



ORIGINAL

Las cefaleas primarias como motivo de consulta en Atención Primaria: un estudio prospectivo

I. Rivera^a, N. Fontanillas^a, L. Cadelo^a y J. Pascual^{b,*}

^a Centro de Salud Bezana, Santa Cruz de Bezana, Cantabria, España

^b Servicio de Neurología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Universidad de Cantabria e IDIVAL, Santander, España

Recibido el 19 de diciembre de 2022; aceptado el 26 de julio de 2023

Accesible en línea el 21 de enero de 2025



PALABRAS CLAVE

Atención Primaria;
Cefaleas primarias;
Cefalea tensional;
Impacto;
Migraña

Resumen

Objetivos: Estudiar de forma prospectiva la tasa de consulta, diagnósticos, impacto y patrones históricos de manejo de los pacientes que consultan por cefalea primaria en un centro de salud. **Pacientes y métodos:** Recogimos 200 pacientes con cefalea primaria en un centro de salud semiurbano. Para estudiar el impacto en consulta, 100 fueron recogidos consecutivamente en un único cupo. Para todos los pacientes recogimos datos demográficos, comorbilidades, frecuencia, absentismo, impacto en calidad de vida (escalas MIDAS y HIT-6) y de patrones previos de derivación y tratamiento.

Resultados: Un 2,2% de las consultas a demanda se debieron a cefalea primaria. La migraña (60%) fue la causa más frecuente, seguida de la cefalea tensional (38,5%) y las cefaleas trigémino-autonómicas (1,5%). En el 58% de los casos el diagnóstico o estaba incompleto o era incorrecto. Entre el 33% (MIDAS) y el 50,8% (HIT-6) presentaban afectación al menos moderada en su calidad de vida, que fue superior en la migraña (40,8% y 72,5%, respectivamente). Hubo absentismo en el 12% de los pacientes el último año (en 87,5% por migraña). Algo más de la mitad (57%) habían sido derivados a Neurología y solo el 5,5% de los tratamientos preventivos se habían iniciado en el primer nivel asistencial.

Conclusiones: Las cefaleas primarias, y fundamentalmente la migraña, son motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. A pesar de que la migraña condiciona un absentismo significativo y que daña la calidad de vida, existe un claro margen de mejora en su manejo. Las cefaleas primarias deberían ser incluidas en los planes de salud del primer nivel asistencial.

© 2024 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: julio.pascual@unican.es (J. Pascual).

KEYWORDS

Primary Care;
Primary headaches;
Tension-type
headache;
Burden;
Migraine

Primary headaches as the reason for consultation in Primary Care: A prospective study**Abstract**

Objectives: To prospectively study the rate of consultation, diagnoses, burden and historical management patterns of those patients attending due to primary headache in Primary Care.

Patients and methods: We included 200 patients with primary headache in a semi-urban health center. To study the consultation impact, 100 patients were consecutively recruited in one Primary Care quota. For every patient we obtained demographic data, comorbidities, rate of consultation, absenteeism, impact in quality of life (MIDAS and HIT-6 scales) and previous patterns of referral and treatment.

Results: A total of 2.2% of the demand consultations were due to primary headache. Migraine (60%) was the most frequent reason, followed by tension-type headache (38.5%) and trigeminal autonomic headaches (1.5%). In 58% of cases the diagnosis was incomplete or incorrect. Between 33% (MIDAS) and 50.8% (HIT-6) of cases showed at least a moderate decrease in their quality of life, which was higher for migraine (40.8% and 72.5%, respectively). There was absenteeism in 12% of patients the last year (in 87.5% of cases due to migraine). More than half (57%) of cases had been referred to neurology and preventive treatments had been initiated in Primary Care in only 5.5% of patients.

Conclusions: Primary headaches, and mainly migraine, are a frequent reason for consultation in Primary Care. Even though migraine induces a significant absenteeism and damages quality of life, there is a clear room for improvement in their management. Primary headaches should be included in the health plans of Primary Care.

© 2024 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Introducción

La cefalea es el motivo neurológico más frecuente de consulta en los servicios de neurología, donde supone aproximadamente un 20-25% de las primeras consultas. La mayoría de estas consultas por cefalea en atención especializada se deben a las cefaleas primarias, de las que la migraña es el diagnóstico, con diferencia, más frecuente¹.

