

Ministerio de Salud
Instituto de Gestión
de Servicios de Salud
Instituto Nacional
de Ciencias
Neurológicas



Nº 245 -2015-INCN-DG

RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 30 de setiembre de 2015

VISTO:

El Informe Nº 040-2015-INCN/DE, emitido por la Jefatura del Departamento de Emergencia, la Nota Informativa Nº 120-2015-OEPE/INCN de la Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, conteniendo el Proyecto de Guía de Práctica Clínica de Manejo de Cefalea como Emergencia.

CONSIDERANDO:

Que, mediante el documento de visto, la Jefa del Departamento de Emergencia, presenta y sustenta el proyecto Guía de Práctica Clínica del Manejo de Cefalea como Emergencia para su aprobación;

Que, mediante la Resolución Ministerial Nº 302/2015/MINSA se aprobó la NTS Nº 117-MINSA/DGSP-V 01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los servicios.

De conformidad con lo dispuesto por numeral 5.2 de la Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud, las Guías de Práctica Clínica son documentos normativos correspondientes al tipo de Guías Técnicas y que se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico considerado por la Autoridad Nacional de Salud como un problema de salud pública o una prioridad sanitaria nacional o regional y que contiene recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica aplicable, desarrolladas sistemáticamente de modo que orienten y faciliten el proceso de toma de decisiones al personal profesional para una apropiada y oportuna atención de salud.

Que, en tal sentido, mediante Nota Informativa Nº 120-2015-OEPE/INCN la Directora Ejecutiva de Planeamiento Estratégico de la entidad, emite informe favorable al precitado documento normativo, y al haberse verificado que su elaboración se encuentra ajustada a la NTS Nº 117-MINSA/DGSP-V 01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud" aprobada por Resolución Ministerial Nº 302/2015/MINSA, es puesto a consideración para la emisión del correspondiente acto resolutivo para su aprobación;



I. TAGLE L.



P. MAZZETTI S

Estando a lo informado por el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica mediante Informe N° 095-2015/OAJ/INCN;

Con las visaciones de la Directora Adjunta, de la Jefa del Departamento de Emergencia, de la Directora Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y del Jefe de la Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas;

De conformidad con el artículo 1° inc. 1.2.1 de la Ley 27444 Ley del Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, aprobado por la Resolución Ministerial N° 787-2006/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar la Guía Práctica del Manejo de Cefalea como emergencia, que consta de 18 folios, elaborado por el Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, que forman parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- El Departamento de Emergencia del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas es responsable de la difusión, monitoreo, implementación, aplicación y supervisión de la Directiva en el ámbito de su competencia.

Artículo 3°.- Encargar a la Oficina de Comunicaciones la difusión y publicación de la presente Resolución Directoral, en la página web del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dirección General
Med. C. PILAR ELENA MAZZETTI SOLER
Directora de Instituto Especializado (e)



I. TAGLE L.

PEMS/JFOD/jmr

Visaciones- copias

DG,
D. Adjunta
DEPE
DEA
DE
OAJ.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicios de Salud

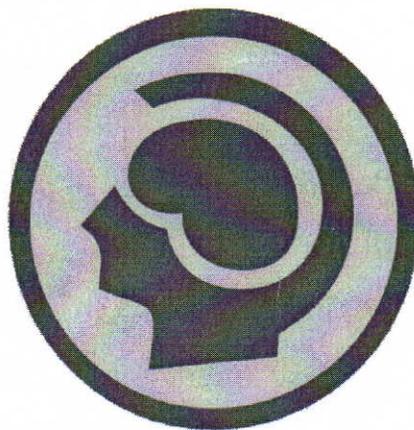
Instituto Nacional de
Ciencias Neurológicas

Departamento de
Emergencia

"DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU"
**"Año de la Diversificación Productiva y del
Fortalecimiento de la Educación"**

Departamento de Emergencia

GUÍA DE PRACTICA CLINICA CEFALEA



**LIMA – PERU
2015**

 <p>Ministerio de Salud Personas que atendemos personas</p>	<p>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS</p>		<p>Del 2</p>
<p>GUÍA DE PRACTICA CLINICA CEFALEA</p>			

DIRECTORIO

DIRECTORA GENERAL

DRA. PILAR ELENA MAZZETTI SOLER

JEFA DE LA OF. EJECUTIVA DE PLANEAMIENTO ESTRATEGICO

LIC. GLORIA VARGAS NUÑEZ

JEFA DE DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA

DRA. PEGGY CAROL MARTINEZ ESTEBAN

MEDICOS ASISTENTE

DR. ERICK GUEVARA SILVA

PERSONAL DE APOYO

LIC. GLORIA LEON LAGUNA (SOR)

PARTICIPANTES: RESPONSABLE SU ELABORACION

DR. ERICK GUEVARA SILVA
LIC. GLORIA LEON LAGUNA



<p>Elaborado por:</p>	<p>I. TAGLE Revisado por:</p>	<p>Aprobado por:</p>	<p>Vigencia:</p>
<p>Departamento de Emergencia</p>	<p>Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico</p>	<p>Dirección General</p>	<p>2 AÑOS</p>



 <p>Ministerio de Salud Personas que atendemos personas</p>	<p>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS</p>		<p>Del 3</p>
<p>GUÍA DE PRACTICA CLINICA CEFALEA</p>			

GUIA DE PRACTICA CLINICA
CEFALEA

I. FINALIDAD

La presente guía tiene como finalidad servir al médico de emergencia como una herramienta de ayuda para la evaluación del paciente con cefalea como síntoma principal para determinar la atención oportuna en caso se trate de una emergencia neurológica y, por otro lado, orientar al manejo basado en el mejor nivel de evidencia.

