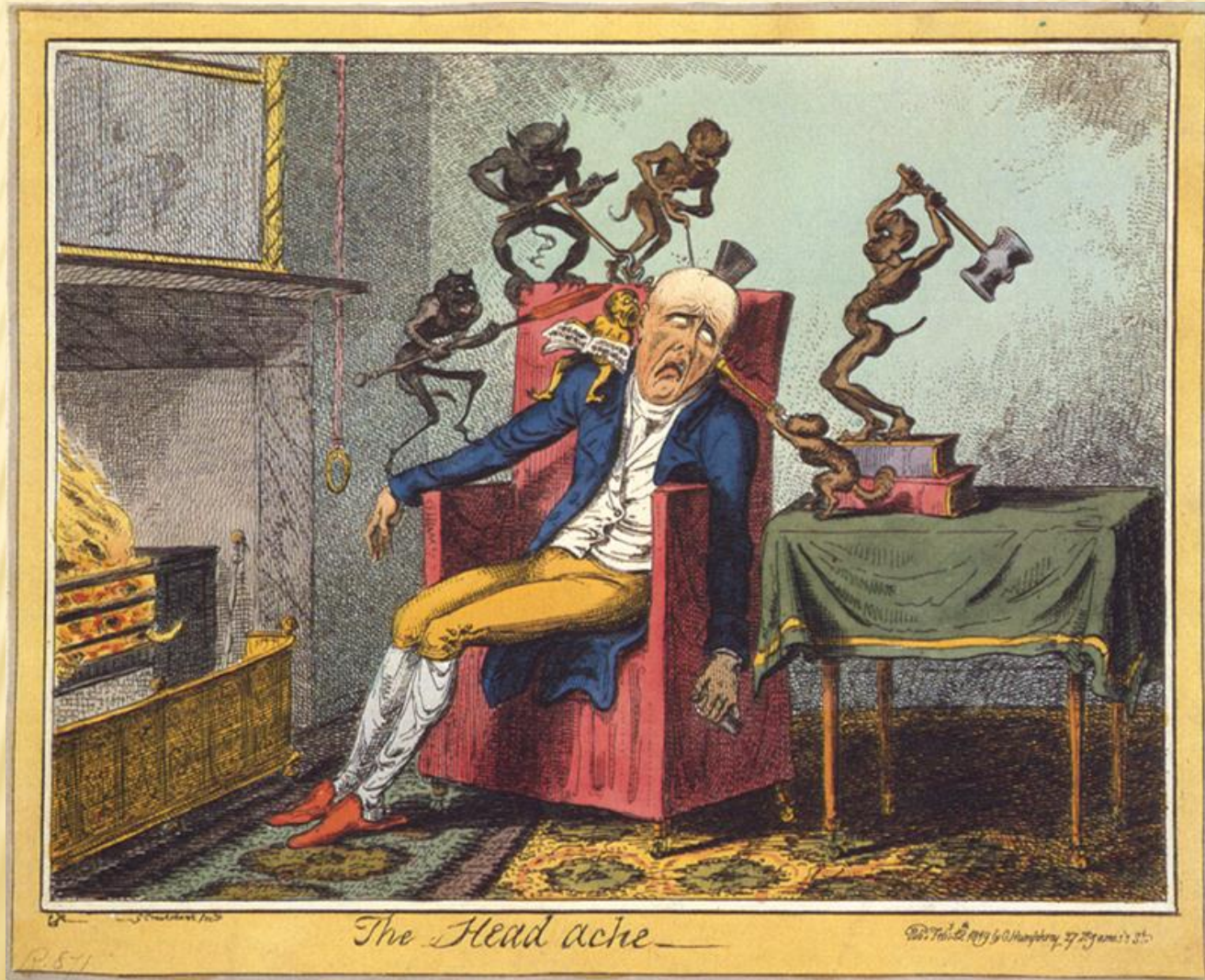


ABORDAJE DE LA CEFALEA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA. UNA POSICIÓN PRIVILEGIADA



ACTITUD DE LOS MÉDICOS DE A.P. ANTE LA CEFALEA. NECESIDADES DE FORMACIÓN

- ✘ **Necesidades de formación del medico de atención primaria en cefaleas. J.Pascual,A.Sanchez-Escudero,J.Castillo. Neurologia, volumen 25,issue 2,march 2010,pages 104-107.**
- ✘ 105 médicos de familia
- ✘ Caso clínico de migraña sin aura ,bilateral, 5-6 episodios al mes
- ✘ Diagnóstico: 44% migraña, 39% cefalea tensional, 16% cefalea mixta
- ✘ TTO sintomático : Aines 98%,Triptanes 67 MAP (15 con diagnóstico de cefalea tensional)
- ✘ TTO preventivo: 30 no, 66 prescribiría BB, 35 amitriptilina.
- ✘ Conclusiones: mas del 50% errores de D, mas de 33% errores de tto sintomático, 50% errores referentes a tto preventivo
- ✘ Aunque la prevalencia de la cefalea tensional es mayor q la migraña, en términos de frecuencia de consulta al MAP la migraña es claramente superior

ACTITUD DE LOS MÉDICOS DE A.P. ESPAÑOLES ANTE LA CEFALEA

- ✘ **J.Manuel Martinez Eizaguirre, Sebastian Calero Muñoz, M.Luisa Garcia Fernandez. Atencion Primaria. 2006; 38(1):33-38**
- ✘ 721 médicos de familia. Cuestionario sobre la actitud (70% interés muy alto o alto), derivación (12% 1º episodio de migraña sin aura, 42% migraña con aura, 32% CCD y 56% asociada a abuso de analgésicos , baja en 1º episodio de cefalea en racimos), preferencias terapéuticas (paracetamol en migraña leve, aines en moderada y triptanes en severa , aines en cefalea tensional) e interés en formación (sobre todo en migraña y CCD)
- ✘ IHS . Solo la mitad conoce esta clasificación y un 5% la utiliza en la practica diaria
