Neurology* 1993; 43: S6-10.
40. Solomon GD, Skobieranda FG, Gragg LA. Does quality of life differ among headache diagnoses? Analysis using the medical outcomes study instrument. *Headache* 1994; 34: 143-7.
41. Dahlof CGH, Dimenas E. Migraine patients experience poorer subjective well-being/quality of life even between attacks. *Cephalalgia* 1995; 15: 31-6.
42. Osterhaus JT, Townsend RJ, Gandek B, Ware JE. Measuring the functional status and well-being of patients with migraine headache. *Headache* 1994; 34: 337-43.
43. Essink-Bot ML, van Royen L, Krabbe P, Bonsel GJ, Rutten FF. The impact of migraine on health status. *Headache* 1995; 35: 200-6.
44. Solomon GD. Evolution of the measurement of quality of life in migraine. *Neurology* 1997; 48: S10-5.
45. Michel P, Dartigues JF, Lindoulsi A, Henry P. Loss of productivity and quality of life in migraine sufferers among French workers: results from the GAZEL cohort. *Headache* 1997; 37: 71-8.
46. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8: S1-96.
47. Silberstein SD, Lipton RB, Slivinski M. Classification of daily near-daily headaches: Field trial of revised IHS criteria. *Neurology* 1996; 47: 871-5.
48. Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the migraine disability assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology* 2001; 56: S20-8.
49. Stewart WF, Lipton RB, Simon D. Validity of an illness severity measure for headache in a population sample of migraine sufferers. *Pain* 1999; 79: 291-301.
50. Stewart WF, Lipton RB, Kolodner KB. Validity of the migraine disability assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers. *Pain* 2000; 88: 41-52.
51. Silva-Aycaguer LA. Escalas e indicadores. In Silva-Aycaguer LA, ed. *Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica*. Madrid: Díaz de Santos; 1997. p. 43-58.
52. Rains JC, Penzien DB, Martin VT. Migraine and women's health. *J Am Med Womens Assoc* 2002; 57: 73-8.
53. Grebe HP, Nunes da Silva MJ, Diogo-Sousa L. Papel de la hipertensión arterial en la comorbilidad de la cefalea crónica. *Rev Neurol* 2001; 33: 119-22.
54. Prentice D, Heywood J. Migraine and hypertension. Is there a relationship? *Aust Fam Physician* 2001; 30: 461-5.
55. Mathew NT. Migraine and hypertension. *Cephalalgia* 1999; 19: S17-9.
56. Kolotlylo CJ, Broome ME. Predicting disability and quality of life in a community-based sample of women with migraine headache. *Pain Manag Nurs* 2000; 1: 139-51.

DISCAPACIDAD Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON MIGRAÑA: FACTORES DETERMINANTES

Resumen. Objetivo. Describir el comportamiento de la discapacidad y la calidad de vida (CDV) en pacientes con migraña e identificar los factores asociados a estas variables. Pacientes y métodos. Se realizó un estudio no experimental, de observación, en 116 pacientes con diagnóstico de migraña que ingresaron, consecutivamente, en Emergencias del Instituto de Neurología y Neurocirugía. Las variables principales del estudio fueron: discapacidad, CDV y valoración general del estado de salud. También se registraron variables demográficas (edad, sexo, color de la piel) y variables clínicas de las crisis migrañosas (con o sin aura, localización del dolor, carácter del dolor, duración de las crisis, presencia de síntomas asociados, presencia de factores precipitantes y cantidad de éstos, intensidad de las crisis y cantidad de días con cefalea). Para evaluar la discapacidad se utilizó el cuestionario de Evaluación de la Discapacidad por Migraña (MIDAS), en tanto que para la CDV utilizamos el cuestionario de evaluación de necesidades provocadas por la cefalea (HANA). Resultados. La media de la puntuación total del MIDAS fue de 40,8, y el 58,6% de los pacientes estuvo en el grado IV de discapacidad. La cantidad media de días con cefalea en tres meses fue de 32,25, y la intensidad media de la cefalea de 8,50. La puntuación media del HANA fue de 76,37. Los factores asociados a la discapacidad fueron la cantidad de días con cefalea y la comorbilidad con hipertensión arterial, en tanto que la CDV se asoció al número de días con cefalea, la intensidad del dolor y el sexo femenino. [REV NEUROL 2003; 36: 1105-12]

Palabras clave. Calidad de vida. Discapacidad. Estado de salud. HANA. MIDAS. Migraña.

INCAPACIDADE E QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES COM HEMICRANIA: FACTORES DETERMINANTES

Resumo. Objetivo. Descrever o comportamento da incapacidade e a qualidade de vida (QDV) em doentes com hemicrania e identificar os factores associados a estas variáveis. Doentes e métodos. Realizou-se um estudo não experimental, de observação, em 116 doentes com diagnóstico de hemicrania que deram entrada, consecutivamente, nas Urgências do Instituto de Neurologia e Neurocirurgia. As variáveis principais do estudo foram: incapacidade, QDV e avaliação geral do estado de saúde. As variáveis do estudo incluíram: variáveis demográficas (idade, sexo, cor da pele), variáveis clínicas das crises de hemicrania (com ou sem aura, localização da dor, carácter da dor, duração das crises, presença de sintomas associados, presença e quantidade de factores precipitantes, intensidade das crises e quantidade de dias com cefaleias). Para avaliar a incapacidade, utilizou-se o questionário de avaliação de incapacidade pela hemicrania (MIDAS), e pela QDV, o questionário de avaliação de necessidades provocadas pela cefaleia (HANA). Resultados. A média de pontuação total do MIDAS foi de 40,8, e 58,6% dos doentes estiveram no grau IV de incapacidade. A quantidade média de dias com cefaleia em três meses foi de 32,25 e a intensidade média da cefaleia foi de 8,50. A pontuação média do HANA foi de 76,37. Os factores associados à incapacidade foram a quantidade de dias com cefaleia e a comorbilidade com hipertensão arterial, ao passo que a sua QDV foi associada ao número de dias com cefaleia, à intensidade da dor e ao sexo feminino. [REV NEUROL 2003; 36: 1105-12]

Palavras chave. Estado de saúde. HANA. Hemicrania. Incapacidade. MIDAS. Qualidade de vida.