

 <p>clínica antioquia por tu bien</p>	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 1 de 23

GUÍA DE CEFALEA

Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición.

Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141

	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 2 de 23

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN..... 3

OBJETIVO 3

POBLACIÓN OBJETO 4

ALCANCE..... 4

NIVELES DE EVIDENCIA 4

CLASIFICACIÓN 5

INTERROGATORIO DEL PACIENTE CON CEFALEA 7

Factores que alivian o empeoran la cefalea, especialmente en lo referente a los analgésicos. 8

Cefalea secundaria y banderas rojas en dolor..... 9

Cefalea de inicio subagudo que empeora con el paso de los días o meses 9

Cambio en las características del dolor en un paciente con antecedentes de cefalea crónica..... 9

Cefalea referida como la más severa jamás sentida 9

Cefalea con VAS > de 7 desde el inicio..... 10

Cefalea de novo en pacientes mayores de 50 años 10

Cefalea persistente desencadenada o empeorada por las maniobras de Valsalva 10

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS 12

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN. 14

TRATAMIENTO 14

CRISIS LEVES A MODERADAS DE MIGRAÑA 15

CRISIS MODERADAS A SEVERAS DE MIGRAÑA 16

PROFILAXIS EN MIGRAÑA..... 17

CEFALIA TENSIONAL..... 18

ALGORITMO DE CEFALIA..... 19

BIBLIOGRAFÍA..... 21

	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 3 de 23

INTRODUCCIÓN

El dolor de cabeza no traumático es, según las estadísticas internacionales, la tercera o cuarta causa de consulta a los servicios de urgencias. En general, se estima que entre el 1.7 y el 4,5% de las consultas a los servicios de urgencias son por cefalea. En el Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá el 2% de los pacientes consultan por este síntoma, lo que significa un total de 1.500 consultas por año.

Sin embargo, es llamativa esta cifra relativamente baja de consulta por cefalea cuando la tercera encuesta nacional de dolor realizada por la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (ACED) arrojó una cifra de 28% de hombres y 27% de mujeres que habían tenido dolor de cabeza en el año. La cefalea fue, en este estudio, la principal queja dolorosa de los colombianos independientemente de sexo o ubicación geográfica, excepción hecha en Cúcuta, donde el dolor más frecuente fue el de espalda. La diferencia básicamente radica en el hecho de que los pacientes con cefalea suelen hacer manejo ambulatorio y automedicado del dolor (48.3% de los colombianos se automedican) y solamente consultan a urgencias cuando el manejo inicial ha sido infructuoso.

Esto hace que el manejo de la cefalea en urgencias sea poco coherente y costoso. En general, tanto médico como paciente a priori creen estar en presencia de alguna de las catástrofes neurológicas (tumores, hidrocefalia o hemorragia subaracnoidea) y antes de hacer buen interrogatorio y examen físico solicitan estudios radiológicos innecesarios que dilatan y congestionan los servicios.

El interrogatorio rico en datos semiológicos con respecto al inicio, duración y características de la cefalea, el examen físico detallado incluyendo el fondo de ojo y el conocimiento de la clasificación internacional de las cefaleas son los requerimientos básicos para poder orientar el diagnóstico y el tratamiento de esta frecuente causa de consulta.

OBJETIVO

Con el desarrollo de la guía, se pretende dar las herramientas al médico de urgencias, necesarias para abordar los pacientes que ingresen por cefalea, dando recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible.

	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 4 de 23

POBLACIÓN OBJETO

Esta guía aplica para los pacientes adultos que ingresen al servicio de urgencias, consultando por cefalea.

ALCANCE

La guía aplica desde el momento que el paciente ingresa por el servicio de urgencias hasta que egresa de la institución dado de alta o en remisión para valoración por neurología en caso de cumplir con estos criterios.

NIVELES DE EVIDENCIA

Nivel I	<p>Ensayos clínicos controlados, prospectivos y con evolución ciega realizados sobre población representativa.</p> <p>Revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados en población representativa</p> <p>En ambos se requieren las siguientes características</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muestreo aleatorizado • Objetivos claramente definidos • Criterios de exclusión/inclusión claramente definidos • Adecuado control de pérdidas de seguimiento <p>Las características basales de los pacientes son explicadas en el texto y son equivalentes entre los grupos o las diferencias han sido ajustadas estadísticamente</p>
Nivel II	<p>Estudios de cohorte prospectivos en una población representativa con evolución ciega que reúne los criterios</p> <p>Ensayos clínicos controlados, prospectivos y con evolución ciega realizados sobre población representativa que no reúnan los criterios</p>
Nivel III	<p>Todos los demás estudios controlados en una población representativa en los que la evolución es independiente del tratamiento del paciente</p>
Nivel IV	<p>Estudios no controlados, series de casos, casos aislados y opiniones de expertos</p>
Grado A	<p>Recomendación definitivamente efectiva, ineficaz o peligrosa</p> <p>Requiere al menos un estudio concluyente de Nivel I o dos estudios convincentes de Nivel II</p>

	GUIA CEFALEA	Código: E-GCC-G-011
	Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 5 de 23

