

## Introducción

La cefalalgia es un síntoma que ha afectado al hombre desde sus inicios. Probablemente el trauma craneoencefálico fue la primera causa de dolor de cabeza. El dolor, es probablemente la primera causa de consulta al médico. Cuando nos enfrentamos a un paciente con dolor, no hay duda que nos invade un inmenso deseo por suprimirlo en la forma mas rápida posible. No hay que olvidar sin embargo, que el dolor por si solo probablemente nos es el problema. Los factores psicológicos que se unen a él, al igual que lo que implican en el ambiente social y laboral de quien lo padece, es decir el sufrimiento que causa, es el principal tormento del paciente. El ser humano probablemente tiene las reacciones más paradójicas frente al sufrimiento, que van desde la ansiedad o depresión leve hasta las reacciones más violentas. De igual manera, el ser humano es probablemente la criatura que más tiempo pasa de su vida, bajo angustia, ansiedad y diferentes tipos de presión física y mental.

Cuando hablamos del dolor de cabeza las cosas cambian un poco. La cabeza es considerada por la inmensa mayoría de las personas, como el área mas misteriosa del cuerpo. Los dolores que allí se expresen son la causa de algún problema de altísima gravedad. No es raro escuchar a personas que sufren de dolor de cabeza el considerar como primera causa un posible tumor, o el aviso de una hemorragia cerebral. Esto hace que el dolor de cabeza se divida en dos grandes grupos, cuando hablamos de las posibles implicaciones psicológicas y emocionales que pueden causar en un persona: la primera es una reacción ante un dolor agudo, que no se había presentado antes, lo cual genera usualmente temor a eventos vasculares. La segunda es la reacción ante un dolor de cabeza crónico, lo cual usualmente causa angustias por la posible presencia de un tumor cerebral. No es mi intención generalizar en este aspecto, ni decir que estos son los únicos dos temores que se pueden presentar, mas si quiero llamar la atención, que debemos estar siempre pendientes de ellos (y de otros) ya que si no hablamos de este tema con los pacientes en el momento de la consulta, muy posiblemente saldrán de nuestro consultorio con estas preguntas sin resolver.

La angustia que genera un dolor de cabeza, y los signos y síntomas que lo pueden acompañar, alteran de forma indudable y significativa la calidad de vida de quienes lo padecen.

El presente capítulo, tiene por objeto promover la reflexión acerca del complejo tema de la calidad de vida de los pacientes con dolor de cabeza, especialmente

de quienes sufren migraña, deduciendo algunas guías para su mejoramiento. El paciente es un ser integral, que por el hecho de no tener dolor no necesariamente es feliz.

## Aspectos epidemiológicos generales

Los números en dolor de cabeza no son fáciles. La gran variedad de definiciones y la dificultad en la aplicación de las clasificaciones con sus criterios diagnósticos en diferentes ámbitos, han hecho que no sea fácil el estudio epidemiológico del dolor de cabeza. Cuando hablamos de dolor de cabeza en general y observamos que tan frecuente es en la población general, podemos ver que hay ligeras diferencias entre sexos. Las mujeres tiene mayor predisposición a los dolores de cabeza en general (con algunas excepciones como el cluster por ejemplo). En un estudio realizado por Ziegler et al, al preguntar a 1809 sujetos si han sufrido un dolor de cabeza severo e inhabilitante en su vida, 50% de las mujeres y 41% de los hombres contestaron que si. Es decir, mas o menos 45% de la población general ha sufrido un dolor de cabeza severo, que perturba en alguna forma su vida cotidiana. En este mismo estudio, y probablemente como uno de los hallazgos más importantes para mí, 4% de las mujeres y 9% de los hombres negó haber tenido dolor de cabeza en su vida. Me refiero a este importante hallazgo, porque tradicionalmente se busca en las personas con dolor de cabeza qué esta mal para que lo padezcan (se busca qué tienen en común o qué tienen alterado por ejemplo los pacientes con migraña; qué los hace tener esta enfermedad) pero son muy pocos los esfuerzos en estudiar a la población que nunca ha tenido dolor para ver qué los hace "inmunes" a este problema.

