



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2024,
Volumen 8, Número 2.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2



**ABORDAJE INTEGRAL DE LAS
CEFALEAS PRIMARIAS PARA BUEN
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**

**COMPREHENSIVE APPROACH TO PRIMARY HEADACHES
FOR GOOD DIAGNOSIS AND TREATMENT**

Virgilio Santos Ramírez Rodríguez
Universidad Privada del Norte, Perú

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rem.v8i2.10796

Abordaje Integral de las Cefaleas Primarias para Buen Diagnóstico y Tratamiento

Virgilio Santos Ramírez Rodríguez¹

virgilio.ramirez@upn.pe

<https://orcid.org/0000-0002-6309-7343>

Universidad Privada del Norte – Sede Los Olivos
Lima. Perú

RESUMEN

Las cefaleas primarias son afecciones comunes presentes desde los albores de la humanidad y conduce a consultas médicas tanto en entornos ambulatorios como en servicios de urgencias. Ha sido experimentada por todos en algún momento y su intensidad puede variar desde soportable hasta incapacitante. Según la Sociedad Española de Neurología, aproximadamente el 90% de las personas ha experimentado cefaleas en algún momento, un 12% las sufre de forma recurrente y un 5% las padece crónicamente. La ayuda radiológica o laboratorial son poco tributario para su diagnóstico, por lo que el interrogatorio sigue siendo el instrumento fundamental para identificación de los diferentes tipos de dolores de cabeza. Se sistematiza en once pasos anamnésticos orientadores hacia una cefalea primaria tipo migraña, tensional, histamínica y diferenciarlos de las secundarias: Contextualización del paciente, aparición y evolución, regionalización, localización, modalidad, intensidad, duración, factores atenuantes y agravantes, irradiación, sintomatología asociada y antecedentes y medicamentos empleados.

Palabras clave: cefalea, anamnesis, abordaje diagnóstico

¹ Autor principal

Correspondencia: virgilio.ramirez@upn.pe

Comprehensive Approach to Primary Headaches for Good Diagnosis and Treatment

ABSTRACT

Primary headache is a common condition that has been with people ever since the dawn of mankind and leads to medical consultations in both outpatient and emergency departments. Everyone experiences them and their intensity can range from tolerable to disabling. According to the Spanish Neurological Society, around 90% of people have experienced headaches, 12% have recurrent headaches and 5% have chronic headaches. Radiological or laboratory aids are of little value in their diagnosis, so the interrogation remains the basic tool for identifying the different types of headache. It is systematised in eleven anamnestic steps that are oriented towards a primary migraine, tension, histaminic headache and distinguish them from secondary headaches: Contextualisation of the patient, onset and evolution, regionalisation, location, modality, intensity, duration, alleviating and aggravating factors, irradiation, associated symptoms and history, and medications used.

Keywords: headache, anamnesis, diagnostic approach

*Artículo recibido 05 marzo 2024
Aceptado para publicación: 08 abril 2024*



INTRODUCCION

El dolor de cabeza es el problema de salud más frecuente que padece la humanidad y que obliga a una consulta médica ya sea en forma ambulatoria o en un servicio de urgencias. La cefalea es universal, pues todos en algún momento lo han padecido con una intensidad soportable o incapacitante. En general, un 47% de las personas ha presentado en alguna oportunidad un dolor de cabeza que lo ha llevado a un servicio de emergencia (Alejandra & Laura, 2015), un 12% lo presentan en forma recurrente, y un 5% lo padecen en forma crónica”. Lo preocupante es que un 40% de estas cefaleas están sin diagnosticar y un 50% de los que padecen se automedica llevándolo a un estado de cronicidad. Se pueden presentar en forma esporádica, recurrente, en paroxismos o crisis que puede durar desde minutos hasta varios días o en otros casos se presenta en forma persistente y continua. La intensidad también es variable, pues puede variar desde leve con un score entre 1 a 4 según la escala EVA, hasta una gran intensidad, entre 8 a 10. El portador de esta molestia busca diversas formas de atenuarlo, desde medidas generales ortodoxas, hasta el uso de diferentes formas terapéuticas, algunas de ellas efectivas y otras especulativas. De modo que para el médico tratante resulta un reto establecer una investigación secuencial y sistémica, comprender los mecanismos fisiopatológicos, las formas de presentación y como abordarlo en forma integral (Muñoz-Cerón et al., 2020)

En esta propuesta, orientamos al estudiante y a los profesionales de atención primaria de la salud a desarrollar una entrevista sistematizada a los pacientes que acuden por un dolor de cabeza a través de 11 momentos anamnésicos, que permita diferenciar los tipos de cefalea para así realizar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos racionales.

DESARROLLO TEMATICO

El médico va a abordar pacientes con cefalea ya sea en la consulta externa o en el servicio de emergencia con el motivo de consulta principal de que “le duele la cabeza”, “le pesa el cerebro”, “tiene jaqueca”, “siente hincadas en la cabeza”, entre otros términos y que le obliga al reposo, retraimiento, ausentismo laboral y cambios en el estado emocional. Probablemente ya ha consumido algunos medicamentos con relativa efectividad. Entonces, se debe iniciar una investigación del caso a través de preguntas y repreguntas sobre las características de esta molestia, luego hacer la interpretación fisiopatológica,



encasillarlo en los criterios diagnósticos consensuados y finalmente establecer un plan de tratamiento integral para cada paciente.

En la atención de un paciente con cefalea, hay que priorizar la toma de datos sobre las características del dolor, ya que estos van a conducirnos a la aproximación diagnóstica de primera intención. El examen físico muchas veces es negativo o poco contributivo cuando se trata de cefaleas primarias, pero resulta importante cuando esta se considera secundaria o está inmerso en el grupo de cefaleas red flags o con signos de alarma.

