

Actitud de los médicos de atención primaria españoles ante la cefalea

José Manuel Martínez Eizaguirre^a, Sebastián Calero Muñoz^b, M. Luisa García Fernández^c, Salvador Tranche Iparraguirre^d, Jesús Castillo Obeso^e e Itziar Pérez Irazusta^f

Objetivo. Conocer la actitud de los médicos de atención primaria (AP) frente a las cefaleas, su capacidad resolutiva y las pautas terapéuticas utilizadas.

Diseño. Estudio descriptivo transversal, por medio de un cuestionario enviado por correo.

Emplazamiento. Médicos de AP de nuestro país.

Participantes. Participaron 721 médicos de AP de todos los servicios de salud.

Mediciones principales. Se obtuvieron mediante un cuestionario sobre la actitud, la derivación al especialista, las preferencias terapéuticas y el interés en formación.

Resultados. De los 1.185 médicos a los que se les envió el cuestionario, respondieron 721 (60,8%). El 69,8% refería interés muy alto o alto respecto a las cefaleas. El 12,2% deriva el primer episodio de migraña sin aura y un 42,3%, la migraña con aura, un 32,3% en la cefalea crónica diaria y un 56% cuando se asocia con abuso de analgésicos. El paracetamol es el fármaco preferido por un 61,2% de los médicos en el tratamiento de la crisis de migraña leve, mientras que en la moderada son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), con un 63,9%, y en la severa, los triptanes, con un 88,1%. En la cefalea tensional, son los AINE, con un 38%.

Más del 75% refiere un interés alto o muy alto por la formación.

Conclusiones. El interés por las cefaleas es alto. Hay un importante margen de mejora en la capacidad resolutiva en algunos tipos de cefaleas, sobre todo en las cefaleas crónicas diarias. Algunas pautas terapéuticas son discutibles. Esto, junto con el interés demostrado en formación, apunta a la conveniencia de llevar a cabo actuaciones formativas en esta materia.

Palabras clave: Cefaleas. Actitud. Encuesta.

ATTITUDES OF SPANISH PRIMARY CARE DOCTORS TO MIGRAINE

Objectives. To find the attitude of Spanish primary care (PC) doctors to migraine, their ability to solve the problem and the therapy guidelines used.

Design. Transversal, descriptive study by means of a questionnaire sent out by mail.

Setting. PC doctors in Spain.

Participants. A total of 721 PC doctors from all the health services.

Main measurements. Approach, specialist referral, therapy preferences, and interest in training were measured through the questionnaire.

Results. Of the 1185 doctors to whom the questionnaire was sent out, 721 replied (60.8%); 69.8% showed very great or great interest in migraines; 12.2% referred to a specialist the first episode of migraine without aura; and 42.3%, of migraine with aura. The 32.3% referred the first episode of daily chronic migraine; and 56%, when linked to analgesic abuse. Paracetamol is the preferred medication for 61.2% of doctors in treating light migraine; NSAIDs are for 63.9% in moderate migraine; and triptans are for 88.1% in severe cases. In pressure migraine, NSAIDs are preferred by 38%. Over 75% stated great or very great interest in training.

Conclusions. Interest in migraines is high. There is considerable room for improvement in the capacity to solve certain kinds of migraines, especially chronic daily migraines. Some therapeutic guidelines are questionable. This, alongside the interest of doctors in training, points to the appropriateness of conducting training on this question.

Key words: Migraine. Attitudes. Questionnaire.

^aCentro de Salud de Villabona. Gipuzkoa. Grupo de cefaleas de la semFYC. Guipúzcoa. España.

^bSAP. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. Grupo de cefaleas de la semFYC. España.

^cCentro Salud Mendiguchía Carriche. Leganés. Área 9 Madrid. Grupo de cefaleas de la semFYC. España.

^dCentro de Salud El Cristo. Oviedo. Grupo de cefaleas de la semFYC. España.

^eCentro Salud José Barros. Cantabria. Grupo de cefaleas de la semFYC. España.

^fUnidad Docente de MFyC de Guipúzcoa. España.

Correspondencia:
J.M. Martínez Eizaguirre.
Centro de Salud de Villabona.
Erniobea, s/n. 20150 Villabona.
Guipúzcoa. España.

