



## ORIGINAL

# Necesidades de formación del médico de atención primaria en cefaleas

J. Pascual<sup>a,\*</sup>, A. Sánchez-Escudero<sup>b</sup> y J. Castillo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centro Servicio de Neurología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

<sup>b</sup>Centro de Salud de Peñaranda de Bracamonte, Peñaranda de Bracamonte, Salamanca, España

<sup>c</sup>Centro de Salud de Camargo, Camargo, Cantabria, España

Recibido el 22 de octubre de 2009; aceptado el 21 de diciembre de 2009

### PALABRAS CLAVE

Cefalea de tensión;  
Migraña;  
Atención primaria

### Resumen

**Fundamento y objetivo:** La cefalea en general, y particularmente la migraña, es el principal motivo por el que el médico de atención primaria (MAP) deriva a consultas especializadas de neurología. Nuestro objetivo fue analizar la formación práctica real del MAP en el diagnóstico de la migraña.

**Pacientes y método:** Se solicitó a MAP no seleccionados de Cantabria y Salamanca que diagnosticaran y trataran un caso clínico que cumplía todos los criterios de la International Headache Society para el diagnóstico de migraña sin aura (5-6 episodios/mes), con la única dificultad de que el dolor tenía una localización bilateral. La encuesta era anónima y fue entregada sin aviso previo. Se les pidió que contestaran en 5-10 min como máximo, de cara a remedar las condiciones reales de práctica clínica diaria.

**Resultados:** De los 105 MAP consultados, 46 (44%) diagnosticaron migraña correctamente, 41 (39%) diagnosticaron el supuesto clínico como cefalea tensional, 17 (16%) como cefalea "mixta" y uno fue incapaz de emitir un diagnóstico. Con dos excepciones, todos recomendaron antiinflamatorios no esteroideos como tratamiento sintomático. Los triptanes fueron recomendados por 67 MAP (entre ellos, 15 de los 41 que habían diagnosticado a la paciente de cefalea tensional). En cuanto al tratamiento preventivo, 30 MAP no lo contemplaron. Un total de 66 MAP eligieron bloqueadores beta (entre ellos, 13 de los 41 que habían sostenido el diagnóstico de cefalea tensional); 35, amitriptilina (23 de los que diagnosticaron cefalea tensional), y los 9 restantes, otros tratamientos.

**Conclusiones:** Más de la mitad de los MAP cometieron errores de diagnóstico y más de un tercio, de tratamiento. En síntesis, es necesaria una mayor formación en cefaleas primarias y, en concreto, en el diagnóstico y el tratamiento de la migraña, la primera causa de consulta neurológica para los MAP.

© 2009 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juliopascual@telefonica.net (J. Pascual).

**KEYWORDS**

Migraine;  
Primary care;  
Tension-type headache

**Teaching needs of general practitioners in headaches****Abstract**

*Background and objective:* Headache in general, and migraine in particular, are the main reasons for general practitioners (GPs) to consult neurology services. Our aim was to analyse the current knowledge of GPs in migraine diagnosis.

*Patients and method:* Unselected GPs from two provinces in Spain were asked to diagnose and treat a fictitious clinical patient who met all International Headache Society criteria for a diagnosis of migraine without aura (5-6 episodes/month), with the only difficulty of a bilateral pain location. The test was anonymous and was given with no previous advice. They were asked to answer in 5-10 min to mimic normal clinical practice.

*Results:* Of the 105 GPs who were consulted, 46 (44%) diagnosed migraine correctly, 41 (39%) diagnosed the patient as tension-type headache, 17 (16%) as "mixed" headache and one GP was unable to diagnose the patient. With only two exceptions, all recommended NSAIDs as symptomatic treatment. Triptans were recommended by 67 GPs (including 15 out of the 41 who had diagnosed the patient as tension-type headache). Preventive treatment was not considered by 30 GPs. A total of 66 GPs would prescribe beta-blockers (13 out of the 41 giving the diagnosis of tension-type headache), 35 amitriptyline (23 of those who had diagnosed as tension-type headache) and the remaining 9 other treatments.