Grado B	Recomendación probablemente efectiva, ineficaz o peligrosa Requiere al menos un estudio concluyente Nivel II o varios estudios Nivel III
Grado C	Recomendación posiblemente efectiva, ineficaz o peligrosa Requiere al menos dos estudios concluyentes Nivel III
Recomendación de expertos	No reúne los requisitos mínimos para el grado C, pero es una recomendación del consenso de expertos

CLASIFICACIÓN

Hace más de dos décadas se publicó la clasificación internacional de las cefaleas por la Sociedad Internacional de Cefalea y en el 2013 se publicó la tercera edición de la clasificación internacional de cefaleas en su versión beta. Esta clasificación, muy útil en el manejo ambulatorio pero también en el de emergencias, ya que ha permitido dividir esta enfermedad en dos grandes grupos, cada uno con sus diferentes entidades. La clasificación no solo es importante para fines epidemiológicos o semiológicos, sino para el estudio y el tratamiento de los enfermos (tabla 1).

Tabla 1. Clasificación internacional de las cefaleas III edición(1)

CEFALEAS PRIMARIAS

1. Migraña
 - a. Migraña sin aura
 - b. Migraña con aura
 - c. Migraña crónica
 - d. Complicaciones de la migraña
 - e. Migraña probable
 - f. Síndromes episódicos que pueden asociarse a la migraña
2. Cefalea tensional
 - a. Cefalea tensional episódica infrecuente
 - b. Cefalea tensional episódica frecuente

CEFALEAS SECUNDARIAS

1. Cefalea atribuida a traumatismo craneal o cervical
2. Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal o cervical
3. Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular
4. Cefalea atribuida a administración o supresión de una sustancia
5. Cefalea atribuida a infección
6. Cefalea o dolor facial atribuida a trastorno del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dientes, boca o de otras estructuras

	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 6 de 23

<ul style="list-style-type: none"> c. Cefalea tensional crónica d. Cefalea tensional probable 3. Cefaleas trigémico autonómicas <ul style="list-style-type: none"> a. Cefalea en racimos b. Hemicránea paroxística c. Cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración d. Hemicránea continua e. Cefalea trigémico autonómica probable 4. Otras cefaleas primarias <ul style="list-style-type: none"> a. Cefalea tusígena primaria b. Cefalea primaria por esfuerzo físico c. Cefalea primaria asociada a la actividad sexual d. Cefalea en trueno primaria e. Cefalea por criostímulo f. Cefalea por presión externa g. Cefalea punzante primaria h. Cefalea numular i. Cefalea hipócnica j. Cefalea diaria persistente de novo 	<p>faciales o cervicales</p> <p>7. Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico</p>
---	---

La mayoría de los pacientes que acuden a urgencias con cefalea sufren un episodio de exacerbación aguda de un problema crónico, especialmente migraña o cefalea tensional. Tan solo el 4% tienen cefalea secundaria que amerita estudios imagenológicos y tratamientos diferentes a los analgésicos comúnmente prescritos.

Aunque este argumento es epidemiológicamente claro, es mucho menos fácil distinguir en el campo una cefalea primaria de una secundaria. Por lo tanto, el interrogatorio es fundamental para descartar las llamadas “banderas rojas” en cefalea.

Tabla 1: Causas comunes de cefalea(2)

	GUIA CEFALEA	Código: E-GCC-G-011
	Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 7 de 23

Cefalea Primaria		Cefalea Secundaria	
Tipo	%	Tipo	%
Cefalea Tensional	69	Infección sistémica	63
Migraña	16	Heridas de la cabeza	4
Punzante idiopática	2	Trastornos vasculares	1
Ejercicio	1	Hemorragia subaracnoidea	<1
Clúster (en racimos)	0.1	Tumor cerebral	0.1

INTERROGATORIO DEL PACIENTE CON CEFALEA

Ya que se ha insistido en la necesidad de hacer historia clínica completa, los siguientes son puntos que el médico de urgencias no puede obviar durante la anamnesis:

Evolución temporal de los síntomas: velocidad de instauración del dolor: en general, las cefaleas primarias benignas tienen instauración más lenta que las secundarias. Los pacientes con cefaleas crónicas tipo migraña claramente pueden equiparar la similitud de los síntomas y la velocidad de instauración del dolor con episodios previos.

Presentación usual de los síntomas: cuando se trata de pacientes con cefaleas crónicas o recurrentes, la mayoría de las veces se puede definir claramente un patrón de presentación de los síntomas, ya sea porque se identifica un factor desencadenante, hay un pródromo repetitivo, el período del año o del ciclo menstrual es siempre el mismo o la evolución del dolor es similar. Verificar en la historia de ingreso estos signos es clave para determinar si se está en presencia de un patrón mantenido o cambiante de cefalea. En el último caso, como se verá más adelante, la cefalea debe ser estudiada con imágenes.

Frecuencia y duración de la cefalea: ante eventos repetitivos es importante conocer la periodicidad del dolor. Si la cefalea que antes era ocasional cada vez se hace más frecuente o si la duración es mayor con el paso del tiempo, los estudios imagenológicos se vuelven imperativos.

