

# CEFALEAS

Guía de Actuación Clínica en A. P.

## AUTORES

### **Víctor Pedrera Carbonell**

Especialista en Medicina de Familia. Director de Atención Primaria del Área 17 de Salud

### **M<sup>a</sup> José Miralles Parres**

Residente de Medicina de Familia. 3<sup>a</sup> año. C.S. Santa Pola (Alicante)

### **José Miguel Lainez Andrés**

Especialista en Neurología. Jefe de la Unidad de Cefaleas del Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Valencia.



## 1. INTRODUCCIÓN.

La cefalea es uno de los síntomas que con más frecuencia padece el ser humano, y como consecuencia de ello uno de los principales motivos de consulta tanto en Atención Primaria como en las consultas de Neurología. A pesar de su elevada prevalencia, el interés que este problema de salud ha despertado entre los profesionales de Atención Primaria y los Neurólogos no se ha correlacionado con la demanda que dicho síntoma provoca, quizá debido al carácter recidivante de esta patología, a su baja o nula morbi-mortalidad (exclusivamente si nos referimos a las cefaleas primarias, que a su vez son con mucha diferencia las más frecuentes), a las pocas expectativas que presentan sobre su evolución la mayoría de pacientes que padecen migraña o cefalea tensional y a la ausencia de marcadores biológicos en el diagnóstico de la misma que en muchos profesionales de medicina de familia provoca sensación de inseguridad y es motivo de derivación al nivel especializado sin un abordaje adecuado desde la Atención Primaria.<sup>1</sup>

En España, uno de los últimos estudios realizados en la población laboral<sup>2</sup> pone de manifiesto que prácticamente el 90% de la población ha presentado al menos un episodio de cefalea de intensidad significativa durante el último año. Esta alta prevalencia, condiciona a su vez una elevada demanda asistencial, que en el ámbito de la Atención primaria puede llegar al 15% de las consultas.

De todos los tipos de cefalea tanto primarias como secundarias a otro proceso, que veremos en el siguiente punto, el 90% de los pacientes que presenten este síntoma, padecen migraña y/o cefalea tensional, y el 5% cefalea crónica diaria por abuso de analgésicos como consecuencia de una migraña y/o una cefalea tensional mal tratada. Por ello, el conocimiento de estos tres procesos abarcará la práctica totalidad de los casos a los que nos enfrentaremos en la consulta de medicina de familia y por tanto a los que mayor atención debemos dedicar. El 5% restante de la casuística engloba al resto de cefaleas primarias y a las cefaleas secundarias a otro proceso.

Las cefaleas secundarias, han sido tradicionalmente una de las grandes preocupaciones y temores por parte de los médicos de Atención Primaria, que a su vez han sido la principal causa de derivación de estos pacientes a otros niveles asistenciales (consultas de neurología y urgencias hospitalarias) y solicitud de pruebas complementarias fundamentalmente de neuroimagen que a la postre han resultado ser de nula utilidad en el abordaje diagnóstico y terapéutico.<sup>3</sup>

Como veremos de forma más detallada en el apartado de valoración inicial y seguimiento, la anamnesis reglada y la exploración física fundamentalmente neurológica, nos aportarán datos suficientes para diagnosticar la mayoría de los casos de cefalea a que nos enfrentemos en la consulta del Médico de Familia sin la necesidad de tener que completar el estudio con otras pruebas complementarias a las cuales podríamos tener dificultad de acceso.

El conocimiento de estas tres entidades anteriormente expuestas (migraña, cefalea tensional y cefalea crónica diaria por mal uso de analgésicos) y su correcto abordaje diagnóstico y terapéutico es de capital importancia para el correcto abordaje de la cefalea en Medicina de Familia, por lo tanto este capítulo se centrará fundamentalmente en ellas.

## 2. -DEFINICION Y CLASIFICACION

Con el término cefalea, se designa a toda sensación dolorosa localizada en la bóveda craneal, desde la región frontal hasta la occipital, aunque en numerosas ocasiones, también se aplica a dolores de localización cervical y facial. Si bien la cefalea en la mayoría de los casos a los que nos enfrentamos en la consulta se trata de una entidad clínica en sí misma, debe ser considerada desde el inicio como un síntoma, con el fin de abordar un correcto enfoque bio-psico-social que nos facilitará el manejo del paciente que presente este problema.

Con todas sus limitaciones, la clasificación propuesta por la IHS en 1.998 sigue siendo la universalmente aceptada hoy en día, y aglutina criterios fisiopatológicos y clínicos. En el Anexo 1 de este capítulo se puede consultar la versión detallada de esta clasificación con las diferentes subdivisiones de los grupos de cefaleas principales aquí expuestos.<sup>4</sup>

### **TABLA 1. Grupos de cefaleas (International Headache Society, 1988)**

1. Migraña
2. Cefalea de tensión o tipo tensión
3. Cefalea en acúmulos y hemicránea paroxística crónica
4. Miscelánea de cefalea no asociada a lesión estructural
5. Cefalea asociada a traumatismo craneal

6. Cefalea asociada a trastornos vasculares
7. Cefalea asociada a trastorno intracraneal de origen no vascular
8. Cefalea asociada a la ingesta de determinadas sustancias o a su supresión
9. Cefalea asociada a infección no cefálica
10. Cefalea asociada a trastornos metabólicos
11. Cefalea asociada a alteraciones del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales
12. Neuralgias craneales, dolor de tronco nervioso y dolor por desaferentación
13. Cefalea no clasificable

No obstante, y atendiendo a los problemas de salud a los que el Médico de Familia debe hacer frente en la consulta clasificaremos las cefaleas de forma más operativa únicamente en dos grupos.<sup>5</sup>

**Cefaleas primarias.** Se caracterizan por ser recidivantes, de curso benigno y muy frecuentes (90-95% de todas las cefaleas)

**Cefaleas secundarias.** Se caracterizan por ser síntomas de una patología subyacente y potencialmente más peligrosas, por lo que requieren investigación adicional a la anamnesis y la exploración física y deben ser por tanto remitidas a nivel especializado.

Dentro de las **cefaleas primarias** destacamos:

Migraña con / sin aura

Cefalea tensional

Cefalea en racimos (cluster)

Hemicránea paroxística crónica

Cefalea crónica diaria por abuso de analgésicos y/o ergóticos

De las **cefaleas secundarias**, mucho menos frecuentes que las anteriores, destaca por su prevalencia las secundarias a:

Traumatismo craneal

Trastornos vasculares

Alteraciones metabólicas

Alteraciones estructurales craneales

Infecciones

Neuralgias

## 3. - CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Los criterios diagnósticos que deben cumplir los diferentes tipos de cefalea actualmente aceptados son los definidos por la IHS en su revisión de 1.988. A continuación describiremos los criterios diagnósticos de los principales tipos de cefalea.<sup>6</sup>

### 3.1.- MIGRAÑA SIN AURA

- Ataques de cefalea cuya duración varia entre 4 y 72 horas.
  - La cefalea ha de tener al menos dos de las siguientes características:
  - Localización unilateral
  - Calidad pulsátil
  - Intensidad moderada o grave (inhibe o impide las actividades diarias)
  - Se agrava al subir escaleras o con actividades físicas de rutinas similares
- Durante el ataque de cefalea ha de haber al menos uno de los siguientes síntomas:
  - Nauseas, vómitos o ambos.
  - Fotofobia y fonofobia.

Para cumplir los criterios diagnósticos, el enfermo debe haber presentado al menos 5 episodios que cumplen estas características. Además, se debe haber descartado por medio de la historia clínica y exploración física y/o pruebas complementarias la existencia de un trastorno orgánico que pueda ser la causa de la cefalea.

De forma asociada a la cefalea pueden aparecer síntomas gastro-intestinales y/o vegetativos. En más de 2 tercios de los casos la cefalea es unilateral aunque en los niños generalmente se presenta de forma bilateral. El inicio de la migraña suele presentarse antes de los 40 años incluso en la infancia. Su curso evolutivo es recurrente, aunque con los años hay una tendencia a disminuir en su frecuencia.<sup>7</sup>

### 3.2.- MIGRAÑA CON AURA

Se manifiesta por ataques de síntomas neurológicos inequívocamente localizados en la corteza cerebral o en el tronco cerebral, que, por lo general se desarrollan gradualmente durante 5-20 minutos, con una duración media inferior a 60 minutos. La cefalea, nauseas y fotofobia se presentan por lo general tras los síntomas neurológicos del aura inmediatamente después de un intervalo libre inferior a 1 hora. La cefalea suele durar entre 4 y 72 horas, pero puede no presentarse en absoluto.<sup>8</sup>

Por lo menos haber presentado dos ataques de cefalea precedida de aura

**El aura ha de cumplir por lo menos tres de las siguientes características:**

Uno a más síntomas completamente reversibles de aura que indique disfunción cortical cerebral focal, de tronco cerebral o ambas.

Por lo menos un síntoma de aura se desarrolla gradualmente durante más de 4 minutos o aparecen dos o más síntomas sucesivamente.

Ningún síntoma de aura supera los 60 minutos. Si se presentan más de un síntoma de aura, la duración aceptada se ha de aumentar proporcionalmente.

La cefalea sigue el aura con un intervalo libre de menos de 60 minutos. (Puede empezar también antes o a la vez que el aura)

***Los síntomas más frecuentes de aura son:***

- Visión borrosa
- Escotomas centelleantes
- Pérdida de visión en parte del campo visual

### **3.3. - CEFALEA TENSIONAL**

Es el tipo de cefalea más frecuente, con un predominio, al igual que ocurre con la migraña en las mujeres, sobre todo en su forma crónica. La IHS distingue dos formas episódica y crónica. Los criterios diagnósticos son los siguientes:

Al menos 10 episodios de cefalea que duren entre 30 minutos y 7 días y que tengan al menos dos de las siguientes características:

- Calidad opresiva, no pulsátil
- Intensidad leve o moderada
- Localización bilateral
- No agravado por esfuerzos físicos
- No náuseas ni vómitos
- No fotofobia ni fonofobia

***Cefalea de tensión episódica:***

- Nº de episodios < 15 día / mes (180 día / año)
- Al menos 10 episodios de cefalea con características de cefalea tensional

***Cefalea de tensión crónica:***

- Nº de episodios  $\geq$  15 día / mes durante 6 meses (180 días / año)

La cefalea tensional episódica se caracteriza por que los pacientes han de presentar al menos 10 episodios que reúnan estas características pero no han de superar 180 días al año ó 15 días al mes con cefalea. La cefalea tensional crónica al contrario ha de presentarse al menos la mitad de días del mes durante mas de 6 meses al año. Muchos casos de migraña y de cefalea tensional con el paso del

tiempo y sobretodo en los casos en los que hay abuso de fármacos evolucionan a esta forma de cefalea crónica de frecuencia diaria o casi diaria.<sup>9</sup>

### **3.4. – CEFALEA EN RACIMOS**

La cefalea en racimos se caracteriza fundamentalmente por ser la única cefalea primaria que predomina en los varones y porque en el 5% de los casos es secundaria a un proceso intracraneal, por lo que este tipo de cefaleas debe ser derivado al nivel especializado. Los criterios diagnósticos de la cefalea en racimos de la IHS (1988) son:

Ataques de dolor intenso, unilateral, supraorbitario o sobre la región temporal, que duran de 15 a 180 minutos (sin tratamiento). El dolor se acompaña de, al menos, uno de los siguientes signos clínicos homo lateral al dolor.

