

Comentario sobre «Cefalea como motivo de consulta: la visión desde atención primaria»



Comment on «Headache as a reason for consultation: the primary care perspective»

Sr. Editor:

Hemos leído atentamente el artículo publicado por López-Bravo et al. titulado: «Cefalea como motivo de consulta: la visión desde atención primaria»¹, en el cual se comenta acerca de la cefalea como una patología infradiagnosticada e infratratada, siendo uno de sus posibles factores la falta de formación de los profesionales de atención primaria (AP) en este aspecto. Agradecemos a los autores sus valiosos aportes; estamos de acuerdo con sus sugerencias, por lo que, además, nos gustaría hacer los siguientes comentarios:

Uno de los indicadores utilizados para valorar la importancia sanitaria de una determinada entidad clínica es la demanda asistencial que dicha patología genera. La cefalea constituye uno de los principales motivos de consulta en el ámbito de la neurología para el médico de AP². Entre los pacientes que consultan por cefalea a un médico de AP, más del 90% lo hacen por alguna de las cefaleas primarias. Aunque la prevalencia de la cefalea a tensión es mayor que la de la migraña, en términos de frecuencia de consulta al médico de AP la migraña es claramente superior a la de la cefalea tensional. En cuanto a las consultas especializadas de neurología, diversos estudios confirman que el dolor de cabeza es el principal motivo de derivación desde AP³. Lo anterior nos indica que es fundamental que el médico de AP tenga las herramientas y conocimientos suficientes para hacer un diagnóstico y tratamiento oportuno de la cefalea, y, si es posible, sin la necesidad de que el paciente necesite derivación; de lo contrario el especialista tendrá un alto número de pacientes, lo que incrementa los tiempos de espera para las consultas; un factor que podría impactar negativamente.

Detectamos que en la literatura se han realizado estudios de igual tendencia en otros países como Arabia Saudita⁴ y Brasil⁵, con resultados que han ido en concordancia con lo descrito en España. Se refuerza la idea de que a pesar de las diferencias socioculturales en los 3 países la perspectiva de la evaluación de la cefalea y la migraña crónica presenta ciertas falencias. Aunque el grado de interés de los galenos es alto frente a temas facultativos de neurología, se evidencia como ciertos factores relacionados con los años que llevan ejerciendo su profesión y sus especialidades (no relacionadas con la neurología) pueden afectar de manera negativa su desempeño al momento de realizar un adecuado examen neurológico para orientar el diagnóstico y tratamiento de migraña y cefaleas, dado que los médicos con menos experticia se mostraron más inseguros al momento de realizar una adecuada evaluación del paciente^{4,5} y en el caso de algunos galenos con especialidades en las que no tienen un contacto directo con la sala de emergencias ni con neurología, se encontró un detrimento en sus habilidades diagnósticas en el campo mencionado⁵.

En los 3 estudios es claro como una parte significativa de los galenos no tienen el adecuado conocimiento de las guías ICHD-3, en parte por lo confusos que pueden resultar dichos lineamientos, ya que han sido diseñadas para personal de neurología. En Estonia se realizó un estudio de intervención controlado en donde se demostró que el desempeño de los médicos generales se ha visto modestamente mejorado con la implementación de un programa educativo, que a la larga se puede traducir en ahorro de costos (ya que se reducen los diagnósticos errados, remisiones innecesarias a especialistas y se enfoca el tratamiento) y sobre todo se genera un impacto positivo en la calidad de atención al paciente⁶.

En el campo de la neurología es bien sabido que un diagnóstico y la medicación precisa para la cefalea requiere de un estudio minucioso, razón por la cual es necesario plantear algunas alternativas para mejorar el entendimiento médico sobre esta patología. Ciertamente, las causas de un infradiagnóstico de las cefaleas primarias pueden ser de diversa índole; para evitar esto existen guías de comprensión como la clasificación de la Sociedad Internacional de Cefalea. Un grupo de investigación realizó un análisis respecto al diagnóstico correcto de cefaleas dando como resultado que «De los 105 MAP consultados, 46 (44%) diagnosticaron migraña correctamente, 41 (39%) diagnosticaron el supuesto clínico como cefalea tensional, 17 (16%) como cefalea "mixta" y uno fue incapaz de emitir un diagnóstico»³. Esto demuestra que todavía existe un amplio desconocimiento y falta de seguimiento de la evolución de la enfermedad. Un diagnóstico erróneo lleva como consecuencia una medicación ineficiente. Un punto a tomar en cuenta es el deber de crear una regulación de métodos diagnósticos como una respuesta a la falta de evaluación. Este fenómeno debe ser revisado para realizar un dictamen acertado y mejorar la calidad de vida del paciente.

