

**“CEFALEA/MIGRAÑA”**

**DOCENTE: RICARDO ACUÑA DEL SAZ.**

**MATERIA: CLÍNICAS MÉDICAS  
COMPLEMENTARIAS.**

**ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.**

**TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.**

## **CEFALEA – MIGRAÑA**

### **DEFINICION.**

- Cefalea: 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.

- Migraña: 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.

### **EPIDEMIOLOGIA.**

La cefalea al constituirse en uno de los motivos de consulta más comunes por el cual las personas acuden a los servicios de urgencia, cuenta con una prevalencia en adultos del 47%. Al menos la tercera parte de la población entre 18 y 65 años ha sufrido de dolor de cabeza en alguna ocasión.

En niños la prevalencia es de 37 a 51% a los 7 años y de 57 a 82% entre los 7 y 15 años, siendo esta mayor en hombres que en mujeres entre los 3 y los 7 años, y posterior a los 7 años se iguala.

Luego de la pubertad ésta relación varía sustancialmente y se estima que es de 3 mujeres por cada hombre.

Estudios realizados en México arrojan que las personas que más sufrían de cefalea tenían como nivel de escolaridad la secundaria, eran casados y residían en la zona urbana, lo que genera una reflexión sobre los estilos de vida y su posible asociación con el desarrollo de este síndrome.

Dentro de las cefaleas, la migraña es predominantemente femenina, las mujeres en comparación con los hombres tienen una prevalencia de migraña al año casi tres veces mayor que los hombres (17 vs. 6%) y la incidencia de por vida es casi tres veces mayor (43 vs. 18%).

Estudios han sugerido que entre el 3 y 14% de las personas que presentan patrones episódicos de migraña evolucionan a migraña crónica.

## **CLASIFICACION.**

- Cefaleas primarias.

- Migraña: La migraña es una cefalea frecuente e incapacitante.

Afecta aproximadamente al 15 % de las mujeres y al 6% de los hombres en un período de un año.

- Migraña episódica: Cefalea que se presenta durante 1-14 días al mes.

- Migraña sin aura: Episodios periódicos con duración de 4-72 horas.

Se caracteriza por localización unilateral, intensidad moderada o severa, pulsátil, empeora con la actividad física y se encuentra asociada a náuseas o fotofobia y fonofobia.

- Migraña con aura: Cefalea recurrente con duración de varios minutos, asociada a síntomas sensitivos o del sistema nervioso central unilaterales, transitorios y visuales, los cuales se desarrollan gradualmente y suelen preceder la cefalea.

El aura visual es el tipo más común de aura, con una incidencia de un 90%, en al menos algún episodio.

- Migraña crónica: Cefalea que se presenta durante 15 días o más al mes durante más de tres meses, y que en un período de 8 días al mes, presenta características de cefalea migrañosa.

- Cefalea tensional: La cefalea tensional es muy frecuente, con una prevalencia a lo largo de la vida en la población general que varía entre el 30 y el 78%.

- Cefalea tensional episódica: Cefalea de localización bilateral, con dolor opresivo, de intensidad leve a moderada y con una duración de 30 minutos a 7 días.

- Frecuente: Al menos 10 episodios de dolor de cabeza que ocurren en 1-14 días al mes, en promedio durante más de 3 meses ( $\geq 12$  y  $< 180$  días al año).

- Infrecuente: Al menos 10 episodios de dolor de cabeza que ocurren en menos de 1 día al mes, en promedio <12 días al año.
- Cefalea tensional crónica: Evoluciona desde una cefalea tensional episódica frecuente, con episodios diarios y que pueden durar desde minutos a días o incluso no tener remisión, con una duración de más de 3 meses.
- Cefaleas en racimos: La cefalea en racimos (Cluster headache) es la más común de las llamadas cefaleas trigeminales con síntomas autonómicos.
  - Cefalea en racimos episódica: Se manifiestan en períodos que duran de siete días a un año, separados por épocas libres de dolor que duran como mínimo un mes.
  - Cefalea en racimos crónica: Se presentan durante más de un año sin períodos de remisión o con espacios de remisión que duran menos de un mes.
- Cefaleas secundarias: Se caracterizan por la presencia de un desorden exógeno que ocasiona la cefalea.