Síntomas autonómicos acompañantes que puedan hacer pensar en cefalea tipo cluster u otras autonómicas trigeminales, tales como:

	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 8 de 23

- Rinorrea
- Congestión nasal.
- Lagrimeo.
- Edema o inyección conjuntival o palpebral.
- Características del dolor.
- Pulsátil en punzón de hielo.
- Retroocular.
- Gravídica occipital
- Opresiva.

Localización, pues las cefaleas migrañosas tienden a ser unilaterales, mientras las tensionales se ubican predominantemente en región occipital y cervical.

Severidad: la severidad de la cefalea, como la de cualquier otro dolor, se mide con la escala análoga visual (VAS), fundamental para describir lo más objetivamente una línea de base que guiará el manejo farmacológico. Cuando un paciente, con cefalea crónica o no, refiere que la actual es la más severa que jamás haya sentido y que la severidad no es similar a las anteriores, es necesaria la toma de imágenes, pues puede tratarse de una cefalea secundaria.

Comorbilidades: los pacientes con factores de riesgo cardiovascular, antecedentes de trauma, infecciones, cáncer o inmunosupresión son pacientes con una mayor posibilidad de tener cefaleas secundarias. Nuevamente en estos casos las imágenes son fundamentales para descartar eventuales calamidades intracraneales.

Factores que alivian o empeoran la cefalea, especialmente en lo referente a los analgésicos.

Una vez realizada la anamnesis, el examen físico general y neurológico debe ser lo más detallado posible incluyendo, además de signos vitales y examen otorrinolaringológico completo, examen neurológico exhaustivo que incluya fondo de ojo.

	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 9 de 23

Cefalea secundaria y banderas rojas en dolor

Tras haber realizado un acto médico completo, el médico de urgencias podrá definir si está en presencia de cefalea primaria o secundaria. Las llamadas “banderas rojas” son signos de alarma que orientan hacia una posible etiología tumoral, vascular u obstructiva como causante del dolor de cabeza. Las banderas rojas son:

Cefalea de inicio subagudo que empeora con el paso de los días o meses

En general, las cefaleas con estas características son secundarias a masas intracraneales o hidrocefalia y por lo tanto su manejo es quirúrgico. Es de suma importancia el antecedente de trauma mayor o menor en pacientes ancianos, quienes tras 2 a 3 semanas empiezan a referir estas características del dolor, pues puede tratarse de un hematoma subdural crónico.

Es frecuente que el médico de urgencias piense, erradamente, que toda neoplasia o evento que produzca hipertensión endocraneana debe acompañarse de anormalidades en el examen neurológico. Esto es un mito que debe ser revisado, ya que lesiones que ocupan espacio en región frontal, hidrocefalia, lesiones de la fosa posterior o extracerebrales pueden cursar sin síntomas focalizadores hasta que alcanzan gran tamaño. En estos casos la evolución del dolor determina la necesidad de realizar estudios imagenológicos.

Cambio en las características del dolor en un paciente con antecedentes de cefalea crónica

Con frecuencia los pacientes con antecedentes de cefalea crónica o repetitiva consultan a los servicios de urgencias por exacerbaciones agudas de un dolor crónico. Sin embargo, no es prudente rotular a los pacientes como “jaquecosos” y atribuir todo dolor de cabeza a su enfermedad de base. Por precaución, los médicos siempre deben hacer historia clínica completa, así el paciente haya consultado múltiples veces por el mismo síntoma y aclarar si la presentación de este episodio es igual a las anteriores.

Cualquier cambio en las características de la cefalea indica la toma de imágenes diagnósticas.

Cefalea referida como la más severa jamás sentida

Este es el síntoma predominante en los pacientes con hemorragia subaracnoidea o sangrados

	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 10 de 23

intracerebrales, quienes inician su cuadro clínico con cefalea de gran intensidad y que se instaura en pocos minutos, y a veces, en segundos. Este solo dato en la historia clínica obliga a la toma de una tomografía cerebral simple (TAC), pues es el examen más sensible para detectar la sangre. Hay que recordar que el medio de contraste tiene la misma densidad de la sangre y por lo tanto si se sospecha hemorragia subaracnoidea, la aplicación de medio confundirá al radiólogo y demorará inútilmente el diagnóstico. Igualmente, la resonancia magnética en estos casos no es un examen útil, pues la sangre fresca puede pasar inadvertida.

Si hay criterios clínicos suficientes para sospechar la presencia de hemorragia subaracnoidea pero la tomografía no es concluyente, se debe realizar punción lumbar para aclarar el diagnóstico.

Cefalea con VAS > de 7 desde el inicio

En estos casos la sospecha diagnóstica es exactamente igual a la anterior. Es decir, una cefalea de gran severidad que inicia súbitamente debe ser considerada como producida por ruptura de aneurisma hasta comprobar lo contrario.

Cefalea de novo en pacientes mayores de 50 años

El paso del tiempo produce atrofia cerebral. En la medida en que disminuye el volumen aumenta el espacio subaracnoideo y por lo tanto se facilita la aparición de hematomas subdurales. A un paciente mayor que refiera cefalea de reciente aparición y en especial si esta ha tenido incremento en intensidad y duración en el transcurso de algunas semanas, debe sospecharse lesión expansiva extracerebral y por lo tanto la TAC de cráneo simple es imprescindible.

