
Original

KRANION 2003;3:5-10

Asistencia neurológica a pacientes con migraña y cefalea de tensión crónica. Diferencias epidemiológicas y asistenciales

M. GRACIA-NAYA, A. LATORRE

RESUMEN

Fundamentos: La migraña con aura (MCA), migraña sin aura (MSA) y la cefalea de tensión crónica (CTTC) son diferentes procesos, según los criterios de la IHS y frecuente motivo de consulta neurológica.

Objetivo: El motivo de este estudio fue analizar el perfil de los pacientes con migraña (MI) y CTTC e investigar las diferencias epidemiológicas y asistenciales entre ambos grupos.

Pacientes y método: Participaron 18 neurólogos que mediante un cuestionario preparado para tal fin analizaron todos los pacientes que acudieron a consulta de neurología por primera vez, durante los tres meses que duró el período de inclusión.

Resultados: Durante el período de inclusión fueron visitados 3.489 pacientes. De ellos el 25% consultó por cefaleas. Las migrañas representaron el 42% de

SUMMARY

Background: Migraine with aura (MCA), migraine without aura (MSA) and chronic tension-type headache (CTTC) are different disorders according to the criteria of the International Headache Society (IHS) and one of the most important reasons of neurological consultation.

Objective: The aim of the present study was to analyse the profile of the patients with migraine or chronic tension-type headache and investigate epidemiological and clinical differences between them.

Patients and method: Eighteen neurologists were analysed using a specially designed questionnaire for all the patients who attended the neurology-clinics for the first time during a period of three months.

Results: Total patients were 3.489. The 25,5% of them complained of headache. In 42% of headaches

Este trabajo se presentó parcialmente como comunicación oral en la Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología. Diciembre 2001. Barcelona.

Servicio de Neurología
Hospital Miguel Servet
Zaragoza

Dirección para correspondencia:

Dr. Manuel Gracia Naya
Servicio de Neurología
Hospital Miguel Servet
Avda. Isabel la Católica, s/n
50009 Zaragoza
E-mail: gracia-naya@meditex.es

las cefaleas y las CTTC el 30,1%. La mayoría de los pacientes fueron mujeres en ambos grupos. La edad media fue de $33,6 \pm 15,1$ en la MI y de $47,4 \pm 18,7$ en la CTTC. El 87 y 89% de los pacientes fueron enviados por su médico de familia. Fueron realizadas pruebas complementarias al 20% de las MSA, 49,3% de MCA y 21% de las CTTC. La TC y/o RM fueron las pruebas más solicitadas. El diagnóstico provisional realizado por el médico de familia fue correcto en 82% de MSA, 70% de MCA y 52% de CTTC. Los tratamientos más utilizados fueron los antagonistas del calcio en la MI y los antidepresivos tricíclicos en la CTTC.

Conclusiones: La MI y CTTC son diferentes procesos con una gran incidencia en consultas de neurología. En ambos grupos hubo un claro predominio de mujeres, siendo más jóvenes los que consultaron por MI que por CTTC. El diagnóstico de las CTTC fue más difícil para el médico de familia. La actitud del neurólogo en cuanto a la asistencia fue diferente en ambos procesos, solicitando más TC/RM en MCA y realizando menos revisiones a los pacientes con CTTC. Sin embargo, la actitud frente al tratamiento fue similar indicando tratamientos preventivos en ambas patologías.

Palabras clave: Cefalea. Migraña. Cefalea de tensión crónica. Neuroepidemiología.

INTRODUCCIÓN

La cefalea es el motivo más frecuente de consulta neurológica en España, así ha sido confirmado en diversos trabajos descriptivos publicados en la última década y revisados recientemente¹. La migraña con o sin aura, la migraña transformada (MT) y la cefalea de tensión crónica CTTC, estas 2 últimas, con o sin abuso de analgésicos, serían las cefaleas más frecuentes vistas en consultas generales de neurología, mientras que en las denominadas unidades de cefaleas o consultas monográficas de cefaleas, existiría un claro predominio de la migraña sobre la cefalea tensional².

