



TRABAJANDO JUNTOS

Migraña crónica y trabajo. Riesgos laborales y aspectos preventivos

M.T. Vicente-Herrero^{a,b,*}, M.V. Ramírez Iñiguez de la Torre^{b,c},
L.M. Capdevila García^{b,d}, Á.A. López-González^{b,e} y M.J. Terradillos García^{b,f}

^a Medicina del Trabajo, Grupo Correos-Valencia y Castellón, Albacete, España

^b Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo (GIMT), Grupo de Neurología, Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT), Madrid, España

^c Medicina del Trabajo, Grupo Correos-Albacete y Cuenca, Albacete, España

^d Medicina del Trabajo y Medicina de Familia y Comunitaria, Servicio de Prevención, MAPFRE, Valencia, España

^e Medicina del Trabajo, Servicio de Prevención, Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA), Universidad de las Illes Balears, Palma de Mallorca, España

^f Medicina del Trabajo, Instituto Nacional de la Seguridad Social, Madrid, España

Recibido el 22 de agosto de 2012; aceptado el 7 de octubre de 2012

Disponible en Internet el 8 de diciembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Medicina del trabajo;
Migraña crónica;
Prevención;
Riesgos laborales;
Salud laboral

KEYWORDS

Occupational
medicine;
Chronic migraine;
Prevention;
Occupational risk
factor;
Occupational health

Resumen La migraña crónica es una cefalea primaria difícil de manejar clínicamente y que repercute en la calidad de vida del paciente. En el mundo del trabajo, junto con los aspectos clínicos de la enfermedad, han de valorarse las terapias utilizadas para su control sintomático y apoyo preventivo. Los efectos adversos derivados del tratamiento y las limitaciones asociadas a su sintomatología son aspectos destacados en salud laboral, especialmente en puestos de trabajo en los que existe un riesgo elevado de accidentalidad laboral.

El médico del trabajo debe valorar los riesgos laborales que pueden influir en el curso evolutivo de esta enfermedad, promoviendo actuaciones preventivas incardinadas en la actual legislación española y con repercusión tanto para las empresas como para el trabajador afectado.

La actuación médica coordinada y el conocimiento de estos aspectos laborales pueden aportar herramientas de interés clínico y sociolaboral y permitir una optimización del uso de los recursos disponibles.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Chronic migraine and work: Occupational risks and prevention

Abstract Chronic migraine is a clinically difficult to manage primary headache which affects the quality of life of the patients. This impact is important in the occupational world, where along with the clinical aspects of the disease, the therapies used for the control of the symptoms or preventive aspects, must be assessed. The side effects of the drugs and the limitations associated with their symptoms are aspects to highlight in occupational health, especially in individual workplaces, where there is a high risk of work-related injuries.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: MTVH@ono.com, correoteo@gmail.com, grupo.gimt@gmail.com, teovicente@ono.com (M.T. Vicente-Herrero).

The medical officer must assess the occupational risks of particular importance in the progression of this disease, as well as preventive actions, within the ambit of the current Spanish legislation, that may be favorable for both the company and the worker.

The coordinated medical intervention and knowledge of these occupational aspects can provide clinically relevant tools, and occupational and social optimization in the use of available resources.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción y conceptos básicos

Se entiende por migraña crónica (MC) la enfermedad dolorosa que empeora de manera progresiva hasta convertirse en un dolor casi diario, siendo difícil de ubicar en la clasificación internacional de cefaleas, pues supone diferenciarla de las migrañas de alta frecuencia y de las migrañas transformadas, todas ellas con criterios propios, más o menos restrictivos, aunque comparten la característica común del dolor prolongado y su difícil manejo¹. En todo caso es una cefalea primaria difícil de manejar desde el punto de vista clínico, con repercusión en la calidad de vida del paciente².

En el campo de las cefaleas primarias se dispone de herramientas de utilidad para la clasificación clínica de los ataques, pero resulta difícil caracterizar al paciente, lo que hace necesario encontrar formas nuevas y fiables de gestionar ciertas formas de dolor de cabeza, entre las que sin duda se incluye la MC³.

