



**Universitat de Lleida**

**Grau en Fisioteràpia**

*Abordaje de la cefalea tensional desde la fisioterapia: revisión  
bibliográfica.*

*Per: Esther Teba Torres*

**Facultat d'Infermeria**

*Tutor/a: Silvia Solé Cases*

*Trabajo final de Grado*

*Revisión narrativa*

*Curso 2013-2014*

26/05/2014

## Tabla de contenido

	pág.
Resumen .....	5
Abstract .....	5
Introducción .....	6
Metodología .....	10
Resultados .....	12
Discusión .....	14
Conclusiones .....	15
Bibliografía .....	16
Anexos .....	18

## LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Diferencias entre cefalea tensional y migraña	7
Tabla 2	Cronología	10
Tabla 3	Diferentes criterios inclusión y exclusión de los artículos seleccionados para poder realizar la revisión bibliográfica	11
Tabla 4	Artículos escogidos y puntuación en la escala JADAD	13

## ANEXOS

	Pág.
Anexo 1: Clasificación de cefaleas según IHS	18
Anexo 2: Escala JADAD: evalúa la calidad de los ensayos clínicos	30
Anexo 3: Artículos usados para la revisión.	31

## **RESUMEN**

La cefalea tensional es la cefalea primaria más usual, de una prevalencia elevada y con unas consecuencias socio-económicas de gran impacto. La clasificación realizada por la sociedad internacional de cefaleas (IHS) es importante para poder aportar un diagnóstico, estudio y tratamiento de estas. Asimismo es necesario diferenciar entre cefalea y migraña para poder aportar un buen tratamiento.

Por ello, el objetivo principal de este trabajo es la revisión y selección de artículos acerca de cefaleas tensionales y las diferentes técnicas de fisioterapia no invasiva, masaje y relajación.

Los artículos escogidos son de diferentes bases de datos PubMed, PEDro, Scopus, SCIRUS, ELSEVIER, revista Cephalalgia, Cochrane, Medline, google académico, utilizando palabras clave como "headache, tension-type headache, physiotherapy, treatment, Tension headache pain, physical therapy, relajación, relaxation, massage, cefalea tensional, massage therapy, Progressive muscle relaxation".

Los resultados de los 5 artículos escogidos concluyen que las técnicas combinadas son mejores que las individuales, los resultados son estadísticamente significativos, aunque hay que aumentar el número y la calidad metodológica de los estudios.

Palabras clave: cefalea tensional, fisioterapia, masaje, relajación muscular progresiva.

## **ABSTRACT**

Tension headache is the most common primary headache, a high prevalence and some socio-economic consequences of great impact. The classification made by the international headache society (IHS) is important in order to be able to provide a diagnosis, study and treatment of these. It is also necessary to distinguish between headache and migraine is to make a good treatment.

Therefore, the main objective of this work is the review and selection of articles about tension headaches and the different techniques of non-invasive physical therapy, massage and relaxation.

The articles selected are from different databases PubMed, Pedro, Scopus, SCIRUS, ELSEVIER journal Cephalalgia, Cochrane, Medline, Google scholar, using key words such as ", headache, tension-type headache, back ,treatment, Tension headache pain, physical therapy, relaxation, relaxation, massage, tension headache, massage therapy, progressive muscle relaxation".

The results of the 5 articles chosen conclude that combined techniques are better than the individual; the results are statistically significant, although there are to increase the number and the methodological quality of studies.

Key words: tension-type headache, physiotherapy, massage therapy, Progressive muscle relaxation.

## INTRODUCCIÓN

Desde tiempos antiguos hay constancia del “dolor de cabeza” y se ha ido recopilando información sobre las diferentes características, síntomas... de las cefaleas, para poder aplicar un diagnóstico y tratamiento adecuado <sup>1</sup>.

En 1988 la sociedad internacional de cefaleas (IHS) realizó una clasificación importante para poder aportar un diagnóstico, estudio y tratamiento de las cefaleas. La segunda edición se realizó en 2004 intentando promover la forma de clasificación, diagnóstico y tratamiento de la cefalea en todo el mundo. Se distribuyen en cefaleas primarias, cefaleas secundarias, neuralgias craneales, dolor facial y otros dolores de cabeza <sup>2-5</sup>.

La tercera edición y acercándose a ser la definitiva es del año 2013. Quiere concordar con la próxima clasificación internacional de las enfermedades, de la organización mundial de la salud (OMS), teniendo así congruencia entre ambas <sup>6</sup>.

En el anexo 1 se pueden ver más detalladamente esta clasificación de las cefaleas según la IHS.

La cefalea es un dolor situado en la zona craneal, y en muchas ocasiones se puede localizar en la zona cervical y facial. La cefalea tensional se podría definir por las características del dolor, opresión bilateral en la región occipital y/o en la frontal pudiendo alcanzar la región cervical, en casi todos los casos, que va aumentando su intensidad a medida que aumenta el día que va de leve a moderada, los pacientes lo describen como que la cabeza va a explotar. No pulsátil ni se intensifica con la actividad física. Los síntomas y signos asociados, que no tienen por qué aparecer o hacerlo de forma leve, siendo estos los que la diferencia de la migraña. Es menos incapacitante que la migraña pudiendo realizar las actividades diarias, aunque en el estado agudo el dolor es muy intenso <sup>2, 3,7-9</sup>.

La cefalea tensional tiene diferentes subdivisiones donde encontramos la episódica, y la forma crónica. Estas dos modalidades tienen una subclasificación con diferentes criterios diagnósticos <sup>2, 3,7</sup>.

En cambio la migraña se caracteriza por ser un dolor pulsátil, más frecuente unilateral, intensidad de moderada a severa y con una duración de 4 a 72 horas. Siempre va acompañada de un síntoma o signo asociado y empeora con la actividad física <sup>10, 11,12</sup>.

La cefalea tensional presenta unos síntomas y signos diferentes que la migraña de ahí la importancia de realizar un buen diagnóstico, a través de, una buena anamnesis y exploración física global del paciente <sup>7</sup>.