- ✘ Un 15% de los médicos no realiza exploración física en la 1ª consulta
- ✘ Conclusión: Hay un importante margen de mejora en la capacidad resolutive, sobre todo en CCD
- ✘ Las cefaleas repercuten negativamente en la calidad de vida, suponiendo una importante carga social. Solo la mitad de pacientes con cefalea primaria consulta alguna vez en su vida

ACTITUD DEL NEUROLOGO ESPAÑOL FRENTE A LA MIGRAÑA: RESULTADOS DEL PROYECTO CIEN-MIG

- ✘ **Julio Pascual, Margarita Sanchez del Rio, M. Dolores Jimenez ; Rev Neurol 2010; 50 (10): 577-583**
- ✘ Cuestionarios a 160 especialistas sobre actitud y satisfacción en cuanto al D, repercusión y manejo de las cefaleas, y relaciones con A.P.
- ✘ Las cefaleas son el 1º motivo de consulta (por la alta frecuencia de las crisis e ineficacia del tto sintomático), la mitad de pacientes pierden 1 d de trabajo al mes, y trabajan con menor rendimiento 1 o mas
- ✘ Menos del 10% recibe tto preventivo (entre 25-50%), solo el 10% recibe triptanes
- ✘ El 30% de las derivaciones por migraña eran para instaurar tto, y 1 de cada 4 por incertidumbre diagnóstica
- ✘ Casi 2/3 de los médicos de A.P. tiene formación insuficiente en diagnostico y manejo de los ttos preventivos. El 50% de los neurólogos tiene una relación fluida con A.P.
- ✘ Exploraciones complementarias: TAC en 1/3 de las migrañas, RMN 20%
- ✘ La mayoría de N utiliza criterios D de la IHS, pocos pasan encuestas de calidad de vida o repercusión.
- ✘ Basa el tto sintomático en triptanes y aines. El preventivo por igual entre BB y neuromoduladores, y en menor medida flunarizina y AD

VALORACIÓN INICIAL DE LAS CEFALEAS EN LA CONSULTA DE A.P.

