



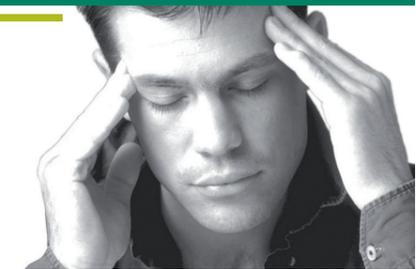
EL DOLOR DE CABEZA

Cuaderno de Salud Nº 7



Dr. Pablo Irimia Sieira
Dr. Eduardo Martínez-Vila

*Departamento de Neurología. Clínica Universitaria.
Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona*



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
¿POR QUÉ DUELE LA CABEZA?	5
¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE LA CEFALEA?	6
¿CUÁNTOS TIPOS DE DOLOR DE CABEZA EXISTEN?	7
¿CÓMO SE DIAGNOSTICAN?	7
MIGRAÑA.....	8
¿Por qué aparecen las migrañas?	9
El ataque de migraña	10
Diagnóstico de la migraña.....	11
Tratamiento.....	12
Evitar los factores desencadenantes	12
Tratamiento para los ataques de migraña	14
Tratamiento preventivo de la migraña	15
Hormonas y migraña	16
CEFALEA TENSIONAL	17
CEFALEA CRÓNICA DIARIA.....	17
¿CUANDO DEBO PREOCUPARME?	18
¿DEBO ACUDIR AL MÉDICO POR MI CEFALEA?.....	19



¿POR QUÉ DUELE LA CABEZA?

La cabeza está formada por un conjunto de estructuras (piel, músculos, vasos sanguíneos, huesos, nervios, ojos, cavidades nasales, senos paranasales y boca) que tienen gran cantidad de receptores para el dolor. La presencia de tantos receptores dolorosos tiene como función proteger al cerebro y otras delicadas estructuras faciales (ojos, oídos, nariz, boca) de las enfermedades, puesto que si se dañan inducirán dolor intenso de forma inmediata. Paradójicamente y aunque el dolor de cabeza parece que se origina en el cerebro, la corteza cerebral o sustancia gris carece de receptores del dolor. (Figura 1)

INTRODUCCIÓN

El dolor de cabeza o cefalea es un síntoma que la mayoría de las personas han experimentado alguna vez. Puede ser una molestia pasajera que mejora espontáneamente o con cualquier analgésico, o un dolor de gran intensidad y larga duración. Cuando los dolores de cabeza son frecuentes e intensos impiden el desarrollo de las actividades profesionales, sociales y familiares y reducen enormemente la calidad de vida.

En este cuaderno de salud se resumen las características de los diferentes dolores de cabeza con especial énfasis en la migraña. El lector podrá conocer sus causas, los métodos que se utilizan para su diagnóstico y los tratamientos disponibles.

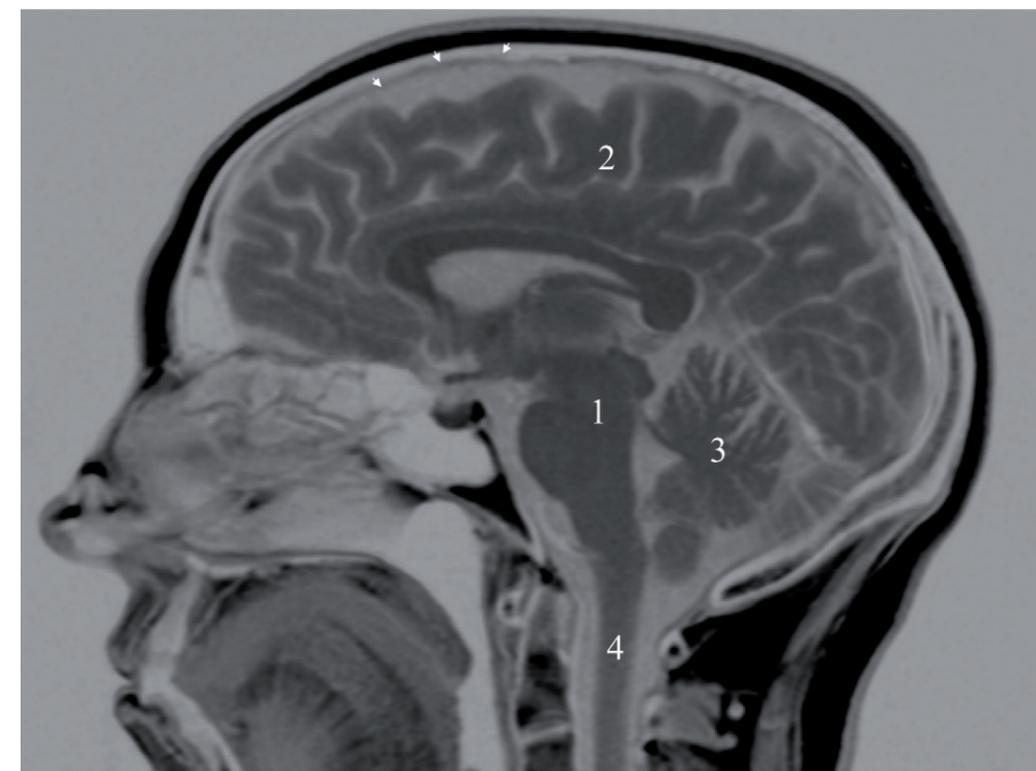


Figura 1. Resonancia Magnética cerebral donde se aprecia el tronco cerebral donde está el generador de migraña (1), la corteza cerebral o sustancia gris (2), el cerebelo (3), la médula espinal (4) y las cubiertas del cerebro llamadas duramadre y aracnoides (puntas de flecha).