La cefalea tensional es la más usual de las primarias, seguida de la migraña y por último el resto. Pero es cierto que hay menos estudios dedicados a la cefalea tensional comparándolo con la migraña, seguramente por la gravedad. Esta es más padecida en Europa alcanzando un 80% comparándolo con Asia que tiene un 20%. Lo padecen más las mujeres que los hombres y la forma crónica es más habitual que la episódica. Aunque normalmente disminuye con la edad, la forma crónica se ve

aumentada. La edad de aparición, entre los treinta y los treinta y nueve, siendo más alta que la de la migraña, entre los veinte y veinticinco <sup>7, 10-15</sup>.

Por estos síntomas y signos que padecen los pacientes con cefalea tensional podemos observar que nos encontramos ante un problema socio-económico. Esto es debido a las bajas laborales que se producen por este trastorno, siendo más acentuado en las migrañas, repercutiendo con un gasto directo en un elevado consumo sanitario, y un gasto indirecto que afecta a la calidad de vida de las personas que lo padecen. Aun sabiendo esto es una de las cefaleas primarias menos estudiada <sup>3, 11</sup>. En el siguiente cuadro podemos comparar las diferentes características de la migraña y la cefalea tensional <sup>2-7,10-12</sup>.

Tabla 1: diferencias entre la cefalea tensional y la migraña

	CEFALEA TENSIONAL	MIGRAÑAS
ETIOLOGÍA	Primaria	Primaria
CARACTERÍSTICAS	Opresión bilateral Intensidad de leve a moderada No pulsátil No intensificada por la actividad física	Opresión unilateral Intensidad de moderada a severa Pulsátil Empeora con la actividad física
SÍNTOMAS ASOCIADOS	Nauseas, vómitos, fotofobia o fonofobia leves/asintomáticos. Con o sin sensibilización peri craneal	Nauseas, vómitos, fotofobia y/o fonofobia
PREVALENCIA	Es la más usual de las cefaleas primarias Más frecuente en mujeres que en hombres. Edad entre los 30-39 disminuyendo con la edad, excepto la forma crónica que aumenta.	Es la segunda de las cefaleas primarias. Más frecuente en mujeres En las primeras décadas de la vida
DURACIÓN	Episódica horas o días Crónica más de 3 meses	Episódica de 4-72 horas Crónica más de 3 meses

La clasificación de las cefaleas primarias y secundarias, es de gran utilidad para actuar en consecuencia. El diagnóstico diferencial entre migrañas y cefaleas hay que tenerlo en cuenta para poder confeccionar un tratamiento adecuado, porque en ocasiones se encuentran síntomas de la migraña, aunque en menor proporción, en la cefalea tensional <sup>7,11</sup>.

En la cefalea tensional encontramos una tensión en la musculatura pericraneal como verificaron Langemark y Olesen <sup>7</sup> que provoca un dolor, activando los receptores nociceptivos periféricos,

transmitiéndolo al sistema nervioso central (SNC). Aunque la causa principal es desconocida están involucrados sistemas periféricos y centrales. Hay unos puntos gatillos en la musculatura cráneo cervical que puede ser causante de la sensibilización periférica. Si el SNC está en hiperexcitación, por el aumento de estímulos nociceptivos de la periferia, se producirá una sensibilización central. Por lo que podemos decir que la sensibilización muscular es la consecuencia <sup>7,11</sup>.

Los factores desencadenantes que debemos tener en cuenta son varios como posturas prolongadas que adoptamos en diferentes lugares como en el trabajo, leyendo..., el estrés, la ansiedad así como la depresión y algunos trastornos de la articulación temporomandibular pueden ser los causantes de la tensión en la musculatura cráneo cervical <sup>16</sup>.

Todo esto puede estar tratado de diferente manera así como con medicación analgésicos, antiinflamatorios o antidepresivos, en las diferentes fases agudas o crónicas. Siendo lo más habitual para poder eliminar rápidamente el dolor de cabeza pero no estamos tratando el origen del dolor sino la consecuencia. El tratamiento preventivo también tiene que estar para disminuir la frecuencia de aparición. Teniendo que ser un tratamiento profiláctico seguro efectivo y que el paciente lo tolere adecuadamente <sup>11</sup>.

En la fisioterapia tenemos un abanico amplio de terapias, invasivas y no invasivas, que podríamos usar para poder disminuir el tono muscular masajes, terapias de relajación, técnicas miofasciales, terapia postural, punción seca, electroterapia... <sup>16</sup>.

Así el uso de la relajación nos ayudara afrontar aquellas situaciones de la vida que pueden generarnos un estrés y/o ansiedad. Es una habilidad que podemos adquirir. Lo que nos interesa con la relajación es la disminución del tono muscular además de obtener otros beneficios fisiológicos como disminuir la ansiedad, estrés, mejorando así, la frecuencia cardiaca que estará reducida, la respiración siendo regular y profunda, sistema inmune, etc.... La relajación progresiva muscular que es una técnica desarrollada por Edmond Jacobson, que trata de aprender a tensar un grupo de músculos y luego relajarlos. De esta manera aprendemos a reconocer tensiones musculares del cuerpo y poder relajarlo <sup>17</sup>.

También tenemos la Masoterapia técnica que actúa en zonas superficiales (fascias, piel...) o profundas (musculo...) para poder realizar diferentes efectos en el paciente: antiálgico, mejora el sistema inmunitario, circulatorio y linfático, efecto sobre el tejido conjuntivo... <sup>18,19</sup>.

Determinaremos los diferentes objetivos generales y específicos de este trabajo.

El general: revisión y seleccionar diferentes artículos acerca las cefaleas tensionales y diferentes técnicas de fisioterapia no invasiva, para confeccionar un estudio sobre el tratamiento actual de la cefalea tensional.

Los específicos:



- verificar si el uso de técnicas fisioterapeutas, no farmacológicas y no invasivas, puede mejorar en el tratamiento de la cefalea tensional.

- conocer si las técnicas alternativas, sirven para afrontar la cefalea tensional.

-conocer y proponer diferentes líneas de futuro para la investigación.

-conocer la evidencia científica actual referente a la literatura de las cefaleas tensionales.

- poder determinar calidad metodológica de los artículos, verificado con la escala JADAD<sup>19</sup> (anexo 2).