Manuscrito recibido el 26 de abril de 2005.

Manuscrito aceptado para su publicación el 5 de octubre de 2005.

Introducción

El dolor de cabeza es una experiencia casi universal. La mayoría de las veces se trata de un dolor autolimitado y de escasa relevancia en la salud del que lo presenta. No obstante, en ocasiones puede ser expresión de un cuadro clínico más grave, como una hemorragia subaracnoidea, un tumor cerebral o una arteritis de la temporal. Precisamente, el objetivo fundamental del médico de familia cuando un enfermo consulta por cefalea es distinguir la que se asocia con una enfermedad grave de la que no. Aunque las cefaleas primarias no suelen encerrar gravedad, constituyen un importante problema de salud, dada su elevada prevalencia¹⁻³ y la repercusión negativa que provocan en la calidad de vida de las personas que las presentan⁴⁻⁶. Además, estos cuadros suponen una elevada carga social en los países desarrollados, por los gastos, tanto directos como indirectos, que generan⁷⁻⁸.

Sólo la mitad de los pacientes que presentan una cefalea primaria consulta alguna vez en su vida⁹. A pesar de esto, es con mucho el motivo de consulta de causa neurológica más frecuente entre los médicos de familia, y también entre los neurólogos¹⁰⁻¹¹.

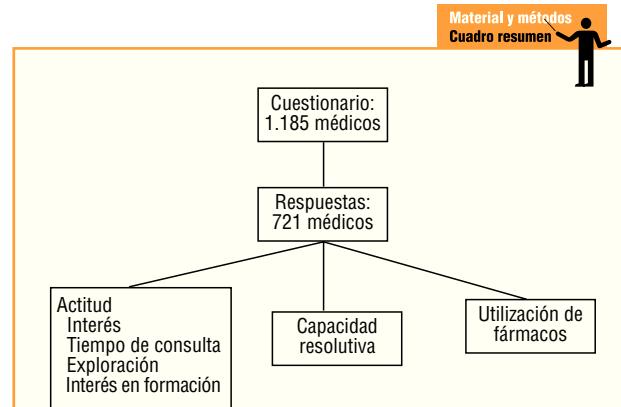
A pesar de lo mencionado hasta ahora, que señala la importancia de esta entidad, la cefalea resulta poco atractiva como motivo de consulta entre los médicos de familia y los neurólogos¹², probablemente por considerarla una enfermedad «menor».

El único trabajo hallado que se refiere a la actitud de los médicos frente a las cefaleas¹³ es un artículo que estudia la toma de decisiones de los médicos en la migraña en relación con su mayor o menor grado de sensibilización. Se ha diseñado este estudio con el objetivo de conocer la actitud de los médicos de familia de nuestro país frente a las cefaleas, su capacidad resolutiva y las pautas terapéuticas que utilizan.

Sujetos y método

Se realizó un estudio descriptivo transversal por medio de una encuesta por correo a una muestra aleatoria de 1.185 médicos de atención primaria. Con el fin de aumentar la tasa de respuestas, se realizaron tres envíos. Estos envíos se llevaron a cabo durante los meses de enero, marzo y junio de 2001.

El cuestionario, además de las variables sociodemográficas, exploraba las siguientes variables: especialidad, presión asistencial, interés, conocimiento de la clasificación de cefaleas según la Sociedad Internacional de Cefaleas¹⁴ (IHS), tiempo de dedicación en la consulta, realización de exploración, acceso a pruebas diagnósticas, existencia de protocolo o reuniones periódicas con el neurólogo, derivación al segundo ámbito en los diferentes tipos de cefaleas, actitud terapéutica, interés por la formación, grado de difusión y utilización del manual de recomendaciones sobre cefaleas de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y, por último, investigaba también si el encuestado tenía algún tipo cefalea primaria. Las preguntas eran cerradas con alternati-



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, transversal, mediante cuestionario postal que investiga diferentes aspectos de la actitud de los médicos de atención primaria su medición con las cefaleas, su capacidad resolutiva medida por la tasa de derivación al segundo ámbito asistencial y su preferencia en la utilización de fármacos.

vas mutuamente excluyentes. El cuestionario completo se puede consultar en el anexo 1 (disponible en internet).