Cefalea persistente desencadenada o empeorada por las maniobras de Valsalva

Esta es una de las características semiológicas clásicas de la cefalea por hipertensión endocraneana. Si el dolor se ha incrementado gradualmente con el paso del tiempo y no hay signos focalizadores al examen neurológico, el examen de elección es la resonancia magnética, ya que la TAC podría pasar por alto lesiones pequeñas con edema, lesiones en la fosa posterior o lesiones meníngeas. Si en el centro asistencial no hay disponibilidad de resonancia, se debe solicitar una TAC contrastada.

Cefalea asociada a fiebre, mialgias, hipertensión, pérdida inexplicada de peso u otros síntomas

	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 11 de 23

constitucionales asociados

Una de las más importantes banderas rojas en dolor es la sospecha de neuroinfección o metástasis cerebrales. Por lo tanto, a todo paciente con signos infecciosos en el examen general, con cefalea y alteración del sensorio, se le debe sospechar infección del sistema nervioso y actuar en consonancia.

Igualmente, un paciente con cáncer y cefalea tiene una metástasis del sistema nervioso central hasta que se demuestre lo contrario. Si el enfermo está en tratamiento quimioterapéutico o inmunosupresor, además de las metástasis se debe sospechar infección del sistema nervioso, especialmente por gérmenes oportunistas.

- Convulsiones
- Hallazgos neurológicos focales
- Tratamiento de la cefalea en Urgencias

El principio básico para el tratamiento de la cefalea es el diagnóstico. Lamentablemente es frecuente ver un manejo estereotipado del dolor en urgencias como si la fisiopatología de las diferentes variantes de cefalea fuera igual.

Tabla 2: Resumen de las Consideraciones al interrogatorio(3)

¿Cuándo comenzó el dolor?

¿Cuánto tardo el dolor en llegar a su máxima intensidad?

¿Se ha presentado antes este tipo de dolor?

¿Qué estaba haciendo cuando inicio el dolor?

¿Hay otros síntomas asociados? (fiebre, foto o sonofobia, vómito, cervicalgia, déficit neurológico focal, respuesta motora o psíquica lenta, dolor lumbar.)

¿Hay algún contexto en particular? (nuevos medicamentos, sustancias toxicas, trauma, embarazo o postparto, cáncer, enfermedad sistémica, procedimientos de las meninges en el mes anterior)

¿la posición corporal afecta el dolor? (mejora o empeora con el decúbito supino)

	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 12 de 23

Tabla 3: Criterios de alarma ante una cefalea(1,3)

Cefalea intensa de comienzo agudo, insólita
Empeoramiento reciente de cefalea crónica
Cefaleas de frecuencia o intensidad crecientes
Cefalea siempre del mismo lado, excepto: cefalea en racimos, hemicránea paroxística, neuralgia trigeminal, hemicránea continua
Con manifestaciones acompañantes: alteración psíquica, crisis comiciales, focalización neurológica, papiledema, fiebre, signos meníngeos, náuseas y vómitos que no se puedan explicar por enfermedad sistémica (excepto migraña)
Precipitada por esfuerzo, tos o cambio postural
Cefalea en edades extremas
Características atípicas o sin respuesta al tratamiento correcto
Presentación predominantemente nocturna, salvo cefalea en racimos
Cefalea en pacientes oncológicos o inmunodeprimidos

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

Si al interrogatorio y al examen físico se encuentra la presencia de criterios de alarma, hará necesaria la realización de una imagen para excluir muchas de las causas de cefalea secundaria.

La elección entre tomografía computarizada (TC) y una resonancia magnética (RM) dependerá principalmente de la sospecha diagnóstica y la disponibilidad de equipos en el ámbito asistencial, entre otros aspectos. En las cefaleas no agudas en que esté indicada la realización de una neuroimagen se recomienda la realización de RM en vez de la TC (nivel de evidencia III, grado de recomendación B).

La solicitud rutinaria de imágenes en pacientes con migraña y/o cefalea crónica sin criterios de alarma no está indicada, debido a que la presencia de alteraciones significativas en estas poblaciones es

	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 13 de 23

comparable a la población sana.

Las recomendaciones generales sobre el uso neuroimagen en cefaleas son:

- No se recomienda la realización rutinaria de neuroimagenes si esto no conlleva un cambio en el tratamiento.
- Se recomienda la realización de neuroimagen (en general RM) en casos de: cefaleas atípicas (que no se ajustan a los patrones de las cefaleas primarias), convulsiones, presencia de síntomas o signos neurológicos focales, presencia de factores de riesgo (tumores sistémicos, infección por VIH, otras causas de inmunodepresión, alteraciones de la hemostasia, otros), cambios en el patrón temporal o las características de las cefaleas, etc.
- Las neuroimagenes habitualmente no indicadas pueden tener sentido en casos seleccionados. Por ejemplo, debe considerarse su indicación en aquellos pacientes que se encuentran incapacitados por el miedo a sufrir una patología subyacente grave (oncofobia).

