

PROGRAMA DE DOCTORADO EN MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS DOCTORAL

IMPACTO DE LA CEFALEA EN EL PRIMER NIVEL
ASISTENCIAL

PhD THESIS

BURDEN OF HEADACHE IN PRIMARY CARE

AUTORA

INÉS RIVERA PANIZO

DIRECTORES

JULIO PASCUAL GÓMEZ

NOELIA FONTANILLAS GARMILLA

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

Escuela de **Doctorado** de la Universidad de Cantabria

Santander, 2024

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD



TESIS DOCTORAL

**IMPACTO DE LA CEFALEA EN EL
PRIMER NIVEL ASISTENCIAL**

Directores:

Dr. Julio Pascual Gómez
Dra. Noelia Fontanillas Garmilla

Doctorando:

Inés Rivera Panizo

ESCUELA DE DOCTORADO DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

Santander, 2024



D. JULIO PASCUAL GÓMEZ, Catedrático del Departamento de Medicina de la Universidad de Cantabria y **Dña. NOELIA FONTANILLAS GARMILLA**, Profesora Colaboradora y Doctora en Medicina y Cirugía por la Universidad de Cantabria,

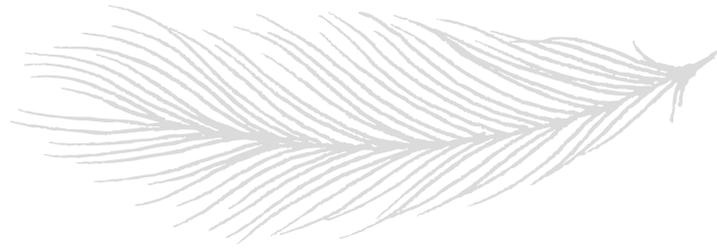
HACEMOS CONSTAR:

Que **Dña. INÉS RIVERA PANIZO**, ha desarrollado bajo nuestra dirección el trabajo titulado “**IMPACTO DE LA CEFALEA EN EL PRIMER NIVEL ASISTENCIAL**” que reúne las características de originalidad, diseño y conclusiones como Tesis Doctoral y con el que opta al grado de **DOCTOR**.

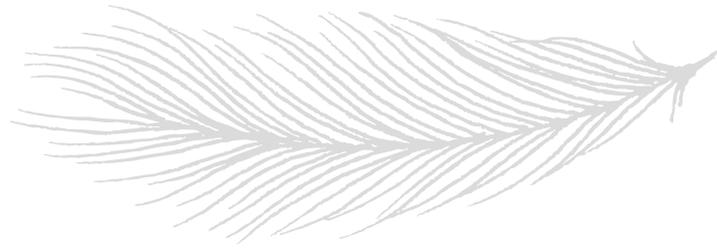
Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmamos y certificamos en Santander, febrero del 2024.

FDO.: Dr. JULIO PASCUAL

FDO.: Dra. NOELIA FONTANILLAS



*A mis padres y hermana,
a Esteban,
y por supuesto a Noelia y Julio,
sin vuestra confianza, ánimo y apoyo
esto no hubiera sido posible.*



*"El éxito es la suma de pequeños
esfuerzos repetidos día tras día."*

Robert Collier.

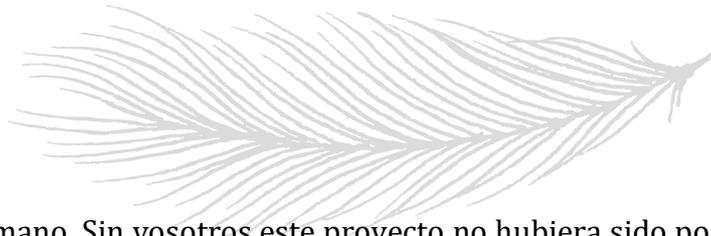


AGRADECIMIENTOS

Jean-Baptiste Massieu dijo: *"La gratitud es la memoria del corazón, y dar las gracias a quienes han cambiado tu vida es reconocer el impacto eterno que han tenido en ti."*

Por eso, no encuentro un comienzo más adecuado que reconocer a la gran impulsora de este trabajo: mi excepcional NOELIA. Siempre has sido mucho más que una tutora, pero creo que aún no te haces una idea de la trascendencia que has tenido en mi vida. Me contagiaste tu pasión por la medicina de familia, el deseo constante de superarme y no conformarme, implantaste en mi la ilusión por la docencia y después, me impulsaste a adentrarme en la investigación, no pudiendo ser de otra manera que siendo una de las directoras de esta tesis. Porque este logro no es sólo mío, también es tuyo. Gracias por ser mi fuente constante de inspiración y mi guía desde el primer momento en que nuestros caminos se cruzaron, por tu generosidad inigualable y tu dedicación contagiosa. Me enseñaste que con constancia y esfuerzo se pueden alcanzar metas inimaginables. Tu ejemplo ha marcado mi camino, y trabajaré incansablemente para seguir tus pasos y que puedas sentirte siempre orgullosa de la que fue tu primera residente. Dicen que cuando la gratitud es tan absoluta, las palabras sobran, pero me has dado tanto, que no tendré vidas suficientes para agradecértelo.

Así, mi agradecimiento infinito también a Julio Pascual, mi otro director y tutor de esta tesis. Gracias por depositar tu confianza en mi proyecto desde el primer día y motivarme a llevarlo a cabo, por enseñarme que las cosas no son tan difíciles como aparentan, por tu inagotable ayuda, tu infinita paciencia, tu generosidad y tu disponibilidad constante con esas rápidas correcciones sin importar el día ni la hora. Gracias por poner tu sabiduría a mi disposición, ha sido un verdadero orgullo



trabajar de tu mano. Sin vosotros este proyecto no hubiera sido posible. A pesar de los desafíos en el camino, conseguimos llegar a poner el punto y final con éxito.

A todos mis compañeros del Centro de Salud de Bezana por su colaboración, allí donde vaya llevaré con orgullo el “espíritu Bezana”.

A Jorge Madera por su ayuda con el análisis estadístico y a Marta Pascual por su contribución con la elaboración de la figura de fisiopatología.

A los pacientes del Centro de Salud de Bezana por su confianza y colaboración.

A mis amigos, aquellos que están presentes desde el principio y continúan a mi lado y a los que se han unido a lo largo de este camino soportando con paciencia mis negativas a sus planes hasta que culminara este proyecto. Mención especial a mi gran amiga Cris, por su indispensable apoyo en el día a día incluso en la distancia, sus largas horas de escucha telefónica y su amistad incondicional, y a Javi, por seguir ahí estos últimos años, y por los casi 15 años que llevamos compartiendo.

A Esteban, por aparecer en mi vida cuando menos lo esperaba y darle un giro de 180 grados, y es que, aunque tu aparición por momentos resultó ser la mayor distracción y un desafío para finalizar este proyecto, también se convirtió en el aliento necesario para perseverar. Gracias por enseñarme que la vida va más allá de los libros, por inspirarme a vivirla intensamente sin miedos, ¡los códigos postales en los que ha vivido esta tesis lo demuestran!; y es que, aunque sus inicios fueron en Santander, continuando en Calatayud y culminando en Tenerife, tú me enseñaste que el código postal es irrelevante mientras estemos juntos. Gracias por apoyarme en todo lo que me propongo, aunque implique renunciar a regañadientes a mi compañía en numerosas ocasiones, por amarme incondicionalmente y hacer de cada día un regalo, por los ratos de descanso en los largos días de trabajo, por tu comprensión, tu paciencia y amor constante, y por ser el mejor compañero de vida



que podía tener. A pesar de las múltiples mudanzas con las que ha convivido esta tesis, sin duda alguna mi mayor suerte fue encontrarte.

Gracias a mi familia, por vuestro orgullo a cada paso que daba. A mis abuelos, por ser ejemplo de fortaleza y superación. A Sara, por ser además de mi hermana mi mejor amiga, la otra mitad que la vida me regaló, por confiar siempre en mí y ser mi inquebrantable apoyo. A mis padres, por ser mi referente e inculcarme el valor de la constancia y el trabajo, y por estar siempre y para todo, por todo lo que no se dice y se hace, por vuestro esfuerzo para que pudiese conseguir mis metas y por acompañarme siempre en cada paso, desde el más pequeño hasta el más grande. Gracias papá, por tu insistencia en que no sólo importa un título colgado en la pared, incitándome siempre a mantenerme en constante formación y superación.

Pero mi máxima inspiración proviene de la brillante mujer que me dio la vida, el nombre y la identidad. Gracias MAMÁ, por ser mi apoyo incondicional durante toda mi vida, por tu buen humor frente a la adversidad, tus palabras alentadoras cuando las fuerzas flaqueaban y tu fe en mí que me han impulsado a superar cualquier obstáculo y a perseguir siempre mis sueños. Tú has creído en mí, incluso cuando yo no lo hacía. Mi madre nunca permitió que pensara que no podría hacer exactamente lo que quisiera o ser lo que deseaba ser. Mientras me guiaba, a lo largo de estos 32 increíbles años, no sé si alguna vez se ha dado cuenta de que la persona que realmente quiero ser es ella. Gracias mamá, por ser mi fuente inagotable de amor y apoyo las 24 horas del día los 365 días del año.

Este logro es tan mío como vuestro. Sin vosotros no sería quien soy hoy.

Con todo mi amor y agradecimiento,

Inés.

“Todos verán tus logros, pero pocos entenderán tu lucha”.

INDICE DE CONTENIDOS

Siglas y Abreviaturas

1. INTRODUCCIÓN	- 24 -
1.1. Definición.....	- 26 -
1.1. Clasificación	- 27 -
1.2. Criterios diagnósticos según la ICHD-3.....	- 30 -
1.2.1. Migraña	- 32 -
1.2.2. Cefalea de tipo tensional.....	- 36 -
1.2.3. Cefaleas trigémino-autonómicas	- 39 -
1.2.4. Otras cefaleas primarias.....	- 42 -
1.3. Fisiopatología	- 44 -
1.3.1. Cefalea tensional	- 44 -
1.3.2. Migraña.	- 45 -
1.3.3. Cefaleas trigémino-autonómicas.	- 47 -
1.3.4. Otras cefaleas primarias.....	- 48 -
1.4. Epidemiología.....	- 49 -
1.5. Calidad de vida	- 51 -
1.5.1. Cuantificación de la calidad de vida	- 53 -
1.6. Hábitos de tratamiento.....	- 57 -
1.6.1. Medidas generales	- 57 -
1.6.2. Tratamiento farmacológico de las crisis agudas	- 58 -
1.6.2.1. Migraña.....	- 58 -
1.6.2.2. Cefalea tensional	- 63 -
1.6.2.3. Cefaleas trigémino-autonómicas.....	- 64 -
1.6.3. Tratamiento preventivo	- 65 -
1.6.3.1. Migraña.....	- 65 -
1.6.3.2. Cefalea tensional	- 70 -
1.6.3.3. Cefaleas trigémino-autonómicas.....	- 70 -
2. PLANTEAMIENTO.....	- 72 -
3. HIPÓTESIS.....	- 78 -
4. OBJETIVOS.....	- 82 -
4.1. Objetivo principal	- 84 -

4.2.	Objetivos secundarios.....	- 84 -
5.	PACIENTES Y MÉTODOS	- 86 -
5.1.	Metodología general del estudio.....	- 87 -
5.1.1.	Diseño del estudio.....	- 87 -
5.1.2.	Ámbito del estudio	- 87 -
5.1.3.	Selección de pacientes	- 88 -
5.1.4.	Consentimiento informado	- 88 -
5.1.5.	Cronología y plan de trabajo realizado	- 89 -
5.1.6.	Entrevista personal.....	- 89 -
5.1.7.	Procedimiento de confidencialidad	- 91 -
5.1.8.	Cuestionarios de calidad de vida.....	- 91 -
5.1.9.	Revisión de historia clínica y registro de receta electrónica.....	- 92 -
5.2.	Procesamiento y tratamiento estadístico de datos	- 93 -
6.	RESULTADOS	- 95 -
6.1.	Descripción de la muestra y análisis de la prevalencia de las consultas por cefalea.....	- 97 -
6.2.	Datos demográficos	- 102 -
6.2.1.	Datos demográficos de la serie total.....	- 102 -
6.2.2.	Datos demográficos según diagnóstico	- 114 -
6.2.2.1.	Datos demográficos en migraña crónica	- 118 -
6.2.3.	Comparativa con los datos del INE en 2020 de la población de estudio.	- 119 -
6.2.3.1.	Nivel de estudios de los pacientes que consultaron por cefalea vs el de la población de Cantabria según datos del INE del año 2020.	- 121 -
6.2.3.2.	Comparativa de IMC por sexo en pacientes que consultaron con cefalea vs el de la población general de Cantabria.	- 122 -
6.3.	Distribución por diagnósticos en historia clínica previa	- 124 -
6.3.1.	Análisis comparativo de diagnóstico previo en historia clínica frente a diagnóstico tras criterios IHS	- 125 -
6.4.	Análisis de hábitos de tratamiento en pacientes con cefalea.....	- 127 -
6.4.1.	Tratamiento analgésico	- 127 -
6.4.1.1.	Hábitos de tratamiento analgésico	- 127 -
6.4.1.2.	Comparativa hábitos de tratamiento analgésico según subtipo de cefalea	- 129 -
6.4.1.3.	Tratamiento analgésico dispensado en farmacia en el último año	- 130 -
6.4.1.4.	Comparativa del tratamiento analgésico dispensado en farmacia en el último año según subtipos de cefalea	- 132 -
6.4.1.5.	Análisis de efectividad subjetiva del tratamiento analgésico en los pacientes con cefalea.....	- 136 -
6.4.2.	Tratamiento preventivo	- 137 -
6.4.2.1.	Comparativa de hábitos de tratamiento preventivo según subtipo de cefalea.....	- 138 -
6.4.2.2.	Tratamiento preventivo dispensado en farmacia en el último año	- 139 -

6.4.2.3.	Comparativa de tratamiento preventivo dispensado en farmacia en el último año según subtipo de cefalea	- 141 -
6.4.2.4.	Análisis del médico prescriptor del tratamiento preventivo	- 144 -
6.4.2.5.	Análisis según criterios de prescripción de tratamiento preventivo	- 145 -
6.4.3.	Terapias alternativas	- 145 -
6.4.4.	Análisis de derivación al segundo nivel asistencial	- 146 -
6.5.	Análisis del uso de recursos sanitarios	- 149 -
6.5.1.	Pruebas médicas realizadas	- 149 -
6.5.2.	Número de visitas al centro de salud en el último año.....	- 150 -
6.5.3.	Número de visitas a servicios de urgencias en el último año	- 151 -
6.5.4.	Absentismo laboral.....	- 153 -
6.6.	Análisis del impacto de las cefaleas en la calidad de vida	- 155 -
6.6.1.	Escala MIDAS	- 155 -
6.6.2.	Escala HIT-6	- 157 -
6.6.3.	Escala EVA y media de días con cefalea en los últimos 3 meses	- 158 -
7.	DISCUSIÓN.....	- 160 -
7.1.	Prevalencia de las cefaleas primarias en el primer nivel asistencial	- 164 -
7.2.	Características socio-demográficas y factores asociados	- 166 -
7.3.	Comparativa de diagnóstico definitivo frente a diagnóstico que constaba en historia clínica previa	- 170 -
7.4.	Análisis del consumo de fármacos en el paciente con cefalea.....	- 171 -
7.5.	Análisis del uso de recursos sanitarios.....	- 177 -
7.6.	Impacto en la calidad de vida de los pacientes con cefalea.....	- 181 -
7.7.	Limitaciones	- 182 -
7.8.	Implicaciones para la práctica clínica	- 183 -
8.	CONCLUSIONES.....	- 186 -
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	- 190 -
10.	ANEXOS.....	- 213 -

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de las cefaleas primarias según ICHD-3.....	- 31 -
Tabla 2. Criterios diagnósticos de migraña sin aura según la ICHD-3.....	- 33 -
Tabla 3. Criterios diagnósticos de migraña con aura según la ICHD-3	- 34 -
Tabla 4. Criterios diagnósticos de migraña crónica según la ICHD-3.....	- 36 -
Tabla 5. Criterios diagnósticos de la Cefalea de tensión según la ICHD-3..	- 37 -
Tabla 6. Criterios diagnósticos de la cefalea en racimos.....	- 39 -
Tabla 7. Criterios diagnósticos de la hemicránea paroxística	- 40 -
Tabla 8. Criterios diagnósticos de la cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración.....	- 40 -
Tabla 9. Criterios diagnósticos de la hemicránea continua	- 41 -
Tabla 10. Clasificación de otras cefaleas primarias	- 43 -
Tabla 11. Costes directos e indirectos para la migraña en España.....	- 53 -
Tabla 12. Fármacos antiinflamatorios, analgésicos y coadyuvantes usados en las crisis agudas de migraña	- 62 -
Tabla 13. Fármacos preventivos usados en atención primaria en migraña-	67 -
Tabla 14. Características demográficas de los pacientes que consultaron por cefalea.	- 110 -
Tabla 15. Tabla comparativa datos demográficas según diagnóstico en serie total/migraña/cefalea tensional.....	- 114 -
Tabla 16. Comparación de datos demográficos en pacientes con migraña episódica vs aquellos con migraña crónica.....	- 119 -
Tabla 17. Tasa de uso de tratamientos sintomáticos de los pacientes con migraña versus aquellos con cefalea tensional (n y %).	- 130 -
Tabla 18. Tratamiento analgésico dispensado en farmacia en el último año en pacientes que consultaron por cefalea.	- 131 -

Tabla 19. Tipo de fármaco analgésico dispensado en farmacia en el último año en pacientes que consultaron por cefalea.	- 131 -
Tabla 20. Tratamiento analgésico dispensado en farmacia en el último año en pacientes con migraña vs aquellos con cefalea tensional	- 132 -
Tabla 21. Tratamiento analgésico dispensado en farmacia en el último año según subtipo de cefaleas siguiendo criterios de la IHS.....	- 133 -
Tabla 22. Tipo de fármaco analgésico dispensado en farmacia en el último año en pacientes con migraña.	- 134 -
Tabla 23. Tipo de fármaco analgésico dispensado en farmacia en el último año en pacientes con cefalea tensional.	- 135 -
Tabla 24. Tipo de tratamiento preventivo usado en los pacientes con migraña versus aquellos con cefalea tensional (n y %).	- 139 -
Tabla 25. Tratamiento preventivo dispensado en farmacia en el último año en pacientes que consultaron por cefalea.	- 140 -
Tabla 26. Tipo de fármaco preventivo dispensado en farmacia en el último año en pacientes que consultaron por cefalea.	- 140 -
Tabla 27. Tratamiento preventivo dispensado en farmacia en el último año en pacientes con migraña vs aquellos con cefalea tensional	- 141 -
Tabla 28. Tratamiento preventivo dispensado en farmacia en el último año según subtipo de cefaleas siguiendo criterios de la IHS.....	- 142 -
Tabla 29. Tipo de fármaco preventivo dispensado en farmacia en el último año en pacientes con migraña vs aquellos con cefalea tensional.....	- 143 -
Tabla 30. Escala MIDAS según subtipo de cefalea.....	- 156 -
Tabla 31. Escala HIT-6 según subtipo de cefalea.....	- 158 -
Tabla 32. Media, desviación estándar y mediana de escala EVA y de días de cefalea en los últimos 3 meses según subtipo de cefalea.	- 158 -
Tabla 33. Comparación consumo analgésicos en pacientes con migraña.-	172 -

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema resumen de la fisiopatología de la migraña.....	- 46 -
Figura 2. Esquema fisiopatología de la migraña.....	- 47 -
Figura 3. Algoritmo de tratamiento de la crisis de migraña	- 61 -
Figura 4. Cronología del estudio.....	- 89 -
Figura 5. Distribución por diagnósticos siguiendo criterios de la IHS	- 99 -
Figura 6. Distribución por diagnósticos según subtipos de cefalea	- 99 -
Figura 7. Pacientes con diagnóstico de migraña que asocian episodios de cefalea tensional	- 100 -
Figura 8. Porcentaje de pacientes con abuso de analgesia.....	- 101 -
Figura 9. Distribución de la muestra por sexos	- 102 -
Figura 10. Distribución de la muestra según nacionalidad.	- 103 -
Figura 11. Distribución de muestra según nivel educacional.....	- 104 -
Figura 12. Distribución de muestra según estado civil.	- 105 -
Figura 13. Media de número de hijos de la muestra.....	- 105 -
Figura 14. Distribución de la muestra según el Índice de Masa Corporal.-	106 -
Figura 15. Distribución de la muestra según ocupación.....	- 107 -
Figura 16. Distribución de muestra según presencia de comorbilidades.-	107 -
Figura 17. Distribución por frecuencia de comorbilidades.	- 108 -
Figura 18. Varones y mujeres fumadores/no fumadores de la Población de Cantabria según datos del INE 2020/2021 vs aquellos que consultaron por cefalea.	- 109 -
Figura 19. Antecedentes familiares de cefalea de la serie total pacientes con cefalea.	- 112 -
Figura 20. Familiar con cefalea en pacientes con antecedentes familiares de cefalea.	- 113 -

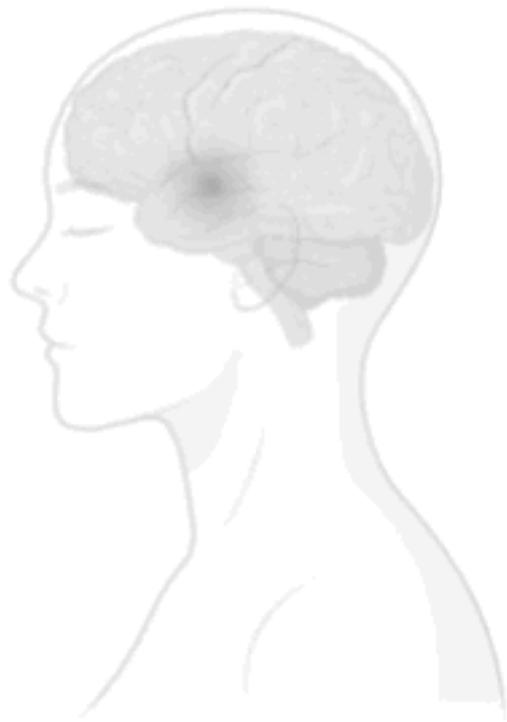
Figura 21. Migraña crónica vs migraña episódica del total de pacientes con diagnóstico de migraña.....	- 118 -
Figura 22. Datos del INE de la población de Santa Cruz de Bezana en el año 2020 distribuidos por edad y sexo.....	- 120 -
Figura 23. Población con nacionalidad española y extranjeros del municipio de Santa Cruz de Bezana según datos del INE en el año 2020 vs muestra de pacientes que consultaron por cefalea divididos por nacionalidad.	- 121 -
Figura 24. Nivel de estudios de la población de Cantabria vs nivel de estudios de los pacientes que consultaron por cefalea.	- 122 -
Figura 25. IMC por sexo en pacientes con cefalea vs el de la población general de Cantabria.	- 123 -
Figura 26. Distribución por diagnósticos según constaban previamente al estudio en historia clínica.	- 124 -
Figura 27. Comparativa de diagnóstico definitivo según criterios de la IHS frente a diagnóstico etiquetado previamente en historia clínica.	- 126 -
Figura 28. Hábitos de tratamiento analgésico de los pacientes que consultaron por cefalea.....	- 128 -
Figura 29. Tipo de triptán más utilizado entre los pacientes con cefalea.-	128 -
Figura 30. Tasa de uso de tratamientos sintomáticos de los pacientes con migraña versus aquellos con cefalea tensional.....	- 129 -
Figura 31. Fármaco más efectivo según criterio subjetivo del paciente. .	- 136 -
Figura 32. Tratamiento preventivo usado en los pacientes con cefalea...	- 137 -
Figura 33. Tasa de uso de tratamiento preventivo según los diferentes subtipos de cefalea.	- 138 -
Figura 34. Médico prescriptor del tratamiento preventivo.....	- 144 -
Figura 35. Terapias alternativas usadas por los pacientes con cefalea. ...	- 146 -
Figura 36. Porcentaje de derivaciones al segundo nivel asistencial	- 147 -
Figura 37. Seguimiento actual por neurología en pacientes con cefalea tensional vs aquellos con migraña.	- 148 -

Figura 38. Porcentaje de pacientes con pruebas complementarias realizadas vs aquellos a los que no se les habían realizado pruebas complementarias. -	149 -
Figura 39. Tipo de Prueba complementaria en aquellos a los que se les realizó pruebas complementarias.	150 -
Figura 40. Número de visitas a urgencias en el último año por cefalea. ..	152 -
Figura 41. Pacientes en situación laboralmente activa que requirieron IT en el último año en la población general de Santander vs aquellos con IT por cefalea tensional o migraña.....	154 -
Figura 42. Proporción de pacientes con puntuación en la escala de MIDAS mayor y menor de 11 puntos según categorías	155 -
Figura 43. Proporción de pacientes con puntuación en la escala de HIT-6 mayor y menor de 50 puntos según categorías	157 -

SIGLAS Y ABREVIATURAS

ACVA	Accidente Cerebrovascular Agudo
AINE	Antiinflamatorio no esteroideo
CGRP	Calcitonin Gene-Related Peptide
COVID-19	Enfermedad por coronavirus 2019
CTA/T-A	Cefalea Trigémico-Autonómica
DE	Desviación estándar
DM	Diabetes Mellitus
EVA	Escala Visual Analógica
EuroQol	Euro Quality of Life
FDA	Food and Drug Administration
HIT-6	Headache Impact Test
HTA	Hipertensión arterial
ICHD-1	Primera edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas
ICHD-2	Segunda edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas
ICHD-3	Tercera edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas
IHS	International Headache Society (Sociedad internacional de cefaleas)

IMC	Índice de Masa Corporal
INE	Instituto Nacional de Estadística
IT	Incapacidad Temporal
THS	Terapia Hormonal Sustitutiva
MC	Migraña crónica
ME	Migraña episódica
MIDAS	Migraine Disability Assessment
MSEP	Minor Symptoms Evaluation Profile.
MSQ	Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire
NPH	Nottingham Profile Health
OMS	Organización Mundial de la Salud
RM	Resonancia Magnética
SF-12	Cuestionario de calidad de vida Short Form 12
SF-36	Cuestionario de calidad de vida Short Form 36
SNC	Sistema nervioso central
SUNCT	Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing
TC	Tomografía Computarizada



1. Introducción

1.1. Definición

El término *cefalea* designa toda sensación dolorosa localizada en la bóveda craneal, desde la región frontal hasta la occipital [1]. Aunque se trata de una entidad clínica en sí misma, debe ser considerada desde el inicio como un síntoma, con el fin de abordar un correcto enfoque biopsicosocial que nos procure un mejor manejo del paciente con este síntoma.

Las cefaleas constituyen uno de los principales problemas de salud y son motivo de consulta frecuente en atención primaria, urgencias o consultas de neurología. Prácticamente todas las personas del mundo han padecido, al menos de forma ocasional, algún dolor de cabeza a lo largo de su vida y, tal y como ya refirieron *Bigal y Lipton*, la cefalea es uno de los tipos más comunes de dolor recurrente en la especie humana [1].

1.1. Clasificación

Las cefaleas se dividen en cefaleas primarias (sin substrato demostrable) y secundarias (aquellas en las que podemos encontrar una causa subyacente). Como analizaremos en detalle, la clasificación de las cefaleas primarias ha sido susceptible de múltiples cambios y modificaciones. A la hora de evaluar a un paciente con cefalea, a día de hoy aún seguimos basándonos en la *Clasificación de cefaleas, neuralgias craneales y dolor facial* de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS). Esta clasificación fue publicada por primera vez en 1988 (ICHD-1) [2] y en ella que se describen cerca de 300 causas de cefalea, clasificadas en diferentes grupos basándose en rigurosos criterios explícitos, que en la inmensa mayoría de las variedades han sido validadas por estudios, para poder clasificar los dolores de cabeza y las algias faciales por parte de cualquier clínico.

Desde esa primera publicación basada en el consenso de expertos de diferentes nacionalidades que reconocía no estar exenta de errores, han sido múltiples las publicaciones, revisiones y actualizaciones que se han llevado a cabo en cuanto a la clasificación de las cefaleas.

En el año 1991 en el 5º Congreso Internacional de Cefalea, en la reunión del Comité de Investigación en Cefalea de la Federación Mundial de Neurología, los expertos establecieron la necesidad de revisar la clasificación de la IHS debido a la ausencia de referencias a las cefaleas primarias frecuentes y también a las cefaleas inducidas por abuso de medicación. A partir de este congreso, fueron varios los autores que propusieron cambios a la clasificación de la IHS aportando nuevos criterios [2-5].

No fue hasta el año 2004, cuando se publicó la primera revisión de la clasificación del año 1988, la *“International Classification of Headache Disorders, second edition”* (ICHD-2) [6], en la que se tuvieron en cuenta numerosas

investigaciones realizadas a partir de la primera, destacando la inclusión de variaciones en cuanto a la edad del paciente, siendo útiles dichos cambios en el ámbito sobre todo de la pediatría. Otros cambios que aportó la ICHD-2 fue una reestructuración de los criterios para la migraña. En esta nueva revisión por primera vez la IHS admite el término de migraña crónica dentro de la subclasificación de “*complicaciones de la migraña*”, aunque la IHS sólo admitía este diagnóstico si no existía abuso de analgesia, negando en la práctica la posibilidad de que existiera una migraña crónica “primaria”.

Otra aportación fue la inclusión entre los dolores de cabeza secundarios del “dolor atribuido a alguna sustancia o a su retirada”, lo que continuó con el debate sobre el concepto “abuso de medicación” como factor de riesgo de desarrollar una cefalea crónica diaria o casi diaria, tal y como ya defendían autores como Silberstein previamente [4]. Otras aportaciones realizadas en la ICHD-2 [6] fueron una nueva subclasificación de la cefalea de tipo tensional, la introducción del concepto de cefalalgias trigémino-autonómicas y una nueva clasificación de enfermedades primarias anteriormente no clasificadas. En otros casos se optó por reclasificar o eliminar algunos conceptos de la primera edición.

Con frecuencia, en la práctica clínica los pacientes tienen rasgos intermedios dando lugar a nuevas discusiones y controversias entre los expertos sobre la necesidad de revisar los criterios nuevamente, sobre todo en lo que se refería al apartado de *migraña crónica*. Por ello, ante las críticas recibidas, la IHS se vio obligada a publicar un apéndice con criterios para ampliar el concepto de migraña crónica, aceptando como subtipo específico la migraña crónica en el año 2006 [7].

No es hasta más de una década después, en el año 2018, cuando se publica la tercera edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas (ICHD-3) [8], la cual incluye nuevas etiologías (atribuidas a viajes en avión y la cefalea en relación con tortícolis paroxística benigna, por ejemplo), nuevas terminologías

(los síndromes periódicos de la infancia, se renombran a síndromes episódicos que pueden estar asociados con migraña, dado que no son exclusivos de la infancia), cambios en cuanto a clasificación (se unifican los vómitos cíclicos y la migraña abdominal en un mismo epígrafe llamado trastornos gastrointestinales recurrentes), y modificaciones en cuanto a criterios diagnósticos.

En líneas generales, el correcto diagnóstico de una cefalea primaria puede realizarse mediante una anamnesis y una exploración física y neurológica correctas, requiriendo sólo en casos excepcionales la necesidad de pruebas complementarias, pudiendo asumir su diagnóstico en cualquier nivel asistencial.

1.2. Criterios diagnósticos según la III edición de la clasificación internacional de cefaleas. [8]

Clasificar adecuadamente las enfermedades es un hecho fundamental para la buena práctica médica, ya que permite una comunicación adecuada entre clínicos, ayuda a establecer pautas de pronóstico o terapéuticas y es imprescindible para dilucidar la etiología de una enfermedad [9].

Para ello, la IHS publicó en 2018 la III edición de la Clasificación Internacional de Cefaleas (ICHD-3) [8], que es en la que nos basamos actualmente. La clasificación está dividida en tres apartados: cefaleas primarias, cefaleas secundarias y el grupo de las denominadas neuralgias craneales, otros dolores faciales y cefaleas. De todas ellas, las que mayor interés tienen por su prevalencia en atención primaria son las cefaleas primarias y será en las que nos centraremos detalladamente.

Como se aprecia en la Tabla 1, la ICHD-3 divide las cefaleas primarias en varios subtipos: migraña, cefalea de tipo tensional, cefaleas trigémino-autonómicas y otras cefaleas primarias.

Tabla 1. Clasificación de las cefaleas primarias según ICHD-3 [8].

Clasificación de las cefaleas primarias según ICHD-3.	
1. Migraña	<ul style="list-style-type: none"> 1.1. Migraña sin aura 1.2. Migraña con aura 1.3. Migraña crónica 1.4. Complicaciones de la migraña 1.5. Migraña probable 1.6. Síndromes episódicos que pueden asociarse a la migraña
2. Cefalea de tipo tensional	<ul style="list-style-type: none"> 2.1. Cefalea episódica infrecuente de tipo tensional 2.2. Cefalea episódica frecuente de tipo tensional 2.3. Cefalea crónica de tipo tensional 2.4. Cefalea de tipo tensional probable
3. Cefaleas trigémino-autonómicas (CTA)	<ul style="list-style-type: none"> 3.1. Cefalea en racimos 3.2. Hemicránea paroxística 3.3. Cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración 3.4. Cefalea trigémino-autonómica probable
4. Otras cefaleas primarias	<ul style="list-style-type: none"> 4.1. Cefalea tusígena primaria 4.2. Cefalea por esfuerzo físico primaria 4.3. Cefalea por actividad sexual primaria 4.4. Cefalea en trueno primaria 4.5. Cefalea por crioestímulo 4.6. Cefalea por presión externa 4.7. Cefalea punzante primaria 4.8. Cefalea numular 4.9. Cefalea hipóptica 4.10. Cefalea diaria persistente <i>de novo</i>

En el manejo de la clasificación es fundamental considerar que no se clasifican pacientes, sino cefaleas, recibiendo cada paciente un diagnóstico para cada forma distinta de sintomatología que presente. Esto conlleva que, en ocasiones, no se puedan clasificar todos los episodios de cefalea de cada paciente, siendo el objetivo clasificar la forma más importante de cefalea y en ocasiones, alguna forma más [10].

1.2.1. Migraña

De acuerdo con la ICHD-3 [8], la migraña puede dividirse en 3 subtipos principales: la migraña sin aura, la migraña con aura y la migraña crónica, añadiéndose en dicha clasificación también criterios diagnósticos para migraña probable, complicaciones de la migraña y síndromes episódicos que pueden asociarse a la migraña.

La novedad en cuanto a migraña de la nueva clasificación ICHD-3 [8] con respecto a ediciones previas es que refina los criterios para el aura y lo diferencia de un ataque isquémico transitorio. La migraña sin aura es un síndrome clínico caracterizado por cefalea con características específicas y síntomas asociados, la migraña con aura se caracteriza por síntomas neurológicos focales transitorios que suelen preceder, o en ocasiones, acompañar a la cefalea. Se debe tener en consideración en cuanto a esta clasificación que en caso de que un paciente cumpla criterios para varios tipos de migraña, se deben clasificar todos ellos. Así mismo, si la primera aparición de una nueva cefalea con características de migraña guarda estrecha relación temporal con otro trastorno que pueda causar cefalea, la nueva cefalea se clasificaría como secundaria atribuida al trastorno desencadenante. Y, en caso de que ocurra una transición de una migraña preexistente a crónica y esta transición presente relación temporal con un trastorno causante, se deben asignar tanto el diagnóstico preexistente como el de cefalea secundaria [8,11].

1.2.1.1. Migraña sin aura

Anteriormente llamada *migraña común o hemicránea simple*. Para el diagnóstico correcto de migraña sin aura se deben cumplir una serie de criterios diagnósticos estipulados por la ICHD-3 que aparecen recogidos en la Tabla 2, y se requiere que haya al menos cinco crisis que cumplan criterios de migraña sin

aura para su diagnóstico. Si ha presentado menos de cinco crisis se debería clasificar como migraña sin aura probable.

La migraña sin aura es la cefalea primaria más propensa a cronificarse con el uso frecuente de medicación sintomática [8].

Tabla 2. Criterios diagnósticos de migraña sin aura según la ICHD-3 [8,11].

Criterios diagnósticos de la migraña sin aura
A. Al menos cinco crisis que cumplan los criterios B-D.
B. Duración de las crisis de 4-72 horas.
C. La cefalea tiene al menos dos de las siguientes características: <ol style="list-style-type: none"> 1. Localización unilateral 2. Calidad pulsátil 3. Intensidad moderada-grave. 4. Se agrava con las actividades físicas habituales o impide la realización de estas (por ejemplo, caminar o subir escaleras).
D. Al menos uno de los siguientes síntomas durante la cefalea: <ol style="list-style-type: none"> 1. Náuseas y/o vómitos 2. Fotofobia y fonofobia
E. No se encuentran indicios en la historia clínica ni en el examen físico de que los síntomas puedan atribuirse a otra causa o sugieran más otro diagnóstico de la Clasificación Internacional de las Cefaleas.

1.2.1.2. Migraña con aura

Anteriormente también llamada *migraña clásica*, *migraña oftálmica*, *hemiparestésica*, *afásica* o *hemipléjica*, *migraña acompañada* o *migraña complicada* [8].

Para el diagnóstico correcto de migraña con aura se deben cumplir una serie de criterios diagnósticos estipulados por la ICHD-3 que aparecen recogidos en la Tabla 3.

El aura es un conjunto de síntomas neurológicos que, generalmente, aparece antes de la cefalea, pero en ocasiones, puede comenzar tras el inicio de esta o aparecer o continuar durante la crisis. El aura más frecuente es el aura visual, presentando una incidencia del 90% en al menos alguna crisis en los pacientes con este tipo de migraña; seguida de los trastornos sensitivos y en menor medida los trastornos del habla. Generalmente la duración máxima del aura suele ser de una hora, excediéndose sobre todo en síntomas motores [8,11].

Tabla 3. Criterios diagnósticos de migraña con aura según la ICHD-3 [8,11].

Criterios diagnósticos de la migraña con aura
A. Al menos dos crisis que cumplan los criterios B y C
B. Uno o más de los siguientes síntomas de aura completamente reversibles: <ol style="list-style-type: none"> 1. Visuales. 2. Sensitivos. 3. De habla o lenguaje. 4. Motores. 5. Tronco-encefálicos. 6. Retinianos.
C. Al menos tres de las siguientes seis características: <ol style="list-style-type: none"> 1. Al menos un síntoma del aura se desarrolla gradualmente en 5 minutos o más y/o dos o más síntomas ocurren en sucesión. 2. Dos o más síntomas del aura aparecen sucesivamente. 3. Cada síntoma individual del aura dura entre 5 y 60 minutos. 4. Al menos un síntoma del aura es unilateral. 5. Al menos un síntoma del aura (visual o sensitiva) es positivo. 6. El aura es acompañada o seguida antes de 60 minutos por cefalea.
D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico y se ha descartado un accidente isquémico transitorio

1.2.1.3. Migraña crónica

Aparece definida en la ICHD-3 [8] como aquella cefalea en pacientes con historia de migraña que se presenta durante 15 ó más días/mes durante más de tres meses, y que, al menos 8 días/mes, presenta características de cefalea migrañosa, como se observa en la Tabla 4 [11].

En la última clasificación de la IHS [8] a diferencia de lo que ocurría en previas, ya se aísla la migraña crónica de los tipos episódicos de migraña debido a que resulta imposible distinguir los episodios individuales de cefalea en pacientes que presentan dolores de cabeza tan continuados. En esta última clasificación, además, se distingue como entidad clínica diferenciada con respecto a la cefalea por abuso de medicamentos, ya que aproximadamente un 50% de pacientes con abuso de medicamentos que aparentan padecer migraña crónica se reconvierten a un subtipo de migraña episódica tras la privación del fármaco, estando por tanto mal etiquetados como migraña crónica; y del mismo modo, muchos pacientes que parecen estar abusando de medicación no mejoran tras la privación. Por tanto, como norma general, los pacientes que cumplan los criterios tanto para migraña crónica como para cefalea por abuso de medicamentos se les deberán asignar ambos diagnósticos, pudiendo reconsiderarse el diagnóstico tras una nueva evaluación tras la retirada del fármaco.

Tabla 4. Criterios diagnósticos de migraña crónica según la ICHD-3 [8,11].

Criterios diagnósticos de la migraña crónica
A. Cefalea (tipo tensional o migrañoso) durante un periodo de ≥ 15 días/mes durante > 3 meses que cumple los criterios B y C.
B. Cursa en pacientes que han sufrido al menos cinco crisis que cumplen los criterios B-D para la migraña sin aura y/o los criterios B y C de la 1.2. Migraña con aura.
C. Durante un período de ≥ 8 días/mes por espacio de > 3 meses que cumple cualquiera de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Los criterios C y D para la Migraña sin aura. 2. Los criterios B y C para la Migraña con aura. 3. En el momento de la aparición el paciente cree es migraña, y se alivia con un triptán o derivados ergóticos.
D. No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-3.

1.2.2. Cefalea de tipo tensional

El dolor de la cefalea de tipo tensional, generalmente se describe como un dolor compresivo o constrictivo, que a menudo se compara con un peso o un casco alrededor de la cabeza y que no suele impedir las actividades de la vida diaria, aunque sí las suele dificultar.

La ICHD-I diferenciaba 2 formas de cefalea tipo tensional según la frecuencia de sus episodios: episódica (< 15 ataques por mes en promedio) y crónica (> 15 ataques por mes). Posteriormente la ICHD-II distinguió 3 formas en base al promedio de frecuencia: la infrecuente (< 1 ataque por mes), la frecuente (1- 14 ataques por mes, durante al menos 3 meses) y la crónica diaria (≥ 15 ataques por mes durante al menos 3 meses). Cada una de estas formas puede clasificarse posteriormente en formas asociadas o no asociadas a la sensibilidad pericraneal.

Los criterios utilizados actualmente para clasificar la cefalea de tipo tensional vienen recogidos en la Tabla 5.

Tabla 5. Criterios diagnósticos de la Cefalea de tensión según la ICHD-3 [8].

