



*FORMACIÓN EN MIGRAÑA PARA  
EL MÉDICO DEL TRABAJO*

**GRUPO DE TRABAJO DE  
NEUROLOGÍA  
AEEMT**

# *IMPORTANCIA LABORAL DE LA ENFERMEDAD*

---

- Enfermedad crónica con repercusiones sociales, laborales y personales
- Enfermedad determinada genéticamente , con curso en crisis recurrentes, de intensidad moderada-severa
- Enfermedad muy prevalente (12,6% de la población) 17,2% en mujeres, 8% en hombres en edad laboral y social activa.

## *IMPORTANCIA LABORAL DE LA ENFERMEDAD (2)*

---

- 7 de cada 10 casos son mujeres
- Muy discapacitante
- Gran impacto socio-sanitario
- Con importante limitación en el desarrollo profesional o educacional.
- Genera costes económicos laborales directos y fundamentalmente indirectos

## *IMPORTANCIA LABORAL DE LA ENFERMEDAD (3)*

---

- El 18,9% de las pacientes nunca acude al médico
- El diagnóstico es sin consulta previa con auto-medicación
- Abuso de analgésicos inespecíficos-cronificación
- El 35% de las pacientes tiene necesidad moderada-alta de cambio de medicación

# *BASES TEORICAS*

## **DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

# 1.- ANAMNESIS

---

- La anamnesis es el instrumento principal en el diagnóstico de un dolor de cabeza.
- Los errores en el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas vienen en general condicionados por una anamnesis defectuosa.
- La anamnesis ha de ir encaminada desde el principio a intentar la clasificación etiológica del dolor.
- Después de un correcto interrogatorio, el examen físico servirá para confirmar el diagnóstico ya sospechado tras la anamnesis.

# 1.- ANAMNESIS

---

- **Se debe comenzar el interrogatorio dando la oportunidad al paciente para describir su cefalea . A partir de aquí la anamnesis debe ser dirigida por el médico mediante las preguntas tipo:**
  1. ¿Desde cuando?
  2. Edad del inicio
  3. Antecedentes personales
  4. ¿Cuántos dolores diferentes?
  5. Frecuencia
  6. Duración
  7. Modo de instauración
  8. Intensidad
  9. Calidad
  10. Localización
  11. Factores que desencadenen o alivien el dolor
  12. Síntomas acompañantes
  13. Tratamientos previos

# *1.- ANAMNESIS*

---

## **1. ¿Desde cuándo?**

Como regla general, los dolores de cabeza de más de 3 meses de evolución raramente serán secundarios o una masa intracraneal.

Probablemente se tratará de una cefalea tensional o migrañosa

# *1.- ANAMNESIS*

---

## **2. Edad de inicio**

- Éste dato es muy útil, pues nos orienta acerca del carácter primario o secundario del proceso
- La migraña suele comenzar en la infancia tardía o en la juventud
- La cefalea tensional en el adulto
- Las cefaleas de novo en pacientes mayores de 65 años pueden tener un significado más grave

# *1.- ANAMNESIS*

---

## **3. Antecedentes personales**

- En la migraña hasta el 60% de los pacientes tienen uno o más progenitores afectados de la misma enfermedad
- En la cefalea tensional suele ser frecuente la historia familiar de depresión

# *1.- ANAMNESIS*

---

## **4.¿Cuántos dolores de cabeza diferentes?**

- No es excepcional que el paciente presente 2 o más cefaleas en el momento de la consulta.
- Esta cuestión es fundamental.
- La asociación que más frecuentemente es motivo de consulta es la cefalea tensional y migraña.

# 1.- ANAMNESIS

---

## 5. Frecuencia

- Las principales cefaleas presentan patrones de frecuencia típicos y claramente diferentes.
- La frecuencia nos permite dividir las en episódicas y en crónicas (>15 días/mes y >3 meses).
- Otros tipos de cefalea se presentan de forma cíclica, en periodos de agrupación de crisis o con carácter progresivo.
- Es importante recordar que un aumento en la frecuencia de la cefalea puede deberse a un proceso secundario subyacente, a abuso de fármacos o a una distimia.

# *1.- ANAMNESIS*

---

## **6. Duración**

La duración de la cefalea, sin tratamiento, es un criterio diagnóstico y será:

- Entre 4 y 72 horas en el caso de las migrañas
- De segundos en las neuralgias
- De minutos a horas en la cefalea en racimos
- De días ,semanas o meses en la cefalea tensional

# *1.- ANAMNESIS*

---

## **7. Modo de instauración**

- La instauración súbita, en especial si se ha producido en relación con esfuerzos, es típica de la hemorragia subaracnoidea.
- La migraña se instaura en minutos u horas.
- La cefalea de tensión suele comenzar de un modo paulatino
- La cefalea en racimos tiene un comienzo rápido , en minutos.
- Los procesos orgánicos cerebrales pueden dar cefaleas de instauración aguda, subaguda y crónica

# 1.- ANAMNESIS

---

## 8. La intensidad

- No hay relación entre intensidad y gravedad del proceso.
- Es un dato subjetivo muy difícil de evaluar.
- Hay que preguntar que actividades interfiere en la vida diaria y a que nivel las afecta ( leve ,moderado o grave).
- Las más invalidantes son las cefaleas en racimos seguidas de las migrañas.
- Ante una cefalea intensa y progresiva deberemos siempre descartar la existencia de una lesión cerebral.