La migraña es una enfermedad predominantemente de mujeres, 70% de quienes la sufren son de este sexo, mientras que otros tipos de dolor de cabeza como el cluster (cefalalgia en racimos o en rachas) es principalmente de hombres (84% de quienes la sufren son hombres). La migraña es una enfermedad igual de frecuente en niños y niñas hasta los 10 años de edad (Dalsgaard-Nielsen). Después de esta edad se diferencia claramente una mayor predominancia en mujeres. Si la migraña se presentara una sola vez en la vida, con toda seguridad no sería un problema de importancia para nadie. Sin embargo este no es el caso. Por definición la migraña es un fenómeno recurrente( condición indispensable para su diagnóstico). Nueve por ciento de los que sufren migraña pueden tener tres o más crisis a la semana, 28% una a dos crisis por semana y 40% refieren entre una y tres crisis al mes. Estos números demuestran una problema supremamente serio, que afecta en forma muy significativa la vida laboral y familiar de quienes lo padecen. Pero la frecuencia no es el único factor que influye en la calidad de vida quienes sufren migraña. La intensidad y duración de las crisis es otro factor determinante. Cuarenta y dos por ciento de las personas que sufren migraña, tiene crisis que duran hasta 24 horas. Un último número que sin lugar a dudas cierra muy gráficamente la magnitud del problema que se está tratando, es el que entre 95 y 97% de la población general, sufrió, sufre o sufrirá al menos un dolor de cabeza en su vida.

Con los anteriores números, para mi es claro, que el dolor de cabeza es sin

lugar a dudas uno de los síntomas mas importantes en la vida del ser humano. No en vano es la principal causa de consulta a algunos especialistas como los neurólogos, y una de las principales causas para médicos generales. De igual forma resaltan la importancia de prepararnos cada día mas para ayudar a quienes sufren dolor de cabeza, porque es muy pobre el entrenamiento que reciben los médicos en pregrado acerca de este tema, y realmente insuficiente el que reciben algunos especialistas en postgrado, sin que quiera yo desconocer los inmensos esfuerzos que se han hecho durante los últimos años para reforzar en este punto. Todos los neurólogos debemos ser especialistas en dolor de cabeza, es nuestra responsabilidad.

## Diagnóstico

¿Por qué es importante clasificar el dolor de cabeza que sufre un paciente? ¿Qué importancia puede tener el tipo de migraña, si en líneas generales, con pocas excepciones, el tratamiento es el mismo? Muchos médicos hacen una división del dolor de cabeza en dos grandes grupos: dolores idiopáticos (migraña, cluster, tipo tensión) y dolores con causa orgánica definida (tumor, HTA, aneurisma, etc). Si el dolor cae en la primera categoría, las posibilidades de solucionar en forma definitiva el problema son nulas y el paciente terminara recibiendo el mensaje “aprenda a vivir con el dolor, porque no hay nada que hacer”. Entonces el paciente inicia una travesía por tratamientos que incluyen analgésicos, antidepressivos, ansiolíticos, beta bloqueadores, etc. Al mismo tiempo inicia una serie de visitas de médico en médico, intentando ver quién acierta con el tratamiento adecuado. Si el paciente cae en el segundo grupo de diagnóstico, es remitido a un especialista para que se haga cargo del problema, con gran éxito usualmente. Increíble, pero se puede decir que tristemente la mayor cantidad de pacientes son del primer grupo, es decir de los que nunca obtendrán una solución a su problema.

Harold Wolf fue *chairman* de una de las clasificaciones más importantes del dolor de cabeza, y posteriormente la IHS (International Headache Society) promueve una nueva clasificación en 1988. La intención, unificar los términos que se utilizan para que sin importar de donde venga la investigación, todos entiendan y consideren los dolores de cabeza en forma general de igual manera. Esta última clasificación ha tenido muchas críticas, pero la inmensa mayoría orientadas a denotar cómo hay muchos síndromes que no pueden ser clasificados allí. En este grupo, probablemente las más interesadas en obtener un espacio son las cefalalgias crónicas diarias. No es mi intención ampliarme en este tema, pero sí recordar que los pacientes no deben adaptarse a las clasificaciones. El paciente, con dolor de cabeza es único y el médico no debe priorizar el buscar en la clasificación un sitio para cada dolor de cabeza. Las clasificaciones tienen su inmensa utilidad en la investigación clínica. Sin ella seria prácticamente imposible hacer investigación válida y demostrar resultados comparables. Pero es muy diferente esto en la vida practica diaria de urgencias o de consultorio. Allí la importancia es otra. Lo que importa es definir en forma rápida y sistemática la gravedad del dolor, las implicaciones de sufrimiento para el paciente, la solución inmediata del

problema, la prevención futura del mismo y la búsqueda de una solución definitiva. Las clasificaciones tienden a recordarnos a los pacientes por su posición en ellas y olvidamos su nombre, su familia, sus problemas y el ser humano que hay detrás.

