

Comportamiento de la cefalea migrañosa: interconsulta de proyección comunitaria

Behavior of migraine headache: community projection interconsultation

Aniuska Rodríguez Tudela,^I Aida Cárdenas Giraudy^{II}

^IEspecialista de I Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al niño. Diplomada en Neuropediatría. Policlínico Santiago de las Vegas. Provincia Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al niño y en Bioenergética. Profesor Auxiliar de Pediatría. Diplomada en Administración de Salud.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. El tratamiento del paciente migrañoso es controversial y difícil, a lo cual se suma el hecho de que la migraña es el motivo de consulta más frecuente en atención primaria de salud y en las áreas de urgencias. El objetivo del presente estudio fue evaluar el comportamiento de la migraña en niños y adolescentes que abusaron del consumo de analgésicos antes del diagnóstico y el patrón de presentación de la migraña cambió y esta se convirtió en cefalea diaria.

MÉTODOS. Se realizó un estudio clínico-epidemiológico con 80 niños y adolescentes que se atendieron en la consulta de neuropediatría en el Hospital "Leonor Pérez", como parte del algoritmo de la consulta de cefalea originario del Hospital Pediátrico "William Soler" y generalizado al Municipio Boyeros.

RESULTADOS. Predominó el sexo femenino (67,5 %) y las edades entre 9 y 14 años (68,7 %). El antecedente familiar más relevante fue el de migraña (42,5 %), por vía materna, y el motivo principal de consulta fue la existencia de crisis migrañosa diaria producida por la ingestión excesiva de analgésico (duralgina), lo cual se convirtió en el principal factor desencadenante de las crisis.

CONCLUSIONES. El hecho de que la mayoría de los pacientes tuvieran madres migrañosas pudiera demostrar el posible carácter genético de la dolencia. La ingestión excesiva de analgésicos del tipo de la duralgina resultó ser el principal factor desencadenante de las crisis.

Palabras clave: Cefalea diaria, analgésicos, factores desencadenantes, antecedente patológicos familiares, auto prescripción.

ABSTRACT

INTRODUCTION. The treatment of the migraine patient is controversial and difficult, in addition to the fact that migraine is the most frequent chief complaint in primary health care and in the emergency areas. The objective of this study was to evaluate the behaviour of migraine in children and adolescents that abused analgesics before the diagnosis. The pattern of presentation of migraine changed and it became a daily headache.

METHODS. A clinical epidemiological study was conducted among 80 children and adolescents that were seen at the Neuropediatrics Department of "Leonor Pérez" Hospital as part of the algorithm for headache consultation originated at "William Soler" Pediatric Hospital and generalized in Boyeros municipality.

RESULTS. The female prevailed (67.5 %), as well as the ages 9-14 (68.7 %). The most significant family antecedent by maternal route was migraine (42.5 %) and the chief complaint was the existence of daily migraine crises produced by the excessive ingestion of analgesic (dipyrone), which became the main triggering factor of the crises.

CONCLUSIONS. The fact that most of the patients had migraine mothers could show the possible genetic character of the affection. The excessive ingestion of analgesics, such as dipyrone proved to be the main triggering factor of the crisis.

Key words: Daily headache, analgesics, triggering factors, pathological family history, selfprescription.

INTRODUCCIÓN

Hasta hace poco la clasificación y los criterios diagnósticos para la migraña y otras cefaleas estaban basados en la clasificación establecida por un Comité del Instituto de Enfermedades Neurológicas de EE.UU. en 1962. Pero las descripciones ofrecían dificultades para los investigadores y aún más para el médico práctico.¹ Un cuarto de siglo después fueron reclasificadas y nuevos criterios diagnósticos se establecieron, incluso el de la migraña y sus variantes, por el Comité de la Sociedad Internacional de Cefalea, reconociéndose varios tipos de migraña.²⁻⁴

En los últimos años se investiga cada vez más acerca del mecanismo que subyace en la génesis de los ataques o crisis de migraña, pero su etiología sigue aún siendo desconocida planteándose la posibilidad de un origen genético.^{3,4}

