

EXPOSICIÓN.

Nombre del Alumno: **HERNÁNDEZ URBINA ANTONIO RAMÓN.**

Nombre del tema: **CEFALEA.**

Parcial: **PRIMERO.**

Nombre de la Materia: **NEUROLOGÍA.**

Nombre del profesor: **DR. LÓPEZ GÓMEZ MANUEL EDUARDO.**

Nombre de la Licenciatura: **MEDICINA HUMANA.**

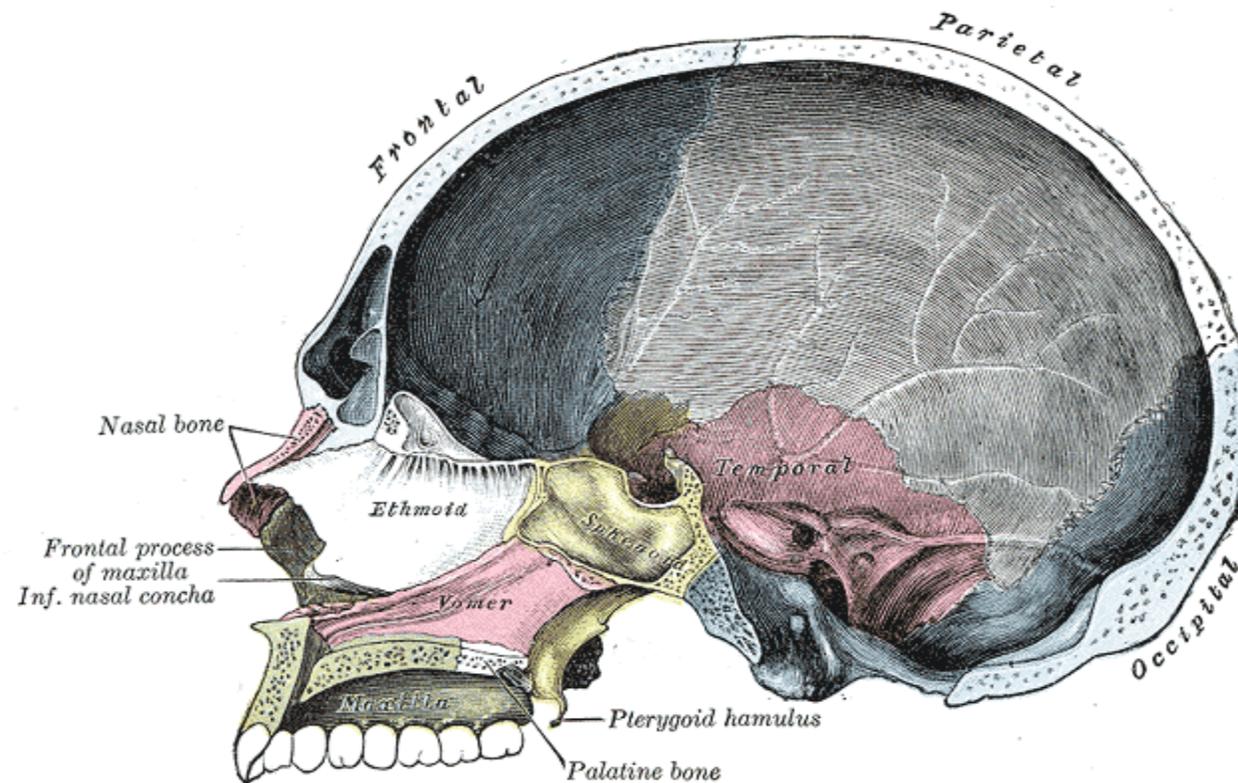
Cuatrimestre: **SEXTO.**

Lugar y Fecha: **San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. A del 2022.**

CEFALEA.



- Toda sensación dolorosa localizada en la bóveda craneal, desde la región frontal hasta la occipital, aunque en numerosas ocasiones, también se aplica a dolores de localización cervical y facial.



FACTORES DE RIESGO.