Por eso, a manera de sistematización, se propone abordar este problema de salud a través de una serie de pasos secuenciales que nos permitan tener la información suficiente del tipo de cefalea, realizar su interpretación fisiopatológica y finalmente, establecer los planes diagnósticos terapéuticos y educativos para que en forma integral personal de salud, paciente, familia y comunidad se involucren en conseguir el bienestar de paciente.

Primer abordaje: Contextualizar al Paciente Cefálico

En la primera entrevista hay que tomar los datos del paciente, que nos permita construir el problema de salud, enfocando desde el inicio si esta cefalea es de origen primario o secundario y si está presente sintomatología de alarma. Debemos de aclarar en este momento, las siguientes disyuntivas: ¿Se trata de una cefalea, una cervicalgia o un algia facial? ¿el paciente presenta una cefalea primaria o secundaria?; ¿es necesario solicitar algún examen complementario de urgencia?; ¿Es un paciente que tiene comorbilidades? ¿Requiere un tratamiento de su cefalea en una unidad de urgencias? (Toledo, J., Riverol, M., Martínez-Vila E., y Irimia P. 2008). Hay variables importantes que debemos valorar como la edad, sexo, ocupación, actividades diarias, factores que lo desencadenan, la narración completa del dolor de cabeza y la necesidad del paciente para buscar la asistencia médica (González, L. M., Roldán, I. M., Fernández, I. A., & Molinero, V. P. 2023). En mayores de 50 años debemos considerar una arteritis temporal o cefalea secundaria ya que la migraña para esa edad es poco común. Más del 90% de los migrañosos sufren su primera crisis antes de los 40 años. 80% de las personas que padecen migraña son mujeres (03 veces más probabilidades que los hombres) muy justificado por sus fluctuaciones estrogénicas que modifica las concentraciones de serotonina, afecta a los vasos sanguíneos y a la presión



arterial. Inicialmente el paciente debe exponer su motivo de consulta en forma fluida y luego se establece una anamnesis dirigida.

Se debe tener en cuenta la parte emocional ya que la cefalea genera ansiedad o depresión que lo podemos valorar por las inflexiones de la voz, la expresividad facial, los gestos y la postura corporal. Ganarse la confianza en este momento permitirá que los siguientes abordajes sean manejados con mayor horizontalidad y confianza.

En este primer momento debemos tener un panorama claro de qué tipo de paciente estamos abordando. No es lo mismo tratar un paciente adulto mayor que un adulto joven o un paciente que emocionalmente esta inestable, que presenta temor sobre el origen de su cefalea, un paciente que tiene diversas patologías o estilos de vida que lo expone a riesgos de cronicidad o que presenta conflictos en la familia o el trabajo.

Segundo Abordaje: Forma de Aparición y Evolución en el Tiempo

¿Desde cuándo le duele la cabeza?, ¿Cómo se ha comportado ese dolor durante este tiempo? ¿Cada que tiempo le duele y cuánto tiempo le dura el dolor de cabeza?, ¿Cuánto tiempo permanece aliviado entre crisis y crisis?

Este aspecto es importante para caracterizar el dolor de cabeza. Hay cefaleas que se presentan en forma intempestiva, continua, rápidamente intensa (cefaleas agudas); otras pueden durar entre una semana y tres meses (cefaleas subagudas), y otras más de tres meses (cefaleas crónicas) ya sea en forma continua o con más de 15 días al mes en tres meses consecutivos que podría deberse a una cefalea migrañosa o tensional con presentación en forma recurrente o episódica con una duración de horas a días. En este caso cada ocurrencia lo denominaremos ataque o crisis. Algunas oportunidades pueden presentarse muy ocasionalmente en forma paroxística (cefalea esporádica) o intercurrente por algún factor desencadenante como ciclo menstrual, viajes o cambio climático (cefalea episódica). Hay que caracterizar el tiempo de duración no solo de la crisis, sino también de las manifestaciones previas que corresponde al aura (30 a 60 minutos previos) y los pródromos hasta dos días previos (Camello, Á.G., Oria, C.G., y Romero, J. 2021); también el tiempo de postcrisis e intercrisis. También este dolor puede ser persistente o los periodos intercrisis son tan cortos que el paciente lo refiere como una continuidad.



Esta información nos orienta a una posible lesión intracraneana como un hematoma, hidrocefalia, un aneurisma o una malformación que generan hipertensión intracraneana.

Otro aspecto es que, en el tiempo, este dolor dure entre dos a tres meses (cefalea subaguda), persistente con una intensidad progresiva que podría tratarse de un proceso expansivo cerebral, ya sea tumoral o no, hematoma epidural, aneurisma o hidrocefalia no comunicante. El dolor más preocupante es el de inicio brusco, de corta duración o diferente al que estaba acostumbrado, al que se considera como un dolor nuevo de reciente aparición, que nos obliga a investigar signos de alarma convirtiéndose en una emergencia al que tenemos que resolverlo con prontitud. Estaríamos frente a las cefaleas red flags (Arias, I., Polanía, M., Villa, M.I. (2021). En este caso sospechar de una hemorragia intracerebral, una hipertensión endocraneana o un proceso infeccioso. Hay ciertas condiciones que tendríamos que valorar como una edad mayor a 50 años, una asociación a fiebre, convulsiones, trastorno de conciencia, vómitos, esfuerzo físico, refractariedad al tratamiento, comorbilidad o cualquier otra focalización. En estos casos obliga a solicitar exámenes complementarios e iniciar tratamiento con inmediatez (González, L. M., Roldán, I. M., Fernández, I. A., & Molinero, V. P. 2023).

Hay que tener en cuenta los síntomas que preceden al inicio del dolor y que puede pasar por alto. Los pródromos son síntomas que aparecen hasta dos días previos y consiste en manifestaciones inespecíficas como bostezos, incremento o pérdida de apetito, fatiga, cambio en el estado emocional y comportamental. El aura puede presentarse en los 30 minutos previos y tiene valor localizador como las fotopsias, amaurosis, parestesias, disfasias, hiperacusia, parosmias, etc.