## Sistema de salud en Colombia

En nuestro país, el sistema de salud ha lastimado en forma muy significativa la calidad de vida de las personas que sufren dolor de cabeza. Desafortunadamente no tengo datos para demostrar esto con números, pero falta solamente hacer un análisis rápido de las implicaciones que tiene el sistema, para ver que sencillamente la situación no puede haber mejorado.

El sistema de salud ha hecho que los médicos (sin decir que esto sea una justificación para hacerlo) tienen que ver más pacientes en menos tiempo. Pero este no es el único ajuste que se hizo necesario. Los médicos tienen además una lista definida de medicamentos a formular, y una limitación clara en la posibilidad de hacer exámenes diagnósticos o paraclínicos. Es decir, debemos ver los pacientes más rápido; otros nos limitan en nuestras posibilidades de formulación y diagnóstico. Pero lo que se mantiene es la misma absoluta responsabilidad médica, ética y legal sobre nuestros actos. Este panorama no deja más que una profunda ansiedad y frustración en muchos médicos, que de una u otra forma transmiten a los pacientes. Los pacientes con dolor de cabeza necesitan en primer lugar y como condición absolutamente necesaria, tiempo para hablar con el médico. Si un paciente con dolor de cabeza no es escuchado en forma incondicional de tiempo, se arriesgan muchas cosas en la relación médico paciente. Se arriesga la satisfacción del paciente, se arriesga el adecuado diagnóstico y por ende tratamiento y como consecuencia el adecuado uso de los recursos de salud. Si tengo menos tiempo, si no estoy seguro de qué sucede, más escanografías solicitaré para al menos estar seguro de no dejar pasar causas estructurales de un dolor de cabeza. Este último puede ser un raciocinio lógico de muchos médicos.

Nuestros médicos son de admirar, porque a pesar de la inmensa presión que tienen por estos factores, y las exigencias de las instituciones de salud, pacientes, organizaciones independientes, etc, ejercen una medicina de altísima calidad.

## Impacto emocional (psicológico) del dolor de cabeza

Las personas con dolor de cabeza, una vez les pasa éste, no están felices, porque desde este mismo instante se inicia una angustia que se refiere a “cuándo vendrá el siguiente”. El dolor de cabeza destruye familias, amistades, relaciones de pareja, etc. No es raro encontrar en la consulta mujeres que son aisladas de paseos, planes sociales etc, por sus familias, por sufrir de migraña. Y más difícil aun, estas personas son culpadas por los demás de arruinar estas reuniones y de ser un obstáculo para que todos las disfruten como se merecen.

Como respuesta emocional al dolor de cabeza, probablemente la más frecuente es la depresión. No hay duda de que hay suficiente evidencia para relacionar por

ejemplo la migraña a la depresión, incluso adjudicándoles etiologías comunes. Yo considero que cuando encontramos un paciente con dolor de cabeza y depresión, después de las consideraciones de diagnóstico diferencial del caso, debemos poner igual atención a ambos componentes del síntoma, sin descuidar ninguno. Hay que recordar que un paciente con migraña, por ejemplo, puede tener dolor de cabeza y no estar deprimido y sin embargo tener una adecuada respuesta a fármacos conocidos como antidepresivos. De igual forma un paciente puede estar sin dolor y persistir deprimido, lo cual amerita una intervención oportuna, pues nuestro objetivo no debe ser únicamente controlar el dolor sino tratar el sufrimiento.