- Hiperemia conjuntival
- Lagrimeo
- Congestión nasal
- Rinorrea
- Sudoración en la frente y la cara
- Miosis
- Ptosis
- Edema palpebral

La frecuencia de los ataques oscila entre 1 a días alternos y 8 diarios.

Al igual que la cefalea tensional puede ser episódica, cuando se presentan al menos dos episodios de cefalea que duran entre 1 semana y un año y que están separados por una remisión que dura al menos 14 días. En el caso que se presenten episodios de duración superiores al año o remisiones inferiores a las 2 semanas estaremos ante la variante crónica.

### **3.5.- CEFALEAS SECUNDARIAS**

Son un grupo heterogéneo de cefaleas que se asocian a una alteración estructural o metabólica identificable. Conocer las características de estas cefaleas nos ayudará a evitar derivaciones o pruebas complementarias innecesarias o, bien al contrario, remitir al paciente sin dilaciones.<sup>10</sup> Las características de alto riesgo que presentan estas cefaleas son:

- Papiledema
- Exploración neurológica anormal
- Síntomas neurológicos atípicos para una migraña; como alteración de pares craneales, ataxia, movimientos anormales, etc.

- Síntomas sistémicos (tos, fiebre,...)
- Cambios en el carácter, personalidad o deterioro cognitivo
- Confusión o somnolencia
- Convulsiones
- Cefalea intensa desencadenada por el ejercicio, tos, actividad sexual o determinadas pos-turas
- Historia de coagulopatías, uso de anticoagulantes o neoplasias
- Cefalea subaguda con carácter progresivo durante días o semanas
- Cefalea grave de inicio súbito
- Inicio de una cefalea de características migrañosas en un paciente de mediana edad
- Cambio importante de las características de un dolor de cabeza de curso crónico
- Reciente comienzo de una migraña atípica que no tenga, al menos, una de las siguientes características de benignidad: aparición con la menstruación, mejoría durante el embarazo, mejoría con el sueño, desencadenantes como alcohol, olores, comidas o cambios del tiempo.

## **4. - VALORACION INICIAL Y SEGUIMIENTO**

### **4.1.- VALORACIÓN INICIAL DEL PACIENTE CON CEFALEA**

A pesar de que existe una creencia más o menos extendida entre los Médicos de Familia, que para diagnosticar correctamente a un paciente con cefalea van a ser necesarias pruebas complementarias sofisticadas, generalmente de difícil acceso a este nivel asistencial, lo cierto es que la realización de una historia clínica y exploración física cuidadosas va a ser suficiente para realizar un diagnóstico definitivo en la mayoría de los casos.<sup>11</sup>

#### **4.1.1.- ANAMNESIS**

“Si tiene usted 10 minutos para diagnosticar a un paciente con cefalea, dedíquele 9 minutos a la anamnesis aunque sólo le quede uno para la exploración”. “La obtención de la historia requiere tiempo, pero tenga usted paciencia, el paciente con cefalea está intentando ofrecerle el diagnóstico”

Estas dos frases suelen encabezar la mayoría de tratados y manuales que tratan sobre el abordaje de la cefalea e intenta hacernos comprender que un interrogatorio correcto y bien dirigido es de capital importancia en el diagnóstico del paciente con cefalea. En la práctica, cuando damos por terminada una anamnesis



y pasamos a la exploración o pruebas complementarias sin una orientación diagnóstica, lo más probable es que tanto la exploración física como los estudios complementarios no nos aporten nada al estudio y el paciente salga de nuestra consulta con un diagnóstico ambiguo y en algunos casos incorrecto.

Para una correcta anamnesis, es imprescindible que el paciente se exprese libremente, de todas formas se recomienda dirigir el interrogatorio mediante la formulación de preguntas abiertas, con el fin de no influir en la interpretación del dolor que pueda experimentar el paciente. Todos los autores sugieren una anamnesis estructurada que responda a una serie de preguntas básicas que se pueden agrupar en estos 5 apartados:

- Perfil temporal
  - Tiempo de evolución
  - Frecuencia y periodicidad
  - Duración
- Descripción del dolor
  - Instauración
  - Localización
  - Calidad
  - Intensidad
- Síntomas asociados
  - Generales
  - Neurológicos
- Factores agravantes y de alivio
- Factores desencadenantes

***Perfil temporal:***

Comenzaremos por explorar el tiempo de evolución. Nos orientará sobre su carácter primario o no. La migraña suele comenzar en la infancia tardía o en la juventud, mientras que la cefalea tensional aparece en el adulto. Se suele admitir que las cefaleas de instauración más tardía, presentan una mayor probabilidad de ser secundarias, y por tanto, requieren estudios más exhaustivos.

Con qué frecuencia se presenta el dolor y en qué momentos aparece. La cefalea tensional suele aparecer de forma predominantemente crónica, mientras que la migraña suele ser episódica o cíclica como es el caso de la migraña menstrual, o con períodos rítmicos fijos como es el caso de la cefalea en racimos, o de carácter progresivo como es el caso de los tumores o la hemorragia subaracnoidea.

Cuanto dura el dolor. En el caso de la cefalea tensional, el dolor dura entre uno y varios días, pudiendo incluso cronificarse. La migraña dura rara vez más de 48

horas. Los episodios intensos y más cortos (minutos-horas) son típicos de la cefalea en racimos. En cefaleas de carácter progresivo que duran varios días o semanas no hemos de plantear procesos expansivos intracraneales.

### ***Descripción del dolor:***

¿Cuándo empieza el dolor? ¿Cuánto tarda en alcanzar su máxima intensidad? La instauración aguda es típica de la hemorragia subaracnoidea, sobretodo si guarda relación con los esfuerzos, o de migraña si es precedida de alteraciones visuales. La cefalea tensional suele tener un curso de instauración más insidioso.

¿Dónde le duele? ¿Dónde empieza el dolor y qué trayecto sigue? ¿Aparece siempre en el mismo sitio? La localización de la cefalea tensional suele ser difusa y casi siempre bilateral, mientras que la migraña suele ser únicamente unilateral. La cefalea en racimos es estrictamente unilateral. Ante cefaleas muy localizadas, hemos de plantearnos causas orgánicas, como sinusitis, glaucoma, procesos dentarios, etc.

La calidad del dolor es aspecto es el más difícil de valorar, ya que su interpretación varía según las características personales de cada paciente. En la cefalea tensional se suele describir como opresivo o punzante. En las cefaleas vasculares migrañosas o no, el dolor se suele describir como pulsátil, mientras que en la cefalea en racimos el dolor suele ser profundo e intenso.

Con la intensidad ocurre otro tanto, en general la cefalea tensional se suele describir como soportable por el paciente, no llegando a interrumpir el sueño. Las crisis de migraña y la cefalea en racimos suelen ser más intensas e incapacitantes. La aparición de una cefalea aguda de gran intensidad sin antecedentes previos, obliga a descartar una hemorragia cerebral o una infección meningea. Lo mismo ocurre con el aumento progresivo de intensidad, que obliga a descartar un tumor cerebral o un hematoma subdural.

### ***Síntomas asociados***

En la cefalea tensional suelen ser escasos. En cambio pueden ser frecuentes alteraciones somáticas relacionadas con ansiedad o depresión (cansancio, insomnio, despertar precoz, etc.). La migraña, puede ir precedida de síntomas de aura, también de náuseas, vómitos, fotofobia, etc. La cefalea en racimos, de rinorrea unilateral o lagrimeo.

### ***Factores agravantes y de alivio***

¿Qué factores alivian o desencadenan el dolor? El ritmo de sueño, alimentos, la menstruación, maniobras de Valsalva, etc.

### ***Factores desencadenantes***

Se conocen múltiples factores que pueden desencadenar cefalea, como alimentos (cacao, quesos, vainilla,...), alcohol, tabaco, falta de sueño, menstruación, estrés, anticonceptivos orales, etc. En la cefalea tensional los desencadenantes suelen ser el estrés y los conflictos emocionales, en la migraña; la menstruación,

cambios climáticos, ciertos alimentos y contraceptivos orales. Cuando se desencadenan por esfuerzo físico de forma brusca, hay que descartar una hemorragia subaracnoidea. La tusión y la que se agrava con maniobras de Valsalva, obligan a descartar hipertensión endocraneal.

#### **4.1.2.- EXPLORACION FÍSICA**

La exploración física tanto sistémica como fundamentalmente neurológica servirá en la gran mayoría de los casos para confirmar el diagnóstico. La exploración general, se ha de centrar en las constantes vitales y en localizaciones de estructuras propias del macizo cráneo-facial. Daremos especial importancia a los pulsos temporales, percusión de los senos paranasales y exploración de la articulación temporo-mandibular.<sup>12</sup>

La exploración neurológica no requiere habilidades especiales, es más bien al igual que la anamnesis una cuestión de hábito. Es muy poco probable que un paciente con una exploración neurológica normal presente una alteración orgánica, al contrario ocurre con las técnicas de neuroimagen, ya que una exploración normal no excluye causa orgánica como puede ocurrir en el caso de trombosis venosa cerebral, hipertensión endocraneal idiopática o meningitis tuberculosa.