Cefalea episódica infrecuente de tipo tensional.
A. Al menos 10 episodios de cefalea que aparezcan de media <1día/mes (<12 días/año) y que cumplen los criterios B-D
B. Cefalea con duración de 30 minutos a 7 días
C. Al menos dos de las siguientes cuatro características: <ol style="list-style-type: none"> 1. Localización bilateral 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil) 3. Intensidad leve-moderada 4. No empeora con la actividad física habitual, como andar o subir escaleras
D. Ambas características siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin náuseas ni vómitos 2. Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas)
E. No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.
Cefalea episódica frecuente de tipo tensional.
A. Al menos 10 episodios de cefalea que aparezcan de media 1-14 días/mes durante > 3 meses (≥ 12 y <180 días/año) y que cumplen los criterios B-D
B. Cefalea con duración de 30 minutos a 7 días
C. Al menos dos de las siguientes cuatro características: <ol style="list-style-type: none"> 1. Localización bilateral 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil) 3. Intensidad leve-moderada 4. No empeora con la actividad física habitual, como andar o subir escaleras
D. Ambas características siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Sin náuseas ni vómitos 2. Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas)
E. No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.
Cefalea crónica tipo tensional.
A. Cefalea durante un período de ≥ 15 días/mes durante >3 meses (≥ 180 días/año) que cumple los criterios B-D.
B. Cefalea con duración de horas a días, o sin remisión.
C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:

<ol style="list-style-type: none"> 1. Localización bilateral 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil) 3. Intensidad leve-moderada 4. No empeora con la actividad física habitual, como andar o subir escaleras
<p>D. Ambas características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Puede asociar o fotofobia, o fonofobia o náuseas leves (no más de una). 2. Ni náuseas moderadas o intensas ni vómitos.
<p>E. No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.</p>
<p>Cefalea de tipo tensional probable</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cefalea episódica infrecuente de tipo tensional probable. <ol style="list-style-type: none"> A. Episodios de cefalea que cumplen todos salvo uno de los criterios A-D de la <i>Cefalea episódica frecuente de tipo tensional</i>. B. No cumple los criterios de la ICHD-III de otra cefalea. C. No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.
<ol style="list-style-type: none"> 2. Cefalea episódica frecuente de tipo tensional probable <ol style="list-style-type: none"> A. Episodios de cefalea que cumplen todos salvo uno de los criterios A-D de la <i>Cefalea episódica frecuente de tipo tensional</i>. B. No cumple los criterios de la ICHD-III de otra cefalea. C. No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.
<ol style="list-style-type: none"> 3. Cefalea crónica de tipo tensional probable <ol style="list-style-type: none"> A. Las crisis cumplen todos salvo uno de los criterios A-D para la <i>Cefalea crónica de tipo tensional</i>. B. No cumple los criterios de la ICHD-III de otra cefalea. C. No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.

1.2.3. Cefaleas trigémino-autonómicas

Se considera que el nexo de unión de este grupo de cefaleas constituido por la cefalea en racimos, la hemicránea paroxística, la cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración y la hemicránea continua es su localización del dolor trigeminal (primera rama) y la activación de un reflejo trigémino-facial (parasimpático), responsable de las manifestaciones vegetativas oculofaciales [11].

Como en el resto de grupos la ICHD-3 recabó una serie de criterios diagnósticos que caracterizan a cada una de ellas y que aparecen recogidos en las Tablas 6 – 9.

Tabla 6. Criterios diagnósticos de la cefalea en racimos [8,11].

Cefalea en racimos
A. Al menos <i>cinco crisis</i> que cumplan los criterios B-D
B. Dolor intenso o muy intenso, estrictamente unilateral, orbitario, supraorbitario y/o temporal, de 15 a 180 minutos de duración (sin tratamiento)
C. Cualquiera de las características siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Al menos uno de los siguientes signos o síntomas, <i>ipsilaterales al lado del dolor</i>: <ol style="list-style-type: none"> a. Inyección conjuntival y/o lagrimeo b. Congestión nasal y/o rinorrea c. Edema palpebral d. Sudoración frontal o facial e. Miosis y/o ptosis 2. Sensación de inquietud o agitación
D. La frecuencia de crisis oscila entre una cada 2 días y ocho al día
E. El cuadro clínico no se puede atribuir a otro proceso de la ICHD-III

Tabla 7. Criterios diagnósticos de la hemicránea paroxística [8,11].

Hemicránea paroxística
A. Al menos 20 ataques que cumplen los criterios B-E
B. Dolor intenso <i>unilateral</i> en la región orbitaria, supraorbitaria o temporal, con una duración de <i>2 a 30 minutos</i>
C. Al menos uno de los siguientes síntomas o signos, <i>homolaterales al dolor</i> : <ol style="list-style-type: none"> 1. Inyección conjuntival o lagrimeo 2. Congestión nasal o rinorrea 3. Edema palpebral 4. Sudación frontal y facial 5. Rubefacción frontal y facial 6. Sensación de taponamiento en los oídos 7. Miosis y/o ptosis
D. Los ataques tienen una frecuencia <i>por encima de cinco por día</i> durante más de la mitad del tiempo
E. Los episodios responden completamente a dosis terapéuticas de indometacina
F. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

Tabla 8. Criterios diagnósticos de la cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración [8,11].

Cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración “SUNCT”
A. Al menos 20 episodios que cumplen los criterios B-D
B. Episodios de dolor unilateral, moderado o grave en la región orbitaria, supraorbitaria, temporal y/u otra distribución trigeminal, y de una duración de 1-600 segundos en forma de punzadas únicas, una serie de punzadas, o en un patrón de dientes de sierra
C. Al menos uno de los siguientes cinco síntomas o signos autonómicos craneales, ipsilaterales al dolor: <ol style="list-style-type: none"> 1. Hiperemia conjuntival y/o lagrimeo 2. Congestión nasal y/o rinorrea 3. Edema palpebral 4. Sudación frontal y facial 5. Miosis y/o ptosis
D. Se presenta con una frecuencia de al menos una vez al día.
E. No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.

Cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración con hiperemia conjuntival y lagrimeo
A. Ataques que cumplen los criterios diagnósticos de cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración y el criterio B.
B. Ambos, inyección conjuntival y lagrimeo, ipsilaterales al dolor.
Cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración con síntomas autonómicos
A. Ataques que cumplen los criterios diagnósticos de cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración y el criterio B.
B. Solo una o ninguna de inyección conjuntival o lagrimeo, ipsilaterales al dolor.

Tabla 9. Criterios diagnósticos de la hemicránea continua [8,11].

Hemicránea continua
A. Cefalea unilateral que cumple los criterios B-D
B. Presente desde al menos 3 meses, con exacerbaciones de moderada o gran intensidad
C. Alguno o ambos de los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Al menos uno de los siguientes síntomas o signos, ipsilaterales a la cefalea: <ol style="list-style-type: none"> a. Inyección conjuntival y/o lagrimeo b. Congestión nasal y/o rinorrea c. Edema palpebral d. Sudación frontal o facial e. Miosis y/o ptosis 2. Sensación de inquietud o agitación, o agravamiento del dolor con el movimiento
D. Responde completamente a dosis terapéuticas de indometacina
E. Sin mejor explicación por ningún otro diagnóstico de la ICHD-III

1.2.4. Otras cefaleas primarias

Sería muy extenso dada la heterogeneidad de este tipo de cefaleas primarias desde el punto de vista clínico describir todas ellas y no es el objetivo de este trabajo su revisión. Por ello, en la tabla 10 se muestra una clasificación de este subgrupo de cefaleas primarias, así como una descripción muy breve e invitamos al lector interesado a recurrir a las referencias [8,12] de la bibliografía.

Tabla 10. Clasificación de otras cefaleas primarias [12].

Otras cefaleas primarias.	Descripción
4.1. Cefalea tusígena primaria 4.1.1. Probable cefalea tusígena primaria	Cefalea desencadenada por tos u otra maniobra de Valsalva (esfuerzo brusco), pero no por ejercicio físico prolongado, en ausencia de otro trastorno intracraneal.
4.2. Cefalea por esfuerzo físico primaria 4.2.1. Probable cefalea por esfuerzo físico primaria	Cefalea desencadenada por cualquier forma de esfuerzo en ausencia de otro trastorno intracraneal.
4.3. Cefalea asociada a actividad sexual primaria 4.3.1. Probable cefalea asociada a actividad sexual primaria	Cefalea desencadenada por la actividad sexual, que suele iniciarse como un dolor bilateral y sordo a medida que progresa la excitación sexual y alcanza gran intensidad repentinamente durante el orgasmo, en ausencia de trastorno intracraneal.
4.4. Cefalea primaria en trueno 4.4.1. Probable cefalea primaria en trueno	Cefalea de alta intensidad e inicio brusco que imita aquella del aneurisma cerebral roto, en ausencia de otra patología intracraneal.
4.5. Cefalea por criostímulo 4.5.1. Cefalea atribuida a la aplicación externa de un estímulo frío 4.5.2. Cefalea atribuida a la ingestión o inhalación de un estímulo frío 4.5.3. Probable cefalea por estímulo de frío 4.5.3.1. Cefalea probablemente atribuida a la aplicación externa de un estímulo frío 4.5.3.2. Cefalea probablemente atribuida a la ingestión o inhalación de un estímulo frío	Cefalea provocada por un estímulo frío que se aplica en la parte externa de la cabeza, se ingiere o se inhala.
4.6. Cefalea por presión externa 4.6.1. Cefalea por compresión externa 4.6.2. Cefalea por tracción externa 4.6.3. Probable cefalea por presión externa 4.6.3.1. Probable cefalea por compresión externa 4.6.3.2. Probable cefalea por tracción externa	Cefalea originada por compresión ininterrumpida o tracción en las partes blandas pericraneales.
4.7. Cefalea punzante primaria 4.7.1. Probable cefalea punzante primaria	Cefalea en forma de punzadas transitorias y localizadas en la cabeza que aparecen espontáneamente en ausencia de una patología orgánica de las estructuras subyacentes ni de los pares craneales.
4.8. Cefalea numular 4.8.1. Probable cefalea numular	Dolor de duración altamente variable, pero por lo general de carácter crónico, en un área circunscrita del cuero cabelludo, en ausencia de lesiones estructurales subyacentes.
4.9. Cefalea hípnica 4.9.1. Probable cefalea hípnica	Episodios de cefalea frecuentemente recurrentes que solo aparecen durante el sueño y lo interrumpen, con una duración de hasta cuatro horas, sin síntomas concomitantes característicos y no atribuible a otra patología.
4.10. Cefalea diaria persistente de novo 4.10.1. Probable cefalea diaria persistente de novo	Cefalea persistente, diaria desde el inicio, que se recuerda con claridad. El dolor no tiene rasgos clínicos característicos, y puede ser tipo migrañoso o tipo tensional, o tener elementos propios de ambos tipos.

1.3. Fisiopatología

Existe un conocimiento limitado de la fisiopatología de las cefaleas que, junto con la falta de interés académico previa, ha dado lugar al uso de tratamientos no específicos; no obstante, el interés por conocer su fisiopatología ha aumentado durante la última década [13].

Dado que no es el objetivo de este trabajo realizar una revisión de la fisiopatología, además de que en algunos aspectos aún es desconocida, realizamos a continuación una breve revisión y remitimos al lector interesado en el tema a consultarlo en las referencias [14-24] de la bibliografía.

1.3.1. Cefalea tensional

La fisiopatología de este tipo de cefalea es multifactorial, por mecanismos miofasciales periféricos y componentes del sistema nervioso central (SNC), asociados a desencadenantes ambientales y en menor medida genéticos [14,15].

Se ha visto una mayor sensibilidad de los tejidos miofasciales periféricos (musculatura pericraneal y puntos gatillo que producen dolor tanto a nivel craneal como cervical) en los pacientes con este tipo de cefalea. Se discute si esto condicionaría la liberación de moléculas como la serotonina y otras, lo que desembocaría en una mayor hiperexcitabilidad de neuronas supraespinales implicadas en la percepción del dolor y una disminución del umbral del dolor en este nivel perpetuando la activación de los receptores periféricos [16-18]. Esto provocaría que estímulos, generalmente inocuos generarían dolor debido a que un aumento de información nociceptiva a estructuras supraespinales y a una

disminución de la actividad antinocioceptiva descendente desde estructuras centrales produciendo una hipersensibilidad generalizada al dolor [16-19].

Así mismo, el estrés, los trastornos del sueño y la autopercepción de dificultad para relajarse pueden estar implicados en este tipo de cefalea, de tal forma que la ansiedad y depresión se asocian con frecuencia a la cefalea tensional crónica [20].

1.3.2. Migraña.

La migraña es un trastorno cerebral neurovascular complejo en el que intervienen múltiples áreas del cerebro, corticales, subcorticales y del tronco cerebral; no conociéndose completamente aún su fisiopatología [21]. Como se puede apreciar en las figuras 1 y 2, se ha visto que en su fisiopatología están involucrados fundamentalmente cuatro elementos: el hipotálamo, los núcleos del tronco del encéfalo, la corteza cerebral y el sistema trigeminovascular [20-22].

Sabemos tras los avances en los últimos años, que el hipotálamo es probablemente responsable de los pródromos y del inicio del dolor. El dolor de la migraña es probablemente puesto en marcha en el locus coeruleus y los núcleos del rafe, que se encuentran en el tronco del encéfalo. En algunos pacientes acontece un fenómeno de depresión cortical propagada que se expresa clínicamente como aura. En todo caso, la causa final del dolor y síntomas asociados a la crisis de migraña es la activación del sistema trigeminovascular, formado en su brazo aferente por el nervio trigémino y en su brazo eferente por la porción para simpática del nervio facial [23].

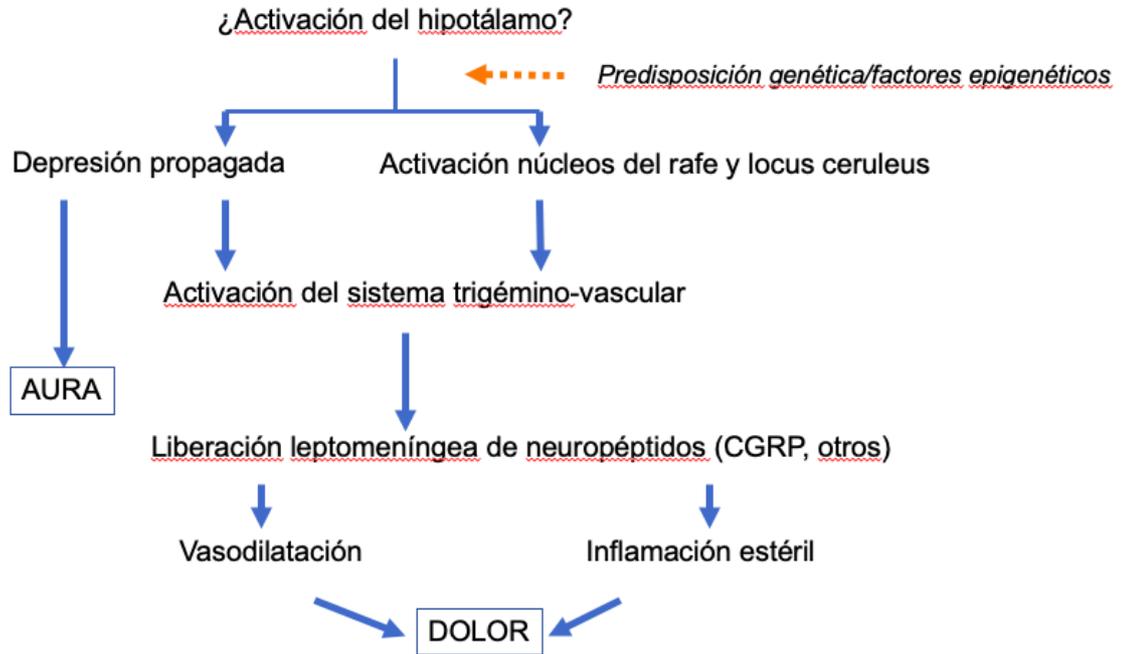


Figura 1. Esquema resumen de la fisiopatología de la migraña [24].

La activación del sistema trigémino-vascular da lugar a la liberación a nivel leptomeníngeo y pericraneal de péptidos algógenos, capaces de dilatar e inflamar asépticamente las meninges y sus vasos, entre los que destaca el péptido en relación con el gen de la calcitonina (conocido comúnmente como CGRP por sus siglas en inglés) [25, 26].

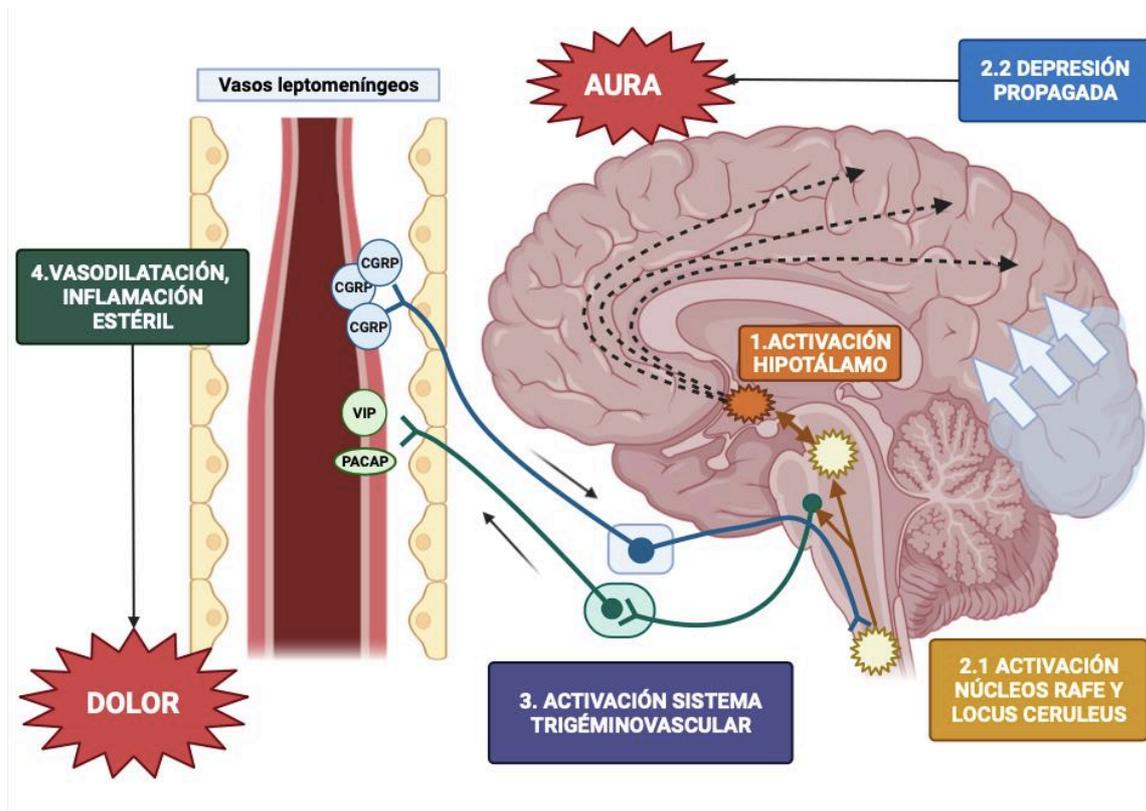


Figura 2. Esquema fisiopatología de la migraña. Fuente: Elaboración propia con el programa Biorender.

1.3.3. Cefaleas trigémino-autonómicas.

En la fisiopatología de estas cefaleas intervienen el hipotálamo y el sistema trigémino-vascular. Recuérdese que estas cefaleas tienen ritmo horario, una función propia del hipotálamo, y el dolor se produce por una activación más aguda e intensa del sistema trigémino-vascular, con liberación de neuropeptidos como el CGRP [20].

1.3.4. Otras cefaleas primarias

Dado que el objetivo de este trabajo no es estudiar la fisiopatología, no vamos a revisar aquí los mecanismos del resto de las cefaleas primarias, que son por otro lado en gran parte desconocidos. El lector interesado puede acudir a la referencia 12 de la bibliografía.

1.4. Epidemiología

Los estudios epidemiológicos en las cefaleas primarias tienen inevitables sesgos metodológicos, debido a que el diagnóstico es estrictamente clínico, al no existir un marcador biológico o de neuroimagen que permita distinguir las diferentes entidades [11,13].

Una revisión de los estudios epidemiológicos realizados en Europa [13] estimó que la proporción de adultos en Europa con dolor de cabeza fue del 51%, con migraña del 14% y con "dolor de cabeza crónico" del 4%.

Por lo general, la migraña y, en menor medida, el dolor de cabeza en general, son más frecuentes en los años más productivos de la edad adulta, en torno a los 20 y los 50 años, momento en el que alcanza su punto máximo de prevalencia [13, 27].

Algunos estudios han concluido que, en los años previos a la pubertad, la migraña es más común entre los niños que entre las niñas [28]. Pero, al comienzo de la pubertad, la migraña es más frecuente en las niñas y, al final de la adolescencia, las mujeres presentan aproximadamente el doble de probabilidades de sufrir migraña que los hombres [28].

En Estados Unidos, también se ha visto que la prevalencia de migraña es mayor en personas de nivel socioeconómico más bajo [27, 29-31].

Sabemos, además, por la literatura publicada hasta el momento, que en concreto la migraña, puede asociarse con numerosas comorbilidades, tanto neuropsiquiátricas, como ansiedad-depresión, insomnio, epilepsia o accidente cerebrovascular, como no neuropsiquiátricas, como enfermedades cardíacas, asma/alergias, patología gastrointestinal, etc [32- 35].

A pesar de que la metodología y la calidad de los estudios publicados varían considerablemente, dificultando el poder realizar comparaciones directas entre diferentes países, la bibliografía publicada hasta la fecha muestra que cuando se analiza la cefalea como síntoma, independientemente de su intensidad, la prevalencia es muy alta en todos los estudios publicados, siendo en nuestro medio el primer motivo de consulta en las consultas de neurología [13, 31, 36].

1.5. Calidad de vida

Las cefaleas son trastornos muy limitantes afectando a la calidad de vida de los pacientes que las sufren, tanto a nivel personal, social, como laboral y consecuentemente generando importantes costes económicos. Están consideradas como la segunda causa más común de años de vida con discapacidad en todo el mundo [37].

Un estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre la carga de morbilidad global de 2017 [38] coloca a la migraña como la sexta causa principal de discapacidad en el mundo y la tercera causa de reducción de la calidad de vida por debajo de los 50 años de edad en España [39-41].

En España, concretamente la migraña, está considerada la primera causa de discapacidad en menores de 50 años [42]. Además, a nivel laboral, la migraña es una causa importante de absentismo laboral [43]. Según un estudio realizado en 2018 [44], una quinta parte de los pacientes en situación laboral necesitaron días de baja laboral debido a migraña, con una media de días de baja laboral de más de una semana en el último año, viendo que, en promedio, los pacientes con migraña crónica pierden 14,6 días al año, frente a los pacientes con migraña episódica, en los que la cifra estaba en 2,6 días al año perdidos. En este estudio se observó que, en torno al 35% de los pacientes con migraña crónica habían requerido baja laboral por este motivo en el último año, frente al 16% de los pacientes con migraña episódica [44].

Por su frecuencia y por la gravedad del dolor, la migraña es el tipo de cefalea que más impacto tiene a nivel laboral [45-46]. Se ha demostrado que aproximadamente el 10% de los trabajadores con migraña, sufren una reducción de la jornada laboral mayor a 12 horas semanales debida a migraña [44-46].

Además de los días perdidos por baja laboral, las cefaleas y, especialmente la migraña, condicionan un elevado presentismo laboral, es decir, una disminución de la productividad laboral secundario a la discapacidad que producen. A este respecto, la pérdida de productividad laboral puede ser de hasta el 50% debido a la falta de concentración durante las crisis de migraña y en los periodos entre crisis [44, 47-48]. Se ha visto en algunos estudios que aproximadamente el 64% de los pacientes con migraña crónica reconocen que la enfermedad había afectado a su eficiencia laboral [38].

Las pérdidas económicas que suponen las cefaleas también son muy elevadas. En los países occidentales se han cifrado en aproximadamente 800 euros al año en migraña episódica y más de 3000 en pacientes con migraña crónica, solo en costes directos y España es uno de los países con mayor impacto económico [49-52].

Se han medido también los costes indirectos (los asociados a absentismo o pérdida de productividad laboral), viéndose también un gran impacto, pues la enfermedad generalmente afecta a personas en edad laboralmente activa, siendo de hecho estos costes mayores que los directos suponiendo más del 50% de los costes totales [44]. Además, según los datos del Atlas de Migraña de 2018, como se observa en la Tabla 11, el coste derivado de la pérdida de la productividad laboral es aproximadamente el doble en los pacientes con migraña crónica con respecto a migraña episódica, entendiéndose como pérdida de productividad laboral la que recoge los días de absentismo laboral debido a visitas médicas, bajas laborales, días de hospitalización, falta de concentración y, abandono prematuro entre otras [44].

Tabla 11. Costes directos e indirectos para la migraña en España. *Tabla tomada y modificada del Atlas de Migraña de 2018 [44].*

	Migraña episódica	Migraña crónica
Costes directos		
Asumidos por el sistema sanitario ¹	964 €/paciente/año	3.847 €/paciente/año
Asumidos por el paciente ²	878 €/paciente/año	1.658 €/paciente/año
Costes directos totales	1.842 €/paciente/año	5.505 €/paciente/año
Costes indirectos³		
Secundarios a la pérdida de productividad	3.199 €/paciente/año	7.465 €/paciente/año
COSTE TOTAL	5.041 €/paciente/año	12.970 €/paciente/año

¹Costes directos asumidos por el sistema sanitario: consumo de medicación, visitas y pruebas médicas, utilización de los Servicios de Urgencias y costes derivados de la hospitalización.

²Costes directos asumidos por el paciente: derivados de terapias/actividades fuera del sistema sanitario (acupuntura, osteopatía, fisioterapia)

³Costes indirectos: derivados del absentismo laboral, las bajas laborales, el abandono del trabajo y la reducción del rendimiento en el puesto de trabajo.

1.5.1. Cuantificación de la calidad de vida

A pesar de que es complicado encontrar una definición consensuada, podemos decir que la calidad de vida relacionada a la salud es un concepto multidimensional que intenta cuantificar la repercusión de una determinada patología en diferentes áreas de la vida de las personas [11, 53].

Estudiar y cuantificar la calidad de vida de los pacientes con cefalea puede ser muy útil por varios motivos: Por un lado, es una buena herramienta para valorar la repercusión que tiene la cefalea en la vida del paciente, es útil para comparar los pacientes con migraña con respecto a pacientes con otras

cefaleas, puede usarse como medida útil de resultados en ensayos clínicos y también puede evaluar los efectos de los tratamientos [11].

Inicialmente, se usaron medidas acerca del estado funcional y de bienestar de los pacientes, algunas de un único ítem y diseñadas para cada estudio, haciendo complicado comparar los resultados entre ellos [53].

Actualmente, se pueden dividir los cuestionarios en dos tipos fundamentales de instrumentos: los genéricos, que aplican escalas que valoran la calidad de vida respecto a un número de actividades, fundamentalmente a nivel físico, social, psicológico y conductual, y están diseñados para valorar poblaciones generales y permiten comparar pacientes con distintas patologías; y los específicos de una enfermedad determinada [11, 48, 53].

Dentro de los cuestionarios genéricos, los más usados en cefaleas han sido el EuroQol (Euro Quality of Life), el MSEP (Minor Symptoms Evaluation Profile), el NPH (Nothingan Profile Health), el MOS (Medical Outcomes Study Short Form) SF-36, el MOS SF-20 o el SF-12. De ellos, el más usado en los estudios de cefaleas ha sido el MOS SF-36. El SF-36 derivado del MOS SF-36, ha sido un instrumento útil en algunas enfermedades crónicas, valorando la carga que produce una enfermedad en los pacientes que la sufren y pudiendo comparar diferentes enfermedades, explorando a través de 36 preguntas tanto la función física, como dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Existe una versión reducida de este cuestionario, el SF-12, que cubre las 8 dimensiones, pero no permite obtener puntuaciones específicas para cada una [53].

Centrándonos en los específicos de cefalea, y debido a que la repercusión de la cefalea en la calidad de vida ha sido más estudiada en la migraña que en el resto de cefaleas primarias, los cuestionarios específicos han sido originalmente diseñados para su uso en migraña, pudiendo tener limitaciones en

otras cefaleas primarias. Los más utilizados en estudios y ensayos clínicos son el MIDAS (*Migraine Disability Assessment*), el HIT-6 (*Headache Impact Test Questionnaire*), y el MSQ (*Migraine Specific quality of life Questionnaire*) [11, 48, 54-59].

El cuestionario MIDAS se usa para definir la pérdida de días en todas las áreas, personal, profesional y familiar durante los últimos 3 meses, por haber sufrido crisis de migraña. Como se puede ver en el Anexo 6, es un cuestionario basado en 5 ítems que evalúan la reducción en el rendimiento en trabajo o escuela, trabajo doméstico y actividades sociales. La puntuación final indica el nivel de discapacidad en 4 grados: discapacidad nula o mínima, leve, moderada y grave [48, 54-56].

El test de impacto de cefalea HIT-6 es una herramienta que se usa para medir el impacto de los dolores de cabeza en la capacidad del paciente para funcionar en varias áreas: en el trabajo, en casa, el colegio y en el área social. Como se puede ver en el Anexo 5, consta de 6 ítems que evalúan la frecuencia de cefalea intensa, la limitación de las actividades diarias (incluyendo el ámbito social, el trabajo y la escuela), el deseo de acostarse en la cama, fatiga, irritabilidad y la dificultad en la concentración. Las puntuaciones finales dividen en: poco o ningún impacto, cierto impacto, impacto importante o impacto muy grave cuando la puntuación es mayor de 60. Esta escala es útil además para la valoración de la respuesta al tratamiento, dado que una reducción de 2 ó 3 puntos tras 4 semanas de tratamiento se correlacionó con una mejoría clínica significativa. [48, 57-59].

El cuestionario de calidad de vida específico de la migraña MSQ [60], es un cuestionario específico para migraña ideado para evaluar las limitaciones en la calidad de vida y el efecto de los tratamientos. Está dividido en 3 esferas que evalúan la reducción o prevención en socialización, actividades relacionadas con el ámbito laboral y las emociones relacionadas con la migraña.

El uso de estos cuestionarios específicos, en combinación con otros cuestionarios de carácter general como el SF-36, ha demostrado ser de mucha utilidad, dada la gran sensibilidad para medir el potencial beneficio terapéutico de un tratamiento en pacientes migrañosos o con cefalea crónica diaria [61].

En el Atlas de Migraña en España se observó que más de la mitad de los migrañosos presentaba un grado de discapacidad grave o muy grave, medida a través de la escala MIDAS, siendo la discapacidad muy grave para casi el 70% de los pacientes con migraña crónica [44].

1.6. Hábitos de tratamiento

Históricamente, la clasificación de las cefaleas probablemente se originó por la necesidad de diferenciar entre diversos tratamientos específicos para los distintos tipos de cefaleas [62].

El abordaje terapéutico de las cefaleas no es sencillo y debe comenzar con una adecuada comunicación con el paciente, explicando la naturaleza de su proceso, dado que en un elevado porcentaje de los casos el diagnóstico de las cefaleas primarias es clínico, así como hacerle comprender que es un elemento activo en el control de su cefalea, siendo indispensable todo esto para conseguir el éxito terapéutico [62,63].

El tratamiento de las cefaleas y en concreto de la migraña podemos decir que incluye por tanto medidas generales, así como tratamiento sintomático o de las crisis y, en algunos pacientes, tratamiento preventivo [62].

1.6.1. Medidas generales

En concreto en la migraña, cada vez tenemos más datos que avalan que las medidas generales, sobre todo a nivel de los hábitos de vida, son fundamentales para que el tratamiento del paciente con migraña sea exitoso y aquí el médico de atención primaria juega un papel fundamental. Se debe recomendar mantener un horario regular de sueño y de alimentación, y además uno de los mejores tratamientos es realizar ejercicio físico regular mente o la pérdida de peso. La bibliografía publicada nos muestra que las modificaciones epigenéticas propias de hábitos de vida poco saludables pueden tener un papel crucial en la evolución de la migraña incluso mayor que la propia carga genética del individuo [64].

En cuanto a la cefalea tipo tensional, algunos estudios indican que las técnicas de relajación y la terapia cognitivo-conductual pueden ser útiles, aunque no se dispone de evidencia suficiente y el grado de recomendación al respecto es bajo [65]. En contraposición, la fisioterapia puede mejorar la cefalea tipo tensional. Esto se explica puesto que en la fisiopatología de este tipo de cefalea está implicada la presencia de puntos gatillo miofasciales, por lo que las técnicas como masajes o estiramientos podrían resultar exitosas. En un ensayo clínico controlado con placebo publicado en 2015 se observó que las técnicas de terapia manual que buscaban desactivar los puntos gatillo miofasciales fueron más efectivas que placebo, aunque las diferencias no fueron significativas para todas las variables [66]. Además, se recomienda el ejercicio físico, sobre todo de tipo anaeróbico con entrenamiento de musculatura cráneo-cervical y de hombro [68].

1.6.2. Tratamiento farmacológico de las crisis agudas

La finalidad del tratamiento sintomático es controlar los episodios de cefalea y reducir los síntomas acompañantes. Debemos individualizar este tratamiento a cada caso, teniendo en cuenta la intensidad de las crisis, las comorbilidades asociadas, contraindicaciones, así como las características de cada paciente.

1.6.2.1. Migraña

El tratamiento sintomático es obligatorio en todos los pacientes con migraña, y los triptanes son el tratamiento sintomático de elección en estos pacientes [63], y aunque debemos individualizar en cada caso, en la figura 3 se recoge el algoritmo de actuación según la intensidad de la crisis.

Los diferentes tipos de antiinflamatorios, analgésicos y coadyuvantes usados en atención primaria para las crisis agudas de migraña aparecen recogidos en la tabla 12. Podríamos resumir en que los AINEs se utilizan en las crisis leves-moderadas y los triptanes en crisis moderadas-graves o en pacientes con ataques menos severos sin respuesta a los AINE o intolerantes. Ambos, deben tomarse en cuanto se inicie la crisis, sobre todo los triptanes [11].

Así mismo, se puede considerar el uso adyuvante de antieméticos y procinéticos. El tratamiento debe ser siempre revisado para evitar el abuso de medicación así como la cronificación de la migraña y la cefalea de rebote.

Los triptanes son por tanto medicamentos específicos, con eficacia demostrada en el tratamiento sintomático de las crisis de migraña. El problema es que hasta en un tercio de los pacientes el tratamiento con triptanes orales no proporciona alivio de la cefalea [11, 63]. En caso de recurrencia de la cefalea, se puede tomar una segunda dosis de triptán. Además, las evidencias en los ensayos clínicos exponen que los pacientes con escasa respuesta a un triptán pueden beneficiarse en sucesivos tratamientos con un triptán diferente [11].

A pesar de ser un tratamiento específico, los estudios clínicos revelan la falta de uso de los triptanes. Hace doce años, un estudio [68] ya informó que, aunque el 70,3% de los pacientes con migraña atendidos en las consultas de neurología tenían puntuaciones de discapacidad elevadas en el Headache Impact Test, sólo el 17,4% utilizaba medicamentos específicos para la migraña. Un año después, otro estudio que evaluaba la prevalencia de migraña en América, también obtuvo datos destacables al respecto del tratamiento, observando que más del 40% de los pacientes con migraña episódica tenían al menos una necesidad insatisfecha a nivel de su tratamiento agudo. Las principales razones de esto eran la discapacidad asociada a la migraña y la insatisfacción que les suponía el tratamiento actual en sus crisis agudas [69].

Todo ello sugiere que el tratamiento insuficiente de la migraña sigue siendo un problema que debe abordarse [69-73]. La mayoría de los pacientes con migraña no utilizan los fármacos específicos contra la migraña aguda, los triptanes, y la falta de eficacia y tolerabilidad a largo plazo de los tratamientos convencionales conllevan a menudo altas tasas de interrupción del tratamiento [74-81]. De hecho, hasta un tercio de los pacientes pueden suspender los triptanes por una baja eficacia o por la aparición de efectos secundarios [82-84].

El riesgo de esto es que la migraña mal controlada puede conllevar el uso excesivo de medicamentos y la aparición de cefalea por uso excesivo de analgésicos de rebote [85,86]. Un factor de riesgo asociado al uso excesivo de medicamentos es la progresión de migraña episódica en migraña crónica, por ello, debe evitarse [85-87], además esto puede conllevar la reducción de eficacia de algunos tratamientos preventivos [86].

Se recomienda evitar el uso de ergóticos, salvo crisis poco frecuentes y largo tiempo de uso. En cuanto al uso de opioides en el tratamiento de las cefaleas debe evitarse, dado que pueden ser una importante causa de cefalea con abuso de medicación, y la evidencia de su uso en migraña es escasa y de poca calidad, siendo la mayoría de los estudios publicados muy antiguos, y conteniendo deficiencias metodológicas y riesgo de conflicto de intereses [62, 63].

Debemos tener en cuenta la presencia de comorbilidades, ya que esto puede contribuir a la resistencia o baja eficacia de tratamientos pautados y son factor de riesgo a la progresión de migraña crónica [88].



Figura 3. Algoritmo de tratamiento de la crisis de migraña [11].

Tabla 12. Fármacos antiinflamatorios, analgésicos y coadyuvantes usados en las crisis agudas de migraña [11].

AINEs	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> - Ácido acetilsalicílico: 500-1.000 mg oral. - Naproxeno sódico: 550-1.100 mg oral. - Ibuprofeno: 600-1.200 mg oral. - Diclofenaco sódico: 50-100 mg oral, 100 mg rectal, 75 mg parenteral. - Dexketoprofeno: 25-50 mg oral, 50 mg parenteral. 	Evitar su uso si hipertensión arterial, insuficiencia renal y gastropatía con riesgo hemorrágico.
Analgésicos	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> - Paracetamol: 1.000 mg oral, rectal o parenteral. - Metamizol: 500-1.000 mg oral o rectal, 1.000-2.000 mg parenteral. 	Usar en niños o si existe contraindicación de los AINEs.
Fármacos coadyuvantes (antieméticos/procinéticos)	Observaciones
<ul style="list-style-type: none"> - Metoclopramida: 10 mg oral, 20 mg rectal, 10 mg parenteral. - Domperidona: 10-30 mg oral, 30-60 mg rectal. 	Usar si náuseas y/o vómitos
Triptanes	Observaciones e indicaciones
Evitar si hipertensión arterial no controlada y enfermedad vascular sistémica.	
Sumatriptán: Oral (50 mg), subcutánea (6 mg) y nasal (10-20 mg).	<p><i>Oral: crisis de migraña estándar y en riesgo potencial de embarazo.</i></p> <p><i>Nasal y subcutánea: crisis con dolor grave resistentes a vía oral y nasal, pacientes con vómitos.</i></p>
Zolmitriptán: Oral (2,5-5 mg), nasal (5 mg).	<p><i>Oral: crisis de migraña estándar.</i></p> <p><i>Nasal: crisis resistentes a vía oral, pacientes con vómitos.</i></p>
Naratriptán: Oral (2,5 mg).	<i>Crisis leves-moderadas de larga duración y efectos adversos con otros triptanes.</i>
Rizatriptán: Oral (10 mg).	<i>Crisis de dolor grave, rápidas y de corta duración.</i>
Almotriptán: Oral (12,5 mg).	<i>Crisis de migraña estándar, efectos adversos con otros triptanes y en niños y adolescentes.</i>
Eletriptán: Oral (20 y 40 mg).	<i>Crisis de dolor grave de larga duración.</i>
Frovatriptán: Oral (2,5 mg).	<i>Crisis leves-moderadas de larga duración y efectos adversos con otros triptanes.</i>

Como novedad a destacar se encuentran los llamados “gepantes” como el rimegepante y ubrogepante, fármacos aprobados por la Food and Drug Administration (FDA) con indicación en pacientes con crisis moderadas-graves y riesgo cardiovascular, los cuales no vamos a detallar dado que aún no está aprobado su uso en atención primaria [89, 90]. Rimegepant acaba de ser aprobado en España.

La novedad más reciente mientras se están escribiendo estas líneas ha sido la aprobación de lasmiditán en España en diciembre del 2023 para el tratamiento agudo de los episodios de migraña, con o sin aura en adultos. Se trata de un agonista del receptor 5-HT_{1F}, ejerciendo su acción a nivel central y periférico, reduciendo la liberación de neuropéptidos e influyendo en las vías del dolor sin que haya aparente vasoconstricción. Su uso ha sido aprobado en adultos con al menos 3 crisis moderadas-graves de migraña al mes y que hayan usado al menos dos triptanes diferentes durante periodos de tiempo y a dosis correcta constatándose aun así el fracaso terapéutico, así como en aquellos con el mismo número de crisis en los que esté contraindicado el uso de triptanes por enfermedad cardiovascular [91, 92].

1.6.2.2. Cefalea tensional

En vías generales, además de las medidas generales previamente mencionadas, podemos decir que si los episodios tienen impacto en la vida diaria se pueden tratar con la toma de analgésicos comunes o de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como los que aparecen recogidos en la tabla 12, siendo estos de primera elección en el tratamiento de los episodios agudos de dolor en pacientes con cefalea tipo tensional, pero pudiendo llevar al consumo excesivo de analgésicos, lo cual debe evitarse, ya que puede asociarse con la cefalea por uso excesivo en medicación [11, 93].

Como recomendaciones en pacientes con este tipo de cefaleas, se deben evitar dosis infraterapéuticas, educar sobre la posibilidad del uso excesivo de medicamentos, evitar opiáceos, barbitúricos, ergóticos y triptanes e identificar y evitar en la medida de lo posible factores predisponentes, como por ejemplo el estrés, así como identificar de una forma temprana la necesidad de iniciar un tratamiento preventivo en los casos que lo requieran [11,93].

1.6.2.3. Cefaleas trigémino-autonómicas

En el caso concreto de las cefaleas trigémino-autonómicas y las neuralgias craneofaciales a pesar de que se trata de un tipo de cefaleas primarias poco frecuentes son muy incapacitantes. Cada uno de los síndromes que componen este grupo tienen unos criterios clínicos bien definidos y tratamientos específicos.