Aunque algunos autores consideran la migraña y la cefalea tensional como los extremos de un mismo proceso³⁻⁵, existen criterios clínicos definidos por la IHS⁶ que permiten diagnosticar y diferenciar la migraña y la cefalea tensional; sin embargo, ambas

the consultation was for migraine (MI) followed by CTTC in 30,1%. The most of the patients were women. The average age was $33,6 \pm 15,1$ years in MI and $47,4 \pm 18,7$ years in CTTC. Family doctors referred 87 and 89% respectively of the patients and requested, complementary tests for 20% of the patients with MSA, 49,3% of MCA and CTTC 21%. TC and RM were the investigations most often requested. Provisional diagnosis was correct in 82% of MSA, 70% of MCA and 52% of CTTC. Calcium-antagonists and anti-depressants were the drugs most used.

Conclusions: Migraine and chronic tension-type headache are different disorders, and led to frequent neurological consultation in this study. There were a marked predominance of women and the migraine patients were younger than CTTC. There were significance differences in clinical attention to these two disorders.

Key words: Headache. Migraine. Chronic tension-type headache. Neuroepidemiology.

entidades pueden ser difíciles de diferenciar por los pacientes (entre 3.074 pacientes con criterios IHS de migraña, sólo un 53,4% reconoció que sus cefaleas eran migrañosas)⁷ y también por los médicos (un 37% de pacientes diagnosticados inicialmente de cefalea tensional, reevaluados a los 6 meses por un neurólogo, fueron diagnosticados de migraña)⁸. Además, tanto la cefalea tensional en su variedad crónica, como la migraña transformada pueden dar lugar a una cefalea crónica diaria o casi diaria con o sin abuso de analgésicos⁹, en estas situaciones, aunque se siguieran los criterios de la IHS, un 30-50% de estos pacientes no podrían ser clasificados, según diversos autores¹⁰⁻¹⁵.

Dada la gran frecuencia que estos 2 tipos de cefalea alcanzan en nuestras consultas de neurología y las dificultades diagnósticas que pueden plantear, en este trabajo se comparan 2 grupos de pacientes, unos con migraña y otros con cefalea de tensión crónica y se analizan diversos aspectos epidemiológicos y asistenciales destacando las diferencias sig-

Tabla 1. Número de pacientes, edad media y desviación estándar (DS) y sexo de los diferentes grupos de pacientes

	Nº	Edad media (DS)		Mujeres
Total pacientes	3.489	51,5	±20,6	57%
Cefaleas en general	889	41,2	±18,8	70%
Total migrañas	374	33,6	±15,1	70%
Migrañas sin aura	299	33,2	±16,1	70%
Migrañas con aura	75	29,4	±12,6	72%
Cefaleas tensión C	268	47,4	±18,7	72%

nificativas entre ambas entidades así como la actitud y actuación del especialista frente a pacientes con migraña o cefalea de tensión crónica.

PACIENTES Y MÉTODOS

Fueron analizados todos los pacientes que durante 3 meses, acudieron por primera vez a las consultas externas de Neurología de la Seguridad Social de toda la Comunidad Autónoma de Aragón y cuyos resultados globales fueron publicados¹⁶. Participaron 18 neurólogos en sus respectivas consultas. Para realizar este estudio se seleccionaron los pacientes diagnosticados de cefalea de tensión crónica CTTC, según criterios de IHS, no diferenciando si presentaban abuso o no de analgésicos. La cefalea de tensión crónica de inicio reciente y la hemicránea continua fueron incluidas dentro del grupo de CTTC. En el grupo de migrañas MI se incluyó tanto a los pacientes con aura MCA como sin aura MSA y cuando se subdividieron en grupos, en el grupo de MCA se incluyeron los pacientes que presentaban crisis con aura en todas las ocasiones y aquellos que sólo las presentaban en algunas situaciones.

Los pacientes diagnosticados de migraña transformada MT fueron incluidos en el grupo de migrañas MI.

En ambos grupos de pacientes con CTTC y MI se analizaron diversas variables: edad, sexo, procedencia, aproximación en el diagnóstico del médico que le envió, la opinión del neurólogo sobre si el paciente estaba bien enviado, pruebas diagnósticas solicitadas, si precisaba seguir siendo revisado en la consulta y tratamientos indicados.

Dichas variables se incluyeron en una base de datos Starview 4.02, las variables cualitativas se analizaron mediante tests no paramétricos y la prueba del π^2 para valorar el grado de significación estadística entre variables y mediante la prueba exacta de Fisher cuando fue necesaria. Los valores se consideraron estadísticamente significativos cuando el valor de p fue menor de 0,05. Las comparaciones entre variables cualitativas y cuantitativas se analizaron mediante el test de ANOVA.