*Conclusions:* More than half of the GPs made diagnostic mistakes and more than one-third treatment mistakes. In conclusion, there is a need for better teaching in primary headaches and specifically in the diagnosis and treatment of migraine, the primary reason for neurological consultation by GPs.

© 2009 Sociedad Española de Neurología. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

La cefalea es el principal motivo de consulta neurológica en frecuencia para el médico de atención primaria (MAP). Entre los pacientes que consultan por cefalea a un MAP, más del 90% lo hacen por alguna de las cefaleas primarias. Aunque la prevalencia de la cefalea de tensión es mayor que la de la migraña, en términos de frecuencia de consulta al MAP la migraña es claramente superior a la de la cefalea tensional<sup>1</sup>.

En cuanto a las consultas especializadas de neurología, diversos estudios en nuestro entorno confirman que el dolor de cabeza es el principal motivo de derivación desde atención primaria<sup>2,3</sup>. El 25% de las consultas nuevas en los servicios ambulatorios de neurología son por cefaleas. De nuevo, la migraña es el diagnóstico más frecuente en estos pacientes. Aunque no haya estudios reglados en este sentido, muchos de estos pacientes todavía son derivados por o con dudas diagnósticas. Además, el tratamiento de la migraña en atención primaria es, a todas luces, insuficiente. Por poner dos únicos ejemplos, menos del 10% de los pacientes con migraña reciben triptanes en nuestro país y menos del 5% de los pacientes derivados desde atención primaria con crisis de migraña reciben tratamiento preventivo, cuando sabemos que, como mínimo, 1/4 (idealmente la mitad) debería haber recibido medicaciones preventivas<sup>4</sup>.

Con el objetivo de evaluar la situación diagnóstica y terapéutica práctica de las cefaleas primarias y, en concreto,

de la migraña en nuestro país, llevamos a cabo este estudio que contemplaba el abordaje de un supuesto clínico en condiciones que remedaban las de la práctica clínica diaria por un grupo de MAP.

**Pacientes y método**

Se solicitó a MAP que diagnosticaran y propusieran el tratamiento completo de un supuesto clínico (tabla 1) de una paciente con cefalea que cumplía plenamente los criterios típicos de la International Headache Society (IHS) para migraña sin aura<sup>5</sup>. La única dificultad diagnóstica era el dolor de localización bilateral, que es un criterio no excluyente para el diagnóstico de migraña; de hecho, es el criterio menos sensible para este diagnóstico, ya que la típica localización hem Craneal sólo aparece en la mitad de los casos. La paciente del supuesto clínico presentaba una frecuencia media de los episodios (5-6/mes) claramente por encima de lo recomendado para instaurar tratamiento preventivo (a partir de 3 episodios/mes). Los MAP que tomaron parte en la encuesta ejercen en centros de salud de Salamanca o Cantabria (repartidos al 50%). En cada uno de los centros se pidió a 3-5 MAP, no seleccionados (sin dedicación específica para la cefalea) y sin preparación o aviso previo, que contestaran el supuesto clínico. Para remedar las condiciones de la práctica clínica diaria se les dio un tiempo máximo de 10 min para rellenar las cuestiones del supuesto clínico.

**Tabla 1** Supuesto práctico

Mujer de 34 años con historia de 15 años de evolución de cefaleas con una frecuencia de, aproximadamente, 5-6 episodios/mes de entre 1 y 4 días de duración, de localización en general bilateral (en ambas sienes), a veces opresivo, a veces pulsátil, con moderada fotofobia y dudosa fonofobia, que a veces la obliga a acostarse un rato. La cefalea no se acompaña de vómitos—sólo ocasionalmente de náuseas— ni de síntomas visuales

¿Su diagnóstico sería?:

Señale el tratamiento farmacológico (completo) que instauraría para esta paciente

## Resultados

Un total de 105 MAP accedieron a contestar el supuesto clínico. De éstos, 46 (44%) diagnosticaron correctamente a la paciente de migraña, 41 (39%) diagnosticaron el supuesto clínico como cefalea tensional; 17 (16%), como cefalea “mixta” y uno fue incapaz de emitir un diagnóstico. No encontramos diferencias en los resultados según la provincia o la antigüedad del MAP.

