

25
287



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
CLINICA GUSTAVO A. MADERO
I. S. S. S. T. E.

CEFALEAS: Diagnóstico Clínico y Evaluación del Estado Afectivo Estudio Realizado en la Clínica Gustavo A. Madero de Abril a Julio de 1990

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
Especialista en Medicina Familiar
P R E S E N T A:
Dr. José E. Longoria Hernández

1991.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES HISTORICOS.....	3
EPIDEMIOLOGIA.....	4
DEFINICION Y CONCEPTOS.....	5
ORIGEN DE LA CEFALEA.....	6
ESTRUCTURAS SENSIBLES AL DOLOR EN CRANEO.....	6
ASPECTOS PSICOLOGICOS EN LA PRODUCCION DE LA CEFALEA.....	7
RELACIONES BIOQUIMICAS ENTRE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS Y LA CEFALEA.....	10
CLASIFICACION DE LAS CEFALAS.....	12
CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CEFALEA.....	16
DIAGNOSTICO.....	30
TRATAMIENTO.....	32
PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	41
JUSTIFICACION.....	42
OBJETIVOS.....	43
METODOLOGIA.....	44
RESULTADOS.....	45
ANALISIS DE RESULTADOS.....	75
CONCLUSIONES.....	76
ANEXO I.....	80
ANEXO II.....	87
BIBLIOGRAFIA.....	91

MARCO TEORICO

INTRODUCCION

La cefalea es uno de los problemas que afectan aproximadamente al 70-75% de la población masculina y a más del 80% de la población femenina durante el transcurso de un año. (2)

La gran mayoría de las cefaleas crónicas son de origen ideopático y frecuentemente son diagnosticadas como Migraña.(1)

La Migraña ha sido reconocida desde hace mucho tiempo; Areuas de Coppedocia-la describe a fines del siglo I d.c. denominandola Hemicraneia de donde derivó la palabra Migraña y desde entonces este término ha sido utilizado.(4)

En la actualidad se considera a la Cefalea como el síntoma más común del hombre civilizado(2), sin embargo es poco frecuente que las Cefaleas intensas y sobre todo las Crónicas tengan un origen orgánico, por lo tanto se puede inferir que casi siempre la cefalea de larga duración y evolución representa -- una incapacidad relativa del individuo para manejar la incertidumbre de la vida, un síntoma que refleja más una alteración subyacente del pensamiento y la conducta que una enfermedad estructural del Sistema Nervioso.

A pesar de todo la cefalea también puede ser el síntoma acompañante de trastornos graves como; Tumores Cerebrales, Hemorragia Cerebral, o Meningitis; la ignorancia del síntoma en este contexto representa una amenaza para la vida del paciente ya que la misma puede ser de las características clínicas semejantes en el proceso benigno y maligno.(3) (5) (10)

A menudo afecta a más de un miembro de la familia(3); se considera un problema de salud por la gran repercusión en los sistemas de producción por el bajo desempeño y la inasistencia de las personas que la padecen. Se reporta que entre el 15% y el 29% de la población mundial ha padecido de cefalea; y en nuestra clínica se incluye entre las primeras 20 causas de solicitud de consulta.

Estos datos la hacen considerar a nivel nacional e internacional como un verdaje

ro reto para el Médico Familiar, como problema de salud con repercusión tanto en el estrato Social y Laboral. (2)

Ya que el paciente considera la cefalea como una enfermedad, con todas sus con-
secuencias y simbolismos; para el médico es un síntoma en donde se debe deter-
minar la causa; puede ser orgánica o funcional y para su diagnóstico el pacien-
te debe someterse a una serie de estudios en forma prolongada, por lo que se -
pierde el interés, tanto del paciente como del médico para precisar el diagnós-
tico por lo que no se conoce realmente su incidencia etiológica.

En la actualidad los diferentes síndromes cefalálgicos se pueden diagnosticar
basados en la Historia Clínica, y tratarlos con los regímenes terapéuticos con
mucho acierto; necesitando en contadas ocasiones de los adelantos modernos co-
mo la Tomografía Axial Computada, la Angiografía Selectiva y la Resonancia --
Magnética, para diferenciarla de trastornos que secundariamente producen cefa-
lea.

Siendo tanta su frecuencia y la variabilidad en las causas de cefalea corres-
ponde al Médico Familiar acentar las bases para una buena orientación en su
estudio y de esta manera tratar de determinar su etiología para proceder de
acuerdo a los esquemas establecidos de un correcto tratamiento y de acuerdo
a la respuesta terapéutica y con su criterio solicitar el apoyo de los dife-
rentes especialistas para encontrar nuevas alternativas en el control y re-
solución del problema.

Esta inquietud es la que propicia la búsqueda de un instrumento que pueda fa-
cilitar el diagnóstico correcto basados en los datos clínicos obtenidos por -
una adecuada semiología del síntoma y los datos obtenidos en la Historia Clí-
nica, lo que permitirá hacer una evaluación de la importancia del síntoma tan-
to en su frecuencia como en sus diferentes tipos de presentación y se podrá -

comparar, en relación a otros estudios del verdadero interes que representa-- para el médico de primer nivel.

En base a la dificultad para realizar una adecuada semiología del síntoma cefalea, por la brevedad de tiempo para cada consulta, se aplicara el cuestionario propuesto por la Asociación Para el Estudio de La Cefalea y modificado -- por el investigador para una mejor evaluación y comprensión por el derechohabiente, a los pacientes de la Clínica Gustavo A Madero que refieran padecen de cefalea; así como el Test de Zung para la valoración del estado afectivo y en esta forma determinar la importancia en su presentación.

Con la aplicación del cuestionario de semiología de la cefalea se tratara de corroborar la utilidad del mismo en la práctica diaria ya que sería un instrumento que nos facilitaria el estudio de todas las cefaleas con una metodología-- rápida y confiable.

Otro punto de interes sería la identificación de factores que predisponen y -- precipitan a la cefalea, así como determinar los tipos de tratamientos utilizados.

Este cuestionario será aplicado solamente a los pacientes que soliciten la consulta por presentar cefalea de larga evolución por lo que seguramente escaparán muchos otros, los cuales le den más importancia a otras manifestaciones y -- no a la cefalea, y otros con cuadros agudos de inicio reciente, esta posibilidad dejará muchas preguntas que contestar y lo que podra ocasionar mayor interes -- en el área de primer nivel de atención para el estudio de la cefalea.

Por el momento solamente la urgencia, el interés del médico familiar y la necesidad investigadora del mismo son las únicas armas con las que cuenta para enfrenarse a este problema.

EPIDEMIOLOGIA

Se considera como el síntoma con mayor predominancia en la época contemporánea; y se la identifica en las sociedades urbanizadas con gran auge comercial e Industrial, con mayor frecuencia .

La experiencia muestra; en estudios realizados a pacientes con cefalea; en poblaciones de E.U.A. ,Alemania, Japón, Noruega la misma predisposición y frecuencia en la población en general correspondiendo aproximadamente entre el 10% y el 20%; y por sexos lo correspondiente al 80% para las mujeres y el 75% para los hombres. Puede presentarse desde la infancia y es más frecuente en la adolescencia y la etapa madura; principalmente la migraña; aunque es más severa y drástica en la vejez.

Se ha incrementado su frecuencia en relación a las pasadas décadas, debido a los diversos cambios de conducta que han ocasionado el gran avance industrial y la complejidad de los sistemas de gobierno así como la proyección importante para el desarrollo de las mismas actividades para ambos sexos.

La gran mayoría de las cefaleas recurrentes se les clasifica como idiosincrásicas; frecuentemente se les cataloga como cefalea tensional en un 80% de los casos o como Migraña (1) (2); se reporta mayor incidencia de Migraña a personas pertenecientes a sectores sociales elevados y con cierta predisposición familiar. (3) (24)

Otro dato de interés para la migraña es su presencia en el sexo femenino y además la exacerbadón de esta en presencia del inicio del periodo menstrual; siendo más importante en la adolescencia y desapareciendo en la edad adulta.

Se han considerado algunos rasgos de personalidad de los pacientes "jaquecosos" entre ellos sobresalen la tendencia a ser ambiciosos o intelectualizar, rígidos de ánimo, tensos y meticulosos, poco expresivos pero sensibles a la crítica, con fáciles desalientos y depresiones, con temores y dudas, hiperestésicos a los estímulos y poco tolerantes para el ambiente que los rodea. (3) (32)

CEFALEA : DEFINICION Y CONCEPTOS

Cefalea, Cefalalgia; (del griego kephalé, cabeza algos dolor).

Dolor continuo, pero que se exacerba en forma de accesos más o menos próximos. Ocupa una extensión variable del Cráneo o de la cara y se exagera bajo la acción del ruido, luz, o un esfuerzo cualquiera. (43)

Indica la sensación dolorosa en la porción cefálica. Es un síntoma muy común que es motivo de consulta para cualquier médico, pero particularmente para el - Médico Familiar, el Neurólogo, Cardiólogo, Otorrinolaringólogo, y el Médico Internista

Se trata de un capítulo de la medicina muy complejo y lleno aún de numerosas incógnitas. En ocasiones el estudio médico minucioso no logra precisar el punto de partida de la cefalea, lo que en buena parte se debe a que quizá la mayoría de las cefaleas tienen un carácter puramente funcional, con elementos psicógenos y por lo tanto sin enfermedad asociada. (12) (42)

Su punto de Partida es siempre un estímulo anormal a nivel cefálico, intra o -- extracraneano. Los órganos extracefálicos no dan dolor referido a la cabeza, pero si se analiza el mecanismo productor se verá que el punto de partida será vascular intracraneano tal como sucede en la Hipertensión Arterial, Paraplejia, = Intoxicación Alcohólica, etc. . (2 1) (26)

Dada la variabilidad en las características mismas de la cefalea se han propuesto diferentes conceptos que se deben aclarar como son:

Cefalalgia; sind. de dolor de cabeza de localización frontooccipital, paroxístico, acompañado o no de fenómenos vasomotores.

Cefalea; cuadro que se caracteriza por dolor en forma de cerco , localización frontooccipital, continuo, que se exacerba con los estímulos externos, con alteraciones internas como angustia, llanto, tristeza.

Hemicraneas; dolor que se localiza a la mitad de la cara, acompañado de trastorno neurovegetativos tales como sudor, rubor y edema.

Jaqueca; cuadro clínico que se acompaña de accesos no continuos, con malestar en el estado en general, algunas veces con manifestaciones oculares como fotofobia, estado nauseoso, vómito, sensación vertiginosa.

Migraña; es una cefalea de localización de inicio frontal, acompañada de prodromos psíquicos, físicos, neurovegetativos, tales como escotomas centelleantes, acufenos, amaurosis, palidez, sudación, vómito, parestias y parestias; algunas veces se refiere el antecedente familiar; no se refiere predominancia para algún sexo o grupo de edad. (20) (22) (32)

ORIGEN DE LAS CEFALIAS

El estímulo generador puede tener un punto de partida;

Intracraneano; por irritación, desplazamiento meníngeo, distensión vascular o bien desplazamiento y compresión en procesos patológicos expansivos.

Extracraneanos; por estímulos anormales que parten de los ojos, senos paranasales, cara, nariz, oído, boca.

Craneano; cuyo punto de partida esta en los nervios o vasos de los tegumentos -- que la recubren en la propia bóveda craneana.

ESTRUCTURAS SENSIBLES AL DOLOR EN CRANEO

La sensibilidad al dolor de los tejidos que cubren al Cráneo, la bóveda craneana y la mayor parte de las estructuras intracraneanas se han precisado en una serie de estudios de pacientes sometidos a operaciones de cabeza, valiéndose de múltiples estímulos. (4) (12) (20).

Se han dilucidado varias vías de producción y transmisión de las cefaleas entre-

las que destacan;

- 1.- Todos los tejidos que cubren al Cráneo son más o menos sensibles al dolor especialmente las arterias.
 - 2.- Estructuras sensibles al dolor intracraneales, como lo son los senos venosos de la duramadre y venas tributarias que provienen de la superficie del Cerebro, parte de la duramadre en la Base, arterias durales y Cerebrales en la base del Encéfalo, pares craneales 5o, 9o, 10o y los tres primeros cervicales. Entre las estructuras insensibles al dolor encontramos a las venas diploicas, el Parénquima cerebral, la mayor parte de la duramadre y Piaaracnóides, el revestimiento ependimario, los ventrículos y los plexos coroideos. (41) (42)
- Los mecanismos de producción de la cefalea de origen intracraneano se han definido en seis grupos que son;

- 1) Tracción y desplazamiento de los vasos que llegan a los senos venosos de la duramadre desde la superficie del Encéfalo.
- 2) Tracción de las Arterias Meníngeas Medias.
- 3) Tracción de las Arterias de grueso calibre en la base del Encéfalo y de sus ramas principales.
- 4) Distensión y Dilatación de las Arterias intracraneales.
- 5) Inflamación de las estructuras sensibles al dolor en las áreas descritas anteriormente.
- 6) Tumores que causan Tracción o Compresión directa de los pares Craneales y Cervicales. (36) (42) (43)

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA PRODUCCIÓN DE LA CEFALEA.

Umbral al Dolor.

Representa la menor intensidad del estímulo a la cual se percibe el dolor o la mínima intensidad de estimulación que puede llamarse dolorosa, se ha comprobado la misma tolerancia tanto en el hombre como en la mujer pero con diferente respuesta de acuerdo a las diferentes circunstancias en las que se desenvuelven.

Tolerancia al Dolor.

Se entiende como el nivel máximo de dolor, el punto en el cual el sujeto ya no acepta de modo voluntario el dolor, por lo tanto constituye el umbral superior al dolor.

La tolerancia al dolor disminuye con la edad, es más amplia en el hombre que en la mujer, es mayor el nivel de tolerancia a cualquier edad en el hombre y es más alto el nivel en la raza blanca que en la negra y oriental. (43)

Los factores que alteran la tolerancia al dolor son la sugestión, distracción, manipulación de ansiedad y motivación.

En fechas recientes se ha visto que los modelos sociales también afecta la tolerancia al dolor; esto es, si alguien parece soportar más o menos el dolor influye en la tolerancia de otro sujeto llevándolo en la misma dirección.

Margen de Sensibilidad Dolorosa.

Se trata de la diferencia entre el umbral y la tolerancia al dolor; el estudio de Waters demuestra una relación entre el impacto recibido por el sujeto comparado con los caracteres clínicos y parámetros de personalidad, y determina la influencia que se ejercía entre el dolor y las actividades cotidianas.

Parámetros de Personalidad.

Ansiedad. - Esta aumenta la sensibilidad al dolor o aumenta la capacidad de respuesta al mismo, este es uno de los componentes reactivos de la cefalea propuestos por Beebeot(21). Este autor demostró la importancia y el significado de la lesión sufrida (ansiedad), que determina el grado de dolor en mayor medida en que lo hace el daño tisular. La gravedad e intensidad de la cefalea son en gran medida una función de ansiedad neurótica.

De acuerdo a estos estudios el dolor agudo se asocia con estados de ansiedad y el dolor crónico se asocia a depresión.

Expresividad. - El paciente se queja mucho tiempo y excesivamente de dolor, posee un umbral bajo, pero la capacidad de comunicar la experiencia dolorosa es una función de la expresividad, la cual a su vez se relaciona con el grado de extroversión y como miembro del grupo. De acuerdo a los estudios de Waters (2) el grado de dolor experimentado, se correlaciona de modo positivo con el grado de neurosis, pero la queja del dolor e ingesta de medicamentos se asocia con el grado de expresividad o extroversión.

En quienes presentaron dolores más intensos, el grado de expresión resultó ser más aparente por el grado de extroversión, de manera -- que neuróticos introvertidos podían sufrir en silencio, exhibiendo una relativa relación entre la gravedad y la queja del dolor, pero los extrovertidos no tuvieron problemas para comunicar su sensación dolorosa. (3)

Depresión. - En situaciones clínicas la ansiedad se asocia con anticipación al dolor (daño corporal), o de pérdida (separación).

La depresión se asocia con las consecuencias de estos factores asumiendo la forma de sentimientos internos, enojó o de luto. De acuerdo a esta observación es factible que haya relación del dolor agudo con la ansiedad y la depresión con procesos crónicos.

Estos reportes señalan que la cefalea es un dato acompañante entre el 50% y el 80% de los casos, y en ocasiones quizá el dolor pudiera presentar una alteración afectiva tal y como ocurre en la depresión enmascarada. (12) (24)

Hipocondriasis. - Un acompañante frecuente en la cefalea es la hipochondriasis, la cual a menudo enmascara la depresión, de manera que el paciente--

por el examinador no aprecia el trastorno de la esfera afectiva sino que se entra en la sintomatología acompañante. La hipocondriasis se define como "la fascinante absorción de las experiencias de un trastorno físico o mental". (42) (43)

Se encontraron tres factores básicos para la Hipocondriasis: preocupación por el cuerpo, fobia a las enfermedades y convicción de la presencia de una enfermedad que no presta atención a los argumentos en sentido contrario. Cualquiera de estos aspectos puede presentarse solo o en combinación en el paciente aquejado de dolor. (24)

En el mismo estudio se encontró una relación entre la ansiedad y depresión y un buen pronóstico para estos pacientes, el trastorno afectivo tratado disminuye la sintomatología y los resultados pobres se asociaron principalmente a sintomatología orgánica.

RELACIONES BIOQUÍMICAS ENTRE TRASTORNOS AFECTIVOS Y CEFALEA.

En los últimos 15 años ha crecido el interés por la bioquímica, tanto de los trastornos afectivos como de la cefalea. Alguna vez se pensó que la depresión y manía graves era de origen puramente psíquico y se opinaba que el tratamiento de elección era la psicoterapia psicodinámica, sin descartar la importancia etiológica de los factores psicosociales y del desarrollo, los recientes trabajos en genética y psicofarmacología han cambiado su enfoque.

Tanto la depresión como la cefalea vascular son heterogéneas en los aspectos clínicos y bioquímicos. No se conoce la etiología de ninguna de ellas. La información en ambas áreas está en una etapa temprana de desarrollo y permite pocas conclusiones precisas.