II. OBJETIVOS

- ✓ Tratar en forma oportuna y eficaz al paciente con cefalea aguda
 - Revisar los criterios diagnósticos de las cefaleas primarias
 - Reconocer las características asociadas que sugieran una cefalea secundaria que requiera atención por emergencia
 - Administrar el mejor tratamiento basado en evidencia científica
 - Definir los criterios de hospitalización y contrarreferencia

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Departamento de emergencia del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Guía para el diagnóstico y tratamiento del paciente con cefalea aguda.
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
CIE-10. R51

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICION

Se define cefalea como a toda sensación dolorosa localizada en la bóveda craneal, y que se extiende desde la región frontal hasta la región occipital, aunque en numerosas ocasiones, también se aplica a dolores de localización cervical y facial. En el contexto de las emergencias neurológicas se considera a la cefalea como un dolor lo suficientemente severo o incapacitante como para alarmar al paciente.

Por el curso evolutivo

Cefalea aguda: cefalea intensa de inicio brusco o insidioso, curso progresivo o estacionario de duración menor a 1 semana.

Cefalea aguda recurrente: la cefalea es la más reciente de una serie de cefaleas similares que se repiten periódicamente con intervalo libre de síntomas, pero con pobre respuesta terapéutica y de intensidad suficiente para alarmar al paciente.

Cefalea crónica no progresiva: mayor a 1 semana con intensidad leve a moderada, no discapacitante, sin signos de alarma y que puede presentar intervalos asintomáticos

<p>Elaborado por:</p>	<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobado por:</p>	<p>Vigencia:</p>
<p>Departamento de Emergencia</p>	<p>Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico</p>	<p>Dirección General</p>	<p>2 AÑOS</p>

Cefalea crónica progresiva: mayor a 1 semana, de intensidad creciente, presencia de signos neurológicos de alarma.

Por la etiología

Las cefaleas se dividen en primarias (migraña, cefalea de tipo tensional y el grupo de cefalea trigeminoautonómicas) y en secundarias, estas últimas manifestadas como síntomas importantes que podrían acompañar a una patología de urgencia, como son las de causa neurológicas u otras de diversas causas, como las traumáticas, las infecciosas y otras metabólicas, etc.

La razón de esta guía, es el manejo de las cefaleas agudas, como emergencia neurológica, de origen primario o secundario a realizarse después del establecimiento de criterios clínicos, según la última clasificación propuesta por la IHS del 2013, y del establecimiento de los signos de alarma (trastorno de conciencia, signos meníngeos, fiebre, déficit neurológico focal, traumatismo craneoencefálico reciente).

Migraña: es un tipo de cefalea primaria referida como latido hemicraneal en el 60 de casos y definida como una reacción neurovascular anormal que ocurre en un organismo genéticamente vulnerable y que se exterioriza, clínicamente por episodios recurrentes de cefalea y manifestaciones asociadas que generalmente dependen de factores desencadenantes.

Cefalea de tipo tensional: asociada a contractura muscular, conceptuándose como dolores de sensación de presión o apretón ampliamente variable en frecuencia intensidad y duración, comúnmente suboccipital. Esta cefalea está asociada a una contracción continuada de los músculos esqueléticos, mayor y habitualmente como parte de la reacción de un individuo al estrés de la vida, sin que existan cambios estructurales permanentes.

Cefaleas trigeminoautonómicas: un de las más frecuentes es la Cefalea en Salvas (también llamada en Racimos), predominantemente en el sexo masculino, inicio después de los 20 años, de gran intensidad, estrictamente unilateral y siempre en el mismo lado, de localización peri o frontoorbitaria pudiendo irradiarse a la zona temporal, a una hemicara en el mismo hemicránea y región cervical ipsilateral, dolor que crea una gran agitación al paciente, con una duración entre 15 minutos a 3 horas, repetitivas de 1 a 8 veces al día, de predominio nocturno y tendencia a ocurrir en las mismas horas del día (ritmicidad circadiana), en el lado del dolor aparecen disturbios autonómicos (rinorrea, obstrucción nasal, lagrimeo, hiperemia conjuntival, síndrome de Horner parcial, y menos frecuente, hiperhidrosis y rubor de la facie y bradicardia), las crisis se agrupan en series (salvas) que se repiten a intervalos de tiempo variables de semana, meses o años. Los periodos dolorosos, duran en promedio de 4 a 8 semanas, con tendencia a comenzar la misma época del año.

5.2 ETIOLOGIA

Las cefaleas son de causa funcional y de causa orgánica o estructural de allí que las clasificamos en primarias y secundarias.

<p>Elaborado por:</p>	<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobado por:</p>	<p>Vigencia:</p>
<p>Departamento de Emergencia</p>	<p>Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico</p>	<p>Dirección General</p>	<p>2 AÑOS</p>

GUÍA DE PRACTICA CLINICA
CEFALEA

Las Cefaleas Primarias, cuyo mecanismo etiológico no se conoce bien, y no se asocian a un proceso patológico conocido, son funcionales. Entre estas la cefalea tensional, la de mayor frecuencia, la migraña, y las cefaleas en salvas.

Las Cefaleas Secundarias; asociadas a procesos patológicos conocidos, obedecen a la lesión del sistema nervioso central secundario a cualquier noxa que dañe la estructura orgánica del mismo, el que además se acompañará de otros síndromes neurológicos, ocurren por: tumores cerebrales, hemorragias subaracnoideas, hemorragias intracraneales, hematomas subdurales o epidurales, meningitis, abscesos, tuberculosis meníngea, arteritis temporal, etc.

5.3. FISIOPATOLOGIA DEL PROBLEMA

La estimulación mecánica anormal; referida tanto a la irritación de las fibras nerviosas como en el trayecto del tronco nervioso que la agrupa en su recorrido hacia el neuroeje; así como la distensión de las paredes vasculares y la tracción vascular explican el dolor.