## METODOLOGIA

Para poder realizar la revisión narrativa se realiza, una búsqueda bibliográfica de artículos que contengan descripciones tanto de estudios con una población diana, como clasificaciones de las cefaleas y especialmente de las tensionales. También incluiríamos descripción de técnicas no invasivas en fisioterapia. Esto se realiza en diferentes bases de datos: PubMed, PEdro, Scopus, SCIRUS, ELSEVIER, revista Cephalalgia, Cochrane, Medline, google académico, utilizando palabras clave como “, headache, tensión-type headache, physiotherapy, treatment, Tension headache pain, physical therapy, relajación, relaxation, massage, cefalea tensional, massage therapy, Progressive muscle relaxation”. La revisión de los diferentes artículos usados para poder realizar el trabajo está entre los intervalos de años 2001-2013.

La cronología de búsqueda y selección de artículos, igual que el análisis de la información obtenida y las conclusiones de esta búsqueda y recopilación de los artículos seleccionados se hizo en un periodo de tiempo descrito desde octubre a mayo (tabla 2).

Tabla 2 cronología

	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Búsqueda									
Análisis artículos									
conclusiones									

La selección de los artículos se ejecutó por los diferentes criterios de inclusión:

- Presencia de cefalea tensional, y haber realizado un adecuado diagnóstico diferencial de la cefalea.
- artículos publicados entre 2001-2013
- Que no haya otras patologías asociadas que puedan interferir en el estudio (traumatismos graves, intervenciones quirúrgicas).
- artículos disponibles.
- que no incluyan técnicas invasivas.

Y los de exclusión:

- artículos de revisión sistemática.
- no tener accesibilidad de los artículos en las diferentes buscadores.
- realización de tratamiento no fisioterapéutico.

- terapias invasivas.

En la siguiente tabla 3 de una forma más visual, podemos encontrar los conceptos explicados anteriormente.

Tabla 3: Diferentes criterios inclusión y exclusión de los artículos seleccionados para poder realizar la revisión bibliográfica.

Búsqueda electrónica palabras clave: headache, tension-type headache, physiotherapy, treatment, Tension headache pain, physical therapy, relaxation, relajación, massage therapy, cefalea tensional, Progressive muscle relaxation, massage, relaxation. En las diferentes bases de datos: pubmed, PEDro, Scopus, SCIRUS, ELSEVIER, revista Cephalalgia, Cochrane, medline, google académico. Resultados: 20 artículos escogidos.

Excluidos 15 por los diferentes criterios:

- artículos de revisión sistemática, tesis doctorales ni material no publicat
- no tener de los artículos en las diferentes buscadores.
- realización de tratamiento no fisioterapéutico.
- terapias invasivas.

Incluimos 5 artículos por los criterios de inclusión:

- que padezca la cefalea tensional, y haber realizado un adecuado diagnóstico diferencial de la cefalea.
- Artículos publicados entre 2001-2013.
- Que no haya otras patologías asociadas que puedan interferir en el estudio (traumatismos graves, intervenciones quirúrgicas...).
- artículos disponibles.
- que no incluyan técnicas invasivas.

La criba de artículos se realiza por los diferentes criterios mencionados anteriormente, obteniendo 5 artículos. (Anexo3).

## RESULTADOS

Se ha acotado la búsqueda de artículos entre los años 2001 y 2008. Dos de estos artículos valoran la técnica de masaje y tres valoran técnicas de relajación.

Todas estas técnicas se aplican a la cefalea tensional y saber que efecto produce en las personas que lo padecen. Solo en un artículo<sup>24</sup> se compara con la migraña.

No todos los artículos tienen un grupo control. Los que no lo tienen, hacen una valoración principal o basal y la comparan con el resultado final para saber si hay mejora o no de la cefalea tensional<sup>22,23</sup>. En los otros, el grupo control se aplica una técnica y se compara con el grupo experimental, aplicándole la técnica del grupo control y otra técnica, como por ejemplo la relajación progresiva muscular y la osteopatía<sup>20</sup>, tratamiento miofascial y relajación<sup>21</sup>.

Los artículos que incluyen osteopatía, PGM y relajación<sup>20, 21, 24</sup> finalizan que por sí sola, la relajación no mejora. En cambio el artículo<sup>24</sup> que usa la técnica de relajación concluye que los grupos experimentales no hay resultados significativos pero si mejora comparado con el grupo control, en intensidad y frecuencia.

Los artículos<sup>22, 23</sup> que usan la técnica de masajes concluyen que si mejoran en la intensidad, frecuencia y duración del dolor. Igual que describen las sesiones y las técnicas que aplican a los pacientes. Un resultado es la discapacidad a través del índice de discapacidad del dolor de cabeza (IDH), y en la escala funcional mejora pero dice que la emocional no tenemos cambios significativos<sup>22</sup>.

La aplicación de la técnica<sup>20</sup> relajación muscular progresiva se realiza explicándola y se da gravada a los diferentes participantes del estudio para que sean realizadas en casa, en cambio los demás estudios están realizados bajo supervisión de profesionales.

Para poder validar la calidad metodológica de los artículos escogidos, es necesario un instrumento de validación. La seleccionada para este trabajo es la escala de JADAD<sup>19</sup>, es una de las usadas para los ensayos clínicos aleatorizados, por la simplicidad y de forma rápida se pueden descartar los ensayos de baja calidad. También hay evidencia de validez, fiabilidad y correlación con otras escalas. Hay otras muchas escalas<sup>25</sup> para poder evaluar la calidad metodológica de los artículos. En la tabla 3 se observa la puntuación de la escala JADAD, con los diferentes artículos escogidos.

