

CEFALEA Y MIGRAÑA

INTRODUCCIÓN:

Page 01

Page 02

Page 03

Page 04

Page 05

Page 06

Page 07



CEFALEA:

Es toda sensación dolorosa localizada en la bóveda craneal desde la región frontal hasta la occipital.

CAUSAS::

- ✓ El estrés (físico o psíquico).
- ✓ Cambios meteorológicos
- ✓ Factores hormonales (menstruación , anticonceptivos, etc).
- ✓ Estimulos intensos (luz , olores , ruidos).

FACTORES PREDISPONENTE

- ✓ Herencia
- ✓ Personalidad: dirigida , perfeccionista, competitiva, obsesiva, etc.



EPIDEMIOLOGIA:

- Prevalencia en adultos 47%
- Prevalencia en niños 7 años 37-41%
- Prevalencia en niños 7 a 15 años 57-82%
- Niños entre los 3-7 años > en hombres.

MECANISMO QUE PRODUCEN CEFALEA:

- ✓ Tracción, dilatación o inflamación de las arterias intracraneales o extracraneales.
- ✓ Tracción o desplazamiento de las venas intracraneales.
- ✓ Compresión, tracción o inflamación de los nervios craneales o espinales.
- ✓ Irritación de las Meninges y variaciones de la presión intracranial.

CLASIFICACIÓN:

✓ **PRIMARIA:**

- Es más frecuente
- Dolor de cabeza es frecuente y la duración variable.
- Las características son uniformes
- Se encuentran: migraña, cefalea tensional y cefalea en racimos.

✓ **SECUNDARIA:**

- Puede comprometer seriamente la vida de su paciente = urgencia médica.



FISIOPATOLOGIA

- Se producen como consecuencia de la activación de receptores nociceptivos periféricos extra cerebrales.

SEMIOLOGIA

- Calidad
- Gravedad
- Localización
- Duración
- Evolución con el tiempo
- Trastornos que lo producen exacerbados o alivianados.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Prueba	Indicación
TAC de cráneo	Sospecha de lesiones ocupativas, sangrado, EVC
Resonancia Magnética, Angiografía	Sospecha de lesiones ocupativas, Disección carotídea, MAV, aneurismas, trombosis venosas EVC
Función Lumbar	Sospecha de meningitis, HSA, Hipertensión endocraneana
Angiografía	Sospecha de Aneurismas, MAV, vasculitis, trombosis venosa, disección arterial
Laboratorio	BH, electrolitos, glicemia, urea, creatinina, tiempos de coagulación, perfil toxicológico, gasometría



PRIMARIAS (intrinsecos):



Migraña con o sin aura



Cefalea tensional



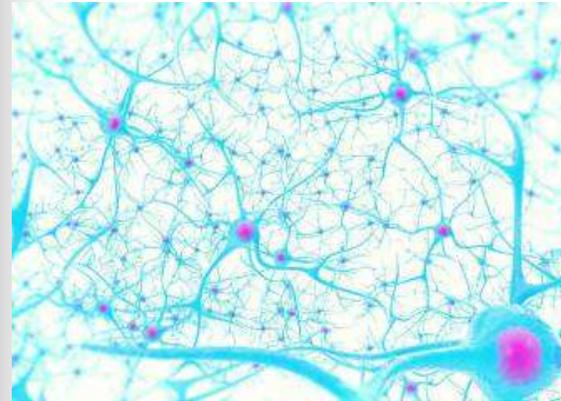
Cefalea en racimos (cluster)



Neuralgia del trigémino



Cefalea por abuso de analgésicos y/o ergóticos.



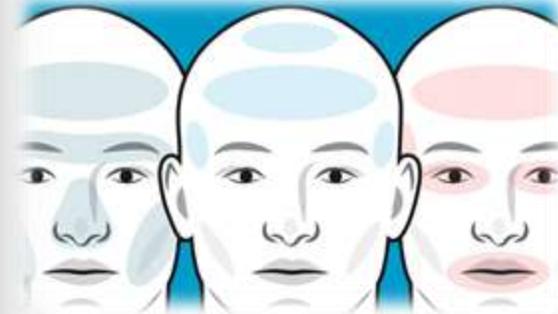
MIGRAÑA sin AURA

migraña sin aura (previamente conocida como **migraña común**) suele acompañarse de un episodio de fotofobia, fonofobia, náuseas o vómitos.

- Al menos 5 ataques
- Duración 4-72 h de duración sin tratamiento o si este no es efectivo
- Al menos 2 de estas características: (unilateral, pulsátil, intensidad moderada o grave.
- Acompañada de al menos uno: náuseas con o sin vómitos, fotofobia y fonofobia, no atribuible a otro trastorno.

PRESENTA DOS FASES:

- ✓ **PRIMERA FASE:** se caracteriza por vasoconstricción e isquemia cerebrales.
- ✓ **SEGUNDA FASES:** es más prolongada que la primera se caracteriza por vasodilatación cerebral y dolor.



Migraña con aura

Ocurre principalmente en el día, es bifrontal o total un 30% , presenta dolor va aumentando, desaparece totalmente, puede ser opresivo hasta pulsátil.