Un estudio muy preliminar llevado a cabo por nuestro grupo de trabajo encontró que más del 90% de los pacientes que consultaban por cefalea en un centro de salud cumplían criterios de cefaleas primarias². A diferencia de lo que ocurre en los servicios de neurología^{1,3}, no existen en nuestro país datos prospectivos de la distribución por diagnósticos y del impacto real de las cefaleas primarias en las consultas de Atención Primaria en nuestro medio. Aunque las cefaleas primarias no encierran gravedad clínica, constituyen un importante problema de salud, dada su elevada prevalencia y la repercusión negativa que provocan en la calidad de vida de las personas que las experimentan^{4,5}. Además, las cefaleas primarias suponen una elevada carga social en los países desarrollados. A pesar de esto, la cefalea resulta, en general, poco atractiva como motivo de consulta en el primer nivel asistencial, al considerarla un problema menor⁶. Algunos estudios han puesto de manifiesto las necesidades formativas en cefaleas en este ámbito, tanto en el diagnóstico como en el manejo y, en parte, esto se debe a que muchos pacientes con migraña son diagnosticados erróneamente de cefalea tensional, al ser esta última entidad más prevalente en la población general⁷.

Por todo ello, es necesario disponer de datos del impacto que suponen las cefaleas primarias en el primer nivel asis-

tencial en nuestro país. Nuestro objetivo ha sido estudiar de forma prospectiva la tasa de consulta, la distribución por diagnósticos, la influencia en la calidad de vida y las líneas generales de manejo de los pacientes que consultan por cefalea primaria en un centro de salud.

Pacientes y métodos

Este estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud de Bezana (Cantabria) en población mayor de 15 años. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Cantabria y los pacientes firmaron el consentimiento informado. El Centro de Salud de Bezana es de carácter semiurbano y atiende a un total de 11.026 personas mayores de 15 años (5.676 mujeres y 5.350 varones). Para cumplir los 2 objetivos que acabamos de exponer prefijamos un número de 200 pacientes cuyo motivo de consulta a demanda fuera la cefalea primaria. Para evaluar, en primer lugar, la frecuencia de la cefalea primaria como motivo de consulta y su distribución por diagnósticos incluimos de forma prospectiva a todos aquellos pacientes, hasta un número de 100, pertenecientes a un único cupo que consultaron consecutivamente por cefalea y que fueron diagnosticados de cefalea primaria durante el periodo del estudio. Los pacientes habían de consultar a demanda, pero podían haber consultado en el pasado por cefalea. El cupo que fue objeto de este estudio consta exactamente de 1.600 habitantes. Para disponer de más datos en cuanto a la distribución por diagnósticos de las cefaleas primarias en Atención Primaria recogimos también datos de otros 100 pacientes con cefalea primaria que habían consultado por dolor de cabeza en otros cupos de nuestro centro de salud en el periodo del estudio.

La selección comenzó en mayo del año 2019 y se paró el 1 de marzo del año 2020 debido a la pandemia por COVID-19 cuando se habían reclutado 181 pacientes. Para completar la cifra prefijada, retomamos el estudio en mayo del año 2020. El reclutamiento finalizó tan solo un mes más tarde.

Todos los pacientes fueron historiados personalmente por uno de los médicos de familia participantes en el estudio (IR, LC o NF). Se llevó a cabo una anamnesis detallada de su cefalea y una exploración física y se revisaron los datos de su historia clínica electrónica de Atención Primaria. Para el diagnóstico del tipo de cefalea se utilizó la clasificación de la International Headache Society publicada en su última versión en el año 2018⁸. En caso de duda, los pacientes fueron evaluados por un neurólogo con dedicación a cefaleas (JP). Registramos las siguientes variables: edad, sexo, hábitos tóxicos, índice de masa corporal y comorbilidades. Además, analizamos el número de asistencias el último año en Atención Primaria (incluyendo los servicios de urgencia de Atención Primaria), la derivación al segundo nivel asistencial, los estudios complementarios, las bajas laborales, la repercusión de las cefaleas primarias en la calidad de vida mediante las escalas HIT-6⁹ y MIDAS¹⁰ y, por último, los tratamientos sintomáticos y preventivos administrados.