1. La estimulación química anormal; referida a la intervención de los neurotransmisores de carácter irritativo, causaran inflamación de tejidos blandos (tejido muscular del cuero cabelludo, nuca), nervios sensitivos y arterias extracraneales e intracraneales.
2. El psicógeno; lo respalda el gran contenido emocional del dolor explica por ende la gran valoración subjetiva que se concede al dolor en general.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Antes de 1962 era dificultoso los estudios epidemiológicos respecto al estudio de las cefaleas debido a la no existencia de criterios clínicos que nos permitieran ver claras diferencias entre cada una de ellas. En 1988 con el establecimiento de una clasificación de las cefaleas por la Internacional Headache Society (IHS); se pasa a disponer de criterios clínicos operacionales y comparables, indispensables para una clasificación que nos permita un estudio epidemiológico.

Alrededor de 10 millones de pacientes por año visitan al médico por consulta externa o por el servicio de emergencias por una cefalea. Muchas de las cuales son de causa benigna requiriendo solamente de una adecuada historia clínica y un buen examen físico para hacer un diagnóstico correcto. Sin embargo, un pequeño porcentaje requiere de estudios diagnósticos y tratamiento urgente.

Puede ser un síntoma inicial de una patología de urgencia, como una hemorragia subaracnoidea (HSA), hemorragia intracraneana, tumores, encefalitis, meningitis, vasculitis, trombosis de senos venosos y desórdenes toxico-metabólicos, importantes detectar a tiempo.

A. CLASIFICACIÓN

La clasificación actual de cefaleas en su tercera edición se realizó el 2013 (International Classification of Headache Disorders ICHD-III), en la que se han cambiado algunos términos

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Vigencia:
Departamento de Emergencia	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Dirección General	2 AÑOS

GUÍA DE PRACTICA CLINICA
CEFALEA

referente a la categoría diagnóstica, modificado algunos criterios diagnósticos e incrementado el número de cefaleas, principalmente las de origen primario.

Entre los principales tipos de cefaleas primarias y secundarias se indica como sigue:

Cefaleas Primarias: trastorno funcional, sino alteración cerebral estructural, de carácter recidivante, y con una frecuencia del 90 al 95%. Entre estas la cefalea tensional, la de mayor frecuencia, la migraña con o sin aura, y la cefalea en salvas. Ver cuadro n° 2 en Anexos.

Cefaleas Secundarias: constituyen uno de los síntomas de una patología neurológica subyacente, frecuentes del 10 al 15%; traumatismos craneales (hematomas subdurales o epidurales), trastornos vasculares (hemorragias subaracnoideas, hemorragias intracraneales), alteraciones metabólicas e infecciones (meningitis, abscesos, tuberculosis meníngea) tumores cerebrales, arteritis temporal, etc.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLINICO

En un servicio de emergencia debe considerarse cefalea de atención inmediata si tiene los siguientes factores de riesgo sugestivos:

1. La primera cefalea o la peor en la vida del paciente, más aún si es de inicio súbito.
2. Un cambio en la frecuencia, severidad, o características clínicas del ataque al que el paciente está acostumbrado comúnmente. (III. C).
3. Un nuevo ataque de cefalea en pacientes de edad media o mayores de 55 años o un cambio significativo en la cefalea de larga duración. (III. C).
4. La ocurrencia de una cefalea nueva progresiva que persiste durante días.
5. La precipitación del dolor de cabeza con las maniobras de Valsalva (por tos, estornudo, o agacharse. (II. C).
6. La presencia de síntomas sistémicos asociados tales como: mialgias, fiebre, malestar general, pérdida de peso, claudicación mandibular.
7. La presencia de síntomas y signos neurológicos focales o confusión, edema de papila, convulsiones, o cualquier alteración en el nivel de conciencia. (I. B1).
8. Nuevo ataque de cefalea con historia de cáncer o inmunodeficiencia.
9. Portador de válvula de derivación ventriculoperitoneal.

Anamnesis: Si tiene usted 10 minutos para diagnosticar a un paciente con cefalea dedíquele 9 minutos a la anamnesis aunque solo le quede uno para la exploración, el paciente con cefalea está intentando ofrecerle el diagnóstico. Determinar los antecedentes de importancia que puedan tener relación con la cefalea aguda.

Exploración Física y Neurológica:

- a) Evaluación de signos vitales. Auscultación cardiorrespiratoria. Revisión de lesiones dérmicas. Palpación de pulsos temporales en mayores de 60 años.
- b) Valoración del nivel de conciencia y funciones cognitivas (atención, memoria y lenguaje)

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Vigencia:
Departamento de Emergencia	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Dirección General	2 AÑOS

GUÍA DE PRACTICA CLINICA
CEFALEA

- c) Examen de pares craneales.
- d) Fondo de ojo, campimetría y motilidad ocular.
- e) Evaluación de sensibilidad y fuerza muscular.
- f) Marcha, pruebas de equilibrio y coordinación

6.2. DIAGNOSTICO

6.2.1. CRITERIOS DIAGNOSTICOS

1. MIGRAÑA SIN AURA

- A. Cuando menos 5 ataques, cumpliendo lo señalado en B y D.
- B. Cefalea que dura entre 4 y 72 horas (sin tratamiento o con terapia ineficaz). En niños menores de 15 años la cefalea puede durar entre 2 y 48 horas.
- C. Cefalea que tiene cuando menos 2 de las siguientes características:
 - 1. Localización unilateral
 - 2. Calidad pulsátil
 - 3. Intensidad moderada a severa
- D. Agravada por la actividad física rutinaria. Durante la cefalea asociación a cuando menos uno de los siguientes:
 - 1. Nausea y/o vómito.
 - 2. Fotofobia y/o fonofobia.
- E. Descartar cefalea secundaria.