Con dos excepciones, todos recomendaron antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como tratamiento sintomático; 67 MAP recomendaron triptanes, siempre como una opción conjunta con los AINE. Curiosamente, 15 de los 41 MAP que habían diagnosticado a la paciente de cefalea tensional pura recomendaron triptanes; 11 MAP recomendaron además analgésicos, tipo paracetamol o metamizol; 2, ergóticos, y 2, opiáceos, como tratamiento sintomático.

En cuanto al tratamiento preventivo, 30 MAP no lo contemplaron. De los 75 MAP que indicaron tratamiento preventivo, 66 eligieron bloqueadores beta (entre ellos 13 de los 41 que habían sostenido el diagnóstico de cefalea tensional); 35, amitriptilina (23 de los que diagnosticaron cefalea tensional), y el resto, otros tratamientos: 14, flunarizina; 7, relajantes musculares, y 1, ácido valproico.

## Discusión

En cuanto al abordaje diagnóstico, algo más de la mitad (56%) de los MAP encuestados cometieron errores. Si bien en un 16% el diagnóstico de cefalea mixta (migraña + cefalea tensional) podría ser considerado como no erróneo, casi 4 de cada 10 MAP emitieron un diagnóstico erróneo, ya que sólo consideraron la posibilidad de que la supuesta paciente sufriera una cefalea tensional. Estos resultados no son en absoluto sorprendentes, ya que cuando los pacientes diagnosticados de cefalea tensional por el MAP son revisados por el neurólogo, se reclasifica un porcentaje elevado como migraña<sup>6</sup>. Varias pudieran ser las causas potenciales de este infradiagnóstico de la migraña por nuestros MAP. En primer lugar, el dato epidemiológico de que la prevalencia poblacional de cefalea tensional es claramente más elevada que la de migraña, lo que sin duda predispone al MAP a pensar antes en el diagnóstico de la entidad teóricamente más frecuente, cuando en términos de consulta la fre-

cuencia de la migraña está muy por encima de la de la cefalea tensional, ya que la migraña genera un grado de discapacidad claramente superior en cuanto a las actividades de la vida diaria. En segundo lugar, pensamos que el infradiagnóstico de la migraña pudiera ser consecuencia indirecta de la aparición de los criterios de la IHS. Estos criterios son extremadamente útiles para su uso en ensayos clínicos, pero probablemente sean complejos para el MAP, que tiende a pensar que el paciente con migraña ha de cumplir todos los ítems diagnósticos y desconoce, por ejemplo, la posibilidad diagnóstica de migraña probable. En este sentido, probablemente gran parte de la culpa no se encuentre sólo en el MAP, sino en el especialista de neurología que no ha sabido transmitir esta flexibilidad diagnóstica al MAP en sus encuentros docentes. En todo caso, estos resultados muestran a las claras que el MAP ha de implicarse en mayor medida en el mejor conocimiento del diagnóstico de las cefaleas primarias y, más en concreto, de la migraña.

En lo que se refiere al tratamiento, hay aspectos muy ilustrativos que merece la pena comentar. En el terreno del tratamiento sintomático, todos los MAP recomendaron AINE, lo que está de acuerdo con las recomendaciones actuales<sup>7-9</sup>. Dos tercios recomendaron triptanes, lo que también es correcto, pues se considera que estos fármacos son el tratamiento de elección para los pacientes, como el que nos ocupa, con crisis de migraña moderadas-graves. Llama la atención, sin embargo, que más de un tercio de los MAP que diagnosticaron al paciente de cefalea tensional hubieran prescrito triptanes, cuando sabemos que estos fármacos no son útiles con esta indicación. Probablemente esto traduce sus dudas diagnósticas y su experiencia clínica personal; seguramente hayan visto en su práctica diaria a pacientes similares al de la encuesta que ellos hubieran diagnosticado de cefalea tensional, pero que responden a los triptanes. Tan sólo 15 MAP recomendaron como tratamiento sintomático analgésicos simples o compuestos, ergóticos u opiáceos, lo que confirma que el mensaje de que estos fármacos deben evitarse, al inducir potencialmente cefalea de rebote y, por ende, migraña crónica, sí ha calado en gran parte de los profesionales de AP.