SINTOMAS

Dificultad para concentrarse, rigidez de nuca, sensibilidad a la luz o al sonido, náuseas, visión borrosa.

TRATAMIENTO

Ibuprofeno (400 to 1200 mg)
Naproxeno (750 to 1250 mg)
Diclofenaco (50 to 100 mg)
diclofenac epolamine (65 mg)
Ácido tolfenámico (200 mg)
Aspirina (650 to 1000 mg)

Han mostrado eficacia en pacientes con o sin aura



Page 03

TRATAMIENTO

Fármaco	Dosis	Reacciones Adversas
B-Bloq (Propranolol)	40-120 mg/ 12 horas	Cansancio, Síntomas posturales, Contraindicado en Asma
Tricíclicos (Amitripitilina*)	10-75 mg al día	Somnolencia
Antiepilépticos (Topiramato)	50 mg/ 12 horas	Adelgazamiento, Glaucoma, Parestesias, Síntomas cognitivos

Page 04

Page 05

Page 06

Page 07

CEFALEA TENSIONAL

Episodios recurrentes de dolor de cabeza que duran desde minutos a varios días, el dolor es opresivo de intensidad leve o moderada de localización bilateral y no empeora con la actividad física habitual.

EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia oscila entre el 30 y 80% de los pacientes con dolor de cabeza en países desarrollados es más frecuente en mujeres que en hombres.

CARACTERISTICA CLINICA:

Ataque de cefalea con intensidad del dolor de leve a moderada, presión o tirantez no pulsátil no se ve agravada por la actividad física.



FISIOPATOLOGIA

Es un proceso multifactorial que involucre mecanismo miofasciales perifericos.

SINTOMAS:

DOLOR:

- Bilateral
- Compresivo o constrictivo
- Intensidad leve- moderada
- No empeora con esfuerzos fisicos
- no presenta náuseas ni vómitos

DIAGNOSTICO

- ✓ Exploracion fisica
- ✓ Resonancia magnetica nuclear
- ✓ Tomografia computarizada
- ✓ Examen neurologico

TRATAMIENTO

Analgesicos simples y antiinflamatorios no esteroideos (AINES), los opioidides.



Page 03

FARMACOS UTILES:

- Analgésicos Antiinflamatorios no esteroideos:
 - Ibuprofeno: 400-1.200 mg oral
 - Naproxeno: 550-1.000 mg oral o rectal
 - Aspirina: 500-1.000 mg oral
- Diclofenaco sódico: 50-100 mg oral o rectal
- Ketorolaco: 30-60 mg parenteral
- Ketoprofeno: 25-50 mg oral
- Paracetamol: 1.000 mg oral

FARMACOS PROFILACTICO

- Antidepresivos tricíclicos:
 - Amitriptilina: 10-75 mg/día, oral (1 dosis)
 - Imipramina: 25-75 mg/día, oral (1 ó 2 dosis).
- Inhibidores de la recaptación de serotonina: Fluoxetina: 20 mg/día Paroxetina: 20 mg/día
 - Pautas cortas con AINE (naproxeno): en caso de contractura muscular.
- Aspirina: 500-1.000 mg oral
- Pautas cortas con ansiolíticos (benzodiacepinas): en caso de ansiedad asociada

Page 04

Page 05

Page 06

Page 07

CEFALEA EN RACIMOS (CLUSTER)

Inicia brusco , intenso , lacerante despierta al paciente durante el sueño, es unilateral afectando las zonas ocular , frontal y temporal, dura de 15 a 3 horas es recurrente durante un mismo día.

EPIDEMIOLOGIA

Los hombres son los mas propensos a tenerlos no se conoce con Certeza cual es la causa

SINTOMAS

- ✓ El dolor es muy fuerte y constante no es pulsatil
- ✓ Suele presentarse en la zona del ojo afectado
- ✓ Puede causar ojos llorosos , parpados caidos o problemas de vision en el mismo lado de la cabeza que se encuentre el dolor.

Page 03

DIAGNOSTICO

Manifestaciones ipsilaterales: ojo lacriminoso, ojo enrojecido, obstrucción nasal, rinorrea, hiperhidrosis frontal y facial, miosis, edema palpebral

TRATAMIENTO

- ✓ Sumatriptan 6mg inyectable o intranasal
- ✓ AINES Y analgesicos necesarios
- ✓ Prednisona 1 mg /kg/ dia durante 5 dias iniciar durante el tratamiento agudo
- ✓ Verapamilo 80-120 mg al dia

