

# IX congreso nacional médicas Uis: medicina general en evolución

## "Del diagnóstico al manejo en consulta"

Arlines Alina Piña Tornés\*

\*Doctora en Medicina. Médico Especialista en Neurocirugía. Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria. Máster en Neurociencias y Biología del comportamiento. Catedrática de la Universidad de Especialidades Espíritu Santo. UEES. Médico Neurocirujana. Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil. Guayas. Ecuador.

Correo electrónico: aalina1026@gmail.com

### CEFALEAS: ¿QUÉ HACER Y CUÁNDO REMITIR?

Según la conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) de Alma Ata de 1978, la APS se define como:

“La asistencia basada en métodos de tecnología práctica, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familia de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas y su desarrollo con un espíritu de autoseguridad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, que constituye la función central y el núcleo principal como del desarrollo social y económico global de la comunidad”.

El modelo de actuación de la APS, se realiza bajo un conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento de las enfermedades y rehabilitación de forma eficaz, eficiente y oportuna. De tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad. Se caracteriza por:

1. Estar centrado en las personas, las familias y las comunidades para:
  - Identificar las condiciones de las determinantes de salud, promoviendo acciones intersectoriales para el buen vivir, a través de intervenciones basadas en necesidades de las personas, familias y comunidades.
  - Identificar las condicionantes que puedan tener un impacto negativo en la salud, para poder enfocar el riesgo individual, familiar y comunitario.

2. Ofrecer y dar servicios de calidad, logrando la satisfacción de las personas, familias y comunidades, basadas en una:
  - Atención integral (promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades)
  - Atención Integrada (interrelación e interacción entre todas las partes del sistema de salud)
  - Atención continua (de información, de relación y de gestión)

Una APS eficiente produce:

1. Mejores resultados: reduce la mortalidad infantil, disminuye los años de vida potencialmente perdidos y mejora la expectativa de vida.
2. Mayor resolutivez: reduce hospitalizaciones, consultas en urgencias y referencias a otros niveles de atención.
3. Menores costos: ahorros en consultas de especialistas secundarios, consultas de urgencias, egresos hospitalarios y menor gasto percápita en salud por país.
4. Mayor equidad: gastos públicos en salud dirigidos a las personas con menores ingresos, que no tienen acceso a otros servicios.

Es precisamente en la APS donde se inicia el proceso de diagnóstico de un sin número de enfermedades; son ellos quienes atienden casi todas las primeras consultas de los pacientes, elaboran las primeras hipótesis diagnósticas, realizan las primeras exploraciones clínicas, deciden los primeros exámenes complementarios, instauran los primeros tratamientos sintomáticos, valoran la indicación de tratamientos profilácticos y deciden la derivación, en caso de necesidad, a otros servicios especializados; y tienen, además, la importante responsabilidad de informar y orientar a los pacientes y familiares. Es el

médico de quien el paciente espera una respuesta, y su capacidad y pensamiento lógico quienes determinan que esa respuesta sea convincente y certera.

De todos los dolores que padecen los seres humanos, la cefalea o cefalalgia es sin dudas la más frecuente. Desde que existe la humanidad, la cefalea ha planteado muchos problemas y sigue produciendo una mala calidad de vida a quien la padece y unos costos sociales y económicos muy elevados. A pesar de las variaciones regionales, las cefaleas son un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, razas, niveles de ingresos y zonas geográficas. Las características de la cefalea hacen que influya mucho en las vidas de las personas y en numerosas ocasiones causa problemas en las relaciones sociales, laborales, familiares y amorosas, e incluso en muchos casos llega a ser incapacitante.

