



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

OSCAR DE JESÚS GONZÁLEZ DEL CARPIO

7° SEMESTRE

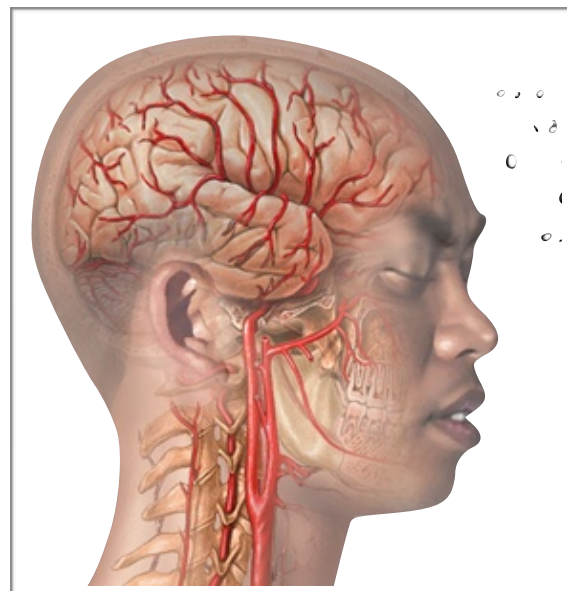
DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ

CLÍNICAS MÉDICAS COMPLEMENTARIAS

MEDICINA HUMANA

UNIDAD 4

**“CEFALEA/
MIGRAÑA”**





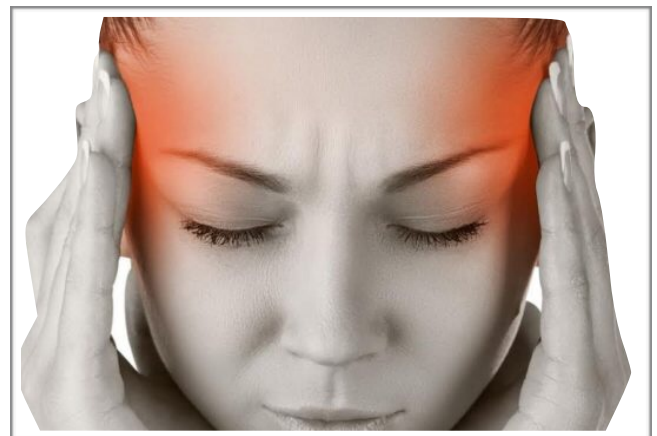
CEFALEA/MIGRAÑA

CEFALEA TENSIONAL: Subtipo de cefalea primaria más común. El dolor es típicamente bilateral, opresivo, y de intensidad leve a moderada. No se presentan náuseas y no se agrava con la actividad física. Se pueden asociar la sensibilidad a la luz, al ruido o hipersensibilidad pericraneal.

CEFALEA TENSIONAL EPISÓDICA INFRECUENTE: Episodios de cefalea poco frecuentes, de localización típicamente bilateral, con dolor tensivo u opresivo de intensidad leve a moderada y con una duración de minutos a días. Este dolor no empeora con la actividad física habitual ni está asociado con náuseas, pero podrían presentarse fotofobia o fonofobia.

CEFALEA TENSIONAL EPISÓDICA FRECUENTE: Episodios frecuentes de cefalea, de localización típicamente bilateral, con dolor tensivo u opresivo de intensidad leve a moderada y con una duración de minutos a días. Este dolor no empeora con la actividad física habitual ni está asociado con náuseas, pero podrían presentarse fotofobia o fonofobia.

MIGRAÑA: Subtipo de cefalea primaria severa más común. Se caracteriza por ser unilateral, pulsátil, puede presentarse en minutos u horas, de intensidad moderada a severa, se asocia con náusea y/o vómito y/o sensibilidad a la luz y al ruido, incapacitante y se agrava con la actividad física. Se clasifica por la presencia o ausencia de aura.





EPIDEMIOLOGÍA

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en su estudio La Carga Global de Enfermedad 2012, la cefalea tensional y la migraña aparecen como la segunda y tercer enfermedad más frecuentes en el mundo, y la migraña es claramente la más incapacitante de las cefaleas primarias tomando en cuenta frecuencia y carga de la enfermedad. Por lo tanto, es el síndrome neurológico más común que se atiende en el primer nivel con un 3% de adultos que consultan cada año con su médico familiar por ésta causa, y es la enfermedad que más ven los neurólogos en su práctica clínica, de acuerdo a encuestas aplicadas en los Estados Unidos.

