

# Manejo de la migraña en los servicios de urgencias hospitalarios: estudio observacional retrospectivo realizado en el Hospital Universitario Virgen del Rocío

Norberto Sánchez-Rodríguez, Manuel Millán-Vázquez, Alicia Fernández-Panadero, Ana E. Gómez-Caminero, Carmen González-Oria

**Introducción.** La migraña es el segundo tipo de cefalea primaria más frecuente en Europa y supone el 2,8% de las visitas a los servicios de urgencias. Algunos estudios muestran que su abordaje en urgencias puede ser insuficiente o inadecuado.

**Materiales y métodos.** Se realiza un estudio observacional retrospectivo en pacientes con migraña a los que se les dio de alta en 2020 del servicio de urgencias de adultos del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Se analizan las variables relacionadas con su atención sanitaria.

**Resultados.** El 73,9% fueron mujeres, con una edad media de 38 años. En ningún caso se preguntó por la frecuencia de las crisis. El tiempo medio de estancia hasta la primera asistencia médica fue de 45 minutos (desviación estándar: 41). Se solicitaron tomografías computarizadas para el 27,4% de los pacientes, que no fueron patológicas. El tratamiento sintomático más usado fueron los antiinflamatorios no esteroideos. También se usaron opioides. Se prescribieron preventivos en el 6% de los casos.

**Conclusiones.** El manejo de las migrañas en los servicios de urgencias es subóptimo, por lo que es importante una formación continuada y actualizada. Debe potenciarse el uso de los triptanes y el bloqueo del nervio occipital, y abandonarse el uso de los opioides, entre otros.

**Palabras clave.** AINE. Analgésicos opioides. Cefalea. Servicios de urgencias. Tratamiento de la migraña. Triptanes.

## Introducción

La migraña es el segundo tipo de cefalea primaria más frecuente en Europa, por detrás de la cefalea tensional. Su prevalencia se estima alrededor del 15% [1]. En los dos últimos estudios de *Global Burden of Disease* se ha presentado la migraña como la sexta patología más prevalente en el mundo y la segunda asociada a más años de vida saludables perdidos ajustados por discapacidad entre los 10 y los 24 años [2,3]. En el *Global Burden of Disease* de 2016 se estimó también que la cantidad de personas con migraña en España era de 9.449.914 [4].

En los servicios de urgencias (SU) hospitalarios y extrahospitalarios, la migraña es un motivo de consulta muy frecuente [1,5-7]. En el estudio realizado en Estados Unidos de Burch et al en 2016, el 2,8% de las visitas a los SU fueron para consulta de cefalea y, con migraña, el 0,8% [7]. En el Atlas de Migraña en España realizado en 2018 se muestra que los pacientes con migraña tienen una media de visitas a urgencias al año por individuo de 4,1 para las formas episódicas y de 6,9 para las formas crónicas [5].

En la bibliografía, hemos encontrado pocos trabajos internacionales que analicen específicamente el manejo de la migraña en los SU [8-10]. Sus resultados son similares a los estudios realizados en población española [11], un manejo inadecuado y, a veces, insuficiente [8-11]. Las recomendaciones terapéuticas del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (GECSEN) son similares a las de la European Headache [12,13]. Además, la GECSEN marca unos criterios de alarma para la realización de pruebas complementarias y expone también unas pautas para las derivaciones al alta. Dentro del manejo sintomático, toman un papel el paracetamol, el metamizol, los antiinflamatorios no esteroideos, los triptanes y los antieméticos (fundamentalmente la metoclopramida y la domperidona). Por otra parte, la oxigenoterapia no cuenta con nivel de evidencia suficiente y los opioides deben evitarse [1,12,14]. Estos últimos, a pesar de que podrían aliviar las crisis agudas, se han relacionado con una mayor frecuencia de visitas a urgencias posterior, mayor necesidad de tratamiento sintomático y, sobre todo, se relacionan con la cro-

Servicio de Neurología y Neurofisiología (N. Sánchez-Rodríguez, M. Millán-Vázquez, A. Fernández-Panadero, C. González-Oria). Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla, España (A.E. Gómez-Caminero).

### Correspondencia:

Dr. Norberto Sánchez Rodríguez. Servicio de Neurología y Neurofisiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Av. Manuel Siurot, s/n. E-41013 Sevilla.

### E-mail:

fpem819@gmail.com

### ORCID:

0009-0000-1068-0976 (N.S.R.).