La edad de inicio puede ser sumamente variable, desde la infancia hasta por encima de la séptima década, pero lo más habitual es que se presente en la adolescencia.^{5,6} La migraña es una enfermedad que afecta al 10-17 % de la población, con una frecuencia más de 2 veces superior en la mujer. Alrededor del 70 % de los pacientes presentan una historia familiar de cefalea.^{2,3}

La frecuente observación de una cefalea diaria con fenómenos de rebote y abuso analgésico, en pacientes con antecedentes de migraña, obliga a una reflexión que muy probablemente nos conducirá a modificar determinadas actitudes profesionales consolidadas por el tiempo, pero que los avances en el conocimiento sobre la migraña, las han convertido en anacrónicas.⁴

La migraña es una enfermedad que requiere tratamiento siempre, con la atención y conocimiento del tema se debe conseguir alejar al paciente del recurso a la autoprescripción y alertarlo del riesgo que comporta. El manejo racional de la migraña y en especial de la cefalea diaria, debe basarse en la prescripción de un esquema de alimentación saludable, modificar modos y estilos de vida, y lograr que no se anticipe el consumo analgésico para evitar el desarrollo de la crisis; ya que se convierten en una plataforma idónea para entrar en el abuso de analgésicos.

Los pacientes con estos trastornos constituyen un reto para el médico general integral, el pediatra y el neuropediatra, por la elevada prevalencia de la enfermedad, sus dificultades terapéuticas y su costo económico para el sistema de salud.^{7,8} Teniendo en cuenta estas razones y la importancia del tema, se realizó un estudio para establecer el comportamiento de variables clínico epidemiológicas, así como la identificación de los factores desencadenantes de las crisis de cefaleas diarias en niños y adolescentes.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y longitudinal en el Hospital Pediátrico «Leonor Pérez» en Ciudad de La Habana, en el período comprendido de Septiembre de 2004 a Septiembre del 2006, se incluyó ambos meses. El universo de estudio lo constituyó 80 niños y adolescentes cifra que se asumió como muestra, que asistieron a la consulta de Neuropediatría y tenían el diagnóstico de migraña con comportamiento diario en su mayoría, los cuales formaban parte del algoritmo de la consulta de Cefalea del «William Soler», que se les aplicó el enfoque comunitario para determinar el comportamiento clínico epidemiológico. De los 80 pacientes, 73 presentaron cefalea migrañosa agravada o precipitada por el uso y abuso de analgésicos sin llegar a ser modificada por ellos, siendo este el principal factor desencadenante de estas crisis migrañosas.

El antecedente familiar de migraña se determinó mediante el interrogatorio al familiar acompañante. El resto de las variables se obtuvieron del interrogatorio y la revisión de las agendas de cefaleas.

RESULTADOS

Existió un predominio del sexo femenino con un valor de 67,5 % con 54 pacientes, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en la proporción hembras migrañosas y varones con migraña ($p=0.0071$). En relación a la edad, se muestra que el mayor número de pacientes se correspondió con el grupo de 9 a 14 años (68,75 %), existió diferencia significativa desde el punto de vista estadístico con los 2 grupos restantes de edades 3-8 años y 15-18 años (adolescencia tardía) con la siguiente significación estadística $p=0.0037$ y $p=0.0021$, respectivamente ([tabla 1](#)).

Tabla 1. Distribución de pacientes según sexo y edad

Sexo	Grupo de edades			Total
	3-8 años	9-14 años	15-18 años	
Femenino	9	33	12	54 (67,5%)*
Masculino	1	22	3	26 (32,5%)*
Total	10 (12,5%) ¹	55 (68,8%) ²	15 (18,7%) ³	80

*p=0.0071 ²⁻¹p=0.0037 ²⁻³p=0.0021

Fuente: Entrevista

En la [tabla 2](#) se agruparon los niños y adolescentes teniendo en cuenta los antecedentes patológicos familiares, siendo la migraña el que mayor número de casos acumuló (65 %), la vía materna fue más específica (42,5 %).