Las anomalías psicológicas y fisiológicas se asocian con un funcionamiento anormal del sistema Hipotálamo-Hipofisiario-Suprarrenal. Con frecuencia, tan-

bién, se observan tales cambios en pacientes con trastornos afectivos. Estas funciones se hallan bajo control parcial de las aminas biógenas. En algunos pacientes deprimidos aparecen concentraciones plasmáticas de -- cortisol elevadas, manifestación de la secreción de ACTH elevada continuamentoy de aplanamiento de la variación diurna normal de la secreción de cortisona. En algunos pacientes, la liberación de hormona de crecimiento es defectuosa. Tanto la hormona estimulante del tiroides como la T3 pueden posibilitar la respuesta de las pacientes deprimidas a los antidepresivos tricíclicos pero no hay pruebas de función tiroidea anormal en trastornos afectivos. Algunos pacientes con depresión unipolar y bipolar muestran secreción basal de prolactina elevada. La función de las hormonas sexuales afecta el estado de ánimo, pero las causas bioquímicas implicadas no se han estudiado con profundidad. Tanto en la depresión como en la migraña hay retención de sodio y agua. Al parecer, hay un subgrupo de pacientes deprimidos con anomalías genéticas en la regulación del movimiento de electrolitos de parte de la membrana celular. La adenilciclasa puede funcionar como el receptor adrenérgico. Algunos investigadores han informado que el AMP cíclico urinario es bajo en la depresión y elevado en la cefalea vascular. Con el tiempo estos datos pueden proporcionar un puente entre los factores de los electrolitos y de las -- aminas biógenas; la hipótesis de las aminas biógenas ha generado numerosos datos de investigación que mencionan anomalías de las vías mediadas por la NE y 5 HT en los trastornos afectivos pero hasta ahora no hay aún modelos adecuados o de exactitud evicente a este respecto. La hipersensibilidad post sináptica podría ser una hipótesis etiológica general mas viable que la deficiencia o exceso de trasmisor. No se ha definido con claridad el funcionamiento anormal de la MAO en los trastornos afectivos y la cefalea.

La depresión puede asociarse con metabolismo anormal de Tiramina y Triptofano. No se han establecido anomalías de triptofano plasmático libre en trastornos afectivos. Algunos pacientes deprimidos muestran una respuesta anormalmente acentuada en la presión sanguínea a la Tiramina intravenosa. Las prostaglandinas interactúan con las CA y 5HT y los fármacos psicorrépticos las afectan. Todavía se desconoce su papel en padecimientos psiquiátricos.

Se asocia con la migraña una caída en la 5 HT plasmática y plaquetaria, pero no en los ataques de cefalea en racimos. Esto concuerda con la tendencia hacia la hiperaglutinación plaquetaria que muestran los pacientes migrañosos. La profilaxis exitosa de la migraña en algunos pacientes con precursores de 5 HT, L-DOPA, Reserpina, Amitriptilina, Clorimipramina, y MAO, bloqueadores adrenérgicos alfa y beta, clonidina, Metisergida y Acupuntura es un poderoso argumento del papel fisiopatológico y quizá etiológico de NE y 5 HT. Los cambios en las hormonas reproductivas afectan la cefalea vascular por mecanismos desconocidos. La Migraña puede asociarse con la menstruación, anticonceptivos orales o reemplazo estrogénico. Tanto el trastorno afectivo como la cefalea vascular podrían ser mecanismos primitivos de protección que se hacen enfermedades por activación espontánea demasiado fácil, demasiado grande o en un contexto de decadencia biológica.

CLASIFICACION DE LAS CEFALEAS.

Puesto que son varios los autores que se han dedicado al estudio y tratamiento de las cefaleas se ha formado una clasificación que puede facilitar la identificación del síndrome doloroso y establecer un tratamiento adecuado.

Esta clasificación fue propuesta en el año de 1962 por el comité para la clasificación de las Cefaleas y avalada en Londres en 1969 por la Federación Mundial de Neurología y el Grupo de Investigación Para la Cefalea y Migraña(4). Esta clasificación corresponde a la denominada Clasificación del Comité AD HOC y la que rige actualmente; las agrupa de acuerdo a su mecanismo de producción y origen.

Este Comité define la cefalea como el dolor que se percibe por arriba del cuello incluyendo la cara y la parte superior de la nuca.

La Ubicuidad del síntoma no es sinónimo de inocuidad y existen muchos padecimientos neurológicos graves cuya manifestación principal y única es la cefalea.

La principal preocupación tanto del paciente que padece cefalea como del médico que lo atiende, es identificar si se trata de un síntoma banal o grave, surge la necesidad de clasificarla sencillamente; El Dr. Ladislao Olivares del Instituto de Neurología de México, las clasifica en 4 grupos según el tiempo de evolución y la presencia o no de signos neurológicos (cuadro 1).(31)

En 1987 Lance hace una revisión a la clasificación propuesta por el comité AD HOC y lo único que se modificó es la clasificación por etiología fisiopatológica y presta datos para discusiones contraversiales en algunos casos de cefalea migrañosa(33)(cuadro 11).

Por último mencionamos una clasificación sencilla y de fácil aplicación

clínica y es la propuesta por el Dr. Wolff también basada principalmente en la etiopatogenia.(42) (cuadro 111)

CUADRO I

Clasificación Dr. Ladislao Olivares (Inst. Nac. Neurología)

- I AGUDA CON SIGNOS NEUROLOGICOS
- II CRONICA CON SIGNOS NEUROLOGICOS
- III AGUDA SIN SIGNOS NEUROLOGICOS
- IV CRONICA SIN SIGNOS NEUROLOGICOS.

CUADRO II

Clasificación del AD HOC Comité (1962)

I CEFALEA VASCULAR TIPO MIGRAÑA

- a) Clásica
- b) Común
- c) Histamínica (Cluster, Horton)
- d) Hemipléjica, Oftalmopléjica
- e) De la mitad de la cara

II CEFALEA TENSIONAL O POR CONTRACTURA MUSCULAR

III COMBINADA

IV REACION VASOMOTORA NASAL

V CONVRSIVA, HIPOCONDRIACA

VI VASCULAR NO MIGRANOSA

- | | |
|------------------------|------------------|
| a) Infección Sistémica | e) por alimentos |
| b) Ps Traumática | f) por Nitritos |
| c) Hipertensiva | g) por Cafeína |
| d) Postetífica | h) por Ergotismo |

VII POR TRACCION

- a) Tumores
- b) Hematomas
- c) Abscesos
- d) PostPunción Lumbar

VIII POR INFLAMACION DE VASOS CRANEALES

- a) Intracraneales
- b) Extracraneales

IX OCULAR

X AURAL

XI SINUSOIDAL O NASAL

XII DENTAL

XIII OTRAS ESTRUCTURAS DE CARA Y CRANEO

XIV POR PARES CRANEALES

XV NEURALGIA CRANEAL

XVI METABOLICA (Hipoxia, Hipercapnia, hipoglicemia, hipocalcemia)

CUADRO III

CLASIFICACION DE LAS CEFALAS (WOLFF)

CEFALEA VASCULAR.-

Migraña;

1) Clásica

4) Oftalmopléjica

2) Común

5) En Racimos (Histamínica)

3) Hemipléjica

VASCULAR TOXICA

HIPERTENSIVA

CEFALEA POR CONTRACTURA MUSCULAR

1) Osteoartritis Cervical

2) Miositis Crónica

CEFALEA POR TRACCION E INFLAMATORIA

1) Lesiones Ocupativas (tumores, edema, hematomas, hemorragia cerebral)

2) Enfermedades Oticas, Oculares, Nasales, Faringeas, Dentales.

3) Infección

4) Arteritis, Flebitis

5) Neurálgias Craneales

6) Enfermedad Vascular Oclusiva.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS DIFERENTES TIPOS DE CEFALEA.

Migraña.

El rasgo sobresaliente es la cefalea periódica, por lo general unilateral en su inicio, pero que puede generalizarse; se asocia con irritabilidad y sensación nauseosa, acompañada de fotofobia, vómitos, estreñimiento o diarrea. Frecuentemente está precedida por escotomas, hemianopsia y parestesias unilaterales y alteraciones del lenguaje; puede afectar cara e incluso cuello. (42)

Con frecuencia otros miembros de la familia padecen cefaleas similares (22) Son parte del cortejo sindrómico distensión abdominal, extremidades frías, cianosis distal, vértigo, temblores finos, palidez y sequedad de boca, diaforesis excesiva y escalofríos. En ocasiones se presenta engrosamiento de la piel, "se ve y se siente edematosa". (25) La noche anterior al inicio de un ataque menudo se caracteriza por sensación de bienestar, locuacidad y buen humor, con gran apetito. (28) (42)

La duración del ataque es de varias horas hasta días, puede tener grados de intensidad diversas, después del ataque el paciente vuelve a referir bienestar y alegría (3). Puede comenzar a cualquier edad pero es común que inicie en la adolescencia, ningún grupo social o económico es inmune al padecimiento. Hay muchas variantes del síndrome migrañoso y algunas manifestaciones diferentes de la cefalea que pueden ser notorias en los niños que no refieren la intensidad del dolor.

Los vasos temporales, frontales o supraorbitarios del lado doloroso pueden estar distendidos y conspicuos, puede haber edema facial.

La intensidad puede variar desde apenas perceptible hasta incapacitante; exacerbado por la luz brillante, el ruido, el esfuerzo mental o físico.

La localización sobre todo es Temporal, Supraorbitaria, Frontal, Retrobulbar, Parietal, Retroauricular, occipital.

Unilateral en su inicio, variando de un lado a otro posteriormente en los ataques sucesivos.

Los fenómenos previos a la cefalea son de variabilidad y conspicuidad extrema, muchos tienen sensación de aumento de la tensión, hambre y estado de alergias. (28)

Las alteraciones del estado de ánimo que acompañan a la Migraña son notables, el paciente se siente postrado, decepcionado, triste, se siente rechazado, la compañía de otras personas la alteran, es irritable e irracional, niega sus responsabilidades habituales, su juicio es pobre, impulsivo y hostil, a veces destructivo. (21)

La memoria, la retención y la atención siempre son malas, después del ataque se sienten relajados, con mayor energía, entusiastas, a veces hiperactivos; puede presentar alteraciones en el metabolismo del agua con retención de líquidos, lo que ocasiona edema, poliuria y grandes volúmenes de orina, lo que en ocasiones provoca grados de deshidratación variables. (22)

En algunas mujeres se encuentra presente al inicio del período menstrual y posteriormente desaparece (5).

Migraña y Alergias.

Se encuentra relacionada a reacciones de hipersensibilidad tipo I, o mediada por IgE, secundarias a ingesta de alimentos que contienen sustancias vasoactivas (tiramina, alcohol, cafeína, histamina), lo que ocasiona vasoespaso craneano o indirectamente cefalea.

También se menciona cierta relación entre Fiebre del Heno, Asma Bronquial, Urticaria y Eoema con Migraña sin aclarar hasta este momento la situación.

Migraña en Embarazo

La migraña es una alteración con componente vasoactivo y en donde los estrógenos alteran la estabilidad vasomotora, puede anticiparse un efecto de estas sustancias en particular durante los cambios cíclicos menstruales. La Migraña no se presenta en alteración de los progestágenos, esto explica también la presencia de cefalea en pacientes que ingieren anti--conceptivos orales; en algunos casos son avisos de probable enfermedad vascular cerebral.(5) (10)

Se han revisado cambios bioquímicos que pudieran tener importancia en el proceso migrañoso en relación al efecto hormonal.

Serotonina y Migraña.

Se han revisado cambios bioquímicos en donde se reporta la caída súbita de la serotonina al inicio de la crisis migrañosa.

Se ha propuesto que la Histamina, serotonina, quininas plasmáticas, y otras sustancias vasoactivas participan en la reacción inflamatoria estéril - que afecta a los vasos sanguíneos dolorosos y distendidos. Se les considera como una parte integral aunque periférica del proceso migrañoso, - pero tiene importancia en primer lugar en la parte del episodio migrañoso en el cual ocurre un aumento en la permeabilidad capilar.

Cefalea en Racimos o de Horton

Es una variedad de cefaleas unilaterales anteriores, intensas y breves y en gran número, en su ceción rápida y en ocasiones varias veces en 24 hrs de ahí su nombre de "en racimos". Casi siempre del mismo lado, con rubor unilateral, edema de mejilla y conjuntiva, acompañado de rinorrea. Horton la refirió como histamínica y Kunkle la denominó en racimos(12) (42).

Afecta la región del Ojo, sienes, cuello y cara pudiendo irradiar hacia--hombro, puede propagarse a dientes, frecuentemente los ataques iniciales en la edad adulta, el periodo de duración es de horas, de inicio súbito y --frecuentemente despiertan al paciente por la noche con un dolor lrentu-

intenso. Se asocia con manifestaciones del lado afectado, estas son lagrimeo, congestión de las conjuntivas, rinorrea, obstrucción nasal, sudación profusa y con frecuencia vasodilatación cutánea. Suele verse dilatación de los vasos temporales, el dolor sigue las ramificaciones de la carótida interna.

Se diferencia de la Neuralgia del Trigémico porque no existen zonas gatillo y el dolor no sigue el trayecto del 5º par. Es diferente de la Migraña ya que casi nunca se acompaña de náusea, vómito, escotomas, además cada ataque dura rara vez más de 30 minutos.

Horton atribuye la fisiología a una forma especial de sensibilidad a la histamina, no ha sido posible determinar hasta este momento esta posibilidad. Los factores precipitantes pudieran ser las bebidas alcohólicas y otras sustancias vasodilatadoras como la nitroglicerina. Se pueden distinguir tanto el síndrome superior como el inferior de la neuralgia del quinto par de acuerdo a las manifestaciones clínicas (síndrome inferior irradiación orbitaria, sínd. superior irradiación supraorbitaria).
Cefalea e Hipertensión Arterial.

En general pueden encontrarse tres categorías de cefalea;

- 1) Cefalea que aparezca con el alza repentina de la TA y que son resultado de una vasodilatación de los vasos intracraneales. Ejemplo; ejercicio intenso, excitación sexual, enojo, al presionar un Feocromocitoma.
- 2) Incluye las cefaleas que se asocian a Hipertensión Arterial Esencial, y que es provocada por la elevación de la TA, es parecida a la cefalea vascular tipo migrañoso; los responsables son las arterias intracraneales, asociadas a la contracción muscular sostenida de los músculos del cuello y cuero cabelludo.

3) Ligada a Hipertensión Arterial y que se encuentra en pacientes con - Insuficiencia Renal Crónica, Azotemia y Presión Intracraneal elevada, -- el mecanismo se relaciona con tracción y desplazamiento de estructuras intracraneas sensibles al dolor.

Las cefaleas de este tipo son sordas, difusas, profundas, intermitentes, -- pulsátiles, pueden ser generalizadas, unilaterales u occipitales y casi siempre son más intensas por la mañana, iniciando desde la medianoche, despiertan al paciente por la madrugada y disminuye después de levantarse, tomar café o dirigirse a las actividades habituales, la intensidad aumenta con el ejercicio, al agacharse, toser, comparte muchas características con la migraña. Una consideración importante es que la cefalea no está en relación a la cifra de TA elevada ya que se observó que la mayoría de los pacientes presentaba cefalea antes de la elevación de TA y lo único que se modificaba eran las características del síntoma.

Cefalea Vascular No Migrañosa.

Incluye todas las condiciones que producen cefalea como parte de un -- complejo sindrómico. La cefalea Vascular no migrañosa más frecuente es la ocasionada por fiebre; puede ocurrir vasodilatación generalizada -- como consecuencia de cualquier fiebre de importancia la cual es más evidente mientras aumenta más la temperatura.

Además se presenta en entidades como la resaca alcohólica, la hipoglucemia, la hipoxia y la reacción a medicamentos.

La respuesta del sistema vascular a la histamina y la considerable presencia de cefalea es un claro ejemplo de cefalea vascular tóxica; el análisis fue posible gracias a los experimentos desarrollados al proporcionar histamina para la función gástrica; esta ocasionaba grados intensos de cefalea, sobre todo si entraba en contacto con algún vaso.

También se ha observado la capacidad de la histamina de dilatar los vasos cerebrales sobre todo las arterias, tanto en animales de experimentación, como en el cerebro humano en actos quirúrgicos.

La cefalea producida por respuesta histamínica es de corta duración, muy-intensa y predecible.

Cefalea Asociada a Fiebre e Infección.

Es común que la cefalea se asocie a bacteremia, septicemia y fiebre; sin embargo es poco probable que el agente responsable sea el mismo al que provoca la cefalea. Las cefaleas más intensas y prolongadas son asociadas a fiebre tifoidea e Influenza.

La cefalea es intensa, sorda, profusa, generalizada, pero a menudo es peor al inicio en la parte posterior de la cabeza. El esfuerzo físico aumenta su intensidad, a menudo empeora a las últimas horas del día, sobre todo si el paciente es ambulatorio o cuando el paciente esta postrado o -- fatigado, la intensidad disminuye a la compresión manual de la carótida común, el tartrato de ergotamina no modifica su evolución.

Los mecanismos de producción son semejantes a la inyección de histamina. La cefalea en fiebre y septicemia es debida a la vasodilatación sobre las arterias intracraneales con producción del dolor.

Cefalea asociada a resaca alcohólica.

El mecanismo de cefalea que se presenta a la mañana siguiente de haber ingerido bebidas alcohólicas es complejo; las impurezas contenidas en las bebidas alcohólicas pueden poseer efectos farmacodinámicos vasoactivos. A pesar de que el alcohol vasodilataba los vasos cerebrales, el período de concentración máxima en sangre no correspondía al período de cefalea. Casi siempre este ocurre varias horas después cuando la concentración era muy baja o mínima.

Por otro lado las pruebas realizadas con la administración de 60 a 90 ml de alcohol etílico al 95% de los pacientes no presentó el síntoma, incluso en pacientes que padecían frecuentemente cefaleas.

Por lo tanto la acción del alcohol para provocar cefalea es en forma indirecta, aunque es probable que resulte de vasodilatación intracraneal, por las características clínicas de ser punzante, aumentar con los movimientos de cabeza y disminuir con la compresión de la carótida. (41) (42)

Se ha sugerido que la cefalea por vasodilatación no solamente proviene de sustancias como el alcohol, sino que también resulta del efecto que tiene la desvelada, pérdida del sueño, euforia de los contactos sociales (hablar, reír, cantar, deshinibir) el esfuerzo sostenido, la fatiga y quizá cierto -- grado de remordimiento. En pocas palabras se asocia con factores psicobiológicos semejantes a los que operan en la cefalea vascular. (36) (42)

Cefalea Post-Convulsiva.

