



## 242/151 - CEFALEA, NO TE VUELVAS LOCA

S. Martínez García<sup>a</sup>, S. Herrera Herrera<sup>b</sup> y J. Contreras Espejo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Federico del Castillo. Jaén. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 28 años que consulta por cefaleas desde hace un año, localización hemicraneal y predominio frontal, carácter pulsátil, con vómitos, náuseas y mareo asociado con las crisis. Los episodios tienen una duración de 1-2 horas. Hasta ahora el dolor había cedido con la toma de analgésicos. Suele presentar de 1 a 3 crisis al mes, pero en las últimas semanas han aumentado en número e intensidad, achacándolo a estrés laboral. Refiere mejoría en ambientes tranquilos y poco iluminados.

**Exploración y pruebas complementarias:** La exploración física y neurológica es rigurosamente normal. Se realiza electrocardiograma que resulta normal y analítica básica con parámetros de reactividad aguda normales. La paciente vive con su familia, manteniendo buena relación y confianza en ellos.

**Juicio clínico:** Teniendo en cuenta la anamnesis, la exploración física y los resultados de las pruebas, llegamos al diagnóstico de migraña sin aura. Recomendamos medidas higiénico-dietéticas (ritmo regular de comida y sueño) e inicia tratamiento con flunarizina 5-10 mg/día como tratamiento preventivo y metoclopramida 10 mg, 1 comprimido/8 horas, si náuseas e ibuprofeno como tratamiento sintomático. La paciente evoluciona de manera favorable explicándole síntomas de alarma por los que tendría que acudir a consulta.

**Diagnóstico diferencial:** Cefalea en racimos, cefalea tensional, cefalea por abuso de analgésicos, neuralgia del trigémino, arteritis de células gigantes, lesión ocupante de espacio.

**Comentario final:** El éxito en el tratamiento radica en la mayoría de las ocasiones en dedicar tiempo a explicar al paciente su patología, que conozca la evolución y el porqué de nuestras decisiones. Por nuestra parte es esencial realizar un completo abordaje del paciente, estableciendo una buena relación médico-paciente y llegar a un "acuerdo terapéutico", conociendo todas las posibilidades terapéuticas, puesto que son fármacos con efectos adversos leves pero que pueden llevar al abandono del tratamiento, fracasando así nuestra actuación.

### Bibliografía

1. Becker WJ, Findlay T, Moga C, et al. Guideline for primary care management of headache in adults Canadian Family Physician. 2015;61(8):670-9.

**Palabras clave:** Cefalea. Atención primaria. Tratamiento.