En general, la RM cerebral es más sensible para visualizar lesiones de sustancia blanca, estructuras de la fosa posterior y alteraciones venosas, mientras que la TC permite una mejor valoración de las estructuras óseas. Sin embargo, la mayor resolución y discriminación de la RM cerebral no parece tener suficiente relevancia clínica a la hora de evaluar a pacientes con cefalea no aguda, de modo que la elección entre una u otra deberá realizarse de forma individualizada e, indudablemente, según las posibilidades del ámbito asistencial y la demora en la realización de cada técnica.

La TC es la prueba de elección en pacientes con traumatismo craneoencefálico, sospecha de hemorragia subaracnoidea, alteraciones óseas o presencia de contraindicaciones para realizar una RM (por ejemplo, pacientes portadores de marcapasos) (nivel de evidencia II, grado de recomendación A).

La resonancia magnética se encuentra indicada cuando hay sospecha de enfermedad neoplásica, afección meníngea, lesiones localizadas en el seno cavernoso, fosa posterior e hipófisis, malformación de Chari, lesiones vasculares como malformaciones arteriovenosas, ictus, aneurismas sospecha de trombosis venosa.

Ante la sospecha de malformaciones vasculares o aneurismas, disecciones arteriales, trombosis venosas, vasculitis, vasoespasmo y síndrome de vasoconstricción reversible se recomienda solicitar

	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 14 de 23

angiotac o angioresonancia (nivel de evidencia II, grado de recomendación A).

CRITERIOS DE HOSPITALIZACIÓN.

La gran mayoría de pacientes con cefalea, no requiere hospitalización y es suficiente con el diagnóstico y manejo apropiado. Los criterios para hospitalizar y derivar a un paciente para valoración por neurólogo son(5,6):

- Estado migrañoso
- Dolor de características migrañosas incapacitante que no ha respondido al manejo convencional
- Migraña hemipléjica
- Ictus en paciente con migraña
- Migraña con aura prolongada
- Cefalea por abuso de analgésicos que no responde al manejo
- Trastorno psiquiátrico asociado
- Cefalea en racimos que no responde al manejo
- Cefaleas secundarias para identificar la causa desencadenante sin respuesta al manejo

TRATAMIENTO

En este apartado, haremos referencia principalmente a las cefaleas primarias debido a que corresponden al principal grupo de intervención en la institución.

El primer paso dentro del manejo de las migrañas y la explicación adecuada al paciente de su patología, el carácter recurrente y el manejo ambulatorio que debe continuar una vez sea controlada la crisis que motiva la consulta.

Es importante identificar los factores desencadenantes de la crisis y, una vez realizado esto, establecer estrategias que permitan modificar los que sean susceptibles de cambio. Los principales desencadenantes son el estrés, el ayuno, los cambios atmosféricos, los factores relacionados con el

	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 15 de 23

sueño y, en las mujeres, los cambios hormonales(7).

Para el manejo sintomático de los pacientes con migraña, podemos dividir los medicamentos en específicos (ergotamínicos y triptanes), inespecíficos (analgésicos y AINES) y adyuvantes (metoclopramida, domperidona).

Es recomendable evitar los opioides y las combinaciones de analgésicos con barbitúricos, codeína, tramadol y/o cafeína, por el riesgo de ocasionar cefalea crónica diaria por abuso de estos fármacos (nivel de evidencia III-IV, grado de recomendación B)(8). La dipirona, ampliamente utilizado en Colombia, aunque ha demostrado alguna eficacia desde el punto de vista práctico, no cuenta con estudios sólidos que la indiquen, por lo que su indicación debe ser muy limitada, dado que existen alternativas mejor contrastadas y carentes de los efectos secundarios propios de este fármaco (reacciones alérgicas, anafilaxia y, excepcionalmente agranulocitosis).

CRISIS LEVES A MODERADAS DE MIGRAÑA

La mayoría de estas crisis pueden ser tratadas con un AINE vía oral asociado a metoclopramida (nivel de evidencia I, grado de recomendación A). Los AINES con evidencia para manejo oral de migraña son: ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, naproxeno y diclofenaco (nivel de evidencia I, grado de recomendación A). El principal efecto secundario son los síntomas gastrointestinales, predominando la dispepsia que se puede presentar hasta en el 20% de los pacientes. Los pacientes con crisis de leves a moderadas y que no respondan a los AINES o estén contraindicados, deben recibir triptanes (nivel de evidencia II-III, grado de recomendación C).

Tabla 4. **AINES indicados en el manejo de la migraña**

Medicamento	Dosis recomendadas
Ácido acetil salicílico	500-1000 mg oral
Naproxeno Sódico	550-1100 mg oral
Diclofenaco Sódico	50-100 mg oral, 75 mg parenteral
Ibuprofeno	600-1200 mg oral

	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 16 de 23

CRISIS MODERADAS A SEVERAS DE MIGRAÑA

Hoy en día, el tratamiento de elección para crisis de migraña de moderadas a severas son los triptanes (nivel de evidencia I, grado de recomendación A). Son medicamentos seguros y bien tolerados y con eficacia demostrada. Cerca de un tercio de los paciente no presenta mejoría con el uso del triptan en la crisis, pero la evidencia en ensayos clínicos ha demostrado que el tratamiento sucesivo con un triptan diferente.