Las cefaleas vasculares de tipo migraña debutan en la infancia o la juventud, o talvez antes y se puede confundir con otras enfermedades como la cinetosis por la poca información que se puede recibir de los niños, mientras que las cefaleas tensionales comienzan en la adultez. Las cefaleas de la tercera edad mayormente son primarias en un 50%; siendo las migrañas atípicas en un 10% con atenuación de las náuseas y la fotofobia, no siempre unilaterales y mayormente de menor intensidad. Otro 50% son cefaleas secundarias como la arteritis de células gigantes, procesos intracraneales y artrosis cervical que se puede presentar como una cefalea cervicogénica que se diferencia del tipo tensión por ser un dolor un dolor cervical irradiado hacia la parte superior.

En un contexto general, una cefalea de duración breve, de segundos, nos orienta a un dolor neurítico, si dura minutos a pocas horas, será una cefalea en racimos o migraña, y si dura horas a días, puede ser una migraña o cefalea por tensión. La duración de días o semanas, nos hará pensar en cefaleas secundarias.

Tercer Abordaje: Regionalizar la Localización del Dolor

¿En qué parte de la cabeza siente más dolor? Vamos a dividir a la cabeza en tres regiones para caracterizar y focalizar el dolor: Convencionalmente trazamos una línea superior desde la glabella, se continua por los arcos superciliares, borde superior de la oreja, relieve occipital superior y protuberancia occipital externa; y otra línea vertical que pase delante del trago (Jiménez et al., 2015).

De esta forma tenemos la región maxilo facial donde se localizan las algias craneofaciales (como la odontalgia, sinusitis, neuralgia del trigémino, glaucoma o la disfunción temporomandibular (Manual de prácticas clínicas en cefaleas 2020), la región cervical (dolores miofasciales cervicales, tendinitis, artrosis cervical, la neuritis occipital y las cefaleas cervicogénicas. La bóveda craneana es la región donde asienta las cefaleas primarias como la migraña, las cefaleas tensionales, las histamínicas o las secundarias producidas por diversas causas como contusiones, infecciones, inflamaciones o hipertensión intracraneana. Este abordaje nos permite sistematizar los dolores de cabeza de competencia neurológica de otras que corresponden a otras especialidades (O'Mullony, I., Lafuente, A., & Pareja, J. A. (2005). Los dolores de interés para la neurología son preferentemente las cefaleas, las neuritis y neuropatías; nos permitirá también orientar al paciente hacia otras especialidades para su mejor tratamiento. Dos cuestiones a tener en cuenta es que habrá dolores de cabeza reflejos de otras regiones, que obedecen a desordenes sistémicos o que pueden extenderse a más de una región como el caso de las cefaleas hipertensivas y las secundarias a procesos infecciosos generalizados o a hipertensión intracraneana. Otro problema a tener en cuenta es la incapacidad del paciente para delimitar el dolor ya sea por la extensión del dolor, intensidad o por estado de conciencia o emocional. (Organización Mundial de la Salud. 2024).

Cuarto Abordaje: Localización de las Cefaleas

¿Dónde ubica el dolor?, ¿Puede señalar donde localiza el dolor?, Puntualice la zona de mayor dolor.

En el caso de estar frente al grupo de las cefaleas primarias, es importante determinar la localización y extensión del dolor para disminuir las controversias diagnosticas (Villate y Buonanotte, 2023). Esta



puede ser holocraneal cuando el dolor se extiende en toda la bóveda craneana, puede tratarse de una lesión estructural como un proceso expansivo cerebral, una hidrocefalia, una meningoencefalitis, una hipertensión endocraneana o una encefalopatía. El dolor puede extenderse una mitad de la bóveda craneana al cual se le nombra como hemicránea, generando una posibilidad de hematoma subdural, epidural, una arteritis temporal, una cefalea en racimos o una disfunción temporomandibular. Las cefaleas pueden ser unilaterales bien puntualizada que por su localización puede ser periorbitario, frontal, temporal, occipital como las migrañas, las arteritis temporales o las neuralgias del trigémino (Sociedad Andaluza de Neurología, 2012). Las cefaleas bilaterales ya sea bifrontales, bitemporales u occipitales pueden ser tensionales, cervicogénicas o por alteraciones visuales. En ocasiones una lesión puede ser unilateral y en su evolución bilateral u holocraneal (tumores, hidrocefalia, meningoencefalitis). Las cefaleas cambiantes u holocraneales de mediana intensidad corresponden a las cefaleas tensionales, las de localización orbitofrontal y unilateral a las cefaleas en racimos, las migrañas basilares se irradian a la región nucal, las de localización temporal y superficial con endurecimiento y sin pulsatibilidad a una arteritis temporal.

Las cefaleas occipitales son relativamente frecuentes y pueden ser de tipo neurítico por irritación del nervio occipital mayor, o ser secundarias a contractura muscular postural o traumática, compresión vertebral, inflamación artrítica o traumática (Morales, I. 2023).

Quinto Abordaje: Precisar la Modalidad del Dolor

¿Puede describir el tipo de dolor?, ¿Cómo siente el dolor? Este es el momento clave de la anamnesis. Nos permite recordar que hay partes craneoencefálicas que generan dolor y otras que son insensibles, todo dependerá de la presencia de receptores nociceptivos. Las zonas sensibles son los grandes senos venosos, las porciones proximales de la arteria carótida interna y sus ramas iniciales, las arterias meníngicas anteriores y medias, las meninges duras, las arterias de la duramadre y base del cráneo, así como el resto de estructuras extracerebrales. Las vías relacionadas son los nervios trigéminos, glossofaríngeos, vagos, la sustancia gris periacueductal y los tálamos. (Greenberg, D.A., Aminoff, M.J. y Simon, R.P., 2021).

