

Las cefaleas

El dolor de cabeza, cefalea o cefalgia, constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta médica. En la mayoría de los casos, constituyen una manifestación banal y aparecen

ocasionalmente. Sin embargo, con menos frecuencia, aparecen de manera habitual, deteriorando la calidad de vida de quien lo sufre y constituyendo procesos patológicos definidos.

Dr. J. C. GONZÁLEZ LUQUE

Dirección General de Tráfico

Dr F. Javier ALVAREZ

Universidad de Valladolid

En relación a la seguridad vial, la repercusión de las cefaleas no es despreciable. Es evidente que una persona bajo los efectos de una crisis de migraña (que analizaremos en detalle) lo que menos desea es conducir, y, si lo hace, debe ser consciente de sus limitaciones. En el otro extremo encontramos el "cotidiano" dolor de cabeza. Por supuesto que podemos conducir. Sin embargo, en determinados casos, el dolor, la fatiga, falta de concentración que ocasiona o irritabilidad que produce la cefalea hace que no se esté en las mejores condiciones para conducir. Si a eso asociamos el hecho de que la medicación que tomamos para controlar el dolor y en particular determinados analgésicos o asociaciones de varios fármacos, poseen efectos sobre el rendimiento psicomotor (por ejemplo, aumentando el tiempo de reacción y disminuyendo la capacidad de concentración), la consecuencia es que no se está en las mejores circunstancias para conducir. Si padece cefaleas con frecuencia, consulte a su médico para averiguar la causa e instaurar el tratamiento adecuado. Si conduce de manera habitual, hágaselo saber a su médico; le recetará la medicación más adecuada. Y cuidado con la automedicación.

Las cefaleas se clasifican en distintos cuadros según el origen de su causa y las manifestaciones clínicas. Se distingue entre cefaleas secundarias (motivadas por algún proceso orgánico, por ejemplo secundarias a traumatismos craneoencefálicos, infecciones o trastornos óseos faciales y del cuello, etcétera) y primarias. Entre las primarias hay varios tipos, siendo el más importante las migrañas (el más frecuente), cefaleas agrupadas o en acúmulos y cefalea de tensión.

Según estudios realizados en España, entre el 14 y 16 por 100 de la población padece migrañas, siendo mucho más frecuentes en la mujer (17 por 100) que en



el varón (8 por 100). Aunque la mayoría de estas personas está bajo control médico, una parte considerable no ha consultado con su médico por este motivo y sigue un tratamiento inapropiado, basado muchas veces en la automedicación, especialmente de analgésicos.

En la denominación de migrañas se agrupa un conjunto de cefaleas de origen similar (vascular) que cursan con sintomatología parecida. La más característica es la migraña con aura, si bien existen formas sin aura, de predominio oftalmológico... Un tercio de quienes sufren migrañas la tiene con aura; antes del inicio aparecen los pródromos (síntomas que cursan antes de la crisis e indican que en un futuro próximo se sufrirá una cefalea). Los más frecuentes son los escotomas o alucinaciones visuales (puntos luminosos que se mueven, etcétera), alteraciones sensitivas en forma de parestesias y, más raramente, alteraciones cognoscitivas como confusión, desorientación o alteración del pensamiento.

Tras las auras (cuando existen) aparece la crisis de cefalea. Generalmente, es dolorosa; a veces de gran intensidad. Inicialmente es una ligera molestia que con el tiempo se intensifica; dura de pocas horas a varios días, si bien lo habitual es unas horas. Esta cefalea presenta una distribución hemisférica (afecta a una mitad de la cabeza), incluyendo con frecuencia al ojo correspondiente, región retroorbitaria, cuello y nuca. Durante la crisis el paciente no tolera ni luz (fotofobia) ni ruido (fonofobia) y es frecuente que tenga náuseas y vómitos y pierda el apetito. Con frecuencia el fin de la crisis coincide con un período de sueño más o menos largo, tras el que el paciente se siente mucho mejor.

El origen de la migraña se relaciona con alteraciones vasculares. Una contracción de los vasos sanguíneos correspondería con las auras y cefalea inicial y el posterior desarrollo de una intensa vasodilatación se correlacionaría con la crisis de dolor y sintomatología asociada. Por ello, las estrategias terapéuticas actúan sobre los distintos componentes vasculares de las migrañas.

Existe un conjunto de factores que suele desencadenar la crisis. En mujeres relativamente jóvenes, las migrañas se asocian con el inicio de la menstruación. También es frecuente su aparición entre las que toman anticonceptivos orales (en ese caso es frecuente, además, otro tipo de cefalea). Luz brillante, fuertes olores (gasolina, butano, pegamentos...), alteraciones del ritmo habitual de vida (por ejemplo, ejercicio físico intenso o sobrecarga emocional) y de sueño, consumo de alcohol y determinados alimentos (queso, chocolate, fresas...), café y tabaco se han asociado a la génesis de las crisis, lo cual, mediante su evitación, ayuda a prevenirlas.

En muchos casos existen antecedentes familiares. Aun cuando éstas pueden aparecer de manera más o menos esporádica, en muchas personas evolucionan de forma crónica, apareciendo con cierta frecuencia. En los casos de clínica más florida e intensa es fácil identificar las crisis de migraña, pero existen formas menos manifiestas que pueden pasar desapercibidas a quien las padece. ♦

La medicación que se toma para controlar el dolor de cabeza puede aumentar el tiempo de reacción y disminuir la la capacidad de concentración.