La cefalea, cefalalgia o dolor de cabeza constituye la causa más frecuente de consulta médica en cualquier latitud; es uno de los síntomas que más consultas demanda de los médicos de APS; constituyendo cerca del 25% de las consultas neurológicas atendidas por el médico de familia. La interpretación que tienen los pacientes de su padecimiento es tan variada como causas de cefalea existen, con múltiples y variadas etiologías, desde orgánicas graves hasta funcionales, desde un simple trastorno de refracción hasta la común sospecha del temido tumor cerebral. Para el médico, el dolor de cabeza debe constituir un síntoma que acompaña varios síndromes neurológicos y no neurológicos, o un síndrome por sí solo, con una serie de características y manifestaciones asociadas, que puede estar determinado por muchas causas.

Por otro lado, el médico de familia se considera muy presionado por el sistema asistencial, dispone de poco tiempo para la atención a sus pacientes y entiende, en muchos casos, que su formación en determinadas patologías no es suficiente ni está actualizada. Solicitan más tiempo para poder evaluar al paciente, una interrelación más consistente con el especialista, formación y puesta al día y el acceso a pruebas complementarias de neuroimagen.

En consecuencia, la cefalea se diluye entre un amplio abanico de enfermedades como una patología más, favoreciendo su infravaloración y que no se considere un problema prioritario en este nivel asistencial. Estos condicionantes pueden originar

que la cefalea se considere un problema banal, cuya asistencia no necesita tanta atención como el resto de las numerosas y graves patologías que se atienden a diario en atención primaria.

Esta situación, unida al gran número de pacientes víctimas de esta entidad, su repercusión social y económica (elevados costos); es motivo más que suficiente para que los médicos de la atención primaria y neurólogos, aún en esfuerzos en aras de valorar y dar respuesta a la demanda asistencial de estos pacientes.

### CONCEPTO

El término cefalea (del latín *cephalaea*, y éste del griego *κεφαλαία*, *de κεφαλή*, cabeza) hace referencia a los dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza, en los diferentes tejidos de la cavidad craneana, en las estructuras que lo unen a la base del cráneo, los músculos y vasos sanguíneos que rodean el cuero cabelludo, cara y cuello. En su gran mayoría son usualmente benignas, de buen pronóstico y no representan ningún peligro para la vida del paciente, pero también pueden constituir el síntoma precoz de una enfermedad seria como un tumor cerebral, una hemorragia intracraneal o una infección del sistema nervioso central.

### FISIOPATOLOGÍA

El mecanismo fisiopatológico del dolor en esta zona del cuerpo humano se expresa a través de la estimulación de gran número de receptores nociceptivos periféricos extracerebrales distribuidos en estructuras de la región y órganos de los sentidos como los ojos, oídos y nariz muy sensibles. Dentro de estas, las más sensibles al dolor son:

1. Piel, tejido celular subcutáneo, músculos, arterias extracraneales y periostio craneal.
2. Ojos, oídos, cavidades nasales y senos perinasales.
3. Grandes senos venosos intracraneales, fundamentalmente el seno cavernoso.
4. Parte de la duramadre en la base del cerebro y arterias dentro de la dura y la piaracnoides, particularmente los segmentos proximales de la arteria cerebral media y la porción intracraneal de la arteria carótida interna.
5. La arteria meníngea media y las arterias temporales superficiales.

ENERO-ABRIL

6. Los nervios ópticos, motores oculares, trigémino, glossofaríngeo, vago y las tres primeras raíces cervicales.

Igualmente no podemos descuidar que el dolor puede ser secundario a:

1. Dilatación, distensión o tracción de las arterias craneales, sensibles al dolor.
2. Tracción o desplazamiento de las estructuras venosas intracraneales o de las cubiertas durales.
3. Compresión, tracción o inflamación de los pares craneales o de las raíces espinales.
4. Espasmo o inflamación de los músculos craneales o cervicales.
5. Irritación meníngea.
6. Incremento de la presión intracraneal.
7. Perturbaciones de las proyecciones serotoninérgicas intracraneales (la serotonina es el neurotransmisor más ampliamente implicado en la fisiopatología de todas las cefaleas primarias).

