



GUÍA DE MANEJO DE LA CEFALEA

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos necesarios para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento ambulatorio del paciente con cefalea, que produzca una atención oportuna, segura y costo-efectiva.

2. RESPONSABLES

Los responsables garantizar la adