



Adriana Itzel Gallegos Gómez

Raúl de la Rosa Pacheco

Cuadro comparativo

Neurología

PASIÓN POR EDUCAR

6to semestre

“B”.

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de abril de 2025.

CEFALEAS

	CEFALEA TENSIONAL	MIGRAÑA	CEFALEA EN RACIMOS
DEFINICIÓN	Trastorno del SN que se caracteriza por un dolor de cabeza recurrente y persistente.	Cefalea o jaqueca causada por la activación de un mecanismo encefálico.	La cefalea en racimos es un tipo de cefalea primaria que se caracteriza por un dolor unilateral intenso.
LOCALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Occipitonucal • Temporal • Frontal • Vértice del cráneo 	<ul style="list-style-type: none"> • Frontotemporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Periorbital • Occipital • Temporal
EPIDEMIOLOGÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Predomina en mujeres • + común • Frecuente en adultos jóvenes 	<ul style="list-style-type: none"> • Predomina en mujeres Incidencia: <ul style="list-style-type: none"> • Infancia • Adolescencia • Principio de la vida adulta 	<ul style="list-style-type: none"> • Predomina en hombres • Frecuente entre los 20-40 años
SÍNTOMAS ASOCIADOS	NO PRESENTA	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas • Vómito 	<ul style="list-style-type: none"> • Rinorrea • Edema periorbital o palpebral • Lagrimeo • Ptosis palpebral • Rubor
CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> • Bilateral • Opresiva • No afecta AF 	<ul style="list-style-type: none"> • Unilateral • Pulsátil • Afecta AF 	<ul style="list-style-type: none"> • Unilateral • Predominio nocturno • Dolor intenso • Afecta la AF

DURACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • 30 minutos a 7 días 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 hasta 72 horas 	<ul style="list-style-type: none"> • 15-180 minutos • Promedio: 45 minutos
CLASIFICACIÓN	<p>Episódica: <15 días</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuente: >10 crisis • Infrecuente: <10 crisis <p>Crónica: >15 días</p>	<p>Con aura (clásica):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 20% casos • Datos de focalización (fosfenos, escotomas, visión borrosa, acufenos) <p>Sin aura (Horner):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80% casos • No se presentan datos de focalización 	
INTENSIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Leve a moderada 	<ul style="list-style-type: none"> • Moderada a severa 	<ul style="list-style-type: none"> • Moderada a severa
DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico • RM -> descarta síntomas atípicos
TRATAMIENTO	<p>AINES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol: 1g VO • Ibuprofeno: 600mg VO <p>ASPIRINA: 100-150mg VO</p>	<p>Paracetamol: 1g VO</p> <p>Ibuprofeno: 600mg VO</p> <p>Paracetamol + metoclopramida 10mg -> difenhidramina 25mg IV</p> <p>Migraña crónica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zolmitriptan: 2.5-5mg sublingual <p>Profilaxis:</p> <p>PX que presentan >3 cefaleas severas en 1 mes</p> <ul style="list-style-type: none"> • PX HTA: propanolol 40mg c/24hrs VO, subir semanal hasta los 240mg o hasta que el px responda. 	<p>Oxígeno</p> <ul style="list-style-type: none"> • al 100% a 12-15 L/min, con mascarilla durante 10-15 min <p>Sumatriptán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50-100mg VO <p>Verapamilo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80mg c/6hrs • Aumentar la dosis en varios días <p>Ataques nocturnos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergotamina 2mg VO al acostarse

- | | | | |
|--|--|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none">• PX ansiedad: fluoxetina 20-40mg c/24hrs VO• PX depresión: amitriptilina 25mg c/24hrs VO por la noche• PX epilepsia: valproato 250mg VO c/24hrs | |
|--|--|---|--|

Cefalea severa: Lidocaína en spray
1-2 disparos en c/fosa nasal

Bibliografía

Ropper, A., Samuels, M., Klein, J., & Prasad, S. (11 edición). *Principios de neurología*. Mexico: MCGRAWHILL.