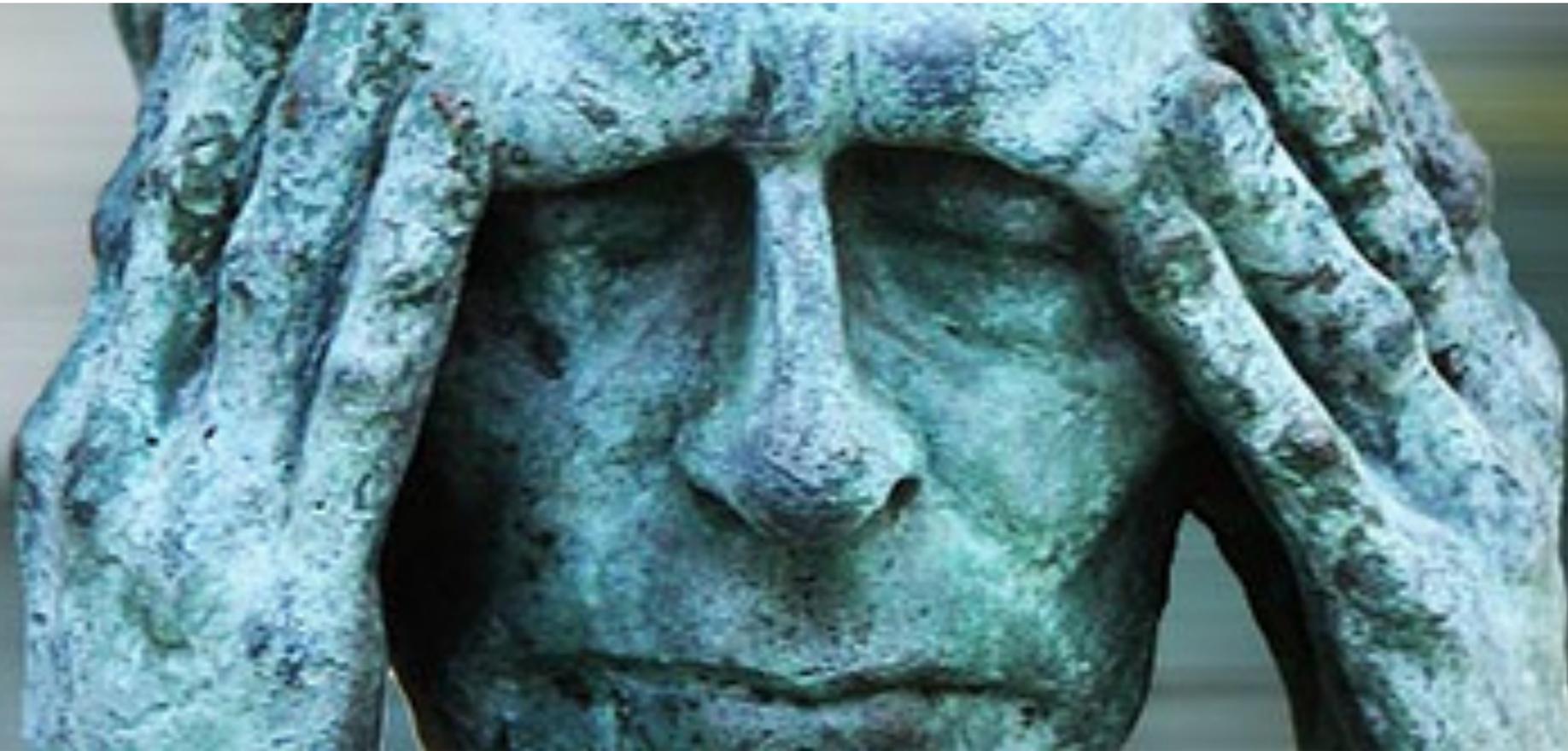


El **V**iaje del **P**aciente con **C**efalea[®] Próxima parada: **F**ISIOTERAPIA

GR42K

Algunas personas a lo largo de nuestra vida, experimentamos algún episodio de cefalea. Suele ser pasajero, y puede que nunca más volvamos a tenerlo, o que pueda repetirse alguna vez, pero sin afectar a nuestra vida, incluso desapareciendo sin tener que poner remedio para ello.



 openDemocracy

Sin embargo, hay personas, que cuando la cefalea aparece en su vida, viene para quedarse de forma permanente o episódica, afectando en mayor o menor medida la calidad de la misma. Según la interferencia que suponga, las personas con cefaleas pueden buscar ayuda para eliminar o controlar este problema. De esta forma, comienza una andadura dentro del sistema sanitario, que nosotros la hemos definido como **EL VIAJE**.