RESULTADOS

El número total de pacientes visitados consecutivamente por primera vez en las consultas externas de Neurología de la Seguridad Social de la Comunidad Autónoma de Aragón, a lo largo de los 3 meses fue de 3.489 pacientes. El 25,5% del total de pacientes

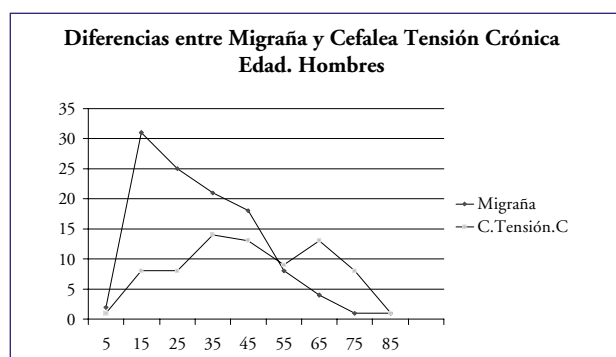


Figura 1. Agrupación por edades de los hombres con migraña o cefalea de tensión crónica.

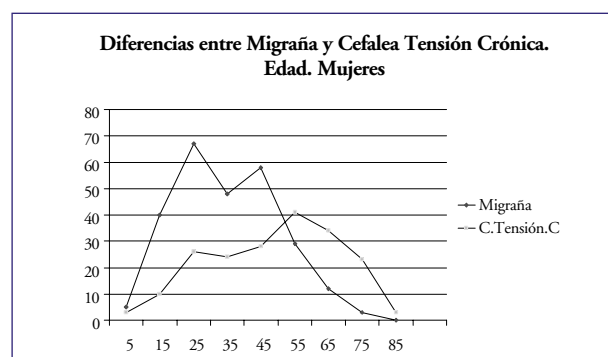


Figura 2. Agrupación por edades de las mujeres con migraña o cefalea tensional crónica.

Tabla 2. Procedencia de los diferentes grupos de pacientes

	Médico familia	Urgencias
Total migrañas	86%	5,6%
Migrañas sin aura	86,6%	4,6%
Migrañas con aura	84%	9,3%
C. tensión C	89,9%	1,8%

fueron cefaleas (889 pacientes), de ellas 374 fueron migrañas que supusieron el 10,7% de todas las primeras consultas, y el 42% de las cefaleas, siendo mujeres su mayoría (el 70%). Los pacientes con migraña sin aura MSA fueron 299, representando el 79,9 % del total de migrañosos, frente a 75 pacientes con migraña con aura.

Los pacientes con CTTC fueron 268, que representaron el 7,6% del total de las primeras consultas y el 29,9% de todas las cefaleas, siendo mujeres su mayoría (el 72%).

La tabla 1 muestra el número total de pacientes de cada grupo, la edad media y porcentaje de mujeres en cada grupo. El gráfico 1 compara los hombres con MI y CTTC agrupados según intervalos de edad. El gráfico 2 compara las mujeres con MI y CTTC agrupadas según intervalos de edad. La tabla 2 muestra la procedencia de los pacientes según los diferentes grupos, la tabla 3 muestra los porcentajes del resto de variables comparadas, la tabla 4 las pruebas realizadas a cada grupo de pacientes y la

Tabla 5. Porcentaje de pacientes a quienes se les puso tratamiento y grupo farmacológico más utilizado

	Se les puso tratamiento (%)	Grupo farmacológico
Total migrañas	73	Calcioantagonistas
Migrañas sin aura	73	Calcioantagonistas
Migrañas con aura	72	Calcioantagonistas
C. tensión C	72	Antidepresivos

tabla 5 el porcentaje de pacientes a quienes se les indicó tratamiento y grupo farmacológico más utilizado.

DISCUSIÓN

Al igual que otros trabajos que hacen referencia a la asistencia neurológica general ambulatoria¹⁷⁻²³, en éste también se refleja la importancia de las cefaleas; así, uno de cada 4/5 pacientes acudió para valoración de su cefalea. Igualmente, este trabajo muestra la importancia de las cefaleas primarias y, en concreto, de la MI y CTTC, ya que entre las 2 entidades representaron el 72% del total de las cefaleas¹.