Población de estudio

La muestra se obtuvo por muestreo aleatorio estratificado proporcional de los servicios de salud existentes en aquella fecha, distribuyéndose de la siguiente manera: Insalud 421 médicos (35,6%), Servicio Catalán de Salud 193 (16,2%), Servicio Vasco de Salud 73 (6,2%), Servicio Andaluz de Salud 230 (19,4%), Servicio Canario de Salud 35 (3%), Servicio Gallego de Salud 96 (8,1%), Servicio Navarro de salud 25 (2%) y Servicio Valenciano de Salud 111 (9,4%). Todos eran médicos de AP de la sanidad pública y se encontraban en activo en el momento de la encuesta; entre ellos había diferentes modelos de contratos.

El tamaño muestral se calculó teniendo en cuenta la estimación de una variable cualitativa para un valor de $p = q = 0,5$, para una imprecisión del 4% y un nivel de confianza del 95% ($n = 601$). Calculando una tasa de respuesta aproximada del 55% tras 3 envíos, el tamaño de la muestra fue de 1.141. Estos 3 envíos se llevaron a cabo durante los meses de enero, marzo y junio de 2001. Los listados fueron facilitados por las direcciones de atención primaria o por las correspondientes gerencias.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis estadístico univariable y bivariable mediante el programa estadístico SPSS 10.0. Para hallar los intervalos de confianza se empleó el programa SYSTAT 11.

Resultados

El número de médicos que respondieron al cuestionario fue de 721 (60,8%), con una media de edad de 44 años; el 56% eran varones y el 43,3%, mujeres.

TABLA
1Características de los médicos encuestados,
así como su demanda diaria

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Mujer	312	43,3
Varón	404	56
No contestan	5	0,7
Formación		
Medico general	255	35,4
Médico familia vía MIR	313	43,4
Médico de familia no MIR	107	14,8
Otra especialidad	42	5,8
No contestan	4	0,5
Presión asistencial		
< 15	6	0,8
16-25	63	8,7
26-35	182	25,2
36-45	220	30,5
46-55	144	20
> 55	101	14
No contestan	5	0,7

TABLA
2Prevalencia de los diferentes tipos de cefalea primaria en
médicos de atención primaria

	Varón (%)	Mujer (%)	Prevalencia
Migránea con aura	7	10,7	8,6 (6,3-11,1)
Migránea sin aura	12,3	26,4	18,8 (15,5-22,2)
Cefalea tensional	29,4	46	36,6 (32,5-40,7)
Cefalea en racimos	0,8	1,3	1,0 (0,3-2,1)
Cefalea crónico diaria	0,8	3,2	1,8 (0,8-3,2)
Algún tipo de cefalea	37,9	62,1	51,5 (47,4-55,9)

Las características de los médicos en cuanto a formación y presión asistencial se reflejan en la tabla 1.

Del total de encuestados, el 51,5% (IC del 95%, 47,4-55,9) de los médicos presentaba algún tipo de cefalea; la cefalea más frecuente era la tensional (tabla 2).

En relación con el interés que presentaban los encuestados sobre las cefaleas, el 69,8% (IC del 95%, 65,7-72,3) de los facultativos declaraba un interés alto/muy alto. Estos datos, junto con el tiempo que se dedica a los pacientes y el hábito de explorar a los que consultan por primera vez por presentar cefalea, se describen en la tabla 3.

Aunque el 53% (IC del 95%, 49-56,2) de los médicos refiere conocer la clasificación de la IHS, sólo un 5,4% la utiliza en la práctica diaria (tabla 4).