- × “Si usted tiene 10 minutos para D a un paciente con cefalea dedique 9 a la anamnesis, aunque le quede solo 1 para la exploración”
- × Edad , sexo, ocupación
- × Antecedentes familiares
- × Antecedentes personales (TCE, p. digestiva, sinusitis, p odontológica, SAOS, cardiopatía isquémica, HTA)
- × Hábitos tóxicos (tabaco, OH, otras drogas)
- × Consumo de fármacos
- × Perfil temporal de la cefalea: edad de comienzo, tiempo de evolución (mas de 3 m no progresiva-primaria), frecuencia y periodicidad, duración
- × Descripción del dolor: instauración, localización , calidad, intensidad (no relación directa con la gravedad, intensa y progresiva descartar lesión cerebral)
- × Síntomas acompañantes: nauseas o vómitos, foto-sonofobia, fiebre, alteraciones neurológicas, ansiedad-depresion, astenia, mareos
- × Factores de alivio y agravantes, tratamientos previos
- × Que actividades interfiere en la vida diaria

FACTORES AGRAVANTES O DESENCADENANTES

- × Tóxicos: alcohol, cafeína, tabaco, cocaína, cannabis, O
- × Alimentos: ayuno prolongado, chocolate, quesos, grasas, glutamato
- × Condiciones medioambientales: frio, humedad, luminosidad intensa
- × Psicofísicos: estrés, alteraciones del ritmo de sueño
- × Menstruacion, embarazo, actividad sexual
- × Tos ,esfuerzo físico, maniobras de válsalva (HTIC)
- × Fármacos: aines, corticoides, digoxina, amiodarona, captopril, nitratos, vasodilatadores, dipyridamol, ranitidina, omeprazol, antihistaminicos, T SFM, tetraciclinas, retinoides, anticonceptivos orales, tamoxifeno, fenotiacinas, teofilinas, inhibidores de la fosfodiesterasa

HISTORIA CLÍNICA

- ✘ **Realizar una entrevista clínica semiestructurada**
 1. Acomodar al paciente adecuadamente
 2. Delimitar los motivos de consulta
 3. Vacía de información preelaborada: escucha activa. no interrumpir, ver las ideas-preocupaciones y expectativas del paciente
 4. Fase de información específica : secuencia lógica (pregunta abierta-menu de sugerencias-pregunta cerrada)
 5. Técnica del salto: de lo físico a lo psicosocial (repercusión familiar, laboral y social)

COMORBILIDADES

- × Sd depresivo-ansioso
- × estrés
- × Alteraciones de la personalidad
- × Trastornos obsesivos compulsivos
- × Trastornos del sueño
- × Diabetes
- × Epilepsia
- × Patología digestiva
- × EPOC, SAOS
- × Cardiopatía isquémico-hipertensiva.
- × Polifarmacia, hiperfrecuentadores
- × Fibromialgia

EXPLORACIÓN FÍSICA

- ✘ Constantes vitales: temperatura, TA, FC, Dx
- ✘ Estado general: palidez, rubefacción, 3As
- ✘ Macizo craneofacial: palpación pulsos temporales, senos nasales, oídos, a temporomandibular
- ✘ Cuello: LC, implantación capilar baja, contracturas, limitación movilidad
- ✘ Auscultación cardiopulmonar
- ✘ Abdomen : masas, adenopatías

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

- ✘ Estado mental: nivel de conciencia, atención, conducta, orientación, memoria, lenguaje
- ✘ Signos meníngeos
- ✘ Fondo de ojo
- ✘ Exploración de pares craneales: campimetría por confrontación, motilidad ocular, reflejo corneal, sensibilidad facial, masticación, paresia facial, motilidad de lengua y velo del paladar, fuerza muscular esternocleidomastoideo y trapecios
- ✘ Asimetrías en hemicuerpo (fuerza, sensibilidad, ROT, RCP)
- ✘ Coordinación, p cerebelosas y marcha

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- × “En la cefalea la mejor prueba complementaria es una segunda anamnesis”
- × En sospecha de cefalea secundaria
- × Analítica : VSG
- × TAC/RMN: intensa de inicio agudo, crónica diaria de inicio reciente, evolución subaguda con empeoramiento progresivo, s neurológicos focales durante, papiledema , fiebre-vómitos sin foco, empeora con ejercicio-valsalva-actividad sexual-al despertar , mala respuesta a tto, cambios en el patrón, 1º episodio de migraña con aura, unilateralidad estricta, aura menor de 5 o mayor de 60 min, clúster de debut, aparición dp de los 50, neuralgias de inicio
- × RX craneal y de c. cervical
- × EEG
- × Punción lumbar
- × *TAC en: HSA, TCE y lesiones óseas.
- × *RMN en: malformaciones vasculares, lesiones de fosa posterior