La clasificación internacional de cefaleas de la *International Headache Society* (IHS) modificó los criterios de MC tras su revisión del año 2006 hacia los actualmente vigentes⁴ debiendo abordarse al tratar este tema la cefalea por abuso de fármacos considerando a las propias terapias como factor potencialmente inductor del desarrollo de dolor de cabeza, y que para ser catalogada como tal ha de cumplir los criterios establecidos por la IHS en 2006⁵ (tabla 1).

El concepto asociado de migraña/cefalea crónica y abuso de fármacos es objeto de debate en el ámbito científico. Trabajos muy recientes, como el de Grazzi y Bussone de 2012⁶, plantean el diagnóstico de cefalea por abuso de medicación como problemático y no totalmente aceptado y se debaten diferentes modelos de clasificación y los aspectos clínicos y prácticos derivados de la misma.

La prevalencia de la MC varía según los diferentes estudios y criterios diagnósticos empleados⁷. En nuestro medio, se ha estimado una prevalencia en torno al 2% de la población⁸, aunque los valores brutos dependen de los criterios de clasificación empleados, barajándose un rango de 0,9-5,1%⁹.

La MC puede ser severamente discapacitante, asociando con frecuencia trastornos afectivos y escasos intervalos libres de dolor; existen pocas opciones terapéuticas basadas en evidencias, si bien la mayor parte de los autores se decantan por tratamientos farmacológicos preventivos basados en el topiramato y en el uso cada vez más frecuente de toxina botulínica^{10,11}, con efectos beneficiosos en la MC, pero no tanto en los dolores episódicos de migraña o en las cefaleas tensionales crónicas¹².

La bibliografía médica consolida la idea de que los pacientes con MC, y más si asocian sobreuso de medicamentos, tienen una elevada frecuencia de comorbilidad psiquiátrica o rasgos psicopatológicos, con implicaciones para el curso de la migraña, tanto en la respuesta al tratamiento, como en las recaídas. El uso excesivo de medicamentos sintomáticos es considerado como uno de los factores de riesgo más importantes para la transformación de la migraña episódica en MC y se muestra una cierta tendencia compulsiva a la búsqueda de fármacos por parte del paciente ante el temor al dolor. En esto se basan estudios como el de Curone et al. en 2012¹³. Los resultados de su trabajo muestran que, entre los factores de riesgo que favorecen la progresión de la migraña episódica a la forma crónica, ha de valorarse el trastorno obsesivo-compulsivo que incita al uso excesivo de medicamentos sintomáticos.

En el mundo del trabajo interesan enfoques mucho más concretos y también menos revisados, como la MC considerada como riesgo específico per se que se debe valorar en el ámbito laboral y la implicación, tanto de este trastorno

Tabla 1 Criterios de migraña crónica

A. Cefalea (de tensión o migraña) que dura 15 días o más al mes, al menos los 3 últimos meses	
B. Ocurre en pacientes que han tenido al menos 5 ataques, cumpliendo criterios completos de migraña sin aura	
C. Al menos 8 días al mes y durante al menos 3 meses, la cefalea ha cumplido con los criterios 1 o 2 o ambos, ha cumplido con criterios completos de dolor y los síntomas se han asociado a migraña sin aura	C1. Tiene al menos 2 de los siguientes: localización unilateral, dolor pulsátil, dolor de intensidad moderada o grave, agravamiento mediante la actividad física rutinaria (subir escaleras, caminar, etc.). Y al menos uno de los siguientes: náuseas o vómitos, fotofobia o sonofobia
	C2. Tratamiento con triptanes o ergóticos antes del desarrollo de C1
D. No cumple criterios de abuso de medicación y no se puede atribuir a otra enfermedad	

Fuente: Headache Classification Committee of the International Headache Society⁵.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3834840>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3834840>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)