Únicamente el 10% (IC del 95%, 7,9-12,1) de los médicos declaraba utilizar alguna guía o protocolo sobre cefaleas en sus consultas, y el 18% (IC del 95%, 15,2-20,8)

TABLA
3Interés, tiempo de dedicación
y hábito de explorar

Interés por las cefaleas	
Muy alto	6,8%
Alto	63%
Medio	28,1%
Bajo	1,5%
Muy bajo	0,4%
Tiempo de dedicación a una primera consulta por cefalea en relación con una consulta estándar	
Mucho mayor	12,6%
Algo mayor	68%
Igual	19,1%
Algo menor	0,1%
Mucho menor	0%
Exploración a los pacientes que consultan por primera vez	
Nunca	0,2%
Algunas veces	14,9%
La mayoría de las veces	30,6%
Siempre	54,1%

TABLA
4Conocimiento y utilización de la clasificación de la
Sociedad Internacional de Cefaleas

	Porcentaje (IC del 95%)
No la conozco en absoluto	15,9 (12,5-19,7)
La he oído nombrar o leído en alguna ocasión	30,9 (26,4-35,4)
La conozco, aunque no la utilizo	20,4 (16,6-24,5)
La conozco y he llegado a utilizarla en alguna ocasión	27,2 (23-31,7)
La conozco y la utilizo asiduamente	5,4 (3,4-7,9)

realizaba reuniones periódicas con el neurólogo de su zona.

El 52% (IC del 95%, 48,3-56,8) conocía el manual de recomendaciones sobre cefaleas de la semFYC, y un 85% (IC del 95%, 80,5-89,5) de ellos refería haberlo consultado en alguna ocasión.

Un 19,3% (IC del 95%, 16,0-22,8) tenía acceso a la tomografía computarizada (TC) craneal y sólo un 3% (IC del 95%, 1,70-4,96) a la resonancia magnética (RM).

En la tabla 5 se refleja la capacidad resolutiva de los médicos en los diferentes tipos de cefaleas medida por su actitud en relación con la derivación al siguiente nivel. No hay diferencias estadísticamente significativas en función de la presencia de cefalea en los médicos ni en la posibilidad de acceder directamente a pruebas de neuroimagen (TC y RM).

En la tabla 6 se describen la actitud terapéutica de los médicos referente al uso de fármacos para aliviar el dolor en los diferentes tipos de cefaleas. No hay diferencias estadís-

TABLA
5

Derivación al especialista de los diferentes tipos de cefaleas y su relación con el acceso a pruebas de neuroimagen

	Derivación a todos los médicos	Derivación a médicos con acceso a neuroimagen	Derivación a médicos sin acceso a neuroimagen	p
Migraña sin aura 1E	12,2 (9,2-15,1)	14,1	11,7	NS
Migraña con aura 1E	42,3 (38,1-46,5)	45,4	41,6	NS
Cefalea en racimos 1E	52,5 (48,2-56,7)	58,9	50,9	NS
Cefalea tensional 1E	2,6 (1,4-4,3)	4,2	2,3	NS
CCDSA	32,3 (28,4-36,4)	27,5	33,5	NS
CCDCA	56 (51,6-60,1)	59,9	55	NS
CAT	93,1 (90,6-95)	89	94,5	NS

1E: primer episodio; CCSAA: cefalea crónica diaria sin abuso de analgésicos; CCAA: cefalea crónica diaria con abuso de analgésicos; CAT: cefalea por arteritis de la temporal. NS: no significativa.

TABLA
6

Porcentaje de utilización de fármacos en los episodios de cefalea

	Aspirina	Paracetamol	AINE	Triptanes	Ergotamina	Otros
Migraña leve	5,2	61,3	27,6	2,9	2,4	0,9
Migraña moderada	1	10,1	64,1	17,5	5,7	1,9
Migraña severa	0	0,3	6	88,4	2,5	3,1
Cefalea tensional	1,8	33,7	38,5	2,5	0,9	22,1

AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

TABLA
7

Tratamiento preventivo de la cefalea

	Antagonistas del calcio	Bloqueadores beta	Amitriptilina	Otros
Migraña	40,9%	41,3%	5,4%	12,4%
Cefalea tensional	7,7%	8,2%	46,5%	37,6%
Cefalea crónica diaria	15,4%	7,3%	37,9%	39,4%

TABLA
8

Porcentaje de interés por la formación en cefaleas

	Muy alto	Alto	Regular	Bajo	Muy bajo
Cefalea tensional	10,5	51,6	32,6	4	1,3
Migraña	14,6	61,4	22,3	1,3	0,4
CCD	18,4	58,9	20,3	1,9	0,6
CCDAA	21,4	51,6	23,7	2,7	0,6
Cefalea en racimos	10,7	51,3	32,2	4,9	0,9
Cefaleas secundarias	15	53,5	25,7	4,4	0,7

