

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE
"GRAL. PEDRO AGUSTIN PEREZ"
GUANTANAMO

**CEFALEA DIARIA Y MIGRAÑA.
ESTUDIO DE 4 AÑOS**

Dra. Aniuska Rodríguez Tudela¹, Dra. Elba Idania López López²

RESUMEN

El incremento de los casos en la consulta de Neuropediatría del Hospital Pediátrico Docente "Leonor Pérez Cabrera" en el período comprendido desde enero de 2004 hasta diciembre de 2008, permitió realizar un estudio clínico epidemiológico de 132 niños y adolescentes para evaluar: tipo de cefalea, su diagnóstico y tratamiento. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, síntoma que motivó la consulta, vía de acceso a la misma, medicamentos más usados en el alivio de la cefalea, frecuencia en que fueron utilizados y evolución con el tratamiento no farmacológico. Predominó el sexo femenino y de los grupos etarios entre 9 y 14 años. El motivo principal de asistencia a consulta fue la presencia de cefaleas diarias debido a la ingestión abusiva de analgésicos, principal factor desencadenante de las crisis siendo todos estos pacientes migrañosos y con mejoría evidente con el tratamiento no farmacológico.

Palabras clave: CEFALEA/diagnóstico; CEFALEA/terapia; TRASTORNOS MIGRAÑOSOS/epidemiología.

INTRODUCCION

La cefalea constituye, tal vez, el estado doloroso más frecuente y supone un motivo reiterado de consulta; Tal es así que la cefalea, junto al estrés constituyen las enfermedades de la civilización occidental.¹

El dolor de cabeza no es un invento moderno, increíblemente la cefalea ha sido un problema y ha constituido objeto de estudio desde épocas muy lejanas; en los registros médicos de las civilizaciones antiguas e incluso del hombre prehistórico, existen evidencias de que el ser humano se vio enfrentado con

¹ *Master en Atención Integral al Niño. Especialista de I Grado en Pediatría. Diplomada en Neuropediatría.*

² *Master en Atención Integral al Niño. Especialista de II Grado en Pediatría. Asistente.*

este problema y buscó formas de aliviar el dolor con medios quirúrgicos como la trepanación (orificios que se practican en el cráneo cuando hay aumento de la presión intracraneal).²

Con el paso del tiempo, el control de la cefalea se ha vuelto más difícil porque nuestras sociedades modernas se han impregnado de muchos hábitos y costumbres que son productoras o favorecedoras de cefalea, como lo son algunos hábitos alimentarios, el estrés, la ingestión de medicamentos de forma indiscriminada, las drogas.³

Por otra parte, las personas aquejadas por ella acuden siempre a la ingestión de medicamentos y como muchas veces no encuentran alivio ingieren mayor cantidad de éstos, convirtiéndose en consumidores abusivos de analgésicos y otros fármacos contribuyendo de forma importante a la transformación de los dolores de cabeza episódicos en diarios.

METODO

Se realiza un estudio descriptivo transversal con los niños y adolescentes que acuden a la consulta de Neuropediatría del Hospital Pediátrico Docente "Leonor Pérez Cabrera" en el período comprendido desde enero de 2004 hasta diciembre de 2008. El universo estuvo constituido por los 132 pacientes que asistieron a la consulta de Neuropediatría durante el período de estudio. Los pacientes deben satisfacer los siguientes requisitos:

1. Disposición de los padres para que sus hijos participen en la investigación.
2. Que fuera posible completar un período de observación de 12 meses para cada paciente luego de iniciar el seguimiento.
3. Que la edad comprendiera a pacientes pediátricos.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, motivo de consulta y vía de acceso a ella, medicamentos usados para aliviar los síntomas y frecuencia así como evolución con el tratamiento no farmacológico.

La información se obtuvo a partir de la revisión de las historias clínicas de los pacientes, agenda de cefalea y de entrevistas realizadas a los familiares. Los datos fueron registrados en un formulario confeccionado por los autores.

La información científica que sirvió de base para este estudio se obtuvo mediante investigaciones bibliográficas en los Centros de Información de Ciencias Médicas de Ciudad de la Habana y Guantánamo, las que se hicieron mediante el sistema automatizado de MEDLINE, LILACS, Current Contents y sitios web.

RESULTADOS Y DISCUSION

En la Tabla 1 se registró la distribución de los pacientes (niños y adolescentes) según edad y sexo. En relación a la edad, el mayor número de pacientes correspondió con el grupo de 8 a 14 años, 89 (67.5 %) y según sexo, prevaleció el femenino con 89 pacientes (67.5 %).

