

ORIGINAL

Distribución por diagnósticos de las cefaleas que acuden a los servicios de urgencias de atención primaria

M. Ruiz^{a,*}, C. León^b, J. Castillo^c, M. Martínez^d, S. Sánchez^e y E. Quintela^f

^aServicio de Urgencias de Atención Primaria, Centro de Salud Laredo, Cantabria, España

^bServicio de Urgencias de Atención Primaria, Centro de Salud Altamira, Puente San Miguel, Cantabria, España

^cCS José Barros, Camargo, Cantabria, España

^dServicio de Urgencias de Atención Primaria, CS Saja-Cabuérniga, Cabezón de la Sal, Cantabria, España

^eServicio de Urgencias de Atención Primaria, Centro de Salud Camargo, Cantabria, España

^fServicio de Urgencias de Atención Primaria, Centro de Salud Polanco, Cantabria, España

Recibido el 12 de noviembre de 2008; aceptado el 5 de octubre de 2009

Disponible en Internet el 18 de enero de 2010

PALABRAS CLAVE

Cefalea;
Migraña;
Urgencias

Resumen

Introducción: A pesar de que la bibliografía existente demuestra que la cefalea de tensión es la más frecuente en la población general, es la migraña la que demanda más atención facultativa. Muchos migrañosos no consideran su cefalea como una enfermedad, por lo que es posible que su médico desconozca el diagnóstico.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal con recogida de datos prospectiva en once servicios de urgencias de atención primaria (SUAP) de Cantabria sobre población consultante por cefalea. Cumplimentación de cuaderno de recogida de datos y valoración posterior de los siguientes ítems:

- Diagnóstico de la cefalea según criterios de la International Headache Society
- En las migrañas se valoró si habían consultado a su médico y si tenían “consciencia de enfermedad”.

Resultados: Ciento cuarenta y nueve pacientes consultaron por cefalea (118 mujeres y 31 varones). Edad media de 43 años. La migraña fue el diagnóstico más frecuente (72%) seguido por cefalea tensional (20%). Ochenta y cinco migrañosos (79%) habían consultado a su médico por cefalea. Setenta y nueve migrañosos (73%) tenían “consciencia de enfermedad”.

Conclusiones: La migraña es la cefalea que más se consulta en los SUAP. Aunque es un proceso altamente invalidante, un porcentaje elevado de pacientes no había consultado

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mruiznunez@hotmail.com (M. Ruiz).

KEYWORDS

Headache;
Migraine;
Emergencies

previamente el problema con su médico. Estos datos se podrían explicar por la percepción que los pacientes tienen sobre su dolencia, ya que el 27% de los migrañosos que acudieron a los SUAP por migraña no consideraba que su cefalea fuese una enfermedad.

© 2008 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Distribution by headache diagnosis of those who come to the Primary Care Emergency Service
Abstract

Introduction: Even though the existing literature shows that the tension headache is the most common in the general population, the greatest demand comes from the migraine. Many migraine sufferers do not consider their headaches as a disease, so that their physician may not be aware of its diagnosis.

Material and methods: Cross-sectional, descriptive study with data collection in 11 Primary Care Emergency Services (PCES) of Cantabria on the population consulting about headache. The case report form was filled out with the subsequent assessment of the following items:

- Diagnosis of headache according to criteria of the IHS.
- In migraines, it was evaluated in the patient had consulted their doctor and if they were “aware of the illness.”

Results: In total, 149 patients consulted for headache (118 females and 31 males, with an average age of 43 years). Migraine was the most frequent diagnosis (72%), followed by tension headache (20%). A total of 85 migraineurs (79%) had consulted their doctor for headache and 79 migraineurs (73%) thought they had a “disease.”

Conclusions: Migraine is the most widely headache consulted on the PCES. Although it is highly disabling, a high percentage of patients had not previously consulted the problem with their doctor. These data could be explained by the patient’s perception about their illness as 27% of the migraineurs who came to PCES complaining of migraine did not consider their headache as a disease.