Adicionalmente al problema de la depresión, se une uno no menos importante: Los pacientes y peor aún, algunas de las personas que los rodean, se empiezan a percibir como “inválidos crónicos”. No puedo hacer esto, no debo hacer aquello, no puedo comer esto, no puedo ir allí, etc. En muchas ocasiones esto hace que su productividad laboral disminuya en forma muy significativa e incluso aumente la frecuencia de consultas al médico o su exigencia por incapacidad laboral. Más adelante describiré como puede afectar económicamente esto a la sociedad. De nuevo, los pacientes siempre tienen el temor de que en su cabeza algo serio sucede, y si el médico no acompaña al paciente en esta situación explicándole y demostrándole la realidad, él irá de médico en médico buscando quién le descubra esa grave enfermedad que lo acompaña.

El comportamiento de muchos pacientes incluye algunas conductas típicas, que si no se detectan evitamos o harán más difícil llegar a una solución. Debemos recordar que estos comportamientos no son más que una reacción, y no una mal intencionada actitud del paciente.

Estos comportamientos incluyen: autoformulación, visita repetida y dependencia del médico, experimentación, racionalización, culpabilidad, entre otros.

Los pacientes con dolor de cabeza crónico se autoformulan con mucha facilidad. Más en nuestro medio donde el control de los medicamentos no es el adecuado. Esta autoformulación facilita también la experimentación. Los pacientes tratan lo que sea como sea para obtener alivio a su sufrimiento. En una ocasión atendí a una persona que había pagado para que se le extrajeran una a una todas las piezas dentales, buscando en una de ellas la causa de su hemicrania paroxística. En otra oportunidad una persona me visitó después de haber tolerado un tratamiento “naturista” con huevos de pato y de iguana para el tratamiento de una migraña. Los pacientes con dolor de cabeza pueden llegar al consultorio riendo, pero generalmente llevan un gran sufrimiento por dentro que debemos detectar.

Hay muchos ciclos que debemos romper en el tratamiento de la migraña y otros dolores de cabeza crónicos. He aquí algunos de ellos:

***Dolor de cabeza-Analgésico-Dolor de cabeza:*** dolor no es sinónimo de dar un analgésico. En muchas ocasiones el dolor de cabeza es generado por el abuso de analgésicos. En otras un dolor de cabeza se transforma en otro (o se adiciona otro tipo de dolor de cabeza) por el inadecuado uso del analgésico. Además no debemos olvidar las complicaciones que pueden traer los analgésicos, como problemas gastrointestinales etc.

***Dolor de cabeza -Analgésico-Tolerancia-Analgésico:*** si un analgésico funciona

en determinado dolor de cabeza, pero la persona desarrolla tolerancia, la solución única no es simplemente aumentar la dosis. Anticipemos que si sucede una vez, nos va a toca subir la dosis de nuevo posteriormente y aumentamos los riesgos y problemas del paciente.

***Dolor de cabeza-Analgésico-Analgésico (medicamento):*** este ciclo es uno de los que mas se ven. Si una persona tiene dolor de cabeza y toma un analgésico que inicialmente le sirve pero por alguna razón deja de hacerlo, el médico o el paciente por autoformulación, simplemente adiciona otra droga sobre el tratamiento que viene tomando. Llamo a esto la terapia aditiva, que no infrecuentemente es la causa de graves problemas. Más de un medicamento para el mismo problema, debe hacer que se vuelva evaluar el diagnóstico y enfoque que se está dando a la situación.

***Dolor de cabeza-Analgésico-Abstinencia-Analgésico:*** muchos tratamientos para el dolor de cabeza se mantienen por mucho tiempo, no por su efectividad sino por el temor a su suspensión. Un adecuado enfoque y soporte, con los recursos con los que contamos hoy día, son suficientes para que no se mantengan terapias innecesarias.

