
Cefaleas

Artículo original

KRANION 2007;7:6-11

Cefalea en el área del Hospital de Sant Pau

C. ROIG¹, J. PONS² y M. FALIP²

RESUMEN

Introducción/objetivos: en 1982 revisamos los diagnósticos de los pacientes visitados por cefalea en la consulta externa (CE) del Servicio de Neurología. Veinte años después, los comparamos con los diagnósticos de los pacientes atendidos durante un año en la CE provenientes del área de asistencia primaria (AP) del Hospital de Sant Pau. También se analizan las diferencias de manejo de la migraña entre AP y CE.

Material/método: comparamos los diagnósticos de 532 pacientes visitados en 1982, basados en la clasificación de 1962, con 732 pacientes visitados en 2003-2004, basados en los criterios diagnósticos de la IHS de 2004. Comparamos los tratamientos pautados en AP y CE en los pacientes con migraña.

Resultados: las consultas por cefalea en veinte años han pasado del 25 al 17%. La migraña se mantiene como el diagnóstico más frecuente, 46,6%, con aura 9% (1982); 50%, con aura 13% (2003), seguido de la cefalea tipo tensión, 34% (1982); 28,5% (2003). La cefalea en racimos y las neuralgias se mantienen con

ABSTRACT

Introduction/objectives: in 1982 we reviewed headache diagnosis of patients attending External Consultation (EC) of the Neurology Department. Twenty years later, we review again headache diagnosis of patients visited along one year in the same EC, coming from the Sant Pau Hospital primary care area (PCA). In migraine patients we analysed the differences between treatments done in PCA and neurology's EC.

Methodology: we compared headache diagnosis of 532 patients visited in 1982, based on 1962 headache classification, with headache diagnosis of 732 patients in 2003-4 based on the IHS 2004 diagnosis criteria. Diagnosis and PCA and neurology's EC treatments were collected in a data base.

Results: headache consultation in neurology EC represented 25% of all visits in 1982 and 17% in 2003. Migraine diagnosis continued to be the most frequent, 46,6%, with aura 9% (1982); 50%, with aura 13% (2003), followed by tension type headache, 34% (1982); 28,5% (2003). Cluster headache and neuralgia continued with

Servicio de Neurología

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Universitat Autònoma de Barcelona

²Becarios por parte de Merck Sharp & Dome: estudio de la migraña en el área asistencial del HSCSP.

Este trabajo fue presentado como comunicación en la 57.^a Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Barcelona, noviembre de 2005.

Dirección para correspondencia:

Carles Roig
Servicio de Neurología
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Sant Antoni M.^a Claret, 167
08025 Barcelona
E-mail: croig@santpau.es

similar frecuencia (3-4%). Aparecen diagnósticos nuevos no clasificados en 1982 como la migraña crónica, hemicránea paroxística, cefalea punzante o la cefalea por abuso de fármacos. La edad de consulta se mantiene similar y el predominio femenino aumenta del 66 al 72%.

Hallamos marcadas diferencias en el tratamiento agudo de la migraña (AP/CE): analgésicos y ergóticos (41/8%), AINE (43/26%) y triptanes (14/60%). Recibía tratamiento preventivo el 18% de las migrañas en AP frente al 74% en la CE de Neurología. Los fármacos más utilizados fueron betabloqueantes (23%), antagonistas del calcio (21%) y antiepilépticos (21%).

Discusión/conclusiones: no hallamos variaciones importantes en los diagnósticos de las cefaleas en la CE de Neurología a lo largo de veinte años a excepción de la incorporación de los nuevos diagnósticos de la clasificación de la IHS. La baja utilización de triptanes y de tratamiento preventivo en AP puede ser un factor en el aumento de casos de cefalea crónica.

Palabras clave: Cefalea. Asistencia Primaria. Consulta Externa de Neurología. Migraña. Tratamiento agudo. Tratamiento preventivo.

INTRODUCCIÓN

La cefalea es un motivo frecuente de consulta de la población a nivel de asistencia primaria (AP) y, por ende, en la consulta externa (CE) de Neurología de cualquier hospital. Nuestro hospital es el centro de referencia del Centro de Asistencia Primaria «CAP Maragall» que abarca cuatro áreas primarias del Noroeste de la ciudad. Todas las consultas neurológicas realizadas por los médicos de familia son remitidas y vistas en nuestra CE.