El análisis de nuestra base de datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS. Las variables han sido determinadas como frecuencias absolutas y porcentajes. Para el análisis estadístico utilizamos el test *t* de Student, ya que las variables analizadas tenían una distribución normal. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como significativo.

Resultados

Se seleccionó a 100 pacientes consecutivos con el diagnóstico de cefalea primaria en un cupo del centro de salud en 10,6 meses. Durante este periodo de tiempo hubo 212 días efectivos de consulta, lo que implica que cada día consultó por este motivo una media de 0,47 pacientes. La media de consultas durante este periodo en el cupo del centro de salud fue de 36 pacientes/día. Si descontamos las consultas por trámites burocráticos y las revisiones de salud programadas en el cupo objeto del estudio, las consultas reales a demanda por enfermedad fueron de una media de 21 al día (4.452 en los 10,6 meses). Teniendo en cuenta estas cifras, podemos concluir que el 2,2% de las consultas a demanda de un centro de salud fueron debidas a una cefalea primaria. Estas cifras aumentaban si tenemos en cuenta que, durante el periodo del estudio, 59 de estos 100 pacientes consultaron espontáneamente en el centro de salud y 29 pacientes acudieron a urgencias para tratamiento de la migraña en más de una ocasión.

Para una mejor delimitación del perfil de los pacientes que consultaron por cefalea primaria en Atención Primaria, incrementamos la muestra hasta 200 pacientes repartidos de otros cupos del centro de salud. No encontramos diferencias significativas entre ninguno de los parámetros (demográficos, diagnósticos, etc.) entre los 100 pacientes procedentes de un cupo y el resto. De los 200 pacientes, 162 (81%) fueron mujeres y su edad media fue de $42,7 \pm 13$ años (rango: 16-83). En cuanto a la distribución por diagnósti-

Tabla 1 Resumen de las características principales de los pacientes con cefalea primaria

<i>Edad:</i> $42,7 \pm 13$ años (rango: 16-83)
<i>Género:</i> 162 (81%) mujeres; 38 (19%) varones
<i>Distribución por diagnósticos:</i>
Migraña: 120 (69%)
Migraña crónica: 16 (8%)
Cefalea tensional: 77 (38,5%)
Cefalea tensional crónica: 8 (4%)
Cefaleas trigémino-autonómicas: 3 (1,5%)
<i>Comorbilidades:</i> 140 (70%)
Índice de masa corporal >25: 90 (45%)
Sobrepeso: 60 (30%)
Obesidad: 30 (15%)
Trastorno psiquiátrico:
Ansiedad: 61 (30,5%)
Depresión: 20 (10%)
Enfermedades alérgicas (incluyendo asma/rinitis): 44 (22%)
Hipertensión arterial: 23 (11,5%)
Dolor crónico: 19 (9,5%)
Miscelánea: 15 (7,5%)
Hábitos tóxicos: 41 (20,5%)
Tabaco: 37 (17,5%)
Alcohol: 2 (1%)
Otros 2 (1%)

cos, 120 pacientes (60%) cumplieron criterios diagnósticos para migraña, 77 (38,5%) para cefalea tensional y 3 (1,5%) para cefaleas trigémino-autonómicas. De los 120 pacientes con migraña, 16 (8% de la serie total) cumplían criterios de migraña crónica y de los 77 pacientes con cefalea de tensión, 8 (4%) de cefalea de tensión crónica. La mitad de los pacientes con migraña crónica ($n = 8$; 4%) y cefalea de tensión crónica 4 ($n = 4$; 2%) cumplían criterios de abuso de analgésicos.

En 116 pacientes (58%) el diagnóstico que figuraba en su historia clínica electrónica no estaba completo o no era correcto: en 103 (88,8%) o no constaba ningún diagnóstico o constaba el de «cefalea» sin especificar el tipo y en 13 (11,2%) el diagnóstico era incorrecto según los criterios de la IHS⁸. De ellos, 8 aparecían etiquetados como migraña cuando cumplían criterios de cefalea tensional, 4 como cefalea tensional cuando cumplían criterios de migraña y uno como migraña cuando cumplía criterios de cefalea trigémino-autonómica. Un total de 140 pacientes (70%) presentaban comorbilidades significativas, que se recogen en la [tabla 1](#).