### CLASIFICACIÓN

Dentro del amplio rango de clasificaciones que se plantean en la cefalea, una de las más usadas debido a que unifica criterios y facilita la labor del médico, ha sido la elaborada por la *International Headache Society* (IHS) en 1988, mejorada en el 2004; con su tercera edición en el año 2013. De forma general se distinguen dos tipos: cefalea primaria y secundaria. Las cefaleas primarias son las más frecuentes, representan el 90% de las atendidas en la APS; las cefaleas secundarias son aquellas en las que se puede identificar una alteración anatómica o enfermedad.

#### **CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD:**

*The International Classification of Headache Disorders*, tercera edición (beta versión): ICHD-3-2013.

1. Migraña.
2. Cefalea tensional.
3. Cefaleas trigémino-autonómicas.
4. Otras cefaleas primarias.
5. Cefalea atribuida a traumatismo craneal o cervical.
6. Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal o cervical.
7. Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular.

8. Cefalea por administración o supresión de una sustancia.
9. Cefalea atribuida a infección.
10. Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis.
11. Cefalea o dolor facial atribuido a trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca o de otras estructuras faciales o cervicales.
12. Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico.
13. Neuropatías craneales dolorosas y otros dolores faciales.
14. Otras cefaleas.

### **DIAGNÓSTICO DE LAS CEFALIAS**

En la actualidad el desarrollo tecnológico alcanzado por los medios diagnósticos, sobre todo de imagen, ha traído un beneficio enorme en la identificación de muchas de las causas más importantes de cefalalgia; pero la realidad es que la clave para diferenciar un síntoma banal de una situación que puede constituir una enfermedad grave en cualquier tipo de entidad nosológica es puramente clínica, es decir, basadas en la historia clínica, exploración física y neurológica; por lo que en las cefaleas la clínica cobra un importancia sin precedentes y ayuda a diagnosticar la mayor parte de las causas (cerca de un 90%).

Describimos algunas recomendaciones para el médico que se enfrenta a un paciente con cefalea:

1. Realice un interrogatorio exhaustivo sobre las características del dolor (cualidad, cronología y localización), antecedentes personales (hábitos de sueño y alimentación, traumatismo craneoencefálico previo, enfermedades sistémicas, consumo de tóxicos y fármacos, y síntomas de ansiedad o depresión), los factores agravantes o desencadenantes (ambientales como productos químicos, ruido intenso, temperaturas extremas; psicosociales como carga mental, estrés y hormonales) y manifestaciones acompañantes; que le permitan recolectar datos necesarios para el diagnóstico causal y otros de importancia terapéutica.
2. Realice exámenes físicos neurológicos y clínicos detallados, incluyendo fondo de ojo.
3. Utilice los medios complementarios únicamente cuando los dos aspectos anteriores han llevado a la sospecha de una lesión estructural intracraneal. De hecho, los estudios complementarios que se realizan en estos pacientes están motivados, generalmente, por inseguridad, ignorancia, complacencia o como medicina defensiva.

4. Preste especial atención a algunos elementos que consideramos de alarma, en un paciente con cefalea:

- Cefalea intensa de reciente comienzo, insólita, sobre todo después de los 30 años; o cefalea en edades extremas.
- Cefalea de carácter progresivo tanto en intensidad como en frecuencia, o empeoramiento reciente de cefalea crónica.
- Cefalea muy focalizada en un área de la cabeza o siempre del mismo lado, excepto: cefalea en racimos, hemicránea paroxística, neuralgia trigeminal, hemicránea continua.
- Cefalea nocturna que despierta al paciente en la madrugada (salvo cefalea en racimos) o precipitada por esfuerzo, tos, acto sexual o cambio postural.
- Presencia de signos neurológicos focales o con manifestaciones acompañantes: alteración psíquica, crisis epilépticas, papiledema, fiebre, signos meníngeos, náuseas y vómitos que no se puedan explicar por enfermedad sistémica (excepto migraña).
- Características atípicas o sin respuesta al tratamiento correcto.
- Cefalea en pacientes oncológicos o inmunodeprimidos.