© 2008 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

La cefalea, bien sea como síntoma o enfermedad, constituye uno de los principales problemas de salud y motivo de consulta en Atención Primaria, urgencias o consultas de Neurología. Esto es lógico dada su elevada prevalencia en la población general^{1,2}. El médico de Atención Primaria es la puerta de entrada al sistema de estos pacientes y será éste el que deba descartar si estamos ante una cefalea secundaria grave que precise de una actuación urgente o bien si se trata de una cefalea primaria³⁻⁶. Para alcanzar un diagnóstico correcto, sólo será necesaria la realización de una anamnesis cuidadosa, pero sencilla y bien reglada, complementada con una exploración física general y neurológica que en conjunto no llevará más de 15 min, pudiendo ser asumida esta actividad por cualquier nivel asistencial^{3,7-10}. Han sido muchas las sociedades científicas que han marcado distintos criterios para clasificar las cefaleas. Así, la International Headache Society (IHS), en su última revisión en el año 2004, estableció los criterios diagnósticos de las cefaleas y otras algias faciales que permiten llegar a una aproximación diagnóstica correcta¹¹.

En relación con la prevalencia, hasta un 90% de la población adulta refiere haber padecido al menos un dolor de cabeza en el último año y entre un 50 y un 60% sufre cefaleas con una periodicidad variable¹². En general, la prevalencia es más elevada en la mujer que en el hombre. La cefalea tensional es

la cefalea primaria más frecuente en la población general¹³, tanto en nuestro país como en todos los países de nuestro entorno socioeconómico, con una prevalencia que varía entre el 63 y el 74%, según diferentes estudios poblacionales, en su forma episódica y de un 3% en su forma crónica. Se trata de una cefalea que, generalmente, interfiere poco en las actividades de la vida diaria, siendo por ello un motivo de consulta relativamente infrecuente. La migraña es la segunda cefalea primaria más frecuente, con una prevalencia media del 12% en la población general, llegando al 17% en el caso de las mujeres (según el estudio Plan de Acción en la Lucha contra la Migraña [PALM], en España la migraña representa el 12% de las cefaleas, alcanzando el 17% en Cantabria). La cefalea migrañosa es la cefalea más estudiada y mejor conocida, tanto desde el punto de vista clínico y fisiopatológico como terapéutico^{9,14,15}. La crisis de migraña produce un importante deterioro en la calidad de vida de quien la padece².

En estudios realizados en países de nuestro entorno, se ha podido constatar que la cefalea es el primer motivo neurológico de consulta para el médico de familia y el neurólogo, aunque sólo el 50-60% de los migrañosos y el 10-20% de los pacientes con cefalea de tensión visitan al médico. Cuando lo hacen, la mayoría de ellos acude a su médico de familia (50-60%) y sólo el 10% lo hace al neurólogo¹⁶. Sin embargo, no existen en nuestro medio estudios similares que describan cuáles son las características de los pacientes que acuden a nuestras

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS	
Fecha:	
1. Sexo:	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
2. Edad:.....	Años
3. Tipo de cefalea:	<input type="checkbox"/> Migraña con aura <input type="checkbox"/> Migraña sin aura <input type="checkbox"/> Cefalea tensional <input type="checkbox"/> Otra cefalea (especificar)
4. ¿Cuánto tiempo lleva padeciendo migrañas?:	(años)
5. En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia ha padecido crisis de migrañas?	<input type="checkbox"/> Menos de 3 al mes <input type="checkbox"/> Entre 3 y 7 al mes <input type="checkbox"/> Más de 7 al mes
6. ¿Cuánto suelen durar sus ataques de migraña?	<input type="checkbox"/> Menos de 12 horas <input type="checkbox"/> De 12 a 24 horas <input type="checkbox"/> Más de 24 horas
7. ¿Cuál es el tratamiento habitualmente empleado por este paciente para sus crisis de migrañas?	Sintomático (nombre comercial) Profiláctico (nombre comercial)
8. ¿Cuánto tiempo lleva el paciente con este tratamiento? meses años meses años Sintomático Profiláctico
9. ¿Ha consultado alguna vez con motivo de sus migrañas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
10. ¿Conoce al paciente los triptanes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. ¿Qué grado de incapacidad le genera la migraña?	Bajo <input type="checkbox"/> No inhibe ni impide actividades Medio <input type="checkbox"/> Inhibe pero no impide actividades Alto <input type="checkbox"/> Impide actividades y obliga a guardad reposo
12. ¿Cuál es el tratamiento recibido en el Servicio de Urgencias? (nombre comercial)
13. ¿Cuál es el tratamiento indicado al alta? (nombre comercial)
14. ¿Se le deriva a su médico de familia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
15. ¿Se le deriva al Servicio de Urgencias hospitalario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
16. ¿Está satisfecho con la atención dispensada a sus cefaleas habitualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
17. ¿Tiene el paciente consciencia de enfermedad? (o lo ve como algo puntual)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Figura 1 Cuaderno de recogida de datos.