La influencia de las cefaleas primarias en la calidad de vida se ilustra en las [figuras 1 y 2](#). Como puede observarse, en la escala MIDAS, el 33% de los pacientes tenían una afectación al menos moderada (>10 puntos). Este porcentaje era significativamente superior ($p = 0,0$) en los pacientes con migraña (40,8%) que en aquellos con cefalea tensional (20,7%). Lo mismo ocurrió con el HIT-6: 102 pacientes (51,8%) tenía una puntuación en el HIT-6 superior a 56 (impacto importante o muy grave). De ellos, 28 correspondían a cefalea tensional (27,5% de los pacientes con HIT-6 > 56) y los 74 restantes (72,5%) a migraña ($p = 0,001$).

Un total de 24 pacientes (12%) requirieron baja laboral en el último año por cefalea. La duración media de la baja labo-

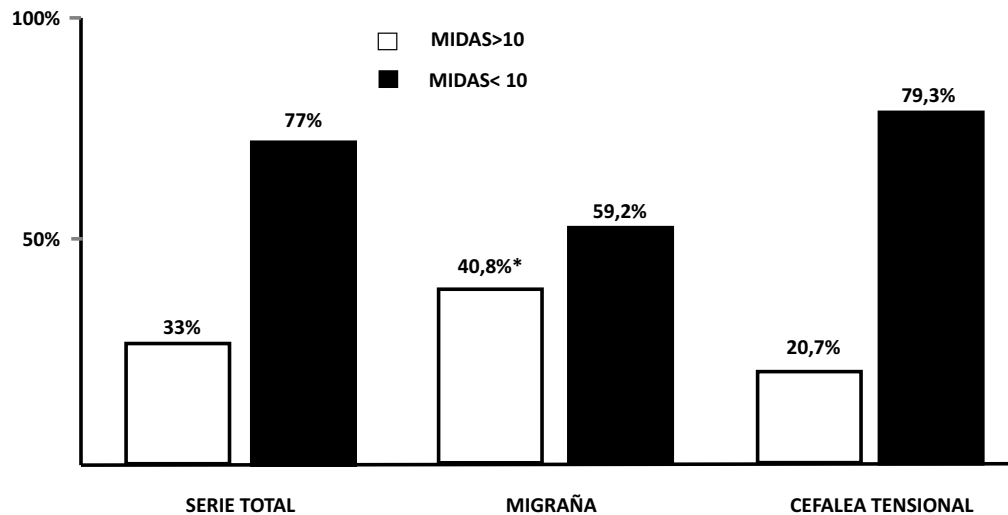


Figura 1 Proporción de pacientes con puntuación en la escala de MIDAS mayor y menor de 10 puntos según categorías. Nótese la diferencia significativa en la gravedad del MIDAS en pacientes con migraña y en aquellos con cefalea tensional ($p = 0,01$).