Hace más de veinte años, en 1982, para conmemorar el centenario de la Neurología española, el Servicio de Neurología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau editó un libro que recogió trabajos de autores españoles y extranjeros¹. Algunos de nosotros participamos en este volumen aportando la revisión de las cefaleas visitadas en aquel entonces durante un año y medio en la CE de nuestro hospital y focalizamos el trabajo en la comparación de los aspectos semiológicos diferenciales entre migraña y cefalea tipo tensión². Veinte años después, manteniéndose esencial-

the same frequency (3-4%). New diagnosis not classified in 1982 such as chronic migraine, paroxysmal hemicrania, primary stabbing headache and medication-overuse headache, appeared. Age of consultation was similar and gender increase in favor of women from 66 to 72%. We found strong differences in acute migraine treatment (PCA/EC): analgesics and ergotamine (41/8%), NSAID (43/26%), and triptans (14/60%). Preventive treatment was used only in 18% of migraines in PCA in contrast with 74% in neurology EC. Most used therapeutic groups were adrenergic blockers (23%), calcium antagonists (21%) and antiepileptics (21%).

Discussion/conclusions: headache diagnosis of patients attending neurology EC have not changed during the last twenty years except new diagnoses added in IHS classification. Among general practitioners triptans and preventive migraine treatment are very infrequently used that could contribute to the increase of chronic headache. (Kranion 2007;7:6-11)

Corresponding author: Carles Roig, croig@santpau.es

Key words: Headache. Primary care. Neurology External Consultation. Migraine acute treatment. Migraine preventive treatment.

mente la misma área sanitaria de alrededor de medio millón de habitantes, nos planteamos repetir el estudio del volumen de pacientes referidos a la CE por cefalea, sus diagnósticos, y en las migrañas, valorar las diferencias de manejo terapéutico entre los médicos de asistencia primaria (AP) y la CE de Neurología.

OBJETIVOS

Un primer objetivo es valorar la evolución del volumen y los diagnósticos de la consulta por cefalea en la CE de Neurología a lo largo de veinte años. En segundo lugar, nos planteamos constatar si existen diferencias de manejo de la migraña entre AP y la CE de Neurología, comparando los tratamientos prescritos por los médicos de AP y los pautados en la CE de Neurología.

MÉTODO

Los datos de 1982 eran los publicados en el mencionado trabajo del libro del Centenario de la Neurolo-

Tabla 1. Diagnósticos de las cefaleas atendidas en la CE de Neurología en dos series de pacientes con veinte años de intervalo

	2004		1982	
N.º de pacientes	732	%	532	%
Migraña	364	50	248	46,6
Sin aura	217	29,7	183	34,3
Con aura	99	13,4	44	9
Aura sin cefalea	11	1,5	—	—
Migraña crónica	58	8	—	—
Cefalea tipo tensión	209	28,5	183	34,3
Episódica	65	9	—	—
Crónica	144	20	—	—
Cefalea en racimos	23	3,1	17	3,2
Hemicránea paroxística	6	0,8	—	—
Miscelánea (punzante, de esfuerzo, sexual, hípica)	20	2,7	—	—
Postraumática	15	2	24	4,5
Enfermedad vascular	2	0,3	1	0,2
Hipotensión LCR	1	0,1	1	0,2
Abuso de sustancias	10	1,3	—	—
Enfermedad infecciosa	2	0,3	1	0,2
Alteración de estructuras craneales, cara, cuello	6	0,8	21	4
Neuralgias	30	4,1	18	3,3

gía Española¹ y en la revista Sant Pau², y reflejaban los diagnósticos de los pacientes visitados por cefalea durante un año y medio en la CE de Neurología de nuestro hospital. La serie actual está constituida por los pacientes visitados por cefalea durante un año, entre 2003-2004, recogidos en una base de datos en la que constan el diagnóstico, los datos demográficos y el tratamiento realizado. Los criterios diagnósticos de la serie antigua eran, lógicamente, los de la esquemática clasificación de 1962³, mientras que los de la serie actual corresponden a la segunda edición de la IHS⁴.