Cuando el paciente acude al servicio de urgencias, usualmente es porque ha fracasado el manejo habitual. En estos pacientes el tratamiento debe ser precoz, teniendo en cuenta las comorbilidades, la respuesta a tratamientos anteriores y el estado de hidratación.

La administración de líquidos endovenosos es evidente en los pacientes que cursan con múltiples episodios de vómito.

Los principios generales para el manejo de crisis de migraña en urgencias son los siguientes:

- Iniciar una adecuada hidratación con líquidos endovenosos si no existe contraindicación
- Utilizar tratamientos parenterales
- Emplear combinaciones de fármacos
- Evitar el uso de opioides
- Explicar adecuadamente al paciente el manejo.

Para el manejo farmacológico en crisis severas, la evidencia se encuentra a favor de sumatriptan 6 mg subcutáneos (nivel de evidencia I, recomendación grado A) y los dihidroergotamina intravenosa o nasal, sin embargo, debido a la difícil consecución de estos medicamentos en nuestro medio, no se pueden considerar como de primera elección para el manejo de las migrañas.

Los AINES parenterales son una opción recomendable y relativamente segura para uso como medicamentos de primera línea, aunque la evidencia sea moderada. Para el manejo se dispone de Diclofenaco 75 mg IV o IM, Ketorolaco 30 mg IV(9,10), Diprofona 1-2 gr(10).

Los antagonistas de los receptores de dopamina, también son útiles por el control del vómito asociado a las crisis, control del dolor y sedación por el efecto antihistamínico que tiene. Dentro de este grupo

	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 17 de 23

destaca la metoclopramida a dosis de 10-20 mg IV (nivel de evidencia II, grado de recomendación B).

En cuanto al uso de los esteroides, se encuentra evidencia a favor de la dexamentasona a dosis de 10 mg IV (rango de 4-20 mg), para disminución de las recurrencias de las crisis y se encuentra indicada principalmente en estado migrañoso(10).

Con respecto al uso de opioides, se encuentra que pueden mejorar algo de dolor por su efecto en los receptores Mu, pero una vez el efecto del medicamento termina, la tasa de recurrencia de la migraña es muy alta, llevando a reconsultas, uso de más analgesia y aumento de la incidencia de cefalea por abuso de analgésicos. Al parecer los opioides pueden ejercer un efecto pro nociceptivo persistente, lo cual previene la reversión de la sensibilización central y genera memoria de dolor(10).

Es importante tener en cuenta luego del alta que entre el 50 a 60% de los pacientes tienen recurrencia de la cefalea en las 24 horas posterior al alta. Por esta razón, se debe recomendar el uso temprano de AINES o triptanes en caso de reaparición de los síntomas para así abortar la crisis.

PROFILAXIS EN MIGRAÑA

El objetivo de la profilaxis en migraña, es reducir la frecuencia, severidad y duración de las crisis de migraña. Se sabe que uno de cada 4 pacientes con migraña, va a requerir profilaxis para mejorar su calidad de vida.

La Canadian Headache Society y el US Headache Consortium recomiendan, según el consenso de los expertos, considerar la terapia profiláctica siempre que se presente uno de los siguientes escenarios: un perfil de dolor de cabeza con un impacto significativo en la vida diaria, que tenga una contraindicación o un efecto adverso con el tratamiento agudo, riesgo de dolor de cabeza por abuso de analgésicos, preferencia del paciente y la presencia de una de las variedades de migraña poco comunes como migraña hemipléjica, migraña basilar o infarto migrañoso.

Es importante tener en cuenta antes de iniciar el tratamiento profiláctico lo siguiente:

- La dosis necesaria del tratamiento preventivo, se debe alcanzar progresivamente
- El tratamiento preventivo puede tardar hasta mes y medio para alcanzar su máximo efecto
- El tratamiento debe mantenerse mínimo 3 meses y máximo entre 9-12 meses.

	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 18 de 23

- La principal causa de falla terapéutica es la falta de adherencia.

En general, los medicamentos de los cuales se tiene evidencia de su efectividad y con los cuales contamos en Colombia son:

Medicamentos	Dosis diaria		
	Dosis mínima eficaz	Dosis recomendada	Dosis máxima
β – bloqueadores			
• Propanolol	40 mg	60 mg	160 mg
• Metoprolol	50 mg	100 mg	200 mg
Antiepilépticos /neuromoduladores			
• Topiramato	50 mg	100 mg	200 mg
• Ácido valproico	300 mg	600 mg	1500 mg
IECA y ARA II			
• Lisinopril	5 mg	10 mg	20 mg
• Candesartan	8 mg	16 mg	32 mg
Antagonistas de calcio			
• Flunarizina	2.5 mg	5 mg	10 mg
Antidepresivos			
• Amitriptilina	10 mg	25 mg	75 mg
• Venlafaxina	37.5 mg	50 mg	75 mg

CEFALEA TENSIONAL

En el manejo de la cefalea tensional, las medidas no farmacológicas tienen más evidencia y peso como recomendaciones en el control del dolor. Medidas como el ejercicio físico y la fisioterapia donde se realicen ejercicios de estiramiento o masajes, tienen una evidencia nivel I, grado de recomendación A.