A pesar de que cada cuadro clínico tiene características peculiares que logran orientar hacia un tipo de cefalea en particular, existe una gran variabilidad interindividual, por lo que se insiste en que cada enfermo debe verse individualmente y en el medio en que se desarrolla. Recuerde que no existen enfermedades, sino enfermos.

### CONDUCTA A SEGUIR ANTE UNA CEFALEA

La etiología y las manifestaciones clínicas de esta entidad nosológica son muy variadas y es capital la detección de los criterios de alarma en cuanto a instauración, su progresión y los síntomas asociados para un correcto manejo de las mismas. La conducta que debe tomar el médico en la APS debe estar adaptada al tiempo y los medios de que dispone. En caso de dudas diagnósticas o sospecha de una cefalea secundaria tendrá que derivar al paciente a un servicio de urgencias si la gravedad del caso lo amerita (síntomas o signos de alarma), o a los

servicios de neurología correspondientes para que sea estudiado o tratado.

Los tres aspectos básicos en el manejo de las cefaleas en atención primaria son:

1. Determinar si se trata de un problema urgente.
2. Aproximarse al diagnóstico de cefalea primaria o secundaria.
3. Instaurar el tratamiento adecuado.

Para cumplir estos tres pasos es necesario saber cuáles son aquellos complementarios o análisis que nos serán útiles y orientarán, así como las recomendaciones a seguir.

1. Exámenes de rutina (analítica sanguínea), útil para descartar cefaleas secundarias, monitorización de niveles, alteraciones y efectos adversos de los fármacos usados.
2. De acuerdo a la etiología (proceso orgánico o enfermedad funcional) sospechada, indicaremos otros complementarios para corroborarla. (Ejemplo: Trauma craneoencefálico, Rx de cráneo; sinusitis, Radiografía de senos perinasales)
3. Electroencefalograma no debe efectuarse en pacientes con cefaleas, puesto que no proporciona información sobre etiología, ni facilita el diagnóstico, a menos que se trate de una cefalea con crisis epilépticas.
4. No solicite un estudio de neuroimagen en los pacientes con diagnóstico de cefalea tensional, migraña, cefalea en racimos y cefalea por abuso de medicamentos, solo por complacencia o reaseguro.

Al discutir el diagnóstico de cefalea con el paciente, contemple lo siguiente:

1. Una explicación del diagnóstico efectuado y el reaseguro de que se han excluidos otros orígenes.
2. Las opciones de tratamiento y el riesgo de eventos adversos.
3. El reconocimiento de que la cefalea es un trastorno médico que puede tener un serio impacto en la persona, familia o cuidadores.
4. Explique el riesgo de cefalea por abuso de medicación a personas que están utilizando tratamientos agudos para la cefalea.

**PACIENTES QUE DEBEN SER REMITIDOS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA AL SERVICIO DE URGENCIAS****Criterios de derivación**

Cefaleas con claros signos de alarma:

1. Cefalea de presentación aguda de etiología no aclarada.
2. Signos de irritación meníngea o datos de hipertensión endocraneal (dolor persistente, náuseas, vómitos, aumento con la maniobras de Valsalva y el decúbito, síntomas visuales, etc).
3. Alteraciones del nivel de conciencia o aparición de signos neurológicos focales (sensitivo, motor, lenguaje, visual, etc).
4. Presencia de atrofia óptica o edema de papila en el fondo de ojo.

**Sospechando**

1. Procesos vasculares de aparición aguda: hematoma cerebral, accidente cerebrovascular agudo isquémico, hemorragia subaracnoidea, trombosis venosa, etc.
2. Lesión ocupativa de espacio cerebral.
3. Meningitis o encefalitis (fiebre).
4. Migraña complicada (estatus migrañoso, infarto migrañoso).
5. Arteritis de la temporal (anciano con cefalea y alteración visual unilateral)

**Pacientes que deben ser remitidos desde atención primaria a neurología**

Tiempo recomendado menos de 60 días.