consultas de urgencias de atención primaria por dolor de cabeza y cuáles son los diagnósticos más frecuentes en esta población consultante.

Material y métodos

Se incluyó en el estudio a pacientes que acudieron a los servicios de urgencias de atención primaria (SUAP) demandando asistencia por cefalea durante un período de 10 meses (repartido en 2 períodos: de junio a octubre de 2006 y de febrero a junio de 2007). El período en el que no se recogieron datos coincidió con el disfrute de las vacaciones de los investigadores. No se realizó selección por edad ni por sexo. La población adscrita a los servicios de urgencia de los centros de salud del estudio (GAP 1 Santander-Laredo: Astillero, Camargo, Colindres, Laredo, Meruelo y Pisseña-Selaya y GAP 2 Torrelavega-Reinoso: Altamira-Puente San Miguel, Saja-Cabezón de la Sal, San Vicente de la Barquera, Suances y Torrelavega) comprende un total de 196.758 habitantes, según datos de abril de 2008, presentando una distribución por edad y sexo, variables más determinantes en la cefalea, totalmente similar al resto de la Comunidad Autónoma de Cantabria y de España. Los pacientes fueron informados del estudio. Se les realizó una anamnesis y una exploración física para descartar cefalea secundaria. Para su diagnóstico, se utilizó la clasificación de las cefaleas de la IHS de 2004. Sobre la base de lo anterior, los 22 médicos participantes en el estudio procedieron a

cumplimentar el cuaderno de recogida de datos diseñado para éste (fig. 1).

- Para el cálculo del número muestral, se estimó la prevalencia de la migraña en un 50% (ante la ausencia de estudios previos), un intervalo de confianza (IC) del 95% y una precisión de \pm . Esto supone incluir al menos 97 sujetos. Teniendo en cuenta esta estimación, se decidió aumentar hasta al menos 140 pacientes para mejorar la precisión de dicha estimación.
- Los IC se obtuvieron con el programa EPI info 6.0.
- El número muestral se obtuvo mediante el programa Grammo 5.0.

Resultados

Se cumplimentaron 149 cuadernos de recogida de datos de pacientes que consultaron por cefalea en los SUAP de Cantabria. De ellos, 118 (79%) fueron mujeres y 31 varones (21%), con una media de edad de 43 años. La cefalea que más consultas generó fue la migraña: 108 casos (72%; IC del 95%: 64,5–79,3). La migraña sin aura con 75 casos (50%) fue más frecuente que la migraña con aura con sólo 33 casos (22%). Por otro lado, la cefalea tensional con un total de 30 casos (20%; IC del 95%: 14,2–27,7) fue el segundo tipo de cefalea más consultado; los 11 casos restantes (8%; IC del 95%: 3,9–13,1) fueron catalogados como “otras cefaleas” (tabla 1 y fig. 2). Estos resultados coinciden con lo descrito en la literatura médica acerca de que la migraña es el proceso patológico de naturaleza neurológica con mayor demanda asistencial en urgencias¹⁷.

Del total de pacientes diagnosticados como migrañosos según la IHS (n=108), 85 (79%) manifestaron haber consultado previamente a su médico por cefalea, mientras que 23 (21%) no lo habían hecho. De los pacientes diagnosticados de migraña sin aura (n=75), el 75% había consultado previamente su problema y el 25% no lo había hecho; en el caso de migraña con aura (n=33), el 82% de los pacientes lo había consultado previamente y el 18% no.