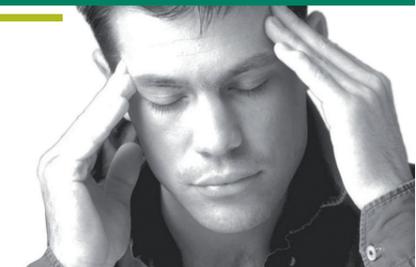


¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE LA CEFALEA?

La cefalea representa el principal motivo de consulta en Neurología y también es el motivo de consulta neurológica más frecuente en Atención Primaria. En el Servicio de Urgencias la cefalea supone aproximadamente el 3% de las consultas. A pesar de estos números, los médicos continúan sorprendiéndose por el hecho de que más de 2/3 de las personas que sufren dolores de cabeza nunca acuden al médico. ¿Y qué gano yo acudiendo al especialista?, podrían preguntarse muchas personas. Pues bien, tras un adecuado diagnóstico y gracias a los continuos avances en el tratamiento de la cefalea se consideran que los pacientes pueden mejorar su calidad de vida en el 90% de los casos.

La migraña es el tipo de cefalea más frecuente, afecta aproximadamente al 12% de la población general, es mucho más frecuente en mujeres (alcanzando una incidencia del 18%), y ocurre sobre todo entre los 20-50 años, es decir la etapa más productiva desde el punto de vista laboral. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que una crisis de migraña es tan discapacitante como pasar un día con tetraplejía y desde el año 2004 puso en marcha una Campaña Global de Sensibilización para concienciar a pacientes, médicos e instituciones de las importantes consecuencias sanitarias, sociales y económicas de la migraña.

La migraña tiene un importante coste económico para la sociedad. Cuando se analiza el coste de una determinada enfermedad se divide en tres conceptos: coste directo, indirecto e intangible. El coste directo hace referencia a los recursos sanitarios necesarios para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Los costes indirectos hacen referencia a la pérdida de productividad inducida por la enfermedad, es decir jubilación prematura, absentismo laboral o días trabajados con menor productividad. Por último, el coste intangible intenta cuantificar desde el punto de vista económico la calidad de vida del paciente evaluando el dolor o la ansiedad que sufren, y también los trastornos que la enfermedad ocasiona en las actividades de la vida diaria o sus relaciones sociales. El coste global de la migraña en España es de 1.076 millones de euros anuales. El coste directo de esta enfermedad asciende aproximadamente a 344 millones de euros, de los cuales, más de 240 millones corresponden a las visitas al médico de familia, unos 90 millones a visitas al neurólogo y aproximadamente 20 millones en gasto farmacéutico. El coste indirecto por la pérdida de productividad laboral supone un 68% del coste total de la migraña y alcanza 732 millones de euros. Dentro del coste indirecto se incluye las jornadas perdidas (absentismo) y también la pérdida de productividad o "presentismo" puesto que las personas con cefalea van a trabajar pero no rinden como lo harían si no tuvieran dolor de cabeza. Los costes intangibles no han sido estimados, pero los pacientes calculan que su calidad de vida se reduce hasta un 50% como consecuencia de los dolores de cabeza.



¿CUÁNTOS TIPOS DE DOLOR DE CABEZA EXISTEN?

Existen más de 300 tipos de cefalea, que pueden dividirse en dos grandes grupos: cefaleas primarias y secundarias. Las cefaleas primarias (como la migraña) son las más frecuentes, constituyen una enfermedad por sí mismas y no están causadas por lesiones del sistema nervioso. Las cefaleas secundarias se producen como consecuencia de enfermedades que afectan al cerebro (tumores, meningitis, hemorragias, etc), y en las que el dolor de cabeza es solo un síntoma de un proceso más grave. Por suerte, las cefaleas secundarias representan tan solo 1-2% de las cefaleas. El subtipo de cefalea más importante por su frecuencia entre la población y en las consultas médicas es la migraña.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICAN?

El diagnóstico de los diferentes tipos de cefalea se realiza fundamentalmente a través de la descripción de los síntomas por el paciente. El médico necesita saber cuál es la localización del dolor, su duración, los síntomas que acompañan al dolor, el grado de incapacidad que produce para el desarrollo de sus labores habituales, si existen desencadenantes del dolor y también cómo puede aliviarse. Es imprescindible realizar una exploración neurológica completa y tomar la temperatura y la tensión arterial. Puesto que la mayoría de las cefaleas son primarias (no asociadas a lesiones del sistema nervioso) cuando la exploración neurológica es normal no es necesario realizar más estudios. En ocasiones pueden requerirse otras pruebas analíticas, o de imagen cerebral, como la tomografía computerizada (TAC) o la resonancia magnética (RM), sobre todo en aquellos paciente que tienen los denominados síntomas o signos "de alarma" (Tabla 1). Los síntomas o signos de alarma orientan al médico que el dolor de cabeza se debe a un proceso grave y no es una cefalea primaria.

Existe un documento que ha sido elaborado por los expertos más relevantes en cefalea conocido como la Clasificación Internacional de las Cefaleas en el que se recogen de forma detallada las características de cada tipo de dolor de cabeza. Esta es la herramienta que utilizan todos los médicos para poder clasificar y así diagnosticar adecuadamente cada tipo de dolor de cabeza. El diagnóstico es fundamental puesto que cada dolor de cabeza tiene un tratamiento distinto y una persona puede sufrir distintos tipos de cefalea y necesitar una medicación diferente para cada una de sus cefaleas.