En la **exploración neurológica** no debe faltar:

- Estado mental: nivel de conciencia, capacidad de atención, alteraciones del lenguaje, conductuales.
- Signos meníngeos: en cefalea de inicio reciente o asociadas a fiebre o alteración del estado mental.
- Fondo de ojo: siempre entre cualquier consulta por cefalea.
- Campimetría: explorando los cuatro cuadrantes del campo visual.
- Motilidad ocular intrínseca: presencia de ptosis o miosis, midriasis. Respuesta pupilar directa y consensual a la luz.
- Motilidad ocular extrínseca: diplopia, alteraciones de la alineación ocular.
- Paresia facial: asimetrías de los surcos nasogenianos, entre los pliegues de la frente, etc.
- Examen de la lengua y el velo del paladar: asimetrías indicativas de lesión de los pares bulbares.
- Déficit motor y fuerza de las extremidades superiores.
- Reflejo cutáneo plantar: la extensión del dedo gordo es siempre indicativa de lesión de la vía piramidal.
- Reflejos tendinosos profundos.
- Disimetría de extremidades superiores e inferiores: maniobra de dedo-nariz o dedo-dedo y maniobra de talón-rodilla.

- Marcha.
- Maniobra de Romberg: indica lesión vestibular o de los cordones posteriores de la medula. En patología cerebelosa el paciente tiene ya dificultad en mantener el equilibrio con los ojos abiertos.

Cuando se tiene el hábito, la realización de una exploración neurológica básica no suele ocupar más de 5 minutos.

#### **4.1.3.-EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**

En la cefalea la mejor prueba complementaria es una segunda anamnesis. La anamnesis y la exploración física permitirán el diagnóstico correcto de la mayoría de los pacientes que consultan por cefalea, no siendo necesarios estudios o exploraciones complementarias para el diagnóstico de entidades tales como migraña o cefalea de tensión.<sup>13</sup>

Se practicará una analítica sanguínea con velocidad de sedimentación globular y hemograma únicamente ante la sospecha de arteritis de la temporal u otras vasculitis.

Las radiografías simples de columna cervical solo estarán indicadas ante la sospecha de anomalías significativas a este nivel como fracturas, tumores óseos, espondilitis o alteraciones de la charnela occipital. La presencia de artrosis por sí misma no justifica el detener el estudio etiológico. La radiología simple de cráneo solamente nos puede ser útil en la sospecha de mieloma múltiple, como metástasis óseas o enfermedad de Paget.

El EEG no tiene prácticamente ninguna indicación vigente en los casos de cefalea.

#### **INDICACIONES DE TÉCNICAS DE NEUROIMAGEN:**

Aproximadamente 1 de cada 10.000 pacientes con cefalea crónica y exploración neurológica normal presenta un tumor cerebral en el TAC. Si la cefalea cumple criterios de migraña es menos probable encontrar un tumor o una malformación arteriovenosa que si se trata de una cefalea no clasificable. Los pacientes con alteraciones en el TAC generalmente refieren al menos uno de los siguientes signos de alarma:

- Cambios en el patrón de la cefalea o aumento importante en la frecuencia.
- Unilateralidad estricta.
- Síntomas neurológicos focales durante la cefalea en vez de precediéndola.
- Cefalea crónica diaria de inicio reciente.
- Cefalea intensa de inicio agudo-subagudo.
- Cefalea de inicio brusco.

- Aura menor de cinco minutos o más de sesenta minutos.

La sociedad española de neurología ha establecido las indicaciones de TAC y RMN en los casos de cefalea:<sup>4</sup>

#### *Cefalea no migrañosa-Indicaciones de TAC*

- Cefalea intensa de inicio agudo.
- Evolución subaguda con empeoramiento progresivo.
- Síntomas, signos de focalidad neurológica.
- Cefalea asociada a papiledema o rigidez de nuca.
- Cefalea asociada a fiebre, náusea o vómitos no explicables por enfermedad sistémica.
- Mala respuesta al tratamiento.
- Cefaleas no clasificables por historia clínica.
- Pacientes que dudan del diagnóstico y/o del tratamiento ofrecido.

#### *Cefalea no migrañosa-Indicaciones de RMM*

- Hidrocefalia en la TAC.
- Sospecha de lesiones de fosa posterior, silla turca o seno cavernoso.
- Cefalea tusígena.
- Hipertensión endocraneal con TAC normal.
- Cefalea por hipotensión licuoral.
- Sospecha de infarto migrañoso.

#### *Cefalea migrañosa-Indicaciones de Neuroimagen:*

- Primer episodio de migraña con aura.
- Cambios no explicados en la frecuencia e intensidad.
- Crisis de migraña con aura con manifestaciones focales no cambiantes en lateralidad ni en expresividad clínica.
- Migraña con aura prolongada.
- Migraña asociada a síncope.
- Ansiedad o Hipocondriasis del paciente.

## **4.2.- SEGUIMIENTO**

De los pacientes con cefalea más del 90% presentará una cefalea primaria, es decir, sin una enfermedad intracraneal estructural.<sup>5</sup>

### **Pacientes con cefalea y exploración normal:**

La gran mayoría de pacientes que consultan por cefalea quedaran integrados en este grupo, es decir, en aquellos pacientes con cefalea aislada, anamnesis sugestiva y exploración neurológica sin focalidad, papiledema o signos meníngeos, la posibilidad diagnóstica a considerar, casi exclusivamente, será la de cefalea primaria. La edad de aparición ayuda a diferenciar entre unas cefaleas y otras, si el inicio es en la infancia- adolescencia el diagnóstico de presunción será de migraña. Apoyaran en el diagnóstico la localización hemisférica del dolor, su carácter pulsátil, la intensidad moderada-severa, el empeoramiento con el ejercicio, fotofobia, náuseas y/o vómitos.

Si el inicio de la cefalea es más tardío, de localización difusa y de intensidad leve o moderada, se pensara en una cefalea tipo tensional. En ancianos siempre será conveniente descartar una arteritis de la temporal, sobre todo si la cefalea es de novo, en estos casos siempre debe solicitarse una VSG urgente.

Otras cefaleas primarias que se inician en la edad adulta, de localización periorbitaria, de intensidad severa, de 15 a 180 minutos de duración y que pueden ir acompañados de hiperemia conjuntival, lagrimeo, rinorrea, miosis, ptosis deben orientarnos en el caso de varones hacia la cefalea en racimos y en el caso de mujeres hacia la hemicránea paroxística crónica.<sup>14</sup>

### **Pacientes con cefalea y exploración anormal:**

Siempre debe orientarnos hacia cefalea secundaria y por tanto, siempre debe derivarse hacia el nivel especializado. Los pacientes con un proceso intracraneal expansivo, además de la cefalea suelen presentar otros signos focales neurológicos. Los signos de irritación meníngea si van acompañados de fiebre, obligan a considerar la meningitis. Si el paciente no presenta fiebre, el diagnóstico de presunción será la hemorragia subaracnoidea. En cualquier caso es imperativo la derivación urgente al hospital.

El seguimiento de la mayoría de los pacientes diagnosticados de migraña, con independencia de que hayan precisado valoración inicial o en algún momento de su evolución por el neurólogo, corresponde al ámbito de la Atención Primaria. Los objetivos del seguimiento dependerán como es lógico pensar del tipo de cefalea que se trate y las peculiaridades de cada paciente, profesional o centro en el que desarrolle su trabajo. De todas formas los objetivos que pretende alcanzar un correcto seguimiento serán

- Mejorar la calidad de vida del paciente, facilitando el control del dolor
- Reducir la frecuencia de las crisis
- Evitar la evolución a cefalea crónica diaria

Para ello Baos et al<sup>3</sup> proponen una serie de actividades encaminadas a ordenar de forma eficiente las visitas de seguimiento de los pacientes con cefalea.

- Instruir al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento.
- Mantener un diario de cefaleas que permite un registro longitudinal de los diferentes episodios. Son útiles para el seguimiento de la migraña, cefalea de tensión y cefalea en racimos.
- Fomentar la autonomía del paciente evitando la medico-dependencia. En esta actividad intervienen tanto el médico como el profesional de enfermería de los equipos
- Establecer revisiones periódicas.

La periodicidad de las visitas depende directamente de las características de la cefalea, del paciente y de la confianza que se tenga depositada en el medico:

### ***Periodicidad de revisiones. Migraña-cefalea de tensión***

Si es la primera crisis: a demanda

Primer control: al mes

Si la frecuencia es baja (<3 crisis/mes)

– Mal control: cada 2-3 meses

– Buen control: cada 6-12 meses

Si la frecuencia es alta (>3/mes)

– Mal control: cada 2 meses

–Buen control: cada 3-6 meses

Lainez JM et al. 1998

## **5.- TRATAMIENTO**

El abordaje terapéutico de la cefalea debe ir precedido de un diagnóstico adecuado. En el caso de la migraña (M) y la cefalea tensional (CT), que recordemos son el 90% de todas las cefaleas, la anamnesis y exploración física permiten al médico de Atención Primaria establecer un diagnóstico correcto, y por tanto, ha de ser este quién instaure el tratamiento. Tanto en la M como en la CT el enfoque terapéutico lo podremos dividir en 3 apartados.<sup>15</sup>

- Información al paciente
- Tratamiento sintomático
- Tratamiento preventivo

### **5.1.- INFORMACIÓN AL PACIENTE**

Como en todo proceso crónico, el tratamiento debe ir precedido sobre una correcta explicación al paciente sobre las características de su dolencia, sobre su naturaleza, el carácter recurrente de la misma.

Que ningún tratamiento es definitivo tanto en la M como en la CT, lo que no es motivo para que el paciente adopte una actitud de abandono o de automedicación.

Que existen factores desencadenantes en ambos procesos que el paciente ha de reconocer y en las circunstancias que sea posible evitar (alcohol, falta de sueño, ansiedad, etc.). no obstante se recomienda no instaurar dietas, ni implantar listas prohibitivas de difícil cumplimiento.

Que la “estabilidad de los aspectos físicos y psíquicos” es un factor importante en la evolución de la enfermedad. Por tanto se ha de recomendar mantener en lo posible regularidad en las comidas, sueño, etc.

Que existen dos tipos de tratamiento (preventivo y abortivo), que el paciente debe conocer y que a pesar de ello, ha de ser siempre instaurado por el médico.

Que la automedicación es uno de los peligros más graves a los que se enfrentan estos pacientes y que es causa de que la M y la CT evolucionen a cefalea crónica diaria, de carácter más incapacitante y de muy difícil control terapéutico. La buena relación médico de Atención Primaria-Paciente, es el instrumento más valioso de que disponemos para prevenirla.

### **Recomendaciones generales de tratamiento:**

Administración precoz pero no precipitada. El paciente suele reconocer la crisis de M y CT y no debe tomar analgésicos ante cualquier molestia que presente.

Utilizar la dosis óptima, es decir, la dosis eficaz desde el principio. Evitar fraccionar dosis.