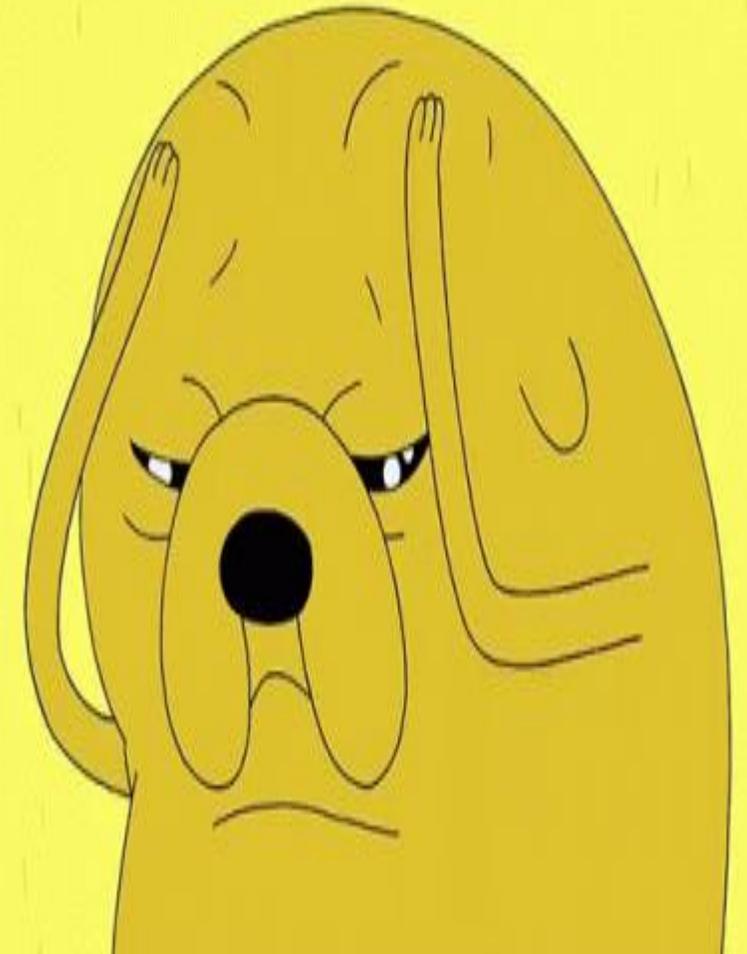
- Sexo: los hombres son mas propensos a padecer cefaleas en brotes.
- Edad: la mayoría de las personas que desarrollan cefaleas en brotes tienen entre 20 y 50 años, pero la afección puede aparecer a cualquier edad.
- Tabaquismo: muchas de las personas que sufren ataques de cefalea en brotes son fumadores. Sin embargo, dejar de fumar generalmente no tiene ningún efecto sobre los dolores de cabeza.
- Consumo de alcohol: si tienes cefaleas en brotes, beber alcohol durante un periodo de brote puede aumentar el riesgo de un ataque.
- Antecedentes familiares: tener un padre que haya sufrido cefalea en brotes puede aumentar el riesgo.
- Olores fuertes de productos químicos domésticos o perfumes.
- Comer ciertos alimentos.
- Estrés, contaminación, ruido, iluminación y cambios climáticos.

GRUPOS DE CEFALEAS:

1. Migraña.
2. Cefalea de tensión o tipo tensión.
3. Cefalea en acúmulos y hemicránea paroxística crónica.
4. Miscelánea de cefalea no asociada a lesión estructural.
5. Cefalea asociada a traumatismo craneal.
6. Cefalea asociada a trastornos vasculares.
7. Cefalea asociada a trastornos intracraneal de origen no vascular.
8. Cefalea asociada a la ingesta de determinadas sustancias o a su supresión.
9. Cefalea asociada a infección no cefálica.
10. Cefalea asociada a trastornos metabólicos.
11. Cefalea asociada a alteraciones del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca y otras estructuras faciales o craneales.
12. Neuralgias craneales, dolor de tronco nervioso y dolor por desaferentación.
13. Cefalea no clasificable.