Tabla 2. Antecedentes patológicos familiares presentes

Antecedentes patológicos familiares	Vía materna		Vía paterna		Total de familiares	
	No.	%	No.	%	No.	%
Migraña	34	42,5	18	22,5	52	65,0
Trastornos psiquiátricos	2	2,5	0	0	2	2,5
Epilepsia	8	10	12	15,0	20	25,0
Trastorno de regulación autonómica	5	6,25	3	3,75	8	10,0
Alergia	26	32,5	4	5,0	30	37,5

Fuente: Entrevista

La [tabla 3](#) muestra los principales factores desencadenantes de las crisis en los niños y adolescentes atendidos, dividido en 4 grupos. Representó el mayor porcentaje, la ingestión excesiva de medicamentos, específicamente los analgésicos (91,2 %), otro factor desencadenante que predominó fue la ingestión de determinados alimentos (77,5 %), seguido del ejercicio físico intenso (70 %).

Tabla 3. Principales factores desencadenantes de las crisis

Factores desencadenantes	No.	%
Factores mentales y endógenos		
Alteraciones del sueño	32	40
Estrés psíquico	18	22,5
Menstruación	4	5,0
Ayuno prolongado	26	32,5
Sustancias ingeridas e inhaladas		
Ingestión de determinados alimentos	62	77,5
Bebidas (alcohol, vino tinto)	4	5,0
Alergenos	12	15,0
Fármacos administrados		
Analgésicos	73	91,2
Esteroides	16	20,0
Otros		
Ejercicios físicos intensos	56	70,0
Tiempo atmosférico	10	12,5

Fuente: Historias clínicas

En la [tabla 4](#) se muestran los analgésicos empleados por los pacientes antes de la primera consulta, la frecuencia con que lo ingerían, así como la frecuencia de las crisis con el uso de cada uno en particular. De ellos, 73 pacientes tuvieron como factor desencadenante de las crisis, la ingestión de analgésicos; el mayor número de pacientes, es decir 46 casos (63,01 %) abusaron del consumo de éstos, ingirieron en cada crisis independientemente del número de ellas, siendo el más usado la duralgina con 30 pacientes (41,09 %); el resto de los analgésicos fueron usados en menor cuantía. En relación a las frecuencias de las crisis, motivo de consulta en niños y adolescentes se comportó de la siguiente forma: con crisis diarias o migraña asociada a crisis diarias, el mayor número de casos 31(42,46 %) de los cuales 24 (32,87 %) se correspondió con la duralgina, seguido en frecuencia de crisis, el comportamiento de los dolores 2 veces por semana, es decir, hasta 8 ataques al mes con el mayor número de casos que tomaban duralgina.

Tabla 4. Frecuencia de administración de analgésicos y del número de crisis antes de la consulta

N=73	Tratamiento con analgésicos antes de la consulta									
	Duralgina (600 mg)		Paracetamol (500 mg)		Ibuprofeno (400 mg)		Mixto		Total	
Frecuencia de Administración	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Cada crisis	30	41,09	8	10,95	3	4,10	5	6,84	46	63,01
Diaria	4	5,47	2	2,73	0	0	3	4,10	9	12,32
Ocasional	9	12,32	6	8,21	1	1,36	2	2,73	8	24,65
Frecuencia de las crisis										
Crisis diarias	24	32,87	4	5,47	2	2,73	1	1,36	31	42,46
1v x semana	5	6,84	2	2,73	1	1,36	1	1,36	9	12,32
2v x semana	11	15,06	6	8,21	1	1,36	3	4,10	21	28,76
1v x Quincena	2	2,73	3	4,10	0	0	2	2,73	7	9,58
2v x mes	1	1,36	1	1,36	0	0	3	4,10	5	6,84

Fuente: Entrevista

DISCUSIÓN

En el estudio predominó el sexo femenino, este dato se corresponde con las bibliografías consultada, que plantean que la migraña es una enfermedad que afecta a un número determinado de la población en general, con una frecuencia más de 2 veces superior en la mujer.⁹⁻¹¹ Aunque hay que decir que antes de la pubertad se produce una inversión de esta frecuencia y el varón migrañoso predomina sobre la mujer. En la adolescencia predomina en el sexo femenino.^{12,13} *Breitman*,⁸ reflejó en su estudio que la afección tiene 2 a 3 veces mayor prevalencia en el sexo femenino que el masculino.