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- ✘ **ORDINARIA:** diagnóstico problemático, mal control a pesar de tto, auras atípicas o prolongadas, aparición tardía, cefalea trigémino autonómica, recurrente con tos-ejercicio-actividad sexual-dt el sueño, inicio reciente y evolución progresiva
- ✘ **PREFERENTE:** cefalea trigémino autonómica activa, sospecha arteritis temporal, HTIC benigna con empeoramiento y/o síntomas visuales, cefalea crónica de inicio reciente
- ✘ **A URGENCIAS:** status migrañoso, migraña basilar con pérdida de conciencia, intensa de inicio agudo, focalidad neurológica, crisis de amaurosis fugax

TRATAMIENTO: GENERALIDADES

- ✘ **Objetivos:** mejorar la calidad de vida con el control del dolor, reducir la frecuencia de las crisis, evitar la evolución a CCD, fomentar la autonomía del paciente, diario de cefaleas
- ✘ **Información al paciente:** características de su dolencia, naturaleza, carácter recurrente, conocer los desencadenantes, importancia de la estabilidad psicofísica, tto preventivo y abortivo, la automedicación es uno de los peligros más graves
- ✘ **Recomendaciones generales de tto:** administración precoz pero no precipitada, dosis eficaz desde el principio, si a las 2h no hay respuesta pasar a otro grupo terapéutico, huir de los cócteles (codeína, cafeína, ergóticos), solo tomar la medicación que ha sido efectiva. Un fármaco es ineficaz si fracasa a dosis correcta en 3 crisis
- ✘ **Revisiones:** 1ª crisis a demanda, 1º control al mes, menos de 3 crisis al mes mal control cada 2-3m, buen control cada 6-12m, más de 3 crisis mal control cada 2m, buen control cada 3-6m

CEFALEA TENSIONAL

- ✘ **Criterios diagnósticos:** al menos 10 episodios, entre 30 min y 7d de duración , al menos 2 (opresivo, leve o moderada, bilateral, no empeora por esfuerzo físico),ambas (sin nauseas ni vómitos, fono-fotofobia no mas de uno),no atribuible a otro proceso,.
- ✘ Infrecuente menos de 1d al mes, frecuente menos de 15d al mes dt al menos 3m
- ✘ Dificultades diagnosticas entre la cefalea tensional y la migraña leve. El 30% de pacientes con cefalea tensional tenia dolor pulsátil y el 40% de los migrañosos cefalea bilateral
- ✘ Tto no medicamentoso: evitar factores desencadenantes, dieta equilibrada, ejercicio físico regular, ejercicios de relajación

TTO CEFALEA TENSIONAL

- ✘ **TTO del episodio:** ibuprofeno (400-800/8h), naproxeno (550/12h), ketoprofeno (25-50), AAS (1000), paracetamol (1000), metamizol (500,1000).
- ✘ Triptanes, relajantes musculares y opioides no han demostrado eficacia
- ✘ **TTO preventivo** (de 3 a 6m, max 12)
- ✘ Indicaciones: frecuente (mas de 9d al mes), CCD, altera la calidad de vida, refractarias a tto sintomático
- ✘ Fármacos: amitriptilina (de elección) 10-25-75 mg nocturna, mirtazapina 30, venlafaxina (2ª elección) 75-100, citalopram y sertralina si depresión asociada.
- ✘ Tto combinado con amitriptilina y citalopram
- ✘ Topiramato, gabapentina y toxina botulínica no evidencias suficientes para recomendar su uso

CEFALEA CRONICA DIARIA (CCD)