### Aceptado tras revisión externa:

06.09.24.

### Conflicto de intereses:

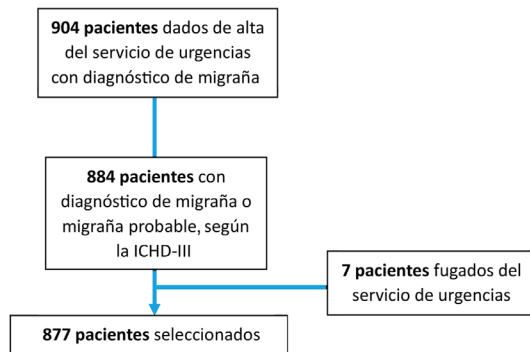
Los distintos autores que han estado involucrados en la investigación y/o la preparación del artículo no presentan conflictos de interés.

### Cómo citar este artículo:

Sánchez-Rodríguez N, Millán-Vázquez M, Fernández-Panadero A, Gómez-Caminero AE, González-Oria C. Manejo de la migraña en los servicios de urgencias hospitalarios: estudio observacional retrospectivo realizado en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. *Rev Neurol* 2024; 79: 155-60. doi: 10.33588/rn.7906.2024095.

© 2024 Revista de Neurología



**Figura 1.** Diagrama de flujo de los pacientes seleccionados.

nificación de la migraña y con la aparición de cefalea de rebote [1,8]. Por otra parte, es importante considerar en los SU la instauración o modificación del tratamiento preventivo en caso de que sea preciso, ya que mejoraría el pronóstico de la migraña y reduciría de forma considerable el número de visitas a los SU [1,8].

En el presente estudio se analiza el manejo de los pacientes adultos que acuden por migraña al SU del Hospital Universitario Virgen del Rocío, un hospital español de tercer nivel.

## Materiales y métodos

Se llevó a cabo una recogida retrospectiva de todas las consultas con diagnóstico al alta de migraña de enero a diciembre de 2020 en el SU de adultos del Hospital Universitario Virgen del Rocío. La información clínica se extrajo de la unidad de documentación clínica del hospital. El diagnóstico al alta fue revisado por neurólogos generales para confirmar que se cumplieran los criterios de migraña o de migraña probable según la Clasificación internacional de las cefaleas III [14]. Se han establecido como criterios de inclusión: a) edad mayor de 14 años (a partir de esta edad, los pacientes dejan de ser asistidos por pediatras); y b) cumplir los criterios de migraña o de migraña probable según la Clasificación internacional de las cefaleas III. Se estableció como criterio de exclusión: la fuga o el alta voluntaria del SU. En la figura 1 se muestra el diagrama de flujo de los pacientes seleccionados.

El estudio fue aprobado por el comité ético interno de nuestro servicio y no se exigió el consentimiento informado de los pacientes debido a su na-

turalza retrospectiva. Los investigadores accedieron a los datos codificados, sin poder identificar la identidad de los participantes.

Las variables recogidas para cada uno de los pacientes fueron: datos demográficos, embarazo en el momento de la consulta, prioridad asignada en triaje, tiempos de espera y de permanencia en el SU, si se interrogó por frecuencia de crisis, pruebas complementarias realizadas, tratamiento sintomático administrado en el SU y tratamiento prescrito al alta, realización o no de interconsulta a neurología de guardia, destino de derivación al alta del SU y número de reconsultas por migraña en el año posterior al episodio.

Los datos se han analizado con el paquete estadístico IBM SPSS® versión 28. Se confirmaron los supuestos de normalidad en las variables cuantitativas a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se expresaron las variables cuantitativas con media y desviación estándar (DE), y las variables cualitativas, con frecuencia absoluta y porcentajes.

## Resultados

El número total de pacientes que se reclutó fue de 877. Siete pacientes fueron excluidos del estudio por alta por fuga. En la tabla I se muestran las distribuciones de gran parte de las variables recogidas. El 73,9% fueron mujeres y la edad media fue de 38 años (DE: 16). No se preguntó por la frecuencia de las crisis en ningún caso. El tiempo medio de estancia hasta la primera asistencia médica fue de 45 (DE: 41) minutos y, después, hasta el alta, de 104 (DE: 129) minutos. Su distribución se muestra en la figura 2. En total, 129 pacientes sufrían un estado migrañoso. En la tabla II observamos cómo el tratamiento más empleado, tanto en el SU como el prescrito al alta, fueron los antiinflamatorios no esteroideos. Diecisiete (1,94%) pacientes recibieron corticoterapia intravenosa. Treinta y dos (3,6%) recibieron fluidoterapia y ninguno recibió magnesio. En algunas historias clínicas no se indicó qué analgesia se utilizó, lo que se ha marcado como tratamiento no especificado.