El dolor que se asocia a la sucesión de un ataque epiléptico con o sin movimientos convulsivos, es un dolor pulsátil, generalizado, de intensidad moderada y por lo general de varias horas de duración. Se observa a menudo al recobrar la conciencia y el paciente siente deseos de dormir y la cefalea esta ausente al despertar. Se sugiere a la vasodilatación como base de la cefalea postepilepsia.

Cefalea asociada a Hipoxia

La hipoxia asociada al aumento de CO₂ en la sangre, provoca dilatación extrema de los vasos cerebrales especialmente arterias y arteriolas. Es probable que tenga alguna significancia en personas que vivan a grandes alturas y que se quejen de cefalea persistente por horas o días hasta que se ha logrado el ajuste fisiológico o el paciente regresa a un lugar de menor altura.

La cefalea pulsátil, intensa se asocia con sensación de distensión en la cabeza, rubor facial, fotofobia, inyección de la mucosa ocular y en ocasiones cianosis. Es probable se deba a distensión vascular cerebral. (33) (35) Apenzhaller señaló que la cefalea puede asociarse a mal de montaña agudo y edema pulmonar; con mal de montaña crónica en personas bien aclimatadas. Es poco común a altitudes menores de 2500 mt/nm y aparece más frecuentemente a alturas de más de 4000 mt/nm.

Por lo general se asocia a bajas concentraciones de O₂ y no cede a la aplicación del mismo, se supone se relaciona a vasodilatación intracraneal severa y edema cerebral o a ambos, se agrava con maniobras que aumentan la presión intracraneana como la tos, defecación.

Cefalea asociada a Anémia.

Se debe a vasodilatación intracraneana, se presenta principalmente en pérdidas masivas y en donde la hemoglobina cae abajo de 7 gr, rara vez se presenta con hemoglobina menor de 11 gr.

Probablemente sea secundaria a hipoxia. Algunas enfermedades como la Anemia Hemolítica, Anémia falciforme, Hemoglobinemia, Envenenamiento con Habas, y Policitemia secundaria a EPOC, Cardiopatías Congénitas, Exposición Crónicas a CO₂, producen cefalea por el mismo mecanismo. (40) (41)

Cefalea por Nitritos.

La aplicación de nitrito de amilo ocasiona una caída rápida de la TA tanto diastólica como sistólica lo que induce a un aumento en las pulsaciones de las arterias intracraneanas, lo que ocasiona dilatación, tracción y dolor. Algunos individuos expuestos a nitritos por medicamentos, alimento o en la industria se quejan de este tipo de cefalea.

Tales cefaleas son de tipo sordo, continuo, y generalmente se acompañan de rubor facial.

Cefaleas causadas por Agentes Químicos con y sin Vasodilatación.

Dentro de este grupo destaca la provocada por Monóxido de Carbono, el uso de acetanilamida puede provocar cefalea debido a la conversión a metahemoglobina con hipoxemia resultante. Además de la metahemoglobinemia se puede presentar sulfahemoglobinemia producida por la ingesta de Nitratos, Sulfonamidas, compuestos de anilina, fenacetina, alcohol, tetracloruro de Carbono, Benceno, arsénico, plomo, anticolinesterasa, insecticidas, nitroglicerina, apresolina, toracina.

Cefalea por ayuno

Cuando se pospone o se pierde un alimento la hipoglicemia resultante puede provocar cefalea, sobre todo en pacientes que padecen cefaleas vasculares, pueden aparecer como síntoma de choque insulínico y en pacientes con tumores de células pancreáticas, puede ser manifestación de insuficiencia adrenocortical, hipotiroidismo, padecimientos hepáticos. (41)

Los cambios internos provocados por la hipoglicemia son; O₂ bajo, CO₂ alto, acidosis que amenaza a la célula cerebral y ocasiona vasodilatación extrema. (33)

Algunas veces hay fatiga, tensión, irritabilidad, cambios en el estado de ánimo. En este tipo de escenario puede aparecer además cefalea por contractura muscular.

Otros Estados Cefalálgicos.

Entre ellos se incluye la cefalea del Helado producida por estimulación faríngea y producción de dolor en pacientes con antecedente de Migraña. También en pacientes que han sufrido Endarteriectomia y por último la relacionada al esfuerzo (fatiga intensa) que afecta a hombres entre los 10 y 70 años, reportada principalmente en los atletas (México 65), aunque en estos casos hay que descartar factores predisponentes sobre todo se menciona a la migraña.

Arteritis Craneal.

La inflamación de las arterias craneales se presenta en dos tipos de síndromes; 1) aquellos en que la arteritis craneana es solo, parte de una enfermedad vascular extensa; 2) aquellos en que la arteritis craneana es la única enfermedad.

El tipo de cefalea es igual para ambos cuadros y la distinción entre ambos es solo la presencia o ausencia de enfermedad sistémica.

La poliarteritis nodosa es el prototipo de padecimiento vascular extenso que también afecta a las arterias craneanas. El padecimiento llamado Arteritis Temporal, Arteritis Craneana o Arteritis de células Gigantes, por lo general aunque no siempre, se limita a la cabeza y cuello; de los tres términos el último es el más correcto pero el que menos se utiliza.

En la poliarteritis nodosa hay múltiples áreas de necrosis e inflamación arterial que afecta muchos órganos, la lesión arterial parece ser idéntica a la que se encuentra en la enfermedad del suero, puede identificarse gammaglobulina en las áreas de necrosis fibrinoide, también se identifica Ag australiano e Ig por lo que se cree que es un agente viral el causante de esta enfermedad.

Gran parte de las cefaleas se asocia con cambios anatómicos en las paredes vasculares, en particular la inflamación arterial a veces resulta dolorosa y la angitis es una complicación frecuente de las alteraciones inmunológicas mencionadas en el listado siguiente:

I Enfermedades del Tejido Conectivo

Artritis Reumatoide	Fiebre Reumática
Esclerodermia	Eritema Nodoso
Poli y Miodesmatocitosis	Síndrome de Sjogren

II Arteritis por Hipersensibilidad

Reacción Farmacológica	Síndrome de Goodpasture
------------------------	-------------------------

— Síndrome de Henoch - Schalein	Púrpura Hiperganaglobulinémica
— Lupus Eritematoso Diseminado	Deficiencia de C2 con vasculitis
— Antigenemia Australiana con vasculitis	

La arteritis es un padecimiento raro, febril, casi siempre autolimitado de duración variable y etiología desconocida, afecta a los ancianos de ambos sexos y se caracteriza por la inflamación dolorosa de las arterias con manifestación de afección sistémica como pérdida de peso, anorexia, fiebre, sudación y debilidad. Los síntomas se dividen en sistémicos no específicos y los que se atribuyen directamente a la inflamación y distensión de las arterias temporales y otras.

La cefalea que se presenta es de gran intensidad, continua, profunda, persistente y de naturaleza pulsátil, a menudo se observa una sensación urtante, empeora con el decúbito dorsal y disminuye en la posición sedente o de pie, la intensidad se reduce poco con la compresión de las carótidas del lado afectado y se agrava al agacharse. Un dato sobresaliente es la dilatación visible de los trayectos arteriales, algunos pacientes refieren dolor al masticar, se puede observar edema facial, rubor cutáneo, los síntomas oculares pueden ser la forma de aparición del problema ya que un tercio de los pacientes está amenazado con la pérdida parcial o total de la vista, se ha observado además diplopía, fotofobia, en algunas ocasiones se observa oclusión en la arteria central de la retina al exámen del fondo de ojo. Algunos pacientes presentaron datos de daño cerebral y encefalitis en la fase aguda se ha visto torpeza mental, mareos, vómitos, disartria, síncope, delirio y hasta estado de coma. Es muy raro observar la parálisis de pares craneales. Entre los datos de laboratorio se encuentra leucocitosis moderada, la eosinofilia es rara, la velocidad de sedimentación está elevada, el hierro sérico y la saturación de hierro son notoriamente bajos, la latencia de la

Los músculos y el factor reumatoide son negativos. Los valores de --
heptoglobulinas son superiores a 200 mg/100 ml y con frecuencia se ele-
van las Betaglobulinas, la fosfatasa alcalina se eleva.

Polimialgia Reumática y Arteritis Craneana.

Una forma bastante común de reumatismo que afecta a los ancianos que --
sufren de dolores de cabeza y cuello, espalda y partes proximales de las
extremidades, puede asociarse con signos generales de enfermedad como ve-
locidad de sedimentación globular elevada, respuesta muy rápida al uso de
esteroides, esta entidad se conoce como polimialgia reumática. Un número
importante de pacientes con esta entidad presentará arteritis craneana -
durante el curso de su enfermedad, lo que sugiere que las dos enfermedades
son una sola y que la mialgia puede representar una etapa temprana de la
arteritis.

Síndrome de Tolosa-Hunt.

Se refiere al dolor retroorbitario con afectación de los senos cavernosos
y su pared. El dolor puede provocar o preceder a la Oftalmopléjia que se
presenta por varios días, es un dolor constante por detrás del ojo que se -
describe a menudo como corrosivo y horadante, los defectos se localizan en
el II, IV y VI pares y una rama del V par Craneal, las fibras simpáticas para
arteriales y el nervio óptico pueden estar afectados.

Las remisiones espontáneas pueden presentarse, los ataques ocurren en me-
ses o años. Quizá el síndrome este causado por la inflamación de los se-
nos cavernosos, la respuesta a esteroides es espectacular. (41) (42)

Carotidinia.

Variedad de dolor que se origina en el cuello, el mismo proviene de la ar-
teria carótida común y externa y de sus ramas maxilares; afectando en parte
al nervio vago. Se caracteriza por dolor opresivo y sordo referido al ojo

profundo en la región malar, irradiándose hacia atrás de la oreja, por detrás de ella y hacia abajo y a lo largo del cuello sienten que se acentúa; los ataques son periódicos y casi siempre ocurren del mismo lado y no se asocia a alteraciones visuales, se presenta en adultos jóvenes y de mediana edad, es más común en las mujeres que en los hombres con una relación 4:1; aparece en todas las edades pero más frecuente entre la 4a y 5a década, a menudo hay antecedente de cefalea vascular, la única anomalía importante en el examen físico es la presencia de arterias carótidas hiperestésicas, pulsátiles y a menudo dilatadas.

Síndrome de Raeder y Síndrome Pericarotideo.

Padecimiento raro que se caracteriza por la parálisis oculosimpática, de inicio repentino con sensación de ardor frontotemporal, dolor opresivo de inicio rápido, con ptosis y miosis asociados que ha menudo presenta distribución paracorbital, sin antecedentes previos de cefalea, con sudación normal en área periorbitaria frontal, con alteración de los pares craneales óptico, troclear, trigémino. Se postula entonces la afectación múltiple de los nervios referidos sobre todo cerca de la emergencia en la silla turca, se asocia a parálisis oculosimpática y sedación facial.

Cefalea Posttraumática.

La mayoría de las personas que sufren Traumatismo Craneo-Encefálico padecen de dolor o hiperestesias en el sitio del impacto por varias horas o incluso días después desaparece el dolor. Entre la tercera parte o la mitad de los pacientes que ameritan hospitalización padecen de Cefalea Crónica, en un pequeño porcentaje de estos pacientes se presenta dolor por acumulación de sangre en los espacios epidural, subdural o aracnoideo. La cefalea del hematoma subdural comienza del golpe en el momento del impacto o con la recuperación de la conciencia y persiste a menudo, durante meses, hasta que

de evocar el hematoma o hasta que ocurre la resolución espontánea.

Las grandes cantidades hemáticas en el espacio subaracnoideo alrededor de la base del cráneo provoca dolor por tracción, desplazamiento y distensión o ruptura de los vasos sanguíneos sensibles al dolor y de la piaaracnoides. Un grupo menor sufre cefaleas por formación de adherencias que afectan estructuras sensibles al dolor en la aracnoides. La gran mayoría de pacientes que persisten o recurren por periodos prolongados después del traumatismo no tienen anomalía intracraneana que pueda explicar la cefalea. Se ha dividido en tres grupos que son;

I) Una sensación de presión constante o dolor opresivo con distribución en barra o gorrón o de manera más común en un área circunscrita distinta al sitio de la lesión y casi siempre asociada con hiperestesia profunda.

II) Además de las características antes mencionadas, la presencia de hiperestesia circunscrita bastante superficial en el sitio del impacto o cicatriz, asociada con frecuencia a dolor sordo de moderada intensidad.

III) dolor constante pulsátil, presentación en forma de ataque, con frecuencia unilateral en su inicio y sobre todo en la región temporal, frontal, postauricular y a veces combinado con cefalea tipo 1. (32) (42)

Los factores simbólicos son tan importantes en el paciente con ICE que es necesario tomarlo en cuenta para poder hacer una interpretación adecuada. La cabeza tiene representación especial en el que la lesión de esta parte puede hacer más daño al individuo emocionalmente que por la lesión tisular. La mayoría de las personas ansiosas considerarán que el uso de la cabeza, el intelecto, la capacidad de estar siempre alerta, de prevenirse contra el peligro y las fuerzas destructivas son la base endeble de la seguridad que poseen. El hecho de sufrir un accidente que afecte el órgano que produce estas defensas es aterrador. Casi todos los pacientes mostrarán resentimiento a sufrir daño cerebral permanente, tales reacciones se relacionaron con

la invalidez prolongada que con frecuencia acompaña a la cefalea postraumática. (41)

Dientes y Maxilares como Fuente de Cefalea.

Tanto la odontalgia como la amplia gama de alteraciones ligadas al movimiento maxilar dolorosa se denomina síndrome de la Articulación Temporo-Maxilar (ATM); en ocasiones a esta se agrega en algunas fases a la neuralgia del trigémino y en otras el paciente presenta datos de alteración psicológica que sugieren al clínico que el dolor no es de origen local. La presión provocada ante la inminencia de procedimientos dentales constituye una barrera real para la evaluación del síntoma, así como para su umbral al dolor ante las pruebas de palpación digital y percusión.

En el síndrome ATM los factores emocionales a menudo son de importancia extrema y forman parte integral de la situación dolorosa en virtud de los hábitos nerviosos el bradismo. Hay diversos rasgos clínicos pero deben de estar presentes 4 signos o síntomas para hacer el diagnóstico que son:

- a) hiperestesia muscular
- b) Chasquido o Click articular
- c) limitación de los movimientos maxilares
- d) dolor

Para diferenciarlo de padecimientos orgánicos debe haber dos hallazgos negativos;

- 1) ninguna evidencia clínica, rayos X, Laboratorio
- 2) ninguna hiperestesia en la articulación a través de la palpación del meato auditivo externo.

Debido a la distribución del V par, los pacientes han descrito el dolor como odontalgia, cuello adolorido, cefalea, sinusitis, neuralgia; los pacientes exhiben inicio repentino pero a menudo relacionado con la mecánica de la masticación.

Los Ojos como fuente de Cefalea

En forma inapropiada se atribuye a los ojos un gran número de cefaleas, a

que las mismas en torno a los ojos son mínimas, muy pocas de ellas son causa nociva del mismo órgano. El dolor puede ser intenso y tener implicaciones ominosas, los efectos de refracción, alteración del equilibrio muscular extraocular, inflamación de estructuras intra y extraoculares y aumentos de presión pueden causar cefaleas mas bien por desplazamiento y tracción. Las fibras dolorosas más bien son debidas a la rama de V par que inerva Esclerótica, Iris, Nervios Ciliares y Cornea.

VALORACION PARA ENTENIMIENTO CLINICO

La clave del diagnostico de una cefalea es la Historia Clínica del paciente. Es importante determinar la duración de las molestias, la edad de inicio, la evolución seguida a lo largo del tiempo, los factores precipitantes y los elementos que alivian la cefalea, su constancia y localizacion. La exploración física es normal en la mayoría de los casos principalmente en los síndromes benignos, pero puede proporcionar una valiosa información en los casos más graves.

Se proponen los siguientes puntos de alarma recabados en la historia clínica y la exploración física que sugieren cefalea de causa grave;

- 1.-Imposibilidad de encuadrarlas facilmente dentro de esta entidad en los síndromes benignos como la jaqueca, cefalea tensional, cefalea en racimos.
- 2.-Comienzo durante la edad mediana de la vida(3a decada) o despues de esta
- 3.-Tiempo de evolución corto y curso progresivo.
- 4.-Asociación de otros síntomas neurológicos o sistémicos.
- 5.-Aparición de signos físicos.

La prueba que en si mismo resulta más práctica para identificar las lesiones graves que ocasiona la cefalea es la TAC contratada.

Este metodo puede identificar la mayoría de lesiones ocupativas(tumores, hematomas, abscesos), la hidrocefalia y el edema cerebral. Los aneurismas-

suelen pasar inadvertidos, así como algunas malformaciones arteriovenosas, no obstante es raro que produzcan sintomatología, a no ser que se rompa o produzca extravasación y esto lo hace visible a la TAC. Dentro de los estudios complementarios se podría tomar Función Lumbar para descartar procesos inflamatorios, aunque no es de mucha ayuda; así como los estudios radiológicos simples de Cráneo y EEG que no dan una orientación adecuada al problema. Por lo tanto se hace énfasis que una buena semiología con una identificación de factores predisponentes y precipitantes nos guíaran a un buen diagnóstico de acuerdo a las descripciones previas para cada tipo de Cefalea.

TRATAMIENTO

Es obvio que en los casos en que la cefalea es síntoma de otra enfermedad el tratamiento será dirigido a esta; en situaciones en las que se sabe que el proceso ocasiona el dolor en periodos cortos en cuyo caso se utilizará analgésicos comunes(32). Se hace más adelante referencia al tratamiento de las cefaleas crónicas, los diferentes tipos de cefalea vascular migrañaosa y a la cefalea tensional. Tienen en común su cronicidad, recurrencia o persistencia y dificultad para su control.

Poseen también principios comunes de manejo; entre los que destaca la confianza del paciente en el médico tratante y la confianza que el médico tenga en su propio tratamiento. También ayuda mucho la utilización de un calendario para anotar los episodios de dolor, los factores precipitantes y otras observaciones relevantes, todo ello para tener una evaluación objetiva basal del estado del paciente y de su evolución con el tratamiento.