1.7.2.3.1 Cefalea en racimos.

El sumatriptán 6 mg subcutáneo es el tratamiento de primera elección en sus crisis junto con la administración de oxígeno al 100% [94]. El sumatriptán está contraindicado en pacientes con patología cardiovascular y el oxígeno en pacientes con hipercapnia por problemas respiratorios crónicos.

1.6.2.3.1. Hemicránea continua y hemicránea paroxística.

En estos subtipos de cefalea, el fármaco de elección es la indometacina. La respuesta a este fármaco es un criterio diagnóstico [95, 96].

1.6.2.3.2. Cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración “SUNCT”.

Este subtipo es el más refractario al tratamiento de las cefaleas trigémino-autonómicas, siendo requerido por la breve duración de los episodios el uso de tratamiento preventivo en muchos casos [11, 95-97].

1.6.3. Tratamiento preventivo

El tercer pilar terapéutico del tratamiento de las cefaleas son los tratamientos preventivos, fundamentales para mejorar la calidad de vida de los pacientes en aquellos que presenten varias crisis a la semana o que no presenten respuesta al tratamiento farmacológico de las crisis agudas.

1.6.3.1. Migraña

El objetivo del tratamiento preventivo es reducir la frecuencia de las crisis, el número de días con cefalea, así como su intensidad, lo que se traduciría en tratar de mejorar la calidad de vida y reducir el impacto de la migraña en la funcionalidad del paciente [11, 93].

Está indicado [11] en aquellos pacientes con:

- Presencia de 3 ó más crisis de migraña al mes, o una o más crisis de migraña a la semana.
- Crisis de migraña de varios días de duración, intensas o con pobre respuesta o intolerancia a la medicación sintomática.
- Aquellos que requieren tratamiento sintomático 2 ó más días a la semana.

- Presencia de auras prolongadas, o auras con hemiparesia, afasia o clínica de tronco (coma, diplopía, etc.)

En los casos en los que esté indicado, se recomienda mantener el tratamiento durante 6 meses, con un mínimo de 3 meses, intentando en general tras 6-12 meses de tratamiento su retirada preferiblemente de forma progresiva en el transcurso de un mes.

La elección del fármaco preventivo debe realizarse valorando su eficacia y sus efectos adversos, individualizando siempre a cada paciente. En cualquier caso, el tratamiento preventivo deberá mantenerse un mínimo de 4 a 6 semanas antes de considerar que el fármaco que se está usando no es eficaz y, por tanto, valorar la posibilidad de usar otro tipo de fármaco [11, 93].

Como fármacos preventivos, se han usado algunos betabloqueantes, el topiramato, el ácido valproico, la amitriptilina, la flunarizina y el candesartán. Sus indicaciones y efectos adversos aparecen recopilados en la tabla 13.

Tabla 13. Fármacos preventivos usados en atención primaria en migraña [11].

Fármaco preventivo (dosis diaria mínima eficaz – máxima)	Indicaciones	Efectos adversos más frecuentes
Betabloqueantes <ul style="list-style-type: none"> - Propranolol (40-160 mg) - Atenolol (50-200 mg) - Metoprolol (50-200 mg) - Nebivolol (2,5-10 mg) 	Migraña sin aura Migraña e hipertensión Migraña y temblor	Fatiga Mareo Náuseas Hipotensión ortostática Impotencia Frialdad distal
Topiramato (50-200 mg)	Migraña con/sin aura Migraña crónica Migraña y sobrepeso	Parestesias distales Síntomas cognitivos Trastornos intestinales Pérdida de peso
Ácido valproico (300-1500 mg)	Migraña con/sin aura refractaria Migraña crónica	Náuseas/Vómitos Somnolencia Sobrepeso Temblor Alopecia Teratogenicidad
Flunarizina (2,5-10 mg)	Migraña con/sin aura en niños/Depresión adolescentes o adultos delgados y sin tendencia a la depresión	Somnolencia Sobrepeso
Amitriptilina (10-75 mg)	Migraña y cefalea tensional Migraña y depresión Migraña e insomnio	Somnolencia Estreñimiento Sobrepeso Sequedad de piel/mucosas Palpitaciones
Candesartán (8-32 mg)	Migraña con/sin aura Migraña e hipertensión Migraña y depresión	Fatiga Hipotensión Teratogenicidad

Estos fármacos preventivos no fueron inicialmente desarrollados para el tratamiento de la migraña desconociéndose su mecanismo de acción en la prevención de esta. Además, la eficacia y perfil de tolerabilidad de estos tratamientos preventivos orales en algunos casos es limitada; casi un cuarto de los pacientes los abandona por efectos secundarios, y sabemos que sólo la mitad de ellos consiguen una respuesta eficaz entendiendo como tal, la disminución de los días con migraña o cefalea a la mitad [62, 63].

Por todos estos motivos, la migraña continúa siendo no sólo una patología infradiagnosticada, sino también infratratada [97]. De hecho, en un estudio de prevalencia realizado en Estados Unidos [98] destacaba que sólo un 12% de los pacientes usaba tratamiento preventivo a pesar de que sí usaban tratamientos analgésicos para las crisis.

Una encuesta transversal internacional realizada en 2010 [99] demostró datos similares; menos de la mitad de las personas con migraña episódica y crónica estaban usando tratamientos preventivos, siendo las tasas de tratamiento más elevadas para la migraña crónica como era de esperar.

Por todo ello, surge la necesidad de buscar nuevos fármacos específicos para la migraña tanto para el tratamiento de las crisis agudas como a nivel preventivo, siendo motivo de preocupación como se muestra en el estudio europeo BECOME [70], encontrando una proporción elevada de pacientes con múltiples fracasos previos al tratamiento preventivo y una cuarta parte de pacientes con uso excesivo de analgesia. Esto mismo se observa en la reciente publicación del estudio transversal OVERCOME [99], llevado a cabo entre 2020-2021 con una encuesta a adultos residentes en Alemania o España. Este macroestudio reciente puso de manifiesto, de nuevo, la baja proporción de personas con diagnóstico de migraña, y el todavía escaso uso, tanto de los triptanes (menos del 40% de los pacientes con migraña) y del tratamiento

preventivo (usado en menos del 30% de los pacientes diagnosticados de migraña crónica) [97-99].

Preocupa en este sentido especialmente la migraña crónica, dado que las tasas de interrupción de los tratamientos preventivos convencionales se ha visto en la literatura publicada que son más altas que en migraña episódica [98]. Además, menos del 10% de los pacientes con migraña crónica abandonan el tratamiento preventivo por mejoría; la mayoría lo suspende por falta de eficacia o falta de tolerabilidad [98].

Debido al fracaso del tratamiento previo, se condena al abuso de medicamentos analgésicos (101), concluyendo que no recibir un tratamiento adecuado tanto en las crisis agudas como a nivel preventivo y en el momento adecuado podría aumentar la resistencia y refractariedad de estos fármacos [88].

Afortunadamente los últimos años se han producido importantes avances en el tratamiento preventivo de los pacientes con migraña, si bien todavía centrados en nuestro país en los especialistas en cefaleas. En el caso de migraña crónica, se ha utilizado la toxina botulínica tipo A que es eficaz en hasta dos de cada 3 pacientes [11, 101]. Las principales líneas de investigación de los últimos años, han estado centradas en buscar marcadores biológicos de la migraña que nos ayuden a entender mejor su fisiopatología. Estas investigaciones han permitido descubrir el papel crucial del CGRP, lo que ha llevado al desarrollo clínico de los antagonistas del CGRP. Desde el año 2019 disponemos, en farmacia hospitalaria, en nuestro país de los anticuerpos monoclonales antiCGRP y en un futuro próximo dispondremos de los nuevos antagonistas orales antiCGRP [89-90,102]. Estos fármacos se escapan de los objetivos de este trabajo y no serán explicados aquí.

1.6.3.2. Cefalea tensional

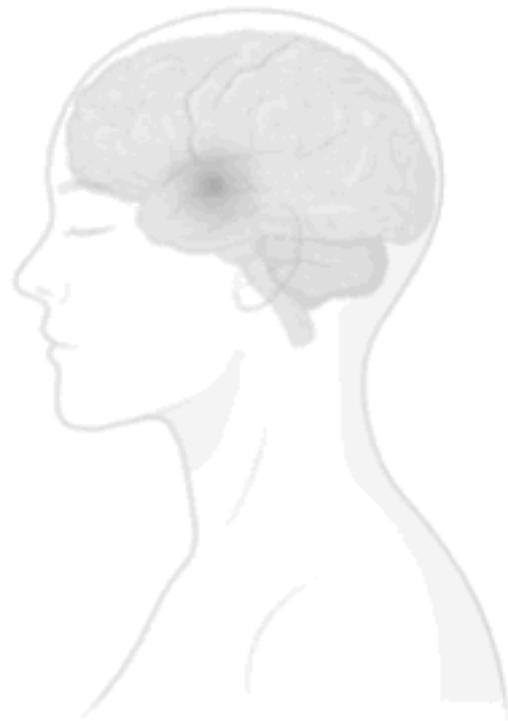
Debemos plantearnos el tratamiento preventivo en la cefalea tensional cuando el tratamiento agudo del dolor es insuficiente y principalmente en la cefalea tipo tensión crónica o episódica frecuente. Los fármacos de primera elección son los antidepresivos tricíclicos, dentro de ellos, el más usado es la amitriptilina, recomendándose su uso por períodos de 6 meses. La dosis recomendada es de 25 mg al acostarse. La amitriptilina debe evitarse en pacientes con glaucoma, estreñimiento crónico importante, hipertrofia de próstata, enfermedad hepática grave o arritmia cardíaca [11].

1.6.3.3. Cefaleas trigémino-autonómicas.

El tratamiento preventivo de elección en las cefaleas en racimos es el verapamilo junto con un ciclo de prednisona [95,96]. La cefalea en racimos crónica el fármaco de elección es el carbonato de litio [95,96].

En la cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración el tratamiento de elección es la lamotrigina [95,96].

Respecto al resto de tratamientos o terapias usadas no entramos en detalle dado que se escapan del objetivo de este trabajo al no ser de uso habitual en atención primaria.



2. Planteamiento

Existen pocos trabajos que hayan analizado la realidad de la cefalea en atención primaria en nuestro medio. El único estudio publicado en nuestro país [103] encontró a nivel de atención primaria que el 0,76% de las consultas se debían a cefalea, y que la mayoría de ellas (43,5%) eran debidas a cefalea tensional, seguida de migraña (23,9%) [103].

Desde el punto de vista poblacional, las cefaleas primarias son las más frecuentes y, dentro de ellas, la cefalea más frecuente es la tensional según los datos publicados hasta la fecha [104,105], lo que puede llevar a pensar que la cefalea tensional sería el primer motivo de consulta por cefaleas. En contraposición, un pequeño estudio realizado en dos centros de salud de Cantabria publicado en 2007 encontró que el 72% de las consultas por cefalea eran debidas a migraña y el 28% a cefalea tensional [106].

Según la literatura publicada, hasta un 15% de la población cumple criterios de migraña [105,107]. A este respecto, existen dos grandes encuestas de prevalencia de migraña en la población general en nuestro país, en las cuales se entrevistaron a los pacientes a través de un cuestionario estructurado. Una de ellas, fue realizada en el año 1992 y participaron 2.232 sujetos examinados en casa por neurólogos, utilizó los criterios de migraña del IHS de 1988 y encontró que el 12% de la población (17% mujeres y 8% hombres) en España padecía migraña [108].

En el otro estudio, más reciente, en el que participaron 5.668 pacientes de la población general de entre 18 y 65 años se observó una prevalencia de migraña del 12,6% (17,2% en hombres y 8,0% en mujeres), siendo el resultado muy similar al anterior [105]. Un metanálisis reciente de todos los estudios realizados hasta la fecha en cualquier país encontró un porcentaje algo más elevado, observando que el 15,2% de la población de 20 a 65 años (18,6% de las mujeres y 8,7% de los hombres) padece migraña activa [109, 110]

El estudio OVERCOME [99] puso de manifiesto la baja proporción de personas con diagnóstico de migraña, a través de una macroencuesta llevada a cabo entre 2020-2021 a adultos residentes en Alemania o España. Este estudio encontró que casi la mitad de los pacientes con migraña no están correctamente diagnosticados, señalando que sólo el 56% de las personas con migraña en España recibe un diagnóstico adecuado de la enfermedad.

Un estudio realizado en Cantabria hace más de 20 años [111] ya demostró que la prevalencia de la variante más grave e invalidante de migraña, la migraña crónica, era del 2% de la población, asentando sobre todo en mujeres de edad media de la vida. Dos tesis doctorales [28, 112] realizadas en el centro de salud de Santoña (Cantabria) obtuvieron una prevalencia para otro tipo de cefalea, la cefalea crónica con abuso de analgésicos, del 1,4% de la población, dato concordante con otros estudios publicados donde estiman que este tipo de cefalea afecta al 1-2% de la población general [113, 114].

Se ha estimado, además, que en torno a un 3% de los pacientes con migraña episódica evolucionan anualmente a una migraña crónica [115, 116], con la aparición de cefalea al menos 15 días al mes [8]. La prevalencia estimada de migraña crónica en la población general varía según diferentes estudios entre el 0,9% y el 5,1% [115-119].

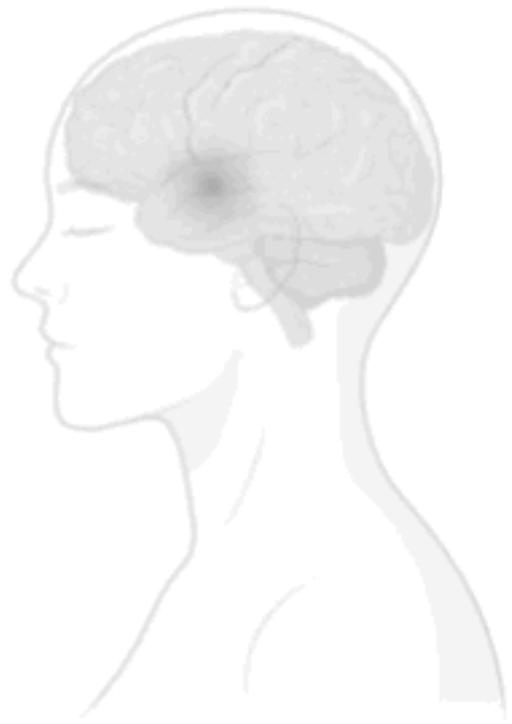
Parecería obvio a raíz de los datos epidemiológicos y en términos de calidad de vida expuestos, que las cefaleas y sobre todo la migraña fueran una de las primeras preocupaciones asistenciales e investigadoras en el contexto de la atención primaria. Por desgracia en nuestro medio el interés en cefaleas, y fundamentalmente en el primer nivel asistencial, es escaso. Sabemos que el 15% de la población cumple criterios de migraña [104], una entidad que puede llegar a ser muy invalidante, pero los pocos datos que hay indican que la cefalea tensional es la más frecuente y no hay datos de la repercusión real de las cefaleas en atención primaria.

Por tanto, uno de los retos principales se debería centrar en el retraso en el diagnóstico de la migraña, lo cual sugiere que se necesita una mayor implicación y comprensión de la enfermedad por parte de todos, desde pacientes, familiares, médicos de atención primaria e incluso neurólogos.

Esta dificultad en el diagnóstico tal vez se deba a relativa complejidad de los criterios diagnósticos, la inseguridad del profesional con la exploración neurológica y sobre todo por la percepción de que la cefalea tensional es la cefalea más prevalente y por tanto la que deberíamos ser consultados en atención primaria. Esto condiciona una infravaloración de diagnóstico de la migraña y de su tratamiento sintomático y preventivo, lo que tiene el riesgo de “condenar” al paciente al abuso de analgésicos que no raramente es progresivo e incluye el maluso de opiáceos [120-122].

Otro reto importante en el manejo de la patología es la presencia de comorbilidades, y, concretamente, el diagnóstico conjunto de depresión y ansiedad. Sabemos, por los datos disponibles hasta la fecha, que los pacientes con patología depresiva como comorbilidad de la migraña han demostrado un mayor grado de discapacidad en su calidad de vida y un mayor porcentaje de abuso de la medicación analgésica [122].

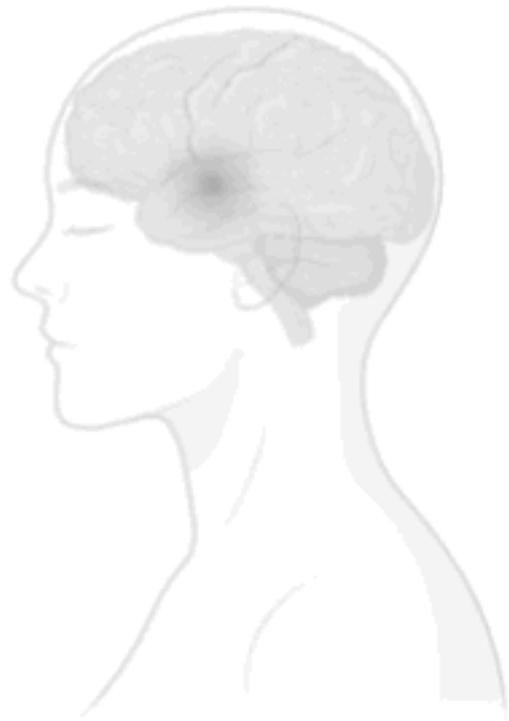
Por todo ello es necesario disponer de datos del impacto real que suponen las cefaleas primarias en el primer nivel asistencial en nuestro país, tanto desde el punto de vista de distribución por diagnósticos como en cuanto a comorbilidades y su manejo terapéutico real.



3. Hipótesis

De todo lo que acabamos de exponer, queda claro, por muchas razones, que es necesario estudiar el impacto real y el manejo de las cefaleas primarias en el primer escalón asistencial de nuestro país.

La **hipótesis principal** de este trabajo es que la cefalea, y fundamentalmente las cefaleas primarias, sería uno de los principales motivos de consulta en atención primaria en cuanto a número, pero también uno de los diagnósticos que condiciona mayor impacto socio-económico y en calidad de vida.



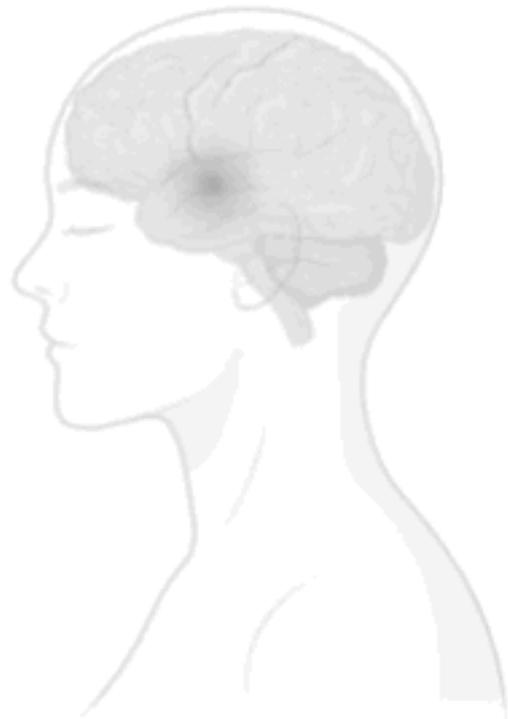
4. Objetivos

4.1. Objetivo principal

El **objetivo principal** de este estudio es estudiar de forma prospectiva la tasa de consulta para delimitar la carga asistencial real que suponen las cefaleas primarias en atención primaria en nuestro país.

4.2. Objetivos secundarios

1. Estudiar la distribución de las cefaleas primarias por diagnósticos de acuerdo a los nuevos criterios.
2. Cuantificar el impacto de las cefaleas primarias en calidad de vida.
3. Cuantificar el impacto de las cefaleas primarias en absentismo laboral.
4. Analizar los patrones históricos de manejo de los pacientes que consultan por cefalea primaria en un Centro de Salud.
5. Analizar los hábitos de tratamiento en los pacientes con cefaleas primarias.



5. Pacientes y métodos

5.1. Metodología general del estudio

5.1.1. Diseño del estudio

Nuestro trabajo se trata de un estudio observacional, no intervencionista, con recogida prospectiva de las variables principales. Se desarrolló en el Centro de Salud de Bezana (Cantabria) en colaboración con el servicio de neurología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander). Este proyecto ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de Cantabria (*Código: 2022.102*) (Anexo 1).

5.1.2. Ámbito del estudio

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud de Bezana (Cantabria) en población mayor de 15 años. El Centro de Salud de Bezana es de carácter semiurbano y atiende a un total de 11.026 personas mayores de 15 años (5676 mujeres y 5350 varones).

Para evaluar, en primer lugar, la frecuencia como motivo de consulta de la cefalea primaria incluimos de forma prospectiva 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. El cupo que fue objeto de este estudio consta de 1600 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 nuestro Centro de Salud en el periodo del estudio.

5.1.3. Selección de pacientes.

Se reclutaron, por tanto, de forma consecutiva a 200 pacientes mayores de 15 años que consultaron por cefalea como síntoma guía en un Centro de Salud.

Los criterios de inclusión y de exclusión de nuestro estudio fueron los siguientes:

Criterios de inclusión:

1. Pacientes que consultaron por cefalea primaria.
2. Mayores de 15 años.
3. Pacientes que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado (Anexo 2).

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que no cumplieron criterios diagnósticos para cefalea primaria.
2. Pacientes que cumplieron criterios diagnósticos para cefalea secundaria.

5.1.4. Consentimiento informado

Previo a su inclusión, recibieron información del estudio tanto verbalmente, pudiendo solicitar las aclaraciones que consideraran pertinentes, como por escrito, mediante la hoja de consentimiento informado. Si aceptaban voluntariamente participar, firmaban el consentimiento informado del estudio (Anexo 2).

5.1.5. Cronología y plan de trabajo realizado

Como se puede ver en la figura 4, en marzo del año 2019 se realizó una sesión explicativa para todos los médicos del centro de salud del presente proyecto. El reclutamiento comenzó en mayo del año 2019 y se paró el 1 de marzo del año 2020 debido a la pandemia por COVID-19. Para completar la cifra prefijada de 200 consultas por cefalea, retomamos el estudio en mayo del año 2020. El reclutamiento finalizó un mes más tarde.

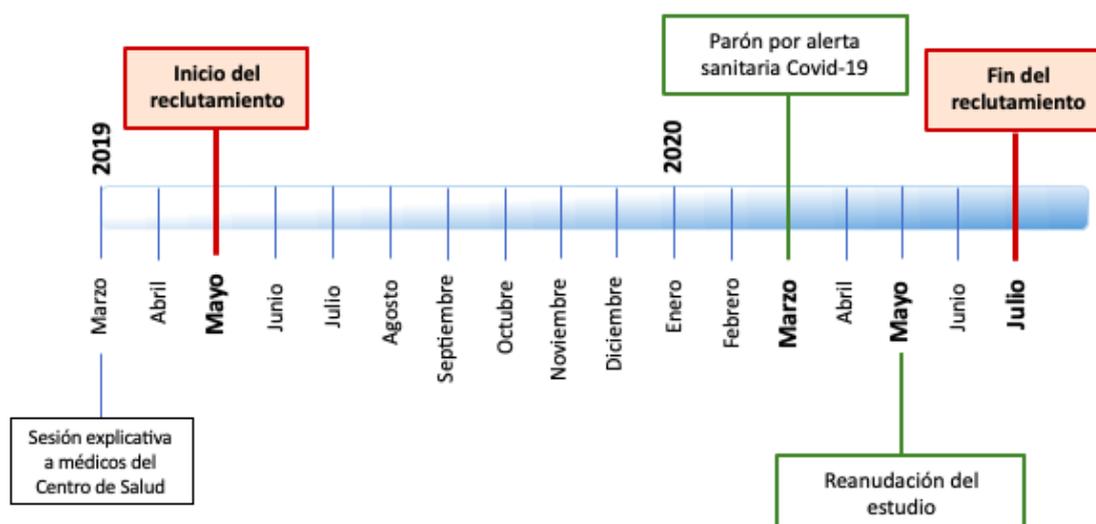


Figura 4. Cronología del estudio.

5.1.6. Entrevista personal

Todos los pacientes reclutados fueron historiadados personalmente por uno de los médicos de familia participantes en el estudio (IR y NF). Se llevó a cabo una anamnesis detallada de su cefalea y una exploración física general.

La información fue recogida de forma prospectiva utilizando un formulario estandarizado elaborado para el presente estudio (Anexo 3) que incluía datos demográficos y antecedentes. Además, se les realizó un cuestionario general de cefaleas (Anexo 4). Posteriormente, se revisaron los datos de su historia clínica electrónica de atención primaria.

Registramos las siguientes variables: edad, sexo, hábitos tóxicos, índice de masa corporal y comorbilidades.

Entre los hábitos tóxicos se registró si eran fumadores, bebedores o si consumían otras drogas. Se consideró bebedor habitual como tal a aquel que consume, de media, > de 5 ó 6 unidades/día (50 gramos de etanol puro, 1250 ml de cerveza o 500 ml de vino siguiendo criterios de la OMS para alcoholismo y excluyéndose aquí los consumos esporádicos o de fin de semana a pesar de ser perjudiciales).

Además, analizamos el número de asistencias el último año en atención primaria (incluyendo los servicios de urgencia de atención primaria y hospitalaria) el último año, 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-6 y MIDAS y, por último, consumo habitual de tratamiento farmacológico sintomáticos y preventivos.

Tras cumplimentar el cuestionario general de cefaleas, se procedió posteriormente a la clasificación del paciente. Para el diagnóstico del tipo de cefalea se utilizó la ICHD-3 [8]. En caso de duda, los pacientes fueron evaluados por un neurólogo con dedicación a cefaleas (JP).

5.1.7. Procedimiento de confidencialidad

Con el objeto de garantizar la confidencialidad de todos los datos de carácter personal e información procedente de los pacientes incluidos en el estudio, de base a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, se estableció un sistema de codificación numérico correlativo según el orden de incorporación al estudio. Dicha codificación fue empleada tanto para la elaboración del listado general de pacientes con su diagnóstico correspondiente en Excel, como para su posterior procesamiento de los datos en el programa estadístico SPSS.

5.1.8. Cuestionarios de calidad de vida

Para determinar la repercusión de las cefaleas primarias en la calidad de vida se emplearon dos escalas, la escala HIT-6 y la escala MIDAS (Anexo 5 y Anexo 6).

La escala HIT-6 evaluó el impacto que generaban las cefaleas según: poco o ningún impacto, cierto impacto, impacto importante o impacto muy grave. Y la escala MIDAS que, aunque suele usarse en pacientes con diagnóstico de migraña, en este caso se usó en todos los pacientes del estudio, evaluando la discapacidad que supone la cefalea según: discapacidad nula o mínima, leve, moderada o grave.

Estas escalas fueron registradas en el momento de la anamnesis detallada por parte del médico de familia.

5.1.9. Revisión de historia clínica y registro de receta electrónica

Posteriormente a cada entrevista personal, se revisó por parte de la doctorando (IR), la historia clínica de cada paciente que consultó por cefalea, realizando una comparativa entre el diagnóstico que constaba previamente en su historia, con el diagnóstico definitivo.

Así mismo, se revisó dispensación de fármacos en receta electrónica durante el último año, por medio del Sistema de Receta Electrónica del Servicio Cántabro de Salud.

5.2. Procesamiento y tratamiento estadístico de datos

El procesamiento de los datos se ha llevado a cabo con los siguientes programas informáticos:

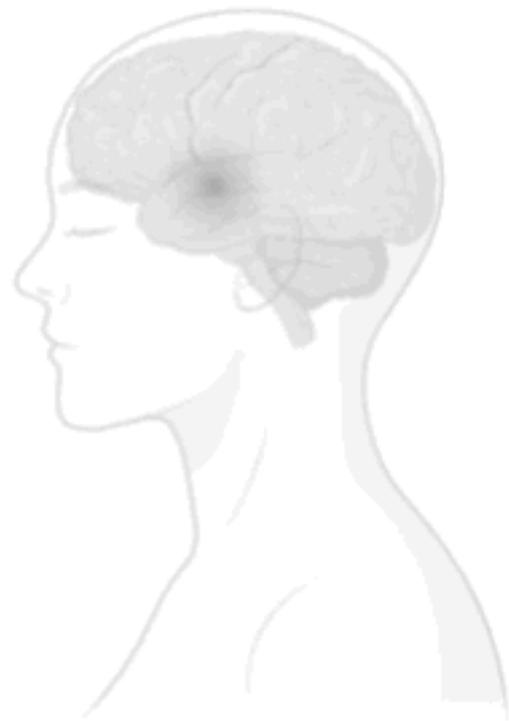
- Word para el tratamiento de textos
- Microsoft Excel versión 16.77 para generar la base de datos.
- SPSS versión 26.0 para el tratamiento estadístico
- Excel y SPSS para el diseño de gráficos.

Se generó una base de datos empleando el programa Excel y posteriormente se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 26.0 para el análisis de los resultados.

Las variables usadas fueron cuantitativas y cualitativas, y han sido determinadas como frecuencias absolutas y porcentajes. Se empleó para la descripción de las variables de intervalo, las medias aritméticas y las medianas como medidas de tendencia central y la desviación estándar (DE) como medida de dispersión.

Para todos los estadísticos se asumió un error $\alpha=0,05$; una $p<0,05$ bilateral se definió como estadísticamente significativo.

Las variables cualitativas se compararon utilizando el método Chi² o el test exacto de Fisher según las características de la muestra.



6. Resultados

6.1. Descripción de la muestra y análisis de la prevalencia de las consultas por cefalea

Se reclutaron inicialmente 100 pacientes de forma consecutiva con el diagnóstico de cefalea primaria como síntoma guía que consultaron en un cupo del Centro de Salud de Santa Cruz de Bezana (Cantabria) 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 (4452 en los 10,6 meses). Teniendo en cuenta estas cifras, podemos concluir que 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 en el periodo del estudio.

Para una mejor delimitación del perfil de los pacientes que consultan por cefalea primaria en atención primaria incrementamos la muestra durante ese periodo de estudio 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 ($p > 0,05$). Se excluyeron del estudio aquellos pacientes que no cumplieron criterios diagnósticos para cefalea primaria y aquellos que cumplieron criterios diagnósticos para cefalea secundaria, dado que el objetivo principal era conocer el impacto real que suponen las cefaleas primarias en atención primaria.

Del total de 200 pacientes que consultaron por cefalea, como puede observarse en la figura 5, 120 cumplían criterios diagnósticos migraña, 77 de cefalea tensional y 3 de cefalea trigémico-autonómica.

De ellos, como se muestra en la figura 6, el 32% (n=64) tenía migraña sin aura, siendo el más prevalente entre los subtipos de migraña y el diagnóstico más frecuente de los pacientes que consultaron por cefalea en el primer nivel asistencial. El 17,5% (n=35) cumplió criterios para migraña con aura. Dieciséis pacientes (8%) cumplían criterios de migraña crónica de los cuales, la mitad (4%, n=8) asociaba abuso de analgésicos. El 2,5% (n=4) restante se etiquetó como migraña probable.

Un 20,5% (n=41) cumplía criterios de cefalea tensional episódica frecuente y el 11,5% (n=23) de cefalea tensional episódica infrecuente. Un 4% (n=8) cumplía criterios de cefalea crónica tipo tensional de los cuales destaca que la mitad (2%, n=4) presentaban criterios de abuso de analgésicos. Un 2,5% (n=5) fue etiquetado de cefalea tipo tensional probable siguiendo los criterios de la IHS.

Y, por último, del pequeño porcentaje (1,5%, n=3) que cumple criterios para cefalea trigémico-autonómica, 2 pacientes (1%) fueron diagnosticados de cefalea en racimos y 1 (0,5%) de hemicránea continua.

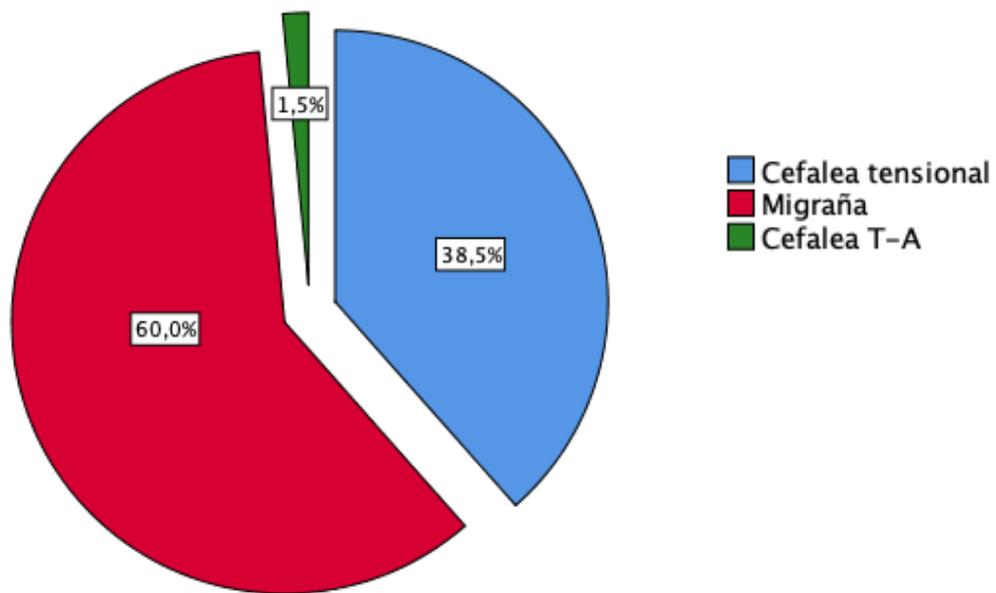


Figura 5. Distribución por diagnósticos siguiendo criterios de la IHS para cefaleas.

*Cefalea T-A: Cefalea trigémino-autonómica.

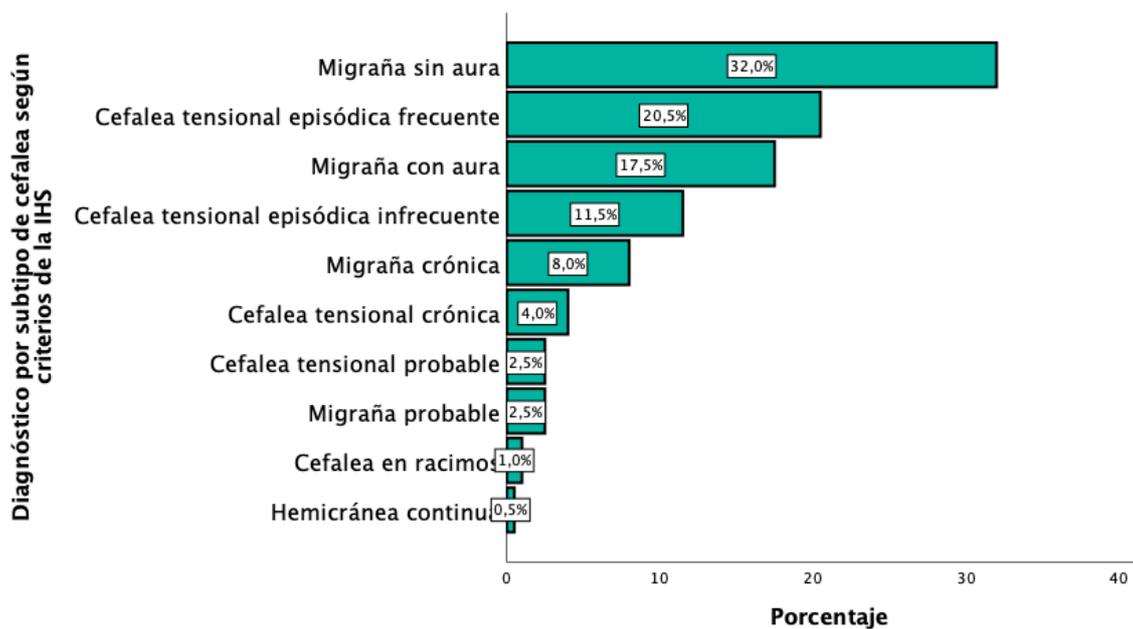


Figura 6. Distribución por diagnósticos según subtipos de cefalea siguiendo criterios de la IHS.

Así mismo, como se observa en la figura 7, del total de pacientes que fueron diagnosticados de migraña (n=120), algo más de la mitad (n=62, 51,7%) tenían también episodios de cefalea tipo tensional.

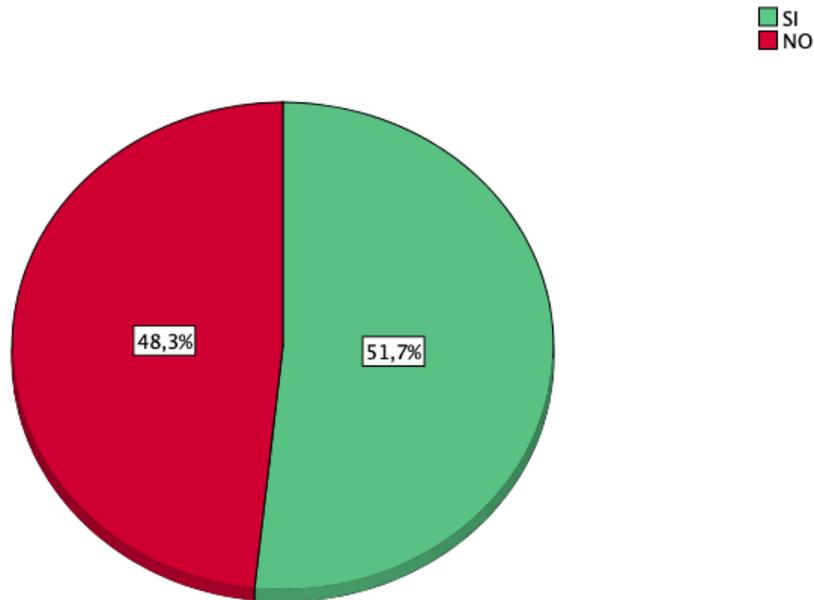


Figura 7. Pacientes con diagnóstico de migraña que asocian episodios de cefalea tensional.

En la figura 8 se observa que un 5,5% (n=11) de los pacientes que consultaron por cefalea presentaron abuso de analgesia, de los cuales, el 63,6% (n=7) fueron diagnosticados de migraña crónica, frente al 36,3% (n=4) de pacientes con diagnóstico de cefalea tensional crónica.

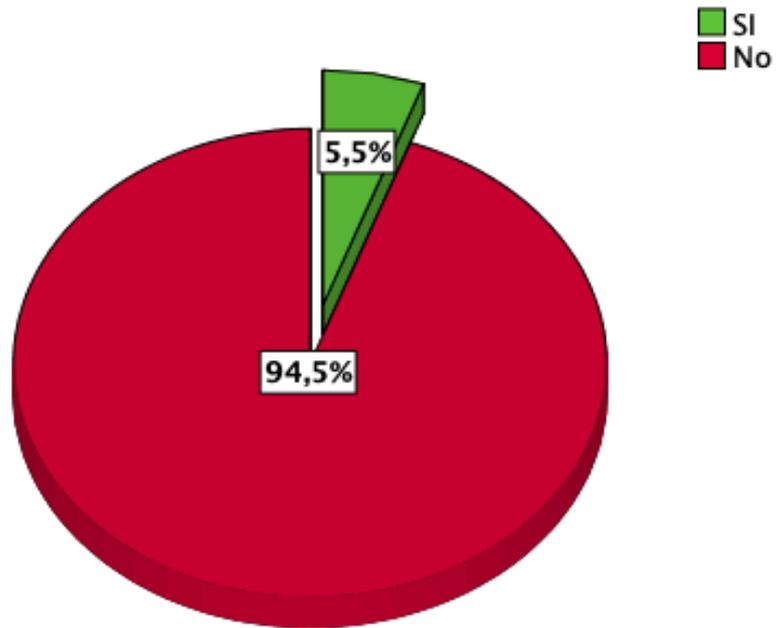


Figura 8. Porcentaje de pacientes con abuso de analgesia.

6.2. Datos demográficos

6.2.1. Datos demográficos de la serie total.

Del total de 200 sujetos que consultaron en el periodo de estudio por cefalea, 162 (81%) fueron mujeres y 38 (19%) varones, como se observa en la figura 9.

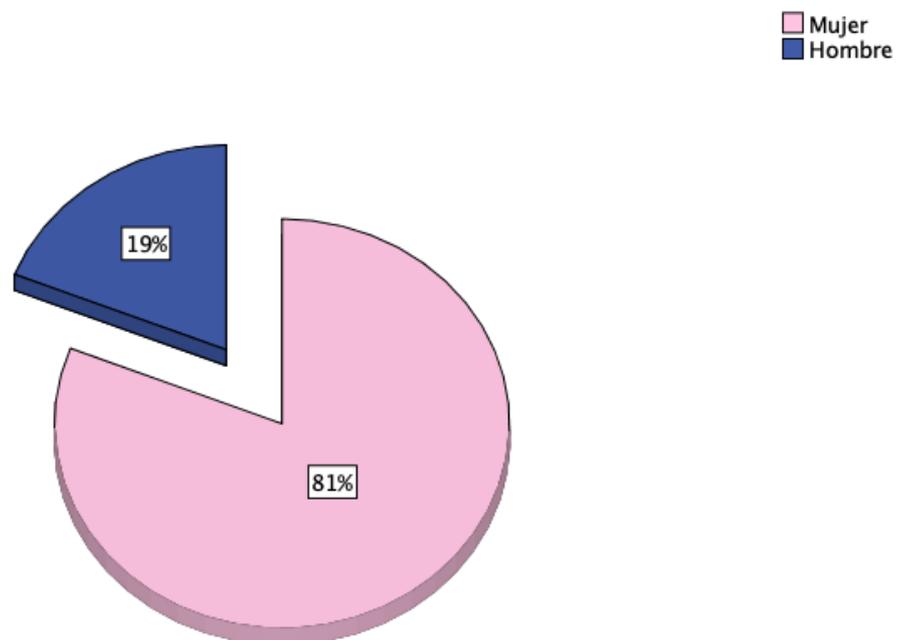


Figura 9. Distribución de la muestra por sexos.

La edad media de los sujetos que consultaron por cefalea y que cumplían criterios para cefalea primaria fue de 42,7 años, con una desviación estándar de 13 años (límites 16-83 años).

Los datos demográficos de la muestra se detallan en la Tabla 14.

En la figura 10 se observa la nacionalidad de los sujetos, el 86,5% (n=173) tenían nacionalidad española, y sólo un 13,5% (n=27) presentaba otra nacionalidad.