Los dolores por encima de la tienda del cerebelo (hemisferios cerebrales) se proyectan por el trigémino a la zona fronto-parieto-temporal y los dolores infratentoriales hacia la zona occipital a través del



glosofaríngeo, neumogástrico y las tres primeras raíces cervicales. Si el paciente es capaz de caracterizar el dolor como pulsátil, lancinante, opresivo o como latido, se trata del dolor nociceptivo que es producido por una serie de mediadores bioquímicos que se libera a nivel del receptor nociceptivo y activa la transducción en la vía del dolor. Dentro de estas tenemos a la sustancia P, histamina, interleukinas, bradicininas, prostaglandinas, Na⁺, K⁺ y ATP. La activación de los nociceptores genera potenciales de acción que se propagan por los nervios periféricos y terminan en la asta posterior en las láminas I y IV de Rexed.

De aquí, a través de la sustancia P y los receptores opiáceos se hace sinapsis con la vía espinotalámica en la lámina IV de la asta posterior de la medula y región bulboprotuberancial, se decusa y asciende para terminar en el segundo relevo que es el núcleo ventroposterolateral del tálamo. A partir de aquí emerge el tercer relevo o vía tálamo – cortical que termina en la región 3,1,2 de la corteza parietal (Cruciani, R.A. y , Nieto, M.J. 2006). Estaríamos frente a una migraña, una cefalea tensional o una cefalea secundaria. Desde ya se controla con antiinflamatorios, triptanes y/o ergóticos.

En cambio, si el dolor es percibido como una sensación urente, abrasiva, quemante, mal delimitado o en general parestésico, se trataría de un dolor neuropático, y que obedece a alteraciones neurofisiológicas de las vías aferentes tipo Ab que generan descargas en forma de ráfagas de potenciales de acción de alta frecuencia, tanto en fibras lesionadas como en las intactas, originando así la aparición de dolor espontaneo (García, R.C. 2016). Estas alteraciones de la hipersensibilidad neuronal se tratan con estabilizadores de las bombas iónicas de la membrana neuronal como carbamazepina, valproato sódico, gabapentina, etc. El dolor también puede desencadenarse por una disminución del umbral de dolor o alodinia nivel de las zonas de percepción o central (áreas 3, 1, 2) que es un dolor provocado por un estímulo no doloroso, hiperalgesia que es una respuesta exagerada a un estímulo ya doloroso o una hiperpatía que es una reacción dolorosa anormal frente a estímulos repetidos dolorosos y no dolorosos. En este caso estamos frente a un dolor central o por desaferentación como en los dolores de cabeza asociados a trastornos psicoafectivos o exacerbados por trastornos emocionales. Estos responden bien a moduladores centrales: antidepresivos como amitriptilina, duloxetina o venlafaxina.

Las cefaleas secundarias se originan producto de una inflamación o distorsión mecánica de las estructuras sensibles al dolor. Las más frecuentes a tener en cuenta son:



Piel, tejido celular subcutáneo, envolturas tendinomusculares, músculos, arterias superficiales y periostio de la bóveda craneana.

- Ojos, oídos, senos paranasales y fosas nasales.
- Senos venosos intracraneales y sus venas tributarias.
- Algunas partes de la duramadre de la base del cráneo y las arterias de la duramadre y la piamadre.

La matriz ósea, la duramadre de la convexidad del cráneo, el parénquima cerebral y los plexos coroideos son insensibles al dolor debido a la escasez de nociceptores. De todo ello se deduce que los mecanismos que producen dolor en las cefaleas son los siguientes: Tracción o dilatación de las arterias intracraneales o extracraneales, tracción o estiramiento de las venas intracraneales, tracción, compresión o inflamación de los nervios craneales o espinales, especialmente el V1, V2, C1, C2, C3 y los nervios glosofaríngeos, neumogástrico; también las contracturas de los músculos cervicales y la irritación meníngea. (Lasaosa, S.S. y Rosich, P.P. 2020).

Sexto Abordaje: Determinar la Intensidad del Dolor

¿En una escala del cero al diez, donde cero es la ausencia de dolor y diez el máximo dolor, que tan intenso lo está sintiendo? ¿Qué tan fuerte es el dolor que siente? ¿Le incomoda realizar sus actividades diarias?

La intensidad de la cefalea es un dato muy difícil de valorarlo debido al gran componente subjetivo del paciente donde interviene la severidad del estímulo, el componente sociocultural, la experiencia previa, y el estado emocional; de modo que es un reto transformarlo objetivamente. Por ello es aconsejable aplicar una serie de escalas para recoger la percepción de la intensidad e indagar qué actividades en la vida diaria del paciente se interfiere (dejar citas o reuniones, dejar de leer o ver televisión, no ir al trabajo, etc.), con qué nivel se afecta ya sea leve, moderado o intenso y el grado de sufrimiento o afectación emocional que produce. En pacientes con problemas de comunicación hay que valorar la expresividad facial, la posición corporal, modificaciones en su comportamiento, ritmo de sueño y alteración en los signos vitales.

No se puede establecer una relación directa entre la intensidad del dolor y la gravedad del proceso, de modo que podemos tener una cefalea primaria intensa, y una cefalea secundaria inadvertida. Hay algunos procesos expansivos que solo generan cefaleas discretas y pueden llamar la atención por una



crisis convulsiva o una focalización motora. Las cefaleas migrañosas por lo general son de intensidad moderada a intensa que perturba el estado emocional y las actividades laborales. En cambio, las cefaleas tensionales son de intensidad leve a moderada.

A través de la escala visual analógica (EVA), la valoración del 0 al 3 se considera dolor leve, de 4 a 7 dolor moderado y de 8 a 10 intenso. Si bien es una escala práctica, rápida y generalizada, se requiere que el paciente entienda la orden y pueda responder en forma coherente (Vicente Herrero, M. T., Delgado Bueno, S., Bandrés Moyá, F., Ramírez Iñiguez de la Torre, M. V. y Capdevila García, L., 2018).