## Calidad de vida en los pacientes con migraña

Este tema me ha apasionado por un tiempo. Después de conocer muchos pacientes con dolor de cabeza, he aprendido que la solución no está en las drogas. Los pacientes con dolor de cabeza necesitan irremediamente de algunos medicamentos, que soportan el tratamiento y ayudan a su bienestar. Pero allí no radica la solución. Es muy interesante ver como se necesita exactamente lo mismo para hacer un adecuado y acertado diagnóstico, por ende dar la mejor terapia, crear la mejor relación médico paciente, y tener éxito en éste arte de tratar pacientes con dolor de cabeza. Solo se necesita para empezar el estar dispuesto a escuchar. Por supuesto que si no hay una preparación académica adecuada mediante la lectura y la investigación, no se podrá hacer el diagnóstico correcto. Nunca diagnosticaremos lo que no conocemos. Pero es que para mí es más importante la persona que el diagnóstico, y espero no ser mal interpretado. Puedo saber mucho pero si no soy humanamente accesible al paciente, no lograré su bienestar integral, no podré entender su sufrimiento, no veré la magnitud de lo que hay detrás de una persona con dolor de cabeza. Me cuesta trabajo entender por qué algunas personas, y tristemente más aquellas que dirigen el destino de las políticas de salud en nuestro país, no entienden ésto. Cada día nos incitan a dedicar menos tiempo a nuestros pacientes, a comprometernos menos, a no permitirnos conocerlos más. Triunfa en ellos el argumento simplemente económico. Bueno, al menos eso creen ellos, porque yo considero que un paciente mal diagnosticado, y por ende mal tratado, será mucho más costoso que uno a quien se le dedicó más tiempo en su visita al médico para llegar a la verdad.

Las enfermedades crónicas son probablemente uno de los grupos que más recursos económicos y de infraestructura consumen en el ejercicio médico. Las

enfermedades reumáticas, las degenerativas etc, conllevan grandes costos al sistema de salud. El dolor de cabeza no es menos. Desafortunadamente en nuestro medio es ampliamente despreciada su importancia e influencia en este ámbito.

Tuve la oportunidad de participar en un estudio para analizar en forma muy general las implicaciones de la migraña en la calidad de vida de quienes la sufren en un grupo de Colombianos. He aquí algunos apartes de nuestro análisis:

Aproximadamente 43% de la población de migrañosos que estudiamos no buscó ayuda médica en el último año. Yo creería que este número tiene una directa influencia en la calidad de la atención médica. Mientras menos bien tratado me sienta o vea que tratan a mi familia o compañeros menos buscaré ayuda. No hay duda sin embargo, que en migraña pueden estar jugando otros factores, como el que “ya me cansé de ir a los médicos para que me receten siempre lo mismo”, o para qué voy si ya sé que tengo, o más triste aún, “ya me dijeron que tengo que vivir con este problema toda mi vida, que más voy a buscar”. Debemos prepararnos para poder ofrecer lo mejor a los pacientes con migraña, porque ellos nos necesitan, no solo para que les curemos, lo cual, sabemos, aun no podemos hacerlo. Los pacientes que no tienen cura son probablemente los que más necesiten ayuda de un médico.

¿Cuál es el número ideal? No se. Tal vez yo creería que a más bajo mejor, es decir mientras más pacientes con migraña asistan a control médico, mejor indicador de un adecuado enfoque del problema. Sin embargo, debemos estar seguros que no es una consulta circulante, es decir de un médico a otro, sino más bien, una visita de control, donde el paciente va a donde su médico quien brinda atención y consejo para la prevención y manejo de su problema. Por otro lado hay quienes argumentan que a mayor número mejor indicador, porque querría decir que los pacientes se saben controlar mejor y están mejor instruidos por su médico para manejar su enfermedad. Yo insistiría en al menos una visita al médico al año.

Otro hallazgo interesante fue que encontramos un promedio de horas laborales perdidas de 7,31 mes (horas laborales remuneradas) y 7,4 horas mes (horas laborales no remuneradas). No vimos una diferencia entre las personas que reciben remuneración directa por su trabajo y las horas perdidas (trabajadores empleados por ejemplo) y las personas que no reciben una remuneración económica directa por su actividad (amas de casa por ejemplo). Las personas que tienen su consulta médica en instituciones del estado por ejemplo, siempre son recibidos por quien tiene en mente como primera preocupación, evitar que el paciente reciba una incapacidad laboral, porque asumen que esa es la principal intención de quien consulta. Debemos hacer el mayor esfuerzo para asegurarnos que el paciente reciba el trato más justo y adecuado y para ello debemos partir de la confianza mutua. De nuevo escuchar al paciente, es la mejor forma de determinar la seriedad de su queja, y lo confiable de sus respuestas. Es mejor siempre asumir que el paciente dice la verdad, que pensar que no es así y que debe convencernos o demostrarnos que no miente.