Page 04

Page 05

Page 06

Page 07

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

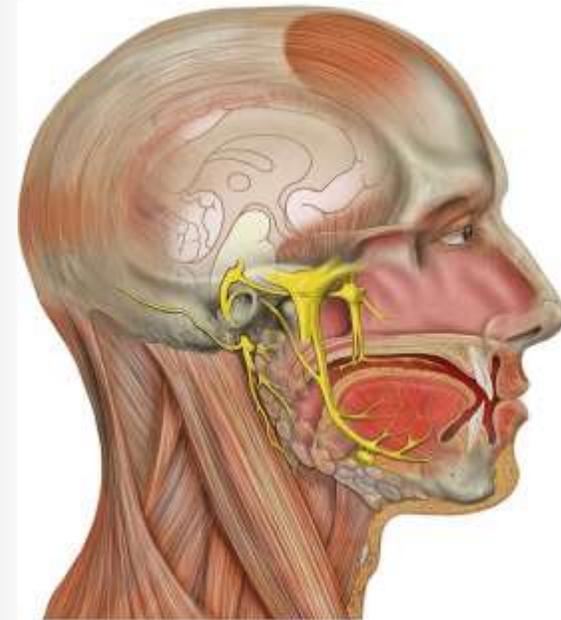
Síndrome caracterizado por crisis repetidas de dolor facial, unilateral y recurrente. Tiene características de descarga eléctrica, punzante de gran intensidad y duración breve.

NEURALGIA:

Dolor intenso, paroxístico, lancinante, de corta duración se ubica en el trayecto.

EPIDEMIOLOGIA

Es más frecuente en mujeres, la incidencia se incrementa con la edad, incidencia máxima a partir de los 60 años.



Seisagra, 2000.A2-044-03

CUADRO CLINICO

- Intensidad severa
- Localizacion unilateral , no pasa de la linea media.
- Duracion breve 2-10 segundos
- Inicio paroxistica con periodos de remission
- Descargas electricas tipo quemante

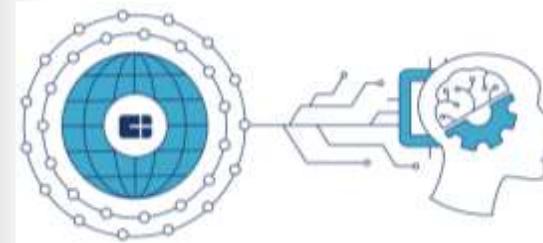
DIAGNOSTICO:

- ✓ RM
- ✓ ANGIO-RM
- ✓ TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA

TRATAMIENTO

Es mas frecuente en mujeres, la incidencia se incrementa con la edad, incidencia maxima a partir de los 60 años.

Carbamazepina	300-1200 mg/día
Baclofen	20/80 mg/día
Gabapectin	300-1200 mg/día
Clonazepan	0.5-1.0 mg/día
Fenitoina	300-1200 mg/día



**CEFALEA POR ABUSO DE ANALGÉSICOS
Y/O ERGÓTICOS.**

Es toda sensación dolorosa localizada en la bóveda craneal desde la región frontal hasta la occipital.

Page 03

Page 04

Page 05

Page 06

Page 07

SECUNDARIAS (extrinsecos) :



Traumatismo craneal



Trastornos vasculares



Alteraciones
estructurales craneales



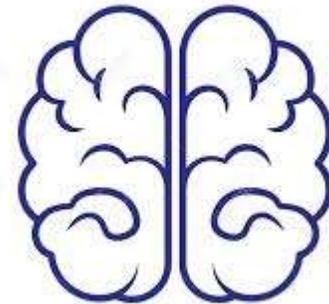
Infecciones



Neuralgias

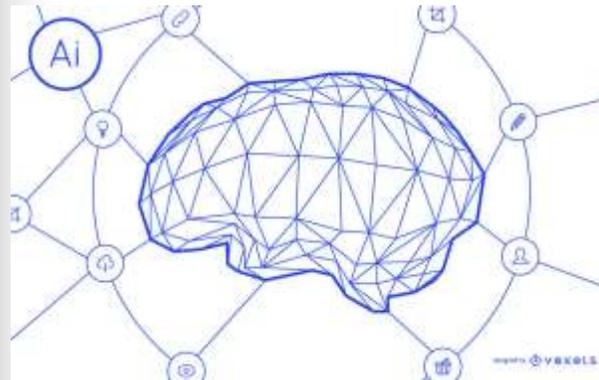
Es secundaria a otra patologia :

- Cefalea atribuida a traumatismo craneal o cervical.
- Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal y/ o cervical
- Cefalea atribuida a infeccion
- Cefalea atribuida a trastorno homeostasis
- Cefaleas atribuida a trastorno psiquiatricos



CONCLUSIÓN:

- Las clasificaciones internacionales de las cefaleas es bastante amplia, lo que debemos de hacer un buen interrogatorio y un examen físico, existen características que nos permiten diferenciarlas.



REFERENCIA :

- ✓ <https://www.epsnutricion.com.mx/docs/cefalea.pdf>
- ✓ http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000200007
- ✓ <https://fibromialgianoticias.com/cefalea-tensional-sintomas-diagnostico-tratamiento/>
- ✓ https://www.pacientesemergen.es/docsArticulos/2_96.pdf
- ✓ http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500013

An open notebook is shown from a top-down perspective. The left side is the red cover, which has a small tab on the left edge with a silver-colored fastener. The word "GRACIAS" is printed in white, bold, uppercase letters in the center of the cover. The right side is a black page, which is completely blank. The notebook is set against a plain white background.

GRACIAS