Tabla 4: artículos escogidos y puntuación en la escala JADAD

ARTICULO	ALEATORIZACIÓN	ALEATORI- ZACIÓN CORRECTA	DOBLE CIEGO	DOBLE CIEGO CORRECTO	DESCRIPCIÓN PERDIDAS	PUNTUACIÓN
<i>A Comparison of Selected Osteopathic Treatment and Relaxation for Tension-Type Headaches<sup>20</sup></i>	Si	Si	Si	Si	Si	5
<i>Trigger point therapy treatment: a remedy for headaches<sup>21</sup></i>	si	No	No	No	No	1
<i>Changes in Clinical Parameters in Patients with Tension-type Headache Following Massage Therapy: A Pilot Study<sup>22</sup></i>	si	Si	no	No	Si	3
<i>Massage Therapy and Frequency of Chronic Tension Headaches<sup>23</sup></i>	Si	Si	No	No	Si	3
<i>Does Relaxation Treatment Have Differential Effects on Migraine and Tension-type Headache in Adolescents?<sup>24</sup></i>	si	Si	No	No	No	2

## DISCUSIÓN

Todos los artículos reseñan que se deberían realizar más estudios sobre esta patología. Aunque los resultados de estos nos dicen que mejoran en la clínica estos son poco significativos, esto podría ser debido a la poca población que hay en los estudios, aunque la prevalencia dice que hay un porcentaje alto de personas que la padecen, el recluir pacientes que estén en la misma evolución, características... tiene limitaciones y la extrapolación de los resultados obtenidos es complicado.

Igualmente, la aplicación y supervisión de las técnicas por profesionales puede variar en el resultado, como ocurre en la relajación muscular progresiva <sup>20</sup>. No obstante si los resultados, aun siendo poco significativos, aportan bienestar al paciente habrá que tener en cuenta la técnica aplicada.

Lo interesante sería poder realizar un estudio donde hubiera un grupo control y uno experimental, con un número significativo de pacientes, usando una técnica concreta para obtener unos resultados fiables y más significativos y aportar así nuevas líneas de estudio. El no tener grupo control en un estudio implica una limitación porque si a este grupo no se le realiza ninguna técnica puede, a largo o corto plazo abandonar el estudio. Aun así en los estudios que solo hay un grupo<sup>22, 23</sup> concluyen con una mejoría.

Sabemos que hay otros tipos de tratamientos que podríamos tener en cuenta<sup>16</sup> como la terapia preventiva con fármacos, terapia fisioterapia invasiva y no invasiva como técnica postural, drenaje y la psicoterapia. Podemos referirnos que la práctica en fisioterapia es amplia y que los estudios deben ir avanzando a medida que avanza las necesidades de la población y así aportar como fisioterapeuta, en un futuro no muy lejano, alternativas de mejora a las personas que padecen este problema, con una evidencia científica.

## **CONCLUSIONES**

Aunque los resultados son significativos de mejora clínica en los diferentes artículos, no deja claro que haya una técnica exclusiva que mejore la cefalea tensional. Además los resultados aportan que es mejor la terapia combinada. No hay resultados a largo plazo. En todos los artículos menos en uno <sup>20</sup> tienen en cuenta la clasificación IHS para determinar la cefalea. Igual que se debería especificar las técnicas y no ser tan generalista igual que la forma de realizarlas y quien las realiza <sup>21, 22, 23</sup>. Es necesario realizar más estudios para poder aportar clarificación de cómo poder tratar las cefaleas tensionales.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1-Palacios Sánchez L. breve historia de las clasificaciones de las cefaleas. Rv. Cienc. Salud / Bogotá (Colombia).2004; 2(1): 46-55.
- 2- Rodillo B. E. Nueva clasificación de cefaleas. Rv. Ped. Elec. [En línea] 2005; 2(1):18-23.
- 3- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders 2nd Edition. Rv. Cephalalgia. 2004; 24 Suppl 1: 9-160.
- 4-Espí-Lopez GV. Cefaleas primarias y terapias manuales. Referencias bibliográficas. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Valencia. Medicina Balear.2013; 28(1): 21-27.
- 5-Olesen J, Bousser MG, Diener HC, Dodick D, First M, Goadsby PJ, et al. New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. Rv. Cephalalgia 2006 26:742–746.
- 6-Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). La Clasificación Internacional de Cefaleas tercera edición (beta). Rv. Cephalalgia 2013; 33(9): 629-808.
- 7-Sentíes-Madrid H, Estañol-Vidal B. Cefalea tipo tensional. Rv. Eviden. Invest. Clin. 2008; 1(1): 15-24.
- 8-ESE departamental solución salud, Ariza Becerra F. “guía de atención de Cefalea”. Versión 1. [25 de mayo de 2011; 01 de marzo de 2014] [Internet].Código GUI-CE-07. Pág. 140. Disponible en: [http://www.esemeta.gov.co/ese/sites/default/files/tomo\\_14\\_servicios\\_extramurales\\_0.pdf](http://www.esemeta.gov.co/ese/sites/default/files/tomo_14_servicios_extramurales_0.pdf).
- 9-Belmonte Herrera P, Bernal Duran S. Cefaleas. Rv. Paceaña Med Fam. 2007; 4(5):55-60.
- 10-Silva R. C, Venages F.P. Cefaleas Departamento de neurología y neurocirugía. Rv. Hosp. Clín. Univ. Chile. 2009; 20:128–36.
- 11-Volcy Gómez M. Cefalea tipo tensional: diagnóstico, fisiopatología y tratamiento. Acta Neurol. Colomb.2008; 24:514-527.
- 12-Pascual J. Migraña: diagnóstico y tratamiento. Med. Clin (Barc) 2001; 116: 550-555.
- 13-Lenssinck ML, Damen L, Verhagen AP, Berger MI, Passchier J, Koes BW. The effectiveness of physiotherapy and manipulation in patients with tension-type headache: systematic review. Rv. Elsevier 2004; 112 (3): 381-388.
- 14-Jensen R., Stovner, LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. Rv. Lancet Neurol 2008; 7(4): 354–361.
- 15-Cindy Chai N., Rosenberg J., Peterlin B. The epidemiology and comorbidities of migraine and tension-type headache. Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management. Rv. Elsevier 2012; 16(1): 4-13
- 16-Rojo Amigo E. Cefalea tensional y migraña. 2012; 11(38): 73-80.
- 17-Payne, R.A. Relajación progresiva. Técnicas de relajación: guía práctica. 3 ed. España: Paidotribo. 2002; p. 41-51.