A pesar del alto interés de los profesionales de la salud en el estudio de las cefaleas, la mayoría presenta un desconocimiento sobre estas y sus variaciones. Es así, que en el estudio analizado se encontró interés por el sistema de comunicación *online*, como un formato de formación médica¹. Según lo anterior, es pertinente traer a colación la investigación «Correo electrónico de una consulta monográfica de cefaleas: experiencia durante cinco años», siendo este un medio de comunicación entre niveles de AP y centros de cefalea⁷. Fueron analizados correos electrónicos enviados desde centros rurales y urbanos hacia la consulta monográfica de cefaleas (CMC) del Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. El objetivo de los correos fue conocer sobre pacientes que ya habían sido atendidos, consultas formativas sobre cefalea e información sobre el propio padecimiento del personal de salud. Se concluyó que este medio de comunicación ha sido importante para aumentar la seguridad y satisfacción del personal de salud y del paciente⁷. En el contexto colombiano, esta práctica resultaría beneficiosa, dado que, en investigaciones realizadas en el departamento de Santander, se encontró una prevalencia de la migraña del 13,7%, siendo mayor en mujeres⁸. La puesta en marcha de la estrategia podría aumentar la confianza de los pacientes en el diagnóstico y tratamiento médico, además de conectar virtualmente a comunidades alejadas de centros especializados.

Estamos de acuerdo en que se deben implementar estrategias que le permitan al médico de AP mejorar el análisis e

interpretación de la exploración neurológica para dar un tratamiento efectivo; además se debe realizar una adecuación del uso de herramientas electrónicas centrado en mejorar la comunicación que debe existir entre las unidades de cefaleas y los centros de AP como un punto clave para llevar a cabo el objetivo planteado.

Bibliografía

1. López-Bravo A, Bellostá-Diago E, Viloria-Alebesque A, Marín-Gracia M, Laguna-Sarriá J, Santos-Lasaosa S. Cefalea como motivo de consulta: la visión desde atención primaria. *Neurología* [Internet]. 2021;36:597–602, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2018.06.003>.
2. Santos Lasaosa S, Vinuesa Buitrón PR, Velázquez Benito A, Iñíguez Martínez C, Larrodé Pellicer P, López del Val LJ, et al. Estudio de concordancia diagnóstica en cefalea entre neurología y atención primaria. *Rev Neurol* [Internet]. 2016;62:549–54, <http://dx.doi.org/10.33588/rn.6212.2015495>.
3. Pascual J, Sánchez-Escudero A, Castillo J. Necesidades de formación del médico de atención primaria en cefaleas. *Neurología* [Internet]. 2010;25:104–7, [http://dx.doi.org/10.1016/s0213-4853\(10\)70034-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0213-4853(10)70034-7).
4. Aljunaid M, Jamal H, Mubarak A, Bardisi W. Levels and determinants of knowledge about chronic migraine diagnosis and management among primary health-care physicians in ministry of health, Jeddah 2019. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2020;9:2324–31, http://dx.doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_266_20.
5. Silva MME, Schultze ACB, Cavalheiro BP, Meyer LF, Fronchetti JA, Mercer PBS, et al. Profile and generalist physician knowledge about neurology in emergency department: headache management. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 2020;78:44–9, <http://dx.doi.org/10.1590/0004-282x20190198>.
6. Braschinsky M, Haldre S, Kals M, Iofik A, Kivisild A, Korjas J, et al. Structured education can improve primary-care management of headache: the first empirical evidence, from a controlled interventional study. *J Headache Pain* [Internet]. 2016;17:24, <http://dx.doi.org/10.1186/s10194-016-0613-1>.
7. Pedraza Hueso MI, Herrero Velázquez S, López Mesonero L, Ruiz Piñero M, Posadas Alonso J, Guerrero Peral AL. Correo electrónico de una consulta monográfica de cefaleas: experiencia durante cinco años. *Rev Neurología* [Internet]. 2015;60:543–7, <http://dx.doi.org/10.33588/rn.6012.2015045>.
8. Volcy M, Martínez O, Montoya L, Zuluaga A, Rodríguez D. Cefaleas [Internet]. *Institutoneurologico.org* [consultado 8 Oct 2021]. Disponible en: <http://institutoneurologico.org/index.php/119-uncategorised/388-cefaleas>.

F.A. Sepúlveda Collazos*, L.F. Betancur Acevedo, D.I. Ruiz Zúñiga y A.L. Londoño Patiño

Faculty of Health Sciences, University of Caldas, Manizales, Colombia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fabio.521912290@ucaldas.edu.co (F.A. Sepúlveda Collazos).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2021.11.009>
0213-4853/

© 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Española de Neurología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).