Las pruebas complementarias realizadas se detallan en la figura 3. Entre las 240 tomografías computarizadas de cráneo realizadas, en cinco (2%) se encontraron meningiomas incidentales. Las demás fueron rigurosamente normales.

Hubo 27 (3,1%) embarazadas. Doce (44,4%) recibieron medicación en el SU: analgésicos simples, siete (25,9%); antiinflamatorios no esteroideos, dos (7,4%); y opioides, una (3,7%). En el momento del alta se les recetó tratamiento a 16 (59,3%): analgésicos simples, a 15 (55,6%); y antieméticos, a una

**Tabla I.** Distribuciones de las variables estudiadas en la población.

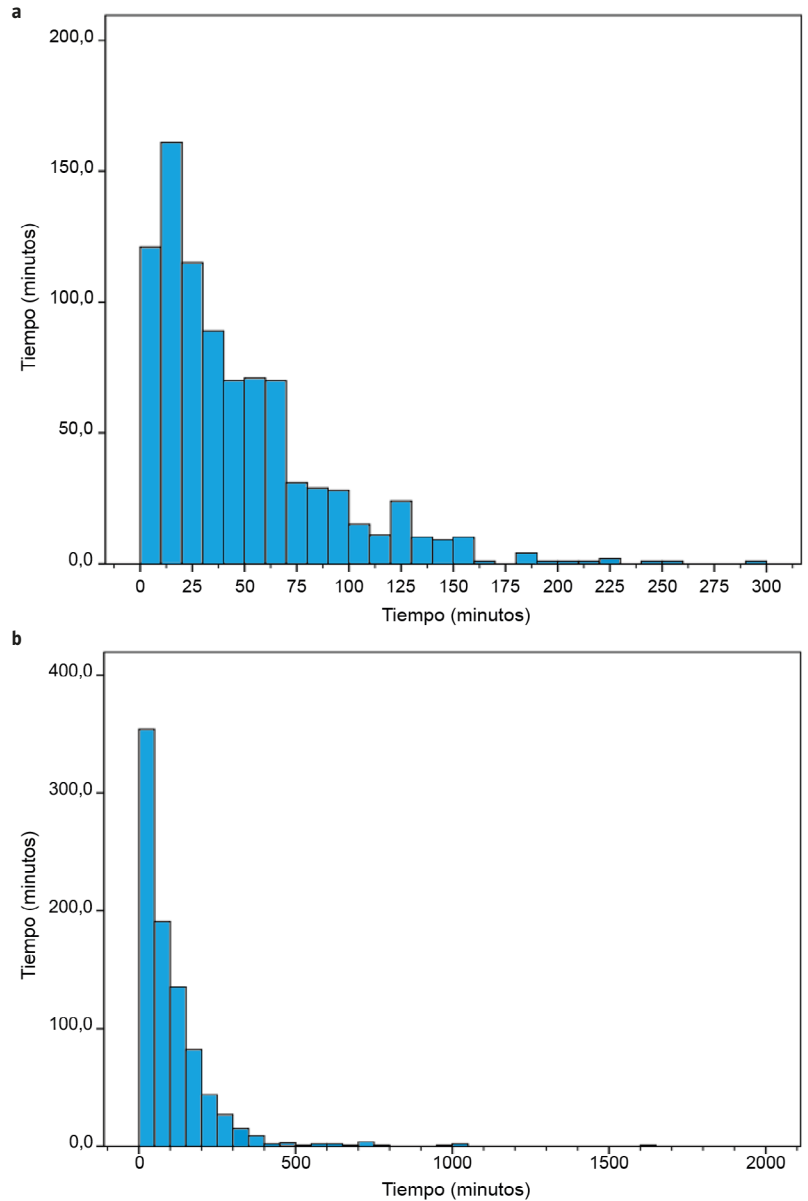
Sexo, <i>n</i> (%)	
Mujer	648 (73,9%)
Hombre	229 (26,1%)
Edad, $\bar{x} \pm DE$	38 $\pm$ 16
Embarazo, <i>n</i> (%)	27 (3,1%)
Prioridad de triaje, <i>n</i> (%)	
Prioridad 1	3 (0,3%)
Prioridad 2	63 (7,2%)
Prioridad 3	421 (48%)
Prioridad 4	378 (43,1%)
Prioridad 5	12 (1,4%)
Tiempo transcurrido desde la llegada urgencias hasta la primera asistencia médica (T1), $\bar{x} \pm DE$	45 $\pm$ 41
Tiempo transcurrido desde la primera asistencia médica hasta el alta (T2), $\bar{x} \pm DE$	104 $\pm$ 129
Inclusión en anamnesis de frecuencia de crisis, <i>n</i> (%)	0 (0%)
Realización de pruebas complementarias, <i>n</i> (%)	314 (35,8%)
Administración de tratamiento sintomático, <i>n</i> (%)	529 (60,3%)
Prescripción de tratamiento sintomático en el alta, <i>n</i> (%)	703 (80,2%)
Prescripción de tratamiento preventivo en el alta, <i>n</i> (%)	53 (6%)
Contacto con neurología, <i>n</i> (%)	63 (7,2%)
Derivación en el alta a neurología, <i>n</i> (%)	134 (15,3%)
Derivación en el alta a médico de atención primaria, <i>n</i> (%)	645 (73,5%)
DE: desviación estándar; $\bar{x}$ : media.	