Si a las 2 horas de la toma de una dosis óptima no hay respuesta, se debe pasar a otro grupo terapéutico. Un fármaco se considera ineficaz si ha fracasado a dosis correcta en 3 crisis.

Huir de las presentaciones “cóctel” y en general de la combinación de analgésicos, sin inductores de Cefalea Crónica Diaria.

Controlar el consumo de fármacos que presentan riesgo de adicción (codeína, cafeína, ergotamina)

Insistir al paciente que solo debe tomar la medicación que ha demostrado ser efectiva. Evitar el “probar para ver si esta vez va bien”, con esto se retrasa el inicio del tratamiento correcto, se favorece la aparición de efectos adversos y finalmente la cefalea por abuso de analgésicos.

### **5.2.- TRATAMIENTO SINTOMATICO DE LA MIGRAÑA**

En la M, tan solo son susceptibles de tratamiento la cefalea y los síntomas asociados, por tanto no actuaremos sobre el aura y los pródromos. La elección, dosis y vía de administración del fármaco dependerá de las características de la crisis (intensidad y síntomas asociados), de la frecuencia de las mismas y de las contraindicaciones o preferencias que pueda expresar el paciente.<sup>3</sup>



### Fármacos para el tratamiento sintomático de la Migraña

Intensidad de la cefalea	Inicio	Sin respuesta en 2 horas
Leve-moderada	AINE	Agonistas selectivos de receptores de la 5-HT <sub>1b/1d</sub>
Moderada-severa	Agonistas selectivos de receptores de la 5-HT <sub>1b/1d</sub>	AINE preferentemente por vía parenteral

Debe iniciarse tras una correcta y completa información al paciente sobre su dolencia, potenciándose el correcto manejo de los factores desencadenantes, encaminado a reducir el número de crisis, se indicara el tipo de tratamiento sintomático a seguir en cada uno de los episodios, atendiendo a la duración, intensidad, y frecuencia de los mismos, y con un planteamiento individualizado y estratificado. El tratamiento sintomático deberá prescribirse siempre.

A continuación se citan los principales grupos terapéuticos de interés para el tratamiento sintomático de la migraña, acompañados de las principales consideraciones a tener en cuenta antes de prescribirlos:

#### **Analgésicos y AINES:**

Paracetamol: 1000 mg

Aspirina: 1000 mg

Ketorolaco: 30 mg

Naproxeno: 500-1000 mg

Ibuprofeno: 600-1200 mg

Diclofenaco sódico: 50-100 mg

*Hemos de considerar que:*

- Solo son eficaces al principio de la crisis.
- Inducen poca cefalea de rebote.
- Los analgésicos simples y los combinados con cafeína-codeína son los principales involucrados en nuestro medio en la cefalea crónica diaria con abuso de analgésicos, por ello es importante evitarlo salvo que el paciente controle sus crisis con ello y realizando una vigilancia estricta dirigida a evitar el abuso.
- Los AINES presentan importantes efectos adversos gastrointestinales, por lo que están contraindicados en pacientes con antecedentes de úlcus gastrointestinal, hemorragias digestivas altas o enfermedad intestinal diverticular o inflamatoria.
- Tener presente la nefropatía por abuso de analgésicos.

### **Agonistas selectivos de los receptores 5 HT: Triptanes.**

Sumatriptan: 50-100 mg vía oral. 6 mg vía SC. 20 mg intranasal.

Rizatriptan: 10 mg v. o.

Zolmitriptan: 5 mg v. o.

Naratriptan: 2,5 mg v. o.

Almotriptan: 12,5 mg v. o.

*Hemos de considerar que:*

- Administrarlos en el aura no impide el proceso de migraña.
- Eficaces en administración tardía.
- Poca inducción de cefalea de rebote.
- Disminuyen las náuseas y vómitos.
- No emplear junto con ergóticos por que potencian sus efectos secundarios cardio-vasculares.
- Los efectos secundarios recuerdan a enfermedades graves: dolor precordial de origen no isquémico, parestesias distales, y tensión de nuca. Suelen ser transitorios, con una duración inferior a los 15 minutos.
- Contraindicados en cardiopatía isquémica, alto riesgo Cardiovascular, enfermedad de RAYNAUD, y enfermedad vascular periférica.

### **Ergóticos:**

Tartrato de ergotamina: 1-2 mg

Dihidroergotamina: 0,5-1 mg

*Hemos de considerar que:*

- Incrementan las náuseas y los vómitos.
- No tienen indicaciones de novo, de modo que solo puede mantenerse en aquellos enfermos que los hayan tomado durante años con buena respuesta subjetiva.
- Elevado riesgo de tolerancia, dependencia, cefalea crónica diaria y cefalea de rebote.
- Importantes efectos cardiovasculares.
- Riesgo de ergotismo tras sobredosis aguda o consumo crónico, por vasoospasmo generalizado.
- Contraindicados en niños, embarazo, hipertiroidismo, fallo hepático y fallo renal.

*En situaciones especiales y en casos de resistencias a los fármacos, se pueden usar las siguientes medidas:*

- Inhalación de oxígeno con mascarilla al 100% durante 30-45 minutos.

- Metilprednisolona o prednisona 40-80 mg o bien dexametasona 4-20 mg

También son de ayuda ciertas medidas no farmacológicas en el tratamiento agudo de la migraña; dormir, aislamiento sensorial, aplicar frío o presión en la frente o en la sien, o algunas técnicas de relajación. Se considera una buena respuesta al tratamiento sintomático cuando el paciente se encuentra sin dolor ni síntomas asociados a las 2 horas de tomar la medicación, o ambos han disminuido considerablemente. A sí mismo, se juzga dicho tratamiento como inadecuado si no responde al fármaco antes de dos horas, experimenta efectos adversos significativos o hace aparición una cefalea de rebote.

### **5.3.- TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIGRAÑA**

Han de establecerse de modo individualizado cuando la frecuencia sea superior a tres crisis al mes, la intensidad sea grave con limitación muy importante de la vida ordinaria, los tratamientos sintomáticos no sean eficaces o produzcan efectos secundarios, el aura resulte incapacitante o el paciente no tolere psicológicamente los ataques. En las citadas circunstancias procede pautar un tratamiento preventivo cuyo objetivo será la reducción de la frecuencia de las crisis en al menos en un 50%. Para ello disponemos de dos grupos de fármacos.

#### **Betabloqueantes**

Propranolol: 40-160 mg

Atenolol: 50-200 mg

Nadolol: 20-120 mg

Metoprolol: 100-200 mg

Timolol: 10-60 mg

*Hay que considerar:*

Son los fármacos de elección en la profilaxis.

Se utilizan dosis inferiores a las necesarias para el bloqueo Beta.

La ausencia de respuesta a uno de ellos no anula la posible eficacia de otros.

Los efectos adversos más frecuentes son: bradicardia, hipotensión, broncoespasmo, parestesias, aumento de peso, pesadillas, mareo, fatiga, depresión, disminución de la libido y de la capacidad sexual. Nadolol y Atenolol tienen menos efectos adversos sobre el SNC.

Contraindicados en asmáticos, pacientes con bloqueos cardiacos, enfermedad arterial periférica.

#### **Antagonistas de los canales del calcio**

Flunarizina: 5 mg al día al acostarse.

Nicardipino: 60 mg

Verapamilo: 80 mg

*Hay que considerar:*

- Largo tiempo de latencia hasta conseguir los efectos deseados (2 meses)
- Principal representante la flunarizina, con eficacia similar al propranolol.
- Los efectos adversos son: sedación, aumento de peso, depresión, estreñimiento y sintomatología extrapiramidal.
- Contraindicados en el embarazo, existencias de arritmias, depresión y parkinsonismo.

#### **5.4.- TRATAMIENTO SINTOMATICO DE LA CEFALEA TENSIONAL**

Los fármacos de primera elección al igual que en la M serán los analgésicos comunes tipo AINE. Entre ellos destacamos el Naproxeno e Ibuprofeno como los más estudiados. Las dosis empleadas similares a las empleadas en la M. Debe tenerse sumo cuidado en los fármacos que puedan ocasionar dependencia, sobre todo en los pacientes que tienden al abuso de medicación. Deben quedar proscritos los cócteles con cafeína, barbitúricos o Benzodiacepinas, ya que aumentan el riesgo de dependencia, abuso y cronificación de la cefalea.

#### **5.5.- TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA CEFALEA TENSIONAL**

Las pautas preventivas se establecerán con una duración de 3-6 meses (máximo 9 meses), observándose el beneficio terapéutico incluso en los periodos de descanso. El tratamiento podrá repetirse, en caso de ser necesario, en sucesivas ocasiones. Cuando el tratamiento preventivo no consigue su objetivo se dice que la respuesta es insuficiente, debiendo ajustarse la dosis a cambiar a otro fármaco de diferente grupo farmacológico.

#### **Antidepresivos tricíclicos**

Amitriptilina: 50 mg. antes de acostarse. El efecto antimigrañoso es independiente del antidepresivo. Recomendado en pacientes que padecen una cefalea tensional asociada, como cefalea crónica diaria, o sintomatología depresiva. Contraindicada en epilepsia, enfermedad prostática y glaucoma.

#### **5.6.- TRATAMIENTO DE LA CEFALEA CRÓNICA DIARIA**

Es uno de los tratamientos más complicados a los que se enfrenta el Médico de Familia y el Neurólogo. En este tipo de pacientes, se suele asociar a la cefalea, síntomas depresivos y alteraciones del carácter que dificultan enormemente su abordaje. La cooperación del paciente en este tipo de cefalea y capital, para ello hay que explicarles las características de su enfermedad y de la importancia que para su evolución tiene el cumplimiento de las medidas que se le aconsejen.<sup>11</sup>

En primer lugar, se debe intentar esclarecer que tipo de cefalea crónica padece y si hay o no abuso de analgésicos, ya que su supresión es fundamental para su correcto abordaje. Lo que único que se permite es la administración, siempre discontinua, de AINE. En el caso de que el paciente presente consumo reiterado de Benzodiazepinas o barbitúricos, la retirada ha de hacerse de forma escalonada con el fin de evitar un síndrome de privación grave. El tratamiento de la Cefalea Crónica Diaria comprende:

- Información al paciente
- Retirada de analgésicos/ergotamínicos con capacidad de inducir cefalea de rebote
- Utilización de AINE o agonistas 5HT<sub>1b/1d</sub> como único tratamiento sintomático
- Dosis bajas de Amitriptilina como toma única nocturna durante 6 meses
- En los casos de Migraña transformada, añadir también un tratamiento preventivo específico (beta-bloqueantes o antagonistas del calcio)
- Otras medidas no farmacológicas: psicológicas y conductuales.