2. MIGRAÑA CON AURA

- A. Al menos dos episodios cumpliendo lo señalado en B.
- B. Cuando menos de tres de las cuatro características siguientes:
 - 1. Uno o más síntomas de aura, totalmente reversibles, indicando disfunción local cortical o del tronco encefálico
 - 2. Cuando menos un síntoma de aura que evoluciona gradualmente en más de cuatro minutos o dos a más síntomas ocurriendo sucesivamente
 - 3. El aura no dura más de 60 minutos.
- C. Descartar cefalea secundaria.

3. ESTADO MIGRAÑOSO

Crisis de migraña debilitante que se prolonga durante más de 72 horas.

- A. Una crisis de cefalea que cumple los criterios B y C.
- B. Aparece en pacientes con Migraña sin aura y/o Migraña con aura, de manera similar a las crisis previas, salvo por su duración e intensidad.
- C. Las dos características siguientes:
 - 1. Se prolonga durante más de 72 horas¹ y/o.
 - 2. El dolor o los síntomas asociados son debilitantes
- D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Vigencia:
Departamento de Emergencia	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Dirección General	2 AÑOS



GUÍA DE PRACTICA CLINICA
CEFALEA

Infarto migrañoso; se entiende por infarto migrañoso a la persistencia completa o parcial de alguno de los síntomas del aura migrañoso después de más de una semana. También se entiende por infarto migrañoso, persistan o no los síntomas, si se confirma por técnicas de neuroimagen la presencia de infarto cerebral.

CEFALEA DE TIPO TENSIONAL:

Es el tipo más frecuente de cefalea primaria. En la mayoría de personas con este tipo de cefalea se encuentra síntomas depresivos y ansiosos en grado leve. Existen 2 formas de presentación, episódica y crónica, la diferenciación entre ellas es basada, arbitrariamente, en el número de crisis. En la forma episódica el número es menor a 15 por mes y en la crónica el número es mayor, pudiendo llegar a ocurrir episodios diarios.

CEFALEA DE TIPO TENSIONAL EPISODICA

- A. Cuando menos 10 episodios cumpliendo los criterios B y D, número de días de dolor, menor 180/año (menor 15 al mes).
- B. Cefalea de 30 minutos a 7 días de duración.
- C. Cuanto menos 2 características:
 - Presión /opresión (no pulsátil).
 - Leve a moderada intensidad.
 - Localización bilateral
 - No agravada por subir escaleras o similares actividades rutinarias.
- D. Ambas de las siguientes:
 - No nausea o vómitos (puede ocurrir anorexia).
 - Ausencia de fotofobia y fonofobia, hay a veces uno pero no el otro puede presentarse.
- E. Descartar cefalea secundaria.
 1. Hecho el diagnóstico precisar una de dos posibilidades:
 - a. Hay en asociación hiperalgesia de los músculos pericraneales.
 - b. No hay tal asociación.

CEFALEA DE TIPO TENSIONAL CRÓNICA

- A. Frecuencia promedio mayor a 15 por mes (180/año) por más de 6 meses, con las características señaladas de B y D.
- B. Duración de horas a días, o no remitente
- C. Cuando menos dos de las siguientes características de dolor:
 1. Tipo comprensivo u opresivo.
 2. Severidad leve a moderada (puede limitar pero no suprimir la actividad)

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Vigencia:
Departamento de Emergencia	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Dirección General	2 AÑOS

	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS		Del 9
GUÍA DE PRACTICA CLINICA CEFALEA			

- 3. Localización bilateral.
- 4. No agravado por subir escaleras o actividades físicas similares.
- D. 2 siguientes:
 - 1. No vómitos
 - 2. No más de uno de los siguientes: náusea, fotofobia, fonofobia.
- E. Descartar cefalea secundaria. Hecho el diagnóstico de cefalea crónica de tipo tensional, precisar una de las siguientes 2 posibilidades:
 - 1. La cefalea está asociada a hiperalgesia de los músculos pericraneales.
 - 2. La cefalea no presenta tal asociación.

CEFALEA EN RACIMOS O CEFALEA EN SALVAS Y HEMICRANEA PAROXISTICA CRÓNICA

La cefalea en "racimos" es un tipo de cefalea primaria que está caracterizada por episodios o crisis dolorosas específicas (ver criterios de diagnóstico), las cuales ocurren en series de duración variable, entre semanas y meses (llamados períodos racimosos o en racimos), separadas por períodos de remisión, que duran meses o años, aunque en el 10% de pacientes los síntomas son crónicos.

CEFALEA EN SALVAS (o RACIMOS)

- A. Cuando menos 5 ataques cumpliendo lo señalado de B a D.
- B. Dolor unilateral intenso, orbitario, supraorbitario y/o temporal que sin tratamiento dura entre 15 y 180 minutos.
- C. Cefalea asociada con al menos uno de los siguientes signos, presentes en el lado adolorido:
 - 1. Inyección, conjuntival.
 - 2. Congestión nasal.
 - 3. Rinorrea.
 - 4. Sudoración facial o solo la frente.
 - 5. Miosis.
 - 6. Ptosis.
 - 7. Edema palpebral.
- D. Frecuencia de ataques 1 a 8 por día.
- E. Descartar cefalea secundaria.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Vigencia:
Departamento de Emergencia	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Dirección General	2 AÑOS

 <p>Ministerio de Salud Personas que atendemos personas</p>	<p>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS</p>		<p>Del 10</p>
<p>GUÍA DE PRACTICA CLINICA CEFALEA</p>			

Existen 2 formas de presentación de la cefalea en racimos:

1. Forma episódica: Cuando menos 2 períodos de cefalea (períodos de "racimos", cuya duración sin tratamiento puede ser entre 1 a 7 días separados por remisiones, libres de dolor, de al menos de 14 días.
2. Forma crónica: Más de 1 ataque diario sin remisión o con períodos de remisión en menos de 14 días.