CCD: cefalea crónica diaria; CCDAA: cefalea crónica diaria con abuso de analgésicos.

ticamente significativas en relación con la utilización de diferentes fármacos y el hecho de padecer cefalea por parte del médico. El fármaco preferido en la migraña leve es el paracetamol, que lo utiliza un 61,3%, seguido de los AINE, con un 27,6%. En la migraña moderada, los AINE

son los más utilizados, con un 64%, seguidos de los triptanes, con un 17,5%. Los triptanes, con un 88,4%, son el grupo de fármacos elegido por la mayoría en la migraña severa.

Las preferencias de los médicos en la prevención de la migraña se reparten prácticamente a partes iguales entre los bloqueadores beta (41,3%) y los antagonistas del calcio (40,9%), seguidos de lejos por la amitriptilina, con un 5,4% (tabla 7). Con respecto al interés en la formación en cefaleas, la cefalea crónica diaria y la migraña son las cefaleas que más interés suscitan. Respecto a

la primera, los médicos encuestados refieren un interés muy alto o alto en un 77,3%, y respecto a la segunda, en un 76%. La cefalea en racimos, con un 62%, y la cefalea tensional, con un 62,1%, son las que menos interés suscitan (tabla 8).

Un 80,2% de los médicos encuestados refiere estar dispuesto a asistir a actividades formativas sobre cefaleas. En ninguna de las variables principales analizadas hay diferencias significativamente estadísticas en función del sexo de los médicos encuestados.

Discusión

Este estudio muestra la actitud positiva que presentan los médicos de atención primaria frente a las cefaleas, con un interés elevado y un tiempo de dedicación mayor por consulta que la media del resto de enfermedades.

No hemos encontrado más que un artículo¹³ que se refiera a la actitud del médico ante las cefaleas. Este estudio compara la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas en la migraña en función de que el médico presente migraña, lo haga un familiar directo o no la presente. La conclusión del trabajo es que no hay ninguna diferencia en los 3 grupos. Estos resultados coinciden con los nuestros, ya que en nuestro estudio, las preferencias a ahora de tratar los diferentes grupos de cefaleas no son diferentes por el hecho de que el médico presente cefalea.

El diagnóstico de la cefalea primaria o secundaria y sus diferentes subtipos se basa en la historia clínica y la exploración física. Éstas permiten detectar si la cefalea presenta síntomas o signos de alarma y cuáles son sus características clínicas para poder establecer un diagnóstico apropiado de acuerdo con los criterios de la IHS. Llama la atención en nuestro estudio que un 15% de los médicos no realiza exploración física en la primera consulta, por el riesgo que supone para el paciente, ya que la presencia de cualquier alteración en la exploración obliga a descartar una cefalea secundaria.



Lo conocido sobre el tema

- La sensibilización del médico respecto a la migraña no influye en las decisiones diagnósticas y terapéuticas.
- Pautas terapéuticas entre los neurólogos.

Qué aporta este estudio

- Nula influencia del hecho de presentar cefalea por los médicos y su actitud ante diferentes aspectos de esta enfermedad.
- Limitada capacidad resolutiva de los médicos de atención primaria en las cefaleas crónicas diarias.
- Utilización discutible de medicación analgésica en las crisis de migraña: empleo excesivo del paracetamol en la migraña leve y empleo bajo de los triptanes en la moderada.

Por otra parte, para poder establecer el diagnóstico del tipo de cefalea primaria es preciso conocer sus criterios diagnósticos, claramente establecidos en la clasificación de la IHS¹⁴, y aplicarlos en la práctica clínica. Nuestro estudio demuestra que sólo la mitad de los médicos conoce esta clasificación, y que el porcentaje que la utiliza en su práctica clínica es mínimo. Estos resultados nos obligan a cuestionarnos la calidad de los diagnósticos que se establecen en nuestro ámbito asistencial y, por tanto, las actitudes terapéuticas que de ellos se derivan.