Una vez se elimina el abuso de analgésicos, aunque muchos pacientes siguen presentando cefalea, esta deja de ser de frecuencia diaria o casi diaria, presentándose mejoría global entre el 80 y 90% de los casos.

## 6. – DERIVACION/INTERCONSULTA

El médico de Atención Primaria debe por un lado, separar a los pacientes con cefaleas de alto riesgo del amplio grupo de pacientes con cefaleas recurrentes y potencialmente benignas, y por otro, debe ofrecer tratamiento a estos últimos, todo esto en el contexto de una consulta en la que generalmente se dispone de poco tiempo para la realización de la historia clínica y la exploración y en algunos casos con dificultad para el acceso a pruebas complementarias. El principal motivo para remitir al paciente a otro nivel asistencial, bien sea a la consulta especializada o al servicio de urgencias del hospital, es para excluir cefaleas secundarias a lesión estructural (Anexo 2) Esto se nos puede plantear cuando las características clínicas de la cefalea no siguen los patrones típicos o cuando son de gran intensidad y o refractarias al tratamiento sintomático o preventivo convencional.

En otras ocasiones pacientes correctamente diagnosticados por el médico de Atención Primaria de cuadros típicos de migraña o cefalea tensional presenta un curso evolutivo de difícil manejo o bien solicitan la asistencia del neurólogo con el fin de confirmar el diagnóstico establecido por el médico de Atención Primaria. Por todo ello el Grupo de Estudio de Cefalea de la SEN en sus recomendaciones de 1999

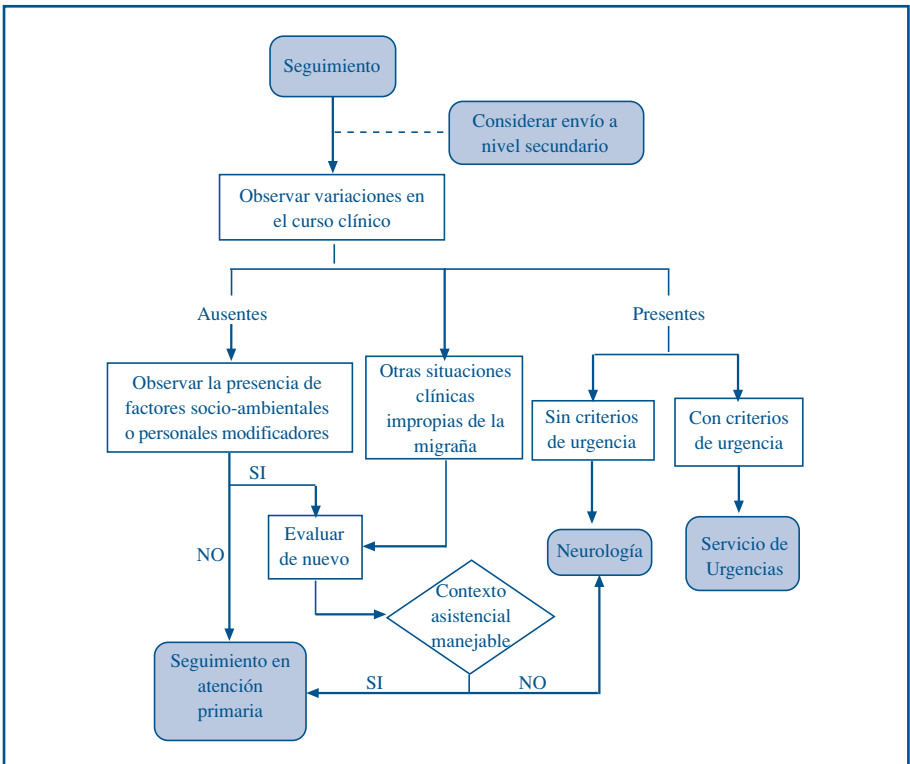
establece los siguientes criterios de derivación tanto a nivel especializado como al servicio de urgencias.<sup>4</sup>

### Criterios de derivación a urgencias hospitalarias

- Cefalea de presentación aguda y etiología no aclarada
- Sospecha clínica de cefalea secundaria de presentación aguda
- Signos de focalidad, irritación meníngea o alteración del nivel de conciencia
- Persistencia de la cefalea tras pauta analgésica adecuada

### Criterios de derivación a la CONSULTA DE NEUROLOGÍA

- Cefalea con síntomas clínicos no característicos de cefaleas crónicas primarias (migraña o cefalea de tensión)
- Presencia de signos anormales en la exploración neurológica o presencia de síntomas deficitarios neurológicos asociados a cefalea.
- Persistencia de cefalea tras la administración de tratamientos sintomáticos y preventivos adecuados.
- Modificaciones no aclaradas de las características clínicas de la cefalea.
- Sospecha clínica de cefalea secundaria.
- Cefalea complicada con abuso de fármacos



Independientemente de la necesidad o no de remitir al paciente al área de urgencias, la mayoría de las cefaleas no precisan ingreso hospitalario para su correcto diagnóstico y tratamiento. No obstante está indicado el ingreso hospitalario en:

- Status migrañoso que pueda precisar tratamiento intravenoso
- Aura prolongada, fundamentalmente en la migraña basilar que suele cursar con pérdida de conciencia
- Cefalea Crónica Diaria por abuso de analgésicos que no haya respondido al tratamiento convencional
- Cefaleas intensas que requieran tratamiento parenteral frecuente
- Patología concomitante que haga difícil el tratamiento ambulatorio

## **7.- CRITERIOS DE BUEN CONTROL**

Podemos considerar buen control si alcanzamos los siguientes objetivos:

- Alivio del dolor tan pronto como sea posible. El tiempo de referencia son dos horas.
- Alivio de los síntomas acompañantes.
- Disminución del número y severidad de las crisis.
- Mejoría de la calidad de vida del paciente.

## **8.- ACTUACION FRENTE A POSIBLES COMPLICACIONES**

### **8.1.-CEFALEA CRONICA DIARIA:**

Define un grupo de cefaleas primarias que suponen un motivo frecuente de consulta. Se incluyen aquellas cuya afectación es superior a 15 días al mes, excluyéndose aquellas que presentan una duración del episodio de menos de 4 horas. Frecuentemente se asocian al consumo de analgésicos o ergóticos (70%) y a sintomatología psiquiátrica de tipo ansioso depresivo.

La migraña transformada es un tipo de cefalea crónica diaria que presentan en su evolución algunos migrañosos que, a lo largo de meses o años, han sufrido el incremento de la frecuencia de sus crisis hasta hacerse diarias o casi diarias. A medida que se ha cronificado, los síntomas acompañantes han ido disminuyendo en intensidad y frecuencia, y la intensidad de la cefalea también, de tal modo que en algunos casos podría cumplir los criterios de cefalea de tensión. Es frecuente

que estos pacientes presenten ataques de migraña similares a los iniciales superpuestos a su cefalea diaria.<sup>11</sup>

El mejor tratamiento preventivo de la cefalea crónica diaria se basa en el manejo adecuado de las cefaleas primarias episódicas (migraña y cefalea tensional. El tratamiento de la cefalea crónica diaria requiere de una adecuada combinación de medidas no farmacológicas y farmacológicas, siendo frecuente la necesidad de actuación de un equipo multidisciplinar.

El objetivo del tratamiento nunca será la curación sino la transformación de la cefalea crónica en episódica, y los fármacos serán los mismos que los de la cefalea primaria de la cual ha evolucionado. Como todo proceso crónico este tipo de cefaleas requiere un seguimiento periódico.

## **8.2.-CEFALEA POR ABUSO DE ANALGESICOS-ERGOTICOS:**

El perfil del paciente con cefalea por abuso de analgésicos es el de una situación mórbida en la que entra en un ciclo de cefalea diaria o casi diaria, en el que de una forma previsible se va automedicando de una forma irresistible para el alivio de su dolor. El porqué se motiva el abuso de analgésicos viene condicionado por:<sup>17</sup>

### ***Factores dependientes del médico***

- Prescripción acrítica; “tómese lo cuando le duela”
- Explicaciones insuficientes

### ***Factores dependientes del paciente***

- Miedo a que se desarrolle la crisis de migraña
- Impedir la caída de actividad
- Dependencia (barbitúricos y ergóticos)
- Evitar el síndrome de privación

### ***Factores dependientes del entorno***

- Influencia de hábitos familiares (familias de migrañosos)
- Publicidad
- Dispensación libre

### ***Criterios diagnósticos de la OMS: Abuso de analgésicos.***

- Analgésicos simples
  - > 1 gr. de AAS o similar al día > 5 días a la semana
- Analgésicos compuestos
  - > 3 tabletas / día > 3 días / semana
- Narcóticos
  - > 1 tableta / día > 2 días / semana



- Ergóticos

- 1 mg oral ó 0.5 mg parenteral > de 2 días /semana

- En España el uso habitual de combinaciones

Existe una amplia variabilidad interindividual respecto a la dosis y frecuencias de consumo precisa para desencadenar esta cefalea de rebote. Todas ellas presentan una clínica muy parecida, se trata de una cefalea diaria de carácter opresivo y de intensidad moderada. Los síntomas que la suelen acompañar pueden ser astenia, náuseas, inquietud, dificultad en la concentración, trastornos en la conducta, depresión y neuroticismo. Es frecuente que los pacientes se quejen de dificultad para iniciar y mantener el sueño. También suele ser frecuente que despierten de madrugada con una fuerte cefalea de rebote. Y lo característico de estos casos es que la cefalea empeore a las pocas horas del consumo de analgésicos.<sup>18</sup>

Para detectar el uso abusivo de analgésicos es primordial preguntar a toda persona con cefalea por el tipo y la cantidad de medicación que utiliza. Debemos definir el tipo de cefalea para evaluar su frecuencia, cronicidad, fenómeno de rebote y fracaso terapéutico. Finalmente también es importante evaluar los síntomas de ansiedad y depresión que puede presentar el paciente de forma concomitante (Anexo 3)

