Vamos a revisar el resto de la clase de Cefalea. Como vimos el día de la primera clase, vamos a tener que complementar lecturas previas a las clases y vamos a tener también que en algunos casos revisar la parte teórica con material complementario porque el tiempo de la clase es muy poquito y la idea es ocupar el tiempo de la clase más bien para poder aplicar la materia que para repasar o ver la parte teórica que es algo que ustedes pueden adquirir en otros lados. Entonces, en la clase quedamos en esta imagen en que estábamos viendo las indicaciones para estudios complementarios. Quedamos en la indicación de punción lumbar y como aquí aparece cuando vamos a pedir una punción lumbar en Cefalea, cuando tenemos una sospecha de una hemorragia suelar noidea, tienen un escáner normal, solo comentamos en la clase, cuando estamos sospechando una infección o una inflamación del sistema nervioso central o cuando tenemos que medir la presión del líquido estéfalo raquídeo pensando por ejemplo en un seudotumor cerebral o una hipotensión del líquido estéfalo raquídeo. En esta otra imagen vamos a revisar otras indicaciones de estudios complementarios y estas son las indicaciones de escáner cerebral. Si tenemos una Cefalea intensa de inicio agudo, lo que llamamos Cefalea distal y ampliamente hablamos durante la clase, si tenemos una evolución subaguda pero que cada día es peor el dolor, si tenemos alguna alteración en el examen neurológico, si tenemos edema de papila o signos meningios positivos, si tenemos fiebre, náuseas y vómitos que no son explicables por otra enfermedad, que sea una Cefalea que no podamos clasificar dentro de alguna de las que ya hemos mencionado y hay un punto que es importante conversar porque si bien no es una indicación formal, cuando tenemos un paciente muy ansioso, a pesar de que las características sea por ejemplo de una Cefalea tipo tensión, si como médico uno hace algunas concesiones para hacer imágenes, a pesar de que la Cefalea no tenga características de alerta o bandera roja y es en el caso por ejemplo cuando tenemos un paciente muy ansioso con algún evento importante, nivel de algún conocido, familiar que tenga que ver con muertes familiares por tumores o accidentes vasculares que disparen mucho la ansiedad en el paciente y que esta misma ansiedad esté favoreciendo la Cefalea, en ese caso también podemos llegar a pedir un escáner por un tema de bajar la ansiedad del paciente. A la derecha vemos tres imágenes que son las básicas que ustedes tienen que manejar en un escáner. Las tres son portes axiales de escáner de cerebro no contrastado donde la primera a la izquierda vemos la imagen característica de un hematoma intraparenquimatoso, en la segunda vemos la imagen característica de la hemorragia seraxurianida donde ustedes ven que acá en los surcos es donde se produce la acumulación de sangre y abajo vemos la imagen característica de un hematoma sublural donde la imagen característica es esta media luna que estoy mercando acá con el cursor. Vamos a pasar a revisar el tipo de Cefalea más frecuente que es la Cefalea tipo tensión. Hemos visto durante la primera parte de la clase la que hicimos en aula varias características de Cefalea tipo tensión hablamos un poco de migraña y también hablamos de las Cefaleas en racimos o clásteres. Pero vamos a ir revisando también todos los puntos para asegurarnos de que tengamos todo el contenido. La Cefalea tensional es la Cefalea primaria más frecuente. Su Fisioterapia consiste en alteraciones de las estructuras extracraniales como son los músculos y la inserción de los músculos en el cráneo pero también existe un mecanismo central en que en la medida que se cronifica el dolor también el sistema nervioso central aumenta las neuronas sensitivas que están reclutando para poder estar atentas al dolor. Entonces hay una sensibilización al dolor nivel central con una alteración de la musculatura o de las estructuras que rodean el cráneo. La más común es la Episódica. Ya vimos la diferencia entre Episódica infrecuente, frecuente y la Cefalea crónica. Puedo empezar a cualquier edad considerar que el 10% son mixtas, o sea intercala la Cefalea tensional con migraña. Su inicio es infidioso, continua, no interrumpe el sueño, pero el paciente puede decir