El 73% de los migrañosos (79) tenía “consciencia de enfermedad”. En los casos de migraña sin aura, la consciencia de enfermedad estaba presente en 55 pacientes

Tipo de cefalea	Pacientes, n	%
Migraña con aura	33	22
Migraña sin aura	75	50
Migraña con y sin aura	108	72
Cefalea tensional	30	20
Otras cefaleas	11	8

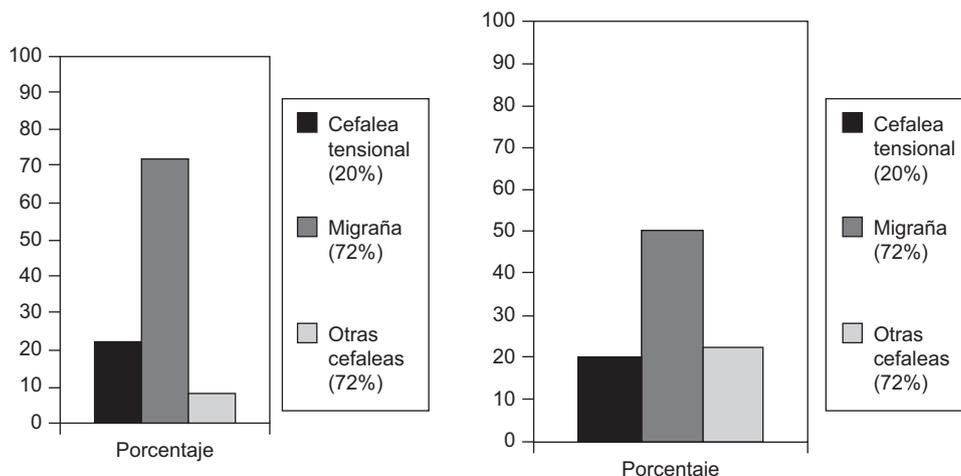


Figura 2 Distribución por diagnósticos de pacientes con cefalea atendidos en un servicio de urgencias de atención primaria.

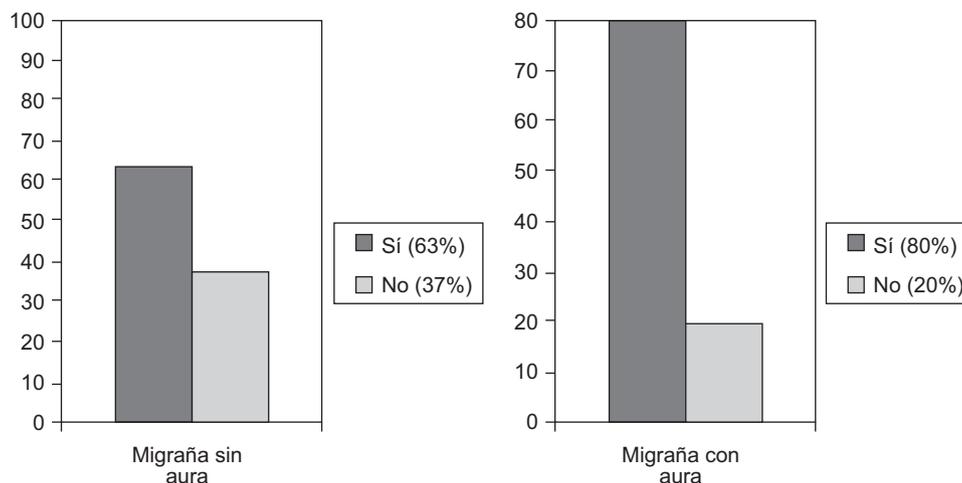


Figura 3 Consciencia de enfermedad de pacientes con cefalea atendidos en un servicio de urgencias de atención primaria.

(63%) y en las migrañas con aura en 24 pacientes (80%) (fig. 3).