EL MODELO MÉDICO

La primera parada del viaje es en el médico de atención primaria, servicio de urgencias o en el médico especialista de la cefalea, que es **el neurólogo**. El neurólogo se ha erigido en tal especialista, porque **la cefalea se considera un trastorno del sistema nervioso**.

En esta parada, muchos pacientes encuentran una causa específica a su problema, ya que las cefaleas pueden ser parte de una enfermedad identificable.

Pero muchos otros, no encuentran la causa, y siguen el viaje, en la parada de la medicina, pero en tantas estaciones como neurólogos visiten, hasta que dan con el que o les ayuda a quitar el problema o a que puedan controlarlo mejor.

El modelo médico, en cefalea, está englobado en las directrices y guías clínicas dictadas por la **Sociedad Internacional de la Cefalea** (International Headache Society - IHS), y dicho modelo **divide a las cefaleas en dos grandes grupos: Primarias y Secundarias**.

Las **secundarias** son aquellas en las que se identifica una causa específica, y por lo tanto tras la aplicación del tratamiento adecuado, se resuelve como consecuencia, si es una causa reversible, o si no lo es se establece el pronóstico.

En este grupo están incluidas las enfermedades sistémicas, tumores, ...causas psiquiátricas, y otras estructuras extra cerebrales como la cara, el cuello...

Las **primarias** son aquellas que están causadas por estímulos fisiológicos no dañinos, y se indentifican 3 grandes grupos:

- Migraña (y todas sus sub clasificaciones)
- Cefalea tensional
- Cefaleas Trigémico Autonómicas (Cefaleas en racimo, Hemicránea, SUNCT,...), que se caracterizan por la asociación a la cefalea de síntomas y signos vegetativos (lagrimeo, moqueo,...).



Estas **cefaleas primarias, carecen de un diagnóstico específico**, debido a la **ausencia de tests de referencia o gold standard, de bio-marcadores y de pruebas de imagen que suelen ser normales**. Así pues los pacientes **se clasifican según criterios basados en la presentación clínica**, y en muchos casos a la respuesta a los medicamentos "específicos", lo que hace que haya pacientes que se incluyan en estas categorías pero se excluyan a otros y que se metan a pacientes que quizá podrían incluirse en otras y tener un mejor abordaje y pronóstico.

LA CEFALEA CERVICOGÉNICA. ESE GRAN DESCONOCIDO

UN POCO DE HISTORIA

La cefalea relacionada con el cuello fue mencionada por primera vez por Hilton en 1860. En 1973 Bogduk expuso la cefalea del tercer nervio occipital con una presentación muy similar a la cefalea cervicogénica. Maigne en 1981 anunció el éxito del tratamiento en pacientes con cefalea con terapia manual.

La cefalea cervicogénica (CGH) fue descrita por primera vez por Sjaastad, Saunte, Hovdal, Breivik y Groenbaek (1983), y la International Headache Society (IHS) introdujo una categoría para cefaleas asociadas a problemas del cuello en 1988. Sjaastad, Frederiksen y Pfanffenrath (1990) publicaron los criterios diagnósticos para el CGH que fueron revisados en 1998. Es decir, son los neurólogos, los que establecen los criterios para identificar pacientes con CGH.

PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS

El solapamiento de los síntomas entre CGH, migraña (MH) y cefalea tensional (TTH) es uno de los problemas para distinguir entre estas entidades. (Antonaci, Ghirmani, Bono, Sandrini & Nappi 2001, Fishbain Cutler Cole Rosomoff & Rosomoff 2001, Kaniecki 2002, Martelletti & vanSuijlekom 2004, Yi, Cook, Hamill-Ruth & Rowlingson 2005, Sjaastad & Bakketeig 2008), y por lo tanto la cefalea relacionada con la columna cervical con frecuencia se diagnostica mal y se trata inadecuadamente debido a la terminología confusa y variable.

A pesar de esto, se subestima el papel de la columna cervical en la cefalea, puesto que prima el trastorno neurológico. Sin embargo, el sustrato patofisiológico en la cefalea cervicogénica es conocido (el núcleo trigémino cervical), que aunque sea un trastorno a nivel neurológico, una de las causas de su sensibilización pueden ser aferencias cervicales nocébricas. Sin embargo gente no especialista en columna, son los mismos que niegan dicha implicación cervical, excepto aquellos casos donde un bloqueo anestésico específico, como por ejemplo del nervio occipital mayor, produzca un efecto positivo en la cefalea, en cuyo caso se reconocería ese origen cervical, pero solo en ese paciente.

Los nociceptores se dividen en tres grupos, térmicos, químicos y mecánicos. Obviar las alteraciones del movimiento, como posible input nociceptivo, es cometer un error y privar a esos pacientes de un abordaje exhaustivo y adecuado.