RESULTADOS

En la revisión de 1982 los pacientes visitados por cefalea constituían el 25% de las consultas en la CE. Veinte años después, aunque ha aumentado el número de consultas por cefalea al haber aumentado el número global de visitas de todas las enfermedades neurológicas, la cefalea constituye el 17% de las consultas en la CE.

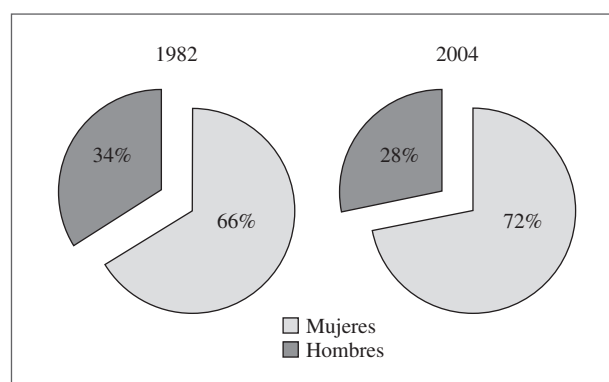


Figura 1. Consultas por cefalea en CE de Neurología. Distribución por sexos en 1982 y 2004.

En la tabla 1 se recogen los diagnósticos de los 732 pacientes con cefalea visitados recientemente y los 532 visitados en 1982. Puede observarse que el diagnóstico de migraña sigue siendo el más frecuente y representa el 46,6 y 50% de los casos de 1982 y 2004, respectivamente. El porcentaje de diagnóstico de migraña con aura ha aumentado del 9 al 13%. El diagnóstico de cefalea de tipo tensión se reduce ligeramente, del 34 al 28,5% en estos veinte años, pero no podemos comparar los subgrupos de episódica y crónica por no haberse considerado en 1982. Lógicamente, aparecen diagnósticos nuevos no contemplados en la clasificación de 1962, como la migraña crónica, la hemicránea paroxística, la cefalea punzante o la cefalea por abuso de fármacos. La cefalea en racimos mantiene el mismo porcentaje de diagnósticos: alrededor del 3% de las consultas.

En cuanto a la distribución por género, ha aumentado el predominio femenino del 66 al 72% actual (Fig. 1). La distribución por género de la cefalea de tipo tensión crónica, sólo valorada en la serie actual, muestra la máxima diferencia, con un 75% de pacientes de sexo femenino.

La edad media de consulta de los pacientes con migraña es de 34 años, semejante a los 36 años de media de hace veinte años, mientras que la edad media en la cefalea de tipo tensión aumenta ligeramente: de 40 años en 1982 a una media actual de 44 años. Otro dato valorado en la población que consulta en 2003-2004 es el de la intensidad predominante de las crisis de migraña. El 1% es de intensidad leve, el 25% de intensidad moderada y el 61% de intensidad elevada, con un 13% de no valoradas.

La comparación de los tratamientos agudos realizados en pacientes con migraña se realizó, en un primer

Tabla 2. Tratamiento agudo de la migraña. Comparación entre AP y CE de Neurología en 78 pacientes

	Asistencia primaria (último año)	CE Neurología (1.ª visita)
Analgésicos	28 (25%)	4 (5%)
Analgésicos + Codeína	7 (6%)	0 (0%)
AINE	48 (43%)	20 (26%)
Ergotamina	11 (10%)	0 (0%)
Triptanes	13 (12%)	54 (69%)
Sin tratamiento	5 (4%)	0 (0%)
Total	112	78