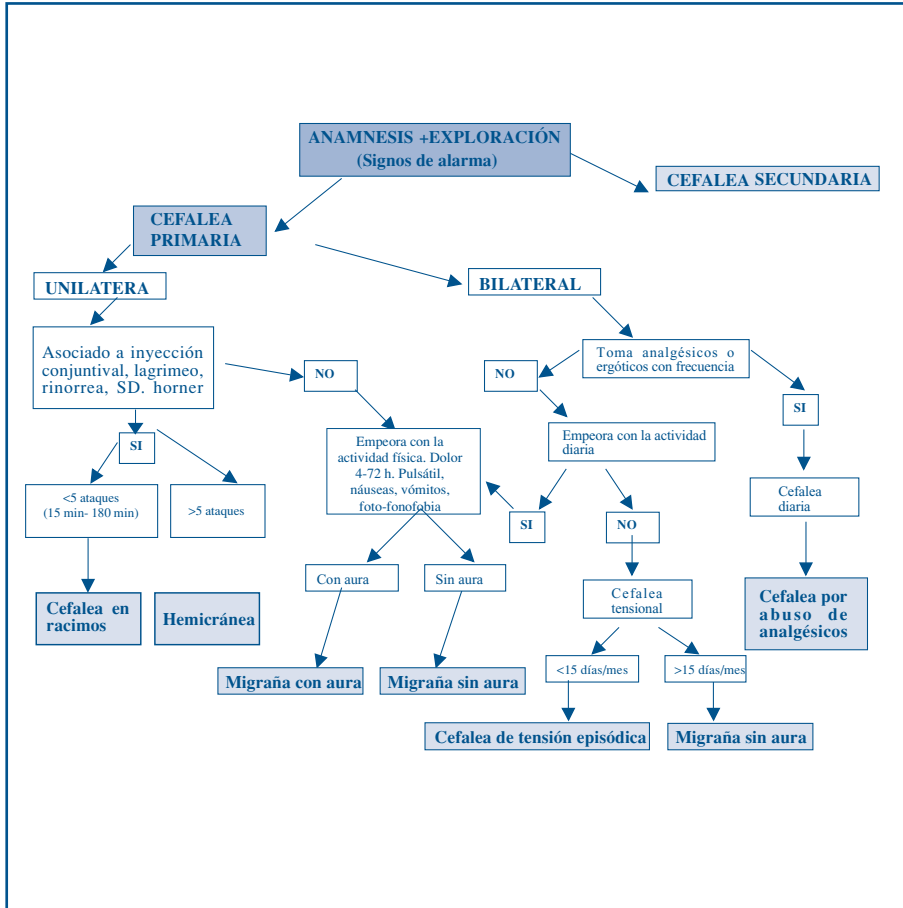
## 9.- BIBLIOGRAFÍA

1. Titus F, Acarín N, Dexeus S. Cefalea 2ª Ed. 1999. Ediciones Harcourt, S.A.
2. Laínez JM. Prevalencia de la migraña en el medio laboral y su repercusión económica. Rev. Esp. Med. Trab. 1995; (Supl 1): 3-9.
3. Prat J, Baos V, Castillo J, Ezpeleta D, García ML, Jauma S et al. MSD. Taller de Migrañas, 1999. (artículo de especial interés)
4. Grupo de estudios de cefalea. Sociedad Española de Neurología. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 1999. (artículo de especial interés)
5. Liaño H, et al. Dolor de Cabeza. 2000 Ediciones Ergon S.A.
6. Pascual J, Combarros O, Leno C, Polo JM, Rebollo M, Berciano J. Distribución por diagnósticos del dolor de cabeza. Med Clin (Barc) 1995; 104: 161-164.
7. Laínez JM, Balcells M, Morales F, Titus F, Leira R, Díez E et al. Diagnóstico diferencial y tratamiento de la jaqueca. Programa de formación Aditus. Ergon, 1998.
8. Silberstein SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2000 Sep 26; 55 (6): pp 754-762.
9. Seymour Diamond MD. Cefaleas: diagnóstico y tratamiento. Clinical Symposia. 1995; Vol. 46: núm 3.

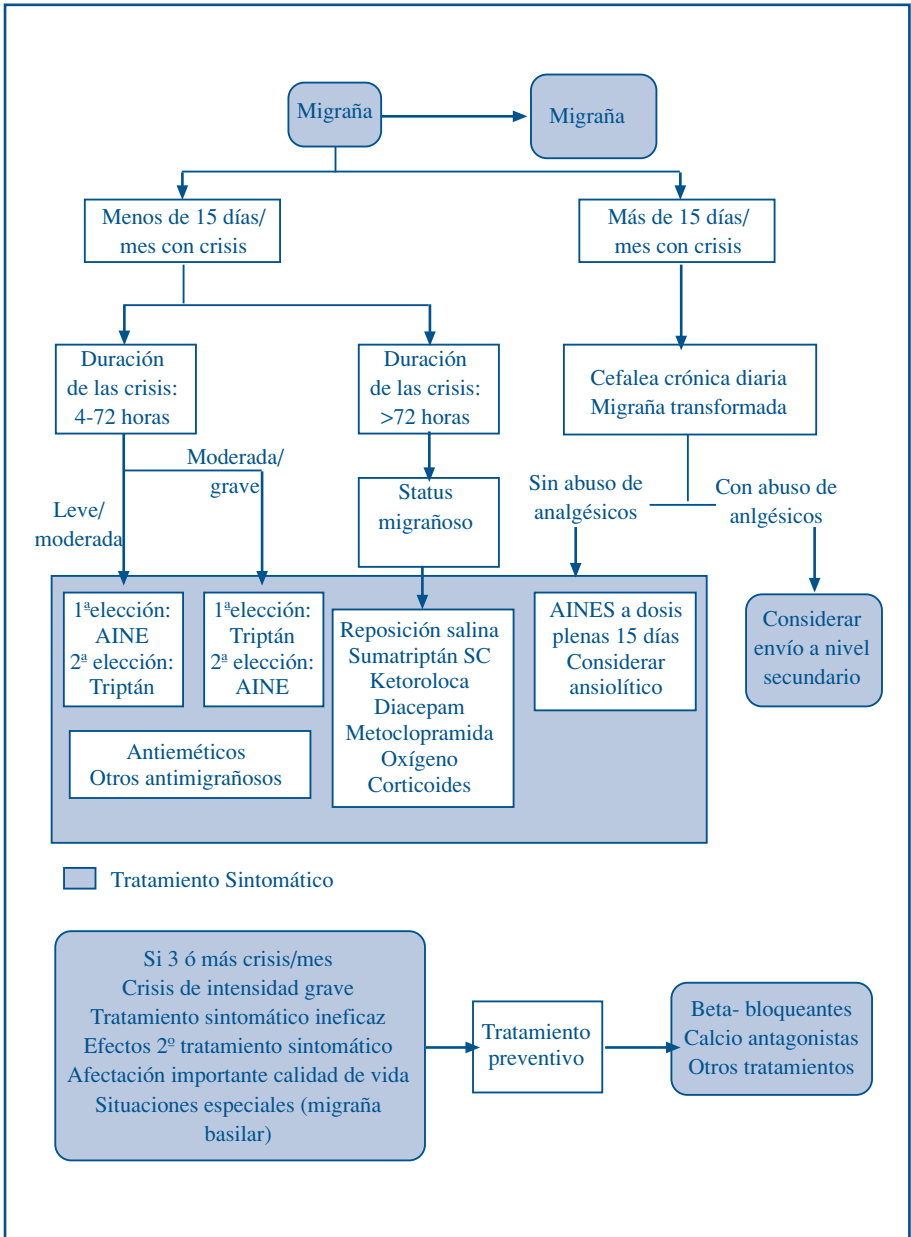
10. Pascual J, Oterino A, Berciano J. Protocolo diagnóstico ante una cefalea en relación con esfuerzo físico. *Medicine* 1998; 7(89): 4171-4172.
11. Calero S, Castillo J, Copetti S, García ML, Martínez JM, Tranche S, Viciano E. Curso: Cefaleas en Atención Primaria. *FMC Vol. 6; 1999; (Sup. 10): 1-86.* (artículo de especial interés)
12. SEMFYC. Cefalea. Guía de Recomendaciones semFYC. Grupo de Trabajo de Cefaleas de la semFYC, 1999.
13. Pascual J, Berciano J. Cefalea: historia clínica y exploraciones complementarias. *Medicine* 1998; 7(89): 4135-4137.
14. Pascual J. Protocolo diagnóstico ante un paciente que consulta por cefalea. *Medicine* 1998; 7(89): 4173-4174. (artículo de especial interés)
15. Anónimo. Managing the patient with migraine. Symposium. *The Practitioner*. June 2001, Vol 245. pp 511-529. (artículo de especial interés)
16. López I, Rodríguez MP, Sánchez de Enciso M. *Fisterra.com. Guías Clínicas. Migraña.* <http://www.fisterra.com/guias2/migraña.htm> (artículo de especial interés)
17. Calero S, Sánchez N, Canovas D. Cefalea por analgésicos. *FMC Vol. 5 Número 4, Abril 1998.* pp 232-237. (artículo de especial interés)
18. Morales Asín F. Tema monográfico: Cefalea por abuso de Analgésicos. *DIME-CO. Laboratorios Glaxo.* pp 1-12. (artículo de especial interés)

# 10.- ALGORITMOS Y CUADROS DE RESUMEN

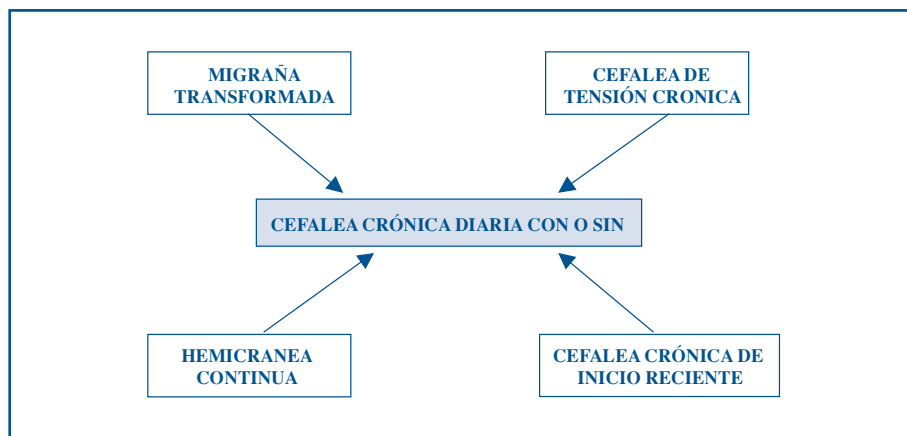
## 10.1.- DIAGNOSTICO<sup>4</sup>



## 10.2.- TRATAMIENTO<sup>16</sup>



### 10.3.- COMPLICACIONES DE LAS CEFALÉAS PRIMARIAS



## 11.- PUNTOS CLAVE

1.- La cefalea es el motivo de consulta neurológico más frecuente tanto para el Médico de Familia como para el Neurólogo. De todas la Cefalea Tensional es la más frecuente.