## **ETIOLOGIA.**

Se dice que la migraña está particularmente sujeta a ciertos factores fisiológicos y ambientales.

Mientras que los factores predisponentes aumentan la susceptibilidad a los ataques, los desencadenantes pueden iniciarlos, siendo posible que ambos elementos actúen en combinación.

Los intentos para controlar la migraña mediante el manejo de cualquiera de esos dos factores son con frecuencia decepcionantes.

Algunos factores predisponentes (estrés, depresión, ansiedad, menopausia y trauma de cabeza o cuello) pueden ser bien identificados, pero no siempre son evitables o tratables.

Los factores desencadenantes son importantes y su influencia es real en algunos pacientes, pero generalmente son menos importantes de lo que comúnmente se supone.

Rara vez los factores desencadenantes dietéticos son la causa de los ataques: la falta de alimentos es el desencadenante más prominente.

Muchas crisis no tienen un desencadenante obvio y, nuevamente, aquellos que están identificados no siempre se pueden evitar.

En la cefalea tensional, el estrés puede ser obvio y probablemente tener implicaciones etiológicas.

La afección musculoesquelética puede ser evidente en la historia clínica o ser un hallazgo del examen físico.

La cefalea en racimos es generalmente, pero no siempre, una enfermedad de fumadores, muchos de ellos consumidores excesivos.

Sin embargo, a los pacientes con cefalea en racimos que siguen fumando, no se les puede prometer que la cefalea desaparecerá ni mejorará porque dejen de fumar.

El consumo de alcohol tiene gran influencia en el desencadenamiento de la cefalea en racimos y la mayoría de los pacientes ha aprendido a evitarlo durante los períodos de los ataques.

## **DIAGNOSTICO.**

La clave para lograr el diagnóstico correcto es dedicar suficiente tiempo para realizar una historia clínica sistemática del paciente que presenta dolor de cabeza.

El estudio de la historia del paciente debe destacar o describir los aspectos característicos del trastorno que lo aqueja. Inicialmente, el diagnóstico correcto no siempre es evidente, especialmente cuando hay más de un trastorno por cefalea presente, pero la historia clínica debe ser lo suficientemente detallada como para despertar sospechas sobre la existencia de un cuadro importante, como es el caso de las cefaleas secundarias.

Una vez que se establezca que no existe una cefalea secundaria grave, se debe anotar el patrón de los ataques, los síntomas y los medicamentos usados, para lo cual es conveniente que el paciente lleve un diario durante algunas semanas, previsión que generalmente contribuye a esclarecer el diagnóstico.

El examen físico rara vez revela signos inesperados si historia clínica ha sido bien tomada.

Debe incluir la medida de la presión arterial y un examen neurológico breve pero integral que incluya el examen de fondo de ojo.

No es necesario realizar más exploraciones de este género, salvo cuando la historia así lo sugiera.

El examen de la cabeza y el cuello puede revelar si hay hipersensibilidad muscular, limitación de movimiento o crepitación, signos que aunque no explican necesariamente la causa de la cefalea, sugieren, en caso de estar presentes, la necesidad de prescribir alguna forma de fisioterapia.

## **TRATAMIENTO.**

El propósito de la farmacoterapia de la cefalea primaria, una vez que se han puesto en práctica todas las medidas sin recurrir al uso de medicamentos, es controlar los síntomas de manera que se minimice el impacto del trastorno en la salud y el estilo de vida de cada paciente.

Los analgésicos orales simples, ácido acetilsalicílico o ibuprofeno.

El tratamiento no farmacológico y los analgésicos disponibles sin receta médica (ácido acetilsalicílico o ibuprofeno son preferibles al paracetamol) son suficientes para tratar la cefalea tensional episódica de poca frecuencia.

La mayoría de las personas con esta condición la manejan por sí mismas: la cefalea tensional episódica es autolimitante y, aunque puede causar discapacidad temporal, rara vez aumenta la ansiedad.

Si el uso de medicamentos es por lo menos de dos días por semana, no habrá mucho riesgo en aumentar el consumo.