Discusión

En nuestro estudio podemos apreciar que la migraña es la cefalea que más demanda de atención urgente genera en los SUAP, y que existen pacientes que padecen migraña (con y sin aura) que no han acudido a su médico de familia (se observa que los pacientes migrañosos con aura consultan más a su médico de Atención Primaria en comparación con los pacientes que padecen migraña sin aura). Esto podría deberse a que el paciente considera que no se trata de una enfermedad y si de un síntoma aislado (es decir, no tiene “consciencia de enfermedad”). Por ello, sería importante lograr un flujo de información entre los servicios de urgencias y los médicos de equipo para que estos últimos fuesen informados del diagnóstico de migraña en sus pacientes, y de esta forma se controlase la enfermedad de una manera más eficaz, disminuyendo la necesidad de los pacientes de acudir a los servicios de urgencias por crisis de cefalea. Igualmente, desde los SUAP se debería realizar una labor divulgativa y de concienciación acerca de la enfermedad migrañosa en aquellos pacientes con ausencia de consciencia de enfermedad, de tal forma que se pusieran en manos de su médico de familia para conseguir un correcto control y seguimiento de la patología y, consecuentemente, una mejora en su calidad de vida. No existen estudios similares para poder comparar los resultados, pero podemos concluir que la migraña es la cefalea que más se consulta en los SUAP, y que un porcentaje elevado de pacientes no había consultado previamente el problema con su médico, quizás por la percepción que los pacientes tienen sobre su dolencia, ya que el 27% de los migrañosos que acudieron a los SUAP por migraña no consideraba que su cefalea fuese una enfermedad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todos los profesionales que han participado en la recogida de datos.

Bibliografía

1. Abu-Arefeh I, Russell G. Prevalence of headache and migraine in schoolchildren. *BMJ*. 1994;309:765–9.
2. Láinez JM. Prevalencia e impacto socioeconómico de la migraña. En: Láinez JM, editor. *Diagnóstico diferencial y tratamiento de la jaqueca*. Madrid: Ediciones Ergon; 1998. p. 1–13.
3. Castillo J. Urgencias neurológicas en el Centro de Salud: cefaleas. Badalona: EUROMEDICE Ediciones Médicas; 2001.
4. Guía de atención continuada al paciente neurológico. Recomendaciones de consenso entre Atención Primaria y Neurología. Tablas y algoritmos diagnósticos y terapéuticos de la migraña. Madrid: Ed Luzán; 2006.
5. Leira R. Cefalea alarmante: criterio de consulta con el especialista. En: Liaño H, editor. *Plan de formación en Neurología. Dolor de Cabeza*. Madrid: Ergon; 2000. p. 23–32.
6. Rasmussen BK, Olesen J. Syntomatic and nonsyntomatic headaches in a general population. *Neurology*. 1992;42:1225–31.
7. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2006. Grupo de estudio de cefaleas. Sociedad Española de Neurología. Madrid: Ediciones Ergon; 2006.
8. Grupo de cefaleas de la SemFYC. *Manual de recomendaciones de la SemFYC en cefaleas*. Barcelona; 1999.
9. Pascual J. Aproximación al paciente con cefalea y su diagnóstico. *Monografías Jano*, vol 55, nº 1277, 1998: 34.
10. Tranche 5. Abordaje de las cefaleas en Atención Primaria. *Formación Médica Continuada FMC*. 1999;6:8–20.
11. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders*. 2 ed. Cephalalgia. 2004;24:8–152.
12. Rasmussen BK. Epidemology of headache. *Cephalalgia*. 1995;15:45–68.
13. Hernández Gallego J. Clínica y diagnóstico de la cefalea de tensión. En: Jiménez Hernández MD, Gómez Aranda F, editores. *Diagnóstico y tratamiento de la cefalea*. Madrid: Editorial Ergon; 2005. p. 165–78.
14. Pascual J. Diagnóstico y diagnóstico diferencial de la migraña. En: Pascual J, editor. *Proceso asistencial integrado: cefaleas*.

- En: Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2002, Migraña. Barcelona: Masson; 2001. p. 75-87.
15. Programa Formax para Atención Primaria. Acercamiento a la migraña en Atención Primaria. Madrid: Ed Luzán; 2004.
 16. Gracia- Naya M, Grupo de estudio de neurólogos aragoneses. Importancia de las cefaleas en las consultas de neurología. Rev Neurol. 1999;29:393-6.
 17. Toledo, et al. Headached in the emergency deparment. An Sist Sanit Navar. 2008;31(Suppl)1:75-85.