En la **Hemicránea paroxística crónica**, el dolor y los síntomas y signos asociados son similares a los de cefalea en racimos, aunque los episodios son de menor duración (2 a 45 minutos), los ataques son más frecuentes, ocurren mayormente en mujeres y el dolor es suprimido totalmente por la administración del anti-inflamatorio analgésico no esteroideos e indometacina.

El diagnóstico de las cefaleas primarias se basa en una variabilidad de los episodios dolorosos ya que no existe ningún examen neuradiológico, ni prueba basada en marcadores biológicos que califique a cualquiera de las varias formas de cefalea primaria. Casi siempre evitando los factores desencadenantes, es suficiente para eliminarlos.

6.1.2. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Existen situaciones en que la anamnesis no es característica o no se cuenta con la información completa, o el cuadro clínico no es completo o bien atendemos un primer episodio en el momento de la crisis. En estos casos plantear diagnóstico diferencial con entidades que puedan producir una cefalea de similares características.

1. Con las cefaleas Secundarias
 - a. De causa hemorrágica:
 - i. Ictus hemorrágico
 - ii. Hemorragia subaranoidea
2. Por trastornos de presión del líquido cefalorraquídeo:
 - a. Cefalea por hipotensión
 - b. Cefalea por hipertensión intracraneal idiopática
 - c. Masas intracraneales
 - d. Malformaciones
3. De causa ocular u otorrinológicas
 - a. Cefalea por disfunción de la articulación temporomandibular
4. Cervicalgias,
5. Fibromialgias

6.3. EXAMENES AUXILIARES

No se necesitan imágenes o exámenes de patología, salvo sospecha de cefalea secundaria o enfermedad concomitante que obedezca a una patología estructural.

Evaluación de estudios diagnósticos basados en evidencia

1. Primer episodio de cefalea

<p>Elaborado por:</p>	<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobado por:</p>	<p>Vigencia:</p>
<p>Departamento de Emergencia</p>	<p>Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico</p>	<p>Dirección General</p>	<p>2 AÑOS</p>

	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS		Del 11
GUÍA DE PRACTICA CLINICA CEFALEA			

Pese a no existir aún estudios prospectivos doble ciegos aleatorizados y controlados que evalúen la utilidad de imágenes diagnósticas o de la realización de punción lumbar en un primer episodio de cefalea, los datos encontrados son de NIVEL II. RECOMENDACION B2, en el que se expone que algún tipo de evaluación debe ser indicado. Los datos muestran que del 10 a 33% de los pacientes que presentan un primer episodio de cefalea tienen una patología intracraneana seria. La Tomografía Axial Computadorizada ha sido el estudio utilizado de primera línea en el servicio de Urgencias, ya que es más rápido de realizar que la Resonancia Magnética (RECOMENDACION C), ya que es menos invasivo que la punción lumbar. Si hay alta sospecha de la presencia de hemorragia subaracnoidea y si la Tomografía Axial Computadorizada es normal debe realizarse una punción lumbar. Por otro lado, no se recomienda el uso de electroencefalograma. El electroencefalograma no es apropiado para el estudio de cefaleas, a menos que se encuentre un síndrome convulsivo asociado (NIVEL III. RECOMENDACIÓN C2).

6.4. MANEJO SEGÚN EL NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. NIVEL DE ATENCION

NIVEL I

Establecimiento de salud que cuente sólo con la atención de un Médico Cirujano General y no de exámenes auxiliares de laboratorio y de imágenes para el diagnóstico. El paciente debe ser referido a un centro de Nivel II.

NIVEL II

Establecimiento de salud en donde se cuenta con la atención de un Médico Neurólogo; el diagnóstico Clínico y la terapéutica pueden ser realizados por éste, ya que como cualquier otra patología, la aproximación diagnóstica está basada en una correcta anamnesis y una minuciosa exploración física general y neurológica. Aspectos válidos para cualquier tipo de cefalea sabiendo que el especialista puede referir al paciente a un centro de Nivel III, si así lo considera conveniente.

NIVEL III

Establecimiento de salud en donde se cuenta además de la presencia de un Neurólogo especializado en Cefaleas, con todos los estudios de laboratorio y de exámenes imagenológicos, en donde los pacientes deben ser evaluados clínicamente y complementados con la realización de exámenes de laboratorio y de imágenes para el diagnóstico diferencial que para precisar si se trata de una cefalea primaria o una cefalea secundaria.

LUGAR Y FORMA DE ATENCIÓN: Debe realizarse según sea el caso:

1. CEFALEA DE INSTALACIÓN BRUSCA Y AGUDA; la atención corresponde a un centro de NIVEL III como la Emergencia de nuestra Institución.
2. CEFALEA CRÓNICA REFRACTARIA, la consulta debe realizarse de manera ambulatoria, en un centro de Nivel III como nuestra Institución y de manera mediata, en el que debe:

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Vigencia:
Departamento de Emergencia	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Dirección General	2 AÑOS

 <p>Ministerio de Salud Personas que atendemos personas</p>	<p>INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLOGICAS</p>		<p>Del 12</p>
<p align="center">GUÍA DE PRACTICA CLINICA CEFALEA</p>			

- a. Replantearse el caso.
- b. Manejo por subespecialidad según corresponda.

3. CEFALEA CRONICA, la consulta debe realizarse en un establecimiento de NIVEL II, que cuente con un Neurólogo, el que debe realizar el diagnóstico y el manejo individualizado en consultorio externo.

6.4.2. TRATAMIENTO

CRISIS DE MIGRAÑA: TRATAMIENTO AGUDO O ABORTIVO

El paciente debe mantenerse en reposo en un lugar oscuro y silencioso.

