

Estrategias para el abordaje de las cefaleas en Salud Pública: acortando brechas en la atención de pacientes

Strategies for addressing headaches in Public Health: Bridging gaps in patient care

Señor Editor,

El 12% de la población mundial padece migraña y en consulta de especialidad las cefaleas y las algias craneofaciales corresponden entre 13 a 14% del total de las atenciones neurológicas. En una serie estadounidense se determinó que 40% de los adultos que sufren de migraña requieren un tratamiento preventivo, sin embargo, sólo 13% de ellos lo recibe. Además, en caso de recibirlo, se tarda 4 años en ser instalado desde el momento de su diagnóstico¹. Estos números alarmantes, nos hacen reflexionar sobre la necesidad de equipar a los sistemas de salud, con estrategias para solventar estas brechas. Pero ¿Por qué se dan estos números? Es multicausal. La mayoría de las cefaleas se atienden en atención primaria en salud (52,8%) y de éstas no todas se derivan al especialista. Los tratamientos analgésicos provistos, pero no supervisados, tienen el riesgo de generar una cefalea por abuso de medicación y esto empeora el cuadro clínico. Además, si se cronifica el dolor aumentan las comorbilidades. El paciente que sufre de cefalea, y en particular de migraña, tiene 7 veces más riesgo de padecer depresión²; ansiedad y dificultades en mantener la atención; además puede presentar puntos gatillo de dolor que lleven a que varios síndromes cefalálgicos coexistan en el mismo paciente, como son cefalea cervicogénica y bruxismo, entre otros. En plataformas de registros electrónicos en salud, donde se han implementado estrategias de priorización de las interconsultas derivadas a los especialistas de atención secundaria y terciaria, las cefaleas si no son derivadas con signos de alarma en la descripción de la interconsulta, pasan a ser Compromisos de Gestión, listas de espera que se correlacionan con los mismos números expuestos en publicaciones internacionales (1.399 días de espera), dado que las patologías GES - Garantías Explícitas en Salud- presentan un marco temporal claro en relación a los accesos a la atención y sus prestaciones. Es así, como mejorar las brechas de

atención en cefaleas, pasa a ser un esfuerzo de voluntades personales, donde la educación a la población y al equipo hospitalario es fundamental, a fin de visibilizar el alto grado de discapacidad que implica padecer una condición que significa ausentismo laboral y también presentismo: la presencia laboral con discapacidad implica 3 a 4 días al año perdido por el bajo rendimiento que implica trabajar con una crisis migrañosa. Por tal motivo, sería importante considerar la implementación de estrategias, en el cuidado de pacientes que sufran de cefalea y otras algias faciales, entre las que se encuentran:

- 1) Salud digital o Telemedicina: que permita ingreso, seguimiento y atención a pacientes desde cualquier lugar, superando brechas geográficas y dando atención especializada y oportuna, así como lineamientos de conducta que puedan permitir mejorar el flujo y acceso a una atención presencial pronta, solicitud de exámenes complementarios de ser necesarios y entregar indicaciones y pautas al paciente, así como identificación de gatillantes de dolor a evitar³.
- 2) Unidad de cefaleas: tiempos y rendimientos definidos por un equipo multidisciplinario de profesionales que entiendan que esta condición tiene tratamiento y buen pronóstico, y que la atención oportuna y guiada empodera al paciente y lo compromete en su propio proceso terapéutico⁴. Para este propósito los recursos necesarios son: neurólogo con dedicación, formación e interés en cefaleas; psiquiatra para atender las comorbilidades anímicas y ofrecer un apoyo neuropsiquiátrico integral; kinesioterapia motora: rehabilitación del movimiento, fortalecer musculatura profunda, abolir los puntos gatillo; nutricionista para asistencia con pautas alimentarias acordes a la necesidad del paciente, evitando el consumo de los identificados como precipitantes de crisis de dolor; psicólogo para identificación y manejo de estresores, con estrategias terapéuticas integrales, asistente social clínico con una mirada de enfoque en el ambiente donde el paciente está inserto, entre otros.
- 3) Hospitalización abreviada: hospitalizar en cama indiferenciada a pacientes con cefalea crónica diaria, con sobreuso de medicación,

