

# CEFALEAS, EVALUACIÓN Y MANEJO INICIAL

## HEADACHES, ASSESSMENT AND INITIAL MANAGEMENT

DRA. MARÍA LORETO CID J. (1)

1. Neuróloga, especialista en dolor. Unidad de Dolor Hospital Militar. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Cefalea - SONEPSYN.

Email: loretocid@vtr.net

### RESUMEN

La cefalea es uno de los motivos de consulta más frecuentes y puede corresponder a un espectro de enfermedades tanto benignas como malignas. Por eso es importante tener elementos en la evaluación del paciente que nos orienten en su diagnóstico diferencial, así como tener claro si necesitaremos estudios complementarios que ayuden a descartar causas secundarias. Las cefaleas primarias son la causa más frecuente de dolor craneofacial, por sobre las secundarias, en especial la migraña y la cefalea tipo tensión, las cuales si no son bien manejadas pueden significar un costo en calidad de vida para los pacientes, haciéndose crónicas o llevando al abuso de fármacos.

*Palabras clave:* Cefalea, migraña, cefalea tipo, tensión, cefalea crónica diaria, abuso de analgésicos.

### SUMMARY

Headache is one of the most frequent reasons for consultation and may correspond to a spectrum of both benign and malignant diseases. So it is important to have elements in the evaluation of the patient to guide us in their differential diagnosis, and be clear whether we need further studies to help us in the diagnosis of the secondary headaches. Primary

headache are the most common causes of craniofacial pain, above the secondary, especially migraine and tension headaches, which, if not well managed can mean a cost in quality of life for patients, becoming chronic or leading to drug abuse.

*Key words:* Headache, migraine, tension, type headache, chronic daily headache, analgesic overuse.

### INTRODUCCIÓN

La cefalea es una de las principales causas de consulta neurológica y de medicina general, tanto en servicios de urgencias como atención ambulatoria por lo cual, todo médico debería saber enfrentarla, en cuanto a un manejo inicial adecuado o su derivación oportuna.

Como síntoma, prácticamente todas las personas han sufrido algún episodio de cefalea a lo largo de su vida. En Chile un estudio mostró que la demanda por atención neurológica a nivel primario en adultos se concentraba principalmente en las cefaleas (1). Éstas generan muchas veces un importante deterioro en la calidad de vida, con impacto en gastos médicos, pérdidas de horas laborales o escolares, compromiso de vida social y familiar. Por esto la OMS clasificó a la migraña, una de las cefaleas más frecuentes, dentro de las 20 enfermedades más incapacitantes (2,3).

Sin embargo, la cefalea en general es aún mal manejada en muchos lugares del mundo, con diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados o exceso de uso de analgésicos, que comprometen todavía más la calidad de vida de los pacientes (2). Por estos motivos, constantemente se hacen esfuerzos para mejorar el acceso a tratamiento de los pacientes y a educar y capacitar a los médicos en su manejo adecuado (4).

## CLASIFICACIÓN

La cefalea por ser un síntoma de muchas enfermedades tanto neurológicas como sistémicas, ha sido muy difícil de clasificar u ordenar para una mejor sistematización y manejo. En 1988 la *International Headache Society* (IHS) creó el primer sistema de clasificación de las cefaleas denominado *International Classification of Headache Disorders* (ICHD), el cual ha llegado a ser el estándar para el diagnóstico de cefalea, ya que permite aunar criterios entre los médicos. Además ha sido especialmente útil en protocolos de investigación. Debido a los avances en medicina esta clasificación ha requerido también varias revisiones y actualizaciones. En 2010 se comenzó a trabajar en la última revisión, publicada en 2013 (ICHD 3ª edición versión beta), cuya publicación final está proyectada para 2016 (5).

En términos generales se clasifica a las cefaleas en primarias y secundarias:

**Cefaleas primarias**, dejan de ser un síntoma ya que constituyen por sí mismas una enfermedad y no se deben a patologías estructurales subyacentes. En esta categoría se incluyen la migraña, la cefalea tipo tensión y la cefalea tipo *cluster* o en racimos (5), entre otras.