(3,7%). Sólo se le prescribió preventivo a una (3,7%), que fue propranolol.

## Discusión

En este estudio se analiza la asistencia clínica de los

**Figura 2.** Tiempos de espera en el Servicio de Urgencias de los pacientes. a) Tiempo de espera desde la llegada al servicio de urgencias hasta la primera asistencia médica. b) Tiempo de estancia desde la primera asistencia médica hasta el alta del servicio de urgencias.



pacientes que acuden con migraña al SU de un hospital español de tercer nivel en 2020. Hasta donde sabemos, el estudio más grande sobre el mismo tema realizado en hospitales españoles tiene un tamaño muestral algo menor, 847. Reclutó a pacientes entre los años 2016 y 2019 [11]. El año 2020 coincidió con los momentos más graves de la pandemia

**Tabla II.** Tratamientos sintomáticos administrados en el servicio de urgencias (SU) y prescritos en el alta y tratamientos preventivos prescritos en el alta, expresados mediante *n* (%). En el SU, otros tratamientos fueron: oxigenoterapia (2; 0,2%), corticoesteroides (17; 1,94%), bloqueo del nervio occipital mayor (1; 0,1%) y clorpromacina (2; 0,2%). En el momento del alta, otros tratamientos fueron: corticoesteroides (8; 0,91%) y clorpromacina (1; 0,1%).

Sintomático en el SU		Sintomático prescrito al alta		Preventivo prescrito al alta	
Analgésicos simples	71 (8,1%) 52 (5,9%) <sup>a</sup>	Analgésicos simples	204 (23,3%) 28 (3,2%) <sup>a</sup>	Topiramato	10 (1,1%)
Antieméticos	67 (7,6%) 25 (2,8%) <sup>a</sup>	Antieméticos	21 (2,4%) 28 (3,2%) <sup>a</sup>	Propranolol	11 (1,3%)
AINE	312 (35,6%) 51 (5,8%) <sup>a</sup>	AINE	394 (44,9%) 28 (3,2%) <sup>a</sup>	Flunaricina	8 (0,9%)
Triptanes	16 (1,8%) 51 (5,8%)	Triptanes	38 (4,3%) 28 (3,2%) <sup>a</sup>	Amitriptilina	24 (2,7%)
Opioides	10 (1,1%) 51 (5,8%) <sup>a</sup>	Opioides	10 (1,1%) 28 (3,2%) <sup>a</sup>		
Otros	17 (1,9%) 51 (5,8%) <sup>a</sup>	Otros	8 (0,9%) 28 (3,2%) <sup>a</sup>		

AINE: antiinflamatorios no esteroideos. <sup>a</sup> En el informe de consulta no se especificó qué tratamiento se administró.

de COVID-19 y el número de personas que acudieron al SU se vio reducido, sobre todo durante la primera mitad, cuando se estableció en España como medida preventiva el confinamiento. Por ello, la asistencia clínica en los SU se pudo ver modificada.