automedicación, con múltiples consultas en servicio de urgencias, con estudios imagenológicos seriados, para monitorización clínica, deshabituación del consumo, manejo guiado con pautas definidas, control de reacciones adversas a medicamentos instalados en pautas ascendentes pero simultáneos y hacer retiro gradual o súbito de aquellos que venía consumiendo, cefaleas que en servicio de urgencias se identifican de riesgo, priorizar estudios complementarios (Angiotac de vasos de cerebro, Resonancia magnética de cerebro, Doppler Transcraneano según paciente, clínica y disponibilidad del recurso).

- 4) Policlínicos monográficos: instaurar un día de policlínico a la semana destinado exclusivamente a pacientes con cefaleas, donde se ajustarían rendimientos para ingresos y controles, revisión de calendarios, aplicación de escalas de discapacidad.
- 5) Acercar nuevas terapias y tratamientos aprobados y con evidencia: Inyección de toxina botulínica según protocolo PREEMPT⁵, Gepantes⁶ como Rimegepant disponible y aprobado por el ISP en Chile desde agosto de 2023 como tratamiento de rescate en crisis de migraña o preventivo en migraña episódica frecuente.
- 6) Campañas formativas y educativas: a la población, a médicos APS -Atención Primaria en Salud- que derivan, y a otras especialidades.

Finalmente y no menos importante, debemos institucionalizar soluciones, realizar adecuados flujogramas de derivación y abrir canales de comunicación entre todos los actores en salud, para hacer cada día una medicina individualizada y de precisión, poniendo foco en el paciente, con identificación de gatillantes, cambios de hábitos y estilos de vida, y permitirle así no sólo tratar su condición clínica, sino que reintegrarlo a todas aquellas actividades y eventos en los que no participó a causa del dolor, devolviendo así, de forma

paulatina y progresiva, la esperanza de que puede mejorar y volver a disfrutar de una mejor calidad de vida.

Carolina Leal Werner¹

¹Médico Neuróloga, Hospital Dr. Abraham Godoy Peña de Lautaro. IX Región, Chile.

Esta publicación no cuenta con apoyo financiero de ningún tipo.

Referencias

1. Minen MT, Robbins MS, Loder E, Nahas S, Gautreaux J, Litin S, et al. Addressing the Crisis of Diagnosis and Management of Migraine in Primary Care: A Summary of the American Headache Society FrontLine Primary Care Advisory Board. *Headache*. 2020; 60 (5):1000-4.
2. Barrientos-Urbe N, Láinez MJA. (2022). Cerebro migrañoso: Una visión holística de la migraña. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 60 (4): 381-3.
3. Chen X, Luo Y. Digital Therapeutics in Migraine Management: A Novel Treatment Option in the COVID-19 Era. *J Pain Res*. 2023;12 (16):111-7.
4. Pozo-Rosich P. Unidades de cefalea en el ámbito de la neurología [Headache units in the field of neurology]. *Rev Neurol*. 2015; 61 Suppl 1:S1-2.
5. Blumenfeld A, Silberstein SD, Dodick DW, Aurora SK, Turkel CC, Binder WJ. Method of injection of onabotulinumtoxinA for chronic migraine: a safe, well-tolerated, and effective treatment paradigm based on the PRE-EMPT clinical program. *Headache*. 2010;50(9):1406-18.
6. Rissardo JP, Caprara ALF. Gepants for Acute and Preventive Migraine Treatment: A Narrative Review. *Brain Sci*. 2022; 24 (12):1612.

Correspondencia a:

Carolina Leal Werner

Avenida Los Pablos 2160, Depto. 707. Temuco, Chile.

dralealnl@gmail.com