1. Antagonistas dopamina (NIVEL II. RECOMENDACION B2)
 - a. Metoclopramida 10 mg intravenosa
2. Agonistas de receptores de serotonina (triptanes): de primera elección en pacientes con cefaleas moderadas a severas que no tengan contraindicaciones para su uso (NIVEL I. RECOMENDACION A1).
 - c. Sumatriptán 50 ó 100 mg vía oral.
 - d. Naratriptán 1 a 2.5 mg

Puede asociarse dimenhidrinato endovenoso si el caso lo requiere.

3. AINES y otras combinaciones analgésicas (NIVEL I. RECOMENDACION A1) de primera línea en migrañas leves a moderadas
 - a. Keterolaco 60mg EV en una sola dosis.

Puede asociarse dimenhidrinato endovenoso si el caso lo requiere.

2- ESTADO MIGRAÑOSO

1. Fluidos endovenosos y reemplazo de electrolitos si fueses necesario
2. Pretratamiento con metoclopramida (10 mg IV)
3. Si persisten los síntomas considerar una de las siguientes opciones:
 - Keterolaco 60mg EV
 - Valproato de sodio 500 a 1000mg EV
 - Sulfato de magnesio 1 gr en bolo

1. Alternativas
 - Dexametasona 4mg ev c/6 horas.
 - Clorpromazina 2.5 to 12.5 mg EV luego de 250 cc solución salina en bolo (mantener al paciente en posición supina para evitar la hipotensión ortostática).

6.5. CRITERIOS DE TRATAMIENTO PROFILACTICO

1. Más de dos o tres episodios de migraña al mes.
2. Cuando un episodio sea lo suficientemente severo para que interfiera con la actividad diaria.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Vigencia:
Departamento de Emergencia	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Dirección General	2 AÑOS



GUÍA DE PRACTICA CLINICA
CEFALEA

3. Cuando el paciente se afecte en forma importante en el aspecto psicológico con cada episodio de migraña.
4. Cuando las terapias abortivas produzcan efectos secundarios.
5. Uso de medicaciones abortivas más de dos veces a la semana

Si el paciente cumple estos criterios debe recomendarse que, una vez remitido el dolor en emergencia, acuda a la consulta neurológica ambulatoria para empezar el tratamiento profiláctico.

3- CEFALEA DE TIPO TENSIONAL

Explicar al paciente que este diagnóstico no constituye una emergencia neurológica pero ante un dolor intenso va a requerir atención por emergencia luego de cual se debe sensibilizar al paciente para que continúe el tratamiento en forma ambulatoria y sugerir el tratamiento que el paciente pueda autoadministrarse cuando se repite el cuadro.

En el episodio agudo del dolor debe tratarse en emergencia con:

Analgésicos comunes, o AINES, del tipo

- a) Keterolaco
- b) Clonixilato de lisina
- c) Celecoxib

Relajantes musculares, analgésicos o ansiolíticos debe indicarse por periodos cortos y bajo estricto control médico.

- a) Ciclobenzaprina.
- b) Orfenadrina
- c) Alprazolam, clonazepam

4- CEFALEAS EN SALVAS O RACIMOS

1. la inhalación de oxígeno puro (100%) con una máscara facial, administrar 10 a 15l/min durante 10 a 15 minutos.

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

CONTROL

1. Se realizará en consultorio externo con médicos neurólogos, inmediatamente después del ALTA de la emergencia al 2º o 3º día posterior a la 1ª consulta.
2. Otros controles inmediatos o mediatos a otras especialidades, si se sospecha de patología orgánica

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

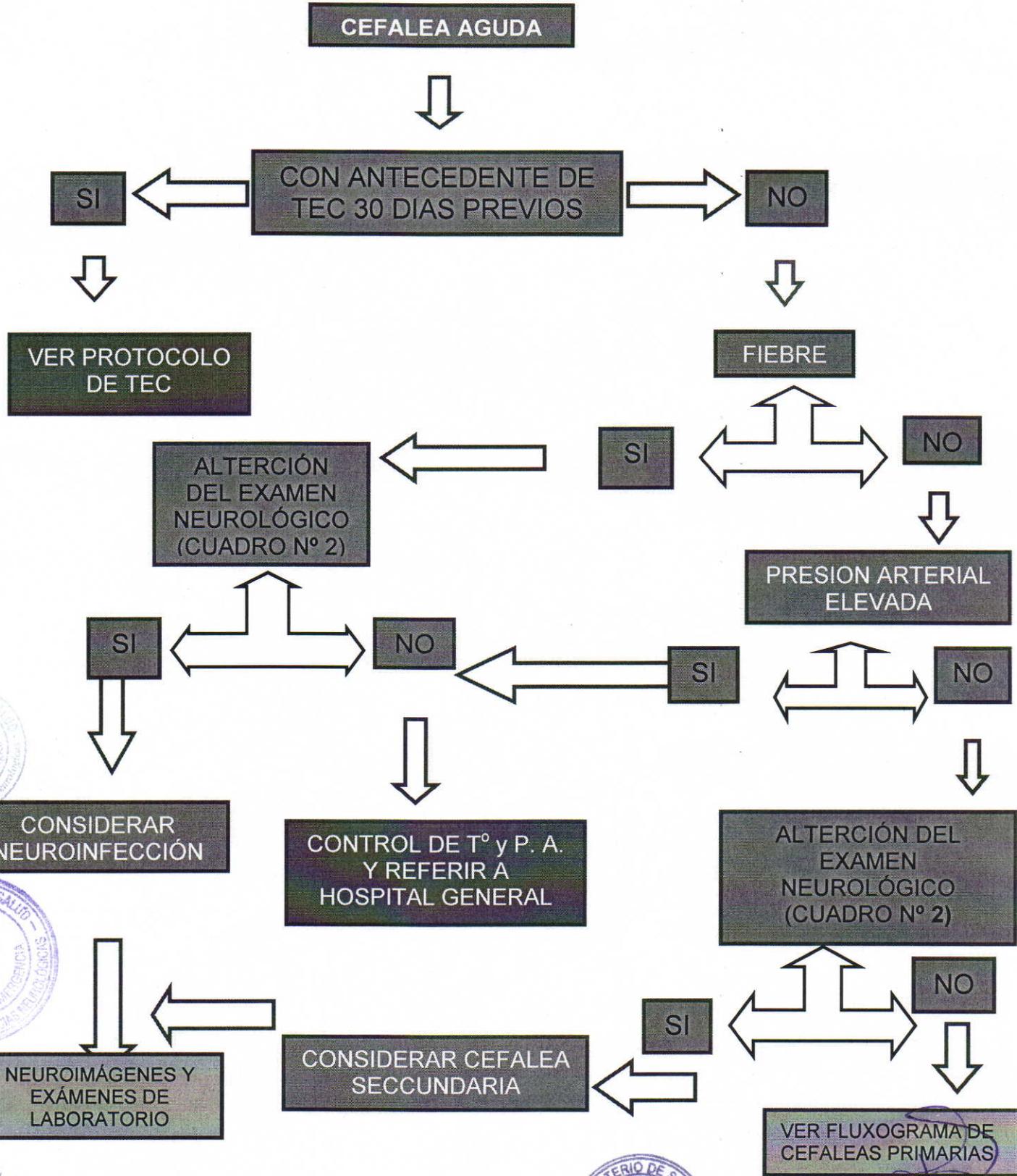
Los casos de difícil manejo y con criterios de cefalea complicada detectados en los servicios de emergencias serán inmediatamente transferidos a la emergencia del INCN. Para tener una atención especializada del médico neurólogo de guardia, neurocirujano o neurointensivista, según sea el caso.