MIGRAÑA

Signos y síntomas de alarma en la cefalea

TABLA 1

- Cefalea de comienzo súbito y gran intensidad
- Cefalea que se inicia por encima de los 50 años de edad
- Cefalea que se acompaña de fiebre o rigidez de cuello
- Cefalea que se acompaña de debilidad o pérdida de sensibilidad (especialmente si afecta a la mitad del cuerpo), cambios de personalidad, o dificultad para caminar.
- Cefalea que aumenta progresivamente en frecuencia o intensidad o que no responde adecuadamente a los analgésicos.
- Cefalea tras un accidente o un traumatismo craneal.
- Cefalea diaria que no desaparece.
- Cefalea reciente en personas con antecedentes de cáncer o VIH positivo

MIGRAÑA

La migraña (conocida popularmente como jaqueca) es un trastorno que se caracteriza por dolores de cabeza muy intensos de varias horas de duración que suelen localizarse en la mitad de la cabeza. El dolor se describe generalmente como un latido o pulsación y puede acompañarse de náuseas, vómitos e hipersensibilidad a la luz y el ruido. De forma característica el dolor empeora con la actividad física y con frecuencia obliga a la persona que lo sufre a acostarse (Tabla 2). Se distinguen dos subtipos fundamentales: migraña con aura (20% de las migrañas) y migraña sin aura (80%). Comienza generalmente durante la adolescencia, con un pico máximo de incidencia durante la vida productiva de las personas, es decir entre los 25 y 55 años. Lo habitual es que la mayoría de las personas sufran la primera crisis antes de los 30 años.

Características de la migraña

TABLA 2

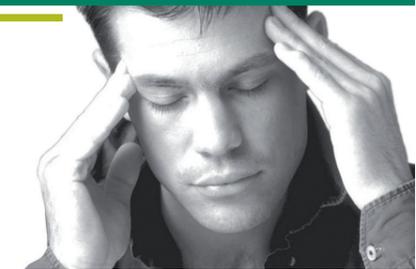
La cefalea dura entre 4-72 horas (no tratada o tratada sin éxito)

El dolor tiene las siguientes características:

- Localización unilateral (duele la mitad de la cabeza)
- Carácter pulsátil (como un latido dentro de la cabeza)
- Gran intensidad
- Empeoramiento con la actividad física habitual (caminar, subir escaleras)

Durante la cefalea puede acompañarse de:

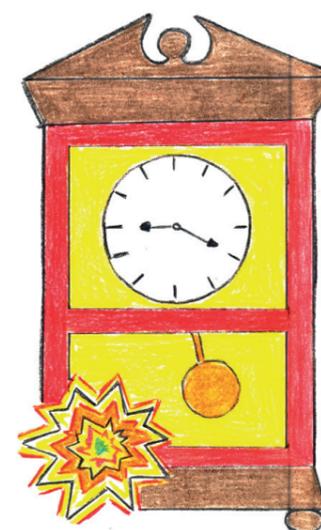
- Náuseas y/o vómitos
- Fotofobia y fonofobia



MIGRAÑA

¿Por qué aparecen las migrañas?

Las causas de la migraña no son bien conocidas. Existe una clara predisposición genética como demuestra el hecho de que un 70% de las personas que la sufren tienen antecedentes familiares. Además cuando tanto el padre como la madre tienen migrañas la probabilidad de que sus hijos también la padezcan es de aproximadamente un 75%, y de un 50% si solo la padece uno de los progenitores.



La investigación médica ha permitido conocer los cambios que se producen en el cerebro durante la crisis de migraña. El hallazgo más importante es el descubrimiento del denominado generador de la migraña que pone en marcha los mecanismos responsables de la fase de aura (Figura 2) y el dolor. El generador de la migraña actúa a través de las fibras nerviosas del nervio trigémino y produce la dilatación e inflamación de los vasos sanguíneos del cerebro y las estructuras que lo recubren (la duramadre), provocando el dolor (Figura 3). Por eso los migrañosos describen el dolor como un latido o pulsación. Los nuevos fármacos utilizados para el tratamiento de las crisis de migraña son vasoconstrictores (disminuyen la dilatación de los vasos) disminuyendo así el dolor.

Figura 2. Aura visual durante una crisis de migraña. El paciente ve el reloj pero en la parte inferior del campo visual hay múltiples líneas de colores, brillantes que le dificultan la vista. El aura dura unos minutos.

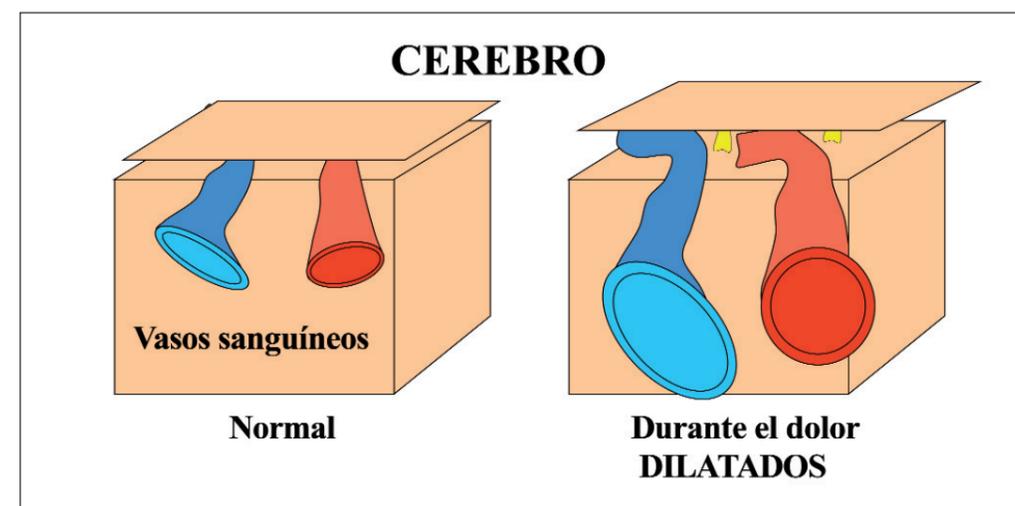


Figura 3. Aspecto de los vasos sanguíneos que están bajo la duramadre en situación normal y durante la fase de dolor de la migraña, momento en que están muy dilatados