**Criterios de derivación**

1. Cambios en el patrón de la cefalea, aumento importante de la frecuencia o de diagnóstico problemático.
2. Cefaleas por abuso de analgésicos, con mal control o persistencia de cefalea tras la administración de tratamientos sintomáticos o preventivos adecuados.
3. Cefalea de aparición tardía (mayor de 45 años) o sospecha clínica de cefalea secundaria.
4. Cefalea episódica recurrente que ocurre durante el sueño o se exacerban con la tos, el ejercicio o la actividad sexual.
5. Neuralgias faciales y migrañas crónicas.

**Pacientes que pueden ser seguidos en Atención Primaria sin necesidad de derivación a Neurología**

1. Pacientes con cefaleas primarias episódicas (tensional o migraña) con aumento de frecuencia de las crisis y sin criterios de alarma. Considerar uso de tratamientos preventivos y TAC craneal si fuese necesario.
2. Pacientes con cefaleas primarias episódicas, con tratamiento sintomático no efectivo. Optimizar el tratamiento de las crisis probando otras categorías de fármacos o cambio de producto dentro de la misma categoría.
3. Pacientes con cefaleas secundarias a procesos tratables:
  - Tensión arterial no controlada.
  - Glaucomas o afección refractiva.
  - Sinusitis.
  - Disfunción de la articulación temporomandibular.
  - Fármacos que puedan causar cefaleas (nitritos, antagonistas del calcio, etc).

**Seguimiento de pacientes remitidos desde atención primaria a neurología**

Las cefaleas derivadas a la consulta de neurología, una vez realizados un diagnóstico y tratamiento adecuados serán revisadas posteriormente por su médico de APS.

El fracaso en los tratamientos en la APS estará determinado por dos causas fundamentalmente:

**Médicas:**

1. Diagnóstico incompleto o incorrecto: es posible que haya pasado desapercibido algún tipo de cefalea o que se encuentre ante la coexistencia de dos tipos de cefaleas y solo estemos tratando una de ellas.
2. No tomar en cuenta factores exacerbantes: Existen algunos factores externos (alimentación y uso de medicamentos) e internos (psicológicos y hormonales), que afectan directa e indirectamente el curso de las cefaleas.

**Farmacológicas:**

1. Farmacoterapia inadecuada: una causa frecuente de falta de respuesta en la cefalea crónica es la mala adherencia que compromete la eficacia del tratamiento, con mayor frecuencia lo abandonan, no siguen las prescripciones, no

vuelven para el seguimiento y fallan en la forma de usar la profilaxis y los tratamientos abortivos. Agregado a esto las dosis muy bajas de profilaxis y tratamientos muy cortos.

2. Automedicación: es frecuente y conlleva mayor riesgo de cefalea por sobreuso.
3. Aquí juega un rol esencial la buena relación médico paciente, ya que los encuentros de mejor calidad, más frecuentes y más largos se asocian con mejor adherencia, y es aconsejable que las decisiones se tomen en conjunto e involucrando familiares en la consulta.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Calero-Muñoz S, Castillo-Obeso J, Martínez-Eizaguirre JM, García-Fernández ML, Moreno-Álvarez P, Tranche-Iparraguirre S. Cefaleas en Atención primaria. FMC. 2008;15(3):1-32.
2. Herranz-Fernández JL. Orientación diagnóstica y terapéutica de la cefalea en el niño. FMC. 2010;17(6):375-80.
3. Moreno-Álvarez P, Tranche-Iparraguirre S, Castillo-Obeso J. Protocolo de Cefaleas. FMC. 2011;18(1):7-19.
4. Gil-Campoy JA, González-Oria C, Fernández-Recio M, Gómez-Aranda F, Jurado-Cobo CM, Heras-Pérez JA. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurología (SAN) y Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía). Criterios de derivación. SEMERGEN. 2012;38(4):241-44.