que despierta y el dolor está allí. No es que lo despierte el dolor, es una sensación como muestra la figura de cinturón alrededor de cabeza o una banda alrededor de la cabeza o un casco también lo pueden definir así. Los pacientes puede haber también algunas alteraciones sensitivas a nivel del cuero caudilludo como sensación de electricidad en el pelo hormigío. Finalmente se relaciona a situaciones de estrés, físico, depresión, falta de sueño, mejora categóricamente con el descanso, la tranquilidad y analgésico. Estas son las típicas de Cefalea que desaparecen en las vacaciones. Acá podemos recordar un poco los músculos más importantes a nivel del cuello y a nivel del cráneo. Una de las características de este dolor es por ejemplo la banda inflamatoria a nivel de la insensación del músculo temporal, que a la palpación suele ser muy sensible. Otro de los puntos son la inserción en la parte occipital de los músculos del cuello que también son sensibles al tacto y la inserción de los músculos en el hombro. Y acá en la parte de abajo podemos ver también la salida nerviosita al mayor y menor que en la medida que está desirritada, le use dolor tipo neuropático que puede irradiarse a la parte posterior de la cabeza, tipo electricidad o en caso de ser el menor hacia la oreja. Acá hacen una foto de las maniobras de palpación de la cabeza que son importantes, no están dentro del examen neurológico descrita en el examen neurológico general, pero el examen neurológico tiene una adaptación dependiendo de mi sospecha diagnóstica. Cuando yo me enfrento a cepalear tengo que palpar el cráneo, no puedo dejar de palpar el cráneo, sobre todo la articulación temporomandibular, los puntos de salida de los nervios occipitales, la salida de los nervios trigeminales, el borde de la inserción del músculo temporal. Acá podemos ver por ejemplo la típica lengua con la impronta de los dientes que se ve en el bruxismo. Aquí vemos el desgaste de los dientes secundarios al bruxismo. ¿Cómo se trata la cephalidad tipo tensión? Yo creo que un paso importante al cual hay que darle tiempo es explicarle al paciente cuál es el origen de su dolor. Acá la imagen dice no hay una causa orgánica. La verdad que el paciente cuando uno dice no hay una causa orgánica le cuesta un poco asumirlo porque cuando uno dice no hay causa orgánica es como que fuera inventado el dolor o no real, pero la verdad es que sí hay causa orgánica que está en estos puntos de inflamación de las inserciones muscular y la sensibilización del sistema nervioso central. Por lo tanto mostrar esta clásica imagen que está al lado derecho, mostrarle qué hay, debajo de la piel, los puntos que el paciente tiene dolor, explicarle cuál es la causa ayuda bastante. Ya los ejercicios de relajación si usted percibe que hay un bruxismo importante hay que corregir el bruxismo. En la parte farmacológica se usan por lo general en los episodios analgésicos para recetamol o otros antiinflamatorios. Se debe educar siempre al paciente de no abusar del uso de analgésicos. Vamos a ver y vamos a repasar después la cefalea por abuso de fármaco. Lo ideal es no usar fármaco más de cuatro veces al mes sobre todo en los triptanes que se usan en la migraña y uno con los antiinflamatorios puros tiene un poquito más de tolerancia pero lo ideal es no más de ocho comprimidos al mes. Se recomienda tratamiento preventivo cuando y aquí vamos a ir corrigiendo porque eso ha ido cambiando un poco con los años que se vuelve menos tolerante la alta frecuencia interrupción de las actividades de la vida diaria por cefalea. No sé cuando tenemos, acá dice cinco días al mes, cuando tenemos más de cuatro o sea cinco más días al mes en realidad y que este interfiere las actividades de la vida diaria uno tiene que pensar en un tratamiento preventivo. Entonces tenemos un tratamiento que es el abortivo que es al que uno le llama para cortar el dolor cuando los episodios son cuatro menos al mes y si esta cefalea es más frecuente tenemos que pensar en algún tratamiento que disminuya la frecuencia del dolor y nos ayuda a no caer en abuso analgésico y ahí en esos casos podemos usar relajantes musculares antidepresivos y ansiolíticos. Una de las alternativas más usadas son la mitriptilina sola o asociadas a relajantes