El costo monetario de la atención de pacientes con migraña se podría dividir en dos grandes aspectos: costos directos, incluyendo los costos de la atención medica, tratamiento farmacológico, etc. Costos indirectos, que están mas relacionados con el costo de la disminución en la productividad laboral de quien padece el problema

o la ausencia laboral y sus implicaciones económicas. Si consideramos el costo global, anotaremos cómo, por ejemplo, el costo del tratamiento farmacológico es un porcentaje muy pequeño del costo total. Es indudable que estamos necesitando urgentemente un estudio epidemiológico en nuestro medio que aborde en forma específica este tema del costo que implica el dolor de cabeza para el sistema de salud de nuestro país.

## Uso y abuso de medicamentos

Los medicamentos que se emplean con frecuencia en el manejo del dolor de cabeza, son causa de abuso por parte de médicos y pacientes. Los médicos influimos en este aspecto cuando no rompemos ciclos como el de “dolor de cabeza - analgésico - analgésico”. Es decir usamos la terapia aditiva sin contemplación. Los pacientes frecuentemente influyen cuando se automedican y emplean combinaciones de diferentes fármacos sin advertir los riesgos potenciales a que se someten.

El abuso de sustancias medicamentosas no es un tema fácil de tratar. No existe unanimidad mundial en la terminología, mas si se nota progresivamente un interés mayor en el tema y se le ha adjudicado paulatinamente la importancia que se merece. La clasificación de Rinaldi et al., referente a la unificación de terminología al respecto, es un gran avance, a pesar de no ser unánimemente aceptada. En esta clasificación se definen términos como adicción, abuso y dependencia de la siguiente manera:

**Adicción:** se trata de un padecimiento crónico, caracterizado por el uso compulsivo de una sustancia, resultando en un daño físico, psicológico o social, y el continuo uso de la misma, a pesar del conocimiento de este peligro. Es importante resaltar cómo se caracteriza por causar daño y que la persona conoce este daño, pero es como si no pudiese evitar el correr el riesgo o simplemente aceptar someterse al mismo; podría pensarse entonces que la clave no está únicamente en hacer que la persona reconozca este potencial daño, ya que frecuentemente es conciente de él.

**Dependencia:** termino genérico para referirse a la dependencia psicológica o física. Es característica para cada medicamento o sustancia e implica un comportamiento inapropiado en el consumo de la sustancia.

Dependencia física: estado fisiológico de adaptación a una sustancia, usualmente se desarrolla tolerancia a la misma y se presenta síndrome de abstinencia al suspender o disminuir súbitamente el consumo. Esta es una causa importante de sufrimiento en muchas personas con dolor de cabeza, incluyendo a las que toman analgésicos combinados con opioides o ansiolíticos en forma indiscriminada.

Dependencia psicológica: es un estado emocional de angustia o deseo inevitable por el consumo de un medicamento, por los efectos que este causa en forma directa o por evitar los efectos de su abstinencia. Frecuentemente se acompaña de dependencia física y hace que los pacientes con dolor de cabeza sean considerados como pacientes con una base psiquiátrica o psicológica esencial. Cuando algunos pacientes llegan a este estado, no es raro que el médico considere que su problema

radica en un trastorno de comportamiento o en un problema psiquiátrico y olvida cómo se inició el problema, que fue consumiendo en forma paulatina y progresiva una sustancia o varias, para tratar o evitar la recurrencia de una cefalalgia. Tristemente no es raro que los pacientes a pesar de desarrollar esta dependencia, persisten con su dolor incluso a veces peor.

**Tolerancia:** es la adaptación fisiológica al efecto de una sustancia. Se identifica cuando el efecto es cada vez menor al mantener constante la dosis, o es necesaria una dosis progresivamente superior para mantener el efecto terapéutico. Debe reconocerse a tiempo y no seguir el juego de incrementar la dosis en forma indefinida, ya que los efectos adversos del medicamento aumentan y tarde o temprano terminarían generando un mayor daño que la causa de base.