La cefalea de tensión, de acuerdo con la IHS, se clasifica en forma episódica o crónica⁶. La patogenia de ambos procesos no está resuelta pero podría ser diferente. En la forma crónica podría estar afectado el sistema central nociceptivo, mientras que en la forma episódica estarían implicados mecanismos

Tabla 3. Porcentajes de otras variables en los diferentes grupos

	Coincidencia diagnóstica (%)	Bien enviado (%)	Crean revisión (%)
Cefaleas en general	70	79	26
Total migrañas	80	89	31
Migrañas sin aura	82	87	27
Migrañas con aura	70	96	46
C. tensión C	52	64	17

Tabla 4. Porcentaje de pacientes en los diferentes grupos a quienes se les pidió alguna prueba y porcentaje de las diferentes pruebas solicitadas más frecuentemente en cefaleas

	Solicitud de pruebas (%)	TC/RM (%)	EEG (%)	RX (%)	Análisis (%)
Total migrañas	26	12	7	2	2
M. sin aura	20	6	6	2	1
M. con aura	49	39	8	1	7
C. tensión C	21	9	5	8	2

miógenos periféricos. La prevalencia de la cefalea tensional en su forma episódica sería la más frecuente de las cefaleas primarias en estudios poblacionales y daría lugar a una mayor incidencia en consultas de medicina general²⁴⁻²⁶, aunque se conoce que tan sólo un 16% de estos pacientes solicita atención médica y un 4% recibe atención especializada²⁷.

La migraña se caracteriza por la presencia de fotofobia, se agrava con la actividad y se acompaña de náuseas y ocasionalmente de vómitos, según criterios de la IHS, mientras que la CTTC no iría acompañada de ningún otro síntoma. La falta de otros datos que definan la CTTC podría originar que fuese diagnosticada en exceso en los estudios poblacionales²⁸, donde se muestra que la CTTC es más frecuente entre la población general que la migraña transformada, mientras en consultas de especialidad la CTTC sería menos diagnosticada que la migraña²⁹. Además, esta última al producir crisis de cefalea más graves acompañadas de mayor incapacidad funcional daría lugar a un número mayor de consultas médicas y a una mayor asistencia a urgencias, como puede apreciarse en este trabajo (Tabla 2) sobre procedencia de los pacientes.

En general, la edad media de los pacientes que consultan por cefalea suele ser menor que la de los pacientes que consultan por otros procesos neurológicos¹. Así, los pacientes con CTTC o MI presentaron una edad media inferior al resto de pacientes que consultaron por otros procesos neurológicos ($p = 0,0003$). En nuestro estudio, la edad media de los pacientes que consultaron por CTTC ($47,4 \pm 18,7$) fue mayor que en los pacientes con MI ($33,6 \pm 15$) con significación estadística ($p < ,0001$). Estos resultados no coinciden con estudios de prevalencia que para la CTTC mostraría un pico entre 30-39 años³⁰ y para la migraña el pico estaría entre 35-45 años³¹. Además, en los subgrupos de pacientes con MI, en nuestro estudio, los pacientes con MCA todavía fueron más jóvenes.

En cuanto al sexo, se conoce que la migraña es más frecuente en la mujer que en el hombre en la proporción de 3:1 y que hay más mujeres que consultan por cefalea que hombres²⁹⁻³¹. Nuestro estudio así lo reflejó, mostrando un claro predominio de mujeres en ambas patologías y sin diferencias en los porcentajes tanto se tratase de MI como de CTTC (Tabla 1).

Ya hemos comentado la dificultad que puede llegar a presentar la identificación de ambas entidades por parte de los pacientes⁷ y de los médicos⁸; dicha

dificultad se acentúa cuando la MI o la CTTC se presentan como cefaleas crónicas diarias o casi diarias, con o sin abuso de analgésicos^{32,33}. Esta dificultad diagnóstica del médico de familia se apreció en nuestro estudio, siendo mayor para la CTTC que para la MI, con significación estadística ($p < 0,0001$).

La actitud del médico frente a la migraña también ha sido estudiada^{34,35}. En nuestro trabajo sorprende la diferente valoración de ambas patologías por los neurólogos que participaron; así, el porcentaje de pacientes con MI que se consideró estar bien enviado a consultas de Neurología fue mucho mayor que el de CTTC con diferencias significativas ($p < 0,0001$); quizá influyera la gravedad de las crisis y/o la presencia de aura en los migrañosos y la frecuente asociación de un síndrome depresivo y abuso de sustancias (analgésicos compuestos, ergóticos, etc.) en los pacientes con CTTC³⁶.