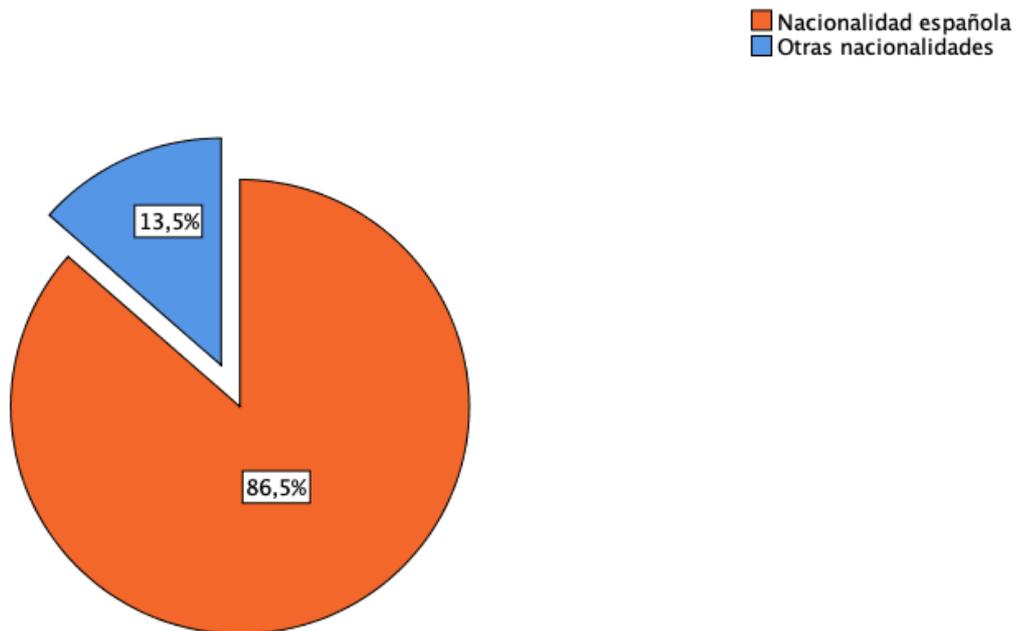


Figura 10. Distribución de la muestra según nacionalidad.

En cuanto al nivel educacional de los pacientes con cefalea 101 (50,5%) tenía estudios superiores, 93 (46,5%) estudios básicos y 6 (3%) no tenían estudios, como se observa en la figura 11.

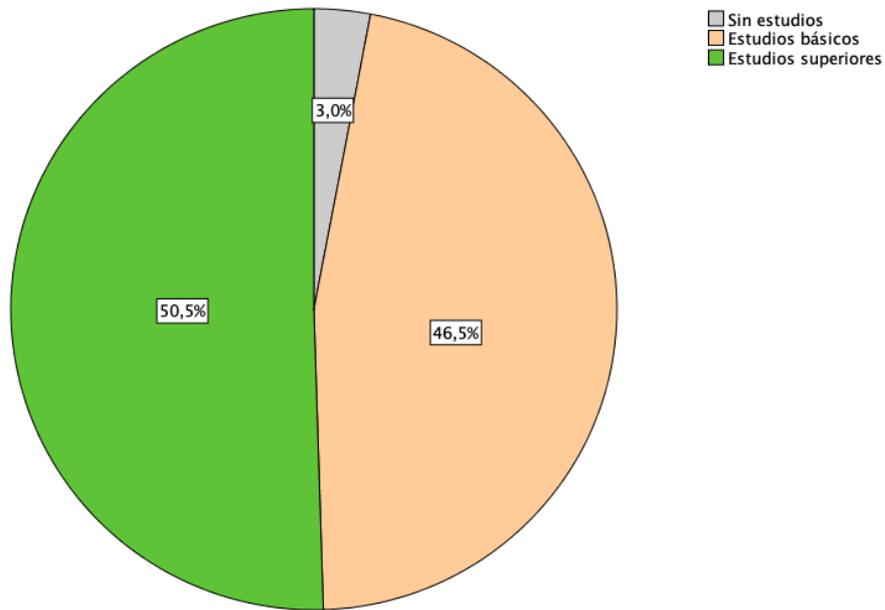


Figura 11. Distribución de muestra según nivel educacional.

En cuanto al estado civil como se observa en la figura 12, el 62,5% (n=125) de los pacientes que consultaron por cefalea estaba casado/pareja de hecho, el 31,5% (n=63) estaban solteros, un 4,5% (n=9) divorciado y un 1,5% (n=3) viudos.

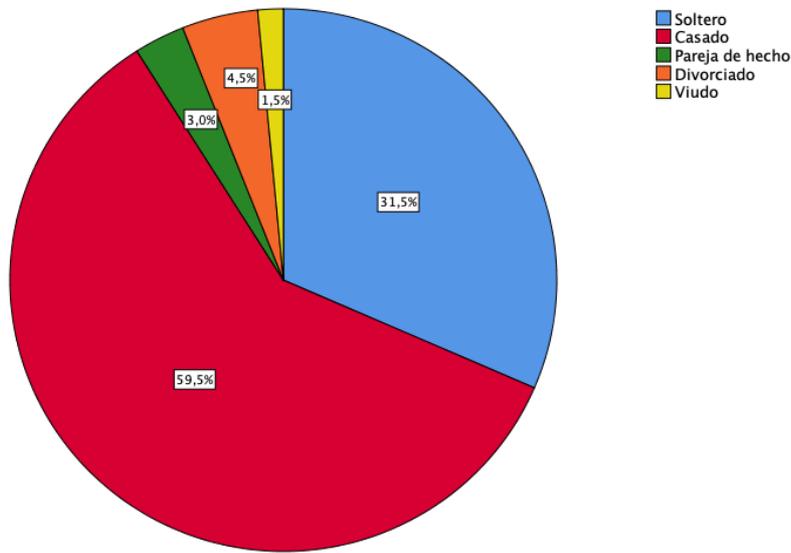


Figura 12. Distribución de muestra según estado civil.

En la figura 13 se observa la media de hijos, siendo de 1,18 hijos con una DE de 1,1 (límites 0-5).

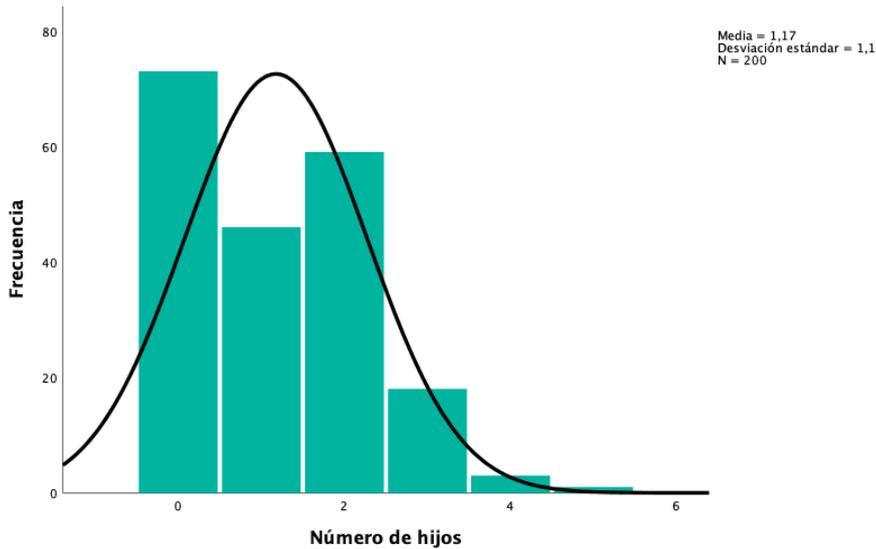


Figura 13. Media de número de hijos de la muestra.

Como puede verse en la figura 14, el Índice de Masa Corporal (IMC) de los pacientes fue: 1,5% (n=3) Bajo peso, 53,5% (n=107) Peso normal, 30% (n=60) Sobrepeso, 10% (n=20) Obesidad grado I, 3,5% (n=7) Obesidad grado II y el 1,5% (n=3) Obesidad grado III.

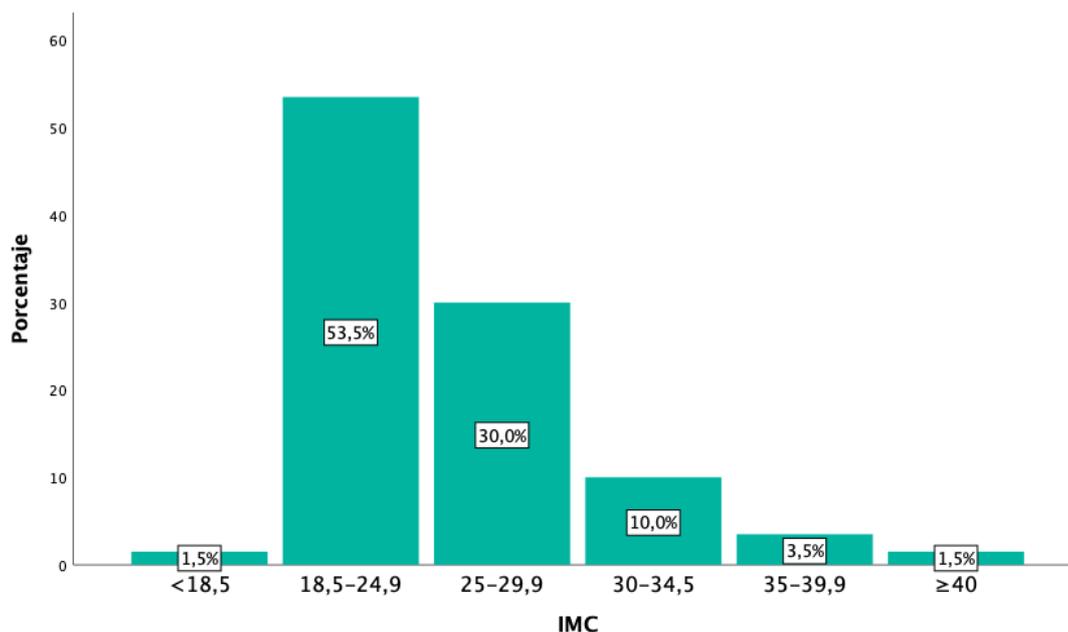


Figura 14. Distribución de la muestra según el Índice de Masa Corporal (IMC).

En cuanto a la ocupación fue muy dispar, aunque predominó la profesión administrativa/trabajo de oficina (21%), así como la profesión sanitaria (12%) y comercial (11,5%), sobre otras que fueron más infrecuentes como: obrero/trabajo manual (10%), en paro (10%), estudiantes (8,5%), jubilados/pensionistas (7%), ama de casa (6,5%) u otros trabajos (13,5%) como puede observarse en la figura 15.

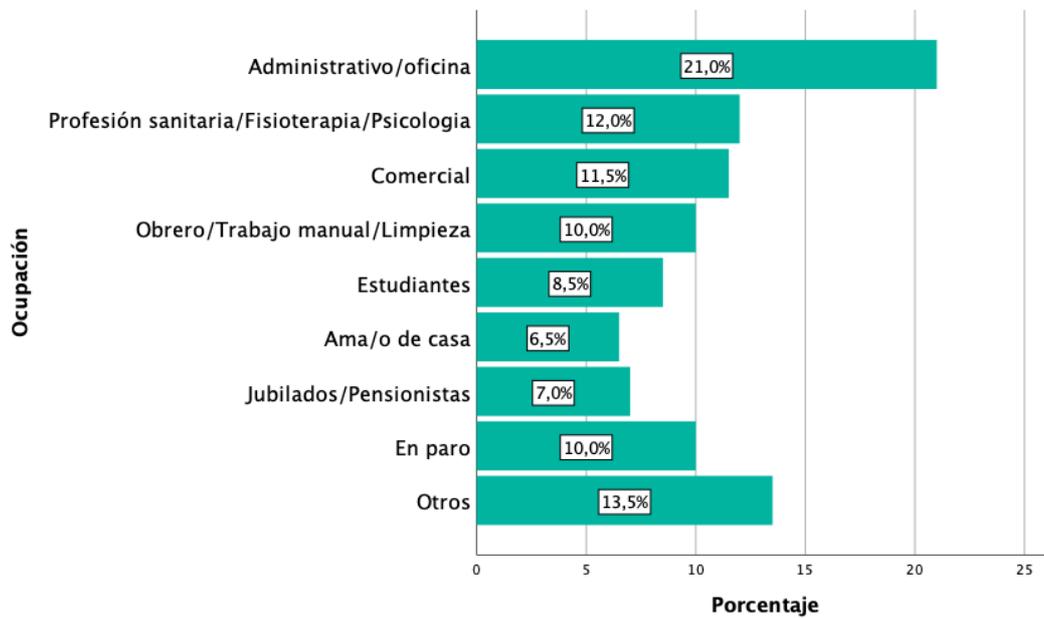


Figura 15. Distribución de la muestra según ocupación.

El 70% (n=140) presentaban comorbilidades asociadas (figura 16), predominando, como se observa en la figura 17, la ansiedad (30,5%; n=61) y los trastornos depresivos (10%; n=20).

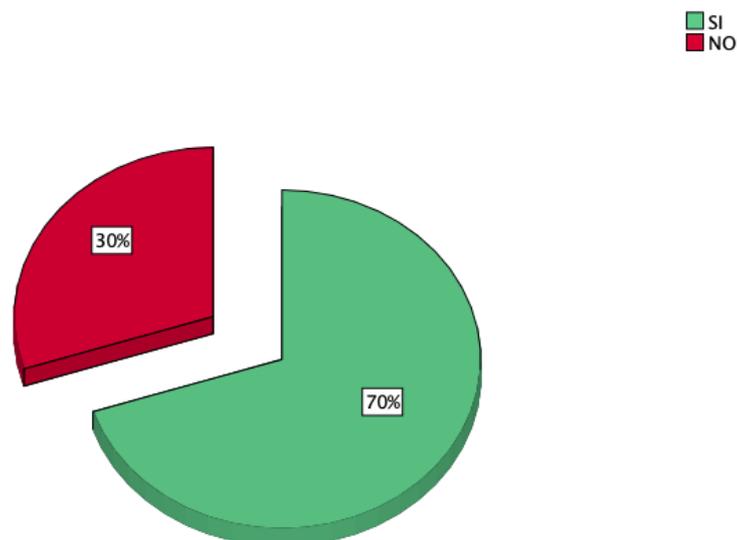


Figura 16. Distribución de la muestra según presencia de comorbilidades.

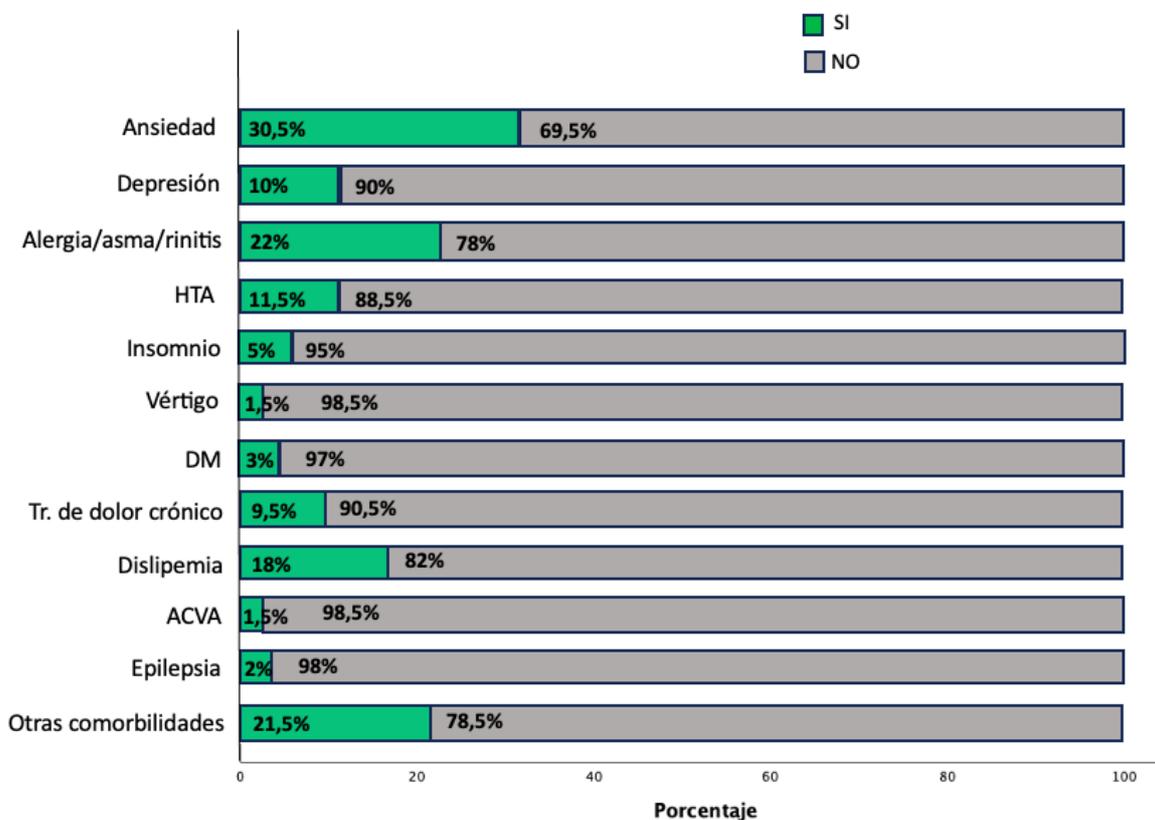


Figura 17. Distribución por frecuencia de comorbilidades.

El 20,5% (n=41) tenían algún hábito tóxico, predominando por prevalencia el tabaco en el 18,5% (n=37) de los sujetos; además del alcoholismo¹ (1%; n=2), otras drogas (0,5%; n=1) y varias drogas (0,5%; n=1).

¹ Alcoholismo: Entendiéndose como tal a aquel que consume, de media, > de 5 o 6 unidades/día (50 gramos de etanol puro, 1250 ml de cerveza o 500 ml de vino siguiendo criterios de la OMS para alcoholismo y excluyéndose aquí los consumos esporádicos o de fin de semana a pesar de ser perjudiciales).

En la figura 18 se ilustra la comparación de la muestra de pacientes que consultaron por cefalea y fueron fumadores, con respecto a la población fumadora de la provincia de Cantabria en el año 2020/2021, observándose que del total de pacientes varones que consultaron por cefalea (n=38), 9 de ellos (23,7%) eran fumadores, y que del total de pacientes mujeres que consultaron por cefalea (n=162) en el periodo de estudio, 28 de ellas (17,3%) eran fumadoras.

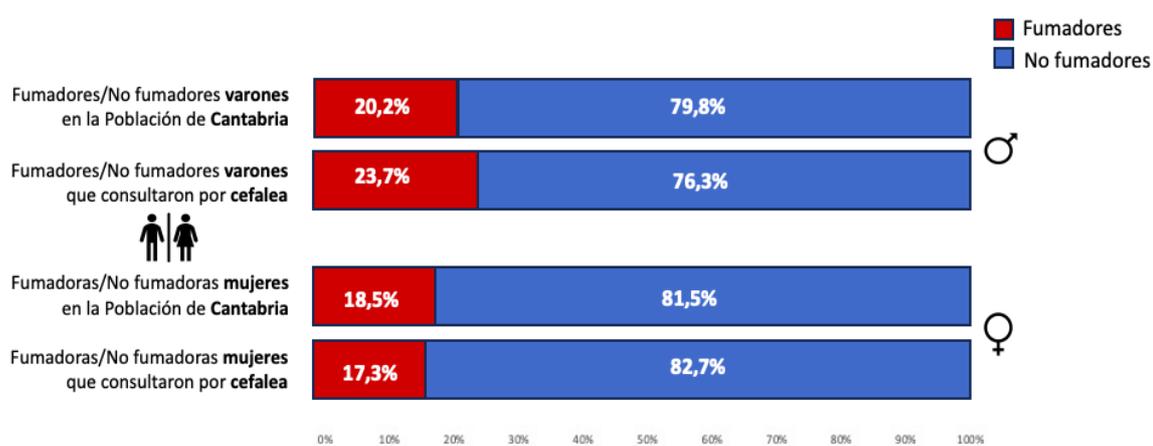


Figura 18. Varones y mujeres fumadores/no fumadores de la Población de Cantabria según datos del INE 2020/2021 vs aquellos que consultaron por cefalea.

Se historió dentro del grupo de mujeres con cefalea (81%; n=162), el estado menopáusico actual, viéndose que el 23,5% (n=47) eran pacientes con menopausia, frente a un 57,5% (n=115) que tenían ciclos menstruales en la actualidad.

Así mismo, se preguntó por uso de terapia hormonal sustitutiva, el 12% (n=24) la usaba en el momento de la entrevista.

Tabla 14. Características socio-demográficas de los pacientes.

Características demográficas de pacientes que consultaron por cefalea (n=200)	
Sexo (n, %)	Mujer: n=162 (81%)
	Hombre: n=38 (19%)
Edad media (años, DE)	42,7 años; DE 13 años
Nacionalidad (n, %)	Española: n=173 (86,5%)
	Otra nacionalidad: n=27 (13,5%)
Nivel educacional (n,%)	Sin estudios: 6 (3%)
	Estudios básicos: 93 (46,5%)
	Estudios superiores: 101 (50,5%)
Estado civil (n,%)	Soltero: n=63 (31,5%)
	Casado/pareja de hecho: n=12 (62,5%)
	Divorciado: n=9 (4,5%)
	Viudo: n=3 (1,5%)
Media de hijos (media, DE)	1'18 hijos (DE 1,1)
Índice de masa corporal (IMC) (n,%)	Peso bajo: n=3 (1,5%)
	Normopeso: n=107 (53,5%)
	Sobrepeso: n=60 (30%)
	Obesidad grado I: n=20 (10%)
	Obesidad grado II: n=7 (3,5%)
	Obesidad mórbida: n=3 (1,5%)
Ocupación (n,%)	Administrativo/oficina: n=24 (12%)
	Sanitario: n=24 (12%)
	Comercial: n=23 (11,5%)
	Obrero/trabajo manual: n=20 (10%)
	En paro: n=20 (10%)
	Estudiante: n=17 (8,5%)
	Jubilado/Pensionista: n=14 (7%)
	Ama de casa: n=13 (6,5%)

	Otros: n=27 (13,5%)
Comorbilidades (n,%) (Con comorbilidades n=140 (70%))	Ansiedad: n=61 (30,5%)
	Depresión: n=20 (10%)
	Alergia/asma/rinitis: n=44 (22%)
	Tr. Sueño: n=5 (2,5%)
	Tr. Dolor crónico: n=19 (9,5%)
	Epilepsia: n=4 (2%)
	ACVA: n=3 (1,5%)
	HTA: n=23 (11,5%)
	Vértigo: n=3 (1,5%)
Hábitos tóxicos (n,%) (Con hábitos tóxicos n=41 (20'5%))	Tabaco: n=37 (18,5%)
	Alcoholismo: n=2 (1%)
	Otras drogas: n=1 (0,5%)
	Varios: n=1 (0,5%)
Menopausia en mujeres (n,%) (Total de mujeres n=162)	Si: n=47 (23,5%)
	No: n=115 (57,5%)
Tratamiento hormonal sustitutivo (n,%) (Total de mujeres n=162)	Si: n=24 (12%)
	No: n=138 (69%)

En cuanto a los antecedentes familiares de cefalea en los sujetos que consultaron, como se puede observar en la figura 19, 123 (61,5%) tenían algún familiar con antecedentes de cefalea y el 38,5% (n=77) negó tener algún familiar directo con cefalea.

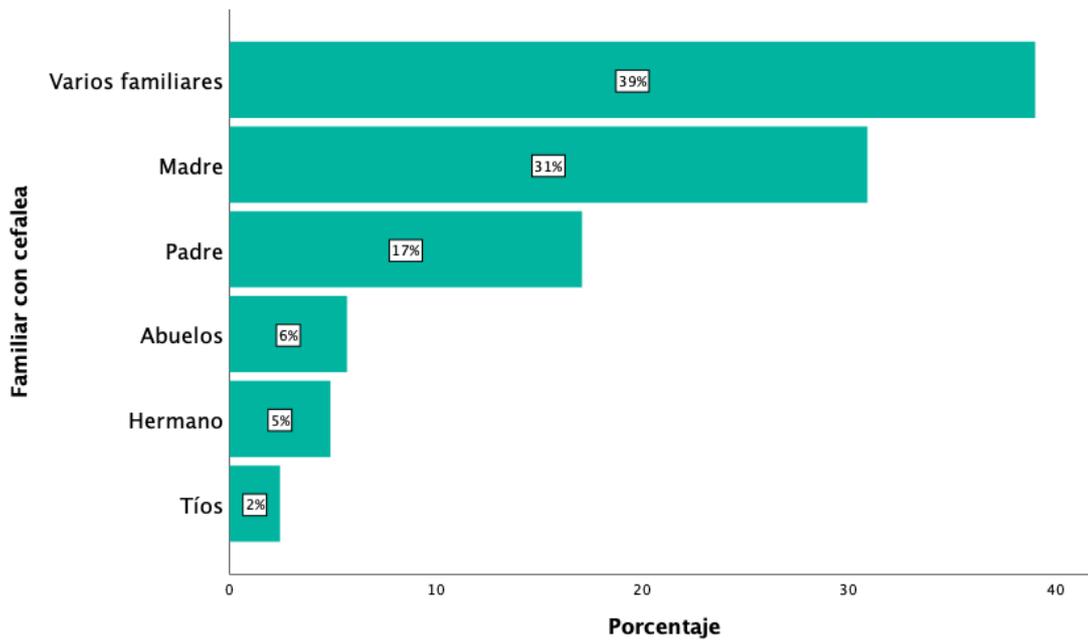


Figura 19. Antecedentes familiares de cefalea de la serie total pacientes con cefalea.

De aquellos que presentaron antecedentes familiares con cefalea (n=123), la mayoría tenía varios familiares directos con cefalea (39%; n=48) o el familiar era uno de sus progenitores, en mayor medida su madre (30,9%; n=38) (figura 20).

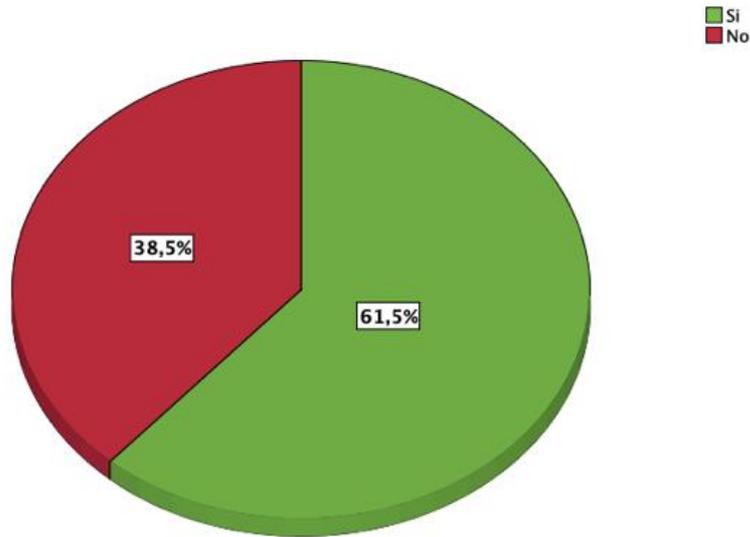


Figura 20. Familiar con cefalea en pacientes con antecedentes familiares de cefalea.

En cuanto al diagnóstico de los 123 familiares con antecedentes de cefalea, el 53,7% (n=66) desconocía el tipo de cefalea que presentaba su familiar, el 41,5% (n=51) tenía antecedentes familiares de migraña, el 1,6% (n=2) de cefalea tensional, y el 3,3% (n=4) de cefalea trigémico-autonómica.

Se preguntó además por antecedentes personales de cefalea en la infancia a todos los pacientes del estudio, observándose que 57 sujetos (28,5%) presentaban ya cefalea en la infancia mientras que el 71,5% (n=143) negaron haber tenido episodios de cefalea en la infancia.

6.2.2. Datos demográficos según diagnóstico

Los datos demográficos fueron desglosados según el tipo de diagnóstico siguiendo la clasificación de la IHS de cefaleas para valorar si hubo diferencias significativas entre los diferentes tipos de cefalea. Estos datos vienen representados en la tabla 15, como se puede ver no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los datos demográficos entre los diferentes grupos ($p>0'05$).

Tabla 15. Tabla comparativa datos demográficas según diagnóstico en serie total/migraña/cefalea tensional.

	Características serie total (n=200)	Características migraña (n=120)	Características cefalea tensional (n=77)
Sexo (n,%)	Mujer: n=162 (81%)	Mujer: n=102 (85%)	Mujer: n=59 (76,6%)
	Hombre: n=38 (19%)	Hombre: n=18 (15%)	Hombre: n=18 (23,4%)
Edad media (años, DE)	42,7 años; DE 12'9	42'5 años; DE 12,2	42,8 años; DE 14'2
Nacionalidad (n,%)	Española: n=173 (86,5%)	Española: n=107 (89,2%)	Española: n=63 (81,8%)
	Otra nacionalidad: n=27 (13,5%)	Otra nacionalidad: n=13 (10,8%)	Otra nacionalidad: n=14 (18,2%)
Nivel educacional	Sin estudios: n=6 (3%)	Sin estudios: n=2 (1,6%)	Sin estudios: n=4 (5,2%)

(n,%)	Estudios básicos: n=93 (46,5%)	Estudios básicos: n=53 (44,2%)	Estudios básicos: n=39 (50,6%)
	Estudios superiores: n=101 (50,5%)	Estudios superiores: n=65 (54,2%)	Estudios superiores: n=34 (44,1%)
Estado civil (n,%)	Soltero: n=63 (31,5%)	Soltero: n=37 (30,8%)	Soltero: n=26 (33,8%)
	Casado/pareja de hecho: n=12 (6,2,5%)	Casado/pareja de hecho: n=74 (61,6%)	Casado/pareja de hecho: n=48 (62,3%)
	Divorciado: n=9 (4,5%)	Divorciado: n=8 (6,7%)	Divorciado: n=1 (1,3%)
	Viudo: n=3 (1,5%)	Viudo: n=1 (0,8%)	Viudo: n=2 (2,6%)
Media de hijos (media, DE)	1,2 hijos (DE 1,1)	1'2 hijos (DE 1,1)	1,1 hijos (DE 1,1)
IMC (n,%)	Peso bajo: n=3 (1,5%)	Peso bajo: n=2 (1,6%)	Peso bajo: n=1 (1,3%)
	Normopeso: n=107 (53,5%)	Normopeso: n=65 (54,1%)	Normopeso: n=40 (51,9%)
	Sobrepeso: n=60 (30%)	Sobrepeso: n=32 (26,7%)	Sobrepeso: n=27 (35,1%)
	Obesidad grado I: n=20 (10%)	Obesidad grado I: n=15 (12,5%)	Obesidad grado I: n=5 (6,5%)
	Obesidad grado II: n=7 (3,5%)	Obesidad grado II: n=5 (4,1%)	Obesidad grado II: n=2 (2,6%)

	Obesidad mórbida: n=3 (1,5%)	Obesidad mórbida: n=1 (0,8%)	Obesidad mórbida: n=2 (2,6%)
Ocupación (n,%)	Administrativo/oficina: n=24 (12%)	Administrativo/oficina: n=27 (22,5%)	Administrativo/oficina: n=15 (19,5%)
	Sanitario: n=24 (12%)	Sanitario: n=17 (14,1%)	Sanitario: n=6 (7,8%)
	Comercial: n=23 (11,5%)	Comercial: n=17 (14,1%)	Comercial: n=6 (7,8%)
	Obrero/trabajo manual: n=20 (10%)	Obrero/trabajo manual: n=9 (7,5%)	Obrero/trabajo manual: n=11 (14,3%)
	En paro: n=20 (10%)	En paro: n=8 (6,6%)	En paro: n=12 (15,6%)
	Estudiante: n=17 (8,5%)	Estudiante: n=10 (8,3%)	Estudiante: n=7 (9,1%)
	Jubilado/Pensionista: n=14 (7%)	Jubilado/Pensionista: n=7 (5,8%)	Jubilado/Pensionista: n=6 (7,8%)
	Ama de casa: n=13 (6,5%)	Ama de casa: n=10 (8,3%)	Ama de casa: n=3 (3,9%)
	Otros: n=27 (13,5%)	Otros: n=15 (12,5%)	Otros: n=11 (14,3%)
Comorbilidades: (n,%)	Ansiedad: n=61 (30,5%)	Ansiedad: n=35 (29,2%)	Ansiedad: n=24 (31,2%)
	Depresión: n=20 (10%)	Depresión: n=11 (9,1%)	Depresión: n=9 (11,7%)
	Alergia/asma/rinitis: n=44 (22%)	Alergia/asma/rinitis: n=26 (21,7%)	Alergia/asma/rinitis: n=17 (22,1%)

	Tr. Sueño: n=5 (2,5%)	Tr. Sueño: n=0 (0%)	Tr. Sueño: n=4 (5,2%)
	Tr. Dolor crónico: n=19 (9,5%)	Tr. Dolor crónico: n=11 (9,1%)	Tr. Dolor crónico: n=8 (10,4%)
	Epilepsia: n=4 (2%)	Epilepsia: n=3 (2,5%)	Epilepsia: n=1 (1,3%)
	ACVA: n=3 (1,5%)	ACVA: n=3 (2,5%)	ACVA: n=0 (0%)
	HTA: n=23 (11,5%)	HTA: n=13 (10,8%)	HTA: n=9 (11,7%)
	Vértigo: n=3 (1,5%)	Vértigo: n=3 (2,5%)	Vértigo: n=0 (0%)
Hábitos tóxicos: (n,%)	Tabaco: n=37 (18,5%)	Tabaco: n=22 (18,3%)	Tabaco: n=13 (16,9%)
	Alcohol: n=2 (1%)	Alcohol: n=1 (0,8%)	Alcohol: n=1 (1,3%)
	Otras drogas: n=1 (0,5%)	Otras drogas: n=0 (0%)	Otras drogas: n=1 (1,3%)
	Varios: n=1 (0,5%)	Varios: n=1 (0,8%)	Varios: n=0 (0%)
Menopausia en mujeres (n,%) (<i>mujeres n=162</i>)	Si: n=47 (23,5%)	Si: n=30 (29,4%)	Si: n=17 (28,8%)
	No: n=115 (57,5%)	No: n=72 (70,6%)	No: n=42 (71,2%)
THS¹ (n,%) (<i>mujeres n=162</i>)	Si: n=24 (12%)	Si: n=15 (14,7%)	Si: n=9 (15,3%)
	No: n=138 (69%)	No: n=87 (85,3%)	No: n=50 (84,8%)
Antecedentes familiares de cefalea (n,%)	Si: n=123 (61,5%)	Si: n=90 (75%) Varios: 39; 43,3% Madre: 24; 6,6%	Si: n=32 (41,6%) Varios: 8; 25% Madre: 14; 43,8%

		Padre: 18; 20%	Padre: 3; 9,4%
		Otros: 9; 9,9%	Otros: 7; 21,9%
	No: n=77 (38,5%)	No: n=30 (25%)	No: n=45 (58,4%)
Antecedentes de cefalea en la infancia (n,%)	Si: n=57 (28,5%)	Si: n=49 (40,8%)	Si: n=7 (9,1%)
	No: n=143 (71,5%)	No: n= 71 (59,2%)	No: n=70 (90,9%)

¹THS: Terapia hormonal sustitutiva

6.2.2.1. Datos demográficos en migraña crónica

Del total de pacientes que consultaron por cefalea, el 60% (n=120) fueron diagnosticados de migraña y de ellos, 16 (8%) cumplían criterios diagnósticos de migraña crónica, de hecho, como puede observarse en la figura 21, con respecto al total de pacientes con diagnóstico de migraña, un 13,3% cumplieron criterios para migraña crónica. Los datos demográficos de la migraña crónica y episódica aparecen recogidos en la tabla 16.

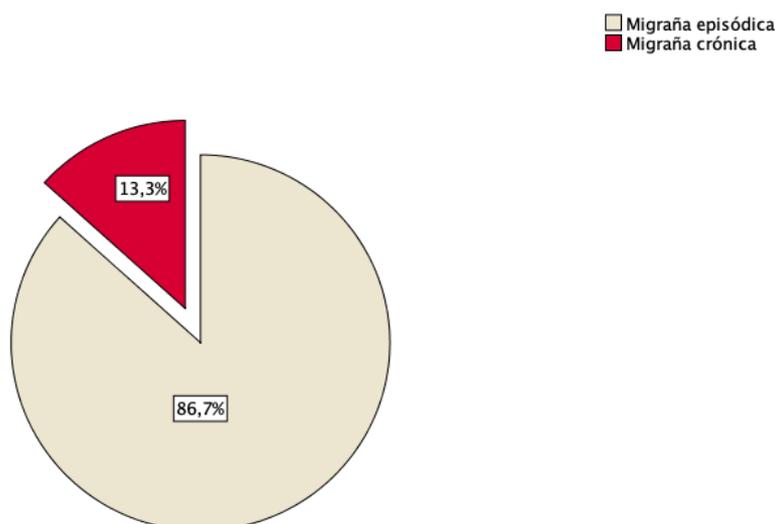


Figura 21. Migraña crónica vs migraña episódica del total de pacientes con diagnóstico de migraña.

Tabla 16. Comparación de datos demográficos en pacientes con migraña episódica vs aquellos con migraña crónica.

Pacientes con migraña (n=120)	Características migraña episódica (n=104)	Características migraña crónica (n=16)
Sexo (n,%)	Mujer: n=87 (83,7%)	Mujer: n=15 (93,7%)
	Hombre: n=17 (16,3%)	Hombre: n=1 (6,25%)
Edad media (años, DE)	41,83 años; DE 11,8	46,62 años; DE 13,9

6.2.3. Comparativa con los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2020 de la población de estudio.

Se estudiaron y se compararon los datos demográficos que constaban a fecha de la recogida (año 2020) de la Población de la que se extrajo la muestra de estudio.

La población de Santa Cruz de Bezana según datos del INE 2020, constaba de 13.088 habitantes.

La edad media de los pacientes que consultaron por cefalea (42,7 años) fue similar a la edad media de los habitantes de Santa Cruz de Bezana según datos del INE del año 2020 (edad media 41,9 años), no observándose diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto al sexo, como puede observarse en la figura 22, la proporción de mujeres que consultó por cefalea era muy superior a la de mujeres del municipio (81% vs 49,1%; $p < 0,0001$; χ^2).

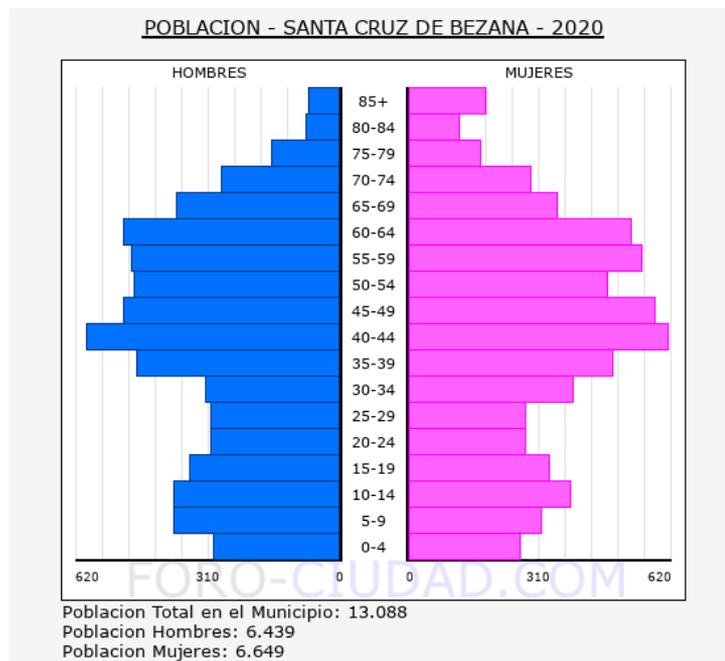


Figura 22. Datos del INE de la población de Santa Cruz de Bezana en el año 2020 distribuidos por edad y sexo.

En cuanto a la media de hijos, no se observaron diferencias significativas entre la muestra de mujeres que consultaron por cefalea (media de 1,3 hijos en las mujeres que consultaron por cefalea vs 1,1 hijos en mujeres del municipio de Santa Cruz de Bezana).

Como se observa en la Figura 22, según datos del INE en el año 2020 había 872 (6,7%) habitantes extranjeros en Santa Cruz de Bezana. En este estudio el 86,5% de los pacientes eran españoles y el 13,5% restante procedían de otras nacionalidades ($p < 0,001$; χ^2).

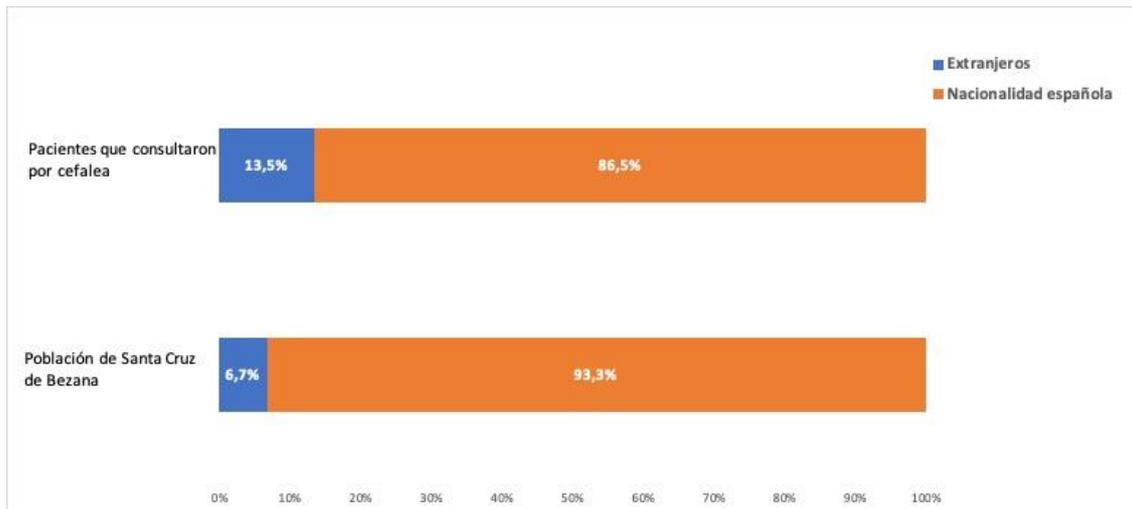


Figura 23. Población con nacionalidad española y extranjeros del municipio de Santa Cruz de Bezana según datos del INE en el año 2020 vs muestra de pacientes que consultaron por cefalea divididos por nacionalidad.