MIGRAÑA

El ataque de migraña

El ataque de migraña o crisis migrañosa se inicia de forma inesperada, pero muchas personas han identificado una serie de desencadenantes (Tabla 3) como determinadas comidas, cambios de tiempo, la menstruación, el ayuno o los cambios del ritmo de sueño (tanto dormir poco como demasiado). Los desencadenantes no son similares en cada persona por lo que cada paciente debe tratar de conocer cuales son los suyos.

El estrés es uno de los desencadenantes más relevantes. Por eso con frecuencia los médicos le preguntarán sobre posibles problemas familiares o laborales que pudieran estar empeorando su cefalea. La relajación tras un periodo de estrés intenso también puede generar cefalea, y de hecho hay personas que solo sufren migraña los fines de semana.

La migraña se caracteriza por cuatro fases (Figura 4) que no necesariamente padecen todas las personas. La primera de ellas denominada fase prodrómica o fase pre-cefalea se inicia varias horas o días antes del dolor y se caracteriza por una serie de alteraciones como fatiga, continuos bostezos o cambios de carácter.

La segunda fase de la migraña es el aura que se caracterizan por una serie de síntomas que se originan en el cerebro, duran entre unos pocos minutos y una hora y generalmente preceden a la crisis de dolor (Tabla 5). Los síntomas de aura más frecuentes son de tipo visual en forma de visión borrosa, y luces o líneas brillantes por el campo visual

La fase de dolor se inicia posteriormente y dura habitualmente entre 4 horas y tres días y la última fase es aquella en la que la persona se encuentra fatigada, con un dolor leve y esta sintomatología puede tardar horas o días en desaparecer.

En la Figura 5 se resumen las diferentes estructuras del cerebro que están involucradas en las distintas fases de la migraña.

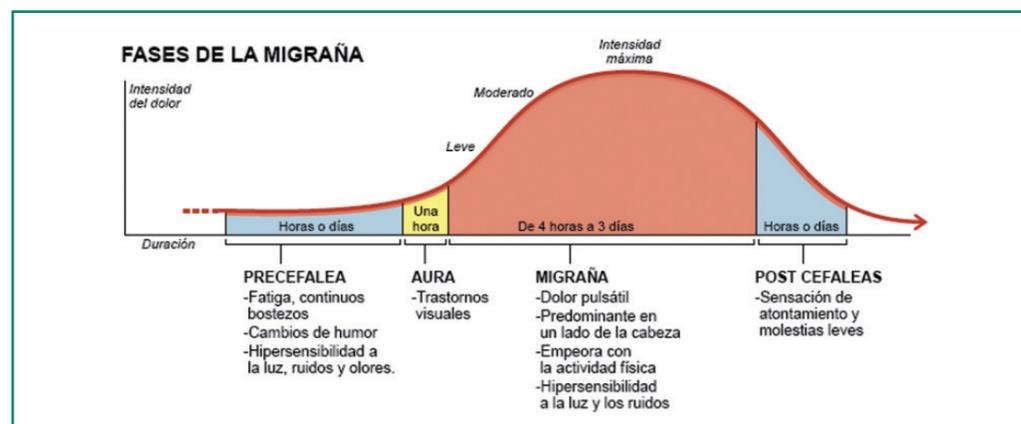
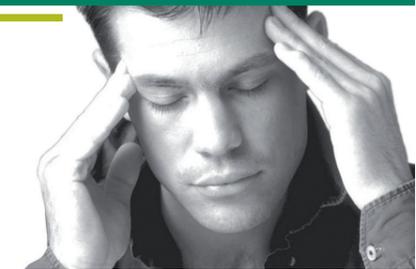