Un aspecto más es el señalamiento de medidas higiénicas y dietéticas con el objeto de evitar factores precipitantes de los episodios de dolor, lo cual es válido principalmente en los casos de migraña.(11)

A continuación marcamos algunas sugerencias dietéticas para el paciente con cefalea (23);

- 1.-Evitar el Alcohol sobre todo vinos rojos y Champan
- 2.-Evitar quesos fuertes y añejos
- 3.-Evitar los Hígados de pollo, arenque ahumado, Hígado enlatado, germinado de leguminosas (haba, frijoles)
- 4.- Utilizar el Glutamato Sódico con discreción (comida china)
- 5.-Evitar las carnes tratadas tales como salchicha, tocino, jamón, salami, si se demuestra que provocan cefalea vascular.
- 6.-Comer tres veces al día bien balanceado, no dejar pasar ninguna comida, no ayunar por períodos prolongados, no ingerir cantidades exageradas de carbohidratos en ninguna comida.
- 7.-Evitar los chocolates
- 8.-Evitar las comidas grasosas o fritas.

Se han diseñado dos tipos de tratamiento para terminar con los ataques de la cefalea, el primero para disminuir la intensidad y duración y el segundo para prevenirlos. En el primer grupo se pueden utilizar agentes que funcionan en el sitio del dolor, fármacos que eleven el umbral al dolor y por utilización de medicamentos que modulen toda variedad de funciones del SNC. Agentes diversos.

Ya que se ha demostrado que la vasodilatación de las arterias craneales es la causa del dolor, principalmente en el ataque migrañoso, es de suponer que cualquier fármaco o maniobra que reduzca esta dilatación también reducirá la intensidad del dolor, se ha probado la efedrina, benzadrina, epinefrina, cafeína y posiblemente las soluciones hipertónicas, logrando la disminución del dolor pero no la resolución ya que todos tienen poca duración en su efecto y además fenómenos impredecibles. Sin embargo el agente mayormente

te utilizado es el Tartrato de Ergotamina cuyos efectos duraderos y constantes para la supresión del ataque migrañoso lo hacen el medicamento de primera elección. La mejor vía para su administración es la intramuscular a dosis de 0,25 a 0,150 mg; por lo general la cefalea desaparece en promedio de una hora, jamás administrarlo dos veces al día y debe administrarse en la fase temprana del ataque (9) (31).

Por vía oral no siempre resulta efectivo y existe el peligro que el paciente abuse en la automedicación, cuando es preciso utilizarlo las preparaciones orales pueden iniciarse con 2-4 mg sublingual o deglutido de -- tartrato de ergotamina, seguida de 2 mg cada hora hasta que el paciente haya ingerido una cantidad total que no exceda los 6 mg.

Los efectos indeseables por la administración de este medicamento incluyen Tromboflebitis grave, leucocitosis, aumento en la velocidad de sedimentación, TGO elevada e inversión EKG de la onda T, emesis masiva, palpitaciones, parestias, lechos ungueales cianóticos y extremidades frías, postración ocasional. Ergotismo

El cuadro clínico es muy espectacular y grotesco, en primer lugar hay vómito vigoroso, extremidades y pies fríos y con ausencia de pulsos, edema intenso, congestión y cianosis, posteriormente aparece gangrena, pueda haber ictericia y convulsiones. Cuando en un paciente se sospecha presentará la crisis - debiera seguir las siguientes indicaciones para que el efecto terapéutico sea mejor; (9) (42)

- el paciente debiera permanecer en cama relajado y en un cuarto oscuro.
- debiera tomar un baño caliente y prolongado previo al reposo
- tomar 2 mg de tartrato de ergotamina sublingual o deglutido
- un compuesto que contenga dicloralfenazona, AAS, Amidopirina, Acetofenitidina, codeína o morfínicos puedan ser suficientes para controlar la crisis combinado con la ergotamina

Agentes que actúan en la Elevación del Umbral Doloroso.

En esta categoría podemos ubicar a la acetanilida, AAF, Acetofenidina, Acetofenitidina, Codeína o morfínicos (nalbufina, meperidina, dexopropropileno) todos ellos actúan a nivel del SNC.

Junto con estos fármacos, aunque menos efectivos para aliviar el dolor que para reducir la inquietud, las náuseas y vómitos se hallan los bromuros, barbituratos y el Hidrato de Cloral.

Puede hacerse la siguiente clasificación de la efectividad analgésica;

- 1) Para el alivio de una cefalea ligera de la variedad sorda se utiliza la acetanilida, acetofenitidina o el AAF, todos a dosis de 0.3 a 0.6 g.
- 2) El fosfato de codeína a dosis de 60 mg se utiliza para el alivio de una cefalea de intensidad moderada.
- 3) El sulfato de morfina, la Halbufina y Meperidina se utilizan en cascada de cefaleas muy severas y la dosis dependiendo de la respuesta del paciente, se contraindican por la posibilidad de causar dependencia. (6) (11) (12)

Las combinaciones de fármacos que provocan relajación y elevan el umbral doloroso todavía son populares, a pesar de que es difícil establecer su superioridad, por ejemplo; dos tabletas o capsulas a intervalos de 4 hr. - que contengan la combinación de barbiturato (45 mg ácido isobutil-alilbarbitúrico) acetofenitidina (120 mg) AAF (180 mg) y cafeína, resultan efectivas - para una cefalea de intensidad moderada y sobre todo en casos en los que la contractura muscular es la fuente dominante de dolor, debe apreciarse que la ingesta constante provoca apatía, letargo céntrico y posiblemente habituación.

Medicamentos Preventivos Para los Ataques Cefalálgicos.

La crisis cefalálgica es una señal relativamente inocua que el organismo esta sujeto a stress. Debe prestarsele atención ya que ha diferencia de otros síndromes (Acido Péptico) que son más graves, es un aviso más sutil.

En ciertos casos, el episodio doloroso en un beneficio ya que se obliga al paciente a posiciones que se esfuerzan inconscientemente de modo peligroso. Quitados los métodos que se han sugerido para prevenir los ataques -- sean numerosos, igual que la variedad de medicamentos. Muchas de estas medidas se basarán en conceptos incorrectos que se tenían en el pasado.

En general pueden dividirse a estos procedimientos en siete grupos;

- 1) procedimientos que producen sus efectos a través de reposo prolongado
- 2) procedimientos quirúrgicos que intentan eliminar la fuente de dolor
- 3) agentes químicos que provocan relajación y mejoran el sueño
- 4) agentes o procedimientos que actúan mediante la inducción de sentimientos de seguridad a través de la sugestión, reafirmación y confianza en el régimen impuesto por el médico u hospital
- 5) procedimientos que alivian la ansiedad y provocan relajación al mejorar las actitudes, hábitos y situación vital de los pacientes
- 6) agentes o procedimientos que provocan vasoconstricción
- 7) agentes o procedimientos que reducen la reactividad del centro vasomotor.

Los tres últimos procedimientos son los que mejor funcionan (28).

Se describirán someramente cada uno de ellos.

Grupo I (agentes que provocan vasoconstricción).

El tartrato de ergotamina a dosis de 1-2 mg en tomas orales diarias antes de acostarse, puede tomarse por una serie de cefaleas en racimo. Es muy importante que la administración diaria sea regulada de modo estricto por el médico.

Grupo II (agentes que reducen la reactividad de los Centros Vasomotores)

La metirsegida (deseril) puede ayudar a prevenir o reducir la intensidad de los ataques de cefalea vascular así como su frecuencia en pacientes -- que sufren de cefalea intensa y que no puede controlarse de otro modo.

La dosis común en adultos es de 4 a 8 mg diarios; debe haber un período de 3 a 4 semanas sin tratamiento después de cada curso de medicación de 6 meses. No se ha determinado dosis pediátricas. Entre sus efectos destaca la acción antiseroténica, vasocostrictora e inflamatoria. Los efectos colaterales se basan en alteraciones fibróticas y vasculares (fibrosis retroperitoneal, valvulopatía cardíaca, fibrosis pulmonar). (42)

Grupo III (antidepresivos y ansiolíticos)

Los medicamentos antidepresivos y ansiolíticos pueden resultar útiles, re presentan un arma más en pacientes que sufren de ataques recurrentes y graves de cefalea que no responden a otro tipo de medicamentos. Pueden utilizarse antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la MAO.

Varios estudios han demostrado de la efectividad de la amitriptilina entre los que destacan mejoría en el 50% de los pacientes con Migraña (18)(21) y de más del 80% del resto de las cefaleas (41) (42).

Los estudios sugieren que la amitriptilina resulta efectiva para la profilaxis de la migraña y que al parecer esta sustancia podría poseer un efecto primario sobre el padecimiento que sería independiente de su efecto antidepresivo (28)(31). Lence ha demostrado que el tratamiento con inhibidores de la MAO a largo plazo en particular el sulfato de fenilicina - reducen la intensidad y frecuencia de los ataques a menos de la mitad.

Antagonistas Plaquetarios y Profilaxis en las Cefaleas.

Cuando se acepta la premisa de que los materiales vasoactivos revisten importancia en la permeabilidad vascular que caracteriza a la cefalea tanto vascular como migrañosa, resulta obvio el papel que desempeñan las plaquetas para el espasmo en cascada de la inflamación estéril que acompaña al ataque migrañoso.

En la migraña se ha demostrado una agregación plaquetaria crónica(28) lo -

la cual a su vez está relacionada con la intensidad y duración del ataque. También hay un incremento importante en la adhesividad plaquetari durante la fase cefalálgica, la cual resulta paralela con la elevación de serotonina. Los antagonistas plaquetarios de uso común en el tratamiento de padecimientos vasculares isquémicos también pudiera tener utilidad en el tratamiento de las cefaleas. Estos fármacos incluyen de modo particular a la aspirina, sulfipirazonas, Naproxen, ibuprofen, fenoprofen y dipiridamol. De modo general estos medicamentos prolongan el periodo de supervivencia de las plaquetas e inhiben su aglutinación a diferentes sustancias tales como la colágena. Las dosis terapéuticas son ; Aspirina 250-500 mg día; Sulfipirazona 200 mg, 2-4 veces al día; Naproxen 500 mg, 2 veces día; -- Fenoprofen 300 mg, 4 veces al día; Dipiridamol 100 -400 mg al día.

Los estudios preliminares sugieren que el uso de la sulfipirazona para las crisis recurrentes, el fenoprofen y Naproxen en las crisis agudas. (18)(21) Al parecer al comparar los efectos del tartrato de ergotamina y los antiagregantes se reprota un espectro de acción semejante.

Bloqueadores beta

Los receptores beta adrenérgicos del SN están distribuidos por todo el cuerpo y son responsables de la alteración de una variedad de actividades corporales. Hay dos tipos de receptores beta; los receptores beta uno que se encuentran sobre todo en el corazón; los receptores beta dos que se halla sobre el músculo liso de los bronquiolos y arteriolas. Cuando se estimula el sistema nervioso simpático, hay excitación de los receptores beta uno -- los que incluye aumento en la frecuencia cardíaca y contractilidad. La estimulación beta dos causa relajación del músculo liso asociado a vasodilatación. En la actualidad el único betabloqueador que ha demostrado utilidad es el Propranolol, que es un bloqueador no selectivo. En virtud que la -

fase dolorosa de la migraña se asocia a vasodilatación arteriolar intra y extracraneana, se ha hecho la sugerencia de que los bloqueadores beta podrían prevenir esta vasodilatación por competencia, y servir de tratamiento profiláctico. Entre los mecanismos propuestos de acción están;

1) bloqueo de la recaptación de noradrenalina a nivel de betareceptores

lo que previene la vasodilatación principalmente en la carótida externa.

2) bloqueo de la recaptación de las plaquetas y serotonina; lo que provoca disminución de estas sustancias relacionadas con el período cefalálgico.

3) bloqueo de la lipólisis con disminución de la producción de Acido --
Araquidónico, por ende de las prostaglandinas.

La dosis usada en la profilaxis es muy variada, pero se inicia con dosis bajas, entre 40-80 mg diarios, dividido en dos a tres tomas; las cuales son aumentadas en forma gradual hasta que se obtenga mejoría clínica o hasta que aparezcan efectos colaterales; una vez que se ha controlado los períodos de cefalea se inicia la reducción hasta lograr la dosis de mantenimiento-- que puede estar comprendida entre los 120-320 mg día.

Efectos adversos; fatiga, insomnio, cólicos abdominales, diarrea.

El tratamiento no puede suspenderse bruscamente ante la posibilidad de Angor pectoris y en ocasiones de infarto, sobre todo en pacientes con insuficiencia coronaria. (6) (11)

Contraindicado en pacientes con Asma, Insuficiencia Cardíaca, Bradiarritmias severas, EPOC.

Otros betabloqueadores utilizados pero que no se ha corroborado su eficacia son el metoprolol, nadolol, atenolol. (32) (42)

Bloqueadores del Calcio.

Durante los últimos años se han utilizado algunos agentes bloqueadores de los canales del calcio, bajo la premisa de que al bloquear la entrada

de los canales de calcio provoca vasodilatación, inhibe el vasoespasmo arterial, bloquea la liberación de serotonina e inhibe la agregación plaquetaria.

Entre ellos se menciona el Verapamil, la flunarazina, la cinnarizina, la nimodipina y la nifedipina.

La dosis inicial es entre 40 y 120 mg en tres a cuatro tomas al día, aún persisten los estudios de investigación principalmente en el tratamiento de la migraña. (14) (27)

Ansiofíticos.

Destaca el uso de benzodiazepínicos en donde se utiliza un tanto para la relajación muscular, como en los casos de cefalea tensional y por contractura muscular, como para disminuir la ansiedad y asimismo disminuir el simbolismo que representa la cefalea, se utiliza a dosis de 10 a 20 mg por día.

Carbonato de Litio.

Se ha recomendado como agente profiláctico principalmente en las cefaleas tipo Cluster o Horton. Se desconoce su mecanismo de acción pero se menciona como Hipotesis; a) cambios a nivel molecular en los procesos neuronales= centrales y en los receptores trigemino/vasculares; b) reduce la actividad de la Tryptófano-hidroxilasa lo que puede causar un desequilibrio entre el triptófano y la serotonina. Las dosis recomendadas son de 300 mg divididas en tres dosis.

Esteroides

Se ha mencionado el uso de Dexametasona principalmente en los ataques de migraña frecuente y de gran intensidad y con poca respuesta a medicamentos vasoconstrictores; probablemente su mecanismo de acción sea relacionado como antiinflamatorio debido al edema cerebral estéril que se ha demostrado en estos cuadros, como medicamento de apoyo.

La dosis usual usada es de 4-8 mg al inicio del ataque.

La triptolana es el medicamento de primera elección en el tratamiento de la Arteritis Temporal con respuestas francamente espectaculares.

También relacionado con el proceso inflamatorio.

En las cefaleas en racimo cuando la respuesta a antiserotonínicos o antihistamínicos no es efectiva, también se ha utilizado pero no como -- tratamiento de primera intención.

Ejercicios de relajación y Biofeedback.

Son de suma importancia para el tratamiento sobre todo cuando los factores de tensión se relacionan con la causa precipitante de los cuadros cefalálgicos. También parte fundamental cuando la ansiedad es una parte prominente en la personalidad del paciente.

MARCO DE INVESTIGACION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El síntoma cefalea se define como la sensación dolorosa en la porción ---- cefálica; representa una de las manifestaciones clínicas más frecuentes en la práctica diaria del Médico Familiar; dada la gran cantidad de consulta- vista en primer nivel , no se le presta suficiente interés a su estudio; y de acuerdo a los reportes en otros estudios se ha manifestado ya como un - problema de Salud.

Por lo anterior referido se requiere de un estudio para precisar el --- punto de partida del síntoma debiendo tener en cuenta que la gran mayoría representa un carácter de tipo funcional y relacionado a elementos psicóge nos como ansiedad, angustia, depresión.

En vista de que no existe un instrumento ni bioquímico ni fisiológico, se trata de corroborar la aplicación de un cuestionario adaptado por el uti- lizado en el Hospital de Norwick Park de Londres que pueda funcionar como- prueba clínica diagnóstica, dada la excelente descripción hecha de los dife- rentes tipos de Cefalea en sus características clínicas. Por lo que en la actualidad el diagnóstico de mayor acercamiento a la causa es a través de - la historia clínica y a través de ella se tratará de determinar su organi- cidad o funcionalidad; si se presenta el segundo caso establecer la evalua- ción de trastornos afectivos que pudieran ser su causa o bien modificadora del síntoma.

En base a lo descrito trataremos de responder a las siguientes interrojan- tes ;

1)¿Cual es la frecuencia actual del síntoma cefalea en la población adscri- ta a la Clínica Gustavo A. Madero?

2)¿Que factores influyen en la presencia de la cefalea y cuales la modifi- can ?

- 3) ¿Que tan frecuente es la alteración del estado afectivo en los pacientes con cefalea?
- 4) ¿Cuál es la frecuencia entre la cefalea Orgánica y funcional?

JUSTIFICACION

La cefalea constituye el síntoma principal aproximadamente en el 30% de la población mundial en general (1), todas las personas en alguna etapa de la vida han presentado cefalea, sin importar los grupos de edad, sexo, estado socioeconómico u ocupación.

En la Clínica Gustavo A. Madero se reporta entre las 20 primeras causas de solicitud de consulta; en la actualidad la OMS la ha considerado como un problema de salud y hasta se han creado asociaciones exclusivas para el estudio de la cefalea, tanto por su influencia en el estado físico del paciente, como por el impacto producido por lo que representa el tiempo - no laborado, la relación hora/trabajo; así como la influencia simbólica - en las esferas sociales por lo que el médico familiar debe estar consciente del problema y su compromiso para realizar una mejor investigación de las cefaleas para poder determinar su causa y para instalar el tratamiento adecuado e integral y en caso de ser necesario el envío al especialista indicado, para una óptima utilización de los servicios de apoyo.

Dada la gran influencia de los aspectos psicológicos y la presencia de -- cefalea, la determinación de su presencia es un parámetro importante ya --- que la persistencia así como la modificación en su evolución se ven alteradas y es terreno del Médico Familiar ampliar el campo de acción para una mejor atención.