6.2.3.1. Nivel de estudios de los pacientes que consultaron por cefalea vs el de la población de Cantabria según datos del INE del año 2020.

En la figura 24 se muestra el nivel de estudios de la población de Cantabria vs el de los pacientes que consultaron por cefalea. Como puede observarse el nivel de estudios de los pacientes que consultaron por cefalea era significativamente superior ($p < 0,0001$; χ^2).

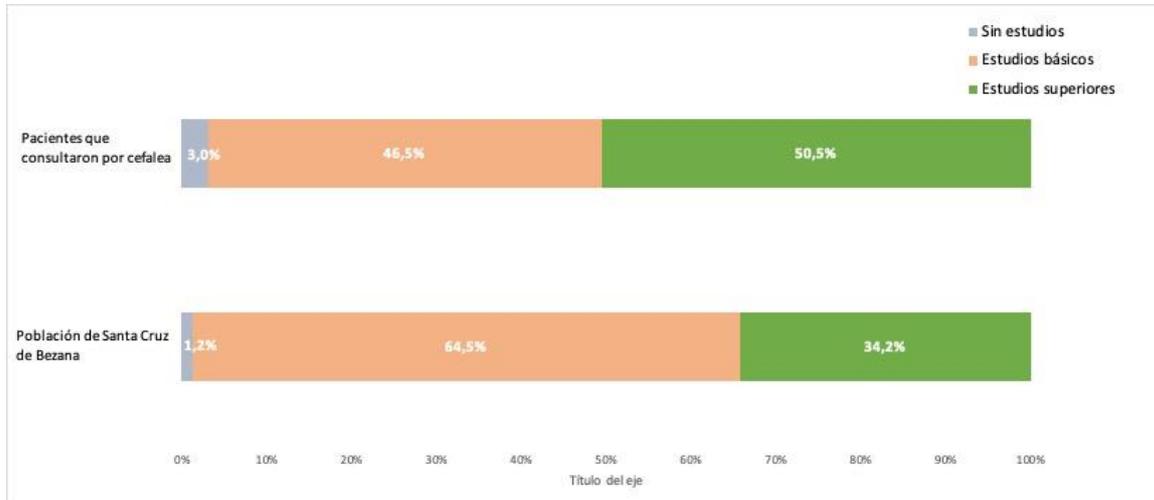


Figura 24. Nivel de estudios de la población de Cantabria vs nivel de estudios de los pacientes que consultaron por cefalea.

6.2.3.2. Comparativa de IMC por sexo en pacientes que consultaron con cefalea vs el de la población general de Cantabria.

Los datos del IMC separados por sexo y muestra de pacientes que consultaron por cefalea vs los de la población general de Cantabria se muestran en la figura 25. No se observaron diferencias significativas, aunque del total de pacientes que presentaban un $IMC \geq 30$ ($n=30$), el 70% ($n=21$) eran pacientes con diagnóstico de migraña ($p=0,23$; χ^2).

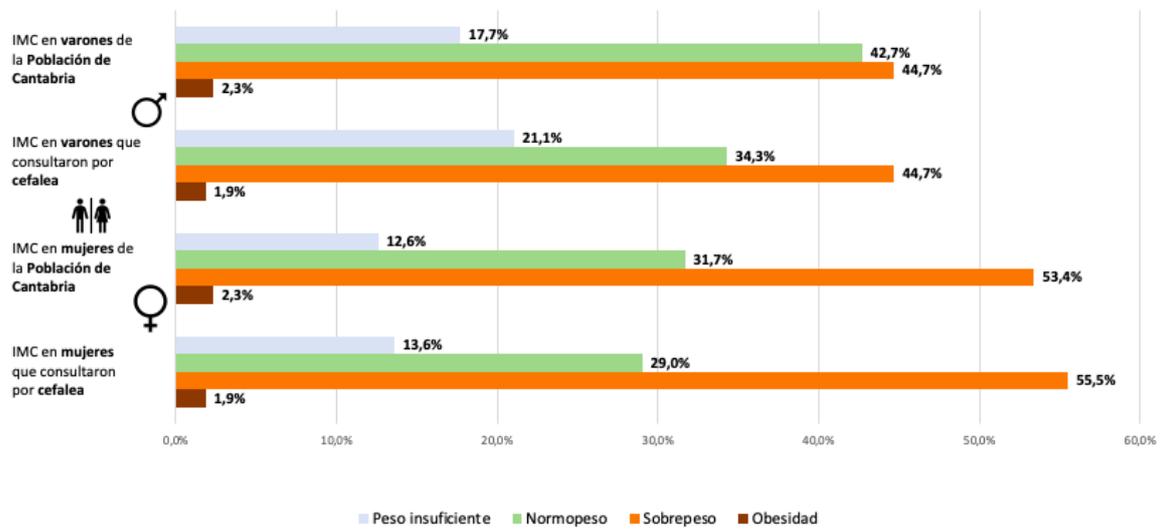


Figura 25. IMC por sexo en pacientes con cefalea vs el de la población general de Cantabria.

6.3. Distribución por diagnósticos en historia clínica previa

El 36% (n=72) de los pacientes que consultaron por cefalea, estaba etiquetado en su historia como migraña, un 12,5% (n=25) constaba como cefalea tensional, un 37% (n=74) estaba etiquetado como cefalea sin etiquetar subtipo y hasta en un 14,5% (n=29) no constaba cefalea en su historia clínica (figura 26).

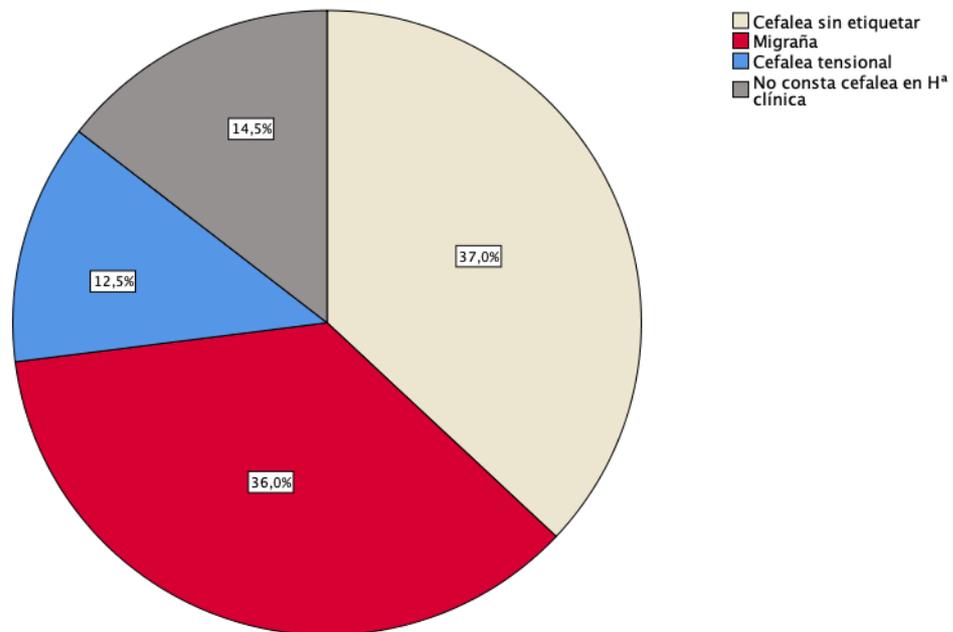


Figura 26. Distribución por diagnósticos según constaban previamente al estudio en historia clínica.

6.3.1. Análisis comparativo de diagnóstico previo en historia clínica frente a diagnóstico tras criterios IHS

Como puede observarse en la figura 27, se realizó una comparación de los datos previos en historia clínica de todo paciente que consultó por cefalea con el diagnóstico correcto que se realizó tras establecerse los criterios de la IHS para cefaleas.

Del total de pacientes con migraña (n=120), sólo la mitad (52,5%, n=63) constaban en historia clínica previa correctamente etiquetados como migraña. La otra mitad o estaban mal etiquetados o no constaba su diagnóstico en historia, observándose que 37 (30,8%) constaban como cefalea “sin etiquetar”, 4 (3,3%) como cefalea tensional cuando cumplían criterios para migraña y 16 (13,3%) no constaba que tuviera cefalea en su historia clínica.

Del total de pacientes con cefalea tensional (n=77), sólo el 27,3% (n=21) habían sido correctamente diagnosticados en su historia clínica previa; el 10,3% (n=8) constaba como migraña cuando cumplía criterios de cefalea tipo tensional. Casi la mitad (45,5%; n=35) tenían diagnóstico de cefalea sin etiquetar el tipo y un porcentaje destacable (16,9%; n=13) no constaba que tuviera cefalea en su historia previa.

Por tanto, a la luz de estos datos, como puede observarse en la figura 29, del total de pacientes que consultaron en el primer nivel asistencial por cefalea (n=200), menos de la mitad (42%, n=84) estaban correctamente etiquetados en su historia clínica. De ellos, 74 (37%) constaban como cefalea “sin etiquetar”. Además, hasta un 6,5% (n=13) presentaba un diagnóstico incorrecto en su historia clínica previa y un 14,5% (n=29) no tenía descrito episodio de cefalea en su historia previa.

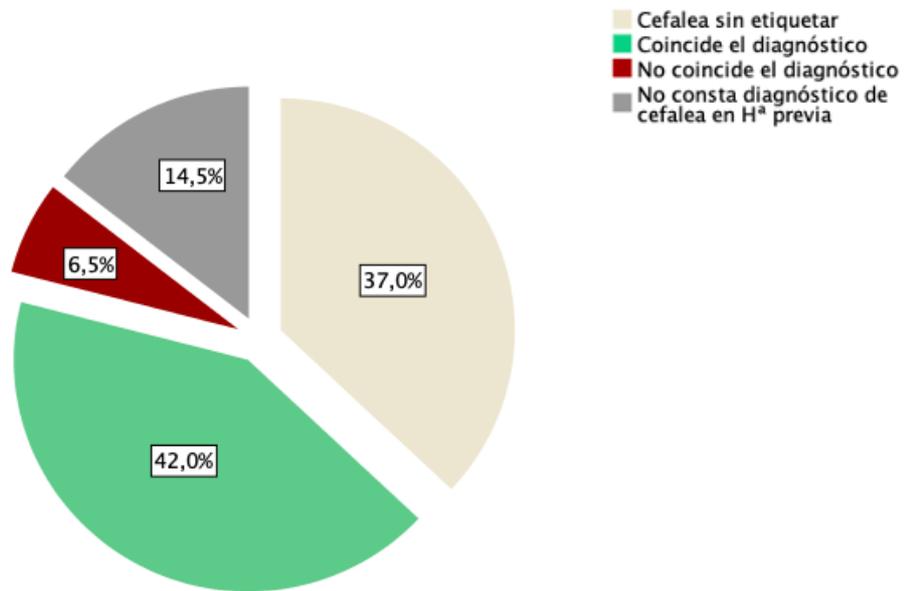


Figura 27. Comparativa de diagnóstico definitivo según criterios de la IHS frente a diagnóstico etiquetado previamente en historia clínica.

6.4. Análisis de hábitos de tratamiento en pacientes con cefalea

6.4.1. Tratamiento analgésico

Casi la totalidad de pacientes (n=199, 99,5%) habían utilizado previamente tratamiento sintomático para sus cefaleas. La distribución de este tratamiento por grupos farmacológicos y diagnósticos aparece recogida en la tabla 17 y figura 29.

6.4.1.1. Hábitos de tratamiento analgésico

Los hábitos de tratamiento analgésico de los pacientes que consultaron por cefalea aparecen recogidos en la figura 28, destacando principalmente el uso de AINEs.

Entre los pacientes que usaron algún triptán (43%, n=86), un 40,7% (n=35) reconoció haber usado varios triptanes; el triptán más usado fue zolmitriptán (20,9%, n=18), seguido de rizatriptán (16,3%, n=14), almotriptán (10,5%, n=9), sumatriptán (10,5%, n=9) y naratriptán (1,2%, n=1) (figura 30).

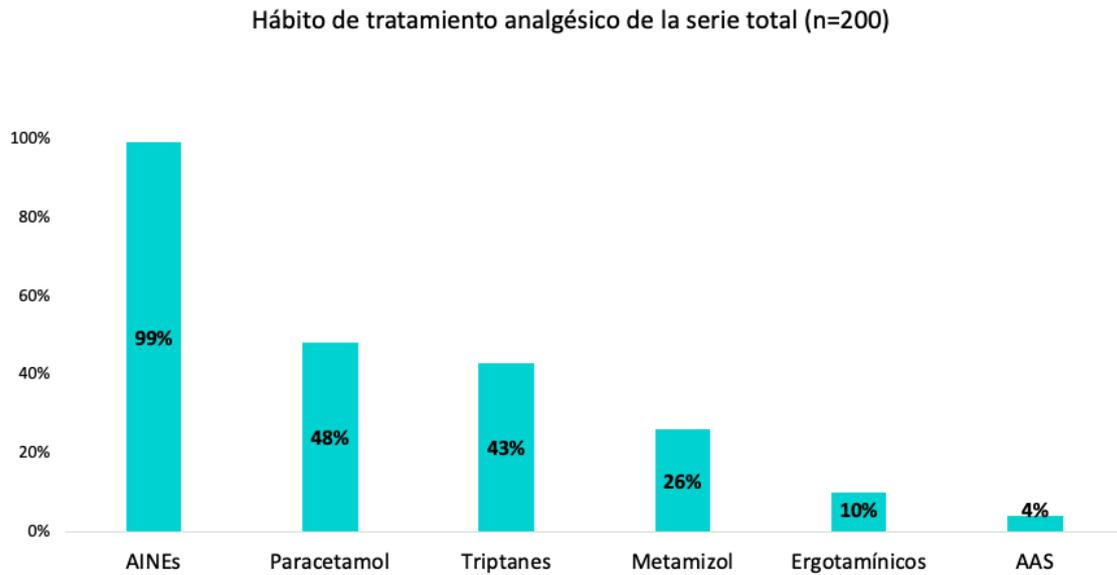


Figura 28. Hábitos de tratamiento analgésico de los pacientes que consultaron por cefalea.

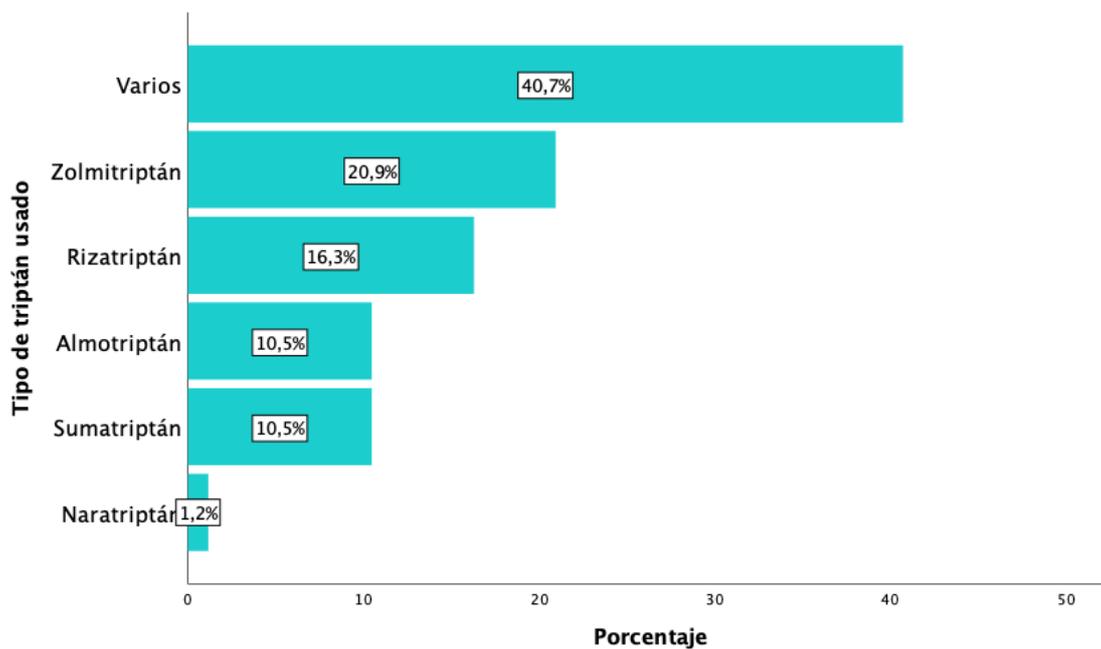


Figura 29. Tipo de triptán más utilizado entre los pacientes con cefalea.

6.4.1.2. Comparativa hábitos de tratamiento analgésico según subtipo de cefalea

Si lo analizamos por diagnósticos, como puede observarse en la figura 30, no existieron diferencias significativas en el uso de AINEs entre los diferentes grupos ($p > 0,05$), pero sí en el caso de los triptanes y de los ergóticos, cuyo uso fue más frecuente en pacientes con migraña (tabla 17).

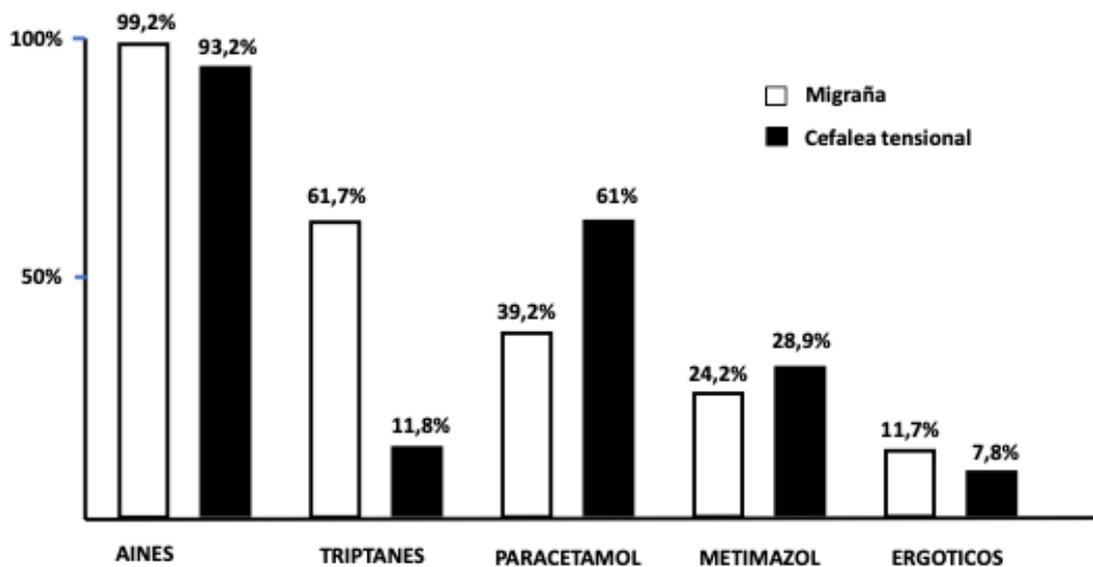


Figura 30. Tasa de uso de tratamientos sintomáticos de los pacientes con migraña versus aquellos con cefalea tensional.

Tabla 17. Tasa de uso de tratamientos sintomáticos de los pacientes con migraña versus aquellos con cefalea tensional (n y %).

Fármaco usado	Migraña	Cefalea tensional
AINES (n;%)	114; 95%	72; 93,5%
Triptanes (n;%)	74; 61,7%	9; 11,7%
Paracetamol (n;%)	47; 39,2%	47; 61%
Metamizol (n;%)	29; 24,2%	23; 29,9%
Ergóticos (n;%)	14; 11,7%	6; 7,8%

Cabe destacar un subtipo de migraña especial, la migraña crónica, observándose que los pacientes con diagnóstico de migraña crónica consumían habitualmente más triptanes (100% MC vs 11,7% ME) y ergóticos (25% MC vs 9,6% ME) que aquellos con migraña episódica.

6.4.1.3. Tratamiento analgésico dispensado en farmacia en el último año

Además del tratamiento que el paciente refirió en la entrevista clínica que tomaba durante sus crisis de cefalea, se analizó posteriormente el tratamiento que había sido realmente dispensado para cada paciente durante el último año en la farmacia. El 85% (n=170) del total de pacientes que consultaron por cefalea recogió tratamiento analgésico en el último año, mientras que el 15% (n=30) no.

La media de envases de tratamiento analgésico recogido en farmacia aparece reflejada en la tabla 18 y el tipo de fármaco dispensado viene reflejado en la tabla 19. Destaca especialmente la elevada media de envases de ergóticos y opiáceos dispensado en farmacia al año por algunos pacientes con cefalea.

Tabla 18. Tratamiento analgésico dispensado en farmacia en el último año en pacientes que consultaron por cefalea.

Pacientes que recogieron tratamiento analgésico en el último año en farmacia	
N, %	170, 85%
Media ± DE (envases analgesia/año)	8,6 ± 13,7
Mediana	5
Límites	(1-110)

Tabla 19. Tipo de fármaco analgésico dispensado en farmacia en el último año en pacientes que consultaron por cefalea.

Fármaco dispensado en farmacia (Dosis y envase) – (n=170)	Número de pacientes (n; %)	Media ± DS (envases dispensados/año)	Mediana (envases dispensados/año)	Límites
Paracetamol (650 mg y 1g. 20 y 40 comprimidos)	n= 57; 33,5%	3,1 ± 3,2	2	1-17
Naproxeno 500 mg. (Envase 40 comprimidos)	n=14; 8,2%	1,9 ± 1,4	1	1-5
Naproxeno 550 mg. (Envase 40 comprimidos)	n= 60; 35,3%	2,4 ± 2,3	1	1-11
Ibuprofeno (600 mg. Envases 20 y 40 comprimidos/sobres)	n=58; 34,1%	2,7 ± 2,7	2	1-19
Otros AINEs. (Enantyum 25 mg y Diclofenaco 50 mg)	n= 72; 41,8%	4,7 ± 7,3	2	1-50
Metamizol (575 mg. Envase 20 capsulas)	n=28; 16,5%	2,6 ± 4,4	1	1-24
AAS (100 mg. 20 y 30 comprimidos)	n= 3; 1,8%	4 ± 1,7	5	2-5

Codeína + AAS + cafeína (9,6 mg/400mg/ 50 mg. Envase 20 comprimidos)	n=1; 0,6%	99	99	99-99
Ergotamínicos	n=4; 2,4%	10,3 ± 16,5	2,5	1-35
Triptanes	n=58; 29%	5,3 ± 7,8	2	1-49
Opiáceos (Tramadol 50 mg, tramadol 37,5 mg, tapentadol 25-200 mg)	n=10; 5,9%	8,9 ± 10,6	3	1-28

6.4.1.4. Comparativa del tratamiento analgésico dispensado en farmacia en el último año según subtipos de cefalea

Si lo evaluamos por diagnósticos según subtipos de cefaleas, destaca que los pacientes con migraña recogieron un mayor número de envases en farmacia a lo largo de un año que el resto de pacientes con otro tipo de cefalea, la media de envases de analgesia dispensados según subtipo de cefalea aparece recogida en la tabla 20.

Tabla 20. Tratamiento analgésico dispensado en farmacia en el último año en pacientes con migraña vs aquellos con cefalea tensional.

Pacientes que recogieron tratamiento analgésico en el último año en farmacia (N=170)	Migraña	Cefalea tensional
N; %	105; 61,8%	63; 37,1%
Media ± DE (envases analgesia/año)	9,5 ± 13	7,1 ± 14,9
Mediana	6	3
Límites	(1-104)	(1-110)

Los pacientes migraña crónica y la cefalea tipo tensional crónica fueron los que más tratamiento recogieron en la farmacia (tabla 21).

Tabla 21. Tratamiento analgésico dispensado en farmacia en el último año según subtipo de cefaleas siguiendo criterios de la IHS.

Pacientes que recogieron tratamiento analgésico en el último año en farmacia (N=170)	N; %	Media \pm DE (envases analgesia/año)	Mediana	Límites
Migraña sin aura	57; 33,5%	7,8 \pm 7,5	6	1-49
Migraña con aura	27; 15,9%	7,2 \pm 6,8	5	1-27
Migraña crónica	16; 9,4%	17,8 \pm 26,7	9	2-104
Migraña probable	5; 2,9%	14,2 \pm 15,9	10	1-39
Cefalea tensional episódica infrecuente	17; 10%	2,6 \pm 1,7	2	1-7
Cefalea tensional episódica frecuente	34; 20%	4,7 \pm 5,1	3	1-25
Cefalea tensional crónica	8; 4,7%	28,3 \pm 35,5	14,5	4-110
Cefalea tensional probable	4; 2,4%	5,3 \pm 1,3	5	4-7

En cuanto al tipo de fármaco dispensado, como se ha comentado previamente, destaca la elevada media de envases de ergóticos y de opiáceos dispensados al año en farmacia para un subgrupo de pacientes, (tabla 22); esto fue especialmente llamativo en los pacientes que tenían diagnóstico de migraña crónica y, para el caso de los opiáceos, de cefalea tensional crónica (tabla 23).

Tabla 22. Tipo de fármaco analgésico dispensado en farmacia en el último año en pacientes con migraña.

Fármaco dispensado en pacientes con migraña (N=105) (Dosis y envase)	Número de pacientes (n; %)	Media \pm DS (envases dispensados/año)	Mediana (envases dispensados/año)	Límites
Paracetamol (650 mg y 1g. 20 y 40 comprimidos)	n= 30; 28,6%	3,1 \pm 3,4	1,5	1-17
Naproxeno 500 mg. (Envase 40 comprimidos)	n=9; 8,6%	2,3 \pm 1,7	2	1-5
Naproxeno 550 mg. (Envase 40 comprimidos)	n= 42; 40%	2,4 \pm 2,1	1	1-11
Ibuprofeno (600 mg. Envases 20 y 40 comprimidos/sobres)	n=34; 32,4%	2,9 \pm 3,3	2	1-19
Otros AINEs. (Enantyum 25 mg y Diclofenaco 50 mg)	n= 49; 46,7%	4,4 \pm 5,2	2	1-26
Metamizol (575 mg. Envase 20 capsulas)	n=19; 18,1%	1,9 \pm 1,6	1	1-5
AAS (100 mg. 20 y 30 comprimidos)	n= 2; 1,9%	3,5 \pm 2,1	3,5	2-5
Codeína + AAS + cafeína (9,6 mg/400mg/ 50 mg. Envase 20 comprimidos)	n=1; 0,9%	99	99	99-99
Ergotamínicos	n=2; 1,9%	19 \pm 22,6	19	3-35
Triptanes	n=52; 49,5%	5,5 \pm 8,1	2	1-49
Opiáceos (Tramadol 50 mg, tramadol 37,5 mg, tapentadol 25-200 mg)	n=5; 4,8%	2,6 \pm 3,1	1	1-8

Tabla 23. Tipo de fármaco analgésico dispensado en farmacia en el último año en pacientes con cefalea tensional.

Fármaco dispensado en pacientes con cefalea tensional (N=63) (Dosis y envase)	Número de pacientes (n; %)	Media \pm DS (envases dispensados/año)	Mediana (envases dispensados/año)	Límites
Paracetamol (650 mg y 1g. 20 y 40 comprimidos)	n= 26; 41,3%	3,2 \pm 3	2	1-10
Naproxeno 500 mg. (Envase 40 comprimidos)	n=5; 7,9%	1,2 \pm 0,4	1	1-2
Naproxeno 550 mg. (Envase 40 comprimidos)	n=18; 28,6%	2,3 \pm 2,7	1	1-11
Ibuprofeno (600 mg. Envases 20 y 40 comprimidos/sobres)	n=23; 36,5%	2,4 \pm 1,6	2	1-7
Otros AINEs. (Enantyum 25 mg y Diclofenaco 50 mg)	n=22; 34,9%	5,3 \pm 10,7	1,5	1-50
Metamizol (575 mg. Envase 20 capsulas)	n=9; 14,3%	4 \pm 7,5	1	1-24
AAS (100 mg. 20 y 30 comprimidos)	n=1; 1,6%	5	5	5-5
Ergotamínicos	n=2; 3,2%	1,5 \pm 0,7	1,5	1-2
Triptanes	n=6; 9,5%	3,8 \pm 4,4	1,5	1-49
Opiáceos (Tramadol 50 mg, tramadol 37,5 mg, tapentadol 25-200 mg)	n=5; 7,9%	15,2 \pm 12	20	1-28

6.4.1.5. Análisis de efectividad subjetiva del tratamiento analgésico en los pacientes con cefalea

Un 87,5% (n=175) de los pacientes que consultaron por cefalea indicaron que sí había algún fármaco que normalmente les mejorara su cefalea. De ellos, el fármaco que tuvo una mayor respuesta subjetiva de su cefalea fue, como se refleja en la figura 31, en primer lugar, el grupo de los triptanes (84,9%, n=73), seguido de los AINEs (46,6%, n=88).

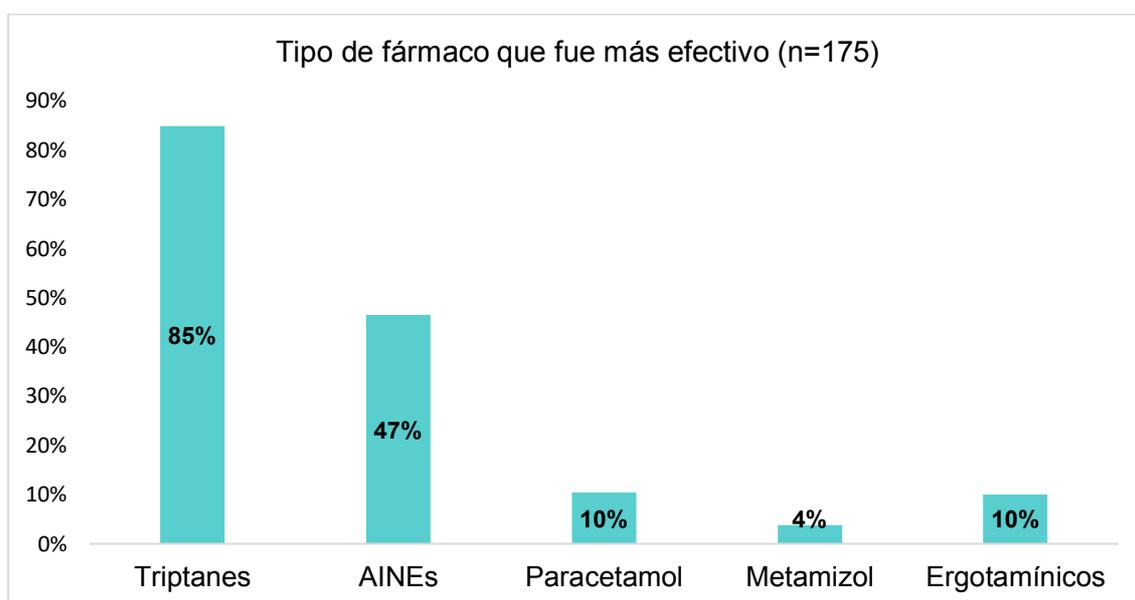


Figura 31. Fármaco más efectivo según criterio subjetivo del paciente.

Pero hasta un 12,5% (n=25) de los pacientes que consultaron por cefalea indicaron que ningún fármaco analgésico de los que les había sido pautado conseguía quitarle la cefalea. De ellos, destaca que su gran mayoría (64%, n=16) eran pacientes con migraña y, de hecho, el 24% (n=6) tenían migraña crónica.

Así mismo, de los que no encontraron mejoría con ningún fármaco analgésico (n=25), destaca el hecho de que hasta el 48% (n=12) nunca había sido tratado con un triptán. De los pacientes que habían usado triptanes alguna vez (n=86), el 84,9% respondieron que sí encontraban mejoría subjetiva con tratamiento farmacológico (n=73) y sólo el 15,1% (n=13) respondieron que no.

6.4.2. Tratamiento preventivo

Del total de pacientes que consultaron por cefalea (n=200), 85 (42,5%) habían recibido anteriormente tratamiento preventivo. Sólo en 11 casos (12,9%) este tratamiento había sido pautaado por su médico de atención primaria. La distribución de los diferentes tratamientos preventivos aparece recogida en la figura 32.

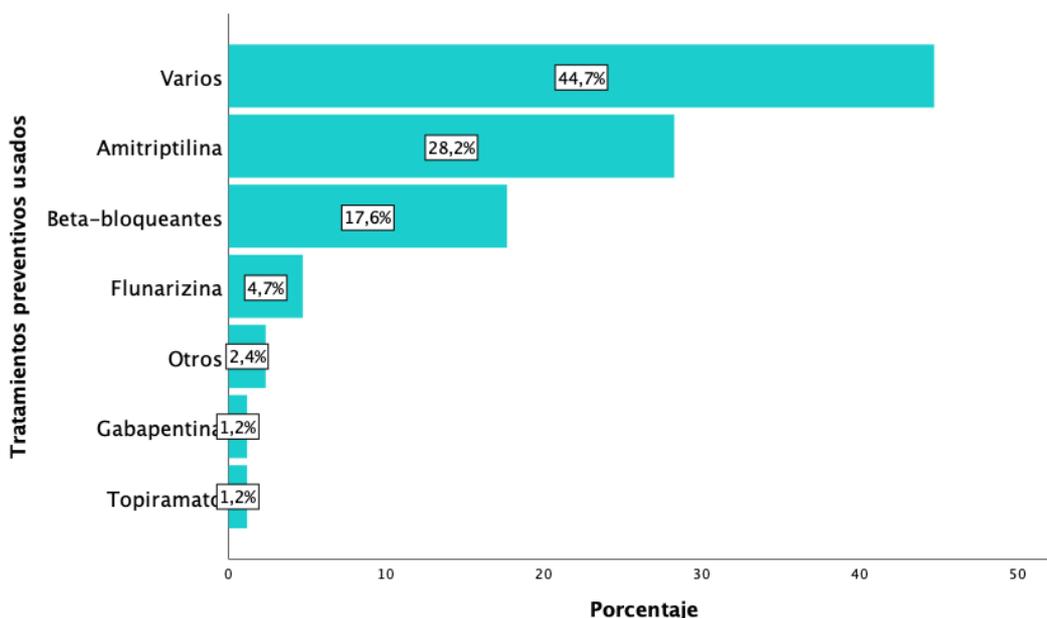


Figura 32. Tratamiento preventivo usado en los pacientes con cefalea.

6.4.2.1. Comparativa de hábitos de tratamiento preventivo según subtipo de cefalea

Si lo analizamos por diagnósticos, destaca que del total de pacientes que recibieron en algún momento tratamiento preventivo (n=85), la gran mayoría (76,5%, n=65) fueron pacientes con diagnóstico de migraña.

De hecho, de los pacientes con diagnóstico de migraña (n=120), algo más de la mitad (54,2%, n=65) había tomado tratamiento preventivo en alguna ocasión, la mitad (50%, n=52) de los pacientes con diagnóstico de migraña episódica (n=104) y el 81,3% (n=13) de los pacientes con migraña crónica (n=16) había recibido tratamiento preventivo en algún momento (figura 33). El tipo de tratamiento usado aparece recogido en la tabla 24.

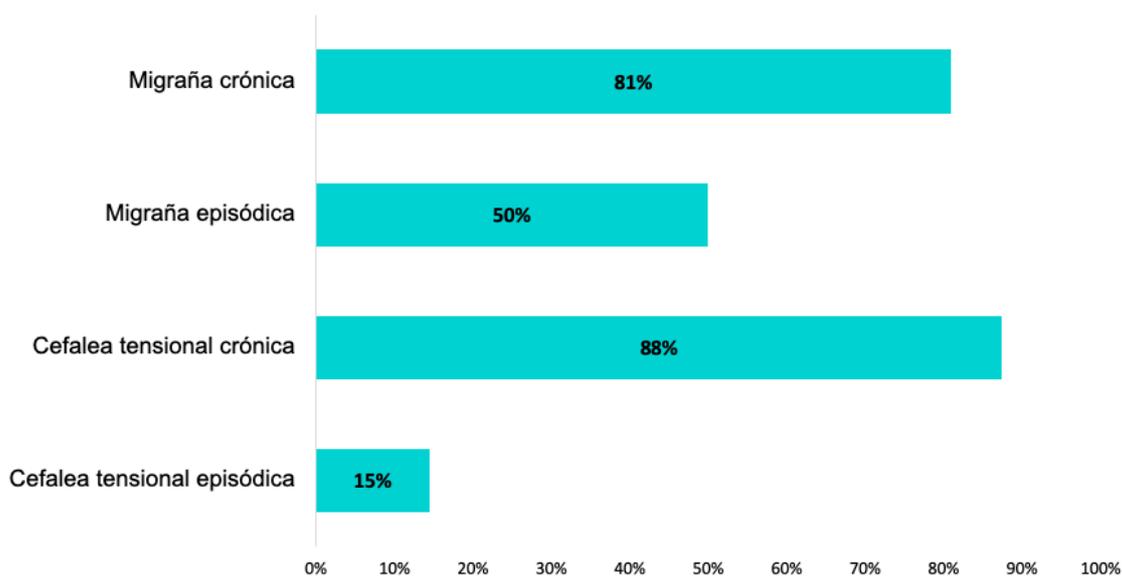


Figura 33. Tasa de uso de tratamiento preventivo según los diferentes subtipos de cefalea.

Tabla 24. Tipo de tratamiento preventivo usado en los pacientes con migraña versus aquellos con cefalea tensional (n y %).

Tratamiento preventivo usado (Dosis y envase) - (n=85)	Migraña (n= 65)	Cefalea tensional (n= 17)
Betabloqueantes (n; %)	34; 40%	5; 5,9%
Amitriptilina (n; %)	40; 47,1%	12; 14,1%
Topiramato (n; %)	1; 1,2%	22; 25,9%
Ácido valproico (n; %)	2; 2,4%	0
Flunarizina (n; %)	13; 15,3%	0
Gabapentina (n, %)	1; 1,2%	1; 1,2%
Toxina botulínica (n, %)	0	6; 7,1%

6.4.2.2. Tratamiento preventivo dispensado en farmacia en el último año

Además del tratamiento preventivo que el paciente refirió en la entrevista clínica que había tomado en algún momento, se analizó posteriormente el tratamiento preventivo que había sido realmente dispensado por cada paciente durante el último año en la farmacia.

La media de envases de tratamiento preventivo recogido en farmacia aparece reflejada en la tabla 25 y el tipo de fármaco dispensado, así como la media de envases dispensados en farmacia aparece recogido en la tabla 26, siendo la amitriptilina y los betabloqueantes los fármacos más usados como tratamiento preventivo.

Tabla 25. Tratamiento preventivo dispensado en farmacia en el último año en pacientes que consultaron por cefalea.

Pacientes que recogieron tratamiento preventivo en el último año en farmacia	
N, %	51; 25,5%
Media \pm DE (envases analgesia/año)	6,4 \pm 7,8
Mediana	4
Límites	(1-41)

Tabla 26. Tipo de fármaco preventivo dispensado en farmacia en el último año en pacientes que consultaron por cefalea.

Fármaco dispensado (Dosis y envase)	Número de pacientes (n; %)	Media \pm DS (envases dispensados/año)	Mediana (envases dispensados/año)	Límites
Betabloqueantes (Propranolol 10 mg. 40 comprimidos)	n= 17; 33,3%	5,4 \pm 4	6	1-12
Amitriptilina (10 y 25mg. 24 y 30 comprimidos)	n=29; 56,9%	4,3 \pm 3,2	4	1-12
Topiramato (25, 50 y 100 mg. 28 y 60 comprimidos)	n=6; 11,8%	4,5 \pm 5,9	2	1-19
Flunarizina (5 mg. 30 y 60 comprimidos)	n=5; 9,8%	1 \pm 0	1	1-1

6.4.2.3. Comparativa de tratamiento preventivo dispensado en farmacia en el último año según subtipo de cefalea

Si lo analizamos por diagnósticos, como aparece recogido en la tabla 27, destaca que de los pacientes que tenían tratamiento preventivo dispensado en farmacia en el último año, la media de envases dispensados es superior en los pacientes con migraña con respecto a los que tenían diagnóstico de cefalea tensional.

Tabla 27. Tratamiento preventivo dispensado en farmacia en el último año en pacientes con migraña vs aquellos con cefalea tensional

Pacientes que recogieron tratamiento preventivo en el último año en farmacia (N=51)	Migraña	Cefalea tensional
N; %	37; 72,5%	13; 25,5%
Media ± DE (envases analgesia/año)	6,1 ± 6,9	4,6 ± 3,4
Mediana	4	3
Límites	1-27	1-11

Así mismo, en la tabla 28 aparece recogido el análisis del tratamiento preventivo dispensado según subtipos de cefaleas, destacando por su especial relevancia, tanto la migraña crónica como la cefalea tipo tensional crónica, siendo las que presentaron una mayor media de envases de analgesia dispensados en farmacia en el último año.

Tabla 28. Tratamiento preventivo dispensado en farmacia en el último año según subtipo de cefaleas siguiendo criterios de la IHS.

Pacientes que recogieron tratamiento preventivo en el último año en farmacia (N=51)	N; %	Media \pm DE (envases analgesia/año)	Mediana	Límites
Migraña sin aura	18; 35,3%	4,8 \pm 5,7	4	1-26
Migraña con aura	8; 15,7%	4 \pm 3	3	1-10
Migraña crónica	11; 21,6%	9,8 \pm 9,3	6	1-27
Cefalea tensional episódica infrecuente	2; 3,9%	4 \pm 4,2	4	1-7
Cefalea tensional episódica frecuente	4; 7,8%	3,8 \pm 3,1	3	1-8
Cefalea tensional crónica	7; 13,7%	5,3 \pm 3,7	3	2-11

El tipo de fármaco preventivo dispensado en farmacia en el último año en pacientes con migraña frente a aquellos con cefalea tensional aparece reflejado en la tabla 29, observándose que los betabloqueantes (migraña) y la amitriptilina (migraña y cefalea tensional) son los fármacos preventivos que tuvieron una mayor dispensación en el último año en farmacia.