análisis, en un subgrupo de pacientes (78 casos) en los que se disponía con certeza de los tratamientos realizados durante el último año en AP (Tabla 2). El número de tratamientos en AP es superior al de pacientes por contabilizarse, en algún caso, más de un fármaco por paciente. En un análisis posterior, expuesto en la figura 2, se obtuvieron datos de 218 pacientes. En ambas comparaciones, las diferencias fueron evidentes y similares, destacando que si se suma el porcentaje de utilización de analgésicos, analgésicos compuestos y ergotamina, estos fármacos son recibidos por el 41% de los pacientes atendidos en AP y sólo por el 5-8% de los pacientes atendidos en la CE de Neurología. La utilización de AINE en AP fue del 43 frente al 26% en Neurología. El dato más relevante es la gran diferencia de uso de triptanes: sólo en el 12-14% de los pacientes migrañosos de AP frente al 52-69% en la CE de Neurología. La valoración de los cambios de tratamiento realizados en la CE de Neurología muestra que se realizaron en el 80% de las visitas, y en el 55% se pasó de analgésicos, AINE o ergotamina a triptanes. En un 11,5% de casos se cambió de analgésicos a AINE. En un 13% de casos que ya utilizaban un triptán se cambió a otro. Del 20% que se mantuvo con el mismo tratamiento que llevaban en AP, el 5% eran analgésicos, el 4% triptanes y el 11% AINE.

Los tratamientos preventivos de las crisis migrañosas se analizaron en un grupo de 167 pacientes (Fig. 3). En AP, sólo el 18% de los pacientes había sido tratado en el último año o estaba siendo tratado con fármacos preventivos. En claro contraste, en la CE de Neurología se prescribió tratamiento preventivo en el 74% de los casos. Los grupos farmacológicos más utilizados, como se aprecia en la figura 3, fueron los betabloqueantes adrenérgicos (23%), los antagonistas de los canales de calcio (21%), los antiepilépticos valproico

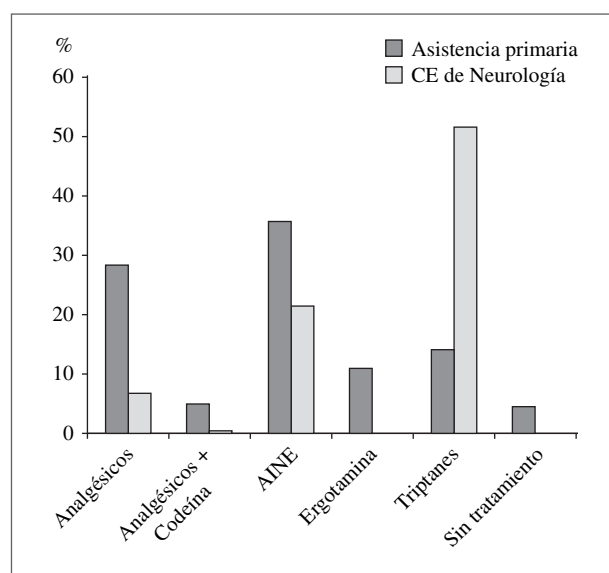


Figura 2. Tratamiento agudo de la crisis de migraña en 218 pacientes. Comparación entre AP y CE de Neurología.

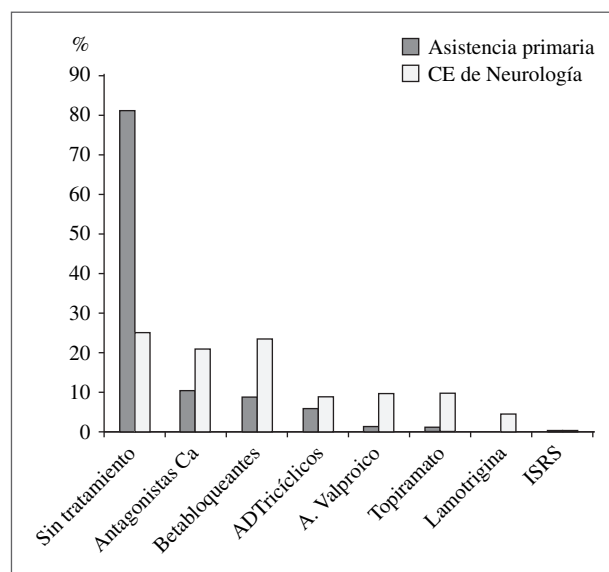


Figura 3. Tratamiento preventivo en 167 pacientes con migraña. Comparación entre AP y CE de Neurología.

(9%), topiramato (7%) y lamotrigina (5%), los antidepresivos tricíclicos (8%) y los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina (1%).