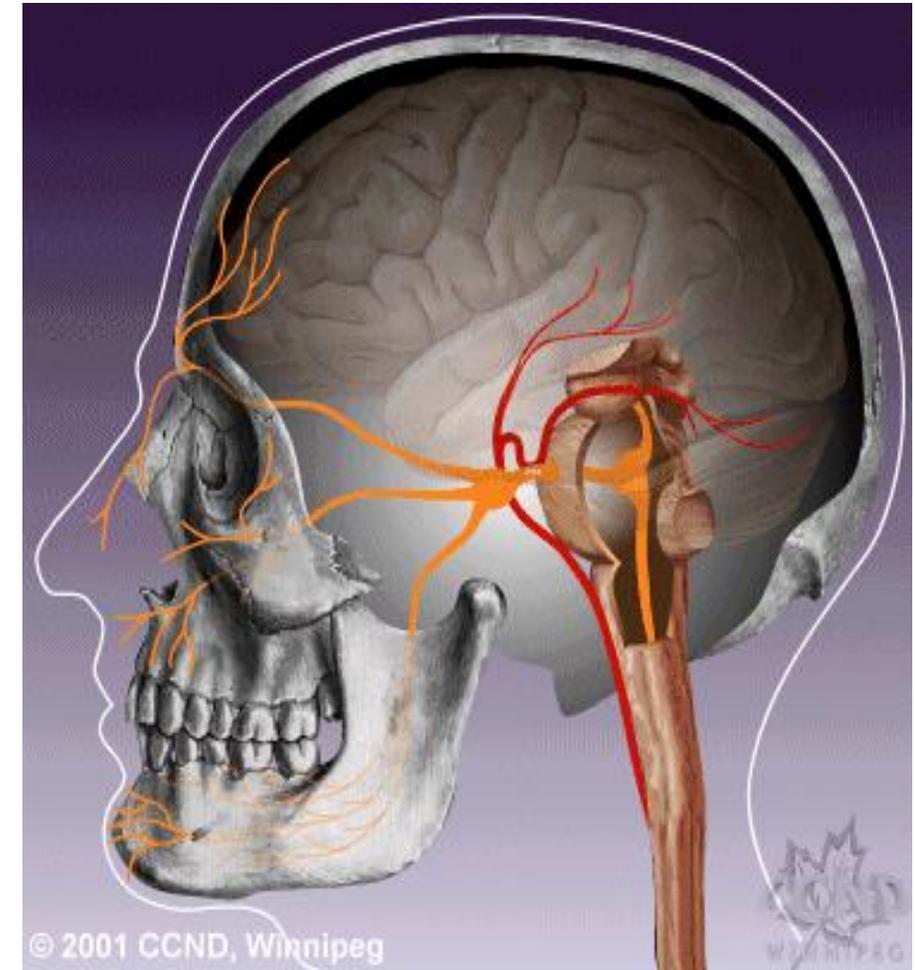
CEFALEAS PRIMARIAS: se caracteriza por ser recidivantes, de curso benigno y muy frecuente (90-95% de todas las cefaleas).

- Migraña con / sin aura.
- Cefalea tensional.
- Cefalea en racimos (clúster).
- Hemicránea paroxística crónica.
- Cefalea crónica diaria por abuso de analgésicos y/o ergóticos.



CEFALEAS SECUNDARIAS: se caracterizan por ser síntomas de una patología subyacente y potencialmente más peligrosas, por lo que requieren investigación adicional a la anamnesis y la EF y deben ser por tanto remitida a nivel especializado.

- Traumatismo craneal.
- Trastornos vasculares.
- Alteraciones metabólicas.
- Alteraciones estructurales craneales.
 - Infecciones.
 - Neuralgias.



CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

MIGRAÑA SIN AURA:



- Ataques de cefalea cuya duración varia entre 4 y 72 horas.
- La cefalea ha de tener al menos dos de las siguientes características:
 - ✓ Localización unilateral.
 - ✓ Calidad pulsátil.
 - ✓ Intensidad moderada o grave (inhibe o impide las actividades diarias).

- Durante el ataque de cefalea ha de haber al menos uno de los siguientes síntomas:

✓ Nauseas, vomito o ambos.

✓ Fotofobia y fonofobia.



Para cumplir los criterios diagnósticos, el enfermo debe haber presentado al menos 5 episodios que cumplen estas características. Además, se debe haber descartado por medio de la historia clínica y exploración física y/o pruebas complementarias la existencia de un trastorno orgánico que pueda ser la causa de la cefalea.

De forma asociada a la cefalea pueden aparecer síntomas gastro-intestinales y/o vegetativos. En más de 2 tercios de los casos la cefalea es unilateral aunque en los niños generalmente se presenta de forma bilateral. El inicio de la migraña suele presentarse antes de los 40 años incluso en la infancia. Su curso evolutivo es recurrente, aunque con los años hay una tendencia a disminuir en su frecuencia

MIGRAÑA CON AURA:

- Se manifiesta por ataques de síntomas neurológicos inequívocas localizados en la corteza cerebral o en el tronco cerebral, que, por lo general se desarrollan gradualmente durante 5-20 minutos, con una duración media inferior a 60 minutos.
- La cefalea, náuseas y fotofobia se presentan por lo general tras los síntomas más neurológicos del aura inmediatamente después de un intervalo libre inferior a 1 hora.
- La cefalea suele durar entre 4 y 72 horas, pero puede no presentarse en absoluto.