En cuanto al manejo farmacológico, la primera elección son los AINES con nivel de evidencia I,

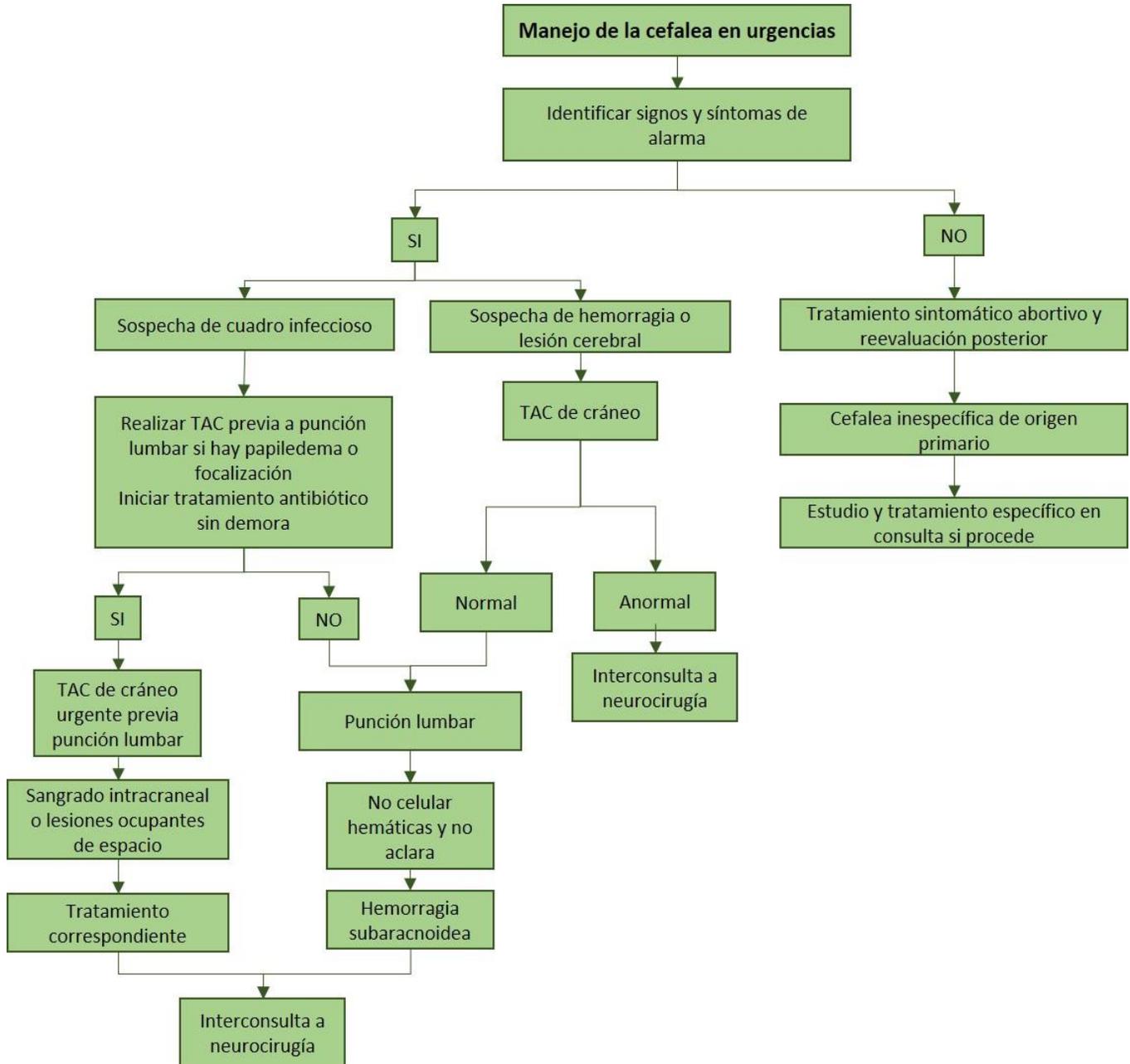
	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 19 de 23

recomendación grado A. Las dosis a utilizar son las mismas que en migraña pero teniendo en cuenta que la prescripción se debe hacer por cortos periodos de tiempo, para evitar la aparición de efectos secundarios y la cefalea por abuso de analgésicos.

Otras opciones interesantes son la combinación de AINES con antieméticos, ya que estos últimos podrían favorecer el vaciamiento gástrico y facilitar la absorción, y en los casos que la cefalea tensional está asociada a contractura muscular, se podría adicionar una relajante muscular tipo tizanidina.

Cuando estamos frente a una cefalea tensional episódica o crónica que limita al paciente, tenemos como alternativa el manejo profiláctico como amitriptilina (nivel de evidencia I, grado de recomendación A), la cual ha demostrado la reducción de la cefalea hasta en un 30%.