La intensidad del dolor nos interesa para poder seleccionar el medicamento, la vía de administración y la incapacidad que le genera para sus actividades. En casos leves, podemos utilizar paracetamol o dosis estándar de naproxeno o ibuprofeno, pero si el dolor es intenso, podemos usar desketoprofeno, ketorolaco en sinergia con metoclopramida o metamizol. Si el dolor es entre leve se puede usar la vía oral, si es moderada la vía oral o la intramuscular, y en los casos intensos, la vía endovenosa en bolo o en infusión continua. Las cefaleas intensas, requieren que el paciente esté en reposo y se le puede indicar un periodo de descanso médico. Las migrañas y cefaleas vasculares son intensas lo mismo que las agudas como las hemicráneas paroxísticas o el SUNCT, mientras que las cefaleas tensionales son leves a moderadas y toleradas por el paciente. Dentro de las cefaleas secundarias que muestran gran intensidad tenemos a las hemorragias subaracnoideas, las infecciosas, las neuralgias y las trombosis venosas. Indudablemente que la severidad del dolor es subjetiva, la valoración es indirecta y puede estar influenciada por el estado emocional del paciente y la comorbilidad del momento.

Séptimo Abordaje: Duración de la Crisis Dolorosa y la Presencia de Auras

¿Cuánto tiempo permanece el dolor?, ¿Cuánto tiempo permanece el dolor con la misma intensidad? ¿Es una crisis o un estado de dolor? ¿Ha presentado molestias no dolorosas previo a la crisis? Una crisis de segundos de duración (tic doloroso), corresponde a una neuralgia como del nervio trigémino o del glossofaríngeo; un dolor de minutos a horas de preferencia nocturna es típico de la cefalea en racimos, en promedio dura entre 15 a 180 minutos en forma de crisis recurrentes de 05 a 06 episodios por día; el dolor migrañoso suele durar entre 04 y 72 horas, las hemicráneas paroxísticas hasta 30 minutos. Una cefalea tipo tensional dura entre 30 minutos y 07 días. En todos estos casos, se le denomina crisis. Pero



en ocasiones el dolor persiste y se prolonga por más de 07 días de la semana o 15 días al mes por tres o más meses consecutivos, o más de 180 días al año, en estos casos estamos frente a un estado de cronicidad. En caso de ser continua y de intensidad creciente, sospechar en un síndrome de hipertensión endocraneana. Catalá Meri, M. (2007). Si la cefalea migrañosa dura más de 72 horas en forma continua y no responde a los analgésicos de primera línea, lo consideramos como estatus migrañoso. A esto debemos agregarle las molestias que preceden dentro de los 60 minutos previos al dolor migrañoso que tienen valor localizador de las crisis y que se les denomina auras que dependiendo su presentación lo podemos clasificar de la siguiente manera:

Auras Típicas

Son aquellas manifestaciones neurológicas focales bien caracterizadas que preceden lentamente a un episodio de dolor pero que en ocasiones solo tienen esta expresividad y no se completa el fenómeno denominándose auras típicas sin cefalea.

Auras Visuales: Es la más común y puede presentarse como escotomas centellantes, fotopsias, luces intermitentes, visión borrosa, hemianopsias o dolor ocular (Jaramillo-Mayo, L. M., Alvarán-Mejía, M., Santamaría-Vélez, J.P. y Escobar-Giraldo, M., 2023).

Auras Auditivas: Tinnitus, híper o hipoacusia.

Auras Motoras: parestias, calambres o disminución de la fuerza muscular.

Auras Sensitivas: Parestesias, escozor, trastornos en el gusto, etc.

Auras Atípicas

Son aquellas que se presentan como manifestaciones infrecuentes o que persisten en el tiempo y que obliga a ampliar el estudio diagnóstico para descartar otra patología asociada. Dentro de este grupo lo consignamos a las manifestaciones que se presentan en las migrañas hemipléjicas, migrañas basílicas, etc.

Octavo Abordaje: Factores Desencadenantes y Atenuantes

¿El dolor ha sido desencadenado por algún esfuerzo que ha realizado? ¿Ha consumido algún alimento o medicamento que le ha generado este dolor?, ¿El dolor se modifica con alguna actividad en su trabajo o en su casa?, ¿El dolor se va incrementando con la realización de sus actividades o va cambiando con el

paso de las horas?, ¿Algunas maniobras que realiza, le ayuda aliviar el dolor?, ¿Cómo alivia su dolor de cabeza?

Hay algunas condiciones que desencadenan una cefalea: En el caso de las migrañas, el exceso de ejercicio, tabaco, café, alcohol, alimentos con preservantes, saborizantes o colorantes, el glutamato, la tiramina, el aspartame, el insomnio, las crisis de ansiedad, el inicio de un ciclo menstrual, consumo de anticonceptivos, mal ritmo de sueño, malos hábitos alimentarios, quesos y carnes procesadas, entre otras pueden desencadenar una crisis de migraña (Jurjo, I. 2023). Algunos medicamentos pueden ser generadores de dolores de cabeza como los anticonceptivos, cafeína, Inhibidores de la monoaminoxidasa, vasodilatadores, anfetaminas, etc.

Hay una asociación entre el sexo y los grupos familiares, aunque no se ha precisado el patrón de herencia, en el caso de la migraña hemipléjica familiar (MHF), se ha identificado genes relacionados al dolor localizados en los cromosomas 01 y 19. Hay tres genes relacionados con las auras motoras en esta migraña que codifican transportadores iónicos de calcio: CACNA1A, ATP1A2 y SCN1A. El diagnóstico molecular es posible actualmente mediante el análisis de estos tres genes. (Montufar, M. A. et al. (2018).

La tiramina modifica el tono vascular y actúa como neurotransmisor del cerebro. Cuando se utiliza medicamentos inhibidores de la monoaminoxidasa, incrementa su concentración y también el consumo de ciertos alimentos como chocolate, yogur, soya, quesos, los encurtidos, vino, embutidos y alimentos fermentados. Es decir que las personas que padecen de migraña deben evitar tomar estos alimentos en exceso.