Tabla 29. Tipo de fármaco preventivo dispensado en farmacia en el último año en pacientes con migraña vs aquellos con cefalea tensional.

Fármacos preventivos dispensados en farmacia en el último año. (Dosis y envase) – (n=51)	Migraña (n=37)	Cefalea tensional (n=13)
Betabloqueantes (Propranolol 10 mg. 40 comprimidos) N; %	n=17; 33,3%	
Media de envases/año	5,4 ± 4	-
Mediana	6	
Límites	1 – 12	
Amitriptilina (10 y 25mg. 24 y 30 comprimidos) N; %	n=18; 35,3%	n=11; 21,6%
Media de envases/año	4 ± 2,9	4,8 ± 3,7
Mediana	4	4
Límites	1 – 12	1 – 11
Topiramato (25, 50 y 100 mg. 28 y 60 comprimidos) N; %	n= 9; 17,6%	n=2; 3,9%
Media de envases/año	5,3 ± 6,7	1,5 ± 0,7
Mediana	2	1,5
Límites	1 – 19	1 - 2
Flunarizina (5 mg. 30 y 60 comprimidos) N; %	n=4; 7,8%	n=1; 1,9%
Media de envases/año	1	1
Mediana	1	1
Límites	1 - 1	

6.4.2.4. Análisis del médico prescriptor del tratamiento preventivo

Del total de pacientes que consultaron por cefalea, 85 pacientes (42,5%) habían recibido anteriormente tratamiento preventivo. Solo en 11 casos (12,9%) este tratamiento había sido pautado por su médico de atención primaria, siendo en su gran mayoría pautado por el especialista de neurología (75,3%, n=64) (figura 34).

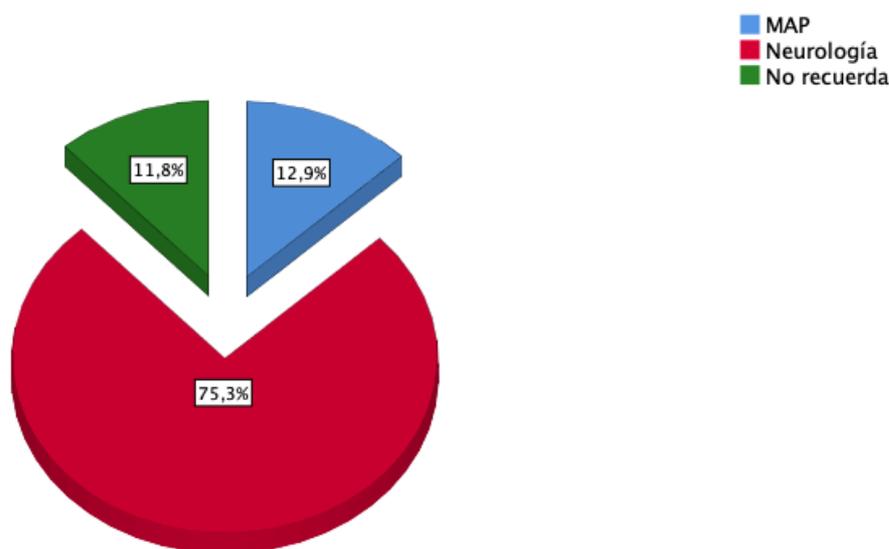


Figura 34. Médico prescriptor del tratamiento preventivo.

MAP: Médico de Atención Primaria

Cabe destacar que los tratamientos preventivos más pautados por parte del médico de atención primaria fueron en primer lugar la amitriptilina en 7 casos (63,6%), seguido de los beta-bloqueantes (9,1%, n=1). En cambio, la prescripción de tratamientos preventivos por parte de neurología tenía una mayor distribución en diferentes fármacos destacando el uso de varios fármacos preventivos diferentes en más de la mitad de los pacientes (53,1%, n=34), amitriptilina (18,5%, n=12), beta-bloqueantes (18,5%, n=12), seguido de flunarizina en un 6,3% (n=4) y topiramato en un 1,6% (n=1). Un 5% (n=10) no recordaron el médico prescriptor.

6.4.2.5. Análisis según criterios de prescripción de tratamiento preventivo

Se analizó cuántos pacientes hubieran necesitado realmente tratamiento preventivo según frecuencia de dolor o escala MIDAS (episodios de cefalea ≥ 3 episodios/mes y escala MIDAS ≥ 11 puntos).

Un total de 69 pacientes (34,5%) en el momento de la consulta cumplía criterios de prescripción de tratamiento preventivo, pero solo la mitad (n=34; 49,3%) tenía pautado en ese momento tratamiento preventivo; por este orden: amitriptilina (19; 55,9%), beta-bloqueantes (13; 38,2%), topiramato (9; 26,5%) y flunarizina (2; 5,9%).

Por tanto, la mitad (50,7%, n=35) de los pacientes que requerirían, según frecuencia de dolor y escala MIDAS, tratamiento preventivo, no lo tenían pautado en el momento de la consulta. Además, cabe destacar solo 5 (41,7%) de los pacientes con criterios de abuso de analgésicos no tenían dispensado tratamiento preventivo en farmacia en el último año.

6.4.3. Terapias alternativas

El 14% (n=28) de los pacientes de la muestra reconocieron haber usado alguna “terapia alternativa” no farmacológica en algún momento de su vida. En la figura 35 se observan las más frecuentemente usadas por orden de frecuencia: “daith piercing” (5,5%, n=11), homeopatía holocraneal (1,5%, n=3), el 5% (n=10) usaron otras terapias alternativas (entre las que destacan psicoterapia, curso psicológico: método silva, crema del tigre y acupuntura); y hasta un 2% (n=4) reconoce haber usado varias de las terapias alternativas de las previamente citadas.

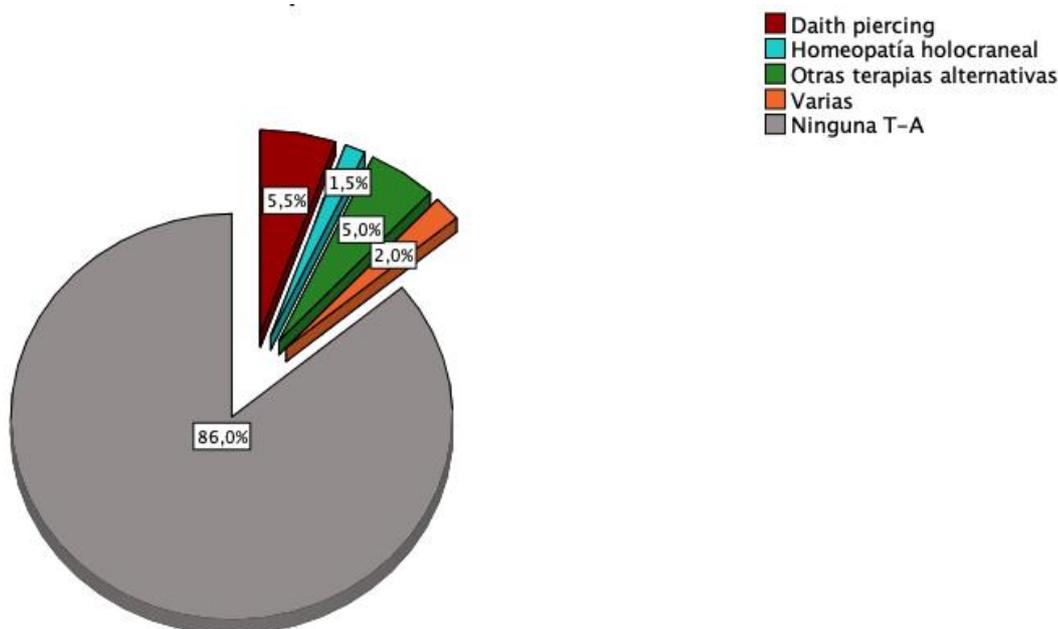


Figura 35. Terapias alternativas usadas por los pacientes con cefalea.

T-A: Terapia Alternativa

Se analizó posteriormente si los pacientes que habían sido sometidos a algún tipo de terapia alternativa en algún momento de su vida, notaron mejoría subjetiva tras dicha terapia. Más de la mitad de los que las usaron (60,7%) refirieron no haber presentado mejoría clínica tras estas terapias; sólo un 39,3% refieren mejoraron con el uso de alguna de ellas.

6.4.4. Análisis de derivación al segundo nivel asistencial

Valoramos las derivaciones al segundo nivel desde atención primaria. Del total de la muestra, 114 (57%) habían sido derivados con anterioridad a neurología y 32 (16%) se encontraba aún en seguimiento por neurología durante el periodo de estudio (figura 36).

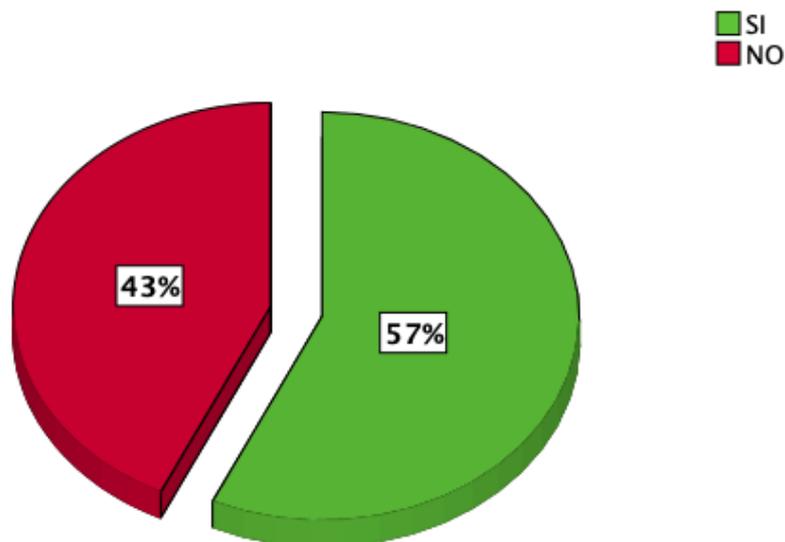


Figura 36. Porcentaje de derivaciones al segundo nivel asistencial (consultas de neurología).

Un 71,9% (n=82) de los pacientes que habían sido derivados en algún momento al segundo nivel asistencial y que consultaron en el periodo de estudio por cefalea en el primer nivel asistencial habían sido dados de alta de seguimiento en las consultas de neurología. De los que se encontraban en el periodo de estudio en seguimiento por parte de neurología (n=32), la gran mayoría (71,9%, n=23) eran pacientes con diagnóstico de migraña y el 21,8% (n=7) eran pacientes con cefalea tipo tensional.

Dicho de otra manera, como se observa en la figura 37, del total de pacientes con migraña (n=120), el 19,2% (n=23) se encontraba en seguimiento por neurología en el periodo del estudio; y del total de pacientes con cefalea tensional (n=77) sólo el 9% (n=7) se encontraba en seguimiento por neurología.

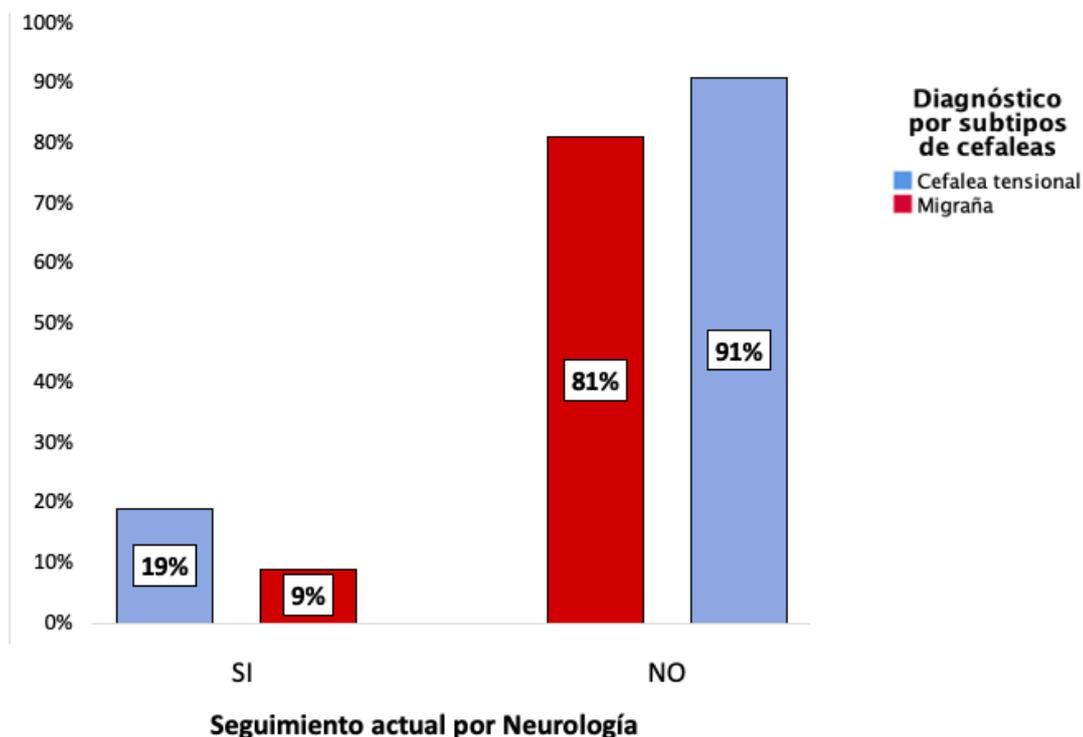


Figura 37. Seguimiento actual por neurología en pacientes con cefalea tensional vs aquellos con migraña.

De los 114 pacientes que habían sido derivados al segundo nivel asistencial, la gran mayoría (75,4%, n=86) eran pacientes con diagnóstico de migraña (35,9% migraña sin aura, 26,3% migraña con aura, 12,3% migraña crónica y 0,9% migraña probable), y un 21,9% (n=25) tenían diagnóstico de cefalea tipo tensional (10,5% cefalea tensional episódica frecuente, 5,3% episódica infrecuente, 6,1% cefalea tensional crónica). Por tanto, el 32,4% (n=25) de los pacientes con diagnóstico de cefalea tensional y el 71,6% (n=86) de los pacientes con migraña habían sido derivados a consultas de neurología en algún momento de su vida.

6.5. Análisis del uso de recursos sanitarios

6.5.1. Pruebas médicas realizadas

Se evaluaron las pruebas complementarias a las que habían sido sometidos los pacientes. Como se observa en la figura 38, a prácticamente la mitad de pacientes (40,5%, n=81) se les había realizado en algún momento de su vida una prueba complementaria. En la figura 39 se observa las pruebas complementarias realizadas, más de la mitad (60,5%, n=49) tenía realizado un TC craneal, un 24,7% (n=20) una RM craneal y un 14,8% (n=12) tenía varias pruebas de imagen.

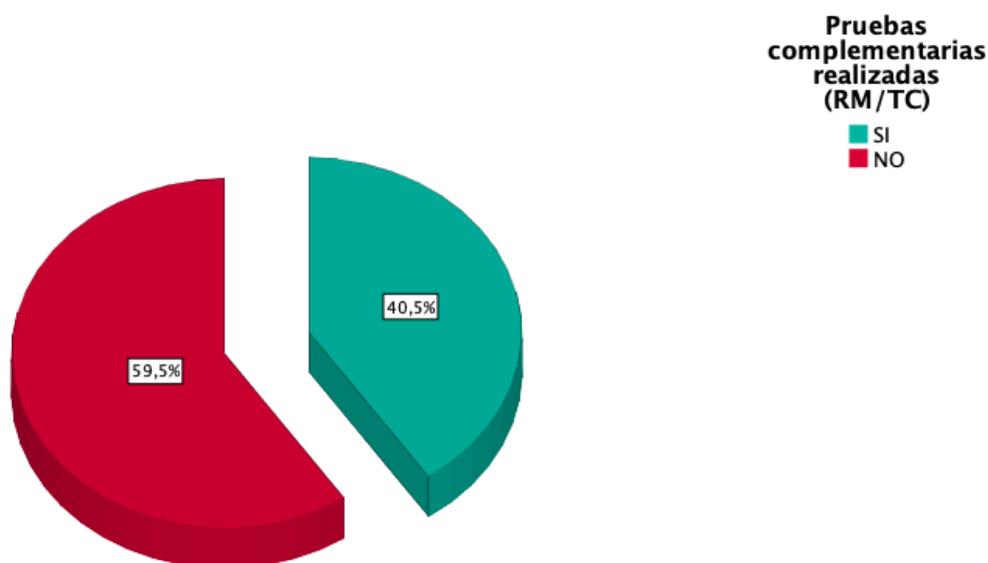


Figura 38. Porcentaje de pacientes con pruebas complementarias realizadas vs aquellos a los que no se les habían realizado pruebas complementarias.

RM: Resonancia Magnética Craneal

TC: Tomografía Computarizada Craneal

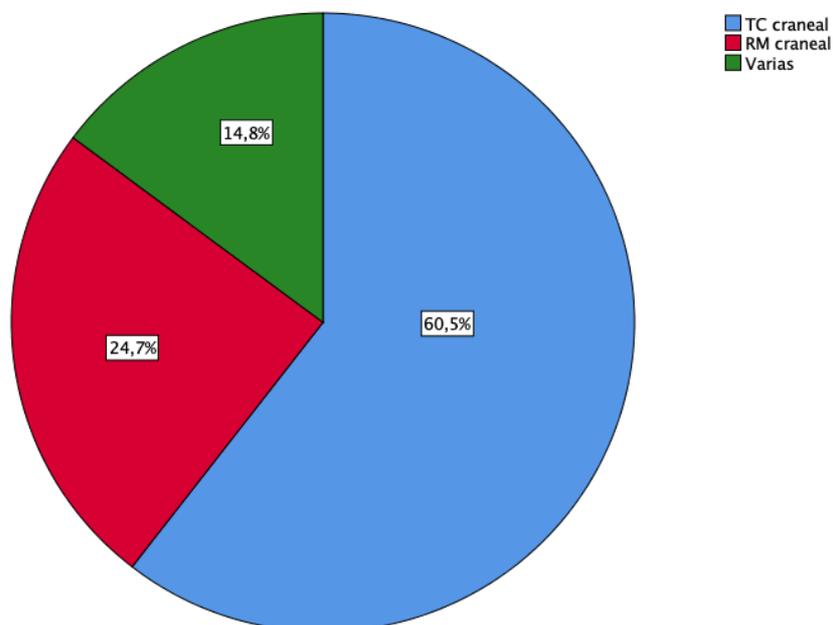


Figura 39. Tipo de Prueba complementaria en aquellos a los que se les realizó pruebas complementarias.

RM: Resonancia Magnética Craneal

TC: Tomografía Computarizada Craneal

Dicho de otra manera, los pacientes con diagnóstico de migraña fueron sometidos 2,7 veces más a pruebas complementarias con respecto a los pacientes con cefalea tensional (52,5%, n=63 en migraña VS 19,5% n=15 en cefalea tensional).

6.5.2. Número de visitas al centro de salud en el último año

La media de visitas registradas por cefalea en el último año al centro de salud fue de $1,9 \pm 1,3$ visitas/año (mediana: 1,5; límites: 1–8). El 42% (n=84) había acudido a su centro de salud por cefalea al menos en una ocasión en el último año y un 42% lo había hecho en 2 o más ocasiones.

Por tanto, los 200 pacientes completaron un total de 330 consultas en el último año por cefalea; esto es, la tasa de consulta a atención primaria por cefalea fue de 0,35 consulta/año (0,55 en las mujeres, frente a 0,13 en varones).

Llama la atención como de los 168 pacientes que habían acudido en al menos una ocasión al centro de salud por cefalea, más de la mitad (61,9%, n= 104) eran pacientes con diagnóstico de migraña.

Si lo comparamos por diagnósticos, la media de visitas al centro de salud en el último año fue 1,2 veces superior en pacientes con migraña respecto a cefalea tensional (media: $1,7 \pm 1,3$ visitas/año en pacientes con cefalea tensional VS media: $2, \pm 1,4$ visitas/año en pacientes con migraña). Esta diferencia aumenta en el caso de la migraña crónica, donde la media de visitas al centro de salud fue de $2,6 \pm 1,2$ visitas/año, siendo 1,3 veces superior en el caso de la migraña crónica con respecto a la migraña episódica (media $2,6 \pm 1,2$ visitas/año en migraña crónica VS media $2 \pm 1,4$ visitas/año en pacientes con migraña episódica).

6.5.3. Número de visitas a servicios de urgencias (de atención primaria y hospitalarias) en el último año

Además de registrar las visitas al centro de salud, se registraron las visitas en el último año a los servicios de Urgencias (tanto urgencias hospitalarias como urgencias de atención primaria).

La media de visitas registradas por cefalea en el último año a urgencias de los pacientes que consultaron durante el periodo de estudio fue de 0,6 visitas/año (DE 0,8; Límites: 0-4).

Como se observa en la figura 40, destaca que de los pacientes que consultaron por cefalea durante el periodo de estudio, un 42,5% (n=85) había acudido a Urgencias por cefalea al menos en una ocasión en el último año, y hasta un 10,5% (n=21) lo había hecho en 2 o más ocasiones.

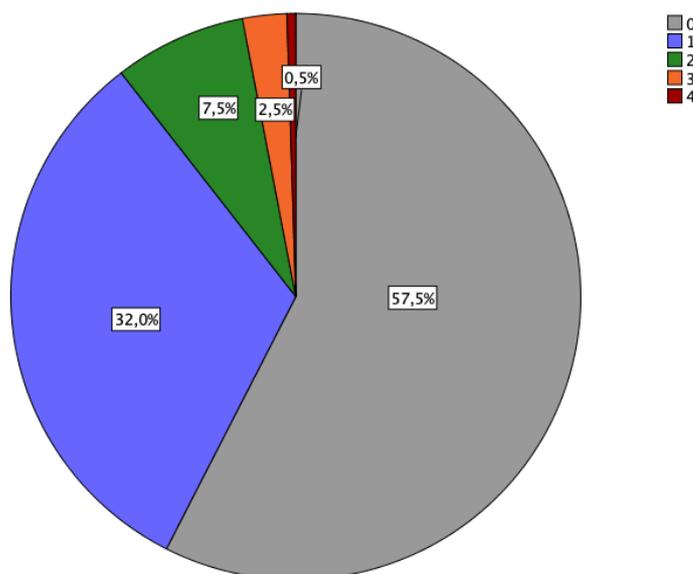


Figura 40. Número de visitas a urgencias en el último año por cefalea.

Por tanto, a los 200 pacientes se les registraron un total de 113 consultas a urgencias (tanto hospitalarias como de urgencias de atención primaria) en el último año por cefalea. La tasa de consulta a urgencias por cefalea fue de 0,12 consultas/año.

Destaca que del 42,5% (n=85) de pacientes que fueron a urgencias en el último año por cefalea, más de la mitad (62,4%, n=53) eran pacientes con migraña, siendo la media de visitas a urgencias en el último año 1,4 veces superior en los pacientes con migraña frente a aquellos con cefalea tensional.

6.5.4. Absentismo laboral

Un total de 24 pacientes (12%) requirieron la incapacidad temporal (IT) laboral en el último año por cefalea. La duración media de los pacientes que cogieron la baja laboral fue de 4 días (mediana 3 días; DE 5,1; límites: 1-21 días).

Destaca que más de la mitad (62,5%, n=15) estuvo de baja sólo 1-2 días y sólo un 16,7% (n=4) estuvo en situación de IT más de una semana. De las bajas laborales, 21 (87,5%) correspondían a migraña, 2 (8,3%) a cefalea tensional y 1 (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; límites: 1-15 días), destacando el caso de la migraña crónica con una media de 9 días.

En el ámbito de la atención primaria, por tanto, cada paciente con migraña tiene una media de absentismo de 0,34 días al año.

De nuestra muestra de pacientes que consultaron por cefalea, 136 (68%) se encontraban en situación laboralmente activa. De estos, 85 fueron pacientes con migraña, 49 con cefalea tensional y 2 tenían diagnóstico de cefalea T-A.

Como se aprecia en la figura 41, si realizamos una comparación con la población activa del municipio de Santander según datos del INE 2020, el 4,3% de la población activa de Santander cogió en el último año una IT por algún motivo. De los 85 pacientes en activo que consultaron por migraña, 21 (24,7%) cogieron la IT por este motivo en el último año, y de los 49 pacientes en situación activa laboral que consultaron por cefalea tensional, sólo 2 (4,1%) cogieron la IT en el último año, apreciándose como las IT eran aproximadamente 6 veces más frecuentes en pacientes con diagnóstico de migraña frente a aquellos con

cefalea tensional (17,5% de los pacientes con migraña cogieron la IT frente al 2,6% de aquellos con cefalea tensional). ($p=0,0023$; χ^2)

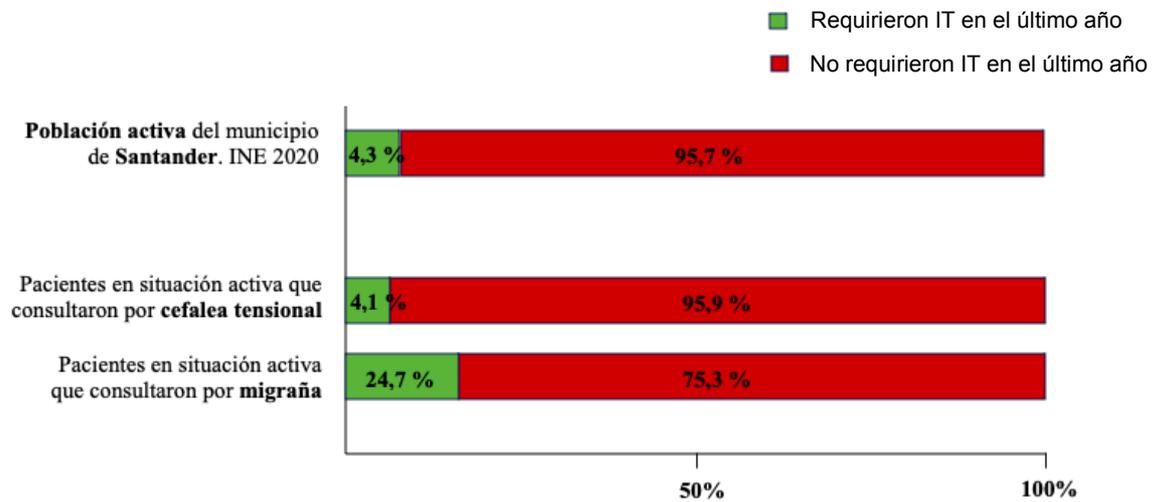


Figura 41. Pacientes en situación laboralmente activa que requirieron IT en el último año en la población general de Santander vs aquellos con IT por cefalea tensional o migraña.

6.6. Análisis del impacto de las cefaleas en la calidad de vida

Se analizó el impacto que las cefaleas suponen en la calidad de vida de las personas a través de dos escalas: escala MIDAS y escalas HIT-6. La influencia de las cefaleas primarias en la calidad de vida se ilustra en las figuras 42 y 43.

6.6.1. Escala MIDAS

Del total de pacientes que consultaron por cefalea al primer nivel asistencial, un 33% (n=66) tenían en el momento de la entrevista una afectación al menos moderada (escala MIDAS de ≥ 11 puntos). Este porcentaje era significativamente superior ($p=0,01$) en los pacientes con migraña (40,8%) versus aquellos con cefalea tensional (20,7%). Un porcentaje destacable (19%, n=38) tenía una afectación grave (puntuación MIDAS ≥ 21 puntos).

La distribución por diagnósticos de la escala MIDAS aparece recogida en la tabla 30.

La mayoría (27; 71,1%) de los pacientes con discapacidad grave (puntuación en escala MIDAS ≥ 21 puntos) eran pacientes con diagnóstico de migraña, frente al 26,3% (n=10) que tenían diagnóstico de cefalea tipo tensional.

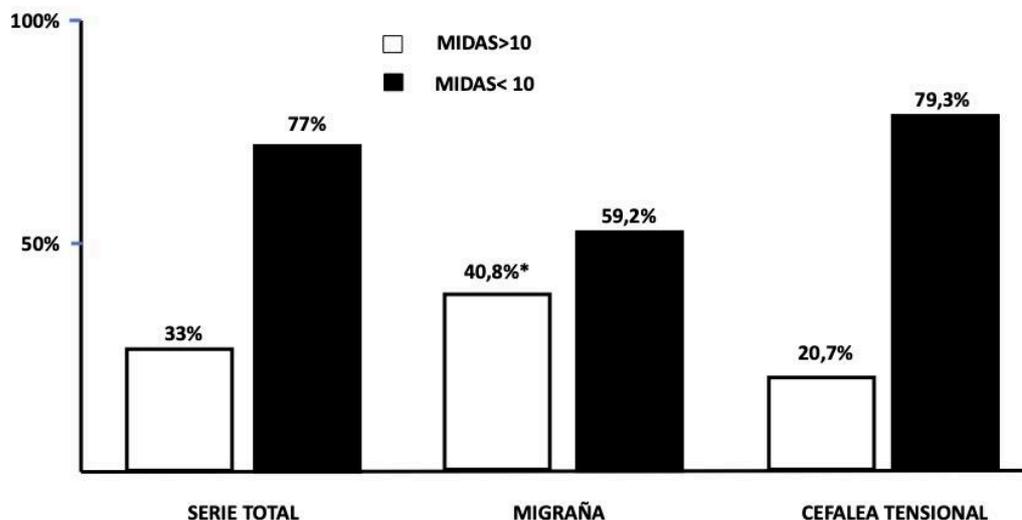


Figura 45. Proporción de pacientes con puntuación en la escala de MIDAS mayor y menor de 10 puntos según categorías. *Nótese la diferencia significativa en la gravedad del MIDAS en pacientes con migraña versus aquellos con cefalea tensional ($p=0,01$).

Tabla 30. Escala MIDAS según subtipo de cefalea.

Tipo de cefalea	MIDAS 0-5 puntos	MIDAS 6-10 puntos	MIDAS 11-20 puntos	MIDAS ≥ 21 puntos
Migraña (n total y %)	24,2% (n=29)	35% (n=42)	18,3% (n=22)	22,5% (n=27)
Cefalea tensional (n total y %)	45,5% (n=35)	33,8% (n=26)	7,7% (n=6)	12,9% (n=10)

6.6.2. Escala HIT-6

Lo mismo ocurrió con el HIT-6: 103 pacientes (51,5%) tenían una puntuación en el HIT-6 igual o superior a 56 puntos (impacto importante o muy grave). De ellos, 28 (27,5% de los pacientes con HIT-6 \geq 56 puntos) correspondían a cefalea tensional y los 74 restantes (72,5%) a migraña ($p=0,001$) (figura 43).

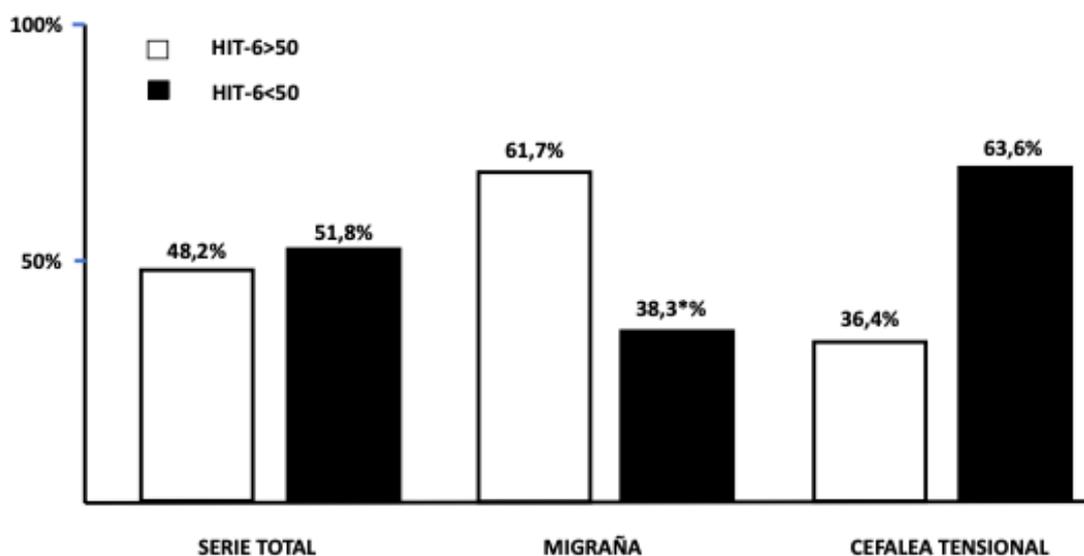


Figura 46. Proporción de pacientes con puntuación en la escala de HIT-6 mayor y menor de 50 puntos según categorías. *Nótese la diferencia significativa en la gravedad del HIT- 6 en pacientes con migraña versus aquellos con cefalea tensional ($p=0,001$).

La distribución por diagnósticos aparece recogida en la tabla 31. De los que obtuvieron una puntuación que implicaba impacto muy grave (HIT-6 \geq 60 puntos) el 77,8% ($n=49$) tenían diagnóstico de migraña, frente a un 20,6% ($n=13$) de cefalea tensional.

Tabla 31. Escala HIT-6 según subtipo de cefalea.

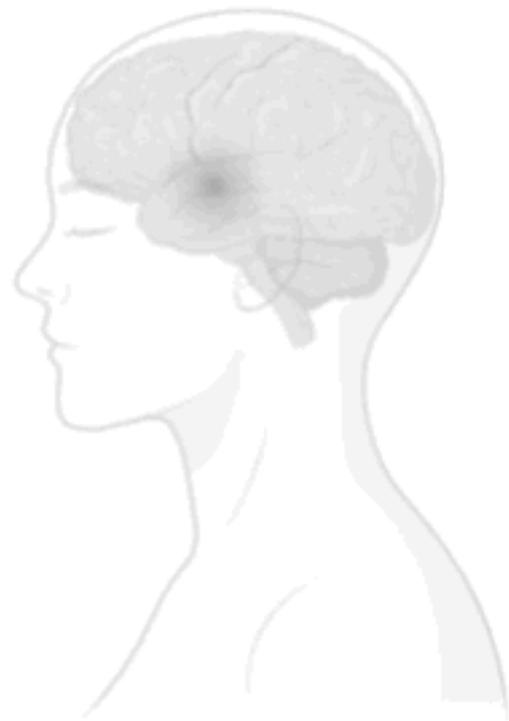
Tipo de cefalea	HIT-6 ≤ 49 puntos	HIT-6 50-55 puntos	HIT-6 56-59 puntos	HIT-6 ≥ 60 puntos
Migraña (n total y %)	19,2% (n=23)	19,2% (n=23)	20,8% (n=25)	40,8% (n=49)
Cefalea tensional (n total y %)	41,5% (n=32)	22,1% (n=17)	19,5% (n=15)	16,9% (n=13)

6.6.3. Escala visual analógica del dolor (EVA) y media de días con cefalea en los últimos 3 meses

La media de días con cefalea en los últimos 3 meses aparece recogida distribuida por diagnósticos en la tabla 32, observándose que esta aumenta en el caso concreto de la migraña frente a la cefalea tensional. En cuanto a la escala EVA, también se observa que la media es discretamente superior en los pacientes con diagnóstico de migraña frente a aquellos con diagnóstico de cefalea tensional.

Tabla 32. Media, desviación estándar y mediana de escala EVA y de días de cefalea en los últimos 3 meses según subtipo de cefalea.

Tipo de cefalea	Escala EVA (media ± DS; mediana)	Días de cefalea en los últimos 3 meses (media ± DS; mediana)
Migraña	7,4 ± 1,6; 7	20 ± 22,7; 12
Cefalea tensional	6,5 ± 1,3; 7	14,6 ± 20; 7



7. Discusión

En nuestro estudio se evaluó la prevalencia de las consultas por cefalea primaria en el primer nivel asistencial, la distribución de las cefaleas primarias por diagnósticos y el impacto de las cefaleas primarias en calidad de vida, consumo de recursos y absentismo laboral.

Nuestros principales hallazgos fueron: 1) El 2,2% de las consultas a demanda de un Centro de Salud fueron debidas a cefalea primaria; 2) Un 60% de las consultas por cefalea eran debidas a migraña, poco más de un tercio a cefalea tensional y un 1,5% a cefaleas trigémico-autonómicas; 3) Uno de cada 6 pacientes o no estaban diagnosticados correctamente o no tenían ningún diagnóstico en su historia clínica; 4) Más del 70% de los pacientes con una puntuación de discapacidad grave en la escala MIDAS e impacto severo en la escala HIT-6 eran pacientes con diagnóstico de migraña; 5) La mitad de los pacientes que necesitaba tratamiento preventivo lo tomaba y solo en uno de cada 8 pacientes este tratamiento se prescribió en el primer nivel asistencial y 5) Uno de cada cuatro pacientes con migraña activo laboralmente precisó la IT el último año (6 veces más que para la cefalea tensional) durante una media de 3,2 días al año.

La necesidad de un estudio de estas características es clara si tenemos en cuenta los datos disponibles. Existen pocos trabajos que hayan analizado la realidad de la cefalea en atención primaria en nuestro medio. El único estudio publicado en nuestro país encontró a nivel de atención primaria que el 0,76% de las consultas se debían a cefalea y que la mayoría de ellas (43,5%) [9] eran debidas a cefalea tensional, seguida de migraña (23,9%) [9]. Sin embargo, un pequeño estudio en dos centros de salud de Cantabria publicado en 2007 obtuvo otros datos: el 72% de las consultas por cefalea eran debidas a migraña y el 28% a cefalea tensional [106]. Tradicionalmente se han considerado varios factores como barrera para una adecuada atención de la migraña: la falta de reconocimiento, la falta de consulta por quienes la sufren, el subdiagnóstico e

infratratamiento y la falta de seguimiento y optimización del tratamiento [8]. Existen, por tanto, pocos datos y discrepantes. Además, se desconoce el perfil de tratamiento sintomático y preventivo en atención primaria y el impacto que condicionan las cefaleas en los pacientes que consultan en el primer nivel asistencial.

A la vista de estos datos parecía necesario llevar a cabo un estudio que analizase la realidad de la cefalea en atención primaria y que estudiase específicamente su impacto en términos de calidad de vida y socio-económico, siendo el momento en el que se inició este trabajo el ideal para llevar a cabo un estudio de este tipo puesto que acababa de publicarse la última clasificación internacional de las cefaleas [68].

7.1. Prevalencia de las cefaleas primarias en el primer nivel asistencial

El objetivo principal de esta Tesis Doctoral fue estudiar la tasa de consulta para delimitar la carga asistencial real que suponen las cefaleas primarias en atención primaria en nuestro país.

Hasta donde sabemos, este trabajo es el primer estudio que evalúa prospectivamente la carga asistencial real que suponen las cefaleas primarias en el primer nivel asistencial en España. 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 semiurbano de nuestro país eran debidas a cefaleas primarias. Teniendo en cuenta el número medio de pacientes/día, esto implica 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 consultan [123]: como ha demostrado un macroestudio muy reciente en nuestro país el 80% de más de 10.000 personas no seleccionadas con migraña había consultado a su médico por este motivo el último año [124]. Al igual que ocurre en los servicios de neurología [125, 126], un 60% de las consultas eran debidas a la migraña, poco más de un tercio a cefalea de tensión y un 1,5% a cefaleas trigémico-autonómicas.

A pesar de que la cefalea tensional es la cefalea más prevalente a nivel poblacional, 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 dramáticamente la calidad de vida como han confirmado estudios llevados a cabo en nuestro medio [127,128].

7.2. Características socio-demográficas y factores asociados

Se analizaron los datos socio-demográficos de todos los pacientes que consultaron en el primer nivel asistencial por cefalea primaria, y a la vista de los resultados obtenidos en nuestro estudio, en cuanto a la prevalencia por sexo y edad, se confirma la mayor tasa de consultas por cefalea primaria, y en concreto por migraña, en el sexo femenino y en edad media de la vida. Nuestro estudio delimitó que la proporción de mujeres que consultó por cefalea era muy superior a la de mujeres del municipio de forma significativa (81% vs 49,1%, $p < 0,0001$), dato que aumenta discretamente si contabilizamos sólo los pacientes con diagnóstico de migraña (85% mujeres frente al 15% de varones). La edad media observada fue de $42,7 \pm 13$ años. Este dato coincide con la bibliografía publicada, considerándose que la prevalencia de la migraña en España es de aproximadamente el 12% de población general [105], siendo aproximadamente el 80% mujeres, normalmente de edad media y en edad laboralmente activa [129].

La asociación entre el hábito tabáquico y la cefalea se ha observado en algunos estudios sobre cefalea [130,131], aunque no es un hallazgo consistente [132]. En nuestro estudio se obtuvo que el 18,5% de los pacientes que consultaron por cefalea eran fumadores, algo menos de lo esperado en la población general (18,9% fumadores en la población de Cantabria según datos del INE 2020), especialmente en el caso de las mujeres y en el caso concreto de los pacientes con diagnóstico de migraña, donde se obtenía un porcentaje de fumadoras algo menor con respecto a la serie total (18,3% fumadoras). Probablemente esto se explique porque el tabaco se ha visto que actúa como un

factor precipitante de la cefalea y en concreto como un factor desencadenante o agravante de la migraña en algunos pacientes [133].

En referencia a la nacionalidad, los extranjeros consultaban significativamente más (13,5% de los pacientes que consultaron por cefalea eran extranjeros frente al 6,7% de extranjeros presentes en la población de Santa Cruz de Bezana según datos del INE 2020). Esto se explica fundamentalmente por factores demográficos, ya que, si analizamos la población extranjera de la muestra, había más mujeres en edad habitual de cefalea primaria (85,2% de los extranjeros eran mujeres con una media de edad de 40,8 años).

En cuanto al nivel educacional, los pacientes con estudios superiores consultaban significativamente más (50,5% con respecto al 34,2% de la población de Santa Cruz de Bezana con estudios superiores). Esto probablemente se debe a que los pacientes cuanto más nivel cultural presentan, más consultan, dado que tienen una mayor percepción de la cefalea como enfermedad y son más conscientes de que existen nuevas alternativas de tratamiento.