- ✘ Presentes mas de 15d al mes durante 3 o mas meses al año, duran mas de 4h al día.
- ✘ Aumento de la sensibilidad central a estímulos periféricos, con disminución del umbral de percepción del dolor
- ✘ 3 grupos: primarias, 2ª a abuso de analgésicos, 2ª a causa orgánica subyacente
- ✘ **Prevalencia** 4.7%, (mujeres en edad media hasta 13%).Un 2% corresponde a cefalea cronica por abuso de medicamentos, 2/3 partes de los casos corresponden a migrañas crónicas, el resto a cefalea tensional cronica (pueden aparecer nauseas leves o fono o fotofobia)
- ✘ Su detección requiere una actitud de **búsqueda activa** entre pacientes consumidores habituales de analgésicos, fundamentalmente mujeres migrañosas de edad media y nivel sociocultural bajo
- ✘ **RELACION MEDICO-PACIENTE:** ofertar mejoría, no curación (pasar de CCD a episódica), etiqueta de paciente difícil, colaboración mutua, empatía
- ✘ Detección de **factores de transformación**, vigilar abuso de medicación ,**comorbilidad** asociada
- ✘ **TTO farmacológico** de la cefalea de base : de las crisis de dolor (aines y triptanes) y preventivo (amitriptilina, en migraña transformada añadir tb BB, suele precisar mantenerlo un año o mas)
- ✘ Entre un 13 a un 30% de **recidivas**

CEFALEA POR ABUSO DE ANALGESICOS

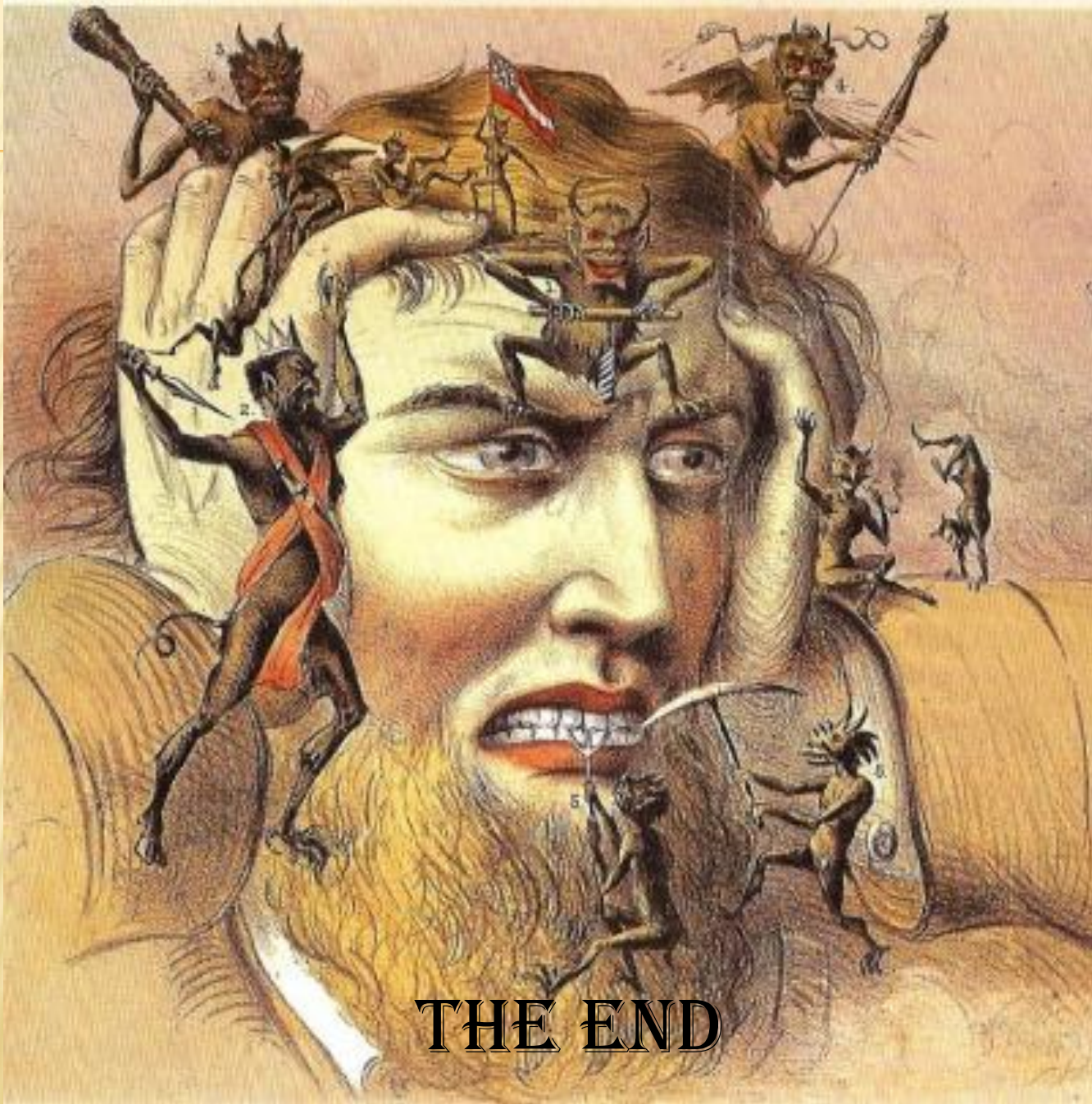
- ✘ Cefaleas presentes 15 o mas días al mes ,tras abuso regular de analgésicos dt 3 o mas meses. Se desarrolla o empeora con el abuso y revierte a su patrón previo tras 2m de interrupción del abuso.
- ✘ Se exige un consumo de ergoticos (1mg/d +2d/s)-triptanes (10dosis mes)-opioides (+ 1 comp/d,2d por s)-combinacion de analgesicos(+3 comp/d,+3d/s) 10 d o mas al mes, analgésicos (1g+ 5d/s) 15d o mas
- ✘ Se sabe existe una sensibilidad central y **susceptibilidad genética**
- ✘ Supone el 3ª tipo mas frecuente de cefalea, mas habitual se desarrolle a partir de una migraña sin aura. Muchos fármacos inducen una cefalea bilateral opresiva de intensidad leve o moderada, sobre la q se añaden episodios de agravamiento q recuerdan a la cefalea original. Puede existir además una **cefalea de rebote** por supresión, con frecuencia matutina o despierta al paciente. Se asocia inquietud , depresión, dificultad de concentración, ttnos de conducta, insomnio
- ✘ Los **triptanes** se están convirtiendo en el grupo mas importante causal. El periodo medio de inducción de CAM y el nº de dosis mensuales es menor para los triptanes q para los ergoticos y para estos q para los analgésicos