CLASIFICACIÓN

La clasificación creada por la International Headache Society define a la cefalea como primaria o secundaria. La primaria es aquella en que el dolor y sus características constituyen el cuadro intrínseco, en tanto que la secundaria es causada por problemas exógenos. El dolor primario suele originar incapacidad considerable y deterioro de la calidad de vida. La forma secundaria leve como la que surge con infecciones de vías respiratorias altas es frecuente, pero rara vez genera un problema preocupante. La cefalea que puede ser letal es más bien rara, pero se necesita vigilancia para identificar y tratar apropiadamente a quienes la padecen.

DIAGNOSTICO

Los criterios para el diagnóstico de migrañas son:

- ~ Náuseas
- ~ Fotofobia
- ~ Obnubilación
- ~ Dolor a la palpación del cuero cabelludo
- ~ Vómito
- ~ Perturbaciones visuales
- ~ Parestesias
- ~ Vértigo
- ~ Fotopsias
- ~ Alteración de la conciencia
- ~ Diarrea
- ~ Espectros de fortificación
- ~ Síncope
- ~ Convulsión
- ~ Estado confusional



Los criterios diagnósticos de la IHS (International Headache Society) para migraña incluyen tener por lo menos 5 ataques de cefalea que duran de 4-72 horas, unilaterales, pulsátiles, de intensidad severa a moderada y agravados por o que ocasionan que se evite la actividad física de rutina y se acompañan de náusea y/o vómito, fotofobia o fonofobia.

- ~ La migraña con aura se caracteriza por la presencia de aura típica que consiste en síntomas visuales y/o sensorios y/o del lenguaje, una evolución gradual, no dura más de una hora, con una mezcla de características positivas y negativas, y la reversibilidad completa del aura.
- ~ La migraña sin aura se caracteriza por cefaleas recurrentes que se manifiestan como ataques que duran de 4 a 72 horas. Las características típicas de la cefalea es que es unilateral, pulsátil, de intensidad severa o moderada, se agrava con la actividad física y se asocia con náusea y/o fotofobia o fonofobia.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

La migraña suele ser tratada por diversas estrategias no farmacológicas. Muchos enfermos se benefician de la identificación y la evitación de elementos específicos que desencadenan el dolor. El estilo de vida regulado es útil e incluye una dieta sana, ejercicio regular, sueño reparador y regular, evitar el consumo excesivo de cafeína y alcohol y también evitar cambios agudos en los niveles de estrés.

Las medidas que son beneficiosas para un paciente determinado deben aplicarse de forma sistemática ya que, en ese caso, constituyen una estrategia sencilla y rentable.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El elemento básico de la farmacoterapia es el empleo juicioso de uno o más de los fármacos eficaces contra la migraña. La selección del régimen óptimo en un paciente en particular depende de diversos factores, y de ellos el más importante es la gravedad de la crisis. Los ataques leves por lo común pueden ser superados con fármacos orales, y su índice promedio de eficacia es de 50 a 70%. Los ataques graves de



migraña obligan a usar medidas parenterales. Muchos fármacos eficaces en el tratamiento de la migraña pertenecen a alguna de las tres clases farmacológicas principales: antiinflamatorios, agonistas del receptor 5-HT_{1B/1D} y antagonistas del receptor de dopamina.

En general, la dosis eficaz del fármaco elegido debe usarse lo antes posible tras la instauración de la crisis. Si se requiere medicación adicional en los 60 min siguientes debido a que los síntomas hayan reaparecido o no hayan cedido, en las crisis posteriores deberá aumentarse la dosis inicial.

- ~ Se recomienda tomar Paracetamol 1000 mg solo o combinado con Metoclopramida de 10 mg para los ataques agudos de migraña.
- ~ El ácido acetilsalicílico a dosis de 1000 mg fue igualmente eficaz que el sumatriptán de 50 mg para quitar el dolor a las 2 horas de la ingesta.
- ~ Ácido acetilsalicílico de 1000 mg más metoclopramida de 10 mg en pacientes con migraña para reducir los síntomas de náuseas, vómito, fotofobia y fonofobia.
- ~ Zolmitriptán de 2.5 y 5 mg para el tratamiento abortivo de pacientes con migraña.



BIBLIOGRAFÍAS

~ Guía de práctica clínica . (2016). Diagnóstico y Tratamiento DE CEFALEA TENSIONAL Y MIGRAÑA Primer y Segundo Nivel de Atención. Junio, 2020, de CENETEC Sitio web: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/047_GPC_CefaleaMigrana/IMSS_047_08_EyR.pdf

~

~ Longo, D., Fauci, A., Kasper, D, Hauser, S., Jameson, J., & Loscalzo, J. . (2012). HARRISON. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. Mexico, D.F. : Mc Graw Hill .

~