Antes de abordar los criterios diagnósticos de las cefaleas primarias, y en concreto de la migraña, es importante indagar acerca de la presencia de antecedentes familiares de cefaleas similares, siendo esto sugestivo de diagnóstico de migraña. Es también crucial tener en cuenta que la gran mayoría de los pacientes con migraña han presentado alguna crisis antes de cumplir los 30 años [48]. Ambos datos se confirmaron también en nuestro estudio, observándose que el 75% de los pacientes que consultaron por migraña tenían antecedentes familiares y que un 40,8% de ellos tenía antecedentes de cefalea en la infancia.

Se analizaron, además, las comorbilidades asociadas en los pacientes que consultaron por cefalea. Sabemos, por la bibliografía publicada hasta el

momento, que en concreto la migraña puede asociarse con numerosas comorbilidades, tales como enfermedades neurológicas y psiquiátricas, trastornos del sueño, trastornos cardiológicos y vasculares, enfermedades inflamatorias y dolor crónico, entre otras [134]. En nuestro estudio destacaron la ansiedad (30,5%) y la depresión (10%) como las comorbilidades asociadas más frecuentes. Su explicación podría ser bien la discapacidad asociada a la enfermedad y el temor a sufrir episodios nuevos [32], bien que migraña y depresión-ansiedad compartan una base biológica, genética o epigenética, común [135-144].

En contraposición a lo esperado vimos una baja frecuencia de trastornos del sueño (2,5%) probablemente debido a un sesgo en la recogida de datos, dado que se evaluó la presencia o ausencia de trastornos del sueño únicamente en base a la existencia de este diagnóstico en su historia clínica y/o de medicación en su receta electrónica. La evidencia disponible sugiere que tenemos estructuras del sistema nervioso central y neurotransmisores que están implicados en la fisiopatología tanto de la migraña como de los mecanismos de regulación del sueño, lo que sugiere un posible papel causal en la patogénesis de ambos trastornos, insomnio y cefalea. Algunos estudios respaldan, además, la evidencia de que los pacientes con migraña tienen peor calidad de sueño que los no migrañosos, observándose una prevalencia significativamente mayor de insomnio en pacientes con migraña en comparación con aquellos sin dolor de cabeza y, pudiendo plantear el insomnio, como un factor de riesgo para la aparición de migraña y para su cronificación. Se ha visto, además, que los pacientes con migraña tienen mayor riesgo de desarrollar insomnio, aunque esta asociación pueda no ser específica de la migraña, viéndose la asociación del insomnio de forma más genérica al dolor de cabeza [145-151].

Otro dato que se evaluó fue la posible asociación a obesidad. En la bibliografía publicada, algunos estudios [135] encontraron relación entre

obesidad y cefalea, indicando que, aunque aún se desconoce la dirección de la asociación, se plantea la hipótesis de que los mecanismos fisiopatológicos superpuestos y/o los factores relacionados con el estilo de vida y el comportamiento pueden contribuir a esta relación. Un estudio [135] obtuvo que la obesidad era un 34% más frecuente en la cefalea crónica diaria que en aquellos con cefalea episódica, y encontró que la obesidad se asociaba a un mayor riesgo de migraña en el 19% comparados con sujetos con peso normal. Esto no pudo ser reproducido en nuestro estudio en global, no observándose diferencias significativas del IMC por sexo en pacientes con cefalea con respecto al de la población general de Cantabria; no obstante, sí destacaba que del total de pacientes que presentaban obesidad, el 70% eran pacientes con diagnóstico de migraña, si bien esta asociación no llegó a ser significativa. Tal y como han encontrado estudios previos [48, 99, 152-155], es posible que la obesidad empeore la migraña puesto que puede condicionar un estado de inflamación crónica, a través de los efectos de neuropéptidos, mediadores inflamatorios, adipocinas, la microbiota intestinal, y debido a modificaciones en la conducta alimentaria y el estilo de vida [152,153]. Por otro lado, debemos tener en cuenta que varios de los tratamientos preventivos utilizados tienen como efecto secundario el aumento de peso [48, 99, 155]. No obstante, la mayoría de los estudios que encuentran asociación entre sobrepeso y migraña provienen de EEUU y estos datos no siempre se han refrendado fuera de América [156-158].

7.3. Comparativa de diagnóstico definitivo frente a diagnóstico que constaba en historia clínica previa

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 [124,159]. Menos de la mitad de los pacientes (42%) constaban como correctamente diagnosticados en su historia clínica. El 6,5% presentaba un diagnóstico incorrecto en su historia clínica previa, un 37% figuraba como cefalea sin etiquetar el tipo y hasta un 14,5% no tenía descrito episodio de cefalea en su historia previa, se desconoce si porque no había consultado previamente o porque no había sido registrado por su médico. Esto explica que algunos pacientes con cefalea tensional estaban siendo tratados sintomáticamente con medicaciones específicas para la migraña, que uno de cada cuatro 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 [20,48].

Revisada la bibliografía existente, otro estudio demostró que más de la mitad de los médicos de atención primaria de nuestro país, efectivamente, tenían dificultades para el diagnóstico de la migraña [159]. Tal vez esto ocurra por la no existencia de criterios diagnósticos claros y sencillos y sobre todo por la percepción de que la cefalea tensional es la cefalea más prevalente y por tanto la que deberíamos ser consultados en atención primaria.

7.4. Análisis del consumo de fármacos en el paciente con cefalea

De nuestros resultados podemos concluir que el patrón de consumo en los sujetos con cefalea en un Centro de Salud estándar de nuestro país sería, en este orden, AINEs (99%) y paracetamol (48%), seguido de triptanes (43%) y ergóticos (10%). Algunos de estos fármacos aparecían pautados en receta de forma crónica, por lo que hay que tener especial cuidado en las consultas de atención primaria ante la repetición reiterativa de este tipo de fármacos en la receta del paciente.

Si lo analizamos por diagnósticos, no existieron diferencias significativas en el uso de AINEs entre los diferentes grupos, pero sí en el caso de los triptanes y de los ergóticos, cuyo uso fue más frecuente en pacientes con migraña.

Nuestros datos sobre consumo de analgésicos son superiores incluso a los que constan en la bibliografía. En el Atlas de Migraña de 2018 [44] se evaluaron los tratamientos consumidos por las personas con migraña en España, identificándose que, tanto para migraña episódica como crónica, aproximadamente el 60% de los pacientes toman analgésicos y AINEs como tratamiento sintomático durante las crisis. Por nuestra parte, como se puede observar en la tabla 33, casi la totalidad de nuestros pacientes con migraña consumían analgésicos y/o AINEs. Por su parte, en el Atlas se indicaba que aproximadamente el 30% de las personas con migraña toman triptanes, porcentaje que asciende a casi el 50% en el caso de las personas con migraña crónica [44]. De nuevo, los porcentajes encontrados en nuestro estudio son superiores, encontrando que hasta un 61,7% de los pacientes con migraña consumían triptanes.

Tabla 33. Comparación de consumo de analgésicos en pacientes con migraña.

Estudio	<u>Rivera et al, 2023</u>	<u>Garrido et al, 2018</u>
Analgésicos y AINES (%)	95%	60%
Triptanes (%)	61,7%	30%

En esta línea, y aunque hemos de tener en cuenta que aquí ofrecemos datos de pacientes que consultan, se podría decir que desde atención primaria se indican en mayor medida fármacos inespecíficos tipo analgésicos y AINEs, indicando esto la necesidad de mejorar la formación de los profesionales de atención primaria en el manejo integral del paciente con cefalea y especialmente con migraña, incluyendo aspectos sobre el abordaje no farmacológico y farmacológico, el uso de fármacos específicos como los triptanes, el manejo de sus efectos adversos y de las interacciones entre fármacos.

Pero nuestro estudio fue más allá; no sólo evaluamos el consumo habitual que el paciente refería tener en sus crisis, sino que se realizó una revisión de la dispensación anual en receta electrónica de los fármacos. En este sentido, se obtuvieron resultados más interesantes ya que marca con mayor fiabilidad el consumo real de fármacos por estos pacientes.

La media de envases de analgesia dispensados en farmacia fue de $8,6 \pm 13,7$ envases/año. De nuevo, el tratamiento más frecuentemente dispensado fueron los AINEs (naproxeno, ibuprofeno, dexketoprofeno, diclofenaco, etc) y el paracetamol. En cuanto al uso de triptanes, destaca, en contraposición al hábito analgésico que habían indicado los pacientes con cefalea, que del total de pacientes que consultaron con cefalea sólo un 29% recogió algún triptán en farmacia en el último año, aumentando este dato (49,5%) si contabilizamos sólo los pacientes con diagnóstico de migraña y yendo más en

la línea de lo encontrado por otros autores a los que se hacía referencia previamente, que habían encontrado que solo aproximadamente el 30% de las personas con migraña toman triptanes en realidad [44]. El bajo porcentaje de pacientes que recogieron algún triptán en farmacia en el último año, contrarresta con el grado de satisfacción de su uso, ya que el grupo de los triptanes fue el que tuvo una mayor respuesta subjetiva de la cefalea (84,9%), siendo este dato similar al porcentaje de satisfacción que han encontrado otros autores (88%) [160].

Destaca además en nuestros resultados la elevada media de envases de ergóticos ($10,3 \pm 16,5$ envases/año) y de opiáceos ($8,9 \pm 10,6$ envases/año) dispensados en farmacia, si bien en un pequeño grupo de pacientes en ambos casos. Si lo analizamos por diagnósticos, esto es especialmente llamativo en los pacientes con migraña crónica ($19 \pm 22,6$ envases de ergóticos/año) y, en aquellos con diagnóstico de cefalea tensional crónica, donde llama especial atención la elevada dispensación de opiáceos ($15,2 \pm 12$ envases de opiáceos/año). Esto va en contraposición a las recomendaciones actuales, dado que se recomienda evitar el uso de opioides, las combinaciones de analgésicos, los ergotamínicos y el uso excesivo de medicamentos, que son un factor de riesgo para la cronificación de la cefalea por su capacidad de inducir habituación y cefalea de rebote [20,48]. Nuestros datos indican que hay un subgrupo de pacientes con migraña y cefalea tensional que siguen abusando de ergóticos y de opiáceos, respectivamente, por lo que es necesario incidir en la formación en cefaleas del profesional sanitario, incluyendo también campañas dirigidas a oficinas de farmacia.

En cuanto al tratamiento preventivo, un 42,5% dijeron que habían recibido en algún momento tratamiento preventivo. La gran mayoría de estos fueron pacientes con diagnóstico de migraña (76,5%). Esto se contradice con los resultados obtenidos al evaluar cuántos pacientes realmente dispensaron

tratamiento preventivo en farmacia en el último año, viéndose en este caso que dicho porcentaje disminuye considerablemente (25,5%).

En estudios previos, se ha visto discordancia entre el tratamiento preventivo pautado desde atención primaria y neurología, considerando que los fármacos más utilizados en atención primaria son los betabloqueantes, mientras que por parte del servicio de neurología suele usarse con más frecuencia el topiramato, muchas veces porque ya se han ensayado los fármacos anteriores [48]. En nuestro estudio los resultados fueron algo diferentes, observándose que los tratamientos preventivos más pautados por parte del médico de atención primaria diferían efectivamente con los pautados por neurología, pero siendo la amitriptilina el tratamiento preventivo más pautado desde atención primaria, en el 63,6% de los casos, seguido de los beta-bloqueantes (9,1%). En cambio, la prescripción de tratamientos preventivos por parte de neurología tenía una mayor distribución en diferentes fármacos, destacando el uso de varios fármacos preventivos en más de la mitad de los pacientes (53,1%), amitriptilina (18,5%), beta-bloqueantes (18,5%), seguido de flunarizina en un (6,3%) y topiramato (1,6%). Probablemente esta baja frecuencia de topiramato y flunarizina en neurología se deba a que se encontraban dentro del primer grupo de varios fármacos preventivos prescritos, aunque es cierto que sus problemas de tolerabilidad pueden sin duda influir en su baja tasa de uso en la práctica diaria.

Destacar que sólo en el 12,9% este tratamiento había sido pautado por su médico de atención primaria, siendo en su gran mayoría iniciado por el especialista de neurología, lo cual nos muestra la necesidad de aumentar la formación en el tratamiento preventivo desde todos los niveles asistenciales, especialmente desde atención primaria.

Nuestros datos no son sorprendentes. En cuanto a los tratamientos preventivos consumidos por las personas con migraña en España, estudios publicados estiman que menos del 14% de los pacientes que requieren

tratamiento preventivo lo están recibiendo [73]. En esta línea, los estudios han evaluado sobre todo los pacientes que llegan al segundo nivel asistencial, observándose que aproximadamente a un 45% de los pacientes se les prescribió tratamiento preventivo en su primera visita a neurología, aumentando este porcentaje (71%) en los casos en los que la derivación es a una unidad específica de cefaleas [161-162]. En este sentido, nuestros resultados van en la misma línea, observándose que aproximadamente la mitad (50,7%) de los pacientes que requieren tratamiento preventivo, no lo estaban recibiendo. Y, de hecho, se observó que cuatro de cada diez de pacientes que presentaban criterios de cefalea con abuso de analgesia no tenían dispensado tratamiento preventivo en farmacia en el último año.

Todo esto nos lleva a señalar que es necesario mejorar la formación en el uso de fármacos específicos agudos (como los triptanes y ahora los ditanes y los nuevos anti-CGRPs) y preventivos, e incidir especialmente en el uso de tratamiento preventivo en atención primaria, mejorando el conocimiento sobre el uso de estos fármacos, sus efectos e interacciones, así como sobre las consecuencias del abuso de fármacos y su relación con la cronificación de la migraña.

El uso de terapias alternativas no farmacológicas ha sido incluido en publicaciones previas de diversos autores, debido a que los tratamientos convencionales resultan de utilidad limitada en ocasiones y muchos pacientes recurren a esta medicina alternativa [163]. Algunos estudios de revisión sobre este tema evaluaron la evidencia sobre las opciones de tratamiento de medicina integral y complementaria para la migraña episódica. Aunque algunos trabajos han concluido que estos tratamientos complementarios e integradores podían ser útiles para pacientes con migraña, no se han estimado correctamente los beneficios y los riesgos y sus posibles beneficios no se han demostrado en condiciones de ensayo clínico formal [164]. Algunos se han focalizado en

terapias concretas como la acupuntura o en el “mindfulness” [135] comparando sus resultados con los obtenidos cuando se utilizan tratamientos profilácticos convencionales, obteniéndose en ambos casos una reducción similar en la frecuencia de las crisis. En este sentido, nuestro estudio observó que el 14% de la serie total había usado alguna terapia alternativa no farmacológica, principalmente el “daith piercing”, homeopatía holocraneal y otras terapias como el “mindfulness”, pero el beneficio subjetivo obtenido con estas terapias fue similar al que se esperaría con placebo en dolor [165].

7.5. Análisis del uso de recursos sanitarios

Las cefaleas primarias, y en especial la migraña, suponen una carga importante para la calidad de vida de quien la padece, pero también un coste económico para la sociedad y para el propio individuo, con un gran consumo de recursos sanitarios [48].

En nuestro estudio, más de la mitad de los pacientes que consultaron por cefalea (57%) habían sido derivados en algún momento dado al segundo nivel asistencial, siendo en su gran mayoría (71,9%) pacientes con migraña, y a prácticamente la mitad de pacientes (40,5%) se les había realizado en algún momento de su vida una prueba complementaria. Esto confirma lo ya demostrado en estudios previos, que ya confirmaban que España es uno de los países europeos con mayores costes directos sanitarios asociados a la migraña, según el “International Burden of Migraine Study” [166].

Las pruebas médicas relacionadas con migraña son, fundamentalmente, el TC y la RM cerebral. Publicaciones previas indicaron que la prueba que se asocia a un mayor coste es la resonancia magnética, que supone el 53,5% sobre el total de pruebas médicas [166]. Probablemente por su accesibilidad, la prueba más solicitada en nuestro medio a los pacientes con cefalea fue la TC craneal (60,5%), seguida de la RM craneal (24,7%). Nuestro estudio además determinó que los pacientes con diagnóstico de migraña fueron sometidos a 2,7 veces más pruebas complementarias con respecto a los pacientes con cefalea tensional (52,5%, en migraña versus 19,5% en cefalea tensional).

Evaluamos también el uso de recursos sanitarios de los pacientes con cefalea y en especial, con migraña, secundario a las visitas al centro de salud y a urgencias. A pesar de que la cefalea es un motivo frecuente de consulta, se

han publicado escasos estudios a nivel nacional e internacional que analicen la frecuencia y la distribución por diagnósticos de la cefalea [107,157, 167-169].

A este respecto, nuestro estudio obtuvo una tasa de consulta a atención primaria por cefalea de 0,35 consultas/año (0,55 en las mujeres, frente a 0,13 en varones). Además, se corroboró la hipótesis de que los pacientes con migraña suponen el mayor porcentaje de las consultas por cefalea a un centro de salud, ya que más de la mitad (61,9%) de nuestros pacientes eran pacientes con diagnóstico de migraña. De hecho, la media de visitas al centro de salud en el último año fue 1,2 veces superior en pacientes con migraña respecto a cefalea tensional (media: $1,7 \pm 1,3$ visitas/año en pacientes con cefalea tensional versus media: $2,1 \pm 1,4$ visitas/año en pacientes con migraña). Esta diferencia aumenta en el caso de la migraña crónica, donde la media de visitas al centro de salud fue de $2,6 \pm 1,2$ visitas/año, siendo 1,3 veces superior en el caso de la migraña crónica con respecto a la migraña episódica.

Así mismo, las visitas a urgencias (hospitalarias y de atención primaria) en los pacientes con cefalea también suponen un gran impacto [158, 167-169]. Un estudio [56] realizado en un hospital de tercer nivel de Cantabria analizó las consultas a urgencias viendo que el 1,4% de los pacientes que acuden a las urgencias de un hospital de tercer nivel en nuestro medio lo hacen por cefalea como síntoma guía, siendo la migraña el diagnóstico más frecuente (36%).

En nuestro trabajo obtuvimos que la tasa de consulta a urgencias por cefalea fue de 0,12 consultas/año. Destacando al igual que ocurría con las visitas al centro de salud, que más de la mitad (62,4%) de los pacientes que acudieron a urgencias en al menos una ocasión eran pacientes con migraña, siendo la media de visitas a urgencias en el último año 1,4 veces superior en los pacientes con migraña con respecto a aquellos con cefalea tensional y demostrando de nuevo que las cefaleas, y en especial la migraña, suponen un elevado uso de recursos sanitarios tanto a nivel de derivaciones asistenciales, como de visitas a

centro de salud y urgencias como de petición de pruebas complementarias [167-170].

Otra forma de evaluar los recursos sanitarios y por ende el coste sanitario que supone una enfermedad es midiendo el absentismo y el presentismo laboral (rendimiento laboral reducido por una enfermedad). En este sentido, si se analizan las publicaciones relacionadas con la incapacidad laboral derivada de las cefaleas, la bibliografía muestra estudios comparativos entre cefaleas con características migrañosas y no migrañosas, tomando como base encuestas poblacionales, como una cuantitativamente importante realizada en Noruega entre 1995-1997 que referencia duraciones de la IT superiores a 8 semanas/año, aconsejando intervenciones terapéuticas tendentes a reducir la cefalea crónica [171]. Otro estudio [172] publicado en 2014 evaluó la repercusión de las cefaleas sobre la incapacidad laboral en España, el cual observó que el mayor número de procesos de IT por cefalea correspondía a migraña y sus distintos tipos. En dicho estudio, llamaba la atención que las cefaleas tipo tensión, a pesar de ser el grupo con menor número de procesos, eran los de mayor duración media (16 días), mientras que los procesos de migraña tenían la menor duración media (7,3 días). Probablemente este hecho se deba a que los pacientes con cefalea tensional tienden a presentar clínica ansioso-depresiva, mareo persistente y vértigo y más dolor extracraneal [173-177].

En este sentido, un dato relevante de nuestro estudio fue el impacto de las cefaleas en cuanto al absentismo, obteniendo un resultado similar: el 12% de los pacientes de la serie general tuvieron bajas el año anterior por este motivo por una media de 4 días. De nuevo la gran mayoría de las bajas laborales se debieron a migraña (87,5%), lo que confirma el superior impacto, en todos los órdenes, de la migraña sobre la cefalea tensional. Si nos centramos en los pacientes activos laboralmente, uno de cada 4 pacientes con migraña (vs uno de cada 24 pacientes con cefalea tensional) había estado en IT por este motivo

el último año durante una media de 3,2 días. 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 entorno [49,51,52,172,178-181].

No obstante, parece curioso que, en el caso concreto de la migraña, la duración media de la baja laboral era de 3,2 días frente a 4 días en el caso de la cefalea tensional; esto probablemente es debido al gran presentismo laboral que hay en los pacientes con migraña [182], el cual es difícil de medir con datos objetivos. Bien es cierto que, en el caso concreto de la migraña crónica, la media de días de IT por cefalea fue muy superior (9 días), observando la repercusión que este tipo concreto de migraña tiene en la vida de quienes la padecen [183].

Por tanto, no se conoce suficientemente ni se está midiendo de forma adecuada los días perdidos por enfermedad, pero sí podemos aproximar tras nuestro estudio que, en el ámbito de la atención primaria, cada paciente con migraña tiene una media de absentismo de 0,34 días al año y que las IT eran aproximadamente 6 veces más frecuentes en pacientes con diagnóstico de migraña frente a aquellos con cefalea tensional.

7.6. Impacto en la calidad de vida de los pacientes con cefalea

El impacto de las cefaleas primarias, y en concreto de la migraña, es enorme en términos de coste directos o indirectos, como han demostrado diversos trabajos llevados a cabo en España [44,171]. Estos datos se ven reflejados también en los cuestionarios de calidad de vida. Dependiendo del test, entre un tercio (MIDAS) [184] y la mitad (HIT-6) [185] 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 sin duda figurar, por su frecuentación, impacto personal y socio-sanitario, en los futuros planes de salud del primer nivel asistencial [186].

7.7. Limitaciones

Los resultados de este estudio suponen un avance con respecto a la literatura previa ya que estudiamos de forma prospectiva el impacto real que suponen las cefaleas primarias en atención primaria. Hasta ahora, la bibliografía previa se centraba especialmente en estudios de la prevalencia que suponen estas cefaleas en las consultas de neurología. Así mismo, detallamos las características clínicas, los factores asociados y el uso de recursos sanitarios que suponen, así como el hábito analgésico y preventivo habitual que presentan este grupo de pacientes.

No obstante, este estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, el relativamente reducido tamaño muestral y el hecho de que la tasa de diagnósticos se obtuvo de un único cupo del Centro de Salud, aunque garantiza que no se perdiera ningún caso, es cierto que impide asegurar que nuestros datos sean generalizables a toda la población de nuestro país.

En segundo lugar, como hemos comentado previamente, la pandemia por SARS-CoV-2 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 tercer lugar, a pesar de que las entrevistas se realizaron de manera presencial en su mayor parte de los casos, alguna información obtenida especialmente en cuanto a la terapia farmacológica que habían recibido puede estar sujeta a un sesgo de memoria; no obstante, esto se intentó solucionar revisando las historias clínicas de todos los sujetos y registrando las dispensaciones farmacológicas a través del módulo de receta electrónica. Aun así, hay aspectos, como ocurrió en cuanto a los trastornos del sueño, cuya evaluación según historia clínica fue claramente insuficiente.

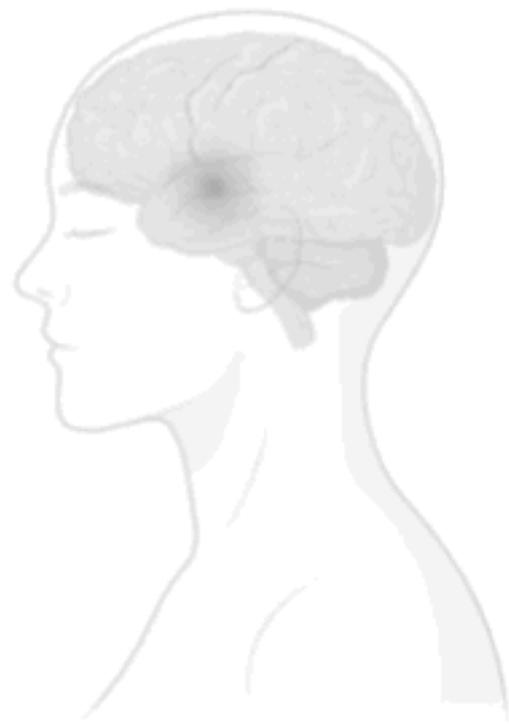
7.8. Implicaciones para la práctica clínica

Nuestro estudio es relevante para la práctica clínica desde diferentes perspectivas. Nuestros datos confirman que el impacto de las cefaleas primarias en el primer nivel asistencial es relevante en nuestro medio. Además, según nuestros resultados, a pesar de que la cefalea tensional es el subtipo de cefalea más frecuente según la bibliografía previa, la migraña es la cefalea primaria por la que más se consulta en atención primaria y la que más impacto en términos de calidad de vida y en términos económicos produce.

Consideramos que esto es importante para los neurólogos, pero especialmente para los médicos de atención primaria, ya que reconocer los síntomas y saber diagnosticar adecuadamente los diferentes tipos de cefaleas primarias siguiendo unos criterios diagnósticos claros es crucial. También es importante en cuanto a las opciones terapéuticas, nuestro estudio objetivó que uno de cada cuatro 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 o contraindicados, y que solo la mitad de los pacientes que requerían tratamiento preventivo lo tenían prescrito. En este sentido, a nivel de atención primaria existen aspectos asistenciales claramente mejorables precisando de protocolos adecuados de atención a pacientes con cefalea primaria e incidiendo en las medicaciones específicas de la migraña como los triptanes y los tratamientos preventivos.

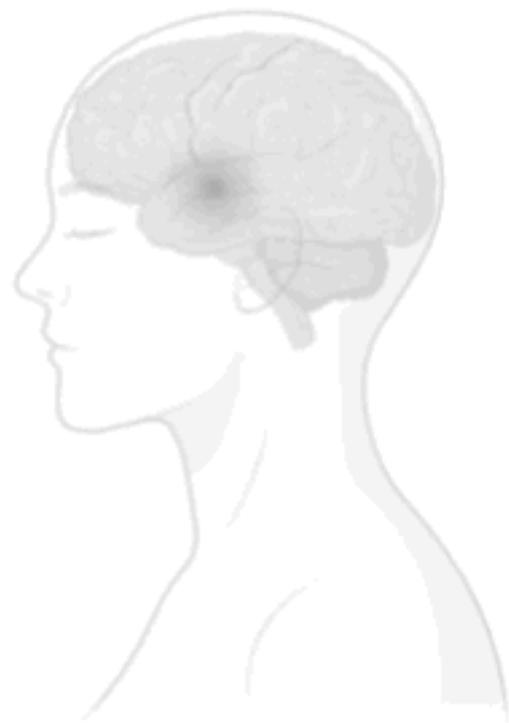
En todo caso, nuestros datos confirman la necesidad de implementar planes de acción en cefaleas, y muy en concreto para la migraña, en atención primaria, dado que la mayoría de los pacientes con cefalea primaria deberían,

por las características de esta patología, ser tratados de entrada en los Centros de Salud [137-149].



8. Conclusiones

1. Las cefaleas primarias son motivo frecuente de consulta en atención primaria. En este estudio obtuvimos que el 2,2% de las consultas a demanda de un Centro de Salud fueron debidas a una cefalea primaria.
2. A pesar de que la cefalea tensional es el subtipo de cefalea primaria más frecuente en la población general, 6 de cada 10 consultas en el primer nivel asistencial eran debidas a migraña.
3. En 6 de cada 10 pacientes el diagnóstico que figuraba en su historia clínica era incorrecto o incompleto.
4. Si bien el patrón de tratamiento sintomático se acercó al recomendado por las Guías actuales, el tratamiento preventivo solo se había indicado en la mitad de los pacientes que lo requerían y solo en uno de cada 8 pacientes se inició en el primer nivel asistencial.
5. También en el ámbito de la atención primaria, la migraña conlleva una importante discapacidad e impacto en la calidad de vida de las personas que la sufren: más del 70% de los pacientes con cefalea con impacto grave en las escalas de MIDAS o HIT-6 tenían migraña.
6. El 12% de los pacientes que consultaron por cefalea estuvieron de baja por este motivo el año anterior; el 87,5% de las bajas se debieron a migraña y tuvieron una duración media de 3,2 días.
7. Considerando su impacto en número y consumo de recursos y la necesidad de su mejor diagnóstico y tratamiento puestos aquí de manifiesto, las cefaleas primarias, y muy especialmente la migraña, deberían ser incluidas en los planes de salud del primer nivel asistencial.



9. Bibliografía

1. Bigal ME, Lipton RB. Headache Classification (cap. 54). En: Wall and Melzack's Textbook of Pain (5th Edition). McMahon S, Koltzenbur, eds. Churchill & Livingstone 2006. ISBN: 978-0-443-07287-1.
2. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 1st edition. Cephalalgia 1998; 18(Suppl 1): 1-96.
3. Solomon S, Lipton RB, Newman LC. Evaluation of chronic daily headache compared to criteria for chronic tension-type headache. Cephalalgia 1992; 12: 365-368.
4. Solomon S, Lipton RB. A headache clinic-based approach to field trials of IHS criteria. Cephalalgia 1993; 12: 63-65.
5. Silberstein SD, Lipton RB, Solomon S, Mathew NT. Classification of daily and near-daily headaches: proposed revisions to the IHS criteria. Headache 1994; 34: 1-7.
6. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia 2004; 24: 9-160.
7. Headache Classification Committee of the International Headache Society. New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. Cephalalgia 2006; 26: 742-746.
8. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia 2018; 38: 1-211.
9. Medrano Martínez V, Esquembre R, Genoves A. Headache, Does it cause a health care overload in primary health care? Neurología 2008; 23: 269-274.
10. Mohamadi M, Ghanbari A, Rahimi Jaber A. Tension-Type Headache treated by Positional Release Therapy: A case report 2012; 17: 456-458.

11. Sociedad Española de Neurología. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Ed. Luzán 5, 2020: 45-164.
12. González Quintanilla V, Pascual J. Other Primary Headaches: An Update. *Neurol Clin* 2019; 37: 871-891.
13. Stovner LJ, Zwart JA, Hagen K, Terwindt GM, Pascual J. Epidemiology of headache in Europe (review). *Eur J Neurol* 2006; 13: 333-345.
14. Fumal A, Schoenen J. Tension-type headache: current research and clinical management. *Lancet Neurol* 2008; 7: 70-83.
15. Ulrich V, Gervil M, Olesen J. The relative influence of environment and genes in episodic tension-type headache. *Neurology* 2004; 62: 2065-2069.
16. Bendtsen L. Central sensitization in tension-type headache: possible pathophysiological mechanisms. *Cephalalgia* 2000; 29: 486-508.
17. Mense S. Pathophysiologic basis of muscle pain syndrome. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 1997; 8: 179-196.
18. O'Brien C, Woolf CJ, Fitzgerald M, Lindsay RM, Molander C. Differences in the chemical expression of rat primary afferent neurons which innervate skin, muscle or joint. *Neuroscience* 1989; 32: 493-502.
19. Mense S. Nociception from skeletal muscle in relation to clinical muscle pain. *Pain* 1993; 54: 241-289.
20. González Oria C, Jurado Cobo CM, Viguera Romero J. Guía oficial de cefaleas 2019. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). Madrid; 2019: 12-32.
21. Deneris A, Rosati Allen P, Hart Hayes E, Latendresse G. Migraines in women: current evidence for management of episodic and chronic migraines. *J Midwifery Womens Health* 2017; 62: 270-85.
22. Burstein R, Nosedá R, Borsook D. Migraine: Multiple Processes, Complex Pathophysiology. *J Neurosci* 2015; 35: 6619-6629.

23. Aurora SK, Brin MF. Chronic migraine: An update on physiology, imaging, and the mechanism of action of two available pharmacologic therapies. *Headache* 2017; 57: 109-125.
24. Pascual J, Castro E. Fisiopatología de la migraña. *Neurología* 1998; 13: 29-32.
25. Pietrobon D, Moskowitz MA. Pathophysiology of migraine. *Annu Rev Physiol* 2013; 75: 365-391.
26. Ashina M, Hansen JM, Do TP, Melo-Carrillo A, Burstein R, Moskowitz MA. Migraine and the trigeminovascular system-40 years and counting. *Lancet Neurol* 2019; 18: 795-804.
27. Lipton RB, Bigal ME. Migraine: epidemiology, impact, and risk factors for progression. *Headache* 2005; 45 (Suppl 1): S3-S13.
28. Fontanillas N, Colas R, Muñoz P, Oterino A, Pascual J. Long-term evolution of chronic daily headache with medication overuse in the general population. *Headache* 2010, 50: 981-988.
29. Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed M. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache* 2001; 41: 646-657.
30. Stang PE, Yanagihara PA, Swanson JW, Beard CM, O'Fallon WM, Guess HA et al. Incidence of migraine headaches: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Neurology* 1992; 42: 1657-1662.
31. Gracia Naya M, Usón-Martín MM. Grupo de estudio de Neurólogos aragoneses. Estudio transversal multicéntrico de las consultas externas de Neurología de la Seguridad Social en Aragón. Resultados globales. *Rev Neurol* 1997; 25: 194-199.
32. Malone CD, Bhowmick A, Wachholtz AB. Migraine: Treatments, comorbidities, and quality of life, in the USA. *J Pain Res* 2015; 8: 537-547.
33. Pozo-Rosich P, Lucas C, Watson DP, Gaul C, Ramsden E, Ritter S, et al. Burden of migraine in patients with preventive treatment failure attending

- European headache specialist centers: Real-world evidence from the BECOME study. *Pain Ther* 2021; 10: 1691-1708.
34. Dresler T, Caratuzzolo S, Guldolf K, Huhn J-I, Loiacono C, Niiberg Pikksööt T, et al. Understanding the nature of psychiatric comorbidity in migraine: a systematic review focused on interactions and treatment implications. *J Headache Pain* 2019; 20: 1-17. doi: 10.1186/s10194-019-0988-x.
 35. Irimia P, Garrido Cumbreira M, Santos Lasaosa S, Aguirre Vazquez M, Correa-Fernández J, Colomina I, et al. Impact of monthly headache days on anxiety, depression and disability in migraine patients: results from the Spanish Atlas. *Scientific Reports* 2021; 11: 1-9.
 36. Andrée C, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, Lainez JM, et al. The Eurolight project: the impact of primary headache disorders in Europe. Description of methods. *J Headache Pain* 2011; 12: 541-549.
 37. Saylor D, Steiner TJ. La carga global del dolor de cabeza. *Semin Neurol* 2018; 38: 182-190.
 38. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability 1990-2017. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Lancet* 2018; 392: 1789-1858.
 39. Soriano J, Rojas Rueda D, Alonso J, Antó J, Cardona P, Fernández E et al. La carga de enfermedad en España: Resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Med Clin* 2018; 151: 171-190.
 40. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A, et al. Incidencia, prevalencia y años vividos con discapacidad a nivel mundial, regional y nacional para 310 enfermedades y lesiones, 1990-2015: Un análisis sistemático para el Estudio de carga global de enfermedades 2015. *Lancet Neurol* 2016; 388: 1545-1602.
 41. Vos T, Abajobir AA, Abbafati C, Abbas KM, Abate KH, Abd-Allah F, et al. Incidencia, prevalencia y años vividos con discapacidad a nivel mundial, regional y nacional de 328 enfermedades y lesiones en 195 países, 1990-

- 2016: Un análisis sistemático para el estudio de la carga global de enfermedad 2016. *Lancet* 2017; 390: 1211-1259.
42. Pérez Menéndez A. Nota de Prensa de la Sociedad Española de Neurología: «12 de septiembre: Día Mundial de Acción contra la Migraña. El 75% de los pacientes con migraña tarda más de 2 años en obtener un diagnóstico». Disponible en: <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link278.pdf>
43. Marmura MJ. Triggers, protectors, and predictors in episodic migraine. *Curr Pain Headache Rep* 2018; 22: doi 10.1007/s11916-018-0734-0.
44. Garrido Cumbreña M, Gálves Ruiz D, Bràce O, Nieblas Rosado MI, Delgado Domínguez CJ, Colomina I, et al. Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018. (Universidad de Sevilla, ed.). *AEMICE*; 2018; 74: 738-748.
45. Dueland AN, Leira R, Burke TA, Hillyer EV, Bolge S. The impact of migraine on work, family, and leisure among young women – a multinational study. *Curr Med Res Opin* 2004; 20: 1595-1604.
46. Castillo J, Láinez MJA, Domínguez M, Palacios G, Díaz S, Rejas J. Labor Productivity in Migraine Patients: Primary Care Contribution to Occupational Medicine. *J Occup Environ Med* 2008; 50: 895-903.
47. Vicente Herrero MT. La migraña: su impacto y su repercusión laboral. Published online, 2008. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10550/15941>.
48. Stewart WF, Wood GC, Manack A, Varon SF, Buse DC, Lipton RB. Employment and work impact of chronic migraine and episodic migraine. *J Occup Environ Med* 2010; 52: 8-14.
49. Munakata J, Hazard E, Serrano D, Klingman D, Rupnow MFT, Tierce J, et al. Economic burden of transformed migraine: results from the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. *J Headache Pain* 2009; 49: 498-508. doi: 10.1111/j.1526-4610.2009.01369.x.
50. Messali A, Sanderson JC, Blumenfeld AM, Goadsby PJ, Buse DC, Varon SF, et al. Direct and indirect costs of chronic and episodic migraine in the

- United States; a web-based survey. *J Headache Pain* 2016; 56: 306-322. doi: 10.1111/head.12755.
51. Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, Steiner TJ, Barré J, Katsarava Z, et al. The cost of headache disorders in Europe: the EuroLight Project. *Eur J Neurol* 2012; 19: 703-743.
 52. 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: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *J Headache Pain* 2012; 13: 361-378.
 53. Láinez A. Migraña y calidad de vida. *Neurología*. 1988; 13 (Supl 2): 1-8.
 54. Hans A, Stonnington CM, Zhang N, Butterfield R, Friedman DI. The impact of resilience on headache disability as measured by the Migraine Disability Assessment (MIDAS). *Headache* 2023; 63: 743-750.
 55. Ligaya M, Sakai F, Kolodner KB, Lipton RB, Stewart WF. Reliability and validity of the Japanese Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire. *Headache* 2003; 43: 343-352.
 56. García ML, Baos V, Láinez M, Pascual J, López-Gil A. Responsiveness of migraine-ACT and MIDAS questionnaires for assessing migraine therapy. *Headache* 2008; 48: 1349-1355.
 57. Houston MN, Bookbinder HA, Roach SP, Ross JD, Aderman MJ, Peck KY, et al. Reference Values for the Headache Impact Test-6 Questionnaire. *Arch Phys Med Rehabil* 2021; 102: 2369-2376.
 58. Dikmen PY, Bozdağ M, Güneş M, Koşak S, Taşdelen B, Uluduz D, et al. Reliability and Validity of Turkish Version of Headache Impact Test (HIT-6) in Patients with Migraine. *Noro Psikiyatr Ars* 2020; 58: 300-307.
 59. Houts CR, Wirth RJ, McGinley JS, Gwaltney C, Kassel E, Snapinn S, et al. Content Validity of HIT-6 as a Measure of Headache Impact in People with Migraine: A Narrative Review. *Headache* 2020; 60: 28-39.

60. Martin BC, Pathak DS, Sharfman MI, Adelman JU, Taylor F, Kwong WJ, et al. Validity and reliability of the migraine-specific quality of life questionnaire (MSQ Version 2.1). *Headache* 2000; 40: 204-215.
61. D'Amico D, Grazzi L, Usai S, Leonardi M, Raggi A. Disability and quality of life in headache: Where we are now and where we are heading. *Neurol Sci* 2013; 34 (Suppl 1): 1-5.
62. Riesco N, García Cabo C, Pascual J. Migraña. *Med Clin* 2016; 146: 35-39.
63. Pascual J. Tratamiento de la migraña en el año 2020. *Med Clin* 2019; 152: 226-228.
64. Cámara MS, Martín Bujanda M, Mendioroz Iriarte M. Modificaciones epigenéticas en las cefaleas. *Neurología* 2021; 36: 1578-1968.
65. Verhagen AP, Damen L, Berger MY, Passchier J, Koes BW. Behavioral treatments of chronic tension-type headache in adults: Are they beneficial? *CNS Neurosci Ther* 2009; 15: 183-205.
66. Mesa Jiménez JA, Lozano López C, Angulo Díaz-Parreño S, Rodríguez Fernández Ál, De la Hoz-Auzpurua JL, Fernández de las Peñas C. Multimodal manual therapy vs. pharmacological care for management of tension type headache: A meta-analysis of randomized trials. *Cephalalgia* 2015; 35: 1323-1332.
67. Fernández de las Peñas C, Cuadrado ML. Physical therapy for headaches. *Cephalalgia* 2016; 36: 1134-1142.
68. Mateos V, Porta Etessam J, Armengol Bertolin S, Larios C, Garcia M: [Initial situation and approach to the care of migraine in neurology services in Spain: the PRIMERA study. *Rev Neurol* 2012; 55: 577-584.
69. Lipton RB, Buse DC, Serrano D, Holland S, Reed ML. Examination of unmet treatment needs among persons with episodic migraine: results of the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. *Headache* 2013; 53: 1300-1311.
70. Pozo Rosich P, Lucas C, Watson DP, Gaul C, Ramsden E, Ritter S, et al. Burden of migraine in patients with preventive treatment failure attending

- European headache specialist centers: Real-world evidence from the BECOME study. *Pain and Therapy* 2021; 10: 1691-1708.
71. Hutchinson S, Lipton RB, Ailani J, Reed ML, Fanning KM, Adams AM, et al. Characterization of acute prescription migraine medication use: results from the CaMEO study. *Mayo Clinic Proceedings* 2020; 95: 709-718.
 72. Pascual J, Pozo-Rosich P, Carrillo I, Rodríguez-Justo S, Jiménez-Hernández D, Layos-Romero A, et al. Proposal of a clinical care pathway for quality and safe management of headache patients: a consensus study report. *BMJ Open* 2020; 10: doi: 10.1136/bmjopen-2020-037190.
 73. Katsarava Z, Mania M, Lampl C, Herberhold J, Steiner TJ. Poor medical care for people with migraine in Europe—evidence from the Eurolight study. *J Headache Pain* 2018; 19: 1-9.
 74. Ambrosini A, Estemalik E, Pascual J, Rettiganti M, Stroud C, Day K, et al. Changes in acute headache medication use and health care resource utilization: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial evaluating galcanezumab in adults with treatment-resistant migraine (CONQUER). *J Manag Care Spec Pharm* 2022; 95: 1-12.
 75. Ong JJY, Wei DY-T, Goadsby PJ. Recent advances in pharmacotherapy for migraine prevention: from pathophysiology to new drugs. *Drugs* 2018; 78: 411-437.
 76. Lipton RB, Croop R, Stock EG, Stock DA, Morris BA, Frost M, et al. Rimegepant, an oral calcitonin gene-related peptide receptor antagonist, for migraine. *N Engl J Med* 2019; 381: 142-149.
 77. Cortelli P, Allais G, Tullo V, Benedetto C, Zava D, Omboni S, et al. Frovatriptan versus other triptans in the acute treatment of migraine: pooled analysis of three double-blind, randomized, cross-over, multicenter, Italian studies. *Neurol Sci* 2011; 32: 95-98.
 78. Derry CJ, Derry S, Moore RA. Sumatriptan (oral route of administration) for acute migraine attacks in adults. *Cochrane Database of Syst Rev* 2012: doi: 10.1002/14651858.CD008615.pub2.