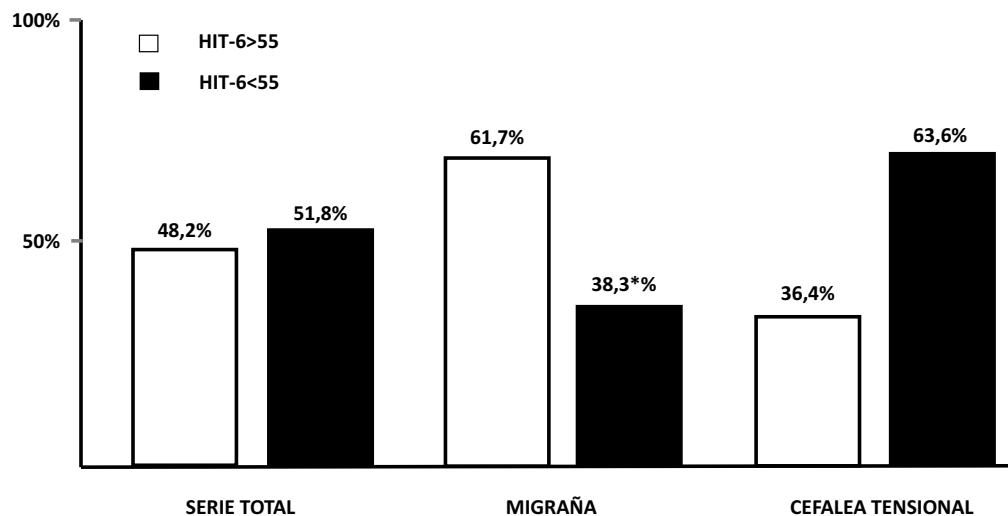


Figura 2 Proporción de pacientes con puntuación en la escala de HIT-6 mayor y menor de 50 puntos según categorías. Nótese la diferencia significativa en la gravedad del HIT-6 en pacientes con migraña y en aquellos con cefalea tensional ($p = 0,001$).

ral fue de 4 días (mediana 3 días; rango: 1-21 días). De las bajas laborales 21 (87,5%) correspondían a migraña, 2 (8,3%) a cefalea tensional y una (4,2%) a un paciente con cefalea trigémino-autonómica. La duración media de la baja laboral en los pacientes con migraña fue de 3,2 días (mediana 2; rango: 1-15 días). En el ámbito de la Atención Primaria, por tanto, cada paciente con migraña tiene una media absentismo de 0,34 días al año.

De los 200 pacientes evaluados, 114 (57%) habían sido derivados con anterioridad a neurología y a 81 (40,5%) se les habían solicitado pruebas de neuroimagen (60,5% TAC y 24,7% RM craneales).

Un total de 199 pacientes (99,5%) habían utilizado previamente tratamiento sintomático para sus cefaleas. La distribución de este tratamiento por grupos farmacológicos y diagnósticos aparece recogida en la [figura 3](#). Un total de 85 pacientes (42,5%) habían recibido anteriormente tratamiento preventivo; solo en 11 casos (5,5%) este tratamiento

había sido pautado por su médico de Atención Primaria. Un total de 69 pacientes (34,5%) en el momento de la consulta cumplían criterios de prescripción de tratamiento preventivo, pero solo la mitad (34; 49%) tenía pautado tratamiento preventivo; por este orden: amitriptilina (19; 55,9%), betabloqueantes (13; 38,2%), topiramato (9; 26,5%) y flunarizina (2; 5,9%).

Discusión

Nuestros datos confirman que el impacto de las cefaleas primarias en el primer nivel asistencial es relevante en nuestro medio. En primer lugar, un 2,2% de las consultas a demanda (descontando las programadas por control de salud y burocráticas) en un cupo estándar de un centro de salud de nuestro país eran debidas a cefaleas primarias. Teniendo en cuenta el número medio de pacientes/día, esto implica

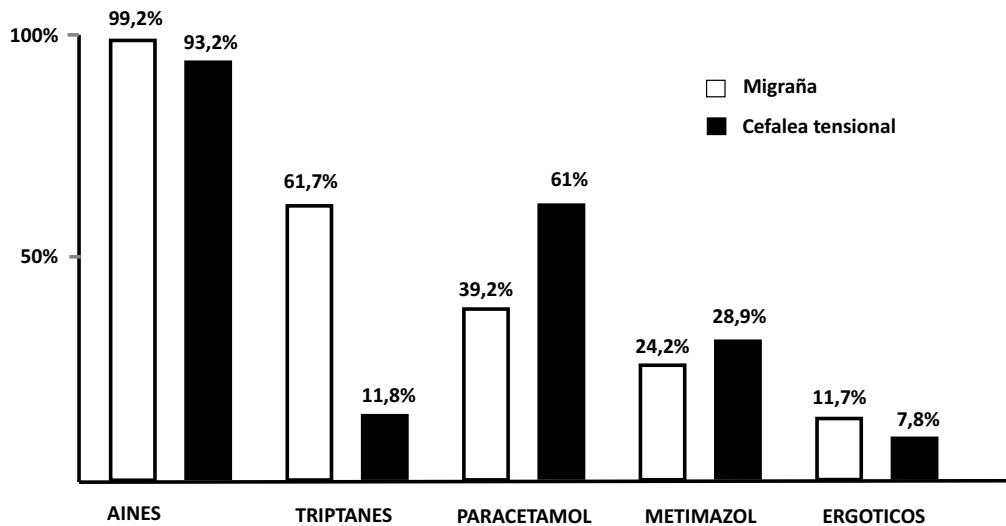


Figura 3 Tasa de uso de tratamientos sintomáticos de los pacientes con migraña y en aquellos con cefalea tensional.