El glutamato monosódico, presente en algunas salsas, alimentos enlatados, pastas y la comida china, potencian el sabor de los mismos y es desencadenante de dolores de cabeza en personas migrañosas, por lo que también se debe recomendar su restricción.

En el caso de las cefaleas agudas hay que investigar si el dolor fue precedido de un esfuerzo, maniobras de Valsalva, contusiones, fiebre o cambio de posición brusca.

También hay que preguntar por actividades que generan alivio como el sueño, el aislamiento, el vómito, alguna maniobra o postura. También hay algunos medicamentos que habitualmente el paciente los consume y le genera alivio. La cefalea en racimos, la cefalea por arteritis de la temporal y la



oftalmoplejía dolorosa o Síndrome de Tolosa Hunt mejoran con corticoides. Las cefaleas que responden a Indometacina son: cefalea de esfuerzo, hemicránea paroxística crónica y hemicránea continua. La neuralgia occipital o Síndrome de Arnold alivia con la infiltración anestésica del nervio occipital mayor. Las cefaleas en racimos se relacionan con los cambios estacionales, las cefaleas tensionales se relacionan con condiciones estresantes como periodos de exámenes, presentación de informes o supervisiones.

Las cefaleas que son desencadenadas por un pujo, un acceso de tos o movimientos bruscos, son características de las cefaleas por hipertensión endocraneana.

El esfuerzo físico que genere maniobras de Valsalva seguida de cefalea holocraneal es sugestiva de hemorragia subaracnoidea.

Los dolores de la neuralgia del trigémino pueden ser desencadenados por la masticación, el aseo dental o de la cara. Y hay que diferenciarlo de la disfunción temporomandibular que se desencadena por aperturas exageradas de la boca como cuando bostezamos.

De igual manera, los periodos de descansos o vacacionales pueden mejorar las cefaleas tensionales y migrañas.

Los descansos laborales, la disminución de ejercicios, la tranquilidad, el silencio y la oscuridad atenúan las crisis de migraña.

Los pacientes migrañosos y con cefalea tensional buscan el decúbito con la cabeza ligeramente levantada para aliviar el dolor y la contractura muscular. Al contrario, en la cefalea en racimos, los pacientes no permanecen en reposo, caminan alrededor y buscan colocarse frente a flujos de aire para aliviar el dolor. (Hernando-Requejo, V., Juárez-Torrejón, N., y Huertas-González, N., 2022).

Noveno Abordaje: Irradiación del Dolor

¿El dolor que siente, se irradia a una zona especial? ¿Hacia dónde se extiende su dolor de cabeza? Algunas migrañas tienen irradiación que nos obliga a descartar una patología asociada como cuando el dolor se irradia al ojo y lo paraliza, o cuando se asocia a un déficit motor como en la MHF.

Los dolores por neuralgia se extienden por el trayecto de su inervación, ya sea a la región facial típico del V1, o V2, o en el caso del glossofaríngeo por el dorso de la lengua y la orofaringe.



Es importante evaluar la irradiación del dolor ya que nos puede orientar hacia un posible diagnóstico: Por ejemplo, un dolor que se irradia a la región ocular puede tratarse de un glaucoma o de un aneurisma; Un dolor que se irradia al hombro, puede ser una artrosis en las primeras vértebras cervicales o a la espalda en el caso de las últimas cervicales.

En las cefaleas cervicogénicas el dolor es unilateral de mayor intensidad a nivel occipital, pero se irradia a la región frontal y a la región del cuello ipsilateral sin topografía radicular y se desencadena por la hiperextensión y la digitopresión muscular (O'Mullony, I., Lafuente, A., & Pareja, J. A. (2005).

Decimo Abordaje: Sintomatología Asociada

La sintomatología que acompaña al dolor puede ayudar en el diagnóstico de la cefalea.

- Los pródromos: Preceden con anticipación de horas a días una crisis de dolor y que consiste en manifestaciones inespecíficas como cansancio, pesadez, pulsación en la frente, irritabilidad, entre otros.

Lo anterior, posibilita la utilización de tratamientos agudos previo a la fase de dolor y por ende prevenir los ataques de migraña (Gago-Veiga, A.B., Vivancos, J., Sobrado, M. 2021).

- Las auras son manifestaciones previas a la crisis de migraña y su presencia, permite clasificarlos en dos tipos: Con auras y sin auras: los escotomas centellantes constituyen el aura visual más común con una incidencia del 90%. Cerca del 30% de las auras incluyen también parestesias en un segmento que se extiende desde la cara al brazo. Algunas auras se manifiestan por disartria o dislalia (Gómez-Otálvaro, M. A., Serna-Vélez, L. 2015).

- Es muy frecuente que el dolor se acompañe de vómitos, sonofobia, alteraciones en el ritmo de sueño que perturban física y mentalmente al paciente con disminución de su rendimiento académico o profesional, incluso llevándole a una ansiedad y miedo anticipatorio de una nueva crisis no solo a la persona sino a la familia.

Las migrañas basílicas se acompañan de cefalea pulsátil occipital con náuseas y vómitos, fotofobia, amaurosis transitorias, alteraciones en la acomodación visual, vértigo, disartria, debilidad bilateral, parestesias, diplopía, ptosis, tinnitus, nistagmo, pérdida auditiva y diferentes grados de afectación del estado de conciencia transitoria. (Díaz-Insa, S., Navarro-Zornoza, M., Sánchez-de la Rosa, R et al. 2023).



La congestión ocular, la rinorrea, el lagrimeo y el rubor facial ipsilateral en un dolor hemicraneal son criterios de las cefaleas histamínicas o en racimos.

La asociación de cefaleas bien delimitadas, a menudo occipitales, con alteraciones conductuales y emocionales, con contracturas musculares, fatiga, mal ritmo de sueño, entre otras, facilitan el diagnóstico de una cefalea tensional o psicógena.