TTO CEFALEA POR ABUSO DE ANALGÉSICOS

- ✘ Incluso con el tto adecuado un 30% van a continuar con su cefalea, por lo que la **prevención** es fundamental (instrucciones claras sobre el correcto uso de los analgésicos en cefaleas episódicas y recomendar la instauración de tto preventivo)
- ✘ Establecer un vinculo de confianza con el paciente, informar de los **síntomas asociados a la supresión**: cefalea de rebote (mas prolongada con los analgésicos),nauseas, vómitos, taquicardia, hipotensión...
- ✘ **Tto de desintoxicación**: interrupción brusca del fármaco salvo caso de opioides, barbitúricos o tranquilizantes.
- ✘ Durante 15 d tto reglado con aines (naproxeno 550/12, ibuprofeno 600/8, desketoprofeno 25/8) pudiendo doblarse la dosis en momentos puntuales si precisa.
- ✘ Si ha evolucionado dd una migraña puede ser necesario un triptan por via sc o intranasal
- ✘ Si el abuso es de ergoticos, opiáceos o cafeína se utiliza prednisona 60mg/d o dexametasona 4mg/d dt 14d con reducción progresiva
- ✘ Si nauseas o vómitos, antieméticos (metocropramida o domperidona 10mg/8h) o clorpromacina
- ✘ Si ansiedad neurolépticos como el tiapride o levopromacina y con menos frecuencia BZD
- ✘ Añadir antidepresivos dd el inicio de la supresión: amitriptilina a dosis de 10-75 mg/nocturno
- ✘ En caso de contraindicación o cuadro depresivo asociado puede usarse ISRS o mirtazapina