que un profesional de Atención Primaria tendrá una consulta por cefalea primaria como síntoma guía cada 2-3 días. Estos números son en realidad más elevados si tenemos en cuenta que más de la mitad de los pacientes consultaron en más de una ocasión durante el periodo del estudio y están en contra del concepto clásico tan extendido de que los pacientes con cefalea primaria no consultan¹¹: como ha demostrado un macroestudio muy reciente en nuestro país el 80% de más de 10.000 personas con migraña no seleccionadas habían consultado a su médico por este motivo el último año¹².

Al igual que ocurre en los servicios de neurología^{1,3}, un 60% de las consultas eran debidas a la migraña, poco más de un tercio a cefalea de tensión y el 1,5% a cefaleas trigémino-autónomas. A pesar de que la cefalea tensional es la cefalea más prevalente, estos datos confirman que la migraña, también en el primer nivel asistencial, es la cefalea primaria por la que somos más frecuentemente consultados. Además, uno de cada 8 pacientes que consultó por migraña cumplía criterios de migraña crónica, una entidad que disminuye drásticamente la calidad de vida, como han confirmado estudios llevados a cabo en nuestro medio^{13,14}. El impacto de la migraña, y en particular de la migraña crónica, es enorme en términos de costes directos o indirectos, como han demostrado diversos trabajos llevados a cabo en España^{15,16}. Estos datos se ven reflejados también en los cuestionarios de calidad de vida. Dependiendo del cuestionario, entre un tercio (MIDAS)⁹ y la mitad (HIT-6)¹⁰ de los pacientes de la serie general tenía una afectación al menos moderada de sus actividades de la vida diaria, pero la proporción de pacientes con disminución al menos moderada de su calidad de vida fue, de nuevo, significativamente superior en la migraña en comparación con la cefalea tensional. La explicación es sencilla: como pone de manifiesto la OMS en sus reiteradas oleadas de impacto en calidad de vida de las distintas enfermedades, la migraña es una de las enfermedades más invalidantes para las actividades de la vida diaria y debería figurar, por su frecuentación, impactos personal y sociosanitario, en los futuros planes de salud

del primer nivel asistencial⁵. En este sentido, un dato relevante de nuestro estudio fue el impacto de las cefaleas en cuanto al absentismo: el 12% de los pacientes de la serie general tuvieron bajas el año anterior por este motivo, con una media de 4 días. De nuevo, la gran mayoría de las bajas laborales se debieron a migraña, lo que confirma el superior impacto, en todos los órdenes, de la migraña sobre la cefalea tensional. Nuestra tasa de absentismo para la migraña fue muy similar a la encontrada en estudios previos llevados a cabo en España y países de nuestro entorno¹⁷.

Nuestro estudio analizó también algunos aspectos de interés en el manejo de las cefaleas en Atención Primaria. Llama la atención que el 60% de los pacientes no había recibido un diagnóstico específico del tipo de cefalea primaria o había recibido un diagnóstico erróneo, lo que confirma experiencias previas^{7,12}. Esto explica que algunos pacientes con cefalea tensional estaban siendo tratados sintomáticamente con medicaciones específicas para la migraña (ver fig. 3), que uno de cada 4 pacientes con migraña no había recibido triptanes, los fármacos de elección en esta entidad según todas las guías de nuestro medio, o que habían sido tratados con fármacos de muy dudosa eficacia, tal como paracetamol, en esta entidad^{18,19}. Asimismo, llaman la atención que más de la mitad de los pacientes con cefaleas habían sido derivados al especialista de neurología y la baja tasa de tratamiento preventivo indicado en el primer nivel asistencial (5,5%).

