

ORIGINALES

Estudio de la frecuentación por cefaleas en atención primaria

E. Ortiz Gordillo y E. Campillos Morillo

Centro de Salud de Montequinto, Sevilla

INTRODUCCION

Las cefaleas constituyen uno de los principales motivos de consulta en neuropediatría, sobrecargando las consultas hospitalarias de dicha especialidad, además de representar el problema neurológico más importante como motivo de consulta en pediatría de atención primaria. Suele ser motivo de preocupación para los padres y para el mismo pediatra pues siempre subyace el miedo a que se trate de un proceso tumoral intracraneal.

La mayoría de las cefaleas suelen presentarse de forma recurrente y en su abordaje es fundamental una rigurosa anamnesis y exploración física minuciosa para diferenciar si se trata de un proceso orgánico o una enfermedad funcional^{1,2}. El tipo de intervención en caso de cefaleas será diferente según el patrón de presentación (cefalea de corta evolución acompañante de procesos infecciosos, cefalea aguda acompañante de patología grave, o bien cefaleas recurrentes con o sin otra sintomatología acompañante).

Se considera que un 66% de niños entre 5-15 años han presentado cefaleas en el último año³. La prevalencia de migraña oscila entre un 3-5% de niños de esta edad. En cuanto a la distribución por sexos varía según la edad, existiendo un ligero predominio en varones en la edad prepuberal y aumentando en la mujer a partir de la pubertad⁴⁻⁶.

Exceptuando las cefaleas secundarias, la etiopatogenia de la mayoría de las cefaleas no está bien establecida. Para su diagnóstico es fundamental una exhaustiva anamnesis y una exploración física lo más completa posible. En la anamnesis se recogerán los antecedentes personales, desarrollo psicomotor, rendimiento escolar, alteraciones del comportamiento, trastornos psicosomáticos, problemas sociales, epilepsia, cardiopatía cianótica, traumatismos previos, historia de cefalea anterior. También se recogerá información sobre las características de las cefaleas (edad de inicio, frecuencia, intensidad del dolor, localización, formas de instauración, síntomas

acompañantes, duración de los episodios, calidad del dolor y evolución en el tiempo, factores relacionados con ella, desencadenantes y/o moduladores y consumo de analgésicos realizado.

En los antecedentes familiares debe buscarse la existencia de migraña y otros tipos de cefaleas o dolores recurrentes. La exploración general debe ser completa incluyendo la presión arterial, así como exploración neurológica, buscando signos de focalidad. Debe completarse con exploración otorrinolaringológica y oftalmológica (fondo de ojo).

Los exámenes complementarios están indicados sólo en un pequeño porcentaje de pacientes. Cuando nos encontramos ante una historia clínica típica de cefalea primaria y cumple los criterios diagnósticos admitidos actualmente no es necesario realizar exámenes complementarios adicionales⁷. Igualmente para los casos de migraña que cumplen los criterios de la IHS (*International Headache Society*)^{8,9}. Las pruebas de laboratorio, radiología, EEG, TAC craneal, RNM craneal y otras irán siempre dirigidas y fundamentadas por una sospecha diagnóstica concreta como hipertensión intracraneal, sospecha de proceso expansivo y síntomas de focalidad neurológica, entre otros^{1,2,7,10}.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

1. Conocer la frecuentación por cefaleas, como principal motivo de consulta, en la población infantil atendida en una consulta de pediatría de un centro de salud.
2. Analizar las causas más frecuentes de cefaleas en nuestro medio.
3. Valorar la capacidad de resolución de dichos problemas en el ámbito de la atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizan 2.045 visitas realizadas de forma consecutiva durante un período de 5 meses a una con-

sulta de Ppediatría de un centro de salud, para valorar cuántos niños consultan por cefaleas como principal motivo de consulta, excluyéndose aquellos casos de presentación como síntomas acompañantes a otros cuadros clínicos como parte del complejo sintomático y cefaleas agudas sintomáticas.

A todos los pacientes afectos de cefaleas se les realizó historia clínica, incluyendo antecedentes personales y familiares, exploración general y neurológica y exámenes complementarios orientados siempre en función de la sintomatología y de la sospecha diagnóstica de presunción.

RESULTADOS

Se realizan un total de 2.045 consultas de niños entre 0 - 14 años, de las cuales 18 correspondieron a cefaleas, lo que supone el 0,88% de las visitas. El rango de edad para los niños afectos de cefaleas osciló entre 5 y 12 años y medio, no encontrándose ningún caso por debajo de los 5 años de edad. La distribución por edades puede verse en la figura 1. En la distribución por género no se encontró diferencia (9 varones y 9 mujeres). En todos los casos las cefaleas fueron debidas a procesos benignos, correspondiendo 10 a sinusitis maxilares/frontales, 5 a migrañas y 3 a cefaleas tensionales. No se encontró ningún caso de hipertensión intracraneal, ni de proceso expansivo endocraneal durante el período de estudio y seguimiento. No se realizó ninguna derivación hospitalaria para ingreso, ni a consultas externas de neuropediatría. Después de 4 años de seguimiento todos los niños han evolucionado favorablemente respecto a las cefaleas y 2 de ellos han desarrollado dolores abdominales recurrentes.

DISCUSIÓN

Siendo las cefaleas un proceso muy frecuente en la infancia, que genera numerosas derivaciones hospitalarias, en nuestro medio hemos encontrado una baja frecuentación por dicho motivo. Si consideramos la proporción de pacientes que consultan por este síntoma sobre el total de las consultas realizadas, observamos que genera menos del 1% de las visitas. Sin embargo, pensamos que existen numerosos pacientes con cefaleas de escasa entidad que no consultan de *motu proprio* y sólo comentan la existencia de cefaleas esporádicas cuando acuden a consulta por otros procesos diferentes.