musculares y van a ayudar a bajar el insomnio, disminuye el gruxismo y baja también la ansiedad durante la noche. En este caso los tratamientos preventivos se usan por un mínimo de tres meses y eventualmente seis meses o más. Y acá les recuerdo el uso del calendario cefalea porque va a ser muy importante el registro de los episodios para poder determinar si efectivamente estamos cumpliendo criterios de respuesta a nuestro tratamiento preventivo. Vamos a hablar ahora de migraña, es lo mismo que jaqueca. Realmente la migraña dura horas, parte unilateral, pero suele después aguardar toda la cabeza. El paciente lo refiere más como un dolor pulsátil intenso acompañado de síntomas neurovegetativos como el malestar general, náuseas, vómito, hay hipersensibilidad a estímulos físicos, psíquicos sensoriales, que es cuando las personas le molestan los ruidos, la luz, tienden a aislarse. Puede estar precedido de síntomas visuales, sensitivos o de otro tipo, casi siempre irreversibles y no separados más allá de una hora del inicio del dolor. La migraña no es hereditaria pero hay cierta tendencia a ser más frecuente en grupos familiares, se llama agrupación familiar y se han identificado incluso algunos genes que están relacionados a la migraña, es más frecuente en mujeres, inicia en la infancia, juventud y su evolución natural es bajar intensidad y frecuencia con los años, sobre todo las mujeres que después de la menopausia tienden a bajar los episodios la intensidad de estos. Las migrañas tienen algunos gatillas antislásicos y algunos particulares para cada uno de los pacientes. Dentro de los clásicos son algunos olores, las luces brillantes, los alimentos procesados, la falta de sueño, la menstruación, el cambio de la presión atmosférica como los vuelos, cambios climáticos, incluso el estrés, el queso, el vino y el chocolate. Sobre esto es importante preguntar al paciente y registrarlo en el calendario de migraña para ver a cuáles de estos es sensible el paciente o si hay alguno en particular que sea gatillante para el paciente porque si eliminamos este gatillante también vamos a tener una baja importante de la frecuencia del dolor de cabeza. ¿Qué es el Aura? El Aura se refiere a la migraña a síntomas neurológicos que preceden al dolor, acá dice 10 a 30 minutos pero se habla de menos de 60 minutos desde el inicio del dolor. La mayoría de las auras son síntomas visuales que vamos a ver cómo es el Aura visual y existen otros síntomas que pueden ser ahora acompañados del Aura visual o no, como parestecia de la cara, la mano, afasia, hemiparecia. Es mucho menos frecuente como les comenté en la clase cuando aparecen estas auras que son más bien atípicas uno tiende a estudiarlo para descartar otra teología pero una vez que uno tiene al paciente diagnosticado por ejemplo con un aura hemiparecia y afasia ya los episodios posteriores no va a generar tanta alarma la aparición de estos síntomas antes de la sepalea. Y existe otro grupo de síntomas que se llaman premonitorio, esto es distinto al aura, esto aparece por lo general el día previo al dolor y es un reflejo de la de la activación del hipotálamo que es donde se inicia la migraña y eso puede ser alteración del humor y la conducta, las personas se ponen irritables, se pueden poner más lento, tienen problemas de repente para nominar o alguna alteración del lenguaje, pueden referirse que están más cansadas, más depresivas, sensaciones, sino de falta energía, de mucha energía o lentitud mental o gran claridad mental, alteración de sueño o insomnia y persomnia acá no aparece pero también cambios en los hábitos de alimentación y ahí se produce una paradoja porque uno de los síntomas premonitorio puede ser la necesidad de comer dulces entonces ahí uno se pregunta y nos preguntamos los neurólogos esto del gatillante del chocolate es el chocolate de gatilla la migraña o en realidad esta necesidad de comer chocolate el día antes tiene que ver más bien con estos síntomas premonitorio, se aceptan ambas teorías acá tenemos la evolución natural de la migraña, del episodio migraña, entonces tenemos el pródromo que está generado por inicio la migraña nivel del hipotálamo que es de un día o más de anticipación de la migraña y acá tienen el listado de las características que pueden