En nuestra serie, las clasificaciones de triaje más utilizadas fueron las prioridades 3 y 4. Según el sistema español de triaje, que es el empleado en nuestro centro, estas prioridades corresponden con una necesidad de atención dentro de los primeros 30 y los primeros 45 minutos, respectivamente [15]. Con el paso del tiempo, la eficacia de la analgesia en la crisis de migraña se reduce y aumentan las probabilidades de complicarse en un estado migrañoso. Por otra parte, el ambiente de las salas de espera de los SU suele resultarles incómodo, ya que muchos sufren fotobia y sonofobia, y estos lugares suelen ser ruidosos y estar muy iluminados [1]. En definitiva, tiempos de espera mayores a los de las prioridades 3 o 4 puede demorar demasiado la atención. También hay que procurar no retrasar el alta, porque en la fase posdrómica aún persisten síntomas incapacitantes [1].

A continuación, es importante valorar si los tiempos de asistencia coinciden con los establecidos por el sistema español de triaje. En nuestra muestra, el 50% de los pacientes fue atendido antes de los 30 minutos y el 60% antes de los 45 minutos, lo que dejaría al 39% fuera de los límites estableci-

dos por el sistema español de triaje. Los SU de hospitales terciarios están sometidos a mucha carga asistencial; sin embargo, están dotados con más recursos sanitarios. Formar en cefaleas a médicos generales y de atención primaria también mejoraría los tiempos de asistencia, ya que se derivarían menos pacientes a estos SU. La población recurriría menos a los SU con una correcta educación sanitaria, ya que tendrían recursos para manejar las crisis de migraña en sus hogares.

Al 27,4% de los pacientes se le realizó una tomografía computarizada simple de cráneo. La mayor parte de las peticiones fue por persistencia del dolor o por dolor intenso. Las recomendaciones de la GECSSEN no contemplan estas indicaciones y en el dolor intenso sólo la avalan cuando el inicio es súbito [12]. Si aparece focalidad neurológica no compatible con clínica de aura, sí que se debe realizar una prueba de neuroimagen. Estos síntomas suelen ser visuales o sensitivos de distribución queirooral, curso progresivo y duración inferior a 60 minutos cada uno [1,12,14]. En el análisis de Novoa Ferro et al, sólo el 12,5% de las tomografías computarizadas se adherían a las recomendaciones de la GECSSEN y, de hecho, el 63,8% fueron normales [16].

En los SU siempre debería utilizarse algún tratamiento sintomático, ya que estos individuos acuden tras haber probado alguno sin eficacia o al no tener disponibilidad de ellos. Los antieméticos intraveno-

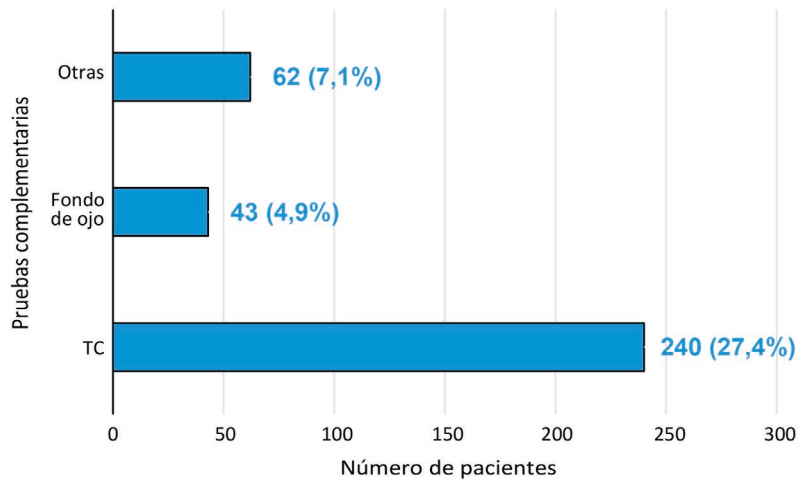
**Tabla III.** Número de reconsultas en el año siguiente a la visita del servicio de urgencias, expresadas mediante *n* (%).