Menos del 20% de los médicos puede solicitar directamente una TC craneal, mientras que el acceso a la RM todavía es mucho más restringido, concretamente del 3%. Sin embargo, el hecho de poder acceder a estas pruebas diagnósticas no conlleva un aumento de la capacidad resolutiva, sino que las solicitudes de interconsulta con el segundo ámbito son similares a las de los médicos sin acceso a las pruebas de neuroimagen. Llama la atención en nuestro estudio la alta tasa de derivación en las cefaleas crónicas diarias, ya que son entidades perfectamente asumibles desde la AP¹⁵. En este sentido, las cefaleas crónicas diarias, junto con la migraña, constituyen el tipo de cefalea por el que los médicos muestran más interés en formarse, quizás por el limitado dominio que poseen en el tratamiento de estos cuadros. Por el contrario, hay que destacar la baja tasa de derivación en el primer episodio de cefalea en racimos, a pesar de que hasta en un 5% de los casos hay una enfermedad orgánica causante de la cefalea¹⁶. Más discutible es la conveniencia de derivación en el primer

episodio de migraña con aura, a pesar de que algunos autores lo recomiendan¹². No se ha encontrado ninguna relación entre la tasa de derivación de los diferentes tipos de cefaleas y el hecho de que el médico la presente.

En cuanto a las pautas terapéuticas utilizadas, hay que destacar la amplia utilización del paracetamol como primera medida analgésica en la migraña leve, a pesar de que hay muchas dudas acerca de su eficacia en este tipo de cefaleas^{17,18} y, por otra parte, es uno de los fármacos más implicados en la cefalea crónica diaria con abuso de analgésicos¹⁹.

Por el contrario, en la cefalea tensional, los fármacos más utilizados son los AINE. Aunque los triptanes son los fármacos preferidos en la migraña severa, su empleo es todavía bajo en la migraña moderada²⁰.

Entre las limitaciones del estudio hay que mencionar algunos aspectos del cuestionario. Uno de los problemas de las encuestas sobre actitudes es el sesgo de deseabilidad social que, sin duda, se ha podido observar en algún ítem del cuestionario. Además, todas las opciones favorables se encontraban en primer lugar, por lo que es posible que eso haya propiciado en un sesgo de aquiescencia; en este sentido, quizás hubiera sido aconsejable invertir el orden de las alternativas en algunas preguntas. Por otro lado, para evitar el sesgo de tendencia central en algunos ítems se ha suprimido la categoría intermedia con el objetivo de aumentar el grado de discriminación. Este hecho ha podido condicionar que algunos encuestados que preferían la opción intermedia o neutra hayan tenido que optar por una alternativa no deseada²¹⁻²³.

Los hechos anteriormente mencionados sobre algunas pautas terapéuticas discutibles y la constatación por parte de la mayoría de los encuestados de su disposición a realizar cursos y talleres sobre cefaleas señalan la conveniencia de seguir llevando a cabo actividades formativas sobre esta materia.

Bibliografía

1. Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population: a prevalence study. *J Clin Epidemiol*. 1991;44:1147-57.
2. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia*. 1995;15:45-68.
3. Rasmussen BK. Epidemiology and Socioeconomic impact of headache. *Cephalalgia* 1999; 19 Supple 25:20-3.
4. Laínez MJ, Monzón MJ, Santoja JM, et al. Calidad de vida en pacientes con cefalea crónica primaria. *Neurología*. 1996;11:380.
5. Lipton RB, Liberman J, Loder K. Migraine headache disability and quality of life: a population based case-control study. *Headache*. 1999;39:365.
6. Terwindt G, Launer L, Ferrari M. The impact of migraine on quality of life in the general population: the GEM study. *Neurology*. 2000;55:629-35.
7. Lisssovov G. The economics cost of migraine. Present state of knowledge. *Neurology*. 1994;44:56-52.