DISCUSIÓN

Aunque vemos que en nuestro hospital la cefalea como motivo de consulta ha disminuido proporcionalmente (aunque no en números absolutos) en 20 años,

la consulta por cefalea en distintas CE de Neurología se sitúa en el 25% del total de visitas^{5,6}.

En este trabajo aportamos la constatación de que los diagnósticos de las cefaleas más prevalentes que constituyen el motivo de consulta en la CE del Servicio de Neurología se han mantenido en un porcentaje similar a lo largo de los últimos 20 años. Otra serie que analizó en el tiempo las cefaleas en la CE de Neurología también ha mostrado que los diagnósticos se mantuvieron en la misma proporción durante 10 años, siendo la migraña la cefalea con mayor número de pacientes, seguida de la cefalea de tipo tensión⁷. En nuestro estudio, el diagnóstico más frecuente fue migraña, enfermedad presente en aproximadamente la mitad de los pacientes, seguida por la cefalea de tipo tensión, que se mantiene en un 40% de las consultas. También se mantienen con unas cifras similares los diagnósticos de cuadros mucho menos prevalentes, como la cefalea en racimos o la neuralgia trigeminal. La disminución del diagnóstico de cefalea asociada a alteraciones de estructuras craneales, cara y cuello puede estar relacionada con la mejoría de los métodos diagnósticos y, por lo tanto, con una menor frecuencia de derivación a Neurología, bien desde AP, bien desde otros especialistas.

Las principales diferencias diagnósticas entre la serie de 1982 y la de 2004 derivan, obviamente, del uso de clasificaciones diagnósticas distintas, mucho más esquemática la publicada en 1962 y en la que no aparecen muchos de los tipos diagnósticos que se describieron posteriormente y que formaron parte de la primera clasificación de la IHS⁸, de 1988, y de la actual clasificación⁴, de 2004. Por lo tanto, entre los diagnósticos actuales aparece la migraña crónica, la cefalea punzante, la cefalea hípica, la hemicránea paroxística y la cefalea por abuso de sustancias, que no existían en 1982. La edad de la población que consulta por cefalea curiosamente no ha variado, con una media de la treintena en la migraña y de alrededor de cuarenta años en la cefalea de tipo tensión. Parecería lógico que hubiese tendido a disminuir, dada la universalización de la asistencia sanitaria y la mayor difusión de los problemas de salud en los medios de comunicación. A la vista del análisis de estas dos poblaciones con cefalea atendidas con veinte años de diferencia podría concluirse que existe un incremento importante en la demanda de asistencia por cefalea, de algo más de 500 pacientes en un año y medio pasa a más de 700 al año actuales, pero los diagnósticos principales, la edad y el sexo de los pacientes se mantienen en unas proporciones semejantes a hace veinte años.

Nuestro trabajo pone de manifiesto el distinto manejo terapéutico de los pacientes con migraña por parte de los médicos de AP y los neurólogos. En AP, los tratamientos agudos de la migraña se basan claramente en AINE y analgésicos, siendo muy significativo el 10% de utilización de ergóticos. La escasa prescripción de triptanes (12-14%) es un hecho destacable, sobre todo teniendo en cuenta que en la población de pacientes atendidos predominaban las crisis migrañosas de intensidad elevada. Estas cifras son prácticamente superponibles a las recogidas por Cano A, et al. en el área del Maresme⁷. Ello demuestra que, en general, en AP predomina la estrategia de tratamiento de tipo escalonado, prescribiéndose siempre un fármaco menos potente antes de pasar a un triptán. La utilización de triptanes en la CE de Neurología (> 50%) se corresponde mejor a lo que sería la estrategia estratificada, es decir, a mayor gravedad de los síntomas, uso de un tratamiento más potente⁹. Un trabajo que analizó el manejo de las cefaleas por parte de 455 médicos generales en Calabria¹⁰ mostró que los AINE son el tratamiento predominante (50%), pero en este caso los triptanes alcanzaron un 44% de uso, es decir, cifras mucho más acordes con las recomendaciones de las guías médicas basadas en la evidencia¹¹. En el mismo trabajo, se constató que el 30% de los médicos generales nunca prescribió fármacos preventivos de la cefalea y que de los grupos farmacológicos utilizados, en primer lugar, están los anti-depresivos (34%), seguidos de los «vasodilatadores» (23%) y los antiepilépticos (9,4%). Nuestra serie demuestra que en el área del Hospital de Sant Pau los médicos de AP casi nunca se plantean el tratamiento preventivo en la migraña. Sólo el 20% de los pacientes remitidos recibió prevención farmacológica, en contraposición con el 75% de prescripción de fármacos preventivos en la CE de Neurología.