De forma similar a lo planteado por las bibliografías se observó que es poco frecuente en niños menores de 3 años. Siendo más común a partir de la pubertad, hecho que ha motivado el estudio de las hormonas sexuales en la enfermedad. Se señalan que en niños y adolescentes la prevalencia es de 3 al 11 %.¹⁴ En una publicación de salud en Cuba se reportó el 2 %.¹⁵

El dolor de cabeza, desde el punto de vista neurológico, es una de las quejas más frecuentes en la infancia. Cuando se consultan series muy amplias de cefalea,¹⁶⁻¹⁷ se encontró que el 2,5 % de los niños escolares sufren de esta afección, frecuente en las edades de 7 y 8 años, siendo más evidentes a los 9 años y 12 años, presentan quejas similares al respecto, el grupo de más de 15 años, es también susceptible a presentar al menos un dolor o crisis de forma crónica.

Pascual,¹⁸ planteó que la migraña es un trastorno genético específico que afecta la estabilidad vascular y se caracteriza por ataques paroxísticos de dolor cefálico con intervalos libres de dolor. La historia familiar es positiva entre 70 y el 90 % de los casos. En el estudio realizado se reafirmó lo antes expuesto, tal como lo describe la literatura revisada.^{6,19} El antecedente de migraña por la vía materna representó el mayor porcentaje, aunque no existió diferencia significativa en relación a la vía paterna. Otro de los antecedentes de importancia fue la epilepsia, lo que hace pensar en la existencia de comorbilidad.⁶

A nivel mundial, se reconoce que la ingestión abusiva e indiscriminada de analgésicos es un factor precipitante de las crisis, no solo por las reacciones adversas, sino como causa de la cronificación del dolor.⁴ Se desconoce la prevalencia real de la cefalea migrañosa asociada a la de rebote por el uso de analgésicos, la incógnita es la cantidad de pacientes que abusan de estos sin prescripción facultativa que no solicitan la atención especializada, lo que se sabe es que el abuso de analgésicos en edades entre 15 y 18 años es más evidente y su frecuencia cada vez mayor en el caso de la población infantil.²⁰

Se mostró que el consumo de analgésicos constituyó el factor desencadenante fundamental de las crisis de migraña y el motivo principal de asistencia a consulta de Neuropediatría, los analgésicos utilizados por los pacientes fueron: la duralgina, el paracetamol y el ibuprofeno, en ocasiones tomaban un solo tipo, otros tomaban cualquiera de ellos sin distinción del tipo específico, se observó que el analgésico más utilizado fue la duralgina (300mg), utilizándose en todos los casos 2 tabletas (600 mg), esto en correspondencia con la edad de los pacientes y el conocimiento previo de su uso en otras circunstancias o ante otras enfermedades. Se piensa que fue el más usado por la mayor disponibilidad del medicamento. La administración cada vez que presentaban las crisis manifestó que cada momento esta resolvía menos o proporcionaba menos alivio del dolor, siendo la frecuencia de las crisis en el mayor número de casos, diarias o dos veces por semana.²¹⁻²³

El resto de los analgésicos también fueron mayormente tomados en cada episodio de cefalalgia, es decir, con mayor frecuencia, lo que conllevó al agravamiento de la intensidad y frecuencia, solicitándose con mayor peso la interconsulta con el Neuropediatra, los resultados obtenidos son comparables con los de otros estudios. En este caso se considera se trata de migraña común agravada por el uso de analgésicos, es decir asociada al rebote y no modificada porque la evolución de las crisis nunca fue mayor de 2 meses, ni más de 15 episodios al mes, de más de 4 horas de evolución,²⁴ se debe tener en cuenta la asistencia oportuna y la eliminación total de estas crisis una vez suspendido su uso.