0	723 (82,4%)
1	38 (4,3%)
2	73 (8,3%)
3	32 (3,6%)
4	1 (0,1%)
5	3 (0,3%)
9	7 (0,8%)

sos y los triptanes están entre los más eficaces y podrían ser los más útiles en los SU. Los corticoesteroides se deben reservar para los estados migrañosos [12]. En nuestra muestra, sólo el 60,3% recibió analgesia y, entre ellos, triptanes o antieméticos en el 1,8 y el 7,6% de los casos, respectivamente. En otros trabajos tampoco se describe un uso frecuente de los triptanes en los SU, como en el de Navarro-Pérez et al [9] (1,1%) o en el de Vo et al [10] (32,17%), que fueron los más altos que encontramos [9-11]. El principal motivo puede ser el desconocimiento o la falta de experiencia en su uso. También existe escasa disponibilidad en los SU y varias contraindicaciones frecuentes, fundamentalmente el alto riesgo cardiovascular y la hipertensión arterial no controlada. En nuestro centro, sólo contamos con zolmitriptán 2,5 mg, pero el más recomendado en las crisis de dolor moderadas-graves es el sumatriptán subcutáneo [1,12]. Recientemente se ha comercializado en España el lasmiditán, que sirve de alternativa en los pacientes con contraindicaciones activas [17]. Otro que podría utilizarse con más frecuencia es el bloqueo del nervio occipital mayor, con efecto tanto sintomático como preventivo [1].

Ya se ha comentado el claro efecto perjudicial que produce en las migrañas la administración de opioides. A pesar de que en nuestro SU no se utilizaron con mucha frecuencia, en el 1,1%, es obligatorio que esta cantidad se reduzca al 0%. En otros trabajos también se expone este problema [9-11, 18]. Navarro-Pérez et al [11] comunican el uso más frecuente, un 12,8%. Cheng et al [18] recogen que los pacientes con migraña y prescripciones activas de opioides consultaban más en los SU. Un número alto de nuestra muestra no reconsultó en el SU al año siguiente (Tabla III). Sin embargo, durante la

**Figura 3.** Número de pruebas complementarias realizadas a los pacientes que acuden al servicio de urgencias por migraña, expresadas mediante *n* (%). Otras pruebas fueron: analítica sanguínea (51; 5,81%), radiografía de tórax (4; 0,45%), gasometría venosa (10; 1,14%) y electrocardiograma (3; 0,34%).



pandemia por COVID-19, la población trató de evitar los centros sanitarios, por lo que no se puede establecer una relación. También, algunos de estos sujetos pudieron reconsultar, pero en las urgencias de su centro de salud de referencia.

Uno de los datos más relevantes en la consulta para realizar una decisión terapéutica es la frecuencia mensual de crisis [1]. La optimización del tratamiento preventivo va a reducir la necesidad de volver a visitar el SU [1,8]. Nunca se preguntó por la frecuencia de las crisis en nuestra serie. De hecho, sólo se prescribieron preventivos en el momento del alta en el 6% de los casos. Navarro-Pérez et al [11] encontraron una cifra similar, un 8,2%.

La principal fortaleza de nuestro trabajo es el tamaño muestral. Además, al ser un hospital público, es más fácil extrapolar los resultados al resto de hospitales de tercer nivel españoles, la mayoría de ellos también públicos.

Nuestra principal limitación es el diseño retrospectivo del estudio. También se recogen sólo datos procedentes del SU de un hospital de tercer nivel y no se pueden generalizar los resultados a las urgencias de otros tipos de centros sanitarios. Además, como ya se ha comentado, el período de estudio coincide con el de la pandemia de la COVID-19. Por último, no sabemos si estos pacientes reconsultaron posteriormente en otro SU y si las reconsultas están infraestimadas.

## Conclusión

En nuestro estudio, en la asistencia sanitaria de los pacientes con migraña en un SU los tiempos de espera se demoraron demasiado. El tratamiento agudo de las migrañas fue subóptimo, casi no se emplearon triptanes y se usaron opioides.

Este trabajo refleja la necesidad de seguir formando en el tratamiento de la migraña a los facultativos de los SU.