Buscando un instrumento que pueda facilitar el estudio integral del paciente con cefalea, a que actualmente no se cuenta con uno totalmente aceptado se pretende aplicar un cuestionario, modificado, basado por el utilizado por el Northwick Park Hospital de Londres, para realizar en poco tiempo un forma dirigida la semiología de la cefalea y a su vez aplicar el conocido -- Test de Zung para evaluar el estado afectivo y complementar el estudio -- del paciente con síndrome cefalálgico.

OBJETIVOS

- 1.- Establecer la frecuencia de la presencia de Cefalea en la población derechohabiente entre 15 y 60 años de la Clínica Gustavo A. Madero.
- 2.- Establecer la predomiencia por grupos de edad y sexo de Cefaleas.
- 3.- Identificar la presencia de factores predisponentes y precipitantes, y su importancia por orden de frecuencia.
- 4.- Determinar a través de la semiología de la cefalea y de los datos obtenidos en la historia clínica su causa aparente, y orientar su diagnóstico a causa funcional o causa orgánica.
- 5.- Establecer la valoración del estado afectivo y suponer su influencia en la presencia o modificación clínica de la cefalea.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO: DESCRIPTIVO, OBSERVACIONAL, TRANSVERSAL.

POBLACION: Todos los pacientes adscritos a la Clínica entre los 15 y 60 años de edad y que refieren como síntoma principal Cefalea.

LUGAR: Clínica Gustavo A. Madero I.S.S.S.T.E.

TIEMPO: Periodo comprendido entre Abril y Julio de 1990

CRITERIOS DE INCLUSION: Pacientes adscritos a la clínica y que refieren como síntoma principal cefalea, sin importar el tiempo de evolución; y sin que se halla determinado su origen, se incluye tanto a hombres como mujeres entre los 15 y 60 años.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Menores de 15 años y mayores de 60 años con antecedente diagnóstico de Tumor Cerebral, trastornos psiquiátricos, problemas ortopédicos (cifosis, lordosis, luxación de cadera) antecedentes quirúrgicos de oído, nariz, senos paranasales y maxilo-faciales, que no tengan expediente en la Clínica.

INFORMACION A RECOLECTAR:

Se trata de obtener la información usando el cuestionario propuesto por el Northwick Park Hospital y el cual se modifico para una mejor aceptación por el derechohabiente y el cual contempla los siguientes rubros;

a) la primera parte corresponde a la ficha de identificación se incluyen datos como expediente clínico, edad, sexo, ocupación.

b) la segunda parte corresponde a la semiología de la cefalea e n donde se investigara datos como intensidad, localización, periodicidad, tipo de dolor, fenómenos acompañantes, alteraciones en el estado de ánimo, respuesta a los tratamientos propuestos.

c) en la tercera parte se determinara los antecedentes heredo familiares

d) la cuarta sección corresponde a los antecedentes personales no patológicos en los que se ubican algunos factores precipitantes, incluye alimen-

tación, tabaquismo, deportes.

e) la quinta sección corresponde a los antecedentes ginecológicos destacando lo referente al periodo menstrual, ya la toma de anticonceptivos.

f) la sexta sección invér tiga los antecedentes personales patológicos que podrían estar en relación a la cefalea incluye la positividad o negatividad de Diabetes Mellitus, HAS, Alergias, Enfermedad Articular degenerativas; entre los eventos agudos destacan las infecciones, intoxicaciones y hemorragias.

h) la última sección recopila los datos obtenidos por la exploración física principalmente orientada a estructuras productoras de cefalea; como son Fondo de ojo, nariz, boca. Oído, ojos, cuello, torax, abdomen.

En lo referente al estudio del estado afectivo se aplicara el Test de Zung el cual contestara el paciente de acuerdo a las instrucciones mencionadas para dicho test.

PLANES PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION;

Una vez identificados los pacientes con cefaleas en los diferentes consultorios de la clínica serán enviados con el investigador para la resolución de los dos cuestionarios mencionados.

El cuestionario para el estudio de Cefalea consta de 7 secciones en 33 preguntas y que resuelve el médico investigador; su valoración y aplicación se hará en una sola consulta; el resultado obtenido se calificara de acuerdo a la positividad o negatividad de los datos referidos y que pudieran corresponder a los cuadros cefalalgicos previamente descritos; esto nos orientara a la funcionalidad u organicidad de la cefalea.

El test de Zung consta de 20 preguntas con 4 opciones las cuales tienen un valor numérico, el resultado estará dado por la suma obtenida de acuerdo a las contestaciones marcadas por el paciente; esto dará lugar a incluirlos de acuerdo al grupo propuesto para los pacientes con depresión leve, moderada o severa.

RESULTADOS

RESULTADOS

Se realizaron 132 entrevistas durante el periodo comprendido entre --- abril-julio de 1990, a cada paciente se le aplicó tanto el cuestionario para el estudio de migraña como el test de Zung.

El número de pacientes femeninos fue de 116 y de 16 para el sexo masculino predominó por grupo de edad en las mujeres al comprendido entre los 15-20 años con un 16%; 41-45 con el 15% y entre los 31-35 y 36-40 con el 12%; en el grupo masculino la incidencia mayor fue entre los 46-50 y 56-60 con un 4.5% respectivamente (cuadro I).

La predominancia para el sexo femenino fue del 88% con una relación 4;1 ya que para los hombres su frecuencia fue del 12% (gráfica 1); por grupo de ocupación fue más frecuente en los empleados con 27.2% seguido por el grupo de amas de casa con un 24.2% y en tercer lugar los profesionistas con un 16.5%, el último lugar fue para el grupo de obreros (gráfica 11). En cuanto al sitio de origen el principal fue la región frontal, en segundo lugar la correspondiente a generalizada con el 37.8% y 30.5% respectivamente

Su inicio fue súbito en el 47% (gráfica IV) y progresivo en 53%.

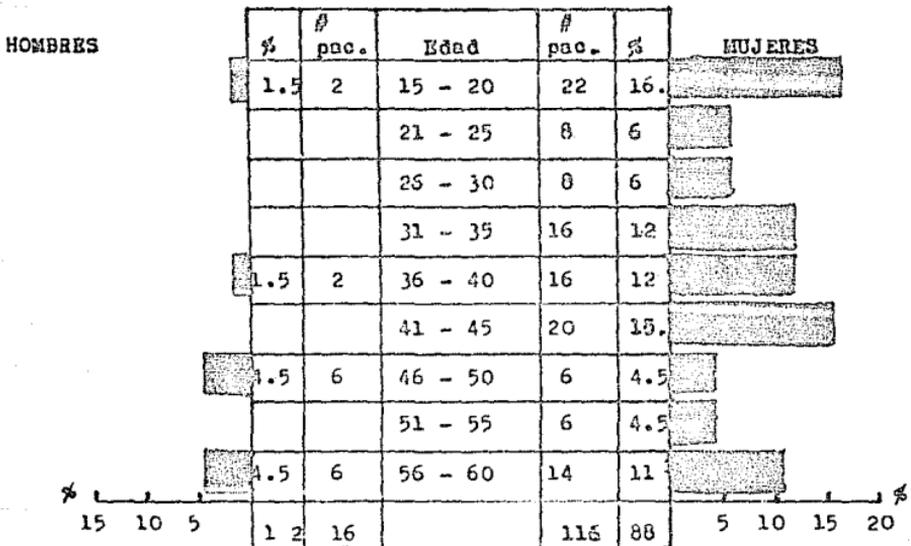
Su intensidad fue moderada en 43% de los casos, y severa en el 57% (gráfica V) En cuanto al dolor el punzante se presentó en el 49.2% y el opresivo en el 34% siendo los más sobresalientes (gráfica VI).

En el tiempo de duración de las crisis correspondió al grupo de días --- principalmente con el 46.5% y al de horas en el 40.9% (gráfica VII)

La periodicidad se presentó con crisis frecuentes en el 65% de los casos (gráfica VIII), con una evolución progresiva en el 29% de los casos (gráfica IX). La respuesta a medicamentos reportó sin mejoría al 43.2% (gráfica X), y entre los esquemas utilizados prescribieron los AINE en el 100% de los casos y la Ergotamina con Cafeína con el 65% (cuadro -

En los antecedentes heredo-familiares se reportaron positivos en el 34% siendo la línea parental la predominante en un 24.2% (gráfica XI y XII). Entre los factores precipitantes el porcentaje para el grupo de alimentación fué del 28% siendo el grupo de vinos y bebidas con un 10% seguido de los embutidos con un 7.5% lo más sobresaliente. El tabaquismo se reporto positivo en el 25% de los pacientes, pero la intensidad y frecuencia del mismo no fué relevante para la producción del sintoma (gráfica XV). Los antecedentes ginecológicos se reportaron positivos en el 14% siendo el más importante el referente a la ingesta de anticonceptivos orales (gráfica XVI y XVII). En los antecedentes personales patológicos se reporta al 16.5% con HAS, y al 12.1% con EAD (cuadro IV). La exploración física reporta datos de retinopatía hipertensiva en el 15% de los casos, además del 30.3% con contractura de las masas musculares del cuello, en el área precordial y pulmonar tan solo alteraciones en el 12% de los pacientes. De acuerdo a las asociaciones y a la respuesta del Test de Zung se reportó al 60% de la población estudiada con depresión, predominando en un 45% la depresión moderada, dada la negatividad tanto en hallazgos clínicos que pudieran justificar la causa de cefalea se consideró que la causa funcional correspondía a un 82% de los casos siendo la cefalea tensional la que predominó en el 40% de los mismos, llamó la atención que tan solo las cefaleas de causa orgánica fueran en un 12% y la contestación al Test de Zung fuera normal en el 8% de los casos.

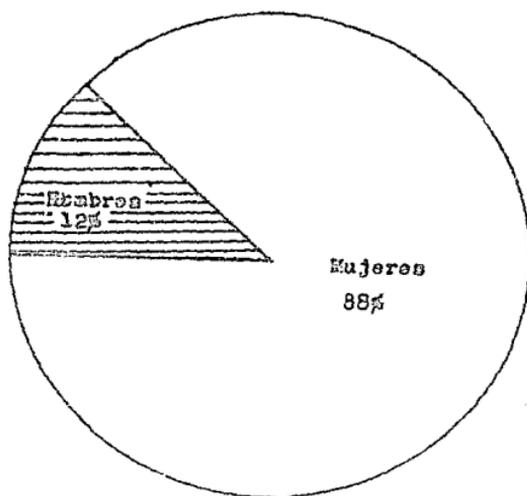
FRECUENCIA DE PACIENTES CON CEPALEA POR EDAD Y SEXO
EN LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO 1990



CUADRO I

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEPALEAS JELH

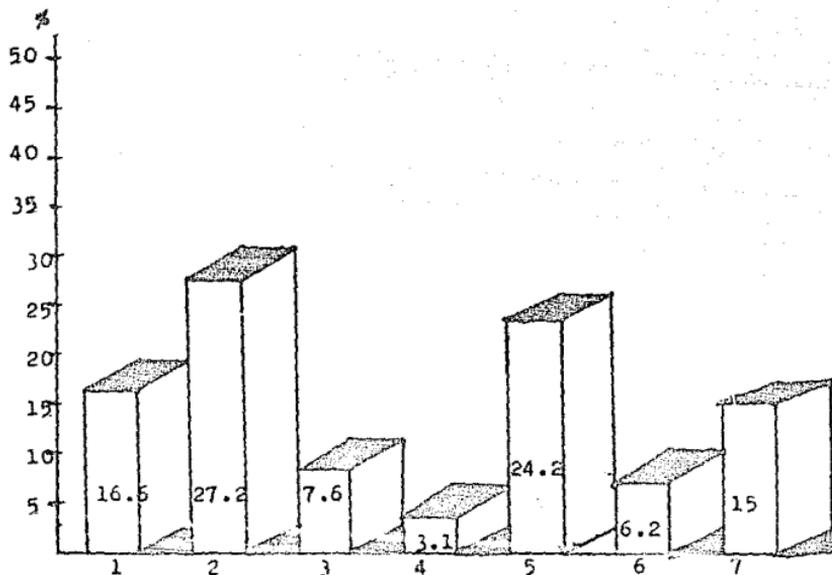
PORCENTAJE POR SEXO DE PACIENTES CON CEFALEA
EN LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO ABRIL/JULIO 1990



GRAFICA I

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEFALIAS JELN

FRECUENCIA POR OCUPACION DE LOS PACIENTES CON
CEFALEA, CLINICA GUSTAVO A. MADERO ABRIL/JULIO 1990



GRAFICA II

1.-Profesionista

2.-Empleados

3.-Técnicos

4.-Obreros

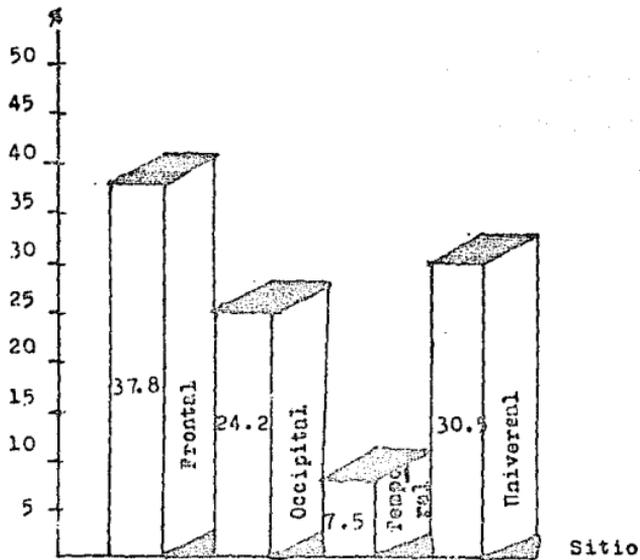
5.-Ama de Casa

6.-Estudiantes

7.-Menores 18 años no estudiantes

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEFALEAS DELH

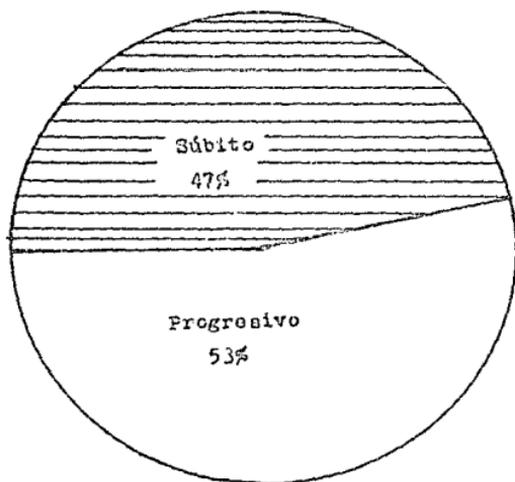
Sitio de Origen de la Cefalea en los Pacientes
de la Clínica Gustavo A. Madero Abril-Julio 1990



GRAFICA III

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEFALIAS JELH

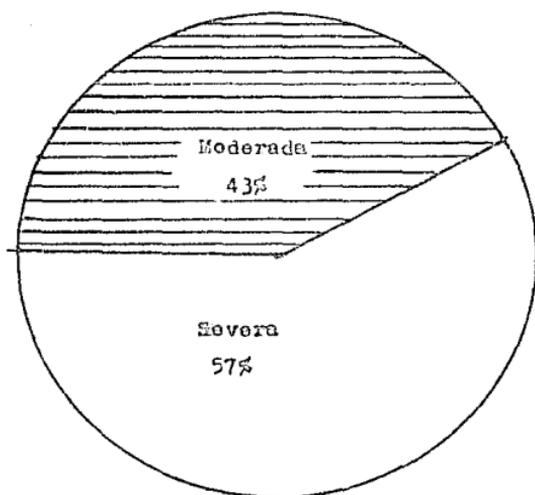
Características Clínicas de La Cefalea en los
Pacientes de La Clínica Gustavo A. Madero abril-jul 1990
Inicio de la Cefalea



GRAFICA IV

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEFALIAS JELH

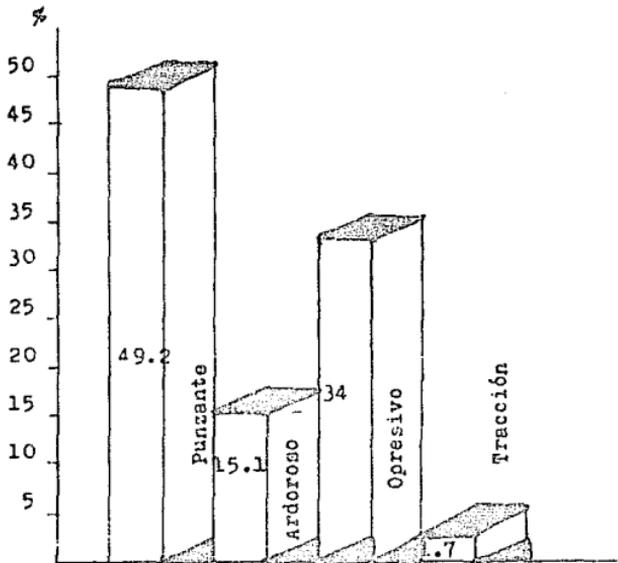
Características Clínicas de la Cefalea en los
pacientes de la Clínica Gustavo A. Madero abril-julio 1990
Intensidad



GRAFICA V

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEFALIAS JELH

Características Clínicas de la Cefalea en Pacientes
de la Clínica Gustavo A. Madero abril-julio 1990
Tipo de Dolor