- 18-Rubi Carnacea, F. Massoteràpia. [Apuntes del Grado de Fisioteràpia. "Procediments generals en fisioteràpia 2"]. Facultat de enfermeria de Lleida; 2012.
- 19-Jadad A, Moore R A, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds J, Gavaghan D. assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? Rv. Elsevier. 1996; 17:1-12.
- 20-Anderson R E, Senical C. A Comparison of Selected Osteopathic Treatment and Relaxation for Tension-Type Headaches. Rv. Headache 2006; 46:1273-1280.
- 21-Parera R, Fernández-castro J. Evaluación de la eficacia de un tratamiento para las cefaleas basado en la liberación manual de los puntos gatillo miofasciales. trigger point therapy treatment: a remedy for headache. Rv. Col.legi de fisioterapeutes de Catalunya. Actualitzacions en fisioteràpia. 2013; VIII: 3-6.
- 22-Moraska A. Chandler C. Changes in Clinical Parameters in Patients with Tension-type Headache Following Massage Therapy: A Pilot Study. Rv. The journal of manual & manipulative therapy. 2008; 16 (2): 106-112
- 23-Quinn C, Chandler C. Moraska A. Massage Therapy and Frequency of Chronic Tension Headaches. Rv. American Journal of public Health. 2002; 92 (10): 1657-1661.
- 24-Fichtel A, Larsson B. Does Relaxation Treatment Have Differential Effects on Migraine and Tension-type Headache in Adolescents?. Rv. Headache. 2001; 41 (3): 290-296.
- 25-Cascaes da Silva F, Valdivia Arancibia B, Rodrigo da Rosa I, Guitierrez Filho J, da Silva R. evaluation list and scales for the quality of scientific studies. Rv. Cubana de ICS [internet]. 2013; 24(3):295-312. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ics/v24n3/rci07313.pdf>.

## **ANEXOS**

### ANEXO 1 Clasificación de cefaleas según IHS

#### CEFALEAS PRIMARIAS:

##### 1. Migrañas

1.1 migrañas sin aura

1.2 migrañas con aura;

1.2.1 migraña con típica aura.

1.2.2 típica aura sin migraña

1.2.3 típica aura sin dolor de cabeza

1.2.4 migraña hemipléjica familiar

1.2.5 migraña esporádica hemipléjica

1.2.6 migraña tipo basilar

1.3 infancia síndromes periódicos que son comúnmente precursores de migraña;

1.3.1 vómitos cíclico

1.3.2 migraña abdominal

1.3.3 vértigo paroxístico benigno de la infancia

1.4 retiniana

1.5 complicaciones de la migraña;

1.5.1 la migraña crónica

1.5.2 estatus migrañoso

1.5.3 aura persistente sin infarto

1.5.4 infarto migrañoso

1.5.5 la migraña desencadenante decomiso

1.6 probables;

1.6.1 probable migraña sin aura

1.6.2 probable migraña con aura

1.6.3 probable migraña crónica.

2 la cefalea tensional

2.1 episódica infrecuente de tipo tensional:

2.1.1. Cefalea episódica de tipo tensional infrecuente con dolorimiento (dolor persistente, sordo y generalmente de intensidad moderada)

2.1.2. .cefalea episódica de tipo tensional infrecuente no asociado con dolorimiento

2.2 episódica frecuente de tipo tensional:

2.2.1 cefalea episódica de tipo tensional infrecuente con dolorimiento

2.2.2 cefalea episódica de tipo tensional infrecuente no asociado con dolorimiento

2.3 cefalea tensional crónica:

2.3.1 dolor de cabeza de tipo tensional crónica asociada con dolorimiento

2.3.2 cefalea tensional crónica no asociada con dolorimiento

2.4 probable cefalea de tipo tensional:

2.4.1 dolor de cabeza probables episódica infrecuente de tipo tensional

2.4.2 cefalea tensional probables episódicas frecuentes

2.4.3 cefalea tensional probables crónicas

3 cefaleas en racimos y otras cefaleas

3.1 la cefalea en racimos: 3.1.1 cefalea episódica en racimos

3.1.2 cefalea crónica en racimos

3.2 paroxística hemicránea: 3.2.1 episódica hemicránea paroxística, 3.2.2 hemicránea crónica paroxística

3.3 ataques neuralgiforme de corta duración cefalea unilateral con inyección conjuntival y lagrimeo

3.4 probable cefalea autonómica trigeminal:

3.4.1 cefalea en racimos probables

3.4.2 probables hemicránea paroxística

3.4.3 ataques unilaterales de corta duración probable neuralgiforme con inyección conjuntival y lagrimeo.

4 otras cefaleas primarias

4.1 cefalea punzante primaria

4.2 dolor de cabeza de tos primario

4.3 dolor de cabeza por esfuerzo primario

4.4 dolor de cabeza primario asociado a la actividad sexual 4.4.1 pre orgásmico 4.4.2 orgásmico

4.5 dolor de cabeza Hypnic

4.6 cefalea primaria en trueno

4.7 hemicránea continua

4.8 nuevo dolor de cabeza diario persistente

## CEFALEAS SECUNDARIAS

5. cefaleas atribuidas a la cabeza y/o cuello por trauma.

5.1 aguda cefalea postraumática.

5.1.1 cefalea postraumática aguda atribuida a un traumatismo craneo encefálico (TCE) moderado o grave.

5.1.2 cefalea postraumática aguda atribuida a una lesión leve en la cabeza.

5.2 cefalea postraumática crónica.

5.2.1 cefalea postraumática crónica atribuida aun TCE moderado o grave.

5.2.2 cefalea postraumática crónica atribuida a una lesión leve en la cabeza.

5.3 dolor de cabeza agudo atribuido a lesiones producidos por un latigazo cervical.

5.4 cefalea crónica atribuida a una lesión producida por un latigazo cervical.

5.5 cefalea atribuida a hematoma intracraneal traumático.

5.5.1 cefaleas atribuida a hematoma epidural.

5.5.2 cefaleas atribuida a hematoma subdural.

5.6 cefalea atribuida a otro traumatismo craneal y/o cervical.

5.6.1 cefalea atribuida a otro traumatismo craneal y/o cervical agudo.

5.6.2 cefalea atribuida a otro traumatismo craneal y/o cervical crónico.

5.7 post craneotomía.

5.7.1 agudo dolor de cabeza post craneotomía.

5.7.2 crónico dolor de cabeza post craneotomía.

6 cefalea craneal o cervical por trastorno vascular.

6.1 cefalea atribuida a un accidente cerebrovascular isquémico (ACVI) o ataque isquémico transitorio.