La actitud del neurólogo frente a ambas entidades también fue diferente en el número y tipo de peticiones solicitadas en ambas patologías (mayor número de solicitudes en MI, aunque sin diferencia significativa con la CTTC), pero sí se encontró diferencias significativas según se tratase de MCA o MSA. En cuanto al tipo de petición, el número de TC/RM solicitadas en MI fue mayor con diferencia significativa ($p < 0,0002$) que en CTTC. También el porcentaje de revisiones fue mucho menor en las CTTC ($p < 0,0004$).

Sin embargo, no hubo diferencias en la actitud del especialista para tratar activamente ambas entidades, destacando porcentajes muy similares. En el tipo de tratamiento se observó una clara inclinación por los tratamientos preventivos en ambos procesos; en pacientes con MI se indicaron más los antagonistas del calcio, y los antidepresivos tricíclicos fueron más utilizados en la CTTC, como está aconsejado^{37,38}.

En conclusión, la MI y la CTTC fueron frecuente motivo de consulta neurológica, pudiendo estar motivada por la alta prevalencia de ambas entidades en la población, a la dificultad que entraña el diagnóstico de CTTC al médico de familia y la gravedad de las crisis en el caso de la migraña. A semejanza de otros estudios, la migraña fue más frecuente que la CTTC al estar refiriéndonos a consultas de especialidad. Ambas entidades predominaron claramente en la mujer, siendo la edad media de los pacientes que acudieron a consulta por CTTC mayor que la de los migrañosos, y siendo los migrañosos con aura los más jóvenes o los que antes consultaron. Destaca la baja aproximación en el diagnóstico del médico de atención prima-

ria en la CTTC aun siendo un proceso crónico y frecuente. Habría que reseñar la actitud de los neurólogos que participaron en este trabajo y que mostraron un mayor interés, desde el punto de vista asistencial, por la patología migrañosa. No en cuanto a la actitud frente al tratamiento, que fue similar en ambos procesos.

AGRADECIMIENTOS

Neurólogos que participaron en la recogida de datos: Dr. Ara, Dra. Ayuso, Dr. Bertol, Dr. Capablo, Dr. Errea, Dr. Feijoo, Dr. Gazulla, Dra. Iñiguez, Dra. Larrrodé, Dr. López-López, Dra. Marta, Dr. Marta, Dr. Martín, Dr. Mauri, Dr. Modrego, Dr. Pina, Dra. Sánchez y Dr. Tordesillas.