ver después tenemos el aura que a lo más está separado del dolor de cabeza por una hora y acá tenemos la más frecuente los trastornos visuales puede haber alteración de visión puede haber parestecia sabemos que puede haber afastia o en mi pared o incluso en mi plege después tenemos el ataque migraña que puede durar de 4 a 72 horas y suele estar acompañado de algunos síntomas, disautonómicos o no disautonómicos como palpitación, sensación de pica hielo en la cabeza o de perforación, sensación de ardor en la cabeza, nausea, vómitos, mareo, insomnio, congestión nasal, ansiedad, ánimo deprimido, sensibilidad a la luz, olor, sonido y puede incluso rigidez o dolor en el cuello y después viene la etapa de 24 a 48 horas después de la crisis que es el prósdromo y paciente puede quedar con dificultad la concentración, mucha fatiga, una alteración del ánimo ya sea depresivo o eufórico y o que tenga más dificultades para comprender acá un resumen de las auras, acá un resumen de los síntomas premonitorios o prósdromos cuando hablamos de ahora acá primero quiero comentarles algo sobre los criterios diagnósticos, igual que cuando hablamos de la clasificación de la cefalea según la sociedad internacional de cefalea y alfias faciales estas clasificaciones o criterios diagnósticos no son estrictos en la práctica clínica, también las definiciones están hechas para ser rigurosas cuando uno le aplica estudios, sin embargo cuando uno está en la clínica uno no cuenta específicamente si son tres o cuatro episodios o de repente hay más flexibilidad si uno va cumpliendo las otras características entonces criterios diagnósticos de AO, deben haber por lo menos tres de las características siguientes uno o más síntomas que tienen que ser reversibles y son reflejo de una alteración de la función de la corteza cerebral, tronco o ámbito se desarrolla gradualmente durante más de cuatro minutos, no dura más allá de una hora por lo general y sigue al AO, no más allá de 60 minutos de separación el dolor de cabeza a la derecha vemos la típica AO en que aparece en el campo visual periférico una alteración de la visión que se ve tipo rayos, se puede ver un escoctoma que es una visión más oscura de una zona después aparecen brillos en el borde o en la totalidad de esta alteración visual acá vemos una imagen típica, parte como aparece en la primera imagen de la izquierda se va propagando esta imagen como en estrella y después desaparece segmentándose este brillo puede ser muy molesto porque puede generar problemas para enfocar, para ver y de repente en actividades tan riesgosas como puede ser el estar manejado vamos a ver si se ve este vídeo, acá vamos a ver vean como aparece el puntito nublado primero, esta es una típica AO, el puntito nublado más oscuro o gris empieza a crecer, los bordes de los puntitos se ven como unos rayos luminosos y esto junto con el escoctoma o la visión más negra sigue creciendo el brillo puede ser en la periferia de la alteración visual, también puede abordar gran parte del escoctoma ahí van viendo como va comprometiendo cada vez más el campo visual y al mismo tiempo están viendo ahí como desaparece la migraña más común, de hecho se llama migraña común, es la que no tiene ahora, que es el 75% de los casos y volvemos a los criterios diagnósticos, por lo menos 5 crisis que cumplen los criterios que están abajo la duración de 4 a 72 horas el paciente no recibe tratamiento y que tenga 2 de las siguientes características el primer elemento es que el paciente tiene que ser unilateral, pulsátil de intensidad moderada y se veía y empeorar con la actividad normal y el tercer elemento que durante el episodio de dolor ocurra uno de los dos que están mencionados abajo, nausea o vómito, es la que tiene la migraña con la que se pide que se cumpla con un fenómeno previo de aura y que como siempre el fenómeno no esté explicado de mejor manera por otra patología el 25% de las migrañas son las que tienen el aura y ahí lo que se pide que por lo menos el paciente haya tenido dos ataques y esto es la definición de aura a verlo a revisar abajo perfecto, lo que aparece en el criterio de aura es lo mismo que vimos en la imagen anterior ¿Cuál es la causa de la migraña? a través del tiempo han existido varias teorías una era la