6.1.1 cefalea atribuida aun ACVI.

6.1.2 cefalea atribuida a un ataque isquémico transitorio

6.2 cefalea atribuida a la hemorragia intracraneal no traumática

6.2.1 cefalea atribuida a la hemorragia intracraneal

6.2.2 cefalea atribuida a la hemorragia subaracnoidea.

6.3 cefalea atribuida a una mala formación vascular no roto.

- 6.3.1 cefalea atribuida a una aneurisma sacular.
  - 6.3.2 cefalea atribuida a una malformación arteriovenosa.
  - 6.3.3 cefalea atribuida a dural fisura arteriovenosa.
  - 6.3.4 cefalea atribuida a cavernoso angioma.
  - 6.3.5 cefalea atribuida a encéfalo-trigeminal o leptomenígea angiomatosis (síndrome de Sturge Weber).
  - 6.4 cefalea atribuida a la arteritis.
    - 6.4.1 cefalea atribuida a la arteritis de células gigantes.
    - 6.4.2 cefaleas por el sistema nervioso central angiitis.
    - 6.4.3 cefaleas por el sistema nervioso central secundaria angiitis.
  - 6.5 carotídea o dolor de la arteria vertebral.
    - 6.5.1 dolor en cabeza o cara o cuello atribuido a disección arterial.
    - 6.5.2 dolor de cabeza post endarterectomia.
    - 6.5.3 cefalea carotídea angioplastia.
    - 6.5.4 cefalea atribuida a los procedimientos endovasculares intracraneales.
    - 6.5.5 dolor de cabeza angiografía.
  - 6.6 cefalea atribuida a la trombosis venosa cerebral.
- 7 cefaleas no vasculares.
- 7.1 cefalea atribuida a la alta presión del líquido cefalorraquídeo (LCR).
    - 7.1.1 cefalea atribuida a la hipertensión intracraneal idiopática.
    - 7.1.2 cefalea atribuida a la hipertensión intracraneal secundaria a la metabólica, causas toxicas u hormonales.
    - 7.1.3 cefalea atribuida a la hipertensión intracraneal secundaria a la hidrocefalia.
  - 7.2 cefalea atribuida a la baja presión del LCR.

- 7.2.1 dolor de cabeza post punción dural.
  - 7.2.2 dolor cabeza por fistula.
  - 7.2.3 cefalea atribuida idiopática bajo la presión del LCR.
  - 7.3 cefalea atribuida a la enfermedad inflamatoria no infecciosa.
    - 7.3.1 cefalea atribuida a Neurosarcoidosis.
    - 7.3.2 cefalea atribuida a aséptica meningitis.
    - 7.3.3 cefalea atribuida a otra enfermedad inflamatoria no infecciosa.
    - 7.3.4 cefalea atribuida a hipofisitis linfocítica.
  - 7.4 cefalea atribuida a neoplasia intracraneal.
    - 7.4.1 cefalea atribuida a un aumento de presión intracraneal o hidrocefalia causada por neoplasia.
    - 7.4.2 cefalea atribuida directamente a neoplasia.
    - 7.4.3 cefalea atribuida a meningitis carcinomatosa.
    - 7.4.4 cefalea atribuida a hipotalámica o pituitaria por hipo o hiper secreción.
  - 7.5 cefalea atribuida a la inyección intratecal.
  - 7.6 cefalea atribuida a un ataque epiléptico.
    - 7.6.1 epiléptica hemicráneal.
    - 7.6.2 dolor de cabeza post-ictal.
  - 7.7 cefalea atribuida a Chiari tipo I de malformación.
  - 7.8 síndrome de dolor de cabeza transitoria y déficits neurológicos con linfocitosis en LCR.
  - 7.9 cefalea atribuida a otro trastorno intracraneal no vascular.
- 8 cefalea atribuida a una sustancia o su retirada.
- 8.1 dolor de cabeza aguda inducida por el uso de sustancias o exposición.

- 8.1.1 óxido nitroso la cefalea inducida por donantes.
    - 8.1.1.1 inmediata no inducida por donantes.
    - 8.1.1.2 retraso del óxido nitroso inducida por donantes.
  - 8.1.2 dolor de cabeza inducido por inhibidor de la fosfodiesterasa.
  - 8.1.3 dolor de cabeza inducido por monóxido de carbono.
  - 8.1.4 dolor de cabeza inducido por alcohol.
    - 8.1.4.1 dolor de cabeza inducido por alcohol.
    - 8.1.4.2 dolor de cabeza retardado inducido por alcohol.
  - 8.1.5 por componentes alimenticios y aditivos.
    - 8.1.5.1 cefalea inducida por glutamato.
  - 8.1.6 inducida por cocaína.
  - 8.1.7 inducida por cannabis.
  - 8.1.8 cefalea inducida por histamina.
    - 8.1.8.1 inmediato inducida por histamina.
    - 8.1.8.2 retraso inducida por histamina.
  - 8.1.9 péptido relacionado con el gen de la calcitonina inducida por el dolor de cabeza.
    - 8.1.9.1 inmediato, cefalea inducida por el gen de la calcitonina.
    - 8.1.9.2 retraso cefalea inducida por el gen de la calcitonina.
  - 8.1.10 cefalea como acondicionamiento adverso grave atribuido a la medicación utilizada para otras indicaciones.
  - 8.1.11 cefalea atribuida a otras sustancias o exposición a ellas.
- 8.2 uso excesivo de medicación.
- 8.2.1 la ergotamina uso excesivo.



- 8.2.2 triptano uso excesivo.
- 8.2.3 analgésicos uso excesivo.
- 8.2.4 opioides uso excesivo.
- 8.2.5 combinación analgésicos uso excesivo.
- 8.2.6 dolor de cabeza atribuido al uso excesivo de otros medicamentos.
- 8.2.7 cefalea atribuida por abuso de medicación.
- 8.2.8 probable dolor de cabeza por uso excesivo de medicación.
- 8.3 cefalea por acontecimientos adverso atribuido a la medicación crónica
  - 8.3.1 cefalea inducida por hormona exógena.
- 8.4 cefalea atribuida por la abstinencia de sustancias.
  - 8.4.1 retirada de la cafeína.
  - 8.4.2 retirada de opioides.
  - 8.4.3 retirada de estrógenos.
  - 8.4.4 cefalea atribuida a la retirada de otras sustancias de uso crónico.
- 9 cefalea atribuida a la infección.
  - 9.1 cefalea atribuida a la infección intracraneal.
    - 9.1.1 cefalea atribuida a la meningitis bacteriana.
    - 9.1.2 cefalea atribuida a la meningitis linfocitaria.
    - 9.1.3 cefalea atribuida a la encefalitis.
    - 9.1.4 cefalea por absceso cerebral.
    - 9.1.5 cefalea atribuida a empiema subdural
  - 9.2 cefalea atribuida a la infección sistémica.

