

Índice

PRÓLOGO (Chad E Cook)

ABORDANDO Y CLASIFICANDO LAS CEFALEAS:

Una gran oportunidad para los fisioterapeutas. 11

CAPÍTULO 1

DE LA MITOLOGÍA A LA RACIONALIDAD.....17

El misterioso origen de mi cefalea17

La cefalea en la antigüedad21

Prevalencia actual24

Clasificando las cefaleas.26

Migraña 30

Cefalea tensional 31

Cefaleas trigémino-autonómicas..... 33

Racionalizando la cefalea 36

Bibliografía: 39

CAPÍTULO 2

EL PACIENTE CON CEFALEA: el paciente desamparado..... 43

Sobre desencadenantes y creencias arraigadas. 43

Dialogando con el cerebro49

Cefalea cervicogénica: un controvertido diagnóstico clínico 56

Dolor de cuello y cefalea 61

Los depredadores del Lado Oscuro y el paciente indefenso.64

Bibliografía:70

CAPÍTULO 3

BASES FISIOPATOLÓGICAS DE LA CEFALEA:

un viaje desde la periferia hacia los centros de decisión.....	77
Reflexiones al inicio del viaje.	77
Un paseo por la periferia.	80
La aduana de los aferentes cervicales.....	92
Viajando por la autopista central.....	95
El Tronco Encefálico y su núcleo Trigémico-cervical.....	103
El procesador central y los centros de decisión	110
Reflexiones al final del viaje	117
Bibliografía:	122

CAPÍTULO 4

LA HISTORIA CLÍNICA: el arte de escuchar.

Una historia detectivesca sobre razonamiento clínico	137
Hipótesis de categoría o categorías de hipótesis	142
Ilusión cognitiva y efecto priming.....	148
Sobre expectativas, placebo y nocebo	149
Efecto placebo en la práctica clínica	153
El arte de escuchar... al paciente	155
Mensajes que viajan hacia la recuperación	161
Comunicando con los pacientes.	164
Algunas batallas cognitivas.	172
Identificando conductas modificables.....	182
Del modelo biomédico a la salutogénesis.....	186
Las banderas psicosociales.	188
Sobre señales de alarma.....	192
La historia clínica: el inicio del camino hacia la recuperación.....	207
Motivo de consulta y objetivos del paciente	216
Mapa corporal	218
Comportamiento de los síntomas.....	221
Historia del problema	224
Preguntas específicas de salud	227
¿Planificamos nuestro abordaje clínico?	229
Bibliografía	233

CAPÍTULO 5

APROXIMACIÓN CLÍNICA AL PACIENTE CON CEFALEA.249

Clasificando al paciente con cefalea.....	249
La modificación de síntomas como guía inicial hacia la recuperación.....	254
Pasos previos para una intervención segura.	262
La postura como factor contribuyente.	273
Movilidad activa de la columna cervical.....	277
La exploración manual.....	282
El camino terapéutico y nuestra verdad operativa.....	288
Bibliografía:	293

CAPÍTULO 6 (Jesús Rubio - Iván de la Calle - Javier Aguilera)

ABORDAJE Y RAZONAMIENTO CLÍNICO EN CASOS REALES.307

Caso clínico 1. Migraña "hereditaria".....	307
Caso clínico 2. Cefalea cervicogénica.	325
Caso clínico 3. Influencia de la fuerza y resistencia de la musculatura del cuello en un caso de cefalea y dolor cervical recurrente.	343
Caso clínico 4. "Cefalea en racimos"	362

Prólogo

Abordando y clasificando las cefaleas: Una gran oportunidad para los fisioterapeutas.

Chad E Cook

CEFALEA: UN DESAFÍO PARA LA SALUD

No todos los problemas de salud son iguales, incluso algunos presentan un grado de prioridad mayor que otros. Cuando evalúo la carga que representa un problema de salud para la sociedad, me hago tres preguntas que considero cruciales: 1) ¿Ese problema afecta a un gran número de personas? 2) ¿Influye ese problema notablemente sobre la calidad de vida? 3) ¿Tiene ese problema un alto coste en términos de salud? En este prólogo trataré de convencer al lector de que las cefaleas afectan a un gran número de personas, influyen notablemente sobre la calidad de vida y tienen asociados altos costes directa e indirectamente.

Es raro encontrar un problema de salud que, como ocurre con las cefaleas, no discrimine entre culturas sociedades o poblaciones. La Organización Mundial de la Salud (1) caracteriza las cefaleas por su recurrencia y por la carga social y personal que conllevan el dolor, la merma en calidad de vida y el coste económico de las mismas. Sin duda alguna, las cefaleas son una experiencia humana universal y una de las quejas comunes con las que en más ocasiones se encuentran los profesionales de la salud (2). Y aun así, un profesional de la salud llegará a diagnosticar de manera apropiada a un número muy minoritario de individuos que padecen cefalea (1). La cefalea ha sido subes-

timada y no ha sido ni identificada ni tratada correctamente en todo el mundo (1).