Figura 4. Fases de la migraña



MIGRAÑA

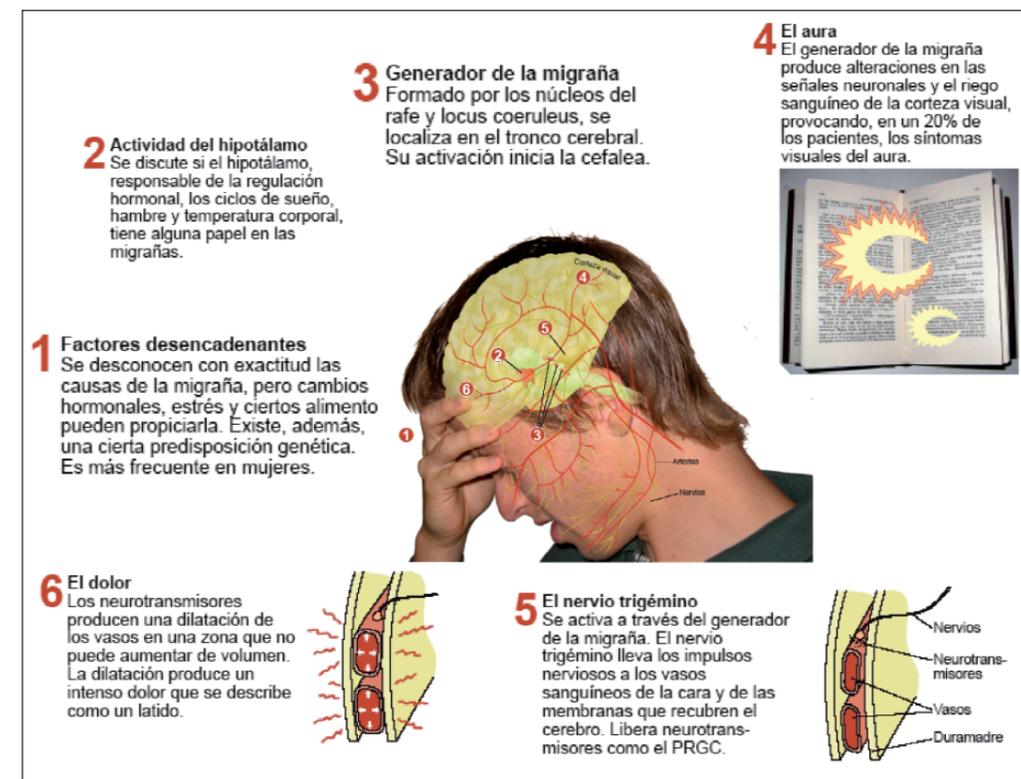


Figura 5. Estructuras del cerebro involucradas en las diferentes fases de la migraña.

Diagnóstico de la migraña

El diagnóstico de la migraña, como el de los demás tipos de cefalea, es sencillo y está basado en sus características clínicas que el médico obtiene a partir de la narración de la enfermedad por el paciente. En general no se requieren exploraciones complementarias para el diagnóstico.



MIGRAÑA

Tratamiento

El tratamiento de la migraña tiene tres partes fundamentales: identificar y evitar los factores desencadenantes, tratar de forma adecuada las crisis de dolor y administrar tratamiento preventivo en los pacientes con cefaleas frecuentes.

Evitar los factores desencadenantes

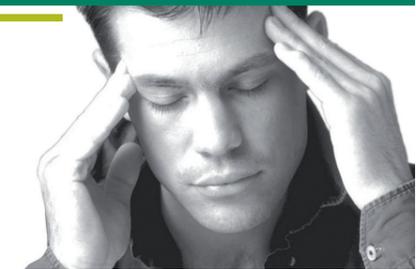
Como hemos visto, hay una serie de desencadenantes de la migraña que conviene evitar y que no son similares en todos los migrañosos. En primer lugar debería tratar de controlarse el estrés. En ocasiones es necesario hacer psicoterapia para conseguir enfrentarnos a nuestra rutina diaria o utilizar técnicas de relajación.

Otras de las grandes preocupaciones del migrañoso es la dieta. Existen una serie de alimentos que pueden desencadenar migrañas. Esto no quiere decir que todos los migrañosos tienen que seguir una dieta restrictiva, sino que cada persona debería tratar de identificar aquellos alimentos que en su caso concreto pudieran desencadenar las crisis para evitar su consumo en el futuro. La identificación de un desencadenante alimentario puede ser muy difícil. La migraña no necesariamente se inicia de inmediato tras consumir el alimento, y hay otros factores que pueden actuar simultáneamente y ser los verdaderos responsables de la crisis. Es decir, una persona puede pensar que la ingesta de un determinado alimento desencadena sus migrañas porque en una ocasión se inició el dolor tras su consumo, pero aquel mismo día confluían otros factores (no había dormido bien, había cambiado el tiempo o estaba sometido a mucho estrés) que no le permiten saber con seguridad si el alimento era realmente el desencadenante (Figura 6).

Desencadenantes de migraña

TABLA 3

- 1- Alimentos
- 2- Cambios hormonales
- 3- Estrés
- 4- Ayuno prolongado
- 5- Estímulos ambientales
 - Olores intensos
 - Ruidos intensos
 - Luz brillante
 - Cambios de tiempo
- 6- Alteraciones del ritmo de sueño
 - Dormir menos o en exceso



MIGRAÑA

Tratamiento: Evitar los desencadenantes ¿Por qué precisamente hoy me afecta el chocolate?