Del análisis de los resultados obtenidos en este trabajo, se concluye, que predominó el sexo femenino y la edad de 9 a 14 años teniendo significación estadística en relación a los otros grupos de edades y a los varones migrañosos. La mayoría de los pacientes tienen el antecedente de madres migrañosas demostrándose el posible carácter genético, el antecedente de ingestión excesiva de analgésico del tipo de la duralgina resultó ser el principal factor desencadenante de las crisis, siendo el principal motivo de consulta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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.
2. Álvarez Vargas E, Zavala M. CEFALEA EN EL NIÑO. DESCRIPCIÓN CLÍNICO_NEURORADIO-LOGICA. Departamento Docente Asistencial, Área Ciencias de la Salud, Programa de Medicina, Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda ". Coro, Estado Falcón Venezuela. 1999. Pág. 2-3.
3. Lewis Donal W, Gozzo Yeisid F. The Other primary headaches in children and adolescents. *Pediatric Neurology.* 2005; 33(5):303-13.
4. Campos Castelló J. Jaquecas infantiles. *Rev Esp Neurol.* 1990;3:178-89.
5. Carrizosa Moog: MIGRAÑA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Medellín. 1999. Pág. 1-3. *Rev Neurol.* 2000;32(4):293-94.
6. Cárdenas Giraudi A, Llanes Cerero M, Moroño Guerrero M, Pozo Lauzan D; Trastornos Psicopatológicos comorbidos de la Migraña. *Rev Cubana Pediatría.*2004;76(4).
7. Headache Classification Comité of the Internacional Society. Classification and diagnostig criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia.* 1988;(Suppl 7):1-93.
8. Breitman F. Aspectos clínicos de las cefaleas en la edad pediátrica. *Rev. Hosp. Niños B. Aires.* 2000; 42(187):126-34.
9. Gracia-Naya M,Grupo de estudio de Neurólogos Aragoneses. Importancia de las cefaleas en las consultas de neurología. *Rev Neurol.* 1999; 29(5):393-6.
10. Aycardi E, Reynales H, Valencia D. Migraña: implicaciones laborales, discapacidad y solicitud de servicios de salud en Colombia. *Rev Neurol.* 2001; 32(11):1001-05.
- 11.Rojas de Recalde L, Espínola de Canata M. Profilaxis de la migraña infantil con ciproheptadina en una serie de 59 casos. *Pediatra Órgano Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría.* 2000;27(1).
12. Palencia R, Sinovas M. Epidemiología y manifestaciones clínicas de la Migraña en el niño. *An Esp Pediatr:* 1997; 98 (acts II):181-83.
13. Bener A, Uduman SA, Qassimi EM, Khalaily G, Sztriha L, Kilpelai M, et al. Genetic and environmental factors associated with migraine schoolchildren. *Headache.* 2000;40:152-7.
14. Smeyers P.Tratamiento profiláctico-preventivo de las cefaleas infantiles. *Rev. Neurol Clin.* 2001;2:320-34.
15. Yusta Izquierdo A. Biological Obases of Migraine. *Rev Clin Esp.* 2001;2(3) 201-4.
16. León-Díaz A, González-Rabelino G. Análisis etiológico de las cefaleas desde un servicio de emergencia pediátrica. *Rev. Neurol.* 2004; 39(3):217-21

17. The International Classification of Headache Disorders. Cephalalgia. An International Journal of Headache.2004;24(suppl1):16-23.
18. Colectivo de Autores. Temas de Pediatría. Tomo 4. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999. p. 102-11.
19. Rodillo B. Cefalea en el niño: utilidad de la clasificación internacional de cefalea (IHS)1988. Rev Chil Pediatr.2000;71(6):497-502.
20. Behrman, Kliegman, Arvin. Nelson Tratado de Pediatría. Migraña. 16 th. Tomo III. Madrid: Mosby; 2000. p. 2117.
21. Arroyo HA. Cefalea en la infancia y la adolescencia. Clasificación etiopatogénica. Rev Neurol. 2003;37:364-70.
22. Gimeno A´lava A. Migraña y otras cefaleas.1ra Edición. Madrid; 1992.
23. Garza-Morales S, Hernández-Aguilar J. Migraña en niños. Análisis de 295 casos. Bol Med Hosp. Infant Mex. 2000;157 (9):497-501.
24. Gordon Millichap J. The Diet Factor in Pediatric and Adolescent Migraine. Pediatr Neurol. 2003;28:9-15.

Recibido: 26 de septiembre de 2007.

Aprobado: 16 de enero de 2008.

Dra. Aniuska Rodríguez Tudela. Policlínico Santiago de las Vegas. Provincia Habana, Cuba.