En un estudio realizado en nuestro propio centro sobre los diferentes motivos de consulta por dolor pediátrico¹¹, las cefaleas ocupan el cuarto lugar des-

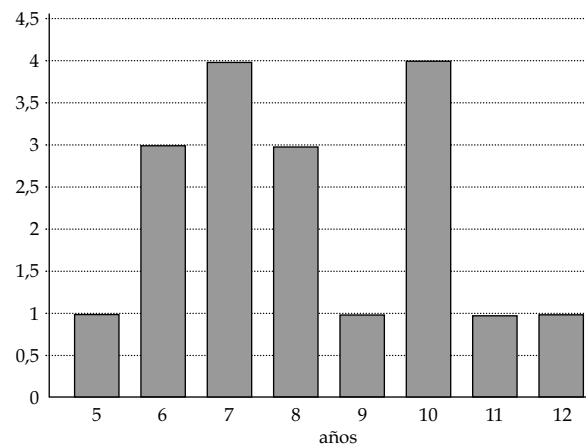


Figura 1. Distribución por edades.

pues de la otalgia, la odinofagia y el dolor abdominal, situándose ligeramente por debajo de este último.

Consideramos que la mayoría de las cefaleas no van a precisar ingreso ni derivación hospitalaria, siendo sólo necesario en cefaleas crónicas y progresivas o que se acompañen de otros síntomas neurológicos.

Basándonos en recomendaciones de expertos¹, nosotros hemos seguido los siguientes criterios de derivación hospitalaria:

- Toda cefalea secundaria a una enfermedad orgánica intracraneal.
- Cefalea crónica diaria refractaria.
- Cefalea acompañada de importantes problemas médico-quirúrgicos.
- Cefaleas que interrumpen y comprometen la actividad de la vida diaria.
- *Status* migrañoso.
- Cefaleas acompañadas de fiebre de origen desconocido.

A todos los pacientes se les ha observado estrechamente y se les han ido realizando las pruebas necesarias, de forma gradual, en función de la evolución y siempre teniendo en cuenta los siguientes signos de alarma^{1,2,3}:

- Tiempo de evolución corto.
- Curso clínico progresivo.
- Localización muy definida.
- Síntomas acompañantes no vegetativos.
- Astenia, pérdida de apetito, pérdida de peso.
- Aparición de torpeza en los movimientos.
- Exploración neurológica alterada.
- Cefalea de inicio en un paciente con cáncer o infección por VIH.
- Papiledema.

En el diagnóstico y seguimiento de nuestros pacientes no hemos realizado ningún EEG, dado el escaso valor que tiene en la evaluación de las cefaleas, criterio en el que coinciden numerosos estudios con alto nivel de evidencia y está indicado sólo si se sospecha epilepsia^{7,12}.

Consideramos que en atención primaria puede realizarse un adecuado diagnóstico y fundamentalmente un buen seguimiento de los niños afectados de cefaleas y que un objetivo a conseguir en los próximos años es que el pediatra cuente con los medios necesarios para el mismo, cuando sea necesario para un diagnóstico más completo (TAC, RNM...). Esto ayudaría no sólo a descargar las consultas hospitalarias, sino que evitaría molestias innecesarias a los pacientes.

CONCLUSIONES

1. En nuestro medio se encuentra una baja frecuentación por cefaleas como principal motivo de consulta.
2. Una buena orientación clínica ahorra molestias y estudios complementarios innecesarios al paciente y evita sobrecarga hospitalaria.
3. Sería conveniente reforzar la formación pediátrica continuada en temas de este tipo para una mejor orientación clínica de estos niños.
4. Los pediatras de atención primaria deben tener acceso a las pruebas complementarias necesarias para el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rufo Campos M. Cefaleas en la infancia y adolescencia. *Pediatr Integral* 1999; 3(4): 440-55.
2. Riera D. Cefaleas. En: Bras J, de la Flor, JE, Masvidal RM, eds. *Pediatría en Atención Primaria*. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona. 1997: 205-208.
3. Abu Arefeh. Prevalence of Headache and Migraine in Schoolchildren. *BMJ* 1994; 309:765-769.
4. Bille B. Pediatric headache epidemiology. *Cephalalgia* 1995; 15:4.
5. Lipton RB, Goadsby P, Silberstein SD. Classification and Epidemiology. *Clin Cornerstone* 1999; 1(6): 1-10.
6. Palencia R, Sinovas MI. Prevalencia de migraña en una muestra de población escolar. *Rev Neurol* 1997; 25 (148): 1879-82.
7. Pihko H. Headache in children. *Evidence Based Medicine Guide*, 1998.
8. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1998; 8 (supl 7): 1-96.
9. Seshia SS, Wolstein JR, Adam C. International Headache Society Criteria and Childhood Headache. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1994; 36: 419-428.
10. Pryse-Phillips W, Dodick DW, Edmeads JG, Gawel MJ, Nelson RF, Purdy RA, et al. Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. *CMAJ* 1997; 156: 1273-1287
11. Ortiz Gordillo E. El dolor pediátrico como motivo de consulta en atención primaria. *Vox Paediatr*, 2002; 10(1): 49-50.
12. Dooley JM, Gordon KE. Headaches in childhood. En: Feldman BC. *Evidence based pediatrics*. Decker Inc. Hamilton, London, Saint Louis-2000: 243-265.