- 9.2.1 cefalea atribuida a la infección bacteriana sistémica.
- 9.2.2 cefalea atribuida a la infección viral sistémica.
- 9.2.3 cefalea atribuida a otra infección sistémica.
- 9.3 cefaleas atribuidas a VIH/SIDA.
- 9.4 cefalea después de la infección crónica.
  - 9.4.1 dolor de cabeza crónico meningitis post bacteriana.
- 10 Cefaleas por trastorno de la homeostasis.
  - 10.1 cefalea atribuida a la hipoxia/hipercapnia.
    - 10.1.1 a gran altura.
    - 10.1.2 buceo.
    - 10.1.3 la apnea del sueño.
  - 10.2 diálisis.
  - 10.3 cefalea atribuida a la hipertensión arterial.
    - 10.3.1 cefalea atribuida feocromocitoma.
    - 10.3.2 cefalea atribuida a la crisis hipertensa y sin encefalopatía hipertensiva.
    - 10.3.3 cefalea atribuida encefalopatía hipertensiva 10.3.4 cefalea atribuida a la preeclampsia.
    - 10.3.5 cefalea atribuida a eclampsia 10.3.6 cefalea atribuida a la respuesta presora aguda de un agente exógeno.
  - 10.4 cefalea atribuida a hipertiroidismo.
  - 10.5 cefalea atribuida al ayuno.
  - 10.6 cefalea cardiaca.
  - 10.7 cefalea atribuida a otro trastorno de la homeostasis.

11 dolor de cabeza o dolor fascial atribuido a un desorden del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales.

11.1 cefalea atribuida a trastornos del hueso craneal.

11.2 cefalea atribuida a trastornos del cuello.

11.2.1 cefalea de origen cervical.

11.2.2 cefalea atribuida a tendinitis retro faríngea.

11.2.3 cefalea atribuida a disfonía cráneo cervical.

11.3 cefalea atribuida a trastornos de los ojos.

11.3.1 cefalea atribuida a glaucoma agudo.

11.3.2 cefalea atribuida a errores de refracción.

11.3.3 cefalea atribuida a heterofobia o heterotropia.

11.3.4 cefalea atribuida a trastorno inflamatorio ocular.

11.4 cefalea atribuida a trastorno de oído.

11.5 cefalea atribuida a rinosinusitis.

11.6 cefalea atribuida a trastornos de los dientes, mandíbula o estructura relacionada.

11.7 dolor de cabeza o facial atribuidos a un trastorno de la articulación temporomandibular.

11.8 cefalea atribuida a otro trastornos de cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otra estructuras faciales o cervicales.

12 cefaleas por trastorno psiquiátrico.

12.1 cefalea atribuida a trastorno de somatización.

12.2 cefalea atribuida a trastornos psicótico.

## NEURALGIAS CRANEALES DOLOR FACIAL Y OTROS DOLORES DE CABEZA

13 neuralgias craneales y causas centrales del dolor facial

- 13.1 neuralgia del trigémino.
  - 13.1.1 clásica.
  - 13.1.2 sintomática.
- 13.2 neuralgia glossofaríngeo.
  - 13.2.1 clásica.
  - 13.2.2 sintomática.
- 13.3 neuralgia nervio intermedio.
- 13.4 neuralgia laríngea superior.
- 13.5 neuralgia naso ciliar.
- 13.6 neuralgia supra orbital.
- 13.7 otras neuralgias rama terminal.
- 13.8 neuralgia occipital.
- 13.9 síndrome cuello lengua.
- 13.10 dolor de cabeza de compresión externo.
- 13.11 frío estímulo.
  - 13.11.1 cefalea atribuida a la aplicación de estímulo externo de frío.
  - 13.11.2 cefalea atribuida a la ingestión o inhalación de un estímulo frío.
- 13.12 dolor constante causado por compresión irritación o distorsión de los nervios craneales o raíces cervicales superiores por lesiones estructurales.
- 13.13 la neuritis óptica.
- 13.14 neuropatía diabética ocular.
- 13.15 cabeza o dolor facial atribuidos a herpes zoster.

13.16 síndrome de Tolosa-Hunt.

13.17 migraña oftalmopléjica.

13.18 causas centrales de dolor facial.

13.18.1 anestesia dolorosa.

13.18.2 dolor posterior al ACV.

13.18.3 dolor facial atribuido a esclerosis múltiple.

13.18.4 dolor facial idiopático persistente.

13.18.5 el síndrome quemar la boca.

13.19 otras neuralgias craneales u otras centralmente mediada dolor facial.

14 otro dolor de cabeza, neuralgia craneal, central o principal del dolor facial.

14.1 dolor de cabeza no clasificado.

14.2 dolor de cabeza sin especificar.

ANEXO 2: Escala JADAD: evalúa la calidad de los ensayos clínicos.

Es la más usada y sencilla. Consta de unas preguntas sencillas que se puntúan con un punto cada una si la respuesta es afirmativa:

- Si el estudio fue aleatorizado.
- Si el estudio fue doble ciego
- Si están descritas las pérdidas y retiradas de los participantes.
  - Si se describió y es adecuado el método para generar la secuencia de aleatorización.
  - Si las condiciones de enmascaramiento son adecuadas

Si el resultado es inferior a 3 se dice que el estudio es de baja calidad.

ANEXO 3. Artículos usados para la revisión.