8. Lipton RB, Stewart WF, Von Korff M. Burden of migraine: societal cost and therapeutic opportunities. *Neurology*. 1997;48 Suppl 3:S4-9.
9. Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, et al. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache*. 2001;41:646-57.
10. Pascual J, Combarros O, Leno C, Polo JM, Rebollo M, Berciano J. Distribución por diagnósticos del dolor de cabeza como motivo de consulta neurológica. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:161-4.
11. Gracia Naya M. Importancia de las cefaleas en las consultas de neurología. Grupo de estudios de neurólogos aragoneses. *Rev Neurol*. 1999;29:393-6.
12. Grupo de cefaleas de la semFYC. Cefalea. Manual de recomendaciones. Barcelona: semFYC; 1999.
13. Weber M, Daurès J, Fabre N, Dardenne J, Slama A, El Hasnaoui A. Influence de la connaissance personnelle de la migraine par l'omnipraticien sur la prise en charge. *Rev Neurol (Paris)*. 2002;158:439-45.
14. International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalgia*. 1998;8 Suppl 7:1-96.
15. Viciana Ortiz de Galileo E. Otras cefaleas primarias. *FMC*. 1999;6 Supl 10:67-75.
16. Martínez Eizaguirre JM. La cefalea en atención primaria. *Aten Primaria*. 2002;30 Suppl:2-4.
17. Matchar DB, Youn WB, Rosemberg JH, Pietrzak MP, Silberstein SD, Lipton RB, et al. Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management of acute attacks. Disponible en: <http://www.aan.com/professionals/practice/guidelines.cfm>
18. Snow V, Weiss K, Wall EM, Mottur-Pilson C. American Family Physicians; American College Of Physicians-American Society of Internal Medicine. Pharmacologic management of acute attacks of migraine and prevention of migraine headache. *Ann Intern Med*. 2002;137:840-9.
19. Schider P, Aull S, Feucht M. Use and abuse of analgesics in tension-type headache. *Cephalgia*. 14:162-7.
20. Silberstein SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2000;55:754-63.
21. Feinstein AR. *Clinimetrics*. New Haven and London: Yale University Press; 1987.
22. Muñiz J. *Teoría clásica de los test*. Madrid: ediciones Pirámide S.A.; 1992.
23. Summers GF. *Medición de actitudes*. México: Editorial Trillas; 1984.

Material para internet

ANEXO
1

Durante el cuestionario, cuando hablamos de cefalea nos referiremos a las cefaleas primarias más habituales, es decir, a cefalea de tensión, migraña y cefalea crónica diaria

1. Aunque ya sabemos que en nuestra profesión todas las enfermedades son importantes, nos gustaría conocer, aunque sea de una manera muy general, tu interés sobre las cefaleas.

- Muy alto
 Alto
 Regular
 Bajo
 Muy bajo

2. En el tratamiento clínico de las cefaleas en tu consulta diaria, el grado de confianza, seguridad o dominio de la situación con la que te encuentras es

- Muy alto
 Alto
 Aceptable
 Bajo
 Muy bajo

3. Sobre la clasificación de las cefaleas de la IHS (Sociedad Internacional de Cefaleas)

- No la conozco en absoluto
 La he oído nombrar o la he leído algo en alguna ocasión
 La conozco, aunque no la utilizo
 La conozco y la he llegado a utilizar en alguna ocasión
 La conozco y la utilizo asiduamente

4. Ante un enfermo que consulta por primera vez por presentar cefalea, el tiempo que sueles dedicarle respecto al tiempo medio por consulta es:

- Mucho mayor
 Algo mayor
 Igual
 Algo menor
 Mucho menor

5. Ante un enfermo que consulta por primera vez por presentar cefalea, tras la anamnesis, ¿con qué frecuencia realizas algún tipo de exploración física (por mínima que sea)?

- Nunca
 Algunas veces
 La mayoría de las veces
 Siempre

6. A los pacientes con cefaleas de reciente comienzo, ¿sueles citarlos en la consulta programada?

- Nunca
 Algunas veces
 La mayoría de las veces
 Siempre
 No tengo consulta programada

7. A los enfermos que han consultado por presentar una cefalea nueva o de reciente comienzo, sueles citarles nuevamente para control y seguimiento:

- Nunca
 Algunas veces
 La mayoría de las veces
 Siempre

ANEXO

1

(Continuación)

8. ¿A cuál de estas pruebas diagnósticas tienes acceso sin necesidad de derivar al enfermo al especialista?

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Radiología simple | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Tomografía computarizada craneal | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Resonancia magnética craneal | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Analítica urgente | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

9. ¿Hay en tu centro algún protocolo, guía clínica o programa sobre cefaleas?

- Sí
 No
 NS/NC

10. ¿Mantienes algún tipo de relación periódica con el neurólogo de tu zona?