79. Gallagher RM, Kunkel R. Migraine medication attributes important for patient compliance: concerns about side effects may delay treatment. *Headache* 2003; 43: 36-43.
80. Wells RE, Markowitz SY, Baron EP, Hentz JG, Kalidas K, Mathew PG, et al. Identifying the factors underlying discontinuation of triptans. *Headache* 2014; 54: 278-289.
81. Irimia P, García Azorín D, Núñez M, Díaz Cerezo S, de Polavieja PG, Panni T, et al. Persistence, use of resources and costs in patients under migraine preventive treatment: the PERSEC study. *J Headache Pain* 2022; 23: 78. doi: 10.1186/s10194-022-01448-2.
82. Alam A, Munjal S, Reed M, Bostic R, Buse D, Schwedt T, et al. Triptan use and discontinuation in a representative sample of persons with migraine: Results from migraine in America symptoms and treatment (MAST) study. *Neurology* 2019; 92: doi: [10.1212/wnl.92.15_supplement.p4.10-019](https://doi.org/10.1212/wnl.92.15_supplement.p4.10-019)
83. Lipton RB, Hutchinson S, Ailani J, Reed ML, Fanning KM, Manack Adams A, et al. Discontinuation of Acute Prescription Medication for Migraine: Results from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study. *Headache* 2019; 59: 1762-1772.
84. Olesen A, Schytz HW, Ostrowski SR, Topholm M, Nielsen K, Erikstrup C, et al. Low adherence to the guideline for the acute treatment of migraine. *Sci Rep* 2022; 12: 8487.
85. Silberstein SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2000; 55: 754-762.
86. Bigal ME, Serrano D, Buse D, Scher A, Stewart WF, Lipton RB. Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: a longitudinal population-based study. *Headache* 2008; 48: 1157-1168.

87. Society AH. The American Headache Society position statement on integrating new migraine treatments into clinical practice. *Headache* 2019; 59: 1-18.
88. Sacco S, Braschinsky M, Ducros A, Lampl C, Little P, van den Brink AM, et al. European headache federation consensus on the definition of resistant and refractory migraine: Developed with the endorsement of the European Migraine & Headache Alliance (EMHA). *J Headache Pain* 2020; 21: doi: 10.1186/s10194-021-01252-4.
89. Diener H-C, Charles A, Goadsby PJ, Holle D. New therapeutic approaches for the prevention and treatment of migraine. *Lancet Neurol* 2015; 14: 1010-1022.
90. Berger AA, Winnick A, Carroll AH, Welschmeyer A, Li N, Colon M, et al. Rimegepant for the treatment of migraine. *Health Psychol Res* 2022; 10: doi: 10.52965/001c.38534.
91. Anderson CC, VanderPluym JH. Profile of Lasmiditan in the Acute Treatment of migraine in adults: design, development, and place in therapy. *Drug Des Devel Ther* 2023; 17: 1979-1993.
92. Puledda F, Younis S, Huessler EM, Haghdooost F, Lisicki M, Goadsby PJ, et al. Efficacy, safety and indirect comparisons of lasmiditan, rimegepant, and ubrogepant for the acute treatment of migraine: A systematic review and network meta-analysis of the literature. *Cephalalgia* 2023; 43: doi: 10.1177/03331024231151419.
93. Rivera Panizo I, Hinojosa Díaz L, Gallego Artiles N. ¿Qué hacer ante una cefalea? [What to do in the face of a headache]. Action plan for a patient with headache. *FMF Journal* 2022; 5: 14-25.
94. Hoffmann J, May A. Diagnosis, pathophysiology, and management of cluster headache. *Lancet Neurol* 2018; 17: 75-83.
95. May A, Leone M, Áfra J, Linde M, Sandor PS, Evers S, et al. EFNS guidelines on the treatment of cluster headache and other trigeminal-autonomic cephalalgias. *Eur J Neurol* 2006; 13: 1066–1077.

96. Belvis R, Rodríguez R, Guasch M, Álvarez MJ, Molet J, Roig C. Efficacy and safety of surgical treatment of cluster headache. *Med Clin (Barc)* 2020; 154: 75-79.
97. Diamond S, Bigal ME, Silberstein S, Loder E, Reed M, Lipton RB. Patterns of diagnosis and acute and preventive treatment for migraine in the United States: results from the American Migraine Prevalence and Prevention study. *Headache* 2007; 47: 355-363.
98. Blumenfeld AM, Bloudek LM, Becker WJ, Buse DC, Varon SF, Maglante GA, et al. Patterns of use and reasons for discontinuation of prophylactic medications for episodic migraine and chronic migraine: results from the second international burden of migraine study (IBMS-II). *Headache* 2013; 53: 644-655.
99. Pascual J, Panni T, Dell'Agnello G, Gonderten S, Novick D, Evers S. Preventive treatment patterns and treatment satisfaction in migraine: results of the OVERCOME (EU) study. *J Headache Pain* 2023; 24: 88. doi: 10.1186/s10194-023-01623-z.
100. Tfelt-Hansen P, Olesen J. Taking the negative view of current migraine treatments: the unmet needs. *CNS Drugs* 2012; 26: 375-382.
101. Cernuda-Morollón E, Ramón C, Martínez-Camblor P, Serrano-Pertierra E, Larrosa D, Pascual J. OnabotulinumtoxinA decreases interictal CGRP levels in patients with chronic migraine. *Pain* 2015; 156: 820-824.
102. Pavelic AR, Wöber C, Riederer F, Zebenholzer K. Monoclonal Antibodies against Calcitonin Gene-Related Peptide for Migraine Prophylaxis: A Systematic Review of Real-World Data. *Cells* 2022; 12: doi: 10.3390/cells12010143.
103. Medrano Martinez V, Esquembrre R, Genoves A. Headache, does it cause a health care overload in primary health care? *Neurología* 2008; 23: 269-274.
104. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. *Cephalalgia* 1995; 15: 45-68.

105. Matías Guiu J, Porta Etessam J, Mateos V, Diaz Insa S, López Gil A, Fernández C. One-year prevalence of migraine in Spain: a nationwide population-based survey. *Cephalalgia* 2011; 31: 463-470.
106. Quintela E, Castillo J, Muñoz P, Pascual J. Diagnostic distribution of headache patients in primary care in Spain. (Abstract al Congreso de la International Headache Society). *Cephalalgia* 2007; 27: 673.
107. Lavados PM, Tenhamm E. Consulting behaviour in migraine and tension-type headache sufferers: a population survey in Santiago, Chile. *Cephalalgia* 2001; 21: 733-737.
108. Láinez MJA, Vioque J, Hernández-Aguado I, Titus F. Prevalence of migraine in Spain. An assessment of the questionnaire's validity by clinical interview. In: *Headache Classification and Epidemiology*, Olesen J, ed. Raven Press, New York 1994: 221-225.
109. Stovner LJ, Hagen K, Linde M, Steiner TJ. The global prevalence of headache: an update, with analysis of the influences of methodological factors on prevalence estimates. *J Headache Pain* 2022; 23: 34. doi: 10.1186/s10194-022-01402-2.
110. Salazar A, Berrocal L, Failde I. Prevalence of migraine in general Spanish population; factors related and use of health resources. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: doi: 10.3390/ijerph182111145.
111. Castillo J, Muñoz P, Guitera V, Pascual J. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. *Headache* 1999; 39: 190-196.
112. Colas R, Muñoz P, Temprano R, Gomez C, Pascual J. Chronic daily headache with analgesic overuse: epidemiology and Impact on quality of life. *Neurology* 2004; 62: 1338-1342.
113. Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol* 2008; 7: 354-361.
114. Russell MB. Epidemiology and management of medication-overuse headache in the general population. *Neurol Sci* 2019; 40(Suppl 1): 23-26.

115. Carod Artal FJ, Irimia P, Ezpeleta D. Migraña crónica: definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento. *Rev Neurol* 2012; 54: 629-637.
116. Pozo Rosich P. Migraña Crónica: epidemiología e impacto. *Rev Neurol* 2012; 54(Supl 2): 3-11.
117. Bigal ME, Serrano D, Reed M, Lipton RB. Chronic migraine in the population: burden, diagnosis, and satisfaction with treatment. *Neurology* 2008; 71: 559-66.
118. May A, Schulte LH. Chronic migraine: risk factors, mechanisms and treatment. *Nat Rev Neurol* 2016; 12: 455-464.
119. Dodick DW, Loder EW, Manack Adams A, Buse DC, Fanning KM, Reed ML, et al. Assessing barriers to chronic migraine consultation, diagnosis, and treatment: results from the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) study. *Headache* 2016; 56: 821-834.
120. Lipton RB, Munjal S, Buse DC, Fanning KM, Bennett A, Reed ML. Predicting inadequate response to acute migraine medication: results from the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) study. *Headache* 2016; 56: 1635-1348.
121. Ferrari A, Baraldi C, Licata M, Rustichelli C. Polypharmacy among headache patients: a cross-sectional study. *CNS Drugs* 2018; 32: 567-578.
122. Ashina S, Serrano D, Lipton RB, Maizels M, Manack AN, Turkel CC, et al. Depression and risk of transformation of episodic to chronic migraine. *J Headache Pain* 2012; 13: 615-624.
123. Bigal M, Krymchantowski AV, Lipton RB. Barriers to satisfactory migraine outcomes: What have we learned, where do we stand? *Headache* 2009; 49: 1028-1041.
124. 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 (Espec. Cong. 1): 14.

125. 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: 161-164.
126. Gracia Naya M. Importancia de las cefaleas en las consultas de neurología. *Rev Neurol* 1999; 29: 393-396.
127. Monzón MJ, Láinez MJ. Quality of life in migraine and chronic daily headache patients. *Cephalalgia* 1998; 18: 638-643.
128. Guitera V, Muñoz P, Castillo J, Pascual J. Quality of life in chronic daily headache: a study in a general population. *Neurology* 2002; 58: 1062-1065.
129. Ruiz M, León C, Castillo J, Martínez M, Sánchez S, Quintela E. Distribución por diagnósticos de las cefaleas que acuden a los servicios de urgencias de atención primaria. *Semergen* 2010; 36: 10-15.
130. Aamodt AH, Stovner LJ, Hagen K, Brathen G, Zwart J. Headache prevalence related to smoking and alcohol use: The head-hunt study. *Eur J Neurol* 2006; 13: 1233-1238.
131. Molarius A, Tegelberg A, Ohrvik J. Socio-economic factors, lifestyle, and headache disorders – A population-based study in Sweden. *Headache* 2008; 48: 1426-1437.
132. Wiendels NJ, Knuistingh Neven A, Rosendaal FR, Spinhoven P, Zitman FG, Assendelft WJ, et al. Chronic frequent headache in the general population: Prevalence and associated factors. *Cephalalgia* 2006; 26: 1434-1442.
133. López-Mesonero L, Márquez S, Parra P, Gámez-Leyva G, Muñoz P, Pascual J. Smoking as a precipitating factor for migraine: A survey in medical students. *J Headache Pain* 2009; 10: 101–103.
134. Buse DC, Reed ML, Fanning KM, Bostic R, Dodick DW, Schwedt TJ, et al. Comorbid and co-occurring conditions in migraine and associated risk of increasing headache pain intensity and headache frequency: Results of the Migraine in America Symptoms and Treatment (MAST) study. *J Headache Pain* 2020; 21: 23. doi: 10.1186/s10194-020-1084-y.

135. Grazzi L, Sansone E, Raggi A, D'Amico D, De Giorgio A, Leonardi M, et al. Mindfulness and pharmacological prophylaxis after withdrawal from medication overuse in patients with chronic migraine: An effectiveness trial with a one-year follow-up. *J Headache Pain* 2017; 18: 15. doi: 10.1186/s10194-017-0728-z.
136. Sevillano MD, Manso R, Cacabelos P. Comorbidity in migraine: depression, anxiety, stress, and insomnia. *Rev Neurol* 2007; 45: 400-405.
137. Wachowska K, Bliźniewska-Kowalska K, Sławek J, Adamczyk-Sowa M, Szulc A, Maes M, et al. Common pathomechanism of migraine and depression. *Psychiatr Pol* 2023; 57: 405-419.
138. Molgat CV, Patten SB. Comorbilidad de la depresión mayor y la migraña: un estudio poblacional canadiense. *Can J Psychiatry* 2005; 50: 832-837.
139. Jette N, Patten S, William J, Becker W, Wiebe S. Comorbilidad de la migraña y los trastornos psiquiátricos: un estudio poblacional nacional. *Headache* 2008; 48: 501-516.
140. Ligthart L, Hottenga JJ, Lewis CM, Farmer AE, Craig IW, Breen G, et al. Genetic risk score analysis indicates migraine with and without comorbid depression are genetically different disorders. *Hum Genet* 2014; 133: 173-186.
141. Mulder EJ, Van Baal C, Gaist D, Kallela M, Kaprio J, Svensson DA, et al. Genetic and environmental influences on migraine: a twin study across six countries. *Twin Res* 2003; 6: 422-431.
142. Yang YH, Zhao HY, Heath AC, Madden P, Martin NG, Nyholt DR. Familial aggregation of migraine and depression: insights from a large Australian twin sample. *Twin Res* 2016; 19: 312-321.
143. Kanner AM. Bidirectional Relations Among Depression, Migraine, and Epilepsy: Do They Have an Impact on Their Response to Treatment? *Curr Top Behav Neurosci* 2022; 55: 251-265.
144. Grangeon L, Lange KS, Waliszewska-Prosół M, Onan D, Marschollek K, Wiels W, et al. European Headache Federation School of Advanced Studies

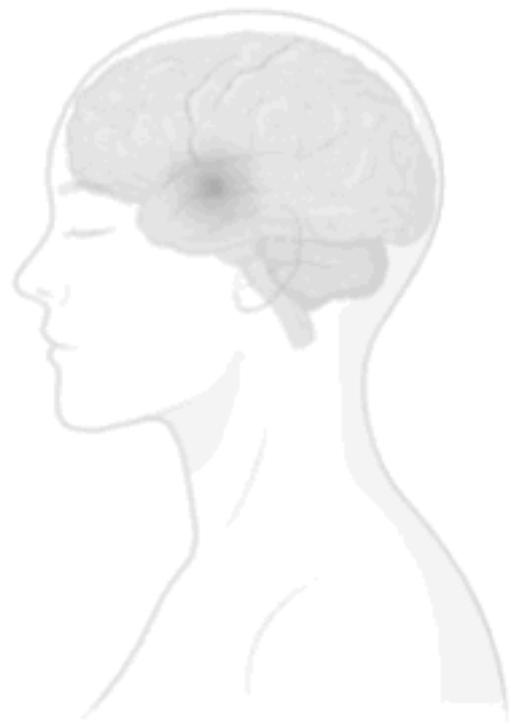
- (EHF-SAS). Genetics of migraine: where are we now? *J Headache Pain* 2023; 24: 12. doi: 10.1186/s10194-023-01547-8.
145. Dodick DW, Eross EJ, Parish JM, Silber M. Clinical, anatomical, and physiological relationship between sleep and headache. *J Headache Pain* 2003; 43: 282–292.
146. Holland PR, Barloese M, Fahrenkrug J. PACAP in hypothalamic regulation of sleep and circadian rhythm: importance for headache. *J Headache Pain* 2018; 19: 20. doi: 10.1186/s10194-018-0844-4.
147. Engstrom M, Hagen K, Bjork MH, Stovner LJ, Sand T. Sleep quality and arousal in migraine and tension-type headache: the headache-sleep study. *Acta Neurol Scand Suppl* 2014; (Suppl 198): 47–54.
148. Song TJ, Cho SJ, Kim WJ, Yang KI, Yun CH, Chu MK. Insomnia in probable migraine: a population-based study. *J Headache Pain* 2018; 19: 58. doi: 10.1186/s10194-018-0887-6
149. Song TJ, Yun CH, Cho SJ, Kim WJ, Yang KI, Chu MK. Short sleep duration and poor sleep quality among migraineurs: a population-based study. *Cephalalgia* 2018; 38: 855-886.
150. Kim J, Cho SJ, Kim WJ, Yang KI, Yun CH, Chu MK. Impact of migraine on the clinical presentation of insomnia: a population-based study. *J Headache Pain* 2018; 19: 86. doi: 10.1186/s10194-018-0916-5
151. Yeung WF, Chung KF, Wong CY. Relationship between insomnia and headache in community-based middle-aged Hong Kong Chinese women. *J Headache Pain* 2010; 11: 187–195.
152. Jahromi SR, Martami F, Morad-Soltani K, Togha M. Migraine and obesity: what is the real direction of their association? *Expert Rev Neurother* 2023; 23: 75-84.
153. Rivera-Mancilla E, Al Hassany L, Villalón CM, MaassenVanDenBrink A. Metabolic Aspects of Migraine: Association with obesity and diabetes mellitus. *Front Neurol* 2021; 12: doi: 10.3389/fneur.2021.686398.

154. Razeghi-Jahromi S, Ghorbani Z, Martelletti P, Lampl C, Togha M; School of Advanced Studies of the European Headache Federation (EHF-SAS). Association of diet and headache. *J Headache Pain* 2019; 20: 106. doi: 10.1186/s10194-019-1057-1.
155. Parikh SK, Silberstein SD. Preventive Treatment for Episodic Migraine. *Neurol Clin* 2019; 37: 753-770.
156. Hatami M, Soveid N, Lesani A, Djafarian K, Shab-Bidar S. Migraine and Obesity: Is There a Relationship? A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *CNS Neurol Disord Drug Targets* 2021; 20: 863-870.
157. Buse DC, Reed ML, Fanning KM, Bostic RC, Lipton RB. Demographics, Headache Features, and Comorbidity Profiles in Relation to Headache Frequency in Individuals with Migraine: Results from the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. *Headache* 2020; 60: 2340-2356.
158. Burch R, Rizzoli P, Loder E. The prevalence and impact of migraine and severe headache in the United States: Figures and trends from government health studies. *Headache* 2018; 58: 496-505.
159. Pascual J, Sánchez Escudero A, Castillo J. Teaching needs of general practitioners in headaches. *Neurología* 2010; 25: 104-107.
160. Láinez-Andrés JM, Caminero A, Díaz-Insa S, Gracia-Naya M, Huerta-Villanueva M, Irimia P, et al. Eficacia, tolerancia y satisfacción con los triptanes del paciente migrañoso. *Rev Neurol* 2013; 56: 143-151.
161. Pérez-Pereda S, Toriello M, González-Quintanilla V, Pascual J, Oterino A. Necesidad real y consumo de recursos en las unidades de cefalea: estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte en Cantabria. *Rev Neurol* 2019; 69: 491-498.
162. Gracia Naya M, Latorre Jiménez AM. Diferencias entre los pacientes con migraña enviados a una unidad de cefaleas o a una consulta general de neurología. *Rev Neurol* 2003; 37: 521.

163. Wells RE, Baute V, Wahbeh H. Complementary and integrative medicine for neurologic conditions. *Med Clin North Am* 2017; 101: 881-893.
164. Wells RE, Beuthin J, Granetzke L. Complementary and Integrative Medicine for Episodic Migraine: An Update of Evidence from the Last 3 Years. *Curr Pain Headache Re* 2019; 23: 10. doi: 10.1007/s11916-019-0750-8.
165. Diener HC. Placebo effects in treating migraine and other headaches. *Curr Opin Investig Drugs* 2010; 11: 735-739.
166. 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: 361-378.
167. Fierro A, Pérez-Rojí G, Blanco A, López P, Andrés M, González-Quintanilla V, et al. La cefalea como motivo principal de consulta a un servicio de urgencia hospitalaria en España: un estudio prospectivo. *Neurología* 2023; 38 (Supl.1): S31-S36.
168. Muñoz-Cerón J, Marin-Careaga V, Peña L, Mutis J, Ortiz G. Headache at the emergency room: Etiologies, diagnostic usefulness of the ICHD 3 criteria, red and green flags. *PLoS One* 2019; 14: doi: 10.1371/journal.pone.0208728.
169. Casado V. Atención al paciente neurológico en los Servicios de Urgencias. Revisión de la situación actual en España. *Neurología* 2011; 26: 233-238.
170. Vidal M, Olivart M, Abadías M, Purroy F. Incidencia de criterios de alarma y actitud frente a los pacientes con cefalea atendidos en urgencias. *Rev Neurol* 2019; 68: 453-458.
171. Fiane I, Haugland ME, Stovner LJ, Zwart JA, Bovim G, Hagen K. Sick leave is related to frequencies of migraine and non-migrainous headache--The HUNT Study. *Cephalalgia* 2006; 26: 960-967.
172. Vicente MT, Terradillos MJ, Ramírez MV, Capdevila L, López AA. Repercusión de las cefaleas en España por Incapacidad temporal. *Rev CES Salud Pública* 2014; 5: 38-49.

173. Prakash S, Rawat KS, Patel H, Rana K, Shah C, Vadodaria V. Dizziness and vertigo in patients with tension-type headache: A case-control study. *Neurol Sci* 2024; 45: 261-268.
174. Bisdorff A, Andree C, Vaillant M, Sándor PS. Headache-associated dizziness in a headache population: prevalence and impact. *Cephalalgia* 2010; 30: 815-820.
175. Bezov D, Ashina S, Jensen R, Bendtsen L. Pain perception studies in tension-type headache. *Headache* 2011; 51: 262–271.
176. Edvinsson JC, Vigano A, Alekseeva A, Alieva E, Arruda R, De Luca C, et al. The fifth cranial nerve in headaches. *J Headache Pain* 2020; 21: 65. doi: 10.1186/s10194-020-01134-1.
177. Song TJ, Cho SJ, Kim WJ, Yang KI, Yun CH, Chu MK. Anxiety and depression in tension-type headache: a population-based study. *PLoS One* 2016; 11: doi: 10.1371/journal.pone.0165316.
178. 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. doi: 10.1186/s10194-018-0907-6.
179. Kristoffersen ES, Stavem K, Lundqvist C, Russell MB. Impact of chronic headache on workdays, unemployment and disutility in the general population. *J Epidemiol Community Health* 2019; 73: 360-367.
180. Korolainen MA, Kurki S, Lassenius MI, Toppila I, Costa-Scharplatz M, Purmonen T, et al. Burden of migraine in Finland: health care resource use, sick-leaves and comorbidities in occupational health care. *J Headache Pain* 2019; 20: 13. doi: 10.1186/s10194-019-0964-5.
181. Hu XH, Markson LE, Lipton RB, Stewart WF, Berger ML. Carga de la migraña en los Estados Unidos: discapacidad y costos económicos. *Médico Interno de Arco* 1999; 159: 813-818.
182. Malmberg-Ceder K, Vuorio T, Korhonen PE, Kautiainen H, Soinila S, Haanpää M. The Impact of Self-Reported Recurrent Headache on

- Absenteeism and Presenteeism at Work Among Finnish Municipal Female Employees. *J Pain Res* 2020; 13: 2135-2142.
183. Hjalte F, Olofsson S, Persson U, Linde M. Burden and costs of migraine in a Swedish defined patient population - a questionnaire-based study. *J Headache Pain* 2019; 20: 65. doi: 10.1186/s10194-019-1015-y.
184. 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: 20-28.
185. 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: 963-974.
186. 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: 459-480.



10. Anexos

LISTADO DE ANEXOS

CERTIFICADO DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN	Anexo 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO	Anexo 2
HISTORIA CLÍNICA Y DATOS DEMOGRÁFICOS	Anexo 3
CUESTIONARIO GENERAL DE CEFALEAS	Anexo 4
TEST DE CALIDAD DE VIDA ESCALA HIT-6	Anexo 5
TEST DE CALIDAD DE VIDA ESCALA MIDAS	Anexo 6

Anexo 1. CERTIFICADO DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE CANTABRIA



T. CONCEPCION SOLANAS GUERRERO, Secretaria del **COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS DE CANTABRIA**

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado la propuesta de la Investigadora Principal del estudio:

TÍTULO: Impacto de la cefalea en el primer nivel asistencial

TIPO DE ESTUDIO: Proyecto de Investigación (Código interno: 2022.102)

y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto, teniendo en cuenta los beneficios esperados.
- Es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado.
- La capacidad del investigador y sus colaboradores, y las instalaciones y medios disponibles, tal y como ha sido informado, son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Este CEIm, emite un informe **FAVORABLE** para que dicho Estudio sea realizado en el **HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA**, actuando como investigadora principal la Dra. **INÉS RIVERA PANIZO**.

Como queda reflejado en el Acta: **9/2022 de 27/05/2022**

Lo que firmo en Santander,

SOLANAS GUERRERO T. Concepción
TOMASA CONCEPCION
-16788024W

T. CONCEPCION SOLANAS GUERRERO
Secretaria del CEIm

Anexo 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES DEL ESTUDIO DE CEFALEAS EN EL CENTRO DE SALUD DE BEZANA:

Estimado Sr/Sra: _____

En los próximos meses se va a realizar un **estudio** sobre el **DOLOR DE CABEZA** en todos aquellos pacientes pertenecientes al Centro de Salud de Bezana, que como usted, sufren algún tipo de dolor de cabeza.

Este estudio nos será de utilidad a TODOS ya que nos permitirá planificar correctamente, en unión con los especialistas del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, las diferentes medidas terapéuticas, así como valorar que exista un correcto diagnóstico actual.

Para su correcto desarrollo, preciso de **su INDISPENSABLE colaboración**, respondiendo a las preguntas que en la entrevista personal le plantearé, ya que sus respuestas son únicas e insustituibles, y la ausencia de las mismas podría alterar los resultados.

La información que se le solicitará únicamente tiene **utilidad Científico-Médica**, quedando por ello garantizada su confidencialidad y la no utilización de la misma para fines diferentes a los del estudio.

Por ello, se le entrega personalmente el siguiente documento, con el fin de mostrar mi acuerdo a la confidencialidad y su consentimiento de acceso a la historia clínica con fines científico-médicos.

Agradeciendo de antemano su colaboración, quedo a su disposición en el Centro de Salud para aclararle todas aquellas cuestiones que considere oportunas.

Firma del paciente:



Santa Cruz de Bezana, a / /

Inés Rivera Panizo (Médico de familia). Centro de salud de Bezana.

Anexo 3. HISTORIA CLÍNICA Y DATOS DEMOGRÁFICOS

HISTORIA CLÍNICA Y DATOS DEMOGRÁFICOS DE PACIENTES CON CEFALEA DEL CENTRO DE SALUD DE BEZANA:

Nº Identificación: _____

Nombre y Apellidos: _____

1) Edad: _____ años

2) Sexo: Mujer Varón

3) IMC: _____

4) Nacionalidad: Española Otra nacionalidad

5) Nº hijos: _____

6) Ocupación: _____

7) Nivel educacional: Sin estudios Estudios Básicos Estudios Superiores

8) Estado civil: Soltero Casado Pareja de hecho Divorciado

Viudo

9) Comorbilidades: SI NO

a. En caso afirmativo, ¿Cuáles?:

10)Antecedentes familiares de cefalea: SI NO

a. En caso afirmativo, ¿Qué familiar/es?:

b. ¿Qué diagnóstico presentaba el familiar?: _____

11)Antecedentes de cefalea en la infancia: SI NO

12)Consumo habitual de Tóxicos: SI NO

a. En caso afirmativo, ¿Tipo de tóxico?:

13)En mujeres: Estado menopáusico: SI NO

14)En mujeres: Uso actual de THS: SI NO

15)Tratamiento preventivo usado: SI NO

a. En caso afirmativo, ¿Cuál/es?:

16)Tratamiento analgésico usado durante las crisis: SI NO

a. En caso afirmativo, ¿Cuál/es?:

17)¿Toma otros fármacos habitualmente?: SI NO

a. En caso afirmativo, ¿Cuáles?:

18) Absentismo laboral en el último año por cefalea: SI NO

a. En caso afirmativo, ¿Días de absentismo laboral?: _____ días.

19) Cuestionarios de calidad de vida realizados al paciente:

a. Puntuación total Escala MIDAS:

i. Discapacidad nula o mínima (0-5 puntos)

ii. Discapacidad leve (6-10 puntos)

iii. Discapacidad moderada (11-20 puntos)

iv. Discapacidad grave (>21 puntos)

b. Escala HIT-6:

i. Poco o ningún impacto (<50 puntos)

ii. Cierta impacto (50-55 puntos)

iii. Impacto importante (56-59 puntos)

iv. Impacto muy severo (60 o más puntos)

20) Nº asistencias por cefalea a urgencias hospitalarias en el último año:

21) Nº asistencias por cefalea a servicio urgencias atención primaria en el último año: _____ visitas.

22) Nº visitas por motivo cefalea a su Centro de Salud en el último año: _____ visitas.

23) Derivación a 2º nivel asistencial: SI NO

24) Seguimiento actual por Servicio de Neurología: SI NO

25) Pruebas complementarias realizadas: SI NO

26) Exploración neurológica: Normal Alterada

27) Años de evolución de su cefalea: _____ años.

28) Dispensación de analgesia en farmacia en el último año: SI NO

a. En caso afirmativo, ¿Qué fármacos?:

b. Nº de envases dispensados en el último año de cada tipo de fármaco analgésico: _____

c. Nº total de envases de analgésicos dispensados en farmacia en el último año: _____ envases.

d. ¿Uso excesivo de analgesia en el último año?: SI NO

29) Diagnóstico previo a la intervención que constaba en historia clínica:

a. Jaqueca/Cefalea No clasificada

b. Migraña

c. Cefalea Tensional

d. Cefalea Trigémino-Autonómina

e. Otras cefaleas primarias

f. Sin determinar en historia clínica

30) Diagnóstico definitivo (según nuevos criterios IHS): _____

Anexo 4. CUESTIONARIO GENERAL DE CEFALEASCARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA CEFALEA:

- 1) ¿A qué edad comenzó aproximadamente a tener dolor de cabeza? __ años.
- 2) ¿Cada cuánto tiempo aproximadamente tiene dolores de cabeza?
Diaria Uno cada semana Uno o dos al mes
Menos de uno al mes
- 4) ¿Cuál es la duración habitual de sus dolores de cabeza?
Minutos Entre 1 y 4 horas Entre 4 horas y 2 días
Más de 2 días
- 5) El dolor de cabeza se localiza habitualmente en:
Un lado de la cabeza Toda la cabeza Otro lugar (¿cuál?):
- 6) El dolor es:
A martillazos Como un peso De otra forma (anote cómo):
- 7) ¿Le molesta la luz cuando tiene dolor? SI NO
- 8) ¿Le molestan los ruidos cuando tiene dolor? SI NO
- 9) ¿El dolor se acompaña de náuseas y/o vómitos? SI NO
- 10) ¿Antes del dolor tiene algún síntoma? SI NO

En caso afirmativo, ¿cuál?: _____

11) ¿El dolor se acompaña de algún otro síntoma? SI NO

En caso afirmativo, ¿cuál?: _____

12) ¿Hay alguna medicación que le quite el dolor? SI NO

En caso afirmativo, ¿cuál?: _____

13) ¿Ha usado alguna vez alguna "terapia alternativa"? SI NO

En caso afirmativo, ¿cuál?: _____

En caso afirmativo, ¿tuvo mejoría subjetiva posterior? SI NO

Anexo 5. TEST DE CALIDAD DE VIDA ESCALA HIT-6

Escala HIT-6

Fecha: / /

INSTRUCCIONES: En cada pregunta debe marcar con una cruz la casilla que corresponda a su respuesta.

1. Cuando usted tiene dolor de cabeza, ¿con qué frecuencia el dolor es intenso?

Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>				

2. ¿Con qué frecuencia el dolor de cabeza limita su capacidad para realizar actividades diarias habituales como las tareas domésticas, el trabajo, los estudios o actividades sociales?

Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>				

3. Cuando tiene dolor de cabeza, ¿con qué frecuencia desearía poder acostarse?

Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>				

4. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido demasiado cansada/o para trabajar o realizar las actividades diarias debido a su dolor de cabeza?

Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>				

5. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido harta/o o irritada/o debido a su dolor de cabeza?

Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>				

6. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia el dolor de cabeza ha limitado su capacidad para concentrarse en el trabajo o en las actividades diarias?

Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>				

Valoración (a completar por el investigador):

Nunca 6 puntos x _____ (nº respuestas)

Pocas veces 8 puntos x _____ (nº respuestas)

A veces 10 puntos x _____ (nº respuestas)

Muy a menudo 11 puntos x _____ (nº respuestas)

Siempre 13 puntos x _____ (nº respuestas)

Puntuación total:

Descripción e Interpretación de HIT:

El Examen del Impacto del Dolor de Cabeza (HIT) es una herramienta utilizada para medir el impacto que los dolores de cabeza tienen en su capacidad para funcionar en el trabajo, la casa, la escuela y en situaciones sociales. Su puntuación le muestra el efecto que los dolores de cabeza tienen en la vida diaria normal y en su capacidad para funcionar. HIT fue desarrollado por un equipo internacional de expertos en dolores de cabeza de neurología y de medicina de cuidados primarios en colaboración con los psicólogos quienes desarrollaron la herramienta de valoración de la salud SF-36.

Si obtuvo una puntuación de 60 ó más: IMPACTO MUY SEVERO

Sus dolores de cabeza están teniendo un impacto muy severo en su vida. Usted puede estar experimentando dolor que lo inhabilita y otros síntomas que son aún más severos que los de aquellos otros afectados por dolores de cabeza. No permita que sus dolores de cabeza le impidan disfrutar de las cosas importantes en su vida como la familia, el trabajo, la escuela o las actividades sociales. Haga una cita **hoy** para que comente los resultados de su HIT-6 y sus dolores de cabeza con su doctor.

Si obtuvo una puntuación entre 56-59: IMPACTO IMPORTANTE

Sus dolores de cabeza están teniendo un impacto importante en su vida. Como resultado usted puede estar experimentando dolor severo y otros síntomas, ocasionándole que pierda la oportunidad de pasar el tiempo con la familia, el trabajo, la escuela o en actividades sociales. Haga una cita **hoy** para que comente los resultados de su HIT-6 y sus dolores de cabeza con su doctor.

Si obtuvo una puntuación entre 50-55: CIERTO IMPACTO

Sus dolores de cabeza están teniendo un cierto impacto en su vida. Sus dolores de cabeza no deberían hacerle perder la oportunidad de pasar el tiempo con la familia, el trabajo, la escuela o en actividades sociales. Asegúrese de comentar los resultados de su HIT-6 y sus dolores de cabeza en la próxima cita con su doctor.

Si obtuvo una puntuación de 49 ó menos: POCO O NINGÚN IMPACTO

Sus dolores de cabeza están teniendo poco ó ningún impacto en su vida en este momento. Lo alentamos que tome el HIT-6 cada mes para continuar el seguimiento de cómo sus dolores de cabeza afectan su vida.

Cuando su puntuación sea de 50 ó más:

Debería compartir los resultados con su doctor. Los dolores de cabeza que están alterando su vida podrían ser migraña. Lleve consigo el HIT-6 cuando visite a su doctor porque la investigación muestra que cuando los doctores comprenden exactamente qué tan mal afectan los dolores de cabeza la vida de sus pacientes, es más probable que proporcionen un programa de tratamiento exitoso, que pudiera incluir el medicamento. **HIT está disponible también en Internet en www.headachetest.com.** La versión de Internet le permite imprimir el informe personal de sus resultados así como una versión especial detallada de su doctor. No olvide tomar de nuevo el HIT-6 o intentar la versión de Internet para continuar vigilando su progreso.

Anexo 6. TEST DE CALIDAD DE VIDA ESCALA MIDAS

Escala MIDAS

Fecha: / /

ESTE CUESTIONARIO SE USA PARA DEFINIR LA PÉRDIDA DE DÍAS EN TODAS LAS ÁREAS: PERSONAL, PROFESIONAL Y FAMILIAR DURANTE LOS ÚLTIMOS 3 MESES, POR HABER SUFRIDO CRISIS DE MIGRAÑA.

INSTRUCCIONES: Por favor, conteste las siguientes preguntas respecto a todas las cefaleas que ha sufrido en los últimos 3 meses. Escriba su respuesta al lado de la pregunta. Escriba un "0" si la cefalea no ha afectado su actividad en los últimos 3 meses.

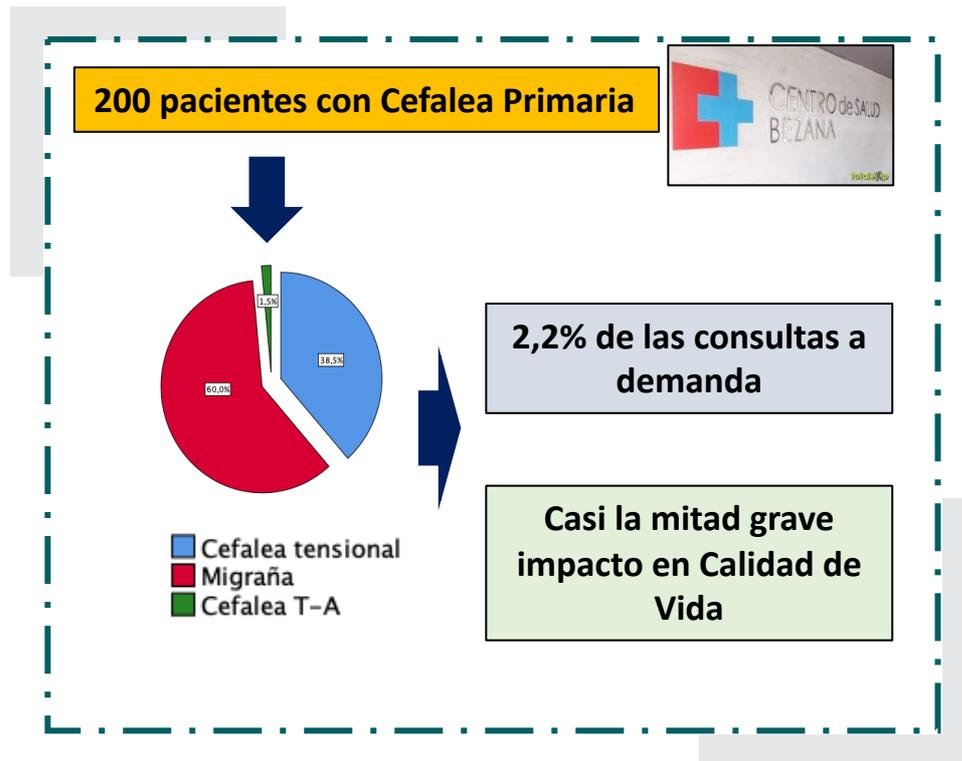
1. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses no ha podido ir a trabajar por su cefalea? _____
2. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses se redujo por la mitad su productividad en el trabajo por sus cefaleas? (No incluya los días que ha incluido en la pregunta 1) _____
3. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses no ha realizado sus tareas domésticas por sus cefaleas?

4. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses se redujo por la mitad su productividad en la realización de tareas domésticas por la presencia de cefalea? (No incluya los días mencionados en la pregunta 3) _____
5. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses se perdió actividades familiares, sociales o lúdicas por sus cefaleas? _____

Puntuación total:

Puntuación	Grado Discapacidad MIDAS
0-5 puntos	<input type="checkbox"/> Discapacidad nula o mínima
6-10 puntos	<input type="checkbox"/> Discapacidad leve
11-20 puntos	<input type="checkbox"/> Discapacidad moderada
>21 puntos	<input type="checkbox"/> Discapacidad grave

- A. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses sufrió de cefalea? (Si el dolor ha durado más de un día, contabilizar días por separado) _____
- B. En una escala de 0-10, ¿cómo se podría puntuar el dolor sufrido con su cefalea? (Donde 0=sin dolor, y 10=dolor intenso) _____



Existen pocos trabajos que analicen la realidad de la cefalea en atención primaria en nuestro medio. Nuestro objetivo fue estudiar prospectivamente las características de los pacientes que consultan por cefalea. Para ello entrevistamos a 200 pacientes que consultaron consecutivamente en el centro de salud de Bezana por cefalea. El 2,2% de las consultas fueron debidas a cefalea primaria. La migraña fue el diagnóstico más frecuente. En 6 de cada 10 pacientes el diagnóstico era incorrecto o incompleto. Mientras que el tratamiento sintomático era correcto, el uso de tratamiento preventivo era insuficiente, a pesar de que casi la mitad de los pacientes tenían una grave afectación de su calidad de vida. Las cefaleas primarias, con la migraña a la cabeza, son un motivo de consulta frecuente en el primer nivel asistencial y condicionan un importante impacto socio-sanitario, por lo que deberían ser incluidas en los planes de salud activa del primer nivel asistencial.

Few works have analysed the reality of headache in primary care in our setting. Our aim was to prospectively study the characteristics of those patients consulting due to headache. We interviewed 200 patients consecutively attending due to headache in the Bezana health center. A total of 2.2% of the consultations were due to primary headache. Migraine was the most frequent diagnosis. Diagnosis was not correct or incomplete in 6 out of 10 patients. While acute treatment was correct, the use of preventatives was low despite almost half of the patients had severe impact in their quality of life. Primary headache, mainly migraine, are a frequent reason for consultation in Primary Care and induce a relevant socio-sanitary impact; therefore, they should be included in the active health plans at this level.