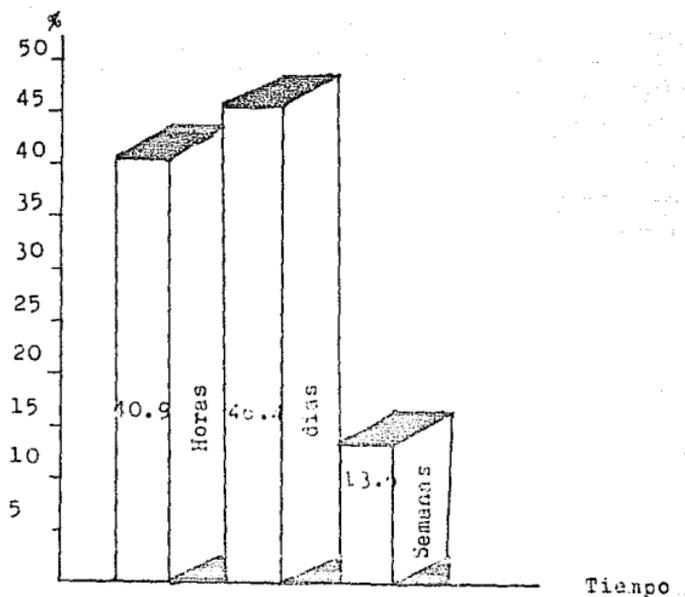


GRAFICA VI

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEFALIAS JELH

57

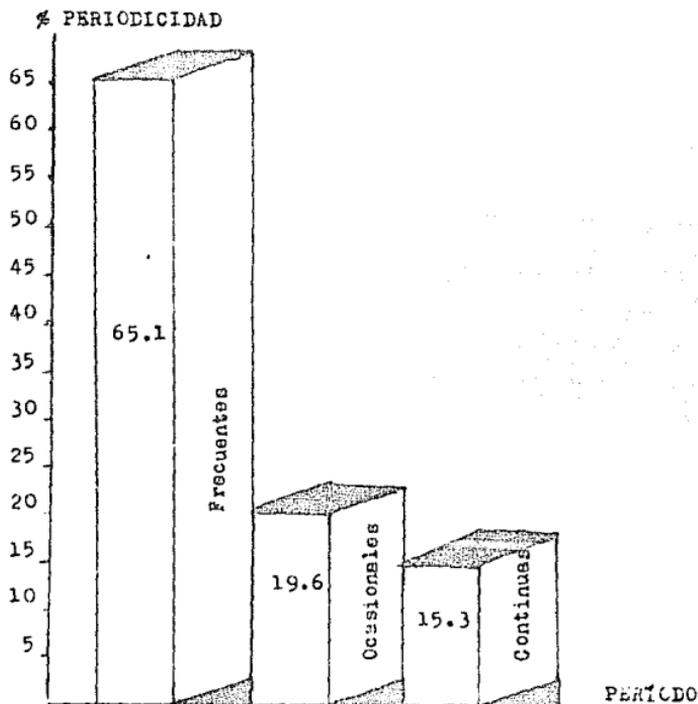
Características Clínicas de la Cefalea en pacientes
de la Clínica Gustavo A. Madero abril-julio 1990
Duración de las Crisis



GRAFICA VII

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEFALAS JELH

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA CEPALEA EN PACIENTES
DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO, ABRIL-JULIO 1990



GRAFICA VIII

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEPALEAS JELH

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LA CEPALEA EN PACIENTES
DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO, ABRIL-JULIO 1990
EVOLUCION DE LAS CRISIS



GRAFICA IX

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEPALAS JELH

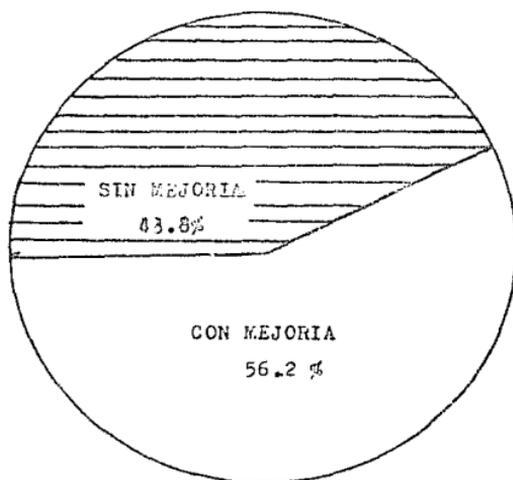
CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON CEFALEA
DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO, ABRIL-JULIO 1990
FENOMENOS ACOMPAÑANTES A LA CEFALEA

SIGNO O SINTOMA	# PAC.	%
1.- Náusea	40	30.3
2.-Vómito	75	56.8
3.-Alteración del Tran- sito intestinal	20	15.1
4.- Visión Borrosa	80	60.6
5.-Fosfóenos	25	18.9
6.-Escotomas	30	22.7
7.-Alteración de la Sensibilidad	45	34
8.-Alteración de la Concentración	35	26.5
9.-Tristeza	60	45.4
10.-Disgusto	24	18.1
11.-Depresión	40	30.3

CUADRO II

PUENTE: CUESTIONARIO PARA CEFALAS JELH

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON CEPALEA
DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO, ABRIL-JULIO 1990
RESPUESTA A MEDICAMENTOS



GRAPICA X

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEPALEAS JELH

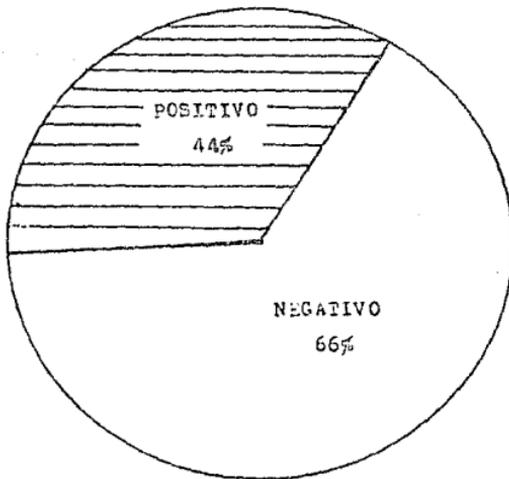
CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON CEPALEA
DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO, ABRIL-JULIO 1990
TERAPEUTICA EMPLEADA.-

TIPO DE MEDICAMENTO	# PAC.	%
1.-AINE(Naproxen, AAS, Acetaminofen)	132	100
2.- Ergotamina con Cafeina	22	66.1
3.- Betabloqueadores (Propranolol, Nadolol, Atenolol)	20	15.2
4.- Derivados Opioideos (dextropropoxifeno-Hidroal)	20	18.2
5.- Antidopaminicos (Amisriptilina, nortrisiptilina)	50	37.6
6.- Anestésicos	0	0
7.- AINE + ERGOTAMINA/CAFEINA	60	30.3
8.- AINE + BETABLOQUEADORES	9	3.7
9.-AINE+ ERE/CAD+ANRIDEPRESIVO	16	12.2

CUADRO III

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEPALIAS JELE

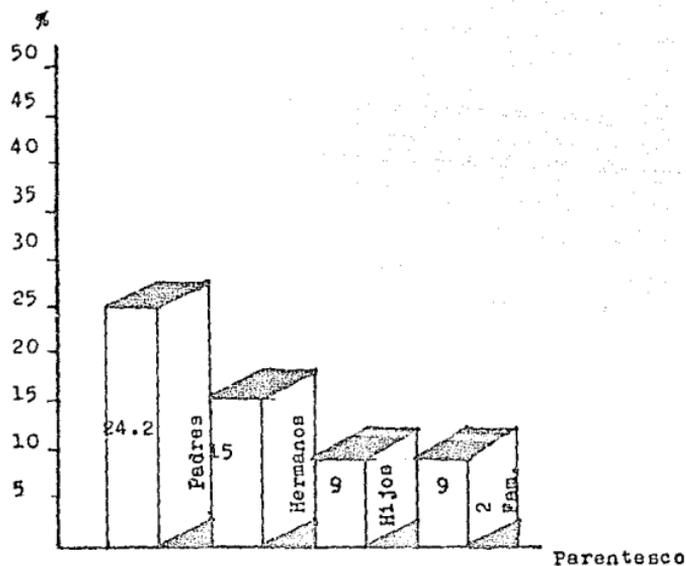
CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON CEFALEA
DE LA CLINICA GUSTAVO A. MALERO, AB IL-JULIO 1990
ANTECEDENTES HEREDOPAMILIARES



GRAFICA XI

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEFALIAS JELH

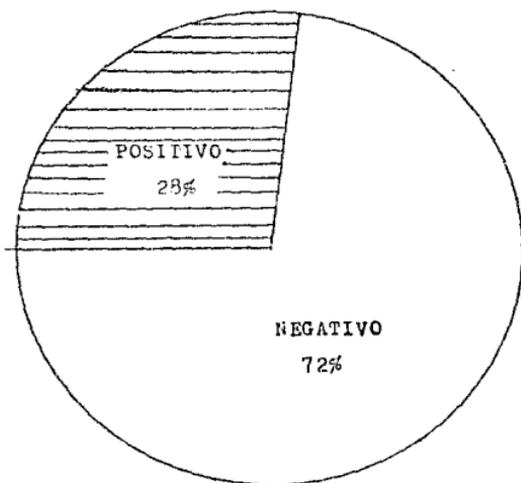
CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON CEFALEA
DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO, ABRIL-JULIO 1990
AHY-LINEA DE PARENTESCO



GRAFICA XII

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEFALIAS JELH

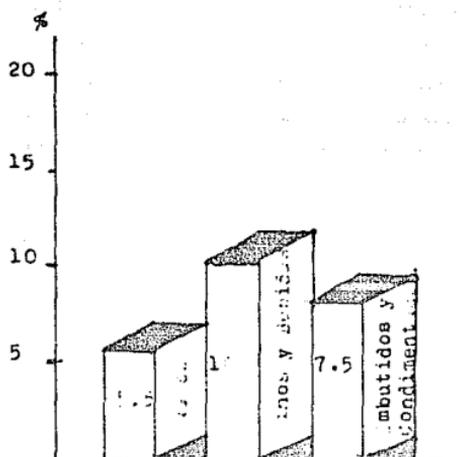
CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON CEPALEA
DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO, ABRIL-JULIO 1990
FACTORES PRECIPITANTES-ALIMENTACION.



GRAFICA XIII

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEPALEAS JELH

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON CEFALEA
DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO, ABRIL-JULIO 1990
FACTOR PRECIPITANTE-TIPO DE ALIMENTO



GRAFICA XIV

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEFALAS JELH

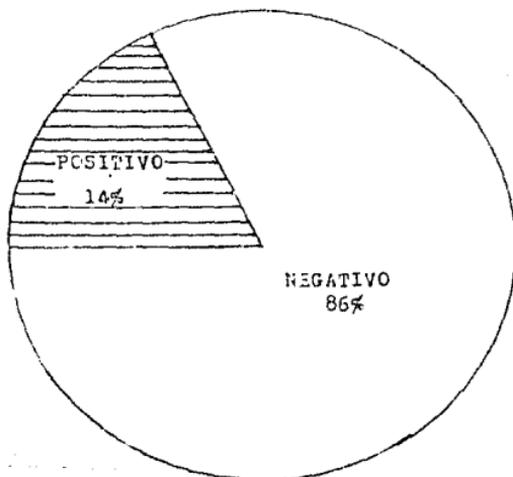
CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON CEPALEAS
DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO, ABRIL-JULIO 1990
TABAQUISMO



GRAFICA XV

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEPALEAS JEYH

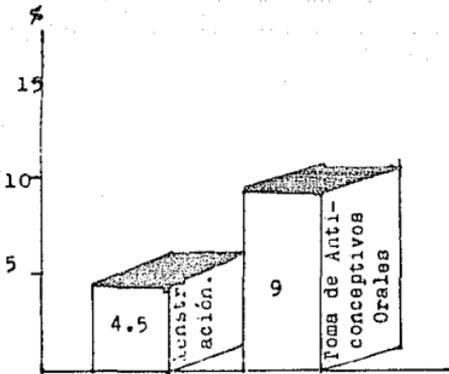
CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON CEPALEA
DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO, ABRIL-JULIO 1990
FACTOR PRECIPITANTE-AFECEDENTES GINECOLOGICOS.



GRAFICA XVI

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEPALEAS JELH

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES CON CEPALEA
DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO, ABRIL-JULIO 1990
AGO: MENSTRUACION Y TOMA ANTICONCEPTIVOS



GRAFICA XVII

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEPALEAS JELH

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS EN LOS PACIENTES
CON CEFALEA DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO, ABRIL-JULIO 1990

PATLOGIA	# PAC	%
1.-Diabetes Mellitus	6	4.5
2.-Hipertension Arterial	22	16.6
3.-Alergias	4	3
4.-Enf. Articular Deg.	16	12.1
5.- Infecciones Agudas	0	0
6.-Intoxicaciones Agudas	0	0
7.- Hemorragias Agudas	0	0
8.- Epilepsia	1	0.7

CUADRO IV

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEFALAS JELH

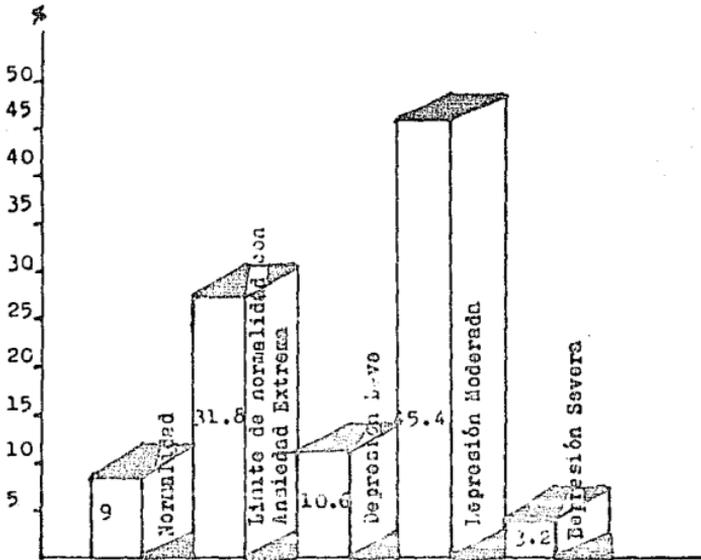
CARACTERISTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON CEFALEA
DE LA CLÍNICA GUSTAVO A. MADRO, ABRIL-JULIO 1990
DATOS OBTENIDOS EN LA EXPLORACION FÍSICA

AREA EXPLORADA	# pac.	%	
CABEZA			
1.-Fondo de Ojo	20	15.1	Retinopatía Hipertensiva
2.-Alt. de la Nariz	0	0	
3.-Alteraciones del Oído	0	0	
4.-Alteraciones de la Boca	0	0	
5.-Alteración Articulación Temporomaxilar	6	4.5	Con Contractura del músculo Masetero
6.- Contractura de los músculos del cuello	40	30.3	Solamente contractura muscular no datos meningi
TRONCO			
7.-Contractura Músculos M.	0	0	
8.-Alteración Campos Pulmonares	8	6	datos clínicos de Enf. Pulmonar Crónica restrictiva
9.-Alteración Área Precordial	4	3	Cardiopatía Hipertensiva
10.- Tumores	0	0	

CUADRO V

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEFALÉAS JELH

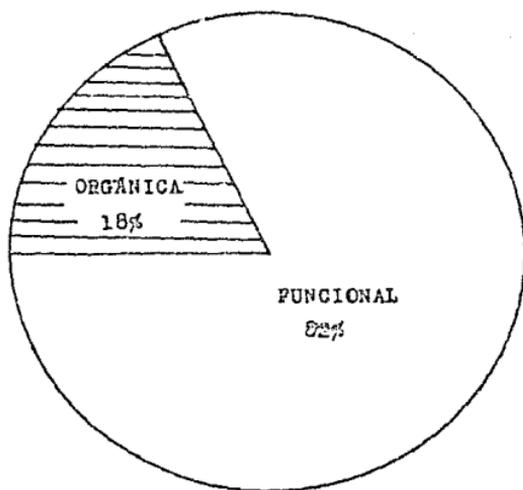
VALORACION DEL ESTADO AFECTIVO EN LOS PACIENTES CON
 CEFALEA DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO, ABRIL-JULIO 1990



GRAFICA XVIII

FUENTE: TEST DE ZUNG

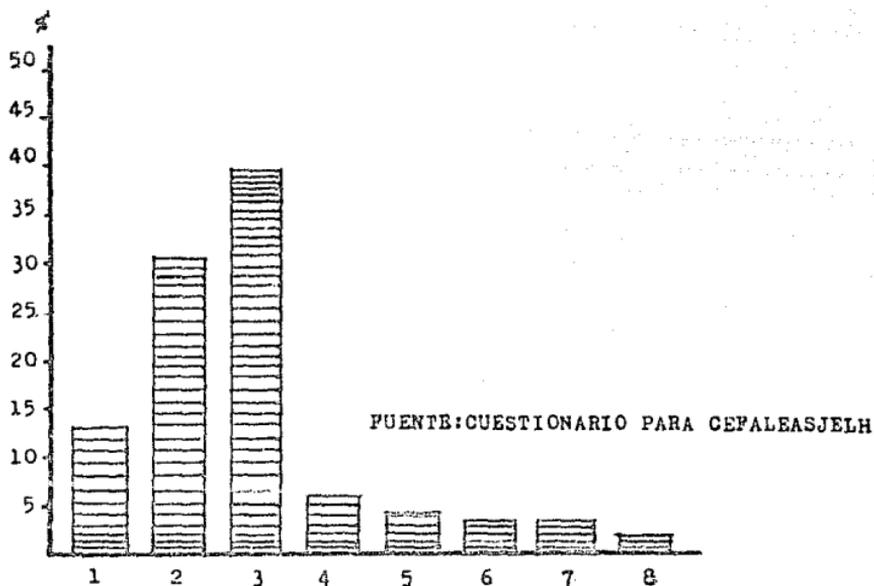
RESULTADO DEL ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON CEFALEA
DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO, ABRIL-JULIO 1990
CLASIFICACION GENERAL



GRAFICA XIX

FUENTE: CUESTIONARIO PARA CEFALÉAS JELH

RESULTADOS DEL ESTUDIO DE LOS PACIENTES CON CEFALEA
DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO, ABRIL-JULIO 1990
TIPOS DE CEFALIAS OBSERVADOS.



1.-Migraña

GRAFICA XX

2.-Cefalea por Contractura Muscular

3.-Cefalea Tensional

4.-Cefalea asociada a HAS

5.-Cefalea asociada a Alteración Articulación Temporo-Maxilar

6.-Cefalea asociada a Enfermedad Pulmonar Obstructiva-Restrictiva

7.-Cefalea asociada a Alergias (tipo Cluster)

8.-Cefalea asociada a Epilepsia

ANALISIS DE RESULTADOS.

De acuerdo a los resultados obtenidos, con relación al estudio realizado - en el Northwick Park, así como en la Universidad de Oxford (40), en lo referente a edad y sexo concuerda ya que ellos proponen más incidencia en el sexo femenino y entre los extremos de la muestra; los rasgos de conducta de acuerdo a la ocupación se reporta primordialmente en los empleados, a nosotros nos llama la atención que los grupos más altos se encontraran - en las zonas de casa y empleados.