La presencia de fiebre obliga a descartar un cuadro de meningitis, encefalitis o arteritis de la arteria temporal y la existencia de focalización neurológica, una lesión expansiva intracraneal, migraña acompañada o meningoencefalitis. La auscultación de un soplo en el cráneo debe sugerir una malformación arteriovenosa.

En la arteritis temporal es característica la palpación de unas arterias temporales superficiales engrosadas y sin pulso. Se acompaña de dolor de mediana a gran intensidad, hipertermia, malestar general, apatía y velocidad de sedimentación globular incrementada

En la sinusitis, es típica la palpación dolorosa de las áreas cutáneas adyacentes al seno paranasal inflamado.

Decimo Primer Abordaje: los Antecedentes

Es importante preguntar si otros miembros de su familia presentan migraña, pues el 30% tiene ese dato positivo; recoger el resto de antecedentes personales y patológicos como accidentes, otras enfermedades neurológicas, visuales o metabólicas. En mujeres, preguntar sobre régimen catamenial, ciclo menstrual y uso de anticonceptivos. El uso de fármacos vasodilatadores, diuréticos, hormonas, etc. Además, es importante preguntar por las alteraciones del sueño: calidad de descanso, presencia de apneas y/o bruxismo.

Es importante preguntar sobre el consumo de alcohol, nitritos, estado hipercápnico que produce vasodilatación de las arterias cerebrales. La presencia de rinitis, otitis o sinusitis por congestión de los senos paranasales, los problemas de acomodación y agudeza visual producen contracción sostenida de músculos extraoculares; el glaucoma produce incremento de la presión intraocular.

También hay que valorar la presencia de enfermedades osteoarticulares como las espondiloartrosis, la enfermedad de Paget, secuelas de traumatismos encefalocraneanos, etc.



CONCLUSIONES

La cefalea es una molestia universal que afecta a toda la población en algún momento de la vida, algunas son temporales, otras obedecen a causas secundarias y otras se manifiestan en forma recurrente o paroxística. La entrevista es un instrumento fundamental para iniciar el abordaje diagnóstico y terapéutico que se inicia desde el primer contacto con el paciente. Cada pregunta se convierte en un escalón para su estudio, nos permite aproximarnos a la personalidad del paciente, la diferenciación entre cefaleas secundarias y primarias, si es aguda, crónica o recurrente, nos permite determinar la severidad, el grado de incapacidad que puede generar y que condiciones pueden aliviarlo o agravarlo. Por lo tanto, la sistematización de su abordaje es necesario y pertinente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alejandra, G.-O. M., & Laura, S.-V. (2015). *Headache: More than a simple pain*. Medigraphic.com. Recuperado el 28 de marzo de 2024, de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2015/rmn156e.pdf>
- Arias, I., Polanía, M., Villa, M.I. (2021). Banderas rojas en pacientes que consultan por cefalea: conceptos básicos y revisión narrativa de la literatura. [monografía para optar el título de médico, Universidad del Norte; 2021 [citado 04 de marzo del 2023]. 49 p. Disponible de: <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/9789/Tesis%2012340950456.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Boza Calvo , R., & Solano Mena , S. (2021). Effectiveness Analysis of The Implementation of The Strategy of Simulation in Education According to The Perception of The Facilitators Involved in The Process as Of the Second Quarter Of 2016. *Sapiencia Revista Científica Y Académica* , 1(1), 61–77. Recuperado a partir de <https://revistasapiencia.org/index.php/Sapiencia/article/view/14>
- Camello, Á.G., Oria, C.G., y Romero, J.V. (2021). Grupo de estudio de cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). Madrid: [citado 22 de octubre de 2023]. 778 p. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/517469139/Guia-Practica-Cefaleas-SANCE-2021>



- Catalá Meri, M. (2007). Cefaleas: Urgencias para Médicos Internos Residentes. [Internet]. [Citado 08 de mayo 2023]. 05 p. Disponible en: <https://sagunto.san.gva.es/documents/7967159/8053918/CEFALEAS.pdf>
- Cruciani, R.A. y Nieto, M.J. (2006). Fisiopatología y tratamiento del dolor neuropático: avances más recientes. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2006 [citado 9 de abril de 2023];5: 312-327. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v13n5/revision1.pdf>
- Díaz-Insa, S., Navarro-Zornoza, M., Sánchez-de la Rosa, R et al. (2023). Caracterización del manejo del paciente con migraña en Atención Primaria en España. Análisis de los resultados del proyecto europeo My-LIFE anamnesis. Neurología 38 (2023) S22—S30. En: [file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/S0213485321002851%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/S0213485321002851%20(1).pdf)
- Gago-Veiga, A.B., Vivancos, J., Sobrado, M. (2021). The premonitory phase: a crucial stage in migraine. Neurología 36 (2021) 298—304. En: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485317303596>
- García, R.C. (2011). Fisiopatología del dolor neuropático. Actual. Med. Actual. Med. [Internet]. 2011 [citado 24 de febrero 2023]; 96(784). Disponible de: https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/36440/784_45.pdf;jsessionid=819D2195B9E967C23168AC83E4EBC585?sequence=1
- Gómez-Otálvaro, M. A., Serna-Vélez, L. (2015). Cefalea: Más que un simple dolor. Revista Mexicana de Neurociencia Noviembre-diciembre, 2015; 16(6): 41-53. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2015/rmn156e.pdf>
- González, L. M., Roldán, I. M., Fernández, I. A., & Molinero, V. P. (2023). Cefalea aguda en urgencias. Estado migrañoso. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 13(90), 5307-5316.
- Greenberg DA, Aminoff MJ, Simon RP. (2021). Headache & Facial Pain. En: Clinical Neurology [Internet]. 11.^a ed. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2021 [citado 16 de abril de 2023]. <https://neurology.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2975§ionid=251837722>

