

- Debe vacunarse contra la hepatitis B a todos los inmigrantes? Jano On-line. 1997;(1232). Disponible en: http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla_imprimir?ident=1971.
5. Navarro JA, Bernal PJ. Inmigración y enfermedades inmunoprevenibles. *Vacunas*. 2001;2:110-7.
 6. Lee C, Gony Y, Brok J, Boxell EH, Gluud C. Effects of hepatitis B immunisation in newborn infants of mothers positives for hepatitis B surface antigen. Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2006;332:328-36.
 7. Solà R, Cruz de Castro E, Hombrados M, Planas R, Col S, Jardí R, et al. Prevalencia de las hepatitis B y C en diversas comarcas de Cataluña: estudio transversal. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:90-5.

Imma Castellà Dagà^{a,*}, Mónica Ibáñez Masferrer^a, Miquel Quesada Sabaté^b y Eulàlia Igual Masalles^c

^aCentro de Atención Primaria (CAP), Salt, Girona, España

^bUnidad de Investigación de Atención Primaria del Ámbito de Girona, IDIAP Fundación Jordi Gol, Girona, España

^cCAP Calella, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: icastella@comg.es (I. Castellà Dagà).

doi:10.1016/j.aprim.2008.10.013

Características de las cefaleas en las consultas de los servicios de urgencias de atención primaria

Characteristics of the migraines seen in the primary care urgent service

Sr. Director:

A pesar de que la literatura muestra que la cefalea tensional es la más frecuente en la población general¹, no parece ésta la de mayor demanda asistencial en los servicios de urgencia de atención primaria (SUAP), sino la migraña². Además, una cantidad importante de pacientes que padece migraña nunca lo ha consultado con su médico de familia, y se limitan a acudir a los servicios de urgencias cuando tienen una crisis que no controlan. Parte de esta situación podría explicarse porque muchos migrañosos no entienden que es una enfermedad (no tienen «conciencia de enfermedad») y, por lo tanto, no creen necesario consultar el problema con su médico.

Once servicios de urgencias de atención primaria de Cantabria (que cubren una población de 196.758 habitantes) hicieron una recogida de datos prospectiva durante 10 meses para llevar a cabo un estudio descriptivo transversal. Se recogió información de la población consultante por cefalea, representativa de la población general para las variables edad y sexo. Por cada paciente se cumplimentó un cuaderno de recogida de datos, haciendo énfasis en la anamnesis y la exploración física de la cefalea³. Para unificar criterios diagnósticos, todos los profesionales participantes acudieron previamente a una sesión presencial en la que se repasó la clasificación diagnóstica de la Internacional Headache Society (IHS)⁴.

Entre los datos recogidos se valoró si habían consultado previamente por cefalea, y si el paciente tenía «conciencia de enfermedad» en los casos de migraña. Un total de 149 pacientes consultaron por cefalea. De ellos, 118 (79%) eran mujeres y 31 (21%), varones, con una media de edad de 43 años. El diagnóstico de migraña, con 108 (72%) pacientes, fue el más frecuente (el 22%, migraña con aura y el 50%, sin aura), seguido por la cefalea tensional con 30 (20%) pacientes. Los otros 11 (8%) casos de cefalea fueron catalogados como «otras cefaleas» (figs. 1 y 2). Del total

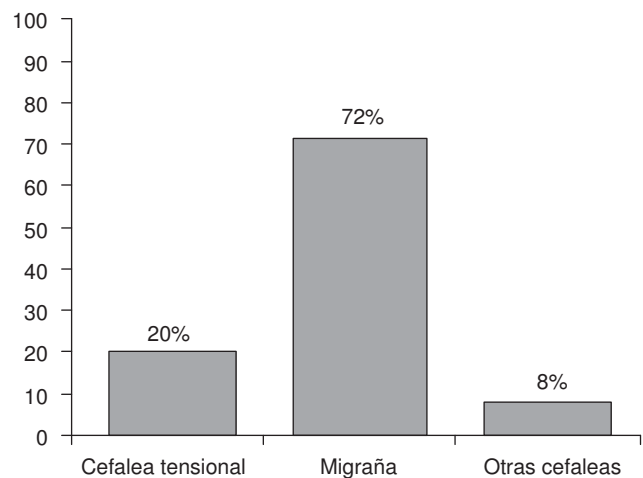


Figura 1 Distribución por diagnósticos de las cefaleas.

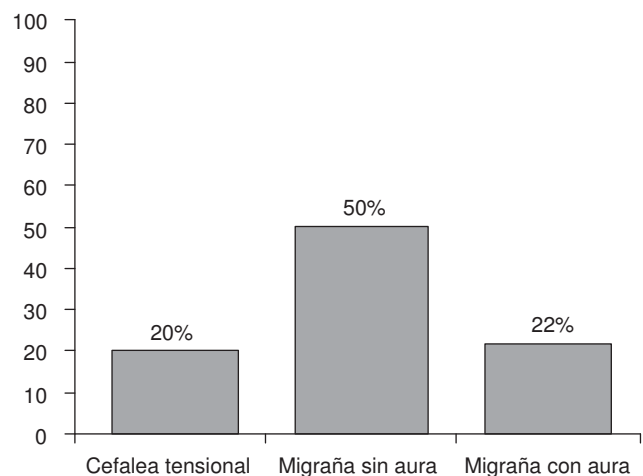


Figura 2 Distribución de las cefaleas, según su presentación.

de pacientes diagnosticados como migrañosos según la IHS (N = 108), 85 (79%) habían consultado a su médico de atención primaria por su cefalea, mientras que 23 (21%) no lo habían hecho. Además, de los pacientes migrañosos, 79

(73%) tenían «conciencia de enfermedad», mientras que 29 (27%) no la tenían. Por lo tanto, podemos decir que la migraña sin aura es el motivo de más consultas en nuestro ámbito asistencial.

Aunque la migraña es un proceso altamente invalidante, un porcentaje elevado de pacientes (21%) no habían consultado previamente el problema con su médico de atención primaria a pesar de haber sufrido crisis con anterioridad que los obligaron a acudir a urgencias. Estos datos se podrían explicar por la percepción que los pacientes tienen sobre su dolencia («conciencia de enfermedad»), ya que el 27% de los migrañosos que acudieron a los SUAP por migraña no consideraban que su cefalea fuese una enfermedad.

Bibliografía

1. Rasmussen BK, Olesen J. Syntomatic and nonsyntomatic headaches in a general population. *Neurology*. 1992;42:1225–31.
2. Castillo J. Urgencias neurológicas en el Centro de Salud: Cefaleas. Badalona: EUROMEDICE Ediciones Médicas; 2001.

3. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2006. Grupo de estudio de cefaleas. Sociedad Española de Neurología. Madrid: Ergon; 2006.
4. Headache Classification Committee de la International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders. 2nd ed. *Cephalalgia*. 2004;24(Suppl 1):8–152.

Mario Ruiz Núñez^{a,*}, Carlos León Rodríguez^b,
Jesús Castillo Obeso^c y Agustín Oterino Durán^d

^a*Servicio de Urgencias de Atención Primaria de Laredo, Cantabria, España*

^b*Servicio de Urgencias de Atención Primaria Altamira, Puente San Miguel, Cantabria, España*

^c*Medicina de Familia, Centro de Salud José Barros, Camargo, Cantabria, España*

^d*Servicio de Neurología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España*

*Autor para correspondencia.

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

doi:10.1016/j.aprim.2008.10.023