En cuanto al tratamiento preventivo, el dato más llamativo es que casi un tercio de los MAP encuestados no lo consideró. Sin duda, el tratamiento preventivo de la migraña sigue siendo una de las asignaturas pendientes en nuestro medio, no sólo para el generalista, sino también para el especialista de neurología. La mayoría de los MAP eligieron bloqueadores beta que, de acuerdo con las recomendaciones actuales, serían de elección en esta paciente, o amitriptilina. Contra lo que pudiera pensarse, un tercio de los MAP que diagnosticaron a la paciente de cefalea tensional hubieran prescrito bloqueadores beta, mientras que un tercio de los que diagnosticaron de migraña hubieran elegido amitriptilina. Por lo tanto, juntando los que no hubieran prescrito a la paciente tratamiento preventivo y los que realizaron indicaciones erróneas, aproximadamente la mitad de los MAP incurrieron en errores en lo referente al tratamiento preventivo<sup>7,8</sup>. Otro dato llamativo es la escasa recomendación de flunarizina, lo que confirma que éste es un fármaco cuya popularidad está en claro descenso.

En un estudio realizado entre MAP de nuestro país sobre diversos aspectos relacionados con las cefaleas, fundamentalmente necesidades de formación en el diagnóstico y el tratamiento, se ha podido determinar que tanto la migraña

como las cefaleas crónicas constituyen el objetivo prioritario<sup>9</sup>. Fruto de este y otros trabajos, las diferentes sociedades científicas tanto de Neurología (SEN) como de Atención Primaria (SEMFyC, SEMERGEN, SEMG) han desarrollado numerosas actividades docentes y guías diagnóstico-terapéuticas, cuyos resultados han sido evaluados en muy pocas ocasiones<sup>7,8</sup>. Todos estos datos indican que sí son necesarios nuevos esfuerzos y estrategias docentes, tanto en cuanto a enfoque diagnóstico como de cara al tratamiento, para los MAP, en lo referente a las principales cefaleas primarias, fundamentalmente la migraña.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Quintela E, Castillo J, Muñoz P, Pascual J. Diagnostic distribution of headache patients in primary care in Spain. *Cephalalgia*. 2007;27:673.
2. 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.
3. Gracia-Naya M, Alarcia-Alejos R, Modrego-Pardo PJ. Importancia de la migraña crónica en un servicio de neurología general. *Rev Neurol*. 2008;46:577-81.
4. Mateos V, Diaz-Insa SI, Morera J, Porta J, Pascual J, Matías-Guiu J. Manejo de la migraña en las consultas de neurología en España: resultados del programa PALM. *Neurología*. 2007;3 Supl 4:7-14.
5. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004;24 Suppl 1:9-160.
6. Tepper SJ, Dahlof CG, Dowson A, Newman L, Mansbach H, Jones M, et al. Prevalence and diagnosis of migraine in patients consulting their physicians with a complaint of headache: data from the Landmark Study. *Headache*. 2004;44:856-64.
7. Pascual J, Aguirre J, García-Moncó JC, Seijo M. Migraña y cefalea de tensión. En: Mateos V, editor. *Guías para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas*. Barcelona: Prous; 2006. p. 37-66.
8. Laínez JM, Castillo J, González VM, Otero M, Mateos V, Leira R, et al. Guía de recomendaciones para el tratamiento de la migraña en la práctica clínica. *Rev Clin Esp*. 2007;207:190-3.
9. 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.