- Sí
 No

11. Esta pregunta se refiere a las situaciones en las que sueles derivar al paciente a otro ámbito asistencial, ya sea al especialista o un servicio de urgencias. Lógicamente, esta actitud depende de muchos factores, por lo que queremos que contestes lo que haces habitualmente en una circunstancia «normal», es decir, sin un grado de gravedad extrema, sin una dificultad diagnóstica especial, con una respuesta al tratamiento dentro de lo esperado etc.

	Derivación	
	Sí	No
Migraña sin aura, primer episodio.		
Migraña sin aura, episodios posteriores		
Migraña con aura, primer episodio		
Migraña con aura, episodios posteriores		
Cefalea en racimos. Primer episodio		
Cefalea en racimos, episodios posteriores		
Cefalea tensional		
Cefalea crónica diaria sin abuso de analgésicos		
Cefalea crónica diaria con abuso de analgésicos		
Cefalea por arteritis de la temporal		

12. Esta cuestión no pretende medir tus conocimientos, sino conocer lo que haces habitualmente a la hora de tratar con fármacos las diferentes situaciones que te vamos a plantear. Aunque seguramente emplees varias opciones para una misma situación, marca el comportamiento más habitual. RECUERDA, aunque se te hará difícil, selecciona UNA SOLA opción por enfermedad.

	Aspirina	Paracetamol	AINE	Triptanes	Ergotamina	Antagonistas del calcio	Bloqueadores beta	Amitriptilina	Otros
Ataque migraña leve									
Ataque migraña moderado									
Ataque migraña severo									
Ataque cefalea tensional									
Prevención migraña									
Prevención cefalea tensional									
Prevención cefalea crónica diaria									

(Continúa en la página siguiente)

ANEXO
1

(Continuación)

Hace casi 2 años, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria editó un manual sobre cefaleas que fue elaborado por nuestro grupo. Aunque éste puede adquirirse por medio de la sociedad, ha sido ampliamente difundido por un laboratorio farmacéutico. Tenemos mucho interés en conocer la difusión y la aceptación que el manual ha tenido entre los médicos de atención primaria de nuestro país.

13. ¿Conoces la existencia de ese manual de cefaleas de la semFYC?

Sí No

Si has contestado No en la pregunta anterior, pasa directamente a la pregunta número 17

14. ¿Dispones del manual personalmente o en tu centro de trabajo?

Sí No NS/NC

15. Respecto a su lectura o consulta

No lo he consultado

Lo he ojeado o le he consultado en alguna ocasión

Lo he leído entero o en su mayor parte

Si has elegido la primera opción en la pregunta anterior, pasa directamente a la pregunta número 17

16. En el caso de que lo hayas consultado, tu opinión sobre la calidad del manual es...

Muy satisfactoria

Bastante satisfactoria

Satisfactoria

Bastante insatisfactoria

Muy insatisfactoria

17. Con el objetivo de programar actividades de formación, nos gustaría conocer tu interés sobre:

	Muy alto	Alto	Regular	Bajo	Muy bajo
Cefalea tensional					
Migraña					
Cefalea crónica diaria					
Cefalea por abuso de analgésicos					
Cefalea en racimos					
Otras cefaleas primarias					
Cefaleas secundarias					

18. ¿Te interesaría asistir a algún curso, taller o actividad formativa sobre cefaleas?

Sí No

19. Esta pregunta se refiere a ti mismo. ¿Has presentado o presentas algún tipo de cefalea?

Sí No

Migraña con aura (al menos 2 episodios a lo largo de la vida)

Migraña sin aura (al menos 5 episodios a lo largo de la vida)

Cefalea tensional (al menos 10 episodios a lo largo de la vida)

Cefalea en racimos

Cefalea crónica diaria (al menos 15 días al mes durante 6 meses)

Para finalizar, y dándote nuevamente las gracias por tu colaboración, necesitamos algunos datos tuyos.

ANEXO
1

(Continuación)

Edad:..... años

Sexo: Varón Mujer

Especialidad: Médico general Médico familia vía MIR
 Médico familia no MIR Otras

Número de pacientes que visitas al día de media: < 15 16-25
 26-35 36-45 46-55 > 55