# 1.- ANAMNESIS

---

## 9. Calidad

Ésta es una de las cuestiones más difícil de valorar:

- Porque depende de las características propias de cada paciente
- Porque de la pericia del médico en la interpretación de la subjetividad del paciente.

# 1.- ANAMNESIS

---

## 10. Localización

- La cefalea tensional puede ser referida de forma relativamente localizada y casi siempre es bilateral.
- En la migraña predomina la cefalea unilateral aunque un 30% de las crisis se manifiesta de forma bilateral.
- La cefalea en racimos es estrictamente unilateral.
- En las cefaleas muy localizadas hay que considerar causas extraneurológicas :
- La cefalea generalizada puede tener una causa neurológica, fundamentalmente cuando es de instauración aguda.

# 1.- ANAMNESIS

---

## 11. Factores que desencadenan o alivian el dolor

### Desencadenantes :

- Estrés y ansiedad
- Menstruación
- Falta o exceso de sueño
- Alimentos y bebidas
- Esfuerzos físicos
- Cambios meteorológicos
- Fármacos

### Alivian el dolor:

Medidas físicas

Evitar los factores desencadenantes

# 1.- ANAMNESIS

---

## 12. Síntomas acompañantes

- Ansiedad o depresión
- Alteraciones visuales
- Alteraciones sensitivas
- Alteraciones motoras o del lenguaje
- Fotofobia
- Sonofobia
- Náuseas
- Vómitos
- Polimialgia
- Claudicación mandibular
- Rinorrea, lagrimeo y s. de Horner

# *1.- ANAMNESIS*

---

## **13. Tratamientos previos**

Tratamientos abortivos de la crisis

Tratamientos profilácticos:

- Dosis empleadas
- Duración del tratamiento
- Cantidad y frecuencia de ergóticos / analgésicos

## *2.- EXPLORACIÓN*

---

- **Exploración General:**

- Signos vitales: TA, pulso, auscultación
- Estructuras peri-craneales
- Movilidad y palpación cervical

- **EXPLORACION NEUROLOGICA**

- **RMN/TAC:**

- En el primer episodio de migraña con aura, auras atípicas o de larga duración (estudio de hiper-coagulabilidad)
- En sospechas de cefalea secundaria
- En un fondo de ojo no-normal

## *3.- CRITERIOS DIAGNOSTICOS*

---

### MIGRAÑA SIN AURA

- **A. 5 crisis con criterios B-D**
- **B. Duración de las crisis de 4-72 horas**
- **C. Al menos 2 de las siguientes:**
  - Localización unilateral
  - Calidad pulsátil
  - Intensidad del dolor moderada-intensa
  - Traqueteo +
- **D. Durante la cefalea, al menos 1 de :**
  - Náuseas y/o vómitos
  - Fotofobia y fonofobia
- **E. No atribuible a otra enfermedad**

# *3.- CRITERIOS DIAGNOSTICOS*

---

## **MIGRAÑA CON AURA**

- **A. Al menos dos crisis**
- **B. Aura completamente reversible con al menos 1 de los siguientes síntomas, sin debilidad motora:**
  - Síntomas visuales positivos o negativos
  - Síntomas sensitivos positivos o negativos
  - Trastorno disfasico
- **C. Al menos 2 de los siguientes:**
  - Síntomas visuales homónimos y/o síntomas sensitivos unilaterales
  - Al menos 1 síntoma del aura se desarrolla gradualmente durante 5 minutos o mas y/o diferentes síntomas se suceden durante 5 minutos o más.
  - Cada síntoma dura de 5-60 minutos
- **D. La cefalea migrañosa se inicia con el aura o en los 60 minutos siguientes**

## *4.- CRITERIOS DE DERIVACION A NEUROLOGÍA- A URGENCIAS*

---

- **A URGENCIAS:**

1. Ante una cefalea aguda de etiología confusa
2. Ante sospecha de cefalea secundaria grave
3. Ante signos neurológicos focales, meningismo, alteración del nivel de conciencia
4. En persistencia del dolor tras tratamiento correcto

- **A NEUROLOGÍA**

1. Ante exploración neurológica anormal
2. Ante cambios en la clínica habitual
3. Ante una sospecha de cefalea secundaria
4. Ante la mala respuesta al tratamiento habitual

## 5.- PAUTAS DE TRATAMIENTO

---

- **DE LAS CRISIS:**

- AINEs ( Moderadas-Leves)
- Triptanes ( moderada-intensa)
- Asociación de ambos (muy severas)

- **PREVENTIVO (3-6 meses):**

- Betabloqueantes (propranolol, nadolol, atenolol)
- Calcioantagonistas ( flunarizina)
- Antidepresivos ( amitriptilina)
- Neuromoduladores ( topiramato, valproato)

- **URGENCIAS:**

- AINE i.m/Triptan subcutaneo/antiemético i.m./metilprednisolona

## *6.- CONTROL Y SEGUIMIENTO*

---

- **Periódico programado**
- **A petición del paciente:**
  - En función de las reagudizaciones
  - En situaciones de cambios clínicos
  - Ante el fracaso de las medicaciones
- **Cuestionarios más utilizados:**
  - **MACT** ( Migraine Assessment of Current Therapy): valora la necesidad de un cambio en el tratamiento de la migraña
  - **HIT-6** : Valoración de la discapacidad



*FORMACIÓN EN MIGRAÑA PARA  
EL MÉDICO DEL TRABAJO*

**GRUPO DE TRABAJO DE  
NEUROLOGÍA  
AEEMT**