En lo que respecta a la semiología, casi todas ellas se encuentran en las - cefaleas de origen funcional, el tipo de dolor predominante fué el punzante y opresivo, con variabilidad en cuanto a intensidad y frecuencia, pocos casos demostraron la participación de áreas definidas anatómicas. Un punto de interés es la presencia de Cefaleas que abarca más de dos áreas craneales y la que se denomina Universal, que fué una de las más frecuentes y que de acuerdo a los artículos revisados también es la que se presenta en la mayoría de la población y es característica de la cefalea tensional. En el inciso de respuesta a medicamentos se reportó un porcentaje de casos sin respuesta adecuada y en donde el grupo de medicamentos más utilizados como la AINE y la Ergotamina-cafeína, que son los de primera línea , representaron los más altos porcentajes de uso; aunque no es motivo de este -- estudio se hace la aclaración que los esquemas utilizados no correspondían a los propuestos en los textos.

Como factores predisponentes el antecedente Heredo-familiar representó -- el 34% de positividad siendo la línea paterna la más representativa, en -- los estudios preliminares se mencionaba que este factor se obtenía en un mayor número de casos.

Entre los factores precipitantes a la Alimentación le correspondió un 25%; siendo el grupo más importante el de los vinos y bebidas y las carnes embu

tidas, ambos considerados de alto riesgo, la producción de cefalea por -- su contenido en Nitritos y glutamato y la producción de cefalea vascular. El tabaquismo no fué representativo como factor precipitante, ya que fué - positivo en el 25% de los casos pero no llegaba la cantidad propuesta como desencadenador de crisis cefalálgica. En los antecedentes ginecológicos el resultado positivo fué en el 14%, siendo muy bajo con respecto a los reportes para la Cefalea migrañosa y no relacionado con la menstruación si no con la ingesta de Anticonceptivos orales.

En los antecedentes Personales patológicos la incidencia en realidad es muy baja y esta observación dada por el alto porcentaje de pacientes entre los 45 y 60 años reportados siendo el más sobresaliente el que corresponde a la HAS con un 16.6%, en este respecto se menciona que para que se produzca - cefalea por HAS, las cifras diastólicas deben ser mayores a 120mmHg y en - todos los casos de los cuestionarios aplicados la cifra diastólica más alta fué de 90mmHg. Queda la duda si esta fuera realmente su causa o la utiliza ción de algunos medicamentos vasodilatadores en forma crónica la que ocasionará el síntoma. Entre los datos recabados en la exploración física se corrobora la baja incidencia de resultados positivos, siendo los más importan tes los encaminados a Cardiopatía Hipertensiva, y los referentes a contrac tura muscular del cuello; dato que ha sido muy referido en el caso de Cefa leas tensionales o por contractura Muscular asociada a Strees.

Un dato muy sobresaliente es que la evaluación del estado afectivo reportó solamente 9% de casos normales y que la escala de variación entre pacientes entre pacientes considerados ansiosos y pacientes deprimidos se reportó en un 31% para el primer grupo y el total con diferentes grados de depresión en un 60% restante. Estos porcentajes de acuerdo a los reportados por Wolff son acordes pero aunque se han descritos estudios con relación bioquímica entre cefalea y depresión no se logra establecer una correlación de certeza.

Una vez que se asociaron los datos obtenidos en los diferentes pacientes y agrupados en cuanto a características clínicas; dado el gran número de resultados negativos tanto en los factores predisponentes como en los precipitantes y en la exploración física se clasificó al 82% de las cefaleas como funcionales y el 12% con probable causa orgánica; estos resultados comparados por los obtenidos por La Universidad de Oxford(40) concuerdan en cuanto a la causa funcional pero reportan un índice alto para las consideradas orgánicas. Un dato sobresaliente referido por la mayoría de los pacientes fue en cuanto a la clasificación inicial a su cefalea y en la que mayor parte de las veces se clasificó como migraña.

Una vez que se clasificaron en el grupo funcional; también de acuerdo a las características clínicas referidas se reportó que el 45% de los casos correspondían a la Cefalea Tensional y el 33% a casos por contractura Muscular; en algunos estudios y clasificaciones se les considera sinónimo(4) pero en la clasificación actual propuesta por el AD Hoc se les considera como entidad independiente pero ambas relacionadas a estados de stress severos.

CONCLUSIONES

El síntoma cefalea represento el 3% de la consulta general en el periodo comprendido entre abril y Julio de 1990, fue mas frecuente en el sexo femenino con una relación 4;1 con respecto al masculino y con un porcentaje del 88% de los casos; un predominio similar entre los grupos de edad comprendidos entre los 15 a 20 años y 41 y 50 años. En el grupo de personas empleadas (oficinistas) hubo mayor incidencia seguido por el grupo de amas de casa, se ha sugerido un probable efecto en las alteraciones del estado de ánimo (mayor grado de ansiedad y depresión en ambos grupos de personas). En cuanto a los aspectos semiológicos predominarán las cefaleas progresivas, de inicio súbito, severas, con duración variable de horas a días, de localización frontal y universal, opresivas y punzantes, continuas y frecuentes, con una respuesta terapéutica que aunque la mayoría es a la mayoría aún es alto la falta de respuesta medicamentosa (46%) y que dadas estas características y los pocos datos clínicos recopilados en la exploración física permite suponer que el origen sea de tipo funcional, y que corresponda a los diferentes tipos de estudios realizados.

Entre los rasgos familiares de presencia del síntoma el mas importante fue el relacionado con la línea paterna; en lo referente al tipo de características conductuales observadas en los diferentes tipos de ocupación y de acuerdo a la hipótesis manejada entre los cambios conductuales generados dentro de la familia y el medio ambiente y el simbolismo que representa la cefalea, esta es mas evidente con el grupo de personas que trabajan en lugares cerrados (empleados) y las amas de casa. se considera a ambos resultados como los factores predisponentes importantes.

Entre los factores precipitantes encontramos al grupo de alimentos re-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

presentados por los vinos y bebidas y los embutidos y que esta de acuerdo a los productos con afectación en el metabolismo de la Ti-ramina; en lo referente al tabaquismo la cantidad reportada y la frecuencia referida no lograba conjuntar las características para considerarlo como antecedente de importancia. En los antecedentes Ginecológico lo relevante es la referencia de cefalea y la ingesta de anticonceptivos orales lo que sugiere una relación hormonal importante pero faltando por definir los mecanismos por los cuales esta se presenta. En los antecedentes personales patológicos el dato más relevante fue el de la HAS y que también en varios estudios es considerada dentro de las enfermedades con proyección psicósomática y relacionada a estados afectivos'. Los datos recabados en la exploración física se reportarán en la mayoría de los casos como negativos pero -- los datos recabados también revelan una cierta predisposición en -- los pacientes hipertensos de manifestación cefalálgica y con repercusión a nivel vascular. En el área afectiva la gran incidencia de pacientes con depresión es de tomarse en cuenta para dilucidar si se trata de un problema reflejo para la cefalea o se trata de una manifestación clínica específica y de esta manera orientar próximos estudios. La importancia que adquiere los diagnósticos de cefalea - tensional y por contractura muscular harán necesario una buena orientación terapéutica.

Quedan pendiente por resolver múltiples dudas y que por ser un estudio inicial debe ser la semilla de la duda para futuras investigaciones, el cuestionario utilizado puede ser una alternativa para poder realizar una semiología más o menos completa y orientar en forma fisiológica un diagnóstico y elegir una terapéutica que ayudara al paciente en su problema. Para el Médico Familiar este sera un instrumento más en su sed de poder ayudar a su paciente.

ANEXOS

ANEXO I

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CUESTIONARIO DE CEPALEAS

Sección I FICHA DE IDENTIFICACION

- 1.-Se anotará el registro de acuerdo al referido en el carnet del paciente anotando letras y números.
- 2.-Marcar con una X de acuerdo al sexo nominal
- 3.-Anotar con número arábigo la edad en años exclusivamente.
- 4.-Marcar con una X de acuerdo a las actividades desarrolladas:
Profesionista (estudios a nivel licenciatura o Postgrado)
Empleado (actividades desarrolladas en oficina o área administrativa)
Técnico (Actividades que requirieron de estudios medios sup.)
Obrero (Actividades manuales en el área industrial, rural, o de industria de la transformación)
Ama de Casa (actividades dentro del hogar)
Estudiante (a nivel secundaria, preparatoria, vocacional, licenciatura)
Menor 18 años (que no desarrolla actividades escolares)

Sección II SENIOLOGIA DE LA CEPALEA

- 5.- Señalar con una X el inicio de la crisis súbito (sin causa aparente; progresivo (si se identifica un factor que la inicie y la cambie de intensidad)
- 6.- Señalar con una X la localización de acuerdo al área anatómica de inicio del dolor.
- 7.-Intensidad; marcar con una x de acuerdo a los sig. parámetros
leve (no interfiere con las actividades)
moderada (no interfiere con las actividades pero requiere de medicamentos para su control)
Severa (requiere de medicamentos y es incapacitante)
- 8.-marcar con X el tiempo de mayor duración de la crisis
- 9.-Marcar con una X de acuerdo al tipo de dolor
- 10.-Marcar con una X el tiempo entre cada crisis de acuerdo a los siguientes parámetros ;Frecuente (entre horas y días) Ocasional (entre días) Continua (que disminuye el dolor pero no desaparece)

- 11.-Marcar con una X de acuerdo al sintoma acompañante, se puede señalar mas de una opción.
- 12.-Marcar con una X Progresivo (si modifica su intensidad)
No progresivo (sin variacion en la intensidad)
- 13.-Marcar con una X la respuesta a la toma de medicamentos
- 15.-Señalar de acuerdo al grupo générico señalado los medicamentos utilizados en las crisis cefalálgicas.
- 16.-Señalar la dosificación de acuerdo al esquema terapéutico utilizado.

Sección III ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES

- 17.- Señalar con X la positividad o negatividad de familiares con crisis cefalálgicas.

Sección IV ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

- 18.- Marcar con una X el grupo de alimentos que esten en relación al inicio de la crisis de cefalea.
- 18.- Marcar con X si existe relacion con el tabaquismo y la intensidad del mismo.
- 19.- Marcar con X la positividad o negatividad del inicio de la crisis cefalálgica con la práctica de algún deporte.

Sección V ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

- 20.-Marcar con una X si el inicio de la cefalea esta en relación al periodo menstrual
- 21.-Marcar con una X si la cefalea esta en relación a la ingesta de anticonceptivos orales.

Sección VI ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

- 22.- Marcar con una X si la cefalea se presenta o exacerba en presencia de alguna enfermedad crónica.
- 23.- Marcar con una X si la cefalea se presenta o exacerba con la presencia de un evento agudo.

Sección VII EXPLORACION FISICA

- 28 a 33 Marcar con una X los datos positivos o negativos encontrados en la exploración física.

CUESTIONARIO PARA EL ESTUDIO DEL PACIENTE CON CEFALEA

I) FICHA DE IDENTIFICACION

1.- Experiencia

2.- Sexo Masc Fem 3.- Edad años

4.- Ocupación: Profesional { } Empleado { } Técnico { }
) Libre { } Ama de casa { } Estudiante { }
 Menor de 18 años (estudia) { }
 Menor de 18 años (no estudia) { }

II.- SEMIOLOGIA DE LA DORALEA

5.- Inicio Súbito { } Progresivo { }

6.- Localización Frontal { } Occipital { } Temporal { }
 Universal { } Parietal { } Hemicara { }

7.- Intensidad Leve (no interfiere en las actividades) { }
 Moderada (no interfiere con actividades pero requiere
 medicamentos) { }
 Severa (requiere medicamentos y es incapacitante)
 { }

8.- Duración (tiempo de mayor intensidad del dolor)
 Seg a mín { } horas { } Dias { } Seman { } Meses { }

9.- Tipo de dolor: Punzante { } Ardoroso { } Opresivo { }
 Tracción { }

10.- Periodicidad Frecuentes { } Ocasionales { } Continuas { }

11.- Síntomas acompañantes: a) Visuales:
 Visión borrosa { } Escotomas { } Fosfenos { } Amaurosis { }
 Disminución de la agudeza visual { }
 b) Aparato Digestivo: Náuseas { } Vómico { }
 Alteraciones del tránsito intestinal { }
 c) Neurológicos: Hiper o Hiposensibilidad { }
 Alteración de la concentración { }

- Hemiplejía () Mov. anormales ()
 distenciones del estado afectivo (previa a la presencia de cefalea)
 Contente () Triste () Disgustado () Emocionada () Deprimido ()
 12.-Evolución del síntoma : Progresivo () No progresivo ()
 13.-Mejoría con medicamentos SI () NO ()
 14.-Mejoría sin medicamentos SI () NO ()
 15.-Tipo de medicamentos (por orden genérico)

AIINE ()
 Derivados de la ergotamina ()
 Opiáceos ()
 Anestésicos ()
 Antidepresivos ()

16.-Esquema de Medicamentos Usados

Medicamento	_____	_____	_____
Dosis	_____	_____	_____
Frecuencia de Ingesta	_____	_____	_____
Tiempo de duración	_____	_____	_____
de tratamiento	_____	_____	_____

III. - ANTECEDENTES HERDOFAMILIARES:

- 17.-Familiares con cefalea SI () NO ()
 a) Línea de parentesco : Padres () hermanos () Hijos ()

IV.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

- 18.-Grupo de alimentos relacionados por la presencia de cefalea:
 Quesos () Vinos y bebidas alcohólicas () Alimentos condimentados ()
 Cafe o Té ()
 19.-Tabaquismo: Positivo () Negativo ()
 a) Frecuencia: Diaria () Ocasional ()
 b) Cantidad : 1-5 () 6-10 () más de 10 ()
 19.-Deportes: Relacionado con la presencia de cefalea
 Positivo () Negativo ()

V.-ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS:

20.-Relación con inicio del periodo menstrual si [] no []

21.-Relación con ingesta de anticonceptivos. si [] no []

VI.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

22.-Enfermedades crónicas : Diabetes M. [] Hipertensión: Arterial
Sistémica [] Alergias [] Enf. Artr. Degenerativa []23.-Enfermedades agudas : Infecciones [] Intoxicaciones []
Hemorragias []

VII.-EXPLORACION FISICA:

	CON ALTERACION	SIN ALTERACION	OBSERVACIONES
a) Cabeza			
24.-Fondo de ojo	_____	_____	_____
25.-Acc. de la nariz	_____	_____	_____
26.-Acc. del oído	_____	_____	_____
27.-Acc. de la boca	_____	_____	_____
28.-Acc. articulación temporomaxilar	_____	_____	_____
29.-Contractura músculos del cuello.	_____	_____	_____
b) Tórax			
30.-Contractura vasos musculares.	_____	_____	_____
31.-Acc. campos pulmonares.	_____	_____	_____
32.-Acc. áreas precordiales	_____	_____	_____
33.-Tuberculosis	_____	_____	_____
c) Causa orgánica []	Causa Funcional []		
34.-Relación de Test de Jung	_____	_____	_____
Resultados	_____	_____	_____

DR. JOSÉ ENRIQUE LONGORIA HERNANDEZ

ANEXO II

TEST DE ZUNG

Uno de los instrumentos más populares para la identificación de la depresión es el test de Zung. El cuestionario ofrece 20 opciones y cada una de ellas seguida de 4 proposiciones; una vez contestado de acuerdo al número obtenido por la suma algebraica se determinara la severidad de la depresión y algunos síntomas depresivos.

En la columna de las contestaciones el paciente marca con una X la proposición que le parece correcta y conveniente. La posible calificación va de 20 a 80. En las casillas de la plantilla viene impresa la cuantificación de las respuestas y una serie de asteriscos que identifican las proposiciones invertidas; en efecto 10 de estas se refieren más a ausencia que a existencia de síntomas depresivos. Al margen del protocolo se anotan los valores numéricos atribuidos a cada contestación representando un total que se suma al final.

Esta puntuación puede representarse en porcentaje, con objeto de compararla con otras escalas de estimación clínica. La realización de este instrumento ha sido comprobada en múltiples estudios. El tiempo de realización de este test es de aproximadamente entre 10 y 15 min., particularmente aplicable por los médicos familiares, la escala es válida para cuando menos 30 idiomas (19) (24)

Calificación.

Una puntuación total de 40 representa el umbral superior de la normalidad; de 40 a 47 puntos puede hablarse de depresión moderada; de 48 a 55 se trata de una depresión marcada y por arriba de esta calificación es una depresión grave. (24).

En el caso de pacientes con puntuación entre 35 y 40 se ha relacionado en los últimos años con ansiedad extrema (19).

Para evitar las contestaciones alteradas, con el objeto de evitar un eventual intento de hacer trampa por parte del paciente, Zung se vale de dos procedimientos; 1) utiliza un número par de columnas a fin de evitar las contestaciones en las casillas centrales, mediante las cuales el enfermo intenta identificarse con el término medio; 2) re--
dacta las proposiciones seguidas de un asterisco en términos positivos, aún cuando se refiera a sentimientos negativos.

Esta táctica tiene por objeto evitar que el sujeto se oculta tras una tendencia media.

La depresión puede manifestarse de muy diversas formas y tener una duración sumamente variable; Zung propone por ello una tabla en la que viene correlacionada los apartados enumerados en el test con los síntomas de la depresión agrupados especialmente en cuatro grupos; si se diagnostica precozmente, la importancia de una depresión en la primera consulta, cabrá la posibilidad de pronosticar si necesitara un tratamiento o si puede ser suficiente el mero hecho de dejar que el paciente exprese su angustia, o por último si es conveniente elegir otro tipo de conducta. (19)

La evolución del estado depresivo puede seguirse de cerca sometiendo -- al paciente a un nuevo test cuantas veces estime oportuno.

Se anexa tes de Zung y tabla de correlación clínica.