EXPLORACIÓN

Dolor mecánico en el cuello y cefalea se relacionan de forma común en CGH, MH y TTH (Ahn, Ahn, Ipsen & Howard 2007). Aunque características como amplitud de movimiento (ROM) reducida en el cuello y la provocación mecánica del dolor son mucho menos habituales en la MH sin aura y TTH que en CGH. (Sjaastad & Bakketeig 2008).

Ningún test físico ha demostrado fiabilidad en cuanto al diagnóstico del CGH. Zito, Jull y Story (2006) concluyeron en una investigación que la presencia de una disfunción articular cervical superior diferenciaba claramente a los que padecen CGH de aquellos con MH sin aura y pacientes control. El grupo de CGH presentaba ROM reducida en el principalmente en el plano sagital y en rotación, mayor frecuencia de tensión muscular y una peor realización (aunque no importante) de la flexión cráneo-cervical.

El test de flexión-rotación, que mide la rotación de C1-2 ha mostrado fiabilidad inter-examinador pero su validez en el diagnóstico de CGH no se ha determinado, aunque se sugiere como una herramienta útil en su evaluación. (Hall, Robinson, Fujinawa, Akasaka & Pyne 2008).

LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR (ATM) Y CEFALEA

Aunque la ATM hace mucho que se determinó como fuente de patología, no se convirtió en foco central de investigación hasta los años 80. Colectivamente, las disfunciones de la ATM se han definido como trastornos temporomandibulares (TMD). El término trastorno tempromandibular fue adoptado por la American Dental Association en 1983 para describir patologías o problemas afectando a la ATM, músculos masticatorios y estructuras estrechamente relacionadas.

Actualmente, tanto dentistas como fisioterapeutas proporcionan servicios al paciente con TMD. (Shaffer et al 2014), y requiere un enfoque integrado de estos dos profesionales junto con los psicólogos (Harrison et al 2014).

Según se cita en Harrison et al (2014), "en 1934, los dentistas son introducidos en el concepto de TMD, debido en parte al papel complejo y debatible de la oclusión dental en TMD. Los fisioterapeutas se convirtieron en miembros importantes del equipo de atención por el papel central del sistema neuro-músculo-esquelético en personas con TMD." El papel de los psicólogos, se explica por la presencia de la sensibilización central, y la necesidad de científicos del comportamiento en el tratamiento de dolor crónico relacionado con los TMD.

Según Bevilacqua et al (2009), "**entre la posible etiopatogénesis asociada entre los trastornos de la ATM y la cefalea**, la literatura dice:

- La ATM puede funcionar como fuente independiente de dolor.
- La ATM puede empeorar las cefaleas primarias existentes.
- La ATM puede ser un factor de riesgo para la cefalea crónica a través de un mecanismo de sensibilización central.
- La cefalea puede llevar a una activación del sistema trigeminal aumentando la propensión al dolor de ATM en individuos susceptibles. "

Según la IHS, en su última edición de la guía de clasificación de las cefaleas, para que la cefalea se pueda atribuir a un TMD, ha de diagnosticarse dicho trastorno, según los criterios recogidos en Schiffman (2014). Hay que recordar, que los TMD, son un grupo heterogéneo de trastornos. Históricamente existen una variedad de enfoques diagnósticos de estos TMD y el proceso no se estandarizó hasta el desarrollo de los criterios diagnósticos para la investigación de los TMD (RDC/TMD). Estos criterios han sido desarrollados por dentistas. La primera versión se publicó en 1992, con una revisión en 2010 y la más reciente en 2014 (Schiffman).

Estos criterios tienen un par de desventajas, que son:

- 1- La variedad de presentaciones clínicas de los pacientes con TMD, hace que no todos encajen en una sola categoría de RDC/TMD.
- 2- No tiene en cuenta la columna cervical y su implicación en los TMD, que es esencial para realizar una valoración completa y exhaustiva en pacientes con estos problemas. (Schaffer et al 2014).



Además en un estudio reciente, Di Paolo et al (2017) en un análisis retrospectivo de 1198 pacientes, muestran que:

- La migraña sin aura (29,9%) y la cefalea tensional episódica (24,5%) son **cefaleas primarias asociadas** a pacientes con TMD.
- Cuando los pacientes relaten cefalea intensa, se debe llevar a cabo una valoración clínica del estado morfo-funcional de las ATM y de los músculos masticatorios, para excluir la presencia de TMD.
- Finalmente, se puede dar por hecho que en un paciente disfuncional, la reducción de la intensidad y la frecuencia de la cefalea se pueden conseguir con la mejoría de la función articular y muscular, respectivamente.