2.- La importancia de las cefaleas en la consulta radica en su alta Prevalencia, en la afectación de la calidad de vida y en la repercusión socio-económica que representa.

3.- La anamnesis es el pilar fundamental del diagnóstico de las cefaleas. Se debe realizar con preguntas abiertas que permiten la libre expresión.

4.- La exploración física se centrará en la exploración neurológica básica. Cualquier hallazgo nos orientará hacia una cefalea secundaria, y por tanto será motivo de remisión del paciente.

5.- Los objetivos del seguimiento del paciente con cefalea son facilitar el control del dolor, mejorar la calidad de vida, reducir la frecuencia de las crisis y prevenir la cefalea crónica diaria.

6.- No existen pautas fijas en cuanto a las revisiones clínicas. Deberán ajustarse a las características del paciente, tipo de cefalea y metodología de trabajo del profesional.

7.- En la migraña el fármaco ideal es aquel que controla el dolor y los síntomas acompañantes en menos de 2 horas. Se puede controlar la cefalea en al menos el 90% de los casos.

8.- Se deben evitar las combinaciones fijas de analgésicos simples con ergóticos, codeína y cafeína, ya que inducen a cefalea por abuso de analgésicos.

9.- El principal papel del Médico de Familia en las cefaleas por abuso de analgésicos es la prevención para ello, el diagnóstico, tratamiento y seguimiento correcto son fundamentales.

10.- Cualquier cambio de características en una cefalea primaria, es sospechoso de que sea secundaria y por tanto ha de investigarse.

## 12.- ANEXOS

### ANEXO 1.- CLASIFICACION DE LAS CEFALIAS IHS (1988)

#### 1.- Migraña

1.1.- Migraña sin aura

1.2.- Migraña con aura

1.2.1.- Migraña con aura típica

1.2.2.- Migraña con aura prolonga

1.2.3.- Migraña hemipléjica familiar

1.2.4.- Migraña basilar

1.2.5.- Aura migrañosa sin cefalea

1.2.6.- Migraña con aura de inicio agudo

1.3.- Migraña oftalmopléjica

1.4.- Migraña rutinaria

1.5.- Síndromes periódicos en la infancia que pueden ser precursores o estar asociados a migraña

1.5.1.- Vértigo paroxístico benigno de la infancia

1.5.2.- Hemiplejía alternante de la infancia

1.6.- Complicaciones de la migraña

1.6.1.- Estado de mal migrañoso

1.6.2.- Infarto migrañoso

1.7.- Trastorno migrañoso que no cumple los criterios anteriormente mencionados

## **2.- Cefalea de tensión o tipo tensión**

### 2.1.- Cefalea de tensión episódica

2.1.1.- Cefalea de tensión episódica asociada a alteraciones de músculos pericraneales

2.1.2.- Cefalea de tensión episódica no asociada a alteraciones de músculos pericraneales

### 2.2.- Cefalea de tensión crónica

2.2.1.- Cefalea crónica tensional asociada a alteraciones de los músculos pericraneales

2.2.2.- Cefalea crónica tensional no asociada a alteraciones de los músculos pericraneales

### 2.3.- Cefalea de tensión que no cumple los criterios anteriormente mencionados

## **3.- Cefalea en racimos y hemicránea crónica paroxística**

### 3.1.- Cefalea en racimos

3.1.1.- Cefalea en racimos con periodicidad indeterminada

3.1.2.- Cefalea en racimos episódica

3.1.3.- Cefalea en racimos crónica

### 3.2.- Hemicránea crónica paroxística

### 3.3.- Cefalea del tipo en racimos que no cumple los criterios anteriormente mencionados

## **4.- Miscelánea de cefaleas no asociadas a lesión estructural**

### 4.1.- Cefalea punzante idiopática

### 4.2.- Cefalea por compresión externa

### 4.3.- Cefalea por estímulos fríos

4.3.1.- Por aplicación externa de frío

4.3.2.- Por ingestión de sustancia fría

### 4.4.- Cefalea benigna por la tos

### 4.5.- Cefalea benigna por ejercicio físico

### 4.6.- Cefalea asociada a actividad sexual

- 4.6.1.- Tipo sordo
- 4.6.2.- Tipo explosivo
- 4.6.3.- Tipo postural

## **5.- Cefalea asociada a traumatismo craneal**

- 5.1.- Cefalea postraumática aguda
  - 5.1.1.- Por traumatismo craneal significativo, signos confirmatorios o ambos
  - 5.1.2.- Por traumatismo craneal menor y sin signos confirmatorios
- 5.2.- Cefalea postraumática crónica
  - 5.2.1.- Por traumatismo craneal significativo, signos confirmatorios o ambos
  - 5.2.2.- Por traumatismo craneal menor y sin signos confirmatorios

## **6.- Cefalea asociada a trastornos vasculares**

- 6.1.- Enfermedad cerebrovascular isquémica aguda
  - 6.1.1.- Accidente isquémico transitorio
  - 6.1.2.- Accidente tromboembólico
- 6.2.- Hematoma intracraneal
  - 6.2.1.- Hematoma intracerebral
  - 6.2.2.- Hematoma subdural
  - 6.2.3.- Hematoma epidural
- 6.3.- Hemorragia subaracnoidea
- 6.4.- Malformación vascular sin ruptura
  - 6.4.1.- Malformación arteriovenosa
  - 6.4.2.- Aneurisma sacular
- 6.5.- Arteritis
  - 6.5.1.- Arteritis de células gigantes
  - 6.5.2.- Otras arteritis sistémicas
  - 6.5.3.- Arteritis intracraneal primaria
- 6.6.- Dolor arterial carotídeo o vertebral



- 6.6.1.- Disección carotídea o vertebral
- 6.6.2.- Carotidinia (idiopática)
- 6.6.3.- Cefalea postendarterectomía
- 6.7.- Trombosis venosa
- 6.8.- Hipertensión arterial
  - 6.8.1.- Respuesta presora aguda a agentes exógenos
  - 6.8.2.- Feocromocitoma
  - 6.8.3.- Hipertensión maligna rápidamente progresiva
  - 6.8.4.- Preeclampsia y eclampsia
- 6.9.- Cefalea asociada a otros trastornos vasculares

### ***7.- Cefalea asociada a trastorno intracraneal de origen no vascular***

- 7.1.- Aumento de presión del líquido cefalorraquídeo
  - 7.1.1.- Hipertensión intracraneal benigna
  - 7.1.2.- Hidrocefalia de alta presión
- 7.2.- Disminución de la presión del líquido cefalorraquídeo
  - 7.2.1.- Cefalea post punción lumbar
  - 7.2.2.- Cefalea por fístula de líquido cefalorraquídeo
- 7.3.- Infección intracraneal
- 7.4.- Sarcoidosis intracraneal y otras enfermedades inflamatorias no infecciosas
- 7.5.- Cefalea relacionada con inyecciones intratecales
  - 7.5.1.- Efecto directo
  - 7.5.2.- Debida a meningitis química
- 7.6.- Neoplasia intracraneal
- 7.7.- Cefalea asociada a otros trastornos intracraneales

### ***8.- Cefalea asociada a la ingesta de ciertas sustancias o a su supresión***

- 8.1.- Cefalea por el uso o exposición aguda a ciertas sustancias
  - 8.1.1.- Cefalea inducida por nitratos/nitritos
  - 8.1.2.- Cefalea inducida por glutamato monosódico

- 8.1.3.- Cefalea inducida por monóxido de carbono
- 8.1.4.- Cefalea inducida por el alcohol
- 8.1.5.- Cefalea inducida por otras sustancias
- 8.2.- Cefalea inducida por el uso o exposición crónica a ciertas sustancias
  - 8.2.1.- Cefalea inducida por ergotamina
  - 8.2.2.- Cefalea debida al abuso de analgésicos
  - 8.2.3.- Por otras sustancias
- 8.3.- Cefalea debida a la supresión de sustancias (uso agudo)
  - 8.3.1.- Cefalea por supresión del alcohol (“resaca”)
  - 8.3.2.- Otras sustancias
- 8.4.- Cefalea debida a la supresión de sustancias (uso crónico)
  - 8.4.1.- Cefalea por supresión de ergotamina
  - 8.4.2.- Cefalea por supresión de cafeína
  - 8.4.3.- Cefalea por abstinencia de narcóticos
  - 8.4.4.- Otras sustancias
- 8.5.- Cefalea asociada a sustancias de mecanismo incierto
  - 8.5.1.- Anticonceptivos orales o estrógenos
  - 8.5.2.- Otras sustancias

### ***9.- Cefalea asociada a infección no cefálica***

- 9.1.- Infección vírica
  - 9.1.1.- Focal, no cefálica
  - 9.1.2.- Sistémica
- 9.2.- Infección bacteriana
  - 9.2.1.- Focal, no cefálica
  - 9.2.2.- Sistémica (sepsis)
- 9.3.- Cefalea relacionada con otras infecciones

### ***10.- Cefalea asociada a trastornos metabólicos***

- 10.1.- Hipoxia
  - 10.1.1.- Cefalea causada por la altitud

- 10.1.2.- Cefalea hipóxica
- 10.1.3.- Cefalea por apnea de sueño
- 10.2.- Hipercapnia
- 10.3.- Hipoxia e hipercapnia mixtas
- 10.4.- Hipoglucemia
- 10.5.- Diálisis
- 10.6.- Cefalea relacionada con otras anomalías metabólicas

**11.- Cefalea o dolor facial asociados a alteraciones del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales**

- 11.1.- Hueso craneal
- 11.2.- Cuello
  - 11.2.1.- Columna cervical
  - 11.2.2.- Tendinitis retrofaríngea
- 11.3.- Ojos
  - 11.3.1.- Glaucoma agudo
  - 11.3.2.- Errores de refracción
  - 11.3.3.- Heteroforia o heterotropía
- 11.4.- Oídos
- 11.5.- Nariz y senos
  - 11.5.1.- Cefalea aguda causada por sinusopatía
  - 11.5.2.- Otras enfermedades de la nariz o de los senos
- 11.6.- Dientes mandíbulas y estructuras adyacentes
- 11.7.- Enfermedad en la articulación temporo-mandibular