TTO CEFALEA POR ABUSO DE ANALGÉSICOS

- ✘ **Fase de consolidación** para prevenir recaídas según sea la cefalea crónica previa al abuso
- ✘ Cefalea tensional crónica: retirar el aine pautado los primeros 15d, se utilizará solo si cefalea de intensidad fuerte-severa. tto preventivo con el antidepresivo usado en la desintoxicación manteniéndolo 3-6m y retirada gradual
- ✘ Migraña crónica diaria: retirar el aine o el triptan de forma más lenta, pudiendo volver a usarse si cefalea de intensidad fuerte. El tto preventivo puede iniciarse con un BB o neuromoduladores (topiramato o valproico), bien ya en fase de desintoxicación o consolidación. En caso de persistir ansiedad puede asociarse a amitriptilina. Se mantendrá 6m
- ✘ Si **fracaso terapéutico** se derivará el paciente a neurología
- ✘ El **riesgo de recaída** es mayor en la cefalea tensional crónica y en los q usaban combinaciones de analgésicos



THE END

CASO CLÍNICO

- ✘ **Mujer de 55 años**, HTA en tto con enalapril, **hipotiroidismo** con buen control en tto con levotiroid 75 que acude a consulta por recidiva de **sd dispéptico** (ya estudiado hace 5 años con eco+ Gastroscofia+ EO normales).
- ✘ Se queja de pirosis + plenitud postprandial + meteorismo abundante + mareos. Esta tomando omeprazol sin mejoría del cuadro.
- ✘ Cree q puede estar en relación con la menopausia, esta con intensos sofocos (ha estado en tto con tibolona), mas irritable.....
- ✘ Re historiando a la paciente “**¿a qué lo atribuye?** “ dice esta pasando una época difícil: mala relación conyugal, hija en época adolescente q no va muy bien en los estudios, bastante estrés laboral. Se encuentra mas decaída y no descansa bien por las noches
- ✘ Indagamos también sobre la **toma de medicación** actual: omeprazol, paracetamol codeína q compra ella misma en la farmacia.
- ✘ Lo toma desde hace 1 año por una cefalea q se ha intensificado en los últimos meses . Se lo dio una amiga pq a ella le venia muy bien

CASO CLÍNICO

- ✘ **Interrogando sobre la cefalea**, refiere la tiene prácticamente dd los 20 años (su madre tb padecía de ello).La padecía de vez en cuando, pero se auto medicaba con paracetamol y algún ibuprofeno y mejoraba ,por lo q no ha considerado conveniente consultar.
- ✘ La cefalea era de predominio occipital irradiada a toda la cabeza, como un casco, de tipo opresivo, sin nauseas ni vómitos, a veces con sonofobia, le permite hacer sus actividades habituales y no le despierta, le dura dd horas hasta a veces varios días. Cuando esta distraída a veces ni se acuerda de ella. Cree q la tensión psíquica le influye
- ✘ En el ultimo año la cefalea **se ha intensificado**, con episodios mas frecuentes, el paracetamol ya no le mejoraba, el ibuprofeno le produce molestias digestivas por lo q no suele tomar. Probo con metamizol con escaso resultado. Una amiga le aconsejo paracetamol-codeina con lo que si ha obtenido mejoría importante.
- ✘ Los últimos 3meses el **dolor** se ha hecho prácticamente **diario**, salvo q tome 1 o2 dosis de paracetamol-codeina diarias. Si no toma se levanta a la mañana con un fuerte dolor de cabeza similar al habitual
- ✘ Exploración general y neurológica sin alteraciones

CASO CLÍNICO

- ✘ Pediría alguna prueba mas?
- ✘ Diagnóstico de presunción
- ✘ Factores de transformación
- ✘ Que información le daría a la paciente sobre su proceso
- ✘ Actitud
- ✘ Tratamiento

BIBLIOGRAFIA

- ✘ Guia rapida de cefaleas.Consenso entre atencion primaria y neurologia.Grupo de estudio de cefaleas de la SAN, SEMERGEN y SEMFYC
- ✘ Guia de buena practica clinica en migraña y otras cefaleas. OMC y Ministerio de Sanidad y Consumo
- ✘ Cefaleas.Guia de actuacion clinica en A. P. Victor Pedrera, M^a Jose Miralles, Jose Miguel Lainez
- ✘ Guias clinicas de cefalea. Fisterra