PREVALENCIA DE LA CEFALEA

La regularidad de la cefalea puede impactar incluso al profesional de la salud con más experiencia. La cefalea es una de las preocupaciones de salud pública más comunes a nivel mundial, que afecta principalmente a los individuos que se hallan en la edad laboral más productiva. Se estima que la prevalencia vital de la cefalea es de un 96%, con un predominio de mujeres (2) entre las que la padecen. El tipo de cefalea también influencia la prevalencia siendo las cefaleas tensionales las que afectan aproximadamente a un 40% de los individuos, mientras que las migrañas afectan tan solo a un 10%. El GBD 2010 (estudio sobre la Carga Mundial de Morbilidad 2010) establece las cefaleas tensionales como la segunda enfermedad en prevalencia en el mundo (22%) y la migraña como la tercera enfermedad en prevalencia (15%) (3). Las cefaleas tipo migraña son más comunes en individuos más jóvenes y su ocurrencia se halla más comúnmente entre los 25 y 55 años de edad, llegando a ser tres veces más habitual en mujeres (4).

UNA CARGA GLOBAL

A pesar del hecho de que las cefaleas no influyen sobre la mortalidad, les son atribuibles más años de vida asociados a discapacidad que todas las otras enfermedades neurológicas combinadas (3). Globalmente, las cefaleas ostentan la sexta posición en la lista de las principales causas de años de vida con discapacidad (5). La cefalea, especialmente en su vertiente crónica, causa un gran impacto sobre la salud relacionada con la calidad de vida (6). Adicionalmente, los costes asociados con el abordaje de la cefalea son muy elevados, en especial aquellos relacionados con condiciones crónicas (8). Los costes directos e indirectos asociados con el tratamiento de la migraña crónica son tres veces superiores al tratamiento de una migraña episódica (7). Los costes indirectos reflejan la pérdida de salario cuando uno no acude al trabajo pero también la merma en productividad para aquellos que permanecen en sus puestos de trabajo.

DIAGNOSTICANDO Y ABORDANDO LA CEFALEA

Desde 1988 se ha establecido un sistema formal de clasificación de cefaleas para su diagnóstico y abordaje. La International Classification of Headache Disorders (ICHD), o clasificación internacional de cefaleas, publicada inicialmente en 1988, se conoce hoy en día como la ICHD-1. La ICHD-2, una segunda edición, fue publicada en 2004, y la edición más actual, la ICHD-3, fue publicada en 2018 (9). Aunque ha habido algunas críticas asociadas con el diseño de la clasificación (10), esta herramienta permite organizar lo que es un fenómeno complejo y subjetivo en grupos manejables. A pesar de este método de clasificación, las cefaleas siguen siendo una importante causa de discapacidad y permanecen sin ser diagnosticadas ni tratadas correctamente (2). Quizás ha llegado el momento de reconocer las causas para este mal diagnóstico y pobre tratamiento.

El tratamiento está dirigido por la clasificación diagnóstica y, a menudo, incluye medicación, identificación del desencadenante potencial y eliminación de la fuente, cambios en el estilo de vida, movilidad y fortalecimiento. En particular, las cefaleas tensionales y las cefaleas cervicogénicas son abordadas mediante intervenciones que son llevadas a cabo comúnmente por fisioterapeutas. De hecho, la opinión del autor es que una de las razones por las que las cefaleas siguen siendo mal diagnosticadas y pobremente tratadas es que muy pocos fisioterapeutas están involucrados en su proceso de abordaje. Esta es una de las razones por las que me entusiasma este libro. Este libro es un medio para aprender más e involucrar a más fisioterapeutas sobre el diagnóstico y tratamiento de la cefalea. Tiene la oportunidad de aportar un contexto con el objetivo de cambiar la práctica de la fisioterapia y, al mismo tiempo, mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Personalmente, y basándome en mi experiencia clínica, los cambios inmediatos y positivos experimentados por algunos pacientes cuando se lleva a cabo el tratamiento apropiado son extraordinarios. Del mismo modo, la evidencia nos dice que la mayoría de las intervenciones aplicadas por los fisioterapeutas obtienen resultados positivos. La fisioterapia es una estrategia de tratamiento efectiva para el abordaje de la cefalea tensional (11). Tanto la movilización como la manipulación de la columna cervical, intervenciones usadas comúnmente por fisioterapeutas, pueden resultar beneficiosas para aquellos individuos que padezcan cefalea cervicogénica (12). Incluso en los casos de migraña, hay estudios que sugieren que la masoterapia,

fisioterapia, relajación y terapia manipulativa pueden ser igualmente efectivas que el propranolol y el topiramato en el abordaje de la misma (13). Dicho llanamente, existe una necesidad tanto de este texto como de más fisioterapeutas involucrados en el tratamiento de las cefaleas. Por ello, me gustaría elogiar al autor por la calidad de este libro y añadir mi agradecimiento a aquellos que lo han adquirido para su crecimiento personal.

Chad E Cook PT, MBA, PhD, FAPTA, FAAOMPT
Professor and Program Director Duke University, USA
Doctor of Physical Therapy