El aura ha de cumplir por lo menos tres de las siguientes características:



ente reversibles de
ticial cerebral focal,
ambas.

ura se desarrolla
de 4 minutos o
s sucesivamente.

los 60 minutos. Si

se presentan mas de un sintoma de aura, la
duración aceptada se ha de aumentar
proporcionalmente.

- **VISION BORROSA.**
- **ESCOTOMAS
CENTELLEANTES.**
- **PERDIDA DE VISION EN
PARTE DEL CAMPO
VISUAL.**

CEFALEA TENSIONAL:

- Es el tipo de cefalea mas frecuente, con un predominio, al igual que ocurre en la migraña en las mujeres.
- Los criterios diagnósticos son los siguientes:
 - Al menos 10 episodios de cefalea que duren entre 30 minutos y 7 días y que tengan al menos dos de las siguientes características:
 - ✓ Calidad opresiva, no pulsátil.
 - ✓ Intensidad leve o moderada.
 - ✓ Localización bilateral.
 - ✓ No agravada por esfuerzos físicos.
 - ✓ No nauseas ni vómitos.
 - ✓ No fotofobia ni fonofobia.

CEFALEA DE TENSION EPISODICA:

- N° de episodios < 15 días / mes (180 día /año).
- Al menos 10 episodios de cefalea con características de cefalea tensional.

CEFALEA DE TENSION CRÓNICA:

- N° de episodios mayor o igual a 15 días / mes durante 6 meses (180 días / año).

CEFALEA EN RACIMOS:

- Se caracteriza fundamentalmente por ser la única cefalea primaria que predomina en los valores y porque en el 5% de los casos es secundaria a un proceso intracraneal, por lo que este tipo de cefaleas debe ser derivado al nivel especializado.
- Los criterios diagnósticos son:
 - Ataques de dolor intenso, unilateral, sobre la región temporal, que duran de 15 a 180 minutos (sin tratamiento). El dolor se acompaña de, al menos, uno de los siguientes signos clínicos homolateral al dolor.

- ✓ Hiperemia conjuntival.
- ✓ Lagrimeo.
- ✓ Congestión nasal.
- ✓ Rinorrea.
- ✓ Sudoración en la frente y la cara.
- ✓ Miosis.
- ✓ Ptosis.
- ✓ Edema palpebral.



CEFALEAS SECUNDARIAS:

- Son un grupo heterogéneo de cefaleas que se asocian a una alteración estructural o metabólica identificable.
- Las características de alto riesgo son:
 - ✓ Papiledema.
 - ✓ Exploración neurológica anormal.
 - ✓ Síntomas neurológicos atípicos para una migraña; como alteración de pares craneales, ataxia, movimientos anormales, etc.
 - ✓ Síntomas sistémicos (tos y fiebre).
 - ✓ Cambios en el carácter, personalidad o deterioro cognitivo.
 - ✓ Confusión o somnolencia.

- ✓ Convulsiones.
- ✓ Cefalea intensa desencadenada por el ejercicio, toso, actividad sexual o determinadas posturas.
- ✓ Historia de coagulopatías, uso de anticoagulantes o neoplasias.
- ✓ Cefalea subaguda con carácter progresivo durante días o semanas.
- ✓ Cefalea grade de inicio súbito.
- ✓ Inicio de cefalea de características migrañosas en un Px de mediana edad.
- ✓ Cambio importante de las características de un dolor de cabeza de curso crónico.
- ✓ Reciente comienzo de una migraña atípica que no tenga, al menos, una de las siguientes características de benignidad: aparición con la menstruación, mejoría durante el embarazo, mejoría con el sueño, desencadenantes como alcohol, olores, comidas o cambios del tiempo.

VALORACIÓN INICIAL.

ANAMNESIS.

EXPLORACION FISICA.

ANAMNESIS.

PERFIL TEMPORAL:

- Tiempo de evolución.
 - Frecuencia y periodicidad.
 - Duración.

DESCRIPCIÓN DEL DOLOR:

- Instauración.
- Localización.
- Calidad.
- Intensidad.

SINTOMAS ASOCIADOS:

- Generales.
- Neurológicos.

**FACTORES
AGRAVANTES Y DE
ALIVIO.**

**FACTORES
DESENCADENANTES.**

EXPLORACION FISICA.



ESTADO MENTAL:

Nivel de conciencia, capacidad de atención, alteraciones del lenguaje y conductuales.