**Síndrome de abstinencia:** es un síndrome predecible, que frecuentemente incluye síntomas y signos de alteración del sistema nervioso central, que se presenta al disminuir súbitamente la dosis o suspender el medicamento. Con algunas sustancias puede llegar a ser muy peligroso e incluso poner en riesgo la vida de la persona. Con mucha frecuencia, los pacientes con dolor de cabeza son reacios a la suspensión de una sustancia porque conocen los síntomas y signos derivados de ello. Es muy importante advertir que con algunos medicamentos (isometepteno por ejemplo), la suspensión súbita del medicamento cuando éste se viene tomando en forma regular, llevan al paciente a mucho malestar y entre los síntomas se presenta un fuerte dolor de cabeza, lo que obliga a la persona con frecuencia a reincidir en el consumo. Es muy importante también reconocer, que los pacientes no deben pasar por este síndrome de abstinencia solos sino acompañados de su médico, quien debe hacer todo lo necesario para que sea lo menos molesto y traumático posible.

## ¿Hacia dónde vamos?

Es indiscutible que el dolor de cabeza en nuestro medio, cada día se ha tomado más en serio. En los últimos diez años, ha habido una revolución en el interés en éste campo, a pesar de que no ha llegado este interés a niveles más básicos de la educación médica. Porque considero que el conocimiento profundo y básico del diagnóstico y tratamiento del dolor de cabeza, corresponde a los médicos de familia, a los médicos generales y a los médicos de urgencias. Es a ellos a quienes debemos llegar con información y motivarlos a conocer más de este apasionante problema. Considero que en un sistema de salud adecuado, e ideal, los médicos de familia deben tener la sensibilidad para manejar estos pacientes y resolver 95% de sus problemas, si no el 100%. Algunos tipos especiales y muy poco comunes de dolor de cabeza deben ser remitidos al neurólogo, pero esto debería ser la excepción. Para llegar a este estado, es necesario que quienes dirigen programas de pregrado en medicina, vean la importancia de este tema y lo ubiquen realmente donde debe estar en el pênsum académico. Frecuentemente observamos cómo existen jóvenes médicos muy bien entrenados en las más complejas patologías infecciosas del mediastino, o en los últimos avances en complicaciones por la quimioterapia, pero no saben diferenciar una migraña de un dolor en racimos, ni

conocen los signos de alerta que llaman la atención por una posible causa orgánica estructural de un dolor de cabeza crónico. Considero que el dolor de cabeza debería ser uno de los primeros temas a tratar en la enseñanza de la propedéutica médica, al igual que cada especialidad debería reforzar las patologías medicas que hacen que se manifieste como parte de estas patologías un dolor de cabeza. Eclampsia, sepsis, vasodilatación medicamentosa, anticoncepción, menopausia, menarquia, menstruación, etc, se acompañan frecuentemente de dolor de cabeza y se tratan en la educación gineco-obstétrica. Hipertensión arterial, vasculitis, sepsis, vasodilatadores, abuso de medicamentos, síndromes tromboticos, discrasias sanguíneas, etc, son algunos ejemplos del campo de la medicina interna. Tratamientos por nitritos, patologías carotideas, endocarditis, hipertensión arterial caen en el campo de la cardiología. Migraña, cefalalgia tipo tensión, cluster, hemicránea paroxística, hipertensión endocraneana, son algunos ejemplos de alteración que ve el neurólogo con frecuencia. Y así podríamos seguir enumerando múltiples especialidades con diferentes patologías que se acompañan de dolor de cabeza, como uno de sus síntomas cardinales. El dolor de cabeza de cada una de estas enfermedades en muchas de ellas, puede ser la clave que oriente el diagnóstico de la patología de base o puede ser un buen indicador de la progresión o mejoramiento de la misma. Saber de dolor de cabeza implica saber de medicina y, todos sabemos, lo que hace falta es profundizar en le búsqueda de la correlación del dolor con las patologías en que pensamos, para aprovecharlo más. La cabeza, el cerebro, no sirve de primer mensajero de alerta en muchas patologías. Una cefalalgia moderada progresiva puede ser el único signo de alerta de una hipertensión arterial que podría causar la muerte a una persona.

De este modo, veo el futuro del manejo del dolor de cabeza en Colombia muy promisorio. Cada día hay mas personas interesadas y sensibilizadas a este problema. Cada día se acepta mas que es un problema de todos y que todos debemos reconocerlo como importante. Cada día reconocemos que es un campo de nadie y de todos. No podemos decir que el dolor de cabeza es de exclusivo dominio del neurólogo, sería absurdo y poco realista, así como también debemos reconocer que médicos generales, gineco obstetras, otorrinos, oftalmólogos, internistas, deben tener un adecuado entrenamiento en el enfoque del paciente con dolor de cabeza, ya que ellos sin lugar a dudas, tendrán que tratar estos pacientes y con mucha frecuencia.