teoría vascular que lo atribuía a fenómenos de vasocontricción y vasodiletación cerebral existió la teoría neuronal que había una activación anormal de ciertas zonas del cerebro y que esta alteración de la circulación era secundaria al aumento del metabolismo en algunas zonas cerebrales que estaban activadas y también está la teoría serotoninérgica que en general uno habla de alteración a nivel de los neurotransmisores en que puede haber aumento serotonina, disminución de submetabolito y esta es una lista importante porque los últimos tratamientos se han centrado un poco en el manejo de los neurotransmisores en el episodio migraña y se ha visto que es exitoso, por lo tanto también es un mecanismo válido ¿Cuál es la posición actual? Es una teoría donde se incluyen los tres fenómenos hay una alteración primero de la actividad neuronal seguida por una alteración vascular y que esto puede estar precedido, gatillado por una alteración a nivel de los neurotransmisores Primero lo primero que tenemos que es lo que aparece el día antes es la alteración o la activación de un estímulo del hipotálamo esto genera el prodromo, activaría también los núcleos del rafo y esto alteraría los metabolitos a nivel de la sinapsis neuronal generando el aura, la activación cortical y además generaría una activación del sistema trigémino vascular y en el sistema vascular se liberarían mediadores vasoactivos y neurotransmisores y eso generaría la vasodilatación y la inflamación y generaría el dolor acá vemos en el último que mencioné es el blanco el cual están apuntando las nuevas terapias de la migraña que incluyen los anticuerpos monoclonales y los bloqueadores de algunos receptores que pueden mediar la activación de la migraña que lo van a ver, se lo escuchan, se llaman Gepantes Algunos tipos particulares de migraña para que tengan el concepto migraña vacilar ¿Cuál es la migraña vacilar? Es cuando el aura se origina en la circulación posterior del cerebro recuerden anatomía circulación posterior del cerebro viene de las vertebrales la vacilar ¿Qué lugares van a estar irrigando? Van a estar irrigando el tronco, el cerebelo, la parte occipital y parte temporal del cerebro por lo tanto cuando el aura viene de cualquiera de las manifestaciones que generan este territorio se habla de migraña vacilar pueden ver ahí la lista de los síntomas que uno atribuye a una alteración de la circulación posterior del cerebro La migraña oftalmoplejica es cuando hay crisis de migraña donde junto con la cefaldea se produce alguna alteración en la movilidad del ojo que refleja una alteración del tercero, cuarto, sexto par craneal y que hemos descartado apropiadamente otra causa entonces el primer episodio migraña oftalmoplejica siempre se debe estudiar primero lo mismo que cuando tenemos estas auras atípicas a una migraña vacilar La migraña retiniana es cuando tenemos pérdida de visión de un ojo o ceguera como aura ya dura menos de 60 minutos también puede ser un fenómeno que acompaña la migraña y la exploración oftalmológica debe ser normal Listado de algunos de los factores gatillantes de la migraña más frecuentes Vamos a hablar de dos complicaciones de la migraña Uno, el estatus migrañoso que es un episodio que dura más de 72 horas a pesar del tratamiento habitual y no tiene periodos de más de 4 horas en que uno esté libre de la migraña por lo general estos requieren manejo o en urgencia o hospitalización porque con una migraña de tres días se producen otros factores que tienden a perpetuar el dolor como la deshidratación entonces uno lo maneja con algún medicamento anxiolítico, sedante, más antiinflamatorios endovenoses o antiheméticos más hidratación y uno mejora el sueño y de esta manera uno puede manejar estas migrañas de una duración y una refractaridad importante Y el infarto migrañoso es cuando hay una alteración permanente de la basculatura del cerebro secundario en la migraña y esto genera un stroke, o sea, una C.V. isquémica es raro de ver y está asociado más a migrañas que están con una alta frecuencia de crisis y con muy mal manejo en relación a poder controlar esta migraña Entonces, teníamos y hablamos al igual que la C.V. un tratamiento de la crisis y tenemos otro que es el preventivo que se le da a usar cuando los episodios