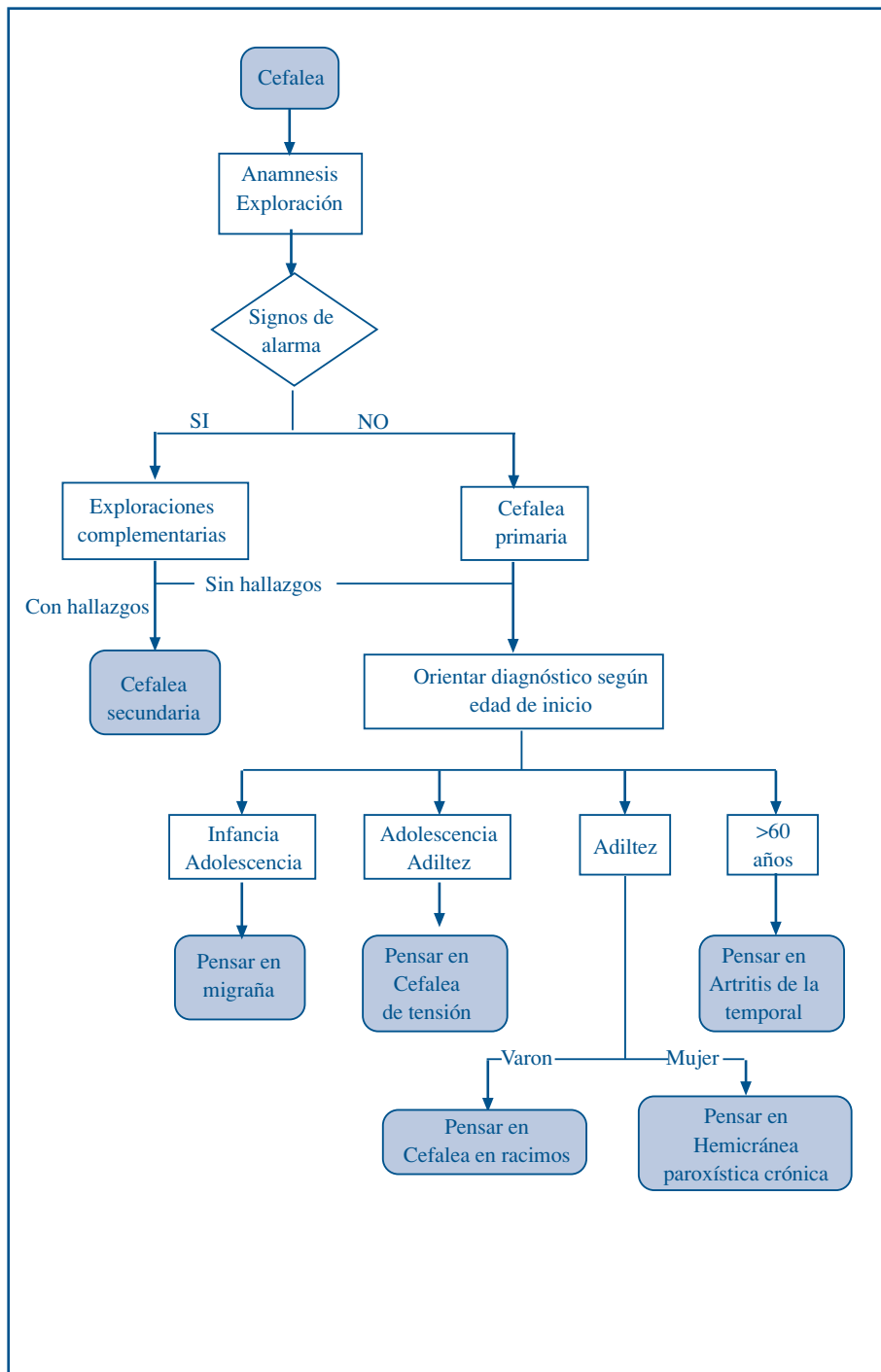
**12.- Neuralgias craneales, dolor del tronco nervioso y dolor por desafe-rentación**

- 12.1.- Dolor persistente (en contraposición al dolor tipo tic) de origen en un nervio craneal
  - 12.1.1.- Compresión o distorsión de pares craneales y raíces cervi-cales 2ª y 3ª
  - 12.1.2.- Afectación desmielinizante de los pares craneales

- 12.1.2.1.- Neuritis óptica (neuritis retrobulbar)
- 12.1.3.- Infarto de los pares craneales
  - 12.1.3.1.- Neuritis diabética
- 12.1.4.- Inflamación de los pares craneales
  - 12.1.4.1.- Herpes zoster
  - 12.1.4.2.- Neuralgia postherpética crónica
- 12.1.5.- Síndrome de Tolosa-Hunt
- 12.1.6.- Síndrome cuello-lengua
- 12.1.7.- Otras causas de dolor persistente de origen nervioso craneal
- 12.2.- Neuralgia del trigémino
  - 12.2.1.- Neuralgia del trigémino idiopática
  - 12.2.2.- Neuralgia del trigémino sintomática
    - 12.2.2.1.- Compresión de la raíz o del ganglio trigémino
    - 12.2.2.2.- Lesiones centrales
- 12.3.- Neuralgia del glossofaríngeo
  - 12.3.1.- Neuralgia del glossofaríngeo idiopática
  - 12.3.2.- Neuralgia del glossofaríngeo sintomática
- 12.4.- Neuralgia del nervio intermedio
- 12.5.- Neuralgia del laríngeo superior
- 12.6.- Neuralgia del occipital
- 12.7.- Causas centrales de cefaleas y dolor facial, exceptuando el tic doloroso
  - 12.7.1.- Anestesia dolorosa
  - 12.7.2.- Dolor talámico
- 12.8.- Dolor facial que no cumple los criterios de los grupos 11 y 12

### **13.- Cefalea no clasificable**

## ANEXO 2.- ACTUACIÓN ANTE UNA CEFALEA QUE SE ACOMPAÑA DE SIGNOS DE ALARMA



### **ANEXO 3.- MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA CEFALEA POR ABUSO DE ANALGÉSICOS.**

- Diagnóstico adecuado de las cefaleas episódicas
- Indicación adecuada del tratamiento profiláctico en las cefaleas episódicas
- Evitar, en lo posible, la utilización de “medicación peligrosa” en el tratamiento analgésico
- Evitar el uso de analgésicos que hayan demostrado su ineficacia para el tratamiento de la cefalea en un individuo
- Educación sanitaria sobre riesgos del exceso de consumo de analgésicos
- Seguimiento adecuado de las cefaleas episódicas
- Fomentar adecuadas medidas de autocuidado en las cefaleas episódicas
- Diagnóstico precoz de las cefaleas crónicas diarias



## CEFALEAS

### DIAGNOSTICO

#### ***MIGRAÑA SIN AURA***

- Ataques de cefalea cuya duración varia entre 4 y 72 horas.
- La cefalea ha de tener al menos dos de las siguientes características:
  - Localización unilateral
  - Calidad pulsátil
  - Intensidad moderada o grave (inhibe o impide las actividades diarias)
  - Se agrava al subir escaleras o con actividades físicas de rutinas similares
- Durante el ataque de cefalea ha de haber al menos uno de los siguientes síntomas:
  - Nauseas, vómitos o ambos.
  - Fotofobia y fonofobia.

#### ***MIGRAÑA CON AURA***

- Por lo menos haber presentado dos ataques de cefalea precedida de aura
- El aura ha de cumplir por lo menos tres de las siguientes características:
  - Uno a más síntomas completamente reversibles de aura que indique disfunción cortical cerebral focal, de tronco cerebral o ambas.
  - Por lo menos un síntoma de aura se desarrolla gradualmente durante más de 4 minutos o aparecen dos o más síntomas sucesivamente.
  - Ningún síntoma de aura supera los 60 minutos. Si se presentan más de un síntoma de aura, la duración aceptada se ha de aumentar proporcionalmente.
  - La cefalea sigue el aura con un intervalo libre de menos de 60 minutos. (Puede empezar también antes o a la vez que el aura)

#### ***CEFALEA TENSIONAL***

Al menos 10 episodios de cefalea que duren entre 30 minutos y 7 días y que tengan al menos dos de las siguientes características:

- Calidad opresiva, no pulsátil
- Intensidad leve o moderada

- Localización bilateral
- No agravado por esfuerzos físicos
- No náuseas ni vómitos
- No fotofobia ni fonofobia

### **CEFALEA EN RACIMOS**

Ataques de dolor intenso, unilateral, supraorbitario o sobre la región temporal, que duran de 15 a 180 minutos (sin tratamiento). El dolor se acompaña de, al menos, uno de los siguientes signos clínicos homolateral al dolor.

- Hiperemia conjuntival
- Lagrimeo
- Congestión nasal y rinorrea
- Sudoración en la frente y la cara
- Miosis, ptosis y edema palpebral

## **TRATAMIENTO**

Fármacos para el tratamiento sintomático de la Migraña

<b>Intensidad de la cefalea</b>	<b>Inicio</b>	<b>Sin respuesta en 2 horas</b>
Leve-moderada	AINE	
Moderada-severa	Agonistas selectivos de receptores de la 5-HT1b/1d	Agonistas selectivos de receptores de la 5-HT1b/1d AINE preferentemente por vía parenteral

Fármacos para el tratamiento profiláctico

MIGRAÑA	Beta-bloqueantes Calcio antagonistas	Nadolol 20-120 mg Flunarizina 5 mg
CEFALEA TENSIONAL	A. Tricíclicos	Amitriptilina 50 mg

## **SEGUIMIENTO**

### ***Periodicidad de revisiones (Cefaleas primarias)***

Si es la primera crisis: a demanda

Primer control: al mes

Si la frecuencia es baja (<3 crisis/mes)

Mal control: cada 2-3 meses

Buen control: cada 6-12 meses



Si la frecuencia es alta (>3/mes)

Mal control: cada 2 meses

Buen control: cada 3-6 meses

## **DERIVACION/INTERCONSULTA**

### ***Criterios de derivación a URGENCIAS HOSPITALARIAS***

- Cefalea de presentación aguda y etiología no aclarada
- Sospecha clínica de cefalea secundaria de presentación aguda
- Signos de focalidad, irritación meníngea o alteración del nivel de conciencia
- Persistencia de la cefalea tras pauta analgésica adecuada

### ***Criterios de derivación a la CONSULTA DE NEUROLOGÍA***

- Cefalea con síntomas clínicos no característicos de cefaleas crónicas primarias
- Presencia de signos anormales en la exploración neurológica o presencia de síntomas deficitarios neurológicos asociados a cefalea.
- Persistencia de cefalea tras la administración de tratamientos sintomáticos y preventivos adecuados.
- Modificaciones no aclaradas de las características clínicas de la cefalea.
- Sospecha clínica de cefalea secundaria.
- Cefalea complicada con abuso de fármacos