**Cefaleas secundarias**, como su nombre lo indica, tienen una causa de base, pueden ser de etiología neurológica (en general de pronóstico más ominoso) como tumores o malformaciones vasculares, o de causa sistémica, que involucran desde síndromes miofasciales cervicales y lesiones dentales hasta cuadros infecciosos sistémicos o metabólicos (tabla 1) (5,6).

En base a esto es clara la importancia del enfrentamiento inicial del paciente que consulta por cefalea para una acertada orientación diagnóstica y una oportuna derivación, si corresponde.

## CÓMO ENFRENTAR AL PACIENTE CON CEFALEA

El primer paso al evaluar a un paciente que consulta por cefalea debe ser descartar una cefalea secundaria, ya que habitualmente requerirán un manejo agudo y específico. En el servicio de urgencias las cefaleas primarias representan la gran parte de las consultas (50-60%). El resto corresponde mayormente a cefaleas secundarias de causa sistémica como cuadros febriles sistémicos infecciosos o sinusitis. Un muy bajo porcentaje corresponde a causas neurológicas graves como por ejemplo cefaleas por hemorragia subaracnoidea (7).

En cualquier paciente con cefalea, ya sea en atención ambulatoria o en urgencias, la anamnesis será vital para el buen diagnóstico. La historia debe incluir:

**TABLA 1. CEFALIAS SECUNDARIAS SEGÚN CLASIFICACIÓN DE IHS (ICHD-3beta)**

• Cefalea atribuida a trauma craneal y/o cervical (Ej: cefalea postraumática).
• Cefalea atribuida a alteraciones vasculares craneales o cervicales (Ej: SAH).
• Cefalea atribuida a un trastorno intracraneal no vascular (Ej: tumores).
• Cefalea atribuida a una sustancia o a su supresión (Ej: cefalea por abuso analgésicos).
• Cefalea atribuida a infección (Ej: meningitis bacteriana).
• Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis (Ej: hipotiroidismo).
• Cefalea o dolor facial provocado por trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otra estructura facial o craneal (Ej. sinusitis aguda).
• Cefalea atribuida a un trastorno psiquiátrico (Ej: somatización).

- Tiempo de evolución del dolor (agudo, subagudo o crónico)
- Localización (hemicránea, holocránea, occipital)
- Carácter (pulsátil, opresivo, punzante)
- Frecuencia de las crisis
- Duración de cada episodio
- Intensidad (leve, moderada, severa)
- Síntomas acompañantes (náuseas, vómitos, fiebre, fotofobia)
- Factores que lo agravan o que lo alivian
- Uso (y abuso) de analgésicos
- Además se debe preguntar por el uso de fármacos que pueden provocar cefalea (nifedipino, sildenafil, nitritos) o uso de anticoagulantes.

El examen físico debe ser completo, con signos vitales, e incluir una evaluación craneo facial para que nos permita sospechar por ejemplo, puntos miofasciales occipito-cervicales, dolor a la palpación sinusal o alteración de la articulación temporomandibular. El examen neurológico completo es obviamente indispensable y debe ser hecho por cualquier médico general en forma básica, que permita evaluar el estado mental del paciente, lenguaje, isocoria, paresias, reflejos y signos meníngeos, por ejemplo. Sin embargo, una correcta historia clínica sigue siendo el *gold standard* en todos estos casos, ya que un examen físico normal no excluye una patología secundaria.

## CUÁNDO SOSPECHAR DE CAUSAS SECUNDARIAS

Existen algunas señales de alarma o "banderas rojas" en la historia y examen físico (8) que nos ayudan a orientarnos en el diagnóstico de cefaleas secundarias neurológicas (tabla 2), especialmente en la atención de urgencia donde debemos optimizar el tiempo de nuestra evaluación.

Existen varios estudios que han intentado evaluar el valor predictivo de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3830049>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3830049>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)