Las limitaciones de este estudio incluyen el relativamente reducido número muestral y el hecho de que la tasa de diagnósticos se obtuvo de un único cupo del centro de salud, si bien así aseguramos que no se perdiera ningún caso. Además, la pandemia pudo haber afectado a los resultados, aunque si lo hizo fue de forma marginal, puesto que 9 de cada 10 pacientes se recogieron antes de la pandemia. En todo caso, nuestros datos confirman la necesidad de implementar planes de acción para las cefaleas, y muy en concreto para la migraña, en Atención Primaria, dado que la mayoría de los pacientes con cefalea primaria deberían ser tratados de entrada en los centros de salud^{1,6,17-20}.

Conclusiones

Las cefaleas primarias, y fundamentalmente la migraña, son motivo frecuente de consulta en Atención Primaria. A pesar de que la migraña condiciona un absentismo significativo y que daña la calidad de vida, existe un claro margen de mejora en su manejo. Las cefaleas primarias deberían ser incluidas en los planes de salud del primer nivel asistencial.

Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflictos de interés relacionados con el manuscrito.

Agradecimientos

Agradecemos a los compañeros médicos de familia y a los pacientes con cefalea del Centro de Salud de Bezana su colaboración en este estudio.

Bibliografía

1. 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*. 1995;104:161–4.
2. Quintela E, Castillo J, Muñoz P, Pascual J. Diagnostic distribution of headache patients in primary care in Spain. *Cephalalgia*. 2007;27:673.
3. Gracia-Naya M. Importancia de las cefaleas en las consultas de neurología. *Rev Neurol*. 1999;29:393–6.
4. Stovner LJ, Andree C. Prevalence of headache in Europe: A review of the Eurolight project. *J Headache and Pain*. 2010;11:289–99.
5. GBD 2016 Neurology collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2019;18:459–80.
6. Martínez JM, Calero S, García ML, Tranche S, Castillo J, Pérez I. Actitud de los médicos de atención primaria españoles ante la cefalea. *Aten Primaria*. 2006;38:33–8.
7. Pascual J, Sánchez-Escudero A, Castillo J. Necesidades de formación del médico de atención primaria en cefaleas. *Neurología*. 2010;25:104–7.
8. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38:1–211.
9. 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(6 Suppl 1):S20–8.
10. Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, Ware JE, Garber WH, Batenhorst A, et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: The HIT-6. *Qual Life Res*. 2003;12:963–74.
11. Mateos V, Porta-Etessam J, Armengol-Bertolín S, Larios C, García M, en representación de los investigadores del estudio PRIMERA. Initial situation and approach to the care of migraine in neurology services in Spain: The PRIMERA study. *Rev Neurol*. 2012;55:577–84.
12. Pascual J, Ciudad A, Anthony Z, Núñez M, Díaz S, Diego N. Características y uso del tratamiento sintomático en personas con migraña en España: resultados del estudio OVERCOME (EU). *Neurol Perspect*. 2022;2:14 (Espec. Cong. 1):.
13. Monzón MJ, Láinez MJ. Quality of life in migraine and chronic daily headache patients. *Cephalalgia*. 1998;18:638–43.
14. 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.
15. Bloudek LM, Stokes M, Buse DC, Wilcox TK, Lipton RB, Goadsby PJ, et al. Cost of healthcare for patients with migraine in five European countries from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *J Headache Pain*. 2012;13:361–78.
16. Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE). Impacto y situación de la migraña en España. Atlas 2018. Disponible en: www.dolordecabeza.net.
17. Vo P, Fang J, Bilitou A, Laflamme AK, Gupta S. Patients' perspective on the burden of migraine in Europe: A cross-sectional analysis of survey data in France, Germany, Italy, and the United Kingdom. *J Headache Pain*. 2018;19:82, <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-018-0907-6>.
18. Santos S, Pozo-Rosich P. Manual de práctica clínica en cefaleas. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2020. Madrid: Luzán 5; 2020.
19. Belvis R, Irimia P, González-García N, García J. Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Recomendaciones prácticas en cefaleas para Atención Primaria. Madrid: Luzán 5; 2022.
20. Gago-Veiga AB, García-Azorín D, Más-Sala N, Ordás CM, Ruiz-Piñero M, Torres-Ferrús M, et al. Cómo y cuándo derivar a un paciente con cefalea primaria y neuralgia cráneo-facial desde Urgencias y Atención Primaria: recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología. *Neurología*. 2020;35:176–84.