BIBLIOGRAFÍA

- Gracia-Naya M. Grupo de estudio de Neurólogos Aragoneses. Importancia de las cefaleas en las consultas de neurología. *Rev Neurol* 1999;29:393-6.
- Gracia-Naya M, Latorre A, García de Pablo MS. Valoración de los pacientes con migraña enviados a una unidad de cefaleas. *Neurología* 2001;16:446-7.
- Featherstone HJ. Migraine and muscle contraction headaches: a continuum. *Headache* 1985;25:194-8.
- Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache are separate disorders. *Cephalalgia* 1996;16:217-20.
- Leston JA. Migraine and tension-type headache are not separate disorders. *Cephalalgia* 1996;16:220-2.
- Headache Classifications Committee of International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988;8(Suppl 7):1-96.
- Lipton RB, Stewart WF, Liberman JN. Self-awareness of migraine: Interpreting the labels that headache sufferers apply to their headaches. *Neurology* 2002;58(9 Suppl 6):21-6.
- Lipton RB, Stewart WF, Hall C, et al. The misdiagnosis of disabling episodic headache: results from the Spectrum Study. *Cephalalgia* 2001;21:300[abstract].
- Guitera V, Muñoz P, Castillo J, Pascual J. Transformed migraine: a proposal for the modification of its diagnostic criteria based on recent epidemiological data. *Cephalalgia* 1999;19:847-50.
- Pryse-Phillips W, Findlay H, Tugwell P, et al. A Canadian population survey on the clinical, epidemiologic and societal impact of migraine and tension-type headache. *Can J Neurol Sci* 1992;19:333-9.
- Saper JR. Daily chronic headache. *Neurol Clin* 1990;8:891-901.
- Messinger HB, Spierings ELH, Vincent AJP. Overlap of migraine and tension type headache in the International Headache Society classification. *Cephalalgia* 1991;11:233-7.
- Solomon S, Lipton RB, Newman LC. Evaluation of chronic daily headache: comparison to criteria for chronic tension type headache. *Cephalalgia* 1992;12:365-8.
- Sandrini G, Manzoni GC, Zanferrari C, Nappi G. An epidemiological approach to the nosography of chronic daily headache. *Cephalalgia* 1993;13(Suppl 12):72-7.
- Pajarón E, Láinez JM, Monzón MJ, Parra J, Peiró C, Sancho J. Validez de los criterios de clasificación de la *International Headache Society* para la migraña, cefalea de tensión episódica y cefalea de tensión crónica. *Neurología* 1999;14:283-8.
- Gracia-Naya M, Usón-Martín MM. Estudio transversal multicéntrico de las consultas externas de Neurología de la Seguridad Social en Aragón. Resultados globales. *Rev Neurol* 1997;25:194-9.
- Pondal M, Del Ser T, Bermejo F. La asistencia neurológica ambulatoria extrahospitalaria. Análisis de la demanda registrada durante 18 meses en una consulta jerarquizada de Neurología. *Neurología* 1989;4:124-31.
- Pascual J, Combarros O, Leno C. Distribución por diagnósticos del dolor de cabeza como motivo de consulta neurológica. *Med Clin (Barc)* 1995;10:324-9.
- Antigüedad A, Bárcena J, Pérez-Bas M. Actividad asistencial de los facultativos de área en Neurología: experiencia en Vizcaya. *Neurología* 1995;10:324-9.
- Gracia-Naya M, Marta-Moreno E, Usón-Martín MM, Carod J. Estudio epidemiológico descriptivo de una consulta externa de Neurología. *Rev Neurol* 1996;24:633-7.
- Batalla X. Neurología extrahospitalaria. Análisis descriptivo de una consulta en el Baix Llobregat. *Rev Neurol* 1997;25:1546-50.
- Morera-Guitart J. Estudio transversal multicéntrico de la asistencia neurológica extrahospitalaria en la Comunidad Valenciana. *Rev Neurol* 1998;27:438-6.
- Sánchez-Miguallón MJ, Galiano M, Fernández Y. La cefalea en la consulta de neurología general. *Neurología* 2000;15:274-7.
- Rasmussen BK, Jensen R, Schroll, Olesen J. Epidemiology of headache in general population: a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991;44:1147-57.
- Collins JG. Prevalence of selected chronic conditions. United State. 1979-81. *Vital Health Stat* 1986;10:1-66.
- Lipton RB, Silberstein SD, Stewart WF. An update on the epidemiology of migraine. *Headache* 1994;34:319-28.
- Rasmussen BK. Migraine and tension-type headache in a general population: psychological factors. *Int J Epidemiol* 1992;21:1138-43.
- Scher AI, Stewart WF, Liberman J, Lipton RB. Prevalence of frequent headache in a population sample. *Headache* 1998;38:497-506.
- Rasmussen BK, Jensen R, Schroll M, et al. Interrelations between migraine and tension-type headache in the general population. *ch Neurol* 1992;49:914-8.
- Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, et al. Epidemiology of tension-type headache. *JAMA* 1998;4:381-3.
- Stewart WF, Lipton RB, Celentano DD, et al. Prevalence of migraine headache in the United States. Relation to age, income, race and other sociodemographic factors. *JAMA* 1992;267:64-9.
- Goadsby PJ, Boes C. Chronic daily headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;72(Suppl II):112-5.
- Pascual J, Colás R, Castillo J. Epidemiology of Chronic Daily Headache. *Current Pain and Headache Reports* 2001;5:529-36.
- Weber M, Daures JP, Fabre N, et al. Influence of general practitioners personal knowledge on migraine in medical attitudes towards their patients suffering from migraine. *Rev Neurol (Paris)* 2002;158:439-45.
- Mateos V. Actitud terapéutica de los médicos hospitalarios ante sus propias crisis de migraña. *Neurología* 2001;16:446.
- Mathew NT. Chronic refractory headache. *Neurology* 1993;43(Suppl 3):26-33.
- Cerbo R, Barbanti P, Fabbrini G, et al. Amitriptyline is effective in chronic but not in episodic tension-type headache: Pathogenetic implications. *Headache* 1998;38:453-7.
- Tomkins GE, Jackson JL, O'Malley PG, et al. Treatment of chronic headache with antidepressants: A meta-analysis. *Am J Med* 2001;111:54-63.