## Bibliografía

- Santos-Lasaosa S, Pozo-Rosich P, eds. Manual de práctica clínica en cefaleas. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2020. Madrid: Sociedad Española de Neurología; 2020.
- Vos T, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017; 390: 1211-59.
- GBD 2019 Diseases and Injuries collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396: 1204-22.
- Stovner LJ, Nichols E, Steiner TJ, Abd-Allah F, Abdelalim A, Al-Raddadi RM, et al. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol* 2018; 17: 954-76.
- Beltrán J, López A, Barrero C, Fernández R, García MG, Llundain A, et al, eds. Impacto y situación de la migraña en España. Sevilla: Editorial Universidad de Sevilla; 2018.
- Southwell J, Afridi SK. The burden of migraine on acute and emergency services in a London teaching hospital. *Cephalalgia*; 2021; 41: 905-12.
- Burch R, Rizzoli P, Loder E. The prevalence and impact of migraine and severe headache in the United States: updated age, sex, and socioeconomic-specific estimates from government health surveys. *Headache* 2021; 61: 60-8.
- Shao Q, Rascati KL, Lawson KA, Wilson JP, Shah S, Garrett JS. Impact of emergency department opioid use on future health resource utilization among patients with migraine. *Headache* 2021; 61: 287-99.
- Navarro-Pérez MP, Ballesta-Martínez S, Rodríguez-Montolio J, Bellosta-Diago E, García-Noaín JA, Santos-Lasaosa S. Acute migraine management in the emergency department: experience from a large Spanish tertiary hospital. *Intern Emerg Med* 2021; 16: 2243-9.
- Wang PR, Lopez R, Seballos SS, Campbell MJ, Udeh BL, Phelan MP. (Management of migraine in the emergency department: findings from the 2010-2017 National Hospital Ambulatory Medical Care Surveys. *Am J Emerg Med* 2021; 41: 40-5.
- Vo P, Gao W, Zichlin ML, Fuqua E, Fadli E, Aguirre-Vazquez M, et al. Migraine-related healthcare resource use in the emergency department setting: a panel-based chart review in France, Germany, Italy, and Spain. *J Med Econ* 2019; 2: 960-6.
- Fernández-Fernández O, Macaya-Ruiz A, Pozo-Rosich P, eds. Guía práctica diagnóstico terapéutica de la cefalea del adulto y el niño en urgencias. Madrid: Sociedad Española de Neurología; 2016.
- Edivinsson L. Treatment of acute migraine attacks. In Mitsikostas DD, Paemeleire K, eds. Pharmacological management of headaches. Cham, Suiza: Springer international Publishing; 2015. p. 53-62.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3 ed. *Cephalalgia* 2018; 38: 1-211.
- Soler W, Muñoz MG, Bragulat E, Alvarez AP. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2010; 33: 55-68.
- Novoa-Ferro M, Santos-Armentia E, Silva-Priegue N, Jurado-Basildo C, Sepúlveda-Villegas CA, del Campo Estepar S. Tomografía computarizada cerebral solicitada desde urgencias: la realidad. *Radiología* 2022; 64: 422-32.
- Mitsikostas DD, Waeber C, Sanchez-del-Rio M, Raffaelli B, Ashina H, Maassen van den Brink A, et al. The 5-HT1F receptor as the target of ditans in migraine — from bench to bedside. *Nat Rev Neurol* 2023; 19: 489-505.
- Cheng V, Billups SJ, Saseen JJ. Prescribing practices of migraine-specific pharmacotherapy associated with emergency department use for migraine. *Headache* 2021; 61: 455-61.

## Management of migraine by hospital emergency departments: a retrospective observational study carried out at the Hospital Universitario Virgen del Rocío

**Introduction.** Migraine is the second most common type of primary headache disorder in Europe, accounting for 2.8% of visits to emergency departments. Some studies have shown that emergency departments may approach the disorder in ways that may be insufficient or inadequate.

**Materials and methods.** A retrospective observational study was conducted of patients with migraine who were discharged from the adult emergency department of the Hospital Universitario Virgen del Rocío in 2020. Variables related to their healthcare were analysed.

**Results.** 73.9% were women, with a mean age of 38 years. They were not asked about the frequency of their migraines. The mean length of time patients spent in the emergency department before receiving initial medical care was 45 minutes (standard deviation: 41). Computed tomography scans were requested for 27.4% of the patients, and these were not pathological. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs were the most commonly used treatment for the symptoms. Opioids were also used. Preventive treatments were prescribed in 6% of cases.

**Conclusions.** Management of migraines by emergency departments is limited, and as such continuous and updated training is important. The use of triptans and occipital nerve blocks should be encouraged, and the use of opioids, among other drugs, should cease.

**Key words.** Emergency departments. Headache. Migraine therapy. NSAID. Opioid analgesics. Triptans.