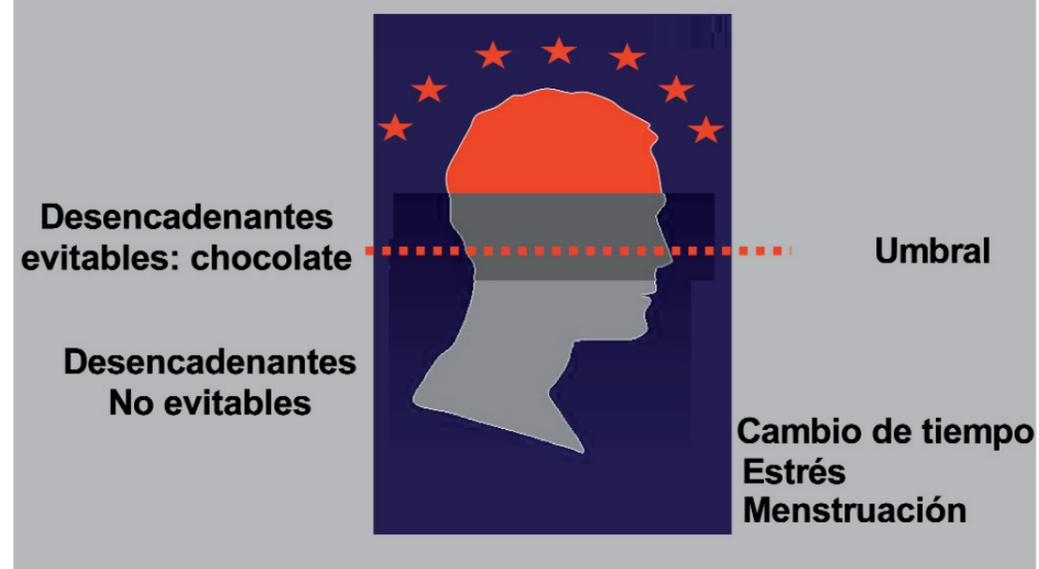


Figura 6. Existe un umbral a partir del cual se genera la crisis de migraña. Puede que un día concreto por la confluencia de una serie de desencadenantes que la persona no puede evitar (como el estrés, la menstruación y un cambio de tiempo), cualquier factor adicional (como el consumo de chocolate) haga traspasar el umbral y aparezca la migraña. Es posible que otro día en que no confluyan todos estos factores no evitables el consumo de chocolate no provoque la migraña porque no se llega a traspasar el umbral para que se genere el dolor.

De forma general a todas las personas con migraña se les indica evitar el consumo de alcohol, café y productos que contengan cafeína y otros excitantes. Los vinos, sobre todo tintos con una concentración elevada en taninos (presente sobre todo en vinos jóvenes) pueden desencadenar crisis de migraña. La cafeína cuando se consume a diario durante varios meses puede favorecer el incremento del número de crisis de migraña por lo que también debería evitarse. Por otro lado los alimentos que contengan glutamato monosódico (comida china), determinados conservantes (precocinados, escabeches, etc), o nitritos (salchichas, embutido) también se asocian al empeoramiento de la cefalea. Otros alimentos como quesos curados, chocolate, nueces, cacahuets, higos, uvas pasas, ciruelas rojas, cítricos en exceso, plátanos también pueden provocar migraña.

El mejor consejo para las personas que sufren migraña es realizar una dieta variada, que consuman productos frescos, y eviten el alcohol y el café. Es también fundamental que el horario de las comidas sea regular porque el ayuno prolongado favorece la aparición de crisis.



MIGRAÑA

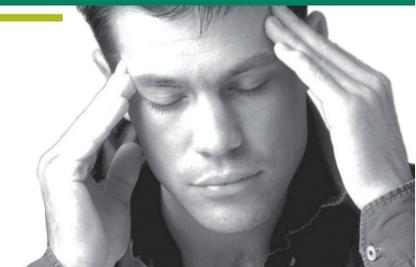
Por otro lado, es aconsejable realizar algunos cambios de estilo de vida, tales como dormir durante un número suficiente de horas, sin tampoco excederlo y realizar ejercicio físico regular puesto que se considera que la liberación de endorfinas que genera el ejercicio contribuye a mejorar el dolor.

Es también importante recordar que algunas medicaciones pueden favorecer la aparición del dolor de cabeza como los anticonceptivos, tratamiento hormonal y algunas medicaciones para el corazón. Es importante que el médico sepa que la persona sufre cefaleas antes de prescribirle cualquier medicamento.

Tratamiento para los ataques de migraña

Existen diferentes tratamientos para los ataques. La selección del fármaco debe hacerse de forma individualizada para cada paciente y deben administrarse siempre al inicio del dolor. Pueden utilizarse fármacos como los antiinflamatorios o el paracetamol que se consiguen sin receta. Sin embargo, las medicaciones más utilizadas en la actualidad son los denominados triptanes. Estos fármacos están comercializados por vía oral (sumatriptan, zolmitriptan, rizatriptan, naratriptan, almotriptan, frovatriptán y eletriptán) pero también otras presentaciones especialmente útiles para aquellas personas que sufren vómitos desde el inicio de las crisis como la inyección subcutánea (sumatriptan), o las inhalaciones (sumatriptan, zolmitriptan). Actualmente se considera que las crisis de migraña de intensidad moderada o grave, que producen imposibilidad para desempeñar las actividades habituales, deben tratarse con alguno de los triptanes desde el inicio del dolor. Existe en el mercado una forma oral de triptanes denominada liotab que se disuelve en la boca sin necesidad de tomar agua. Es la presentación ideal para aquellas personas en las que el dolor se inicia de forma brusca y el comprimido debe tomarse discretamente (reuniones por ejemplo).

Los triptanes no pueden administrarse a aquellas personas que hayan sufrido un infarto de miocardio o un ictus y tampoco si la persona tiene la tensión arterial alta y mal controlada. Tampoco se recomiendan durante el embarazo. Debe evitarse siempre la automedicación y acudir al médico si se observa que los fármacos pierden eficacia y la cefalea se vuelve más frecuente, por el riesgo de desarrollar la denominada cefalea crónica diaria por abuso de medicación.