Tal vez un hacia dónde vamos más importante es a cambiar la forma en que estamos atendiendo nuestros pacientes. Este sistema de salud no puede seguir siendo enfocado de la forma en que está siendo. El sistema de salud que vivimos, pretende ampliar la cobertura de la población a los diferentes servicios de salud, pero a un precio sumamente caro y peligroso, sacrificando la calidad. Medicina para todos, no importa como. Esta no puede ser la forma ideal, además que es ciega, ya que una medicina de mala calidad, aumenta los costos a largo plazo y lleva a la desconfianza en el sistema e insatisfacción de todos los participantes.

No es posible, que nos sigan diciendo cuánto tiempo podemos dedicar a un paciente, cuando es un principio fundamental el reconocer que debe invertir el tiempo que sea necesario para solucionar el problema de salud de una persona en forma adecuada. Limitándonos el tiempo nos arriesgamos a cometer más errores

y a tomar decisiones incertadas. Pero además nos dicen qué podemos y qué no podemos formular a los pacientes. Como si el uso de un medicamento no fuese parte fundamental y autónoma de la acto médico. Este medicamento sí pero aquel no, porque es muy costoso, porque no lo tenemos, porque simplemente no hay presupuesto. El sistema debe ser claro; atenderemos mas personas, pero si tienen patologías sencillas y de bajo costo en su tratamiento.

Pero bueno, nos preguntaremos qué tiene que ver esto con el dolor de cabeza. Pues mucho. La inadecuada atención de los pacientes con dolor de cabeza en la consulta externa incrementa el costo de la atención en una forma considerable, y no es difícil hacer algunas presunciones. El dolor de cabeza recurrente, mal enfocado y tratado, hace que el paciente consulte en forma repetitiva y constante servicios de consulta externa y urgencias. La inadecuada atención y falta de tiempo y dedicación para un adecuado diagnóstico, lleva a la solicitud inapropiada de muchos exámenes paraclínicos, con frecuencia muy costosos, que terminan siendo archivados como prueba de la falla diagnóstica. Porque es muy diferente hacer una escanografía cerebral en un paciente con dolor de cabeza por sospecha de una hemorragia subaracnoidea, qué hacerla para ver qué tiene el paciente o como dicen algunos, para descartar una lesión intracraneana. Las consultas repetitivas, el ausentismo laboral, las manos caídas, el inadecuado uso de las ayudas diagnosticas, el costo de la medicación, el tratamiento de las complicaciones y efectos adversos por el inadecuado uso de los medicamentos o su abuso, hace que el costo del paciente con dolor de cabeza sea extremadamente caro. Y no nos damos cuenta que todo el problema se inicia por no tener tiempo para escuchar.

Es responsabilidad del sistema, pero también del médico ¿Cuándo diremos no más? ¿Cuándo pondremos algún limite a la forma en que se administra la salud para muchos de nuestros actos médicos? ¿Cuándo nos uniremos? Todo tiene un límite, y este llega más rápido cuando se pasa por encima del derecho a escuchar y ser escuchado que tienen los pacientes.

## Bibliografía

- **Aycardi E, Reynales H, Valencia D.** Migraña: implicaciones laborales, discapacidad y solicitud de servicios de salud en Colombia. *Rev Colomb Neurol* En prensa.
- **Dalsgaard-Nielsen T.** Some aspects of the epidemiology of migraine in Denmark. *Headache* 1970;10:14-23.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8:(7).
- **Kudrow L.** Cluster Headache. In: Blau JN, ed. *Migraine. Clinical therapeutic, conceptual and research aspects.* London: Chapman and Hall, 1987: 113-132.
- **Rinaldi RC, Steindler EM, Wilford BB, Goodwin D.** Clarification and standardization of substance abuse terminology. *JAMA* 1988;259: 557-561.
- **Ziegler DK, Hassanein RS, Couch JR.** Characteristics of life headache histories in a non clinic population. *Neurology* 1977; 27:265-269.