ALGORITMO DE CEFALEA



	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 21 de 23

BIBLIOGRAFÍA

1. de la Cefalea C de C. de la International Headache Society (IHS). III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas. Versión Beta. 2013;1:1-55.
2. Gómez FJG, García EG, Bou BM, González LM. Actualización del manejo de las cefaleas en Urgencias. Urgenc III Urgenc Neurológicas. 1 de noviembre de 2015;11(89):5331-6.
3. X. Moisset, J. Mawet, E. Guegan-Massardier, E. Bozzolo, V. Gilard, E. Tollard, et al. French Guidelines For the Emergency Management of Headaches. Rev Neurol (Paris). junio de 2016;4897(6):335.
4. Gil Campoy JA, González Oria C, Fernández Recio M, Gómez Aranda F, Jurado Cobo CM, Heras Pérez JA. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurología (SAN) y Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía). Criterios de derivación. SEMERGEN - Med Fam. 1 de mayo de 2012;38(4):241-4.
5. Giacomozzi ARE, Vindas AP, Junior AA da S, Bordini CA, Buonanotte CF, Roesler CA de P, et al. Latin American consensus on guidelines for chronic migraine treatment. Arq Neuropsiquiatr. 2013;71:478-86.
6. Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, Lygidakis C, Doerr C, Czachowski S, et al. The European General Practice Research Network Presents the Translations of Its Comprehensive Definition of Multimorbidity in Family Medicine in Ten European Languages. Fabbri LM, editor. PLoS ONE. 2015;10(1):e0115796.
7. Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack. Cephalalgia. 2007;27(5):394-402.
8. Marmura MJ, Silberstein SD, Schwedt TJ. The acute treatment of migraine in adults: the American Headache Society evidence assessment of migraine pharmacotherapies. Headache J Head Face Pain. 2015;55(1):3-20.
9. Orr SL, Aubé M, Becker WJ, Davenport WJ, Dilli E, Dodick D, et al. Canadian Headache Society systematic review and recommendations on the treatment of migraine pain in emergency settings. Cephalalgia. 2015;35(3):271-84.
10. Kelley NE, Tepper DE. Rescue Therapy for Acute Migraine, Part 3: Opioids, NSAIDs, Steroids, and Post-Discharge Medications. Headache J Head Face Pain. 2012;52(3):467-82.
11. M. Lantéri-Minet, G. Demarquay, H. Alchaar, J. Bonnin, P. Cornet, X. Douay, et al. Démarche diagnostique générale devant une céphalée chronique quotidienne (CCQ) – Prise en charge d’une CCQ chez le migraineux : céphalée par abus médicamenteux et migraine

	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 22 de 23

chronique/Recommandations de la SFEMC, ANLLF et SFETD. Rev Neurol (Paris). marzo de 2014;4350(3):151.

12. Mitsikostas DD, Ashina M, Craven A, Diener HC, Goadsby PJ, Ferrari MD, et al. European headache federation consensus on technical investigation for primary headache disorders. J Headache Pain. 2015;17:5.
13. Marziniak M, Malzacher V, Förderreuther S, Jürgens T, Kropp P, May A, et al. Konsensuspapier der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft zur Struktur von Kopfschmerzzentren und Kopfschmerzswerpunktpraxen in Deutschland. Schmerz. 1 de abril de 2014;28(2):128-34.
14. Martelletti P, Jensen RH, Antal A, Arcioni R, Brighina F, de Tommaso M, et al. Neuromodulation of chronic headaches: position statement from the European Headache Federation. J Headache Pain. 2013;14(1):86-86.
15. Al-Quliti KW, Assaedi ES. New advances in prevention of migraine: Review of current practice and recent advances. Neurosciences. julio de 2016;21(3):207-14.
16. Beloeil H, Viel É, Navez M-L, Fletcher D, Peronnet D. Techniques analgésiques locorégionales et douleur chronique. Ann Fr Anesth Réanimation. 1 de abril de 2013;32(4):275-84.
17. Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor, ACED. Estudio Nacional de Dolor ACED- Datexco 2004. <http://www.dolor.org.co/index2.html>
18. Cortelli P, Cevoli S, Nonino F, et al. Evidence based diagnosis of nontraumatic headache in the emergency department: A consensus statement on four clinical scenarios. Headache 2004; 44: 587-95.
19. Friedman BW, Hochberg ML, Esses D, et al. Applying the international classification of headache disorders to the emergency department: an assessment of reproducibility and the frequency with which a unique diagnosis can be assigned to every acute headache presentation. Ann Emerg Med 2007; 49:409-19.
20. Green MW. The emergency management of headaches. Neurologist 2003; 9:93-8.
21. Institute for Clinical Systems Improvement ICSI. ICSI health care guideline: diagnosis and treatment of headache. http://www.icsi.org/headache/headache__diagnosis_and_treatment_of_2609.html consultado noviembre 11 de 2007.
22. Olesen J, Bousser MG, Diener HC, et al. The international classification of headache disorders. Cephalalgia 2004; 24:1-150.

	GUIA CEFALEA Adoptada Guías para manejo de urgencias 3° edición. Ministerio de Salud. Tomo III pág. 141	Código: E-GCC-G-011
		Versión: 002
		Fecha: Noviembre 2017
		Página 23 de 23

CONTROL DE CAMBIOS					
Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Marzo 2012	Creación de la guía cefalea	Jefe de enfermería	Director médico	Comité técnico científico
002	Noviembre 2017	Actualización de documento- Adopción guías del Ministerio	Coordinador Tecnicocientífico	Comité de Gestión de Guías	Comité de Guías