- Hernando-Requejo, V., Juárez-Torrejón, N., y Huertas-González, N. (2022). Factores nutricionales asociados a la migraña. *Nutrición Hospitalaria*, 39(spe3), 69-73. Epub 21 de noviembre de 2022. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04316>
- Jaramillo-Mayo, L. M., Alvarán-Mejía, M., Santamaría-Vélez, J.P. y Escobar-Giraldo, M. (2023). Cefalea: una consulta frecuente en oftalmología. Guía práctica para oftalmólogos. *Rev Soc Colomb Oftalmol*. 2023;56(2). Disponible en: <file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/Dialnet-CefaleaUnaConsultaFrecuenteEnOftalmologiaGuiaPract-9288476.pdf>
- Jiménez, M. M. D., Ortiz, L. F. D., & Revé, S. V. (2015). Evaluación clínica en Atención Primaria de Salud del paciente con cefalea. *Revista Información Científica*, 92(4), 894–908. <https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/208>
- Jurjo, I. (2023). Infografía de cefalea. Factores desencadenantes de la cefalea [Infografía]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Clínica Familiar y Comunitaria (SEFAC), 2023. DOI: 10.33620/FC.2173-9218.(2023).IFG.027
- Lasosa, S.S. y Rosich, P.P. (2020). Manual de prácticas clínicas en Cefaleas. Recomendaciones diagnóstico terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. [Internet]. España: Ediciones SEN; [citado 8 de abril de 2023]. 476 p. Disponible en: <https://www.sen.es/pdf/2020/ManualCefaleas2020.pdf>
- Manual de prácticas clínicas en cefalea. (2020). [Internet]. [citado 7 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.sen.es/pdf/2020/ManualCefaleas2020.pdf>
- Montufar, M. A. et al. (2018). Migraña hemipléjica familiar: diagnósticos diferenciales y revisión de la literatura. Reporte de caso. *Avances en Biomedicina*, 2018, vol. 7, núm. 1, January-April, ISSN: 2477-9369 / 2244-7881
- Morales, I. (2023). Manejo de cefalea cervicogénica mediante bloqueo great occipital nerve (GON) ecoguiado en el área de urgencias. Reporte de un caso. *Revista Chilena de Anestesia* Vol. 52 Núm. 2 pp. 228-230. Disponible en: <https://doi.org/10.25237/revchilanestv5205011146>
- Muñoz-Cerón JF., Rueda Sánchez M., Pradilla-Vesga OE., Volcy M., Hernández N., Ramírez SF. et al. (2020). Guía de la ACN para el tratamiento preventivo de la migraña crónica. *Acta Neurol Colomb*. 2020; 36(3): 131-149. Recuperado el 28 de marzo de 2024, de



http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-20552000000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

O'Mullony, I., Lafuente, A., & Pareja, J. A. (2005). Cefalea cervicogénica: Diagnóstico, diagnóstico diferencial y principios generales del tratamiento. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(1), 24-32. Recuperado en 28 de marzo de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462005000100005&lng=es&tlng=es

Organización Mundial de la Salud. (2024). Cefaleas. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/headache-disorders>

Ramírez González, J. C. (2022). La Influencia de los Medios de Comunicación en los Juicios. *Estudios Y Perspectivas Revista Científica Y Académica*, 2(1), 27–50. <https://doi.org/10.61384/r.c.a.v2i1.8>

Sociedad Andaluza de Neurología, SEMERGEN, SEMFYC. (2012). Guía rápida de cefaleas. Consenso entre atención primaria y neurología [Internet]. [citado 05 de mayo de 2023]. Disponible en: DOI: [10.1016/j.semerg.2012.02.005](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2012.02.005)

Toledo, J.B., Riverol, M., Martínez-Vila, E., y Irimia P. (2008). Cefalea en urgencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2008; 31:75-85.

Torres Morales, S. (2021). Enfermería en Cuidado a Pacientes con Colostomía en América Latina. *Revista Científica De Salud Y Desarrollo Humano*, 2(1), 66–81. <https://doi.org/10.61368/r.s.d.h.v2i1.17>

Vetvik, K.G., MacGregor, E.A., Lundqvist, C. y Russell, M.B. (2015). A clinical interview versus prospective headache diaries in the diagnosis of menstrual migraine without aura. *Cephalalgia*. abril de 2015;35(5):410-6.

Vicente Herrero, M. T., Delgado Bueno, S., Bandrés Moyá, F., Ramírez Iñiguez de la Torre, M. V. y Capdevila García, L. (2018). Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios / Pain Assessment. Comparative Review of Scales and Questionnaires. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2018. Doi: 10.20986/resed.2018.3632/2017



Villate, S. y Buonanotte, F. (2023). Controversias de la clasificación internacional de las cefaleas, III edición. MEDICINA (Buenos Aires) 2023: 83: 762-77.

<https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol83-23/n5/762.pdf>

Vargas, C. (2023). La Gestión de la Información Personal en el Ámbito Digital. Emergentes - Revista Científica, 3(1), 58–76. <https://doi.org/10.60112/erc.v3i1.21>

Yang, Y.; Siau, K.L. A Qualitative Research on Marketing and Sales in the Artificial Intelligence Age.

Available

online: [https://www.researchgate.net/profile/Keng-Siau-](https://www.researchgate.net/profile/Keng-Siau-2/publication/325934359_A_Qualitative_Research_on_Marketing_and_Sales_in_the_Artificial_Intelligence_Age/links/5b9733644585153a532634e3/A-Qualitative-Research-on-Marketing-and-Sales-in-the-Artificial-Intelligence-Age.pdf)

[2/publication/325934359_A_Qualitative_Research_on_Marketing_and_Sales_in_the_Artificial_Intelligence_Age/links/5b9733644585153a532634e3/A-Qualitative-Research-on-Marketing-and-Sales-in-the-Artificial-Intelligence-Age.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Keng-Siau-2/publication/325934359_A_Qualitative_Research_on_Marketing_and_Sales_in_the_Artificial_Intelligence_Age/links/5b9733644585153a532634e3/A-Qualitative-Research-on-Marketing-and-Sales-in-the-Artificial-Intelligence-Age.pdf)