En un estudio de von Piekartz et al (2016) "se resalta **la complejidad de identificar el origen de los síntomas**. En vista del hecho de que las regiones temporomandibular y cervical pueden influenciar una a la otra, los fisioterapeutas necesitan ser conscientes de que los pacientes con signos característicos de TMD (amplitud articular alterada, sonidos de la ATM durante el movimiento y mecanosensibilidad muscular unilateral aumentada) muestran más signos positivos en los test clínicos cervicales. Estos hallazgos pueden ser relevantes cuando se tratan pacientes con disfunción persistente TMD y dolor así como en el tratamiento de gente con TMD". Por esto y por otros estudios donde la relación ATM y cervical parece existir, es necesario que tanto en un caso como en otro, se tengan en cuenta a la hora de proceder a la valoración de ambas regiones.

HACIA DÓNDE ENFOCARNOS

Como el diagnóstico diferencial del dolor de cuello y de los TMD es heterogéneo, el solapamiento de los principales tipos de cefalea es habitual así como la coexistencia de diferentes cefaleas, son fundamentales una historia y exploración completas antes de implementar un plan de tratamiento así como ser conscientes de la presencia de señales de alarma. (Ahn et al 2007).



En este viaje del paciente con cefalea, proponemos que se instaure una parada. Aquella en la que el componente cervical y temporomandibular, de los pacientes con cefalea no específica (excluida patología grave), se tenga en cuenta y se pueda ofrecer una valoración exhaustiva desde la fisioterapia. Somos los fisioterapeutas los que estamos en disposición de poder hacer dicha valoración, porque tenemos la formación adecuada y específica para ello. La próxima parada: FISIOTERAPIA.

Dentro de la fisioterapia, hay muchos enfoques y técnicas. Sin embargo, solemos aplicar en nuestros pacientes la que más nos gusta, nuestra favorita o la que "nos funciona".

El objetivo de este curso es ofrecer un sistema de valoración estructurado y ordenado para poder identificar a aquellos pacientes donde la cefalea pueda ser de origen cervical o de la ATM y poder ofrecerles un tratamiento específico.

OBJETIVOS GENERALES DEL CURSO

- El paciente con cefalea. El guardián de su verdad
- Contextualizar la fisioterapia dentro del modelo médico de las cefaleas
- Plausibilidad pato fisiológica de la cefalea cervicogénica y por trastornos temporo-mandibulares.
- Ofrecer un enfoque estructurado para valorar pacientes con cefalea
- Realizar una entrevista adecuada a pacientes con cefalea no específica
- Reconocer las señales de alarma y cómo proceder
- Reconocer el patrón en la historia y en la exploración de pacientes con cefalea cervicogénica por trastornos temporo-mandibulares
- Ofrecer un plan de tratamiento de fisioterapia a un paciente diagnosticado de cefalea cervicogénica o por trastornos temporomandibulares
- Realizar una visita de seguimiento ordenada

CONTENIDO DEL CURSO

- 1- INTRODUCCIÓN, JUSTIFICACIÓN, MODELO MÉDICO Y BASES DE LA CEFALEA CERVICOGÉNICA Y DE LA ATM
- 2- HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE CON CEFALEA
- 3- SEÑALES DE ALARMA
- 4- EXPLORACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE CON CEFLEA
- 5- VALORACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE CON CEFALEA
- 6- BIOMECÁNICA APLICADA AL PACIENTE CON CEFALEA
- 7- VISITAS DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON CEFALEA
- 8- TRATAMIENTO DE FISIOTERAPIA BASADO EN LOS HALLAZGOS DE LA HISTORIA Y LA EXPLORACIÓN
- 9- VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN PACIENTE REAL CON CEFALEA POR PARTE DE INSTRUCTOR DEL CURSO

METODOLOGÍA

Lectura pre-curso que se enviará una vez inscrito, y que es parte del contenido teórico del curso.
Clases teóricas acompañadas de un manual en PDF para ayudar al seguimiento del curso.
Presentación con proyección de diapositivas.
Interacción instructor - participantes durante todo el curso.
Práctica de toma de la historia, exploración y valoración, así como de la biomecánica y técnicas.
Discusión de casos clínicos.
Discusión de la presentación clínica del paciente.

**Para un mayor aprovechamiento del curso, el número MÁXIMO de participantes será de 20 por edición.
La duración del curso será de 16 horas lectivas distribuidas en 2 días (viernes y sábado), en horario de 9 a 18.30.**

Puedes ver los cursos programados y realizar la inscripción en gr42k.es

Para cualquier aclaración, duda o consulta contáctanos en: cefalea@gr42k.es / [@GR42KCEFALIA](https://www.instagram.com/GR42KCEFALIA) / **695 380 201**