MIGRAÑA

Tratamiento preventivo de la migraña

Cuando los ataques de migraña son frecuentes (más de tres veces al mes), duran demasiado tiempo o no responden adecuadamente a la medicación utilizada para las crisis de dolor, se utiliza el denominado tratamiento preventivo. Este tratamiento no es curativo, pero consigue reducir la frecuencia, intensidad y duración de la cefalea y mejorar la respuesta al tratamiento para el dolor. El tratamiento preventivo debe tomarse a diario durante periodos variables de tiempo (entre 3 y 6 meses al año generalmente) y comienza a hacer efecto varias semanas después de iniciarlo. ¿Cómo actúan estos fármacos?. Pues bien, cada uno tiene su peculiar mecanismo de acción pero lo que persiguen es disminuir la actividad del denominado generador de migrañas a nivel del sistema nervioso central. Pueden utilizarse fármacos antihipertensivos (como los betabloqueantes o los calcioantagonistas), antidepresivos (tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), y antiepilépticos (valproato sódico, gabapentina y topiramato fundamentalmente). Otros fármacos con potencial efecto preventivo son el magnesio, vitamina B2 a dosis altas, el coenzima Q10 o la inyección de toxina botulínica. El tratamiento preventivo debe ser seleccionado por el médico dependiendo del tipo de cefalea, y las características de cada paciente. En general los betabloqueantes se usan en los pacientes migrañosos que además son hipertensos. Los antidepresivos tricíclicos se utilizan en pacientes con migraña y depresión o que presentan insomnio. El valproato la gabapentina o topiramato se utilizan en pacientes que asocian migraña y epilepsia. Los calcioantagonistas son los preferidos en los pacientes con migraña e hipertensión, que no pueden tomar betabloqueantes o en pacientes con migraña con aura de larga duración. Habitualmente se requieren 2-3 meses de tratamiento continuado para determinar su eficacia.





MIGRAÑA

Hormonas y migraña

La migraña más frecuente en mujeres que en hombres. La incidencia de este trastorno es mayor en las niñas que en los niños pero las diferencias entre sexos se incrementan sobre todo desde la primera menstruación. Es evidente que los cambios hormonales experimentados por la mujer se relacionan con las crisis de migraña y de hecho aproximadamente un 60% de las mujeres con migrañas la relacionan con la menstruación, y en menor proporción con la ovulación.

La migraña también está influenciada por el embarazo, y de hecho tres cuartas partes de las mujeres embarazadas con migraña experimentan una clara mejoría de la cefalea, sobre todo a partir del segundo trimestre.

Los anticonceptivos orales en general empeoran los ataques de migraña en la mitad de las pacientes y no se aconseja su uso especialmente en mujeres con migraña con aura por el riesgo de complicaciones.

Los estrógenos que forman parte del tratamiento hormonal sustitutivo en la menopausia provocan habitualmente un empeoramiento de la migraña por lo que en este grupo de pacientes con migraña se recomienda reducir al mínimo la dosis de estas hormonas.

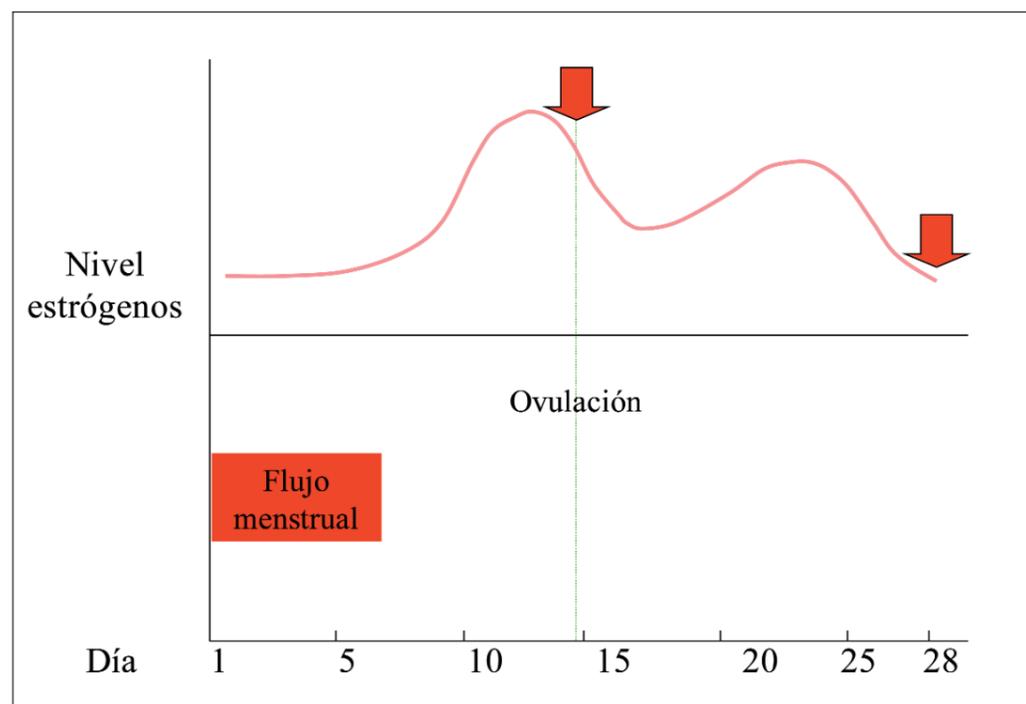
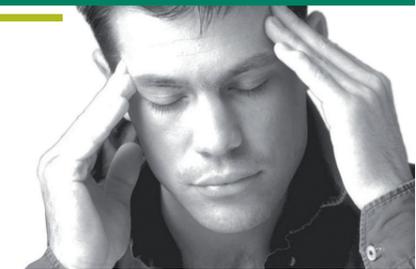


Figura 7. La caída de los niveles de estrógenos (flechas) con la ovulación y sobre todo el día previo al inicio de la menstruación puede provocar crisis de migraña.