ARTÍCULOS	AÑO/ TIPO DE INTERVENCIÓN	SUJETOS/ GRUPOS	DISEÑO	EVALUACIÓN	CONCLUSIONES	LÍNEAS DE FUTURO
<i>A Comparison of Selected Osteopathic Treatment and Relaxation for Tension-Type Headaches</i> <sup>20</sup>	MARZO 2006 Técnica no invasiva, Relajación, Osteopatía.	29 pacientes control n=12 grupo experimental n= 14. Tratamiento relajación: después de dar las instrucciones lo realizaran en casa durante 3 semanas.	Fue a doble ciego aleatorio, diseño experimental	Los 29 participantes recibieron instrucciones auditivas relajación progresiva muscular. Y rellenar durante dos semanas un diario de cefaleas. Grupo experimental una vez por semana durante 3 semanas consecutivas recibieron tratamientos osteopáticos	Osteopatía combinado con relajación muscular progresiva disminuye la CT, en cambio sola la relajación no funciona. Intensidad resultado no significativo, pero si en intensidad y frecuencia comparado con el grupo control	Realización del tratamiento (relajación) por un profesional para poder evaluar a la persona. Tiempo de tratamiento menos limitado para observar los diferentes efectos a largo plazo.

<p><i>Evaluación de la eficacia de un tratamiento para las cefaleas basado en la liberación manual de los puntos gatillo miofasciales trigger point therapy treatment: a remedy for headaches<sup>21</sup></i></p>	<p>Variables Dependientes          número de cefaleas          intensidad, calidad de vida y número de analgésicos</p>	<p>18 sujetos 3 grupos (15 mujeres, 3 hombres)          1-Tratamiento experimental puntos gatillo miofasciales (PGM)          2-Tratamiento experimental puntos gatillo miofasciales (PGM) + relajación.          3-Relajación</p>	<p>Pre/post intervención          Cuasi-experimental</p>	<p>4 sesiones 1 por semana tratando los diferentes músculos bilateralmente, diario cefaleas (4 semanas; antes, durante y después del tratamiento)          Mas sujetos y el tiempo de tratamiento</p>	<p>PGM: más eficaz que el tratamiento de este con relajación, así como la relajación sola no hubo ningún cambio</p>	<p>Los estudios futuros podrían mejorarse con más pacientes y un tiempo de tratamiento no tan limitado para poder saber los diferentes efectos a largo plazo. Así también podríamos extrapolarlo.</p>
--	--	--	--	---	---	---



<p><i>Changes in Clinical Parameters in Patients with Tension-type Headache Following Massage Therapy: A Pilot Study</i><sup>22</sup></p>	<p>2008. Experimental. Masaje; tejidos blandos en región cervico-craneal para: aliviar tensión, PG, viscosidad del tejido e hipertonía.</p>	<p>16 pacientes No hay grupo control se compara con el inicio del tratamiento</p>	<p>12 sesiones de masajes en 45min. /6 semanas con cefalea tensional. Con 3 periodos inicio (3 semanas) tratamiento (6 semanas) y seguimiento (3 semanas).</p>	<p>Miden la intensidad frecuencia y duración del dolor, diario del dolor además de la discapacidad con el índice de discapacidad de dolor de cabeza (IDH). ANOVA</p>	<p>Frecuencia: reducción significativa en el periodo de tratamiento y seguimiento. La incidencia de dolor disminuye durante el estudio. Intensidad: (EVA) reducción significativa periodos de seguimiento y tratamiento Duración: reducción en periodo de tratamiento de 6 semana IDH disminución (escala funcional mejora, emocional no hay cambios significativos)</p>	<p>La limitación de pacientes es una traba para poder extrapolar los estudios a la población, por esta causa se debería aumentar los grupos. El no tener un grupo para poder comparar resultado (control) es una limitación para la evaluación de causalidad. El tiempo de realización del tratamiento podríamos alargar para poder observar los efectos a largo plazo.</p>
---	---	---	--	--	--	---

<p><i>Massage Therapy and Frequency of Chronic Tension Headaches</i><sup>23</sup></p>	<p>2002. Experimental Masajes decúbito supino 2 análisis: pre y post- tto (4 semanas) 4 semanas antes del tto, se usaron diarios de cefalea, donde se apuntaba el nº de cefaleas, la intensidad dolor (EVA de 0 a 100) y la duración de la cefalea más larga.</p>	<p>4 pacientes hay grupo control</p>	<p>4 semanas de tratamiento 8 sesiones /30 min. Fases calentamiento Fase tratamiento (liberación miofascial, tracción PG, estiramientos) fase cierre relajación masaje</p>	<p>Miden la intensidad frecuencia y duración del dolor, prueba de fisher post.</p>	<p>La frecuencia de las cefaleas disminuyó significativamente, descendió el número de dolores desde la 1ª semana, y se mantuvo. La intensidad y duración descendió, pero no de manera significativa</p>	<p>Los estudios futuros podrían mejorarse con más pacientes y un tiempo de tratamiento no tan limitado para poder saber los diferentes efectos a largo plazo. Así también podríamos extrapolarlo</p>
---	---	--------------------------------------	--	--	---	--

<p><i>Does Relaxation Treatment Have Differential Effects on Migraine and Tension-type Headache in Adolescents?</i><sup>24</sup></p>	<p>2001 Experimental pre y post Grupos escogidos al azar.</p>	<p>Hay 3 grupos el control y el de migrañas y cefaleas tensional 36 pacientes</p>	<p>Reclutamiento a través de anuncios en periódicos y en escuelas Dos grupos Control y experimental (este se realizó en grupos pequeños y otros de forma individual) cefaleas tensional y migraña.</p>	<p>El mantenimiento de la mejoría fue evaluado 8-12 meses después de la terminación del tratamiento de 20 sujetos Diario cefaleas, intensidad, frecuencia y duración del dolor.</p>	<p>El grupo de relajación experimental mejoro ante el control Entre los dos grupos experimentales no hay diferencia significativa de mejora de duración del dolor. Mejora en intensidad y frecuencia comparado con grupo control No hay diferencia significativa en el resultado trato grupal o individual. Hay disminución de la actividad cefálica en el grupo experimental pero no es significativa post-tratamiento. Realizan el estudio psicólogos</p>	<p>Se debería tener en cuenta la especificidad de las técnicas y no solo mencionarla generalmente así podríamos saber que técnica funciona.</p>
--	---	---	--	---	---	---