Cefalalgias de origen psicógeno

PROTOCOLO DEL TEST DE ZUNG						
Nombre y apellidos:			Hembra o estoy embarazada	Algunas veces	Con bastante frecuencia	Siempre o la mayor parte del tiempo
Escala	Sexo	Fecha				
1.	Me siento abanido, estoy triste, la veo todo negro		1	2	3	4
2.	Por la mañana, me encuentro en mejor forma *		4	3	2	1
3.	Tengo espasmos de llanto o me dan ganas de llorar		1	2	3	4
4.	Tengo resaca del sueño durante la noche		1	3	3	4
5.	Como tanto como antes *		3	3	2	1
6.	Me gusta mirar, hablar o estar con mujeres/hombres atractivos *		4	3	2	1
7.	He notado que estoy perdiendo peso		1	2	3	4
8.	Tengo problemas de estreñimiento		1	2	3	4
9.	Me corazon late más deprisa que de costumbre		1	2	3	4
10.	Me siento fatigado sin motivo		1	2	3	4
11.	Mis ideas son tan claras como antes *		4	3	2	1
12.	Me resulta fácil hacer las cosas a las que estoy acostumbrado *		4	3	2	1
13.	Estoy agitado y no puedo quedarme quieto		1	2	3	4
14.	Soy optimista con respecto al futuro *		4	3	2	1
15.	Estoy más irritable que de costumbre		1	2	3	4
16.	Sueño más que es fácil tomar decisiones *		4	3	2	1
17.	Pienso que soy útil y que los demás me necesitan *		4	3	2	1
18.	Me siento bien con mi vida *		4	3	2	1
19.	Pienso que los demás se sentirían muy a gusto si yo muriera		1	2	3	4
20.	Seguiré disfrutando con las cosas como antes *		4	3	2	1

* Las cosas a las que se refiere se refieren a los últimos meses.

Cefalalgias de origen psicógeno

SINTOMAS DEPRESIVOS.	
I. TRASTORNOS AFECTIVOS GENERALES	Aparición de autoestimación
1. D. primida, triste, abatido, descorazonado, vida negra.	(1) Me siento abatido, lo veo todo negro, estoy triste.
2. Lloroso.	(3) Tengo crisis de llanto o me da ganas de llorar.
II. TRASTORNOS FISIOLÓGICOS	
1. Cambios a lo largo del día: exageración de los síntomas por la mañana y algún alivio a medida que avanza el día.	(2) Es por la mañana cuando me encuentro en peor forma.
2. Sueño: se acuesta muy temprano o se despierta muchas veces.	(4) Tengo trastornos del sueño durante la noche.
3. Apetito: disminución del apetito.	(5) Como menos comida antes.
4. Pérdida de peso: asociada a pérdida del apetito, a un metabolismo transformado, o a falta de reposo.	(7) He notado que estoy perdiendo peso.
5. Sexo: huida en бега.	(6) Me gusta tener, hablar o estar con mujeres/hombres atractivos.
6. Gastrointestinal: estreñimiento.	(8) Tengo problemas de estreñimiento.
7. Las divas: taquicardia.	(9) Mi corazón late más deprisa que de costumbre.
8. Tono muscular: estado de fatiga inapreciable.	(10) Me canso sin motivo.
III. TRASTORNOS PSICOMOTORES	
1. Agitación.	(13) Estoy agitado y no puedo quedarme quieto.
2. Inhibición física.	(12) Me res. ¿a qué hacer las cosas - las que estoy acostumbrado.
IV. TRASTORNOS PSICOLÓGICOS	
1. Confusión.	(11) Mis ideas son tan claras como antes.
2. Vida interior.	(16) Mi vida está bien ordenada.
3. Pesimismo.	(14) Soy optimista con respecto al futuro.
4. Indecisión.	(15) Siento que es difícil tomar decisiones.
5. Irritabilidad.	(17) Estoy más irritable que de costumbre.
6. Insatisfacción.	(20) Sigo disconforme de las cosas tal y como son antes.
7. Desconfianza personal.	(18) Pienso que soy útil y que los demás me necesitan.
8. Ideas de suicidio.	(19) Pienso que los demás se quedarían muy a gusto si yo muriera.

Los síntomas en el cuadro son la consecuencia de la gran depresión.

Com. 11-193-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-1155-1156-1157-1158-1159-1160-1161-1162-1163-1164-1165-1166-1167-1168-1169-1170-1171-1172-1173-1174-1175-1176-1177-1178-1179-1180-1181-1182-1183-1184-1185-1186-1187-1188-1189-1190-1191-1192-1193-1194-1195-1196-1197-1198-1199-1200-1201-1202-1203-1204-1205-1206-1207-1208-1209-1210-1211-1212-1213-1214-1215-1216-1217-1218-1219-1220-1221-1222-1223-1224-1225-1226-1227-1228-1229-1230-1231-1232-1233-1234-1235-1236-1237-1238-1239-1240-1241-1242-1243-1244-1245-1246-1247-1248-1249-1250-1251-1252-1253-1254-1255-1256-1257-1258-1259-1260-1261-1262-1263-1264-1265-1266-1267-1268-1269-1270-1271-1272-1273-1274-1275-1276-1277-1278-1279-1280-1281-1282-1283-1284-1285-1286-1287-1288-1289-1290-1291-1292-1293-1294-1295-1296-1297-1298-1299-1300-1301-1302-1303-1304-1305-1306-1307-1308-1309-1310-1311-1312-1313-1314-1315-1316-1317-1318-1319-1320-1321-1322-1323-1324-1325-1326-1327-1328-1329-1330-1331-1332-1333-1334-1335-1336-1337-1338-1339-1340-1341-1342-1343-1344-1345-1346-1347-1348-1349-1350-1351-1352-1353-1354-1355-1356-1357-1358-1359-1360-1361-1362-1363-1364-1365-1366-1367-1368-1369-1370-1371-1372-1373-1374-1375-1376-1377-1378-1379-1380-1381-1382-1383-1384-1385-1386-1387-1388-1389-1390-1391-1392-1393-1394-1395-1396-1397-1398-1399-1400-1401-1402-1403-1404-1405-1406-1407-1408-1409-1410-1411-1412-1413-1414-1415-1416-1417-1418-1419-1420-1421-1422-1423-1424-1425-1426-1427-1428-1429-1430-1431-1432-1433-1434-1435-1436-1437-1438-1439-1440-1441-1442-1443-1444-1445-1446-1447-1448-1449-1450-1451-1452-1453-1454-1455-1456-1457-1458-1459-1460-1461-1462-1463-1464-1465-1466-1467-1468-1469-1470-1471-1472-1473-1474-1475-1476-1477-1478-1479-1480-1481-1482-1483-1484-1485-1486-1487-1488-1489-1490-1491-1492-1493-1494-1495-1496-1497-1498-1499-1500-1501-1502-1503-1504-1505-1506-1507-1508-1509-1510-1511-1512-1513-1514-1515-1516-1517-1518-1519-1520-1521-1522-1523-1524-1525-1526-1527-1528-1529-1530-1531-1532-1533-1534-1535-1536-1537-1538-1539-1540-1541-1542-1543-1544-1545-1546-1547-1548-1549-1550-1551-1552-1553-1554-1555-1556-1557-1558-1559-1560-1561-1562-1563-1564-1565-1566-1567-1568-1569-1570-1571-1572-1573-1574-1575-1576-1577-1578-1579-1580-1581-1582-1583-1584-1585-1586-1587-1588-1589-1590-1591-1592-1593-1594-1595-1596-1597-1598-1599-1600-1601-1602-1603-1604-1605-1606-1607-1608-1609-1610-1611-1612-1613-1614-1615-1616-1617-1618-1619-1620-1621-1622-1623-1624-1625-1626-1627-1628-1629-1630-1631-1632-1633-1634-1635-1636-1637-1638-1639-1640-1641-1642-1643-1644-1645-1646-1647-1648-1649-1650-1651-1652-1653-1654-1655-1656-1657-1658-1659-1660-1661-1662-1663-1664-1665-1666-1667-1668-1669-1670-1671-1672-1673-1674-1675-1676-1677-1678-1679-1680-1681-1682-1683-1684-1685-1686-1687-1688-1689-1690-1691-1692-1693-1694-1695-1696-1697-1698-1699-1700-1701-1702-1703-1704-1705-1706-1707-1708-1709-1710-1711-1712-1713-1714-1715-1716-1717-1718-1719-1720-1721-1722-1723-1724-1725-1726-1727-1728-1729-1730-1731-1732-1733-1734-1735-1736-1737-1738-1739-1740-1741-1742-1743-1744-1745-1746-1747-1748-1749-1750-1751-1752-1753-1754-1755-1756-1757-1758-1759-1760-1761-1762-1763-1764-1765-1766-1767-1768-1769-1770-1771-1772-1773-1774-1775-1776-1777-1778-1779-1780-1781-1782-1783-1784-1785-1786-1787-1788-1789-1790-1791-1792-1793-1794-1795-1796-1797-1798-1799-1800-1801-1802-1803-1804-1805-1806-1807-1808-1809-1810-1811-1812-1813-1814-1815-1816-1817-1818-1819-1820-1821-1822-1823-1824-1825-1826-1827-1828-1829-1830-1831-1832-1833-1834-1835-1836-1837-1838-1839-1840-1841-1842-1843-1844-1845-1846-1847-1848-1849-1850-1851-1852-1853-1854-1855-1856-1857-1858-1859-1860-1861-1862-1863-1864-1865-1866-1867-1868-1869-1870-1871-1872-1873-1874-1875-1876-1877-1878-1879-1880-1881-1882-1883-1884-1885-1886-1887-1888-1889-1890-1891-1892-1893-1894-1895-1896-1897-1898-1899-1900-1901-1902-1903-1904-1905-1906-1907-1908-1909-1910-1911-1912-1913-1914-1915-1916-1917-1918-1919-1920-1921-1922-1923-1924-1925-1926-1927-1928-1929-1930-1931-1932-1933-1934-1935-1936-1937-1938-1939-1940-1941-1942-1943-1944-1945-1946-1947-1948-1949-1950-1951-1952-1953-1954-1955-1956-1957-1958-1959-1960-1961-1962-1963-1964-1965-1966-1967-1968-1969-1970-1971-1972-1973-1974-1975-1976-1977-1978-1979-1980-1981-1982-1983-1984-1985-1986-1987-1988-1989-1990-1991-1992-1993-1994-1995-1996-1997-1998-1999-2000-2001-2002-2003-2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2020-2021-2022-2023-2024-2025-2026-2027-2028-2029-2030-2031-2032-2033-2034-2035-2036-2037-2038-2039-2040-2041-2042-2043-2044-2045-2046-2047-2048-2049-2050-2051-2052-2053-2054-2055-2056-2057-2058-2059-2060-2061-2062-2063-2064-2065-2066-2067-2068-2069-2070-2071-2072-2073-2074-2075-2076-2077-2078-2079-2080-2081-2082-2083-2084-2085-2086-2087-2088-2089-2090-2091-2092-2093-2094-2095-2096-2097-2098-2099-2100-2101-2102-2103-2104-2105-2106-2107-2108-2109-2110-2111-2112-2113-2114-2115-2116-2117-2118-2119-2120-2121-2122-2123-2124-2125-2126-2127-2128-2129-2130-2131-2132-2133-2134-2135-2136-2137-2138-2139-2140-2141-2142-2143-2144-2145-2146-2147-2148-2149-2150-2151-2152-2153-2154-2155-2156-2157-2158-2159-2160-2161-2162-2163-2164-2165-2166-2167-2168-2169-2170-2171-2172-2173-2174-2175-2176-2177-2178-2179-2180-2181-2182-2183-2184-2185-2186-2187-2188-2189-2190-2191-2192-2193-2194-2195-2196-2197-2198-2199-2200-2201-2202-2203-2204-2205-2206-2207-2208-2209-2210-2211-2212-2213-2214-2215-2216-2217-2218-2219-2220-2221-2222-2223-2224-2225-2226-2227-2228-2229-2230-2231-2232-2233-2234-2235-2236-2237-2238-2239-2240-2241-2242-2243-2244-2245-2246-2247-2248-2249-2250-2251-2252-2253-2254-2255-2256-2257-2258-2259-2260-2261-2262-2263-2264-2265-2266-2267-2268-2269-2270-2271-2272-2273-2274-2275-2276-2277-2278-2279-2280-2281-2282-2283-2284-2285-2286-2287-2288-2289-2290-2291-2292-2293-2294-2295-2296-2297-2298-2299-2300-2301-2302-2303-2304-2305-2306-2307-2308-2309-2310-2311-2312-2313-2314-2315-2316-2317-2318-2319-2320-2321-2322-2323-2324-2325-2326-2327-2328-2329-2330-2331-2332-2333-2334-2335-2336-2337-2338-2339-2340-2341-2342-2343-2344-2345-2346-2347-2348-2349-2350-2351-2352-2353-2354-2355-2356-2357-2358-2359-2360-2361-2362-2363-2364-2365-2366-2367-2368-2369-2370-2371-2372-2373-2374-2375-2376-2377-2378-2379-2380-2381-2382-2383-2384-2385-2386-2387-2388-2389-2390-2391-2392-2393-2394-2395-2396-2397-2398-2399-2400-2401-2402-2403-2404-2405-2406-2407-2408-2409-2410-2411-2412-2413-2414-2415-2416-2417-2418-2419-2420-2421-2422-2423-2424-2425-2426-2427-2428-2429-2430-2431-2432-2433-2434-2435-2436-2437-2438-2439-2440-2441-2442-2443-2444-2445-2446-2447-2448-2449-2450-2451-2452-2453-2454-2455-2456-2457-2458-2459-2460-2461-2462-2463-2464-24

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Waters WE; Community studies of prevalence of Migraine; Headaches 3:--
178-196, 1990
- 2.- Ziegler IK; et al; Characteristics of life headache studies and -
histories in nonclinic population; Neurology 27;265-269, 1977.
- 3.- Waters WE; Migraine, Intelligence, Social Class and Familial pre-
valence; Br Med J 2;77-81, 1977
- 4.- Ad Hoc Committee; Classification of Headache; Jama 178:717-718 1962.
- 5.- Waters WE; O'Connor; Epidemiology of Headache and Migraine in wo-
men; LJ Neurol y Neurosur, Psychiatry 34;149-153. 1977.
- 6.- Anne Walling M.D.; Drug Prophylaxis for Migraine Headache; AFP --
Practic Therapeutics Vol. 142 (2); 425-437 1990
- 7.- Ferrari MD; et al; Serotonin Metabolism in Migraine; Neurology 39
1239-1242, 1989.
- 8.- Ferrari MD; et al ; Neuroenditatory plasma aminocacids are elevated
in Migraine; Neurology 40 1582-1585 1990.
- 9.- Belgrade MJ; et al; Comparison of single-dose meperidine, butorpha-
nol, and dihydroergotamine in the treatment of vascular headache, -
Neurology 39;590-592, 1989
- 10.- Goldstein MJ; Bennett A; Migraine associated in focal cerebral --
edema, cerebrospinal fluid pleocytosis and progressive cerebellar -
ataxias; Neurology 40:1287-1289 1989.
- 11.- Cloug C; Treating Migraine; Br Med J 289;141-142, 1989
- 12.- Sutherland JE; Headache; Am Fam Physician 27(2) 137-142, 1989
- 13.- Editorial; Drugs action on 5-hydroxytryptamine receptors; lancet 2
(8665) 717-719, 1989
- 14.- McArthur JC; et al; Nifedipine in the profilaxis or clasic Migraine
Neurology 39(2) 282-288, 1989.

- 15.- Murphy JJ, et al; Randomised double-blind placebo-controlled trial of ferfew in Migraine prevent; Lancet 2(8604) 189-192, 1988
- 16.- Greenamyre JT, et al; The role of glutamate in neurotransmission and neurologic disease; Arch Neurol 1058-1062, 1986.
- 17.- Rothman SM; Olney JW; Glutamate and the pathophysiology of hypoxic ischemic brain; Ann Neurol 19 101-11, 1986
- 18.- Horton BT; Peters GA; A new product in the Treatment of Migraine a preliminary report; Mayo Clin Proc 20; 291-298, 1985
- 19.- Micheal G, Kevan PH; Screening for Depression; use of patient questionnaire; Family Physician 41(3) 897-904, 1990
- 20.- Petherstone H; Migraine and Muscle contraction Headache a continou; Headache 25; 194-195, 1985
- 21.- Freedman AP; Currents concepts in the diagnosis and treatment of cronic recurring headache; Med Clin North Am 66; 1207-1271, 1972
- 22.- Joseph R; Definition of Migraine headache; Lancet, March; 742 , 1984
- 23.- Biau JN; Food Allergy and Migraine; Lancet, March; 926, 1984
- 24.- Geany PH; et al; Headache and depression; Lancet, May; 1097, 1984
- 25.- Pearce JM; Migraine a cerebral disorder; Lancet, Jul; 86-89, 1984
- 26.- Brena MD; Chronic Pain state; a model for classification; Phy Ann 14, Nov; 11-14, 1984.
- 27.- Editorial; Calcium-Channel Bloquers in the treatment of Migraine; Am J Card 55 ; 139, 1985
- 28.- Otero S, Zermelo P; Tópicos actuales sobre Migraña; Shaife; An J Hop Pharm 37A265-307, 1980
- 29.- Batzell RM; Cefalalgias vasculares no mig añosas; Publicación lab Sandoz, Barcelona 1988
- 30.- Batzell RM; Cefalalgias asociadas a patología de la Columna

Cervical;Publicación Lab Sandoz,Barcelona 1988

- 31.-Beaver MD;Appropriate Management of Pain in Primary Care
Am J Med Mono (Sep) 1984
- 32.-Silberstein SD,Treatment of Headache in Primary Care practice
J Am Med Sep (10) 65-72,1984.
- 33.-Stein Jay;Medicina Interna;Editorial Salvat,México 1989
- 34.-Farreras Rozman;Medicina Interna;Editorial Marín España 1984
- 35.-Academia Nacional de Med Int;Tratado de Medicina Interna;
Editorial Manual Moderno México 1990
- 36.- Mc Bryde; Signos y Síntomas,Fisiopatología;Editorial Inter-
Americana,México 1980
- 37.- Association Neurology;Clinical Neurology;Editorial McGraw Hill
EUA 1989
- 38.- Clifford and Clifford;Headache,actualyti concepts;Ed Pitman
1989.
- 39.- Daleccio DJ;Cefalceas de Wolff;Editorial Manual Moderno México
1980.
- 40.- Garcia Sancho;Dolor,diagnostico y tratamiento;Editorial Inter-
Americana México 1974.