son mayores a 4 al igual que la C.V. mensual por los últimos tres meses Tenemos acá los antiinflamatorios más usados Después tenemos los ergotamínicos que fueron muy usados en una época Hoy día se desaconsejan dado que se asocian frecuentemente a cefaleas por arbuso de farmac Ya, si uno abusa de ergotamínicos, tiende a perpetuarse el dolor, se genera una dependencia a la ergotamina y también aumenta el riesgo de asiente cerebrovascular Se usa más de la familia de los triptanes, si no tenemos una respuesta antiinflamatoria solo se usan medicamentos de la familia de los triptanes Acá aparece el suma triptanes, lamentablemente a pesar de haber sido una droga bastante efectiva ya no está llegando a Chile Y estos, por lo general, controlan 80% las crisis con asociación al antiinflamatorio y hay que tener claro que hay que usarlos al inicio del episodio Cuando el paciente sabe que esto ya va a ser una migraña, el dolor va en aumento va a tener más efectividad hacia el inicio a cuando ya tenemos toda la cadena inflamatoria desatada Les voy a dejar algunos esquemas que faciliten el aprendizaje Acá, manejo del ataque, leve a moderado o moderado a grave los pacientes que llegan al servicio de urgencia Por lo general usamos un triptan antimético, que puede ser la metoclopramida con analgesia endovinosa cuando hayan llegado a la urgencia y si a las dos horas no han respondido podemos agregar otros medicamentos si partimos solo con el antiinflamatorio y el triptan podemos agregar la metoclopramida La clorpromacina es efectiva pero lo usamos poco La clorpromacina es efectiva porque tiene que estar monitorizado el paciente por las alteraciones hemodinámicas que puede causar El estatus migreñoso, por lo general uno lo hospitaliza en la medida que uno lo puede hospitalizar, dependiendo del centro en que uno trabaje primero se pasan antiinflamatorios, antiméticos Se coloca suero, se puede usar ansiolítico y revaluar a las dos horas Si a las dos horas el paciente sigue con dolor podemos agregar corticoides, acido alproico por ejemplo incluso se puede hacer bloqueos en agudo, bloqueos anestésicos eso es poco habitual porque se requiere disposición en el servicio de urgencia de un anestesista desocupado y de no serancia el paciente si o si se tiene que hospitalizar Después tenemos el otro tipo de tratamiento que es el tratamiento preventivo o profiláctico Lo usamos, acá no sé si está la información correcta pero más de cuatro crisis mensuales en los últimos tres meses que tienen interferencia con las actividades habituales o menos frecuencia pero que no responda a tratamiento para la crisis o que sean tan inhabilitantes que por la profesión del paciente su actividad no pueda ser aceptable que tenga este tipo de crisis Ahí les di el ejemplo del piloto Acá en la parte penúltima dice que use medicamentos más de 2dc a la semana que son 8 al mes aproximadamente Esto es lo que se ha cambiado y se tolera al menos se habla de más de cuatro episodios mensuales Tratamientos preventivos, ¿qué se puede usar? Beta bloqueadores, recuerden que estos tratamientos son de uso diario por lo menos de tres meses a seis meses y que lo que van a ir haciendo es bajar la frecuencia de la cifalera para no caer en abuso de fármaco y después poder usar el rescate efectivo en la medida de que baje la frecuencia Lo que más se usa es el propanolol, siempre tener cuidado de los síntomas depresivos del paciente que no sean máticos Se puede usar el topiragmato, el ácido valproico Los yeca no se usan mucho Algo que es usado bastante de manera bastante frecuente es la flunaricina y se pueden usar antipresivos como la mitriptilina y la velafactina y esto apoya la teoría de la alteración de los neurotransmisores como teología de los episodios de migraña Ojo que la mitriptilina funciona tanto para cifalera tipo tensión como para migraña Entonces cuando hay episodios mixto es uno de los medicamentos de lexio Cuando hablamos de cifalera por abuso de medicamento, ojo, esto tienen que conocerlo Cuando tenemos dolor más, 15 días al mes o más y tenemos antecientes de abuso de fármaco y esto ocurre en los últimos tres meses, tenemos que pensar en este diagnóstico Acá vamos a corregir de nuevo Si son ergotamina, triptanis, opeoides o combinación de analgésicos