La migraña es una enfermedad que afecta a un porcentaje determinado de la población en general. Estudios realizados concluyeron que la migraña predominó entre las cefaleas en escolares del sexo femenino.⁴

Otras revisiones hablan a favor del grupo etario de 7-9 años con mayor número de casos, la mediana para algunos oscila a la edad de 10 años.^{5,6} Sin embargo, se plantea que la migraña debuta en la adolescencia y, específicamente, en el sexo femenino, considerando que aparece con mayor frecuencia a los 12 años de edad y antes de los 18 años, específicamente, lo que se corresponde con nuestros resultados.^{7,8,9}

Aunque hay que decir que antes de la pubertad se produce una inversión de esta frecuencia y el varón migrañoso predomina sobre la mujer.¹⁰ En la adolescencia predomina la migraña en el sexo femenino y reflejan algunos estudios que la afección tiene dos a tres veces mayor.^{5,11} Existe un claro predominio de migraña en mujeres.

Se encontró que el mayor número de pacientes asistió por la presencia de cefalea diaria 115 (87.1 %), desde el punto de vista asistencial el mayor porcentaje de pacientes atendidos fueron los no remitidos 60 (45.4 %) (Tabla 2).

El motivo fundamental de asistencia a consulta fue los dolores de cabeza diarios, esto se corresponde con bibliografías donde un consumo desmedido de analgésicos provoca cefalea diaria y preocupación ante el temor a un tumor cerebral afección más temida cuando se tienen síntomas de este tipo 12, el

desconocimiento y la sensación de estar en presencia de un daño cerebral mayor o ser esta cefalea una expresión de una enfermedad maligna, insita a la asistencia a consulta , por lo que nuestros hallazgos se corresponden con los encontrados por otros autores.^{8,10,11}

Aunque no ha sido tema visto en estudios anteriores, el mayor numero de pacientes que asisten no son remitidos, consideramos se trate de la mala orientación que tiene la comunidad respecto a esta enfermedad crónica no transmisible.

En la Tabla 3 se agrupan a los pacientes en relación a los analgésicos tomados. Abusaron del consumo de analgésicos principalmente la duralgina, 67 pacientes (58.2 %), los cuales tomaban el medicamento cada vez que presentaban las crisis.

En nuestra casuística, el consumo de analgésicos constituyó el factor desencadenante fundamental de las crisis de migraña y el motivo principal de asistencia a consulta. El analgésico más utilizado por los pacientes fue la Dipirona con automedicación y con la utilización del conocimiento previo de la dosis usada para otras enfermedades. Se considera su mayor uso por la mayor disponibilidad del medicamento. La administración desmedida se manifestó proporcionando menos alivio del dolor, siendo la frecuencia de las crisis en el mayor número de casos, diarias o dos veces por semana.

La evolución de los pacientes atendidos se muestra en el Gráfico 1, evolucionó satisfactoriamente el mayor número de pacientes 106 (80 %) solo con medidas generales; con la misiva "El mejor medicamento es aquel que no se toma", se logró en primer lugar, introducir cambios en la dieta, en el ritmo de sueño, en determinados hábitos de consumo como el alcohol, la supresión de determinadas medicaciones, modificar condiciones físicas ambientales, como estímulos sensitivos intensos, tal como se plantea en otros estudios^{12,13}, donde se hace énfasis en que el paciente debe conocer, aplicar y mantener esta variante de tratamiento pues sus resultados son muy beneficiosos, refiriéndose a personas sometidas al mismo, que el dolor se hace perceptible y las crisis se alejan más unas de otras.¹⁴⁻¹⁷

CONCLUSIONES

1. Predominó el sexo femenino y las edades entre 9 y 14 años.
2. El mayor número de pacientes asistió a consulta por la aparición de episodios diarios de cefalea y no fueron remitidos desde la Atención Primaria de Salud, es decir, llegaron espontáneamente desde la comunidad.
3. La Dipirona fue el medicamento más usado en el intento de aliviar los síntomas provocando la frecuencia diaria de cefalea.
4. El 80 % de los pacientes experimentó una evolución favorable con el tratamiento no farmacológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Reyes Lorente R, Sánchez A, Busquet M. La Migraña y yo. Taller, Servicex. La Habana: Mincex; 2001.
2. Herrera M, Gracia R, Santana C, Jiménez A, Ayala J, Cuadrado P. Demanda asistencial neuropediátrica en un hospital general. An Esp Pediatr. 2000; 53:106-11.
3. Lewis Donal W, Gozzo Yeisid F. The Other primary headaches in children and adolescents. Pediatric Neurology. 2005; 33(5):303-13.
4. Cárdenas Giraudi A, Llanes Cerero M, Moroño Guerrero M, Pozo Lauzan D. Trastornos Psicopatológicos comorbidos de la Migraña. Rev Cubana Pediatría. 2004; 76(4).
5. Rodillo B. Cefalea en el niño: utilidad de la clasificación internacional de cefalea (IHS) 1988. Rev Chil Pediatr. 2000;71(6):497-502.
6. Behrman, Kliegman, Arvin. Migraña. En: Nelson Tratado de Pediatría. 16th. tIII. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 2007.p. 2117.
7. Arroyo HA. Cefalea en la infancia y la adolescencia. Clasificación etiopatogénica. Rev Neurol. 2003; 37:364-70.
8. Colectivo de Autores. Temas de Pediatría. t4. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999.p. 102-111.
9. Palencia R, Sinovas M. Epidemiología y manifestaciones clínicas de la Migraña en el niño. An Esp. Pediatr. 1997; 98(acts II):181-83.