SIGNOS MENÍNGEOS:

En cefalea de inicio reciente o asociadas a fiebre o alteración del estado mental.

FONDO DE OJO:

Siempre entre cualquier consulta por cefalea.

CAMPIMETRÍA:

Explorando los cuatro cuadrantes del campo visual.

MOTILIDAD OCULAR INTRÍNSECA:

Presencia de ptosis o miosis, midriasis.
Respuesta pupilar directa y consensual a la luz.

MOTILIDAD OCULAR EXTRÍNSECA:

Diplopía, alteraciones de la alineación ocular.

PARESIA FACIAL:

Asimetrías de los surcos naso genianos, entre los pliegues de la frente.

EXAMENES DE LA LENGUA Y EL VELO DEL PALADAR:

Asimetrías indicativas de lesión de los pares bulbares.

DÉFICIT MOTOR Y FUERZA DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES.

REFLEJOS TENDINOSOS PROFUNDOS.

MARCHA.

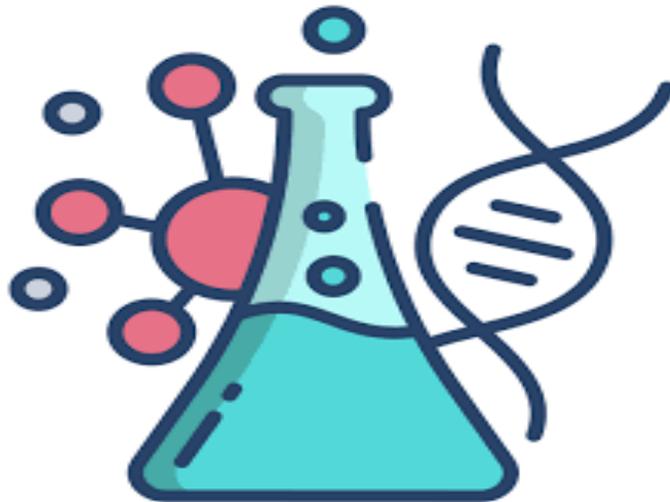
MANIOBRA DE ROMBERG.

**EXPLORACIONES
COMPLEMENTARIAS.**

HEMOGRAMA.

BIOQUIMICA.

**ESTUDIO DE
COAGULACION,
ANALISIS DE
TOXICOS EN ORINA,
DETERMINACION DE
VSG O PCR.**



TC craneal.	RM craneal.	Angio-TC o angio-RM.
Cefalea intensa de inicio explosivo (cefalea en estallido).	Hidrocefalia en la TC, para delimitar el lugar de la obstrucción .	Sospecha de aneurismas o malformaciones vasculares.
Cefalea de evolución subaguda con curso evolutivo hacia el empeoramiento progresivo.	Sospecha de lesiones en zonas de difícil visualización mediante TC.	Disecciones arteriales.
Cefaleas asociada a síntomas o signos neurológicos focales diferentes del aura migrañosa.	Sospecha de trombosis venosa cerebral.	Trombosis venosas.
Cefalea asociada a papiledema o rigidez de nuca.	Sospecha de cefalea secundaria a hipotensión licuoral.	Vasculitis.
Cefalea asociada a fiebre no explicable por enfermedad sistémica.	Sospecha de infarto migrañoso no objetivado mediante TC.	Vasoespasma.
Cefalea no clasificable por la HC.	Sospecha de enfermedades neoplásica.	Sx de vasoconstricción reversible.
Cefalea en Px que dudan del Dx, en quienes existen una marcada ansiedad o que expresan temor ante un eventual proceso intracraneal serio.	Sospecha de alteración meníngea.	

TRATAMIENTO.

- El abordaje terapéutico de la cefalea debe ir precedido de un diagnóstico adecuado. En el caso de la migra y la cefalea tensional, que son el 90% de todas las cefaleas, la anamnesis y exploración física permiten al médico de Atención Primaria establecer un diagnóstico correcto, y por tanto, ha de ser este quien instaure el tratamiento.
- El enfoque terapéutico se puede dividir en 3 apartados:
 - Información al paciente.
 - Tratamiento sintomático.
 - Tratamiento preventivo.

INFORMACIÓN AL PACIENTE:



Como en todo proceso crónico, el tratamiento debe ir precedido de una correcta explicación a las características de su naturaleza, el carácter de la misma.