más de cinco, más de cuatro al mes Y si son analgésicos simples, se habla de ocho o más al mes en los últimos tres meses Ahí tenemos una alta probabilidad que el uso de analgésicos esté empeorando el dolor de cabeza Y lo que uno tiene que hacer en primer lugar es suspender el medicamento del cual estamos abusando Instalar rápidamente un tratamiento preventivo Educar al paciente sobre que al suspender el medicamento de abuso va a empeorar las primeras dos semanas el dolor Esto puede ser muy crítico, incluso hay pacientes que no pueden manejarlo y no pueden manejar este empeoramiento transitorio, suspender el fármaco de manera ambulatoria y tienen que ser hospitalizados Pero en esa etapa hay que pasarla para poder después bajar la frecuencia y ojalá solamente hacer rescates en crisis en el futuro Poquitas palabras para la cefalea trigiminoautonómica que son la cefalea en racimos, la micrania paroxística y la neuroalgiformia inaltidaria con inyección conjunctiva y la gremia Son muy poco frecuentes pero tienen características que marcan este dolor de cabeza Ya se los había comentado en la primera parte de la clase la que hicimos en aula Son dolores críticos, intensos, que generan una imposibilidad de hacer cualquier actividad en el paciente Y van acompañados de esta intranquilidad psicomotoria que no se ve en la migraña Y tienen síntomas como la tosis unilateral, disautonómicos, la gremia, inyección conjunctival, congestión nasal, rinorrea, sudoración de una zona de la frente y cara Y Horner, suelen ser episodios intensos y cortos No hay otras alteraciones en el examen neurológico que las mencionaba previamente Y cada activación puede durar de uno a dos meses y son muchas crisis durante el día Otra característica es que habitualmente empeora mucho con la ingesta de alcohol ¿Cómo se trata? Tratamiento distinto, la crisis se usa antiinflamatorio, se usa oxígeno al 100% con mascarilla de recirculación A lo más que tolerar al paciente y también responden a los triptanes Apenas uno ya ha descartado otras etiologías de este tipo de dolor Hay que instalar un tratamiento preventivo En la primera crisis uno lo parte con el dolor y la confirmación diagnóstica Que son los corticoides, el verapodnilo y el valproico Cualquiera de estos son los más usados, también topiramato o carbonato de litio En los años siguientes puede repetirse la crisis y por lo general los hace en la misma época Los que tienen estas crisis en otoño ocurren nuevamente en otoño En otoño lo que lo tiene en primavera es más en primavera que son las dos épocas en que es más frecuente Y en estos casos uno ante los primeros signos o síntomas parte inmediatamente el tratamiento preventivo del paciente Acá vemos las medidas del tratamiento del ataque, el oxígeno, un triptano Y vemos el tratamiento preventivo que lo habíamos mencionado, también agrega la melatonina que tiene algún valor estadístico Verapamino, litio, topiramato, valproico, también gabatina Los corticoides funcionan bastante bien, los bloqueo anestésicos también si no hay respuesta al tratamiento anterior Tengo algunas tablitas que les van a servir ya Diferencias entre migraña y el cláster En base de género, la historia familiar, prodromo, si es uni o no, lateral, la duración, náusea, fotofobia Aumentó el dolor con el movimiento, el paciente debe hacer reposo y alteraciones vegetativas que están asociadas Otra tabla es para mostrarles de forma resumida cómo diferenciar cifalada tipo tensión, migraña y la cifalada tipo cláster O sea, agrega la cifalada tensional Acá de nuevo, otra tabla que les va a facilitar recordar los puntos clave Y un resumen muy general del diagnóstico diferencial partiendo desde cefaleas y de ahí hacia abajo cómo diferenciar los distintos tipos Hasta aquí es la clase de cefalea Voy a grabarles la clase de síndrome convulsivo o epilepsia que me interesa que la vean ojalá antes del día viernes Porque me gustaría mostrarles unos videos del día viernes Y también me interesa mucho que lean la clase de accidente cerebrovascular que ya está en las carpetas Porque es importante, porque no es poca materia y es importante porque la idea es que en la clase veamos el enfrentamiento práctico del médico general Y que sepan sobre el manejo actual del accidente cerebrovascular