10. Breitman F. Aspectos clínicos de las cefaleas en la edad pediátrica. Rev Hosp.. Niños B Aires. 2000; 42(187):126-34.
11. Campos Castelló J. Jaquecas infantiles. Rev Esp Neurol. 1990; 3 :178-89.
12. Cárdenas Giraudy A, García Martínez D, Pozo Lauzan D. Migraña. Estudio Clínico-Genético en niños y adolescentes. Rev Cubana Pediatr. 2005; 77(1):p3-7.
13. Delgado F. La migraña en atención primaria, revisión y actualización. SEMERGEN. 2000; 26 : 248-54.
14. The International Classification of Headache Disorders. Cephalalgia. An International Journal of Headache. 2004; 24(suppl1) :16-23.
15. Cárdenas A, Moroño M, Pozo D, Pozo A. Utilidad de la Agenda de la Cefalea en el diagnóstico de Migraña en el niño y adolescente. Rev Cubana Pediatr [seriada en internet]. 2005[citada: 24 feb 2009]; 78(6). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol76_4_04/ped09404.htm
16. Cárdenas A, Pozo D, Moroño M, García D. Migraña factores predisponentes y desencadenantes en adolescentes. Revista Avances Médicos de Cuba. 2005; (IV).
17. Cárdenas A, Agramante C, Orbera L. Causas ambientales para la cefalea. Revista Avances Médicos de Cuba. 2006:34-6.

TABLA 1. EDAD Y SEXO.

SEXO	3 - 8 AÑOS	9 - 14 AÑOS	15 - 18 AÑOS	TOTAL
Femenino	11	55	23	89 (67.5%)
Masculino	5	34	4	43 (32.5%)
TOTAL	16 (12.1 %)	89 (67.5 %)	27 (20.4 %)	132

Fuente: Entrevista.

TABLA 2. MOTIVO FUNDAMENTAL DE ASISTENCIA A CONSULTA.

MOTIVO PERSONAL	No.	%
Episodios diarios	115	87
Trastornos visuales	32	24
Trastornos autonómicos	48	36
MOTIVO ASISTENCIAL		
Remitido APS	58	43.9
Ingresado	14	10.6
Comunidad	60	45.4

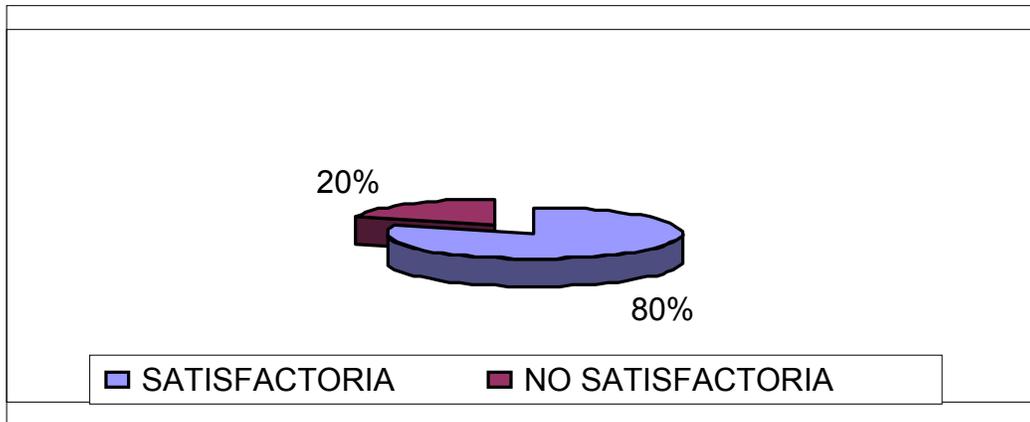
Fuente: Historia clínica. 67 pacientes (58.2%).

TABLA 3 PRINCIPALES MEDICAMENTOS USADOS Y FRECUENCIA DE ADMINISTRACION.

TRATAMIENTO ANTES DE LA CONSULTA	DIPIRONA(600 MG)		PARACETAMOL(500 MG)	
	No.	%	No.	%
Cada crisis	67	58.2	31	26.9
Diaria	31	26.9	22	19.1
Ocasional	17	14.7	9	0.7

Fuente: Entrevista.

GRAFICO 1. EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON EL TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.



Fuente: Agenda de cefalea.