Los casos de CEFALIAS atendidos después del alta en consultorio externo serán contrarreferidos, a sus lugares de origen para los controles requeridos en los hospitales de nivel inferior, precisándose la fecha probable de nueva referencia si el caso lo amerita.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Vigencia:
Departamento de Emergencia	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Dirección General	2 AÑOS

VII. ANEXOS

Flujograma nº 1: Enfoque diagnóstico de la cefalea aguda



[Handwritten signature]

MINISTERIO DE SALUD
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

MINISTERIO DE SALUD
Oficina de Asesoría Jurídica
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

Elaborado por: Departamento de Emergencia	Revisado por: Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Aprobado por: Dirección General	Vigencia: 2 AÑOS
--	--	------------------------------------	---------------------

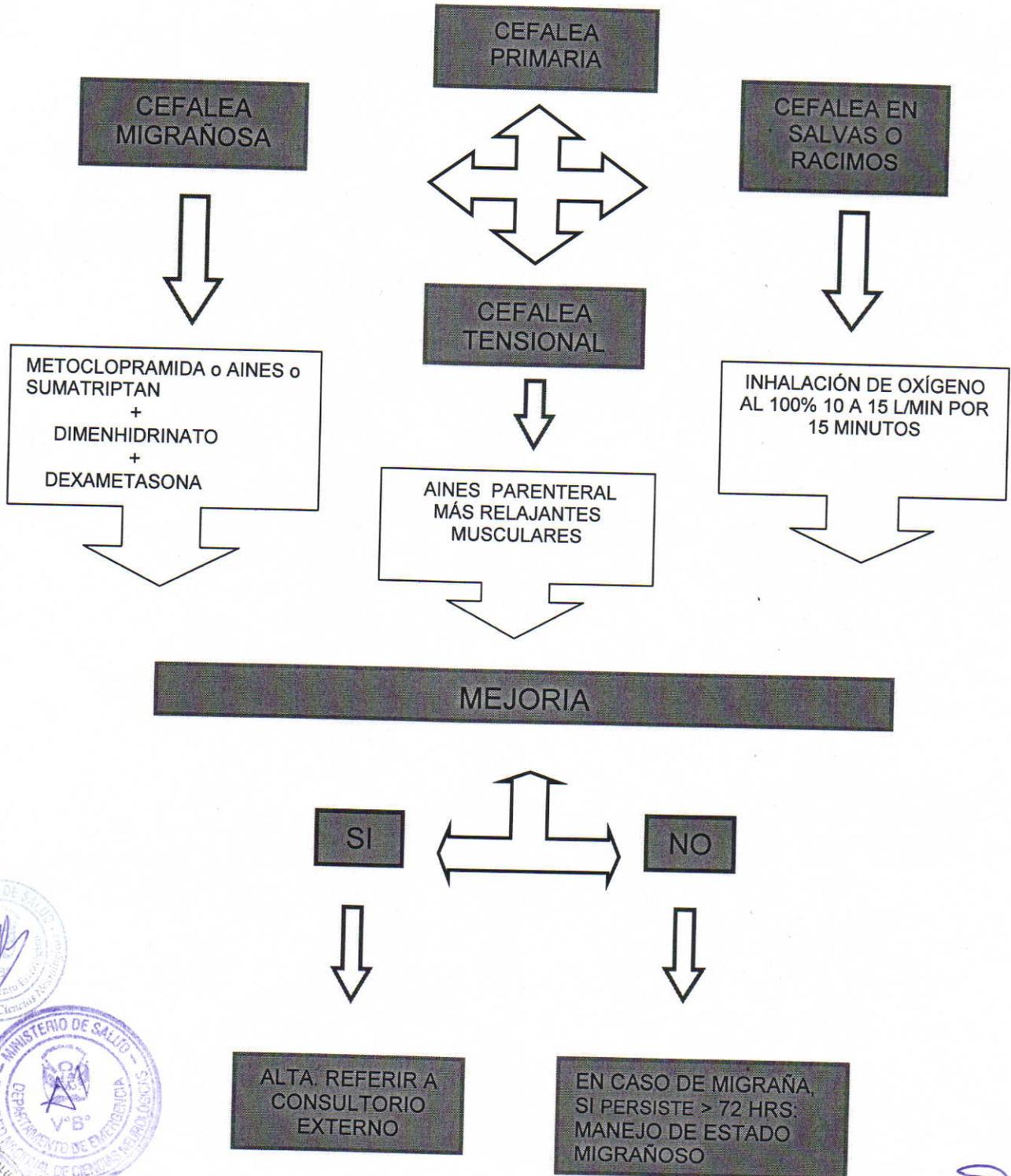
MINISTERIO DE SALUD
Oficina del Viceministro
Dirección Asesora
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