CEFALEA TENSIONAL

La cefalea tensional es el tipo de dolor más frecuente entre la población pero en general es de carácter leve y no es incapacitante. Se caracteriza por crisis de dolor de entre 30 minutos y siete días y afecta a toda la cabeza. Es de intensidad leve o moderada, sordo, como una presión que empeora en el transcurso del día y que no empeora con la actividad física, incluso llega a mejorar. Las personas que lo sufren describen el dolor como "un casco o una cinta" que aprieta toda la cabeza. En general el dolor no impide el desempeño de sus actividades habituales. Puede asociarse a contracturas de los músculos cervicales, que son dolorosos a la palpación. Habitualmente mejora al disminuir la tensión y el estrés.

Tratamiento

En los pacientes con cefalea tensional debe evitarse el estrés y son especialmente útiles las técnicas de relajación, y especialmente la masoterapia de los músculos cervicales cuando existen contracturas musculares.

Para el tratamiento de los ataques se utilizan los anti-inflamatorios (aspirina, ibuprofeno, naproxeno) o el paracetamol. Los triptanes y ergóticos no son eficaces en este tipo de cefalea

Cuando el dolor es muy frecuente y para evitar que el paciente abuse de medicación analgésica debe utilizarse tratamiento preventivo. El tratamiento preventivo más utilizado son los anti-depresivos.

CEFALEA CRÓNICA DIARIA

El término cefalea crónica diaria hace referencia a todos aquellos tipos de dolor de cabeza que aparecen prácticamente a diario, es decir más de 15 días al mes y que duran más de cuatro horas. Aproximadamente un 80% de las personas con cefalea crónica diaria padecían previamente cefaleas que ocasionaban crisis ocasionales de dolor (en general migraña) y que con el tiempo se han ido haciendo cada vez más frecuentes hasta convertirse en diarias.

Los tipos más frecuentes de cefalea crónica diaria son la migraña crónica y la cefalea por abuso de fármacos. Se sabe que el uso prolongado de analgésicos provoca, en algunos pacientes predispuestos, una alteración en los sistemas del control del dolor a nivel cerebral, perpetuando el dolor de cabeza y volviéndolo crónico. Típicamente cuando la cefalea está causada por el abuso de medicación despierta al paciente a primera hora de la mañana al disminuir los niveles en sangre de los analgésicos tomados antes de acostarse.

Cuando existe abuso de medicación el único tratamiento posible consiste en la retirada de la medicación analgésica. Inicialmente los pacientes sufren cefaleas de gran intensidad que desaparecen en pocos días. Pueden asociarse fármacos antidepresivos que resultan útiles durante la fase de deshabitación de analgésicos y que se utilizan también en la cefalea crónica diaria sin abuso de medicación. Tras la deshabitación los pacientes vuelven a presentar la cefalea previa (migraña) en forma de episodios.



¿CUANDO DEBO PREOCUPARME?

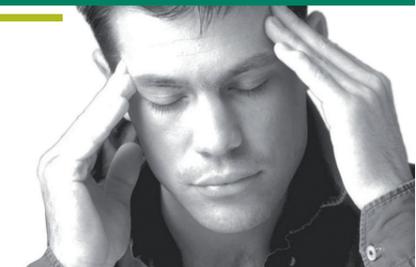
Las personas deben acudir a su médico siempre que haya uno de los síntomas y signos de alarma recogidas en la Tabla 1. Nos detendremos a continuación en dos situaciones específicas

Cefaleas en personas mayores de 50 años

La cefalea que se inicia en personas mayores de 50 años obliga a descartar causas secundarias del dolor de cabeza. Es recomendable realizar una tomografía computerizada (TAC) o resonancia magnética cerebral para confirmar que el dolor no se debe a un tumor o un ictus (infarto o hemorragia cerebral). Además debe realizarse de forma sistemática una determinación sanguínea de velocidad de sedimentación globular (VSG) para descartar una enfermedad denominada arteritis de la arteria temporal. La importancia del diagnóstico de esta entidad radica en que tiene un tratamiento específico (corticoides) que debe iniciarse precozmente para evitar que la arteritis afecte a la arteria oftálmica causando isquemia del nervio óptico y provoque ceguera.

La cefalea más intensa de mi vida

Cuando una persona presenta el primer episodio de cefalea siempre es un motivo de preocupación sobre todo cuando es muy intensa. En esos casos debe acudir a un médico para descartar causas secundarias de cefalea. La hemorragia subaracnoidea o la meningitis pueden comenzar como un dolor de cabeza de inicio súbito (que alcanza su intensidad máxima en menos de 1 minuto) y muy intenso, requieren atención médica urgente. En general se acompañan de rigidez de nuca (limitación de los movimientos del cuello) y fiebre especialmente la meningitis.



¿DEBO ACUDIR AL MÉDICO POR MI CEFALEA?

Es necesario que tanto los pacientes como la sociedad tomen conciencia de que deben consultar a los profesionales sanitarios, evitar automedicarse, y considerar la cefalea un problema de salud. Deben acudir a consulta de forma prioritaria las personas que tenga alguno de los signos y síntomas de alarma, aquellas en las que el dolor de cabeza provoque una gran incapacidad que le impida acudir a su trabajo o mantener una vida social y familiar normal y también las que requieran la toma de múltiples analgésicos a diario.

El aumento de la información sobre cefalea y proporcionar tratamientos eficaces permitirá mejorar la calidad de vida de los pacientes, reducir el coste de la migraña derivado fundamentalmente del absentismo laboral y la falta de productividad y reducirá el número de pacientes en los que la cefalea se cronifica.

Tu centro de salud bancario

C/ Diputación nº 1 - 42002 - SORIA
Tlf. 975 212840 / 233791 - Fax: 975 228997 / 233792
E-mail: fundacioncr.3017@cajarural.com - www.fundacioncajarural.es