La automedicación es uno de los peligros más graves a los que se enfrentan estos pacientes y que es la causa de que la migraña y la cefalea tensional evolucionen a cefalea crónica diaria, de carácter más incapacitante y de muy difícil control terapéutico.

es definitivo. Lo que que el paciente de abandono o de

La “estabilidad de los psíquicos” es un factor de evolución de la enfermedad. Por tanto se ha de recomendar mantener en lo posible regularidad en las comidas, sueño, etc.

desencadenantes, que el paciente ha de reconocer y en las circunstancias que sea posible evitar (alcohol, falta de sueño, ansiedad, etc.)

RECOMENDACIONES GENERALES DE TRATAMIENTO:



Administración precoz pero no precipitada. El paciente suele reconocer la crisis de M y CT y no debe tomar analgésicos ante cualquier molestia que presente.

Utilizar la dosis óptima, es decir, la dosis eficaz desde el principio. Evitar fraccionar dosis.

Si a las 2 horas de la toma de una dosis óptima no hay respuesta, se debe pasar a otro grupo terapéutico. Un fármaco se considera ineficaz si ha fracasado a dosis correcta en 3 crisis.

Huir de las presentaciones “cóctel” y en general de la combinación de analgésicos, sin inductores de Cefalea Crónica Diaria.

Controlar el consumo de fármacos que presentan riesgo de adicción (codeína, cafeína, ergotamina)

Insistir al paciente que solo debe tomar la medicación que ha demostrado ser efectiva. Evitar el “probar para ver si esta vez va bien”, con esto se retrasa el inicio del tratamiento correcto, se favorece la aparición de efectos adversos y finalmente la cefalea por abuso de analgésicos.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA MIGRAÑA:

Fármacos para el tratamiento sintomático de la Migraña

Intensidad de la cefalea	Inicio	Sin respuesta en 2 horas
Leve-moderada	AINE	Agonistas selectivos de receptores de la 5-HT _{1b/1d}
Moderada-severa	Agonistas selectivos de receptores de la 5-HT _{1b/1d}	AINE preferentemente por vía parenteral



ANALGÉSICOS Y AINES.	AGONISTAS SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES 5 HT: TRIPTANES.
Paracetamol 1000 mg.	Sumatriptan 50-100 mg vía oral. 6 mg vía SC. 20 mg intranasal.
Aspirina 1000 mg.	Rizatriptan 10 mg VO.
Ketorolaco 30 mg.	Zolmitriptan 5 mg VO.
Naproxeno 500-1000 mg.	Naratriptan 2,5 mg VO.
Ibuprofeno 600-1200 mg.	Almotriptan 12,5 mg VO.
Diclofenaco sódico 50-100 mg.	

TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIGRAÑA:

BETABLOQUEANTES.	ANTAGONISTAS DE LOS CANALES DEL CALCIO.
Propranolol 40-160 mg.	Flunarizina 5 mg al día al acostarse.
Atenolol 50-200 mg.	Nicardipino 60 mg.
Nodolol 20-120 mg.	Verapamilo 80 mg.
Metoprolol 100-200 mg.	
Timolol 10-60 mg.	

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LA CEFALEA TENSIONAL:

- Los fármacos de primera elección serán los analgésicos comunes tipo AINE. Entre ellos destacamos el Naproxeno e Ibuprofeno.
- Deben quedar proscritos los cocteles con cafeína, barbitúricos o benzodiacepinas, ya que aumentan el riesgo de dependencia, abuso y cronificación de la cefalea.

TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA CEFALEA TENSIONAL:

- Se establecen con una duración de 3-6 meses (máximo 9 meses).
- El tratamiento podrá repetirse, en caso de ser necesario, en sucesivas ocasiones.

❖ ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS.

- ✓ Amitriptilina 50 mg, antes de acostarse.

TRATAMIENTO DE LA CEFALEA

CRÓNICA DIARIA:

- Intentar esclarecer que tipo de cefalea crónica padece y si hay o no abuso de analgésicos.
- Lo único que se permite es la administración, siempre discontinua, de AINES.
- Retirar benzodiacepinas o barbitúricos en caso de que el paciente las consuma.

✓ Información al paciente.

- ✓ Retirada de analgésicos/ergotamínicos con capacidad de inducir cefalea de rebote.
 - ✓ Utilización de AINE o agonistas 5HT_{1b/1d} como único tratamiento sintomático.
- ✓ Dosis bajas de amitriptilina como toma única nocturna durante 6 meses.
 - ✓ Otras medidas no farmacológicas: psicológicas y conductuales.