La utilización de tratamiento preventivo antimigrañoso en la CE de Neurología oscila entre el 46 y el 73%^{5,12}. Los betabloqueantes y los antagonistas del calcio, tanto en nuestras series como en otras, son los grupos farmacológicos más utilizados, seguidos por amitriptilina y los antiepilépticos neuromoduladores (valproato, topiramato), grupo este último que representa hasta el 20% de los tratamientos preventivos en el ámbito neurológico¹².

Las deficiencias detectadas en el tratamiento agudo y preventivo de la migraña en el área de AP de nuestro hospital nos obliga, como especialistas, a realizar una mayor labor de formación continua (cursos y sesiones conjuntas) con nuestros colegas de AP. Si se logra aumentar la utilización del tratamiento preventivo y

mejorar las estrategias de tratamiento agudo, sin analgésicos compuestos ni ergóticos, asistiremos sin duda a una reducción de los casos de cefalea crónica^{13,14}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roig Arnall C, Marco Igual M, Coll Cantí J. Cefalea como motivo de consulta. Revisión de 532 casos. En: Centenario de la Neurología en España. Editado por el Servicio de Neurología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, 1983.
2. Roig Arnall C, Marco Igual M, Coll Cantí J. Revisión de 532 casos de cefalea. Comparación entre cefalea migrañosa y tensional. Sant Pau 1984;5:7-13.
3. Ad Hoc Committee on Classification of Headache: Classification of Headache. JAMA 1962;179:127-8.
4. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd Edition. Cephalalgia 2004;24(Suppl 1):1-160.
5. Gracia-Naya M, Latorre A. Asistencia neurológica a pacientes con migraña y cefalea de tensión crónica. Diferencias epidemiológicas y asistenciales. Kranion 2003;3:5-10.
6. Huerta Villanueva M, Martínez Yélamos A, Baiges Octavio JJ, et al. Estudio comparativo del diagnóstico de cefalea entre hospitales comarcales de las Terres del Ebre y Baix Llobregat. Neurología 2005;20:592.
7. Cano A, Palomeras E, Floriach, Sanz P, Fossas P. Tratamiento sintomático de la cefalea en los pacientes remitidos a neurología. Análisis de los años 1993, 1998 y 2003. Neurología 2004;19:636.
8. Headache classification Committee of the International Headache Society: Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988;8(Suppl 7):1-96.
9. Lipton RB, Steward WF, Stone AM, Lainez MJA, Sawyer JPC. Stratified care vs step care strategies for migraine. The disability in strategies of care. (DISC) study: a randomised trial. JAMA 2000;284:2599-605.
10. Bianco A, Parente MM, De Caro E, Iannacchero R, Cannistrà U, Angelillo IF. Evidence-based medicine and headache patient management by general practitioners in Italy. Cephalalgia 2005;25:767-75.
11. Dowson AJ, Lipscombe S, Sender J, Rees T, Watson D. New guidelines for the management of migraine in primary care. Curr Med Res Opin 2002;18:414-39.
12. Ezpeleta D, Aguilar M, Sanz M. Estado del tratamiento preventivo de la migraña en España: estudio nacional con 1313 pacientes atendidos por neurólogos. Neurología 2005;20:591-2.
13. Pascual J, Berciano J. Cefalea crónica diaria en pacientes migrañosos inducida por abuso de ergóticos-analgésicos: respuesta a un protocolo de tratamiento ambulatorio. Neurología 1993;8:212-5.
14. Díaz Insa S. Cefalea crónica diaria. Neurología 2004;19(Suppl 3):57-64.