L. TAGLE L.

MINISTERIO DE SALUD
Oficina General
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

P. MAZZETTI B

Fluxograma nº 2: Enfoque diagnóstico de la cefalea aguda



<p>Elaborado por: Departamento de Emergencia</p>	<p>Revisado por: Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico</p>	<p>Aprobado por: Dirección General</p>	<p>Vigencia: 2 AÑOS</p>
--	--	--	-----------------------------



GUÍA DE PRACTICA CLINICA
CEFALEA

Cuadro n°1. Niveles de evidencia y grados de recomendación

NIVELES DE EVIDENCIA:

- 1: Revisiones sistemáticas (RS) de ECC (1ª), ECC con intervalo de confianza (1b), y Fenómenos de todo y nada (práctica clínica todos ninguno) (1c).
- 2: RS de estudios de cohorte (2ª), estudios de cohorte individuales y ECC de baja calidad (2b) y estudios sobre resultados (2c)-
- 3: Estudios casos-contróles, en forma de RS (3a) o individuales (3b).
- 4: Series de casos (o estudios de cohorte o casos-contróles de escasa calidad).
- 5: Opiniones de expertos sin respaldo experimental.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Se clasifican en 4 niveles o grados de recomendación

- A: Se basa en estudios consistentes de nivel de evidencia 1.
- B: Estudios consistentes de nivel de evidencia 2 o extrapolaciones de estudios de nivel 1.
- C: Estudios consistentes de nivel de evidencia 3 o 4 o extrapolaciones de estudios de nivel 2.
- D: Estudios de nivel 5 o estudios de cualquier clase inconsistentes y dudosos.

(*) Niveles de evidencia y grados de recomendación. Centro de medicina basado en evidencias. Oxford University. UK: http://www.cebm.net/levels_of_evidence.aspe

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Vigencia:
Departamento de Emergencia	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Dirección General	2 AÑOS

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S

GUÍA DE PRACTICA CLINICA
CEFALEA

Cuadro nº2. Características de cefaleas primarias

	Migraña	Cefalea de tipo Tensional	En Salvas
Localización	Unilateral	Bilateral	Estrictamente unilateral
Intensidad	Moderada/Severa	Moderada	Severo
Duración	4 a 72 horas	30 min. A 7 días	15 a 70 min.
Síntomas asociados	Si	No	Si
Género	Femenino>Masculino	Femenino>Masculino	Masculino> Femenino
Características	Pulsátil	Opresivo	Quemante



Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:	Vigencia:
Departamento de Emergencia	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico	Dirección General	2 AÑOS

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bartleson JD. Treatment of Migraine Headaches. Mayo Clin Proc. 74: 702-708, 1999.
2. Bendtsen L, Evers S, Linde M, et al. EFNS guideline on the treatment on the treatment of tension-type headache: report of an EFNS task force. Eur J Neurol 2010;17(11):1318-1325
3. Cady RK. Treating an acute attack of migraine. Headache 2008; 48(9):1415Y1416.
4. Cohen AS, Burns B, Goadsby PJ. High-flow oxygen for treatment of cluster headache: a randomized trial. JAMA 2009; 302(22):2451Y2457.
5. Evans R. Métodos diagnósticos para la evaluación de cefaleas. Neurological Clinics of North America 14 (1): 1-27, 1996.
6. Fumal A, Schoenen J. Tension-type headache: current research and clinical management. Lancet Neurol 2008; 7(1): 70-83.
7. García Criado EI. Manual de referencia SEMERGEN abordaje de la cefalea desde Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista y Scientific Communication Management S.L. Madrid, 2005.
8. Headache Classification Committee of the International Headache Society (HIS). Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain. Cephalalgia 2013; 8 (suppl 2): 1-96.
9. Langer-Gould A, Anderson W, Armstrong M, et al. The American Academy of Neurology's Top Five Choosing Wisely recommendations. Neurology 2013; 81: 1004–1011.
10. Loder E. Triptan therapy in migraine. N Engl J Med 2010;363(1):63-70
11. Marmura MJ. Use of dopamine antagonists in treatment of migraine. Curr Treat Options Neurol 2012; 14(1): 27-35.
12. Martin V, Elkind A. Diagnosis and classification of primary headache disorders. In: Standards of care for headache diagnosis and treatment. Chicago (IL): National Headache Foundation; 2004. p. 4-18.
13. Matchar D, Young W, Rosemberg J, et al. Evidence-Based Guidelines for Migraine Headache in the Primary Care Setting. American Academy of Neurology May2000May A, Leone M, Afra J, et al. EFNS guidelines on the treatment of cluster headache and other trigeminal-autonomic cephalalgias. Eur J Neurol 2006;13(10): 1066-1077.
14. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica de Cefalea. 2006
15. Raskin N. Syntomatic treatment of Headache and facial pain. American Academy of Neurology. Annual Course444, 1989.
16. Saper Joel. Chronic Pain: Medical. Clinics of North America 1999; 83 (3): 663-690.



<p>Elaborado por:</p>	<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobado por:</p>	<p>Vigencia:</p>
<p>Departamento de Emergencia</p>	<p>Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico</p>	<p>Dirección General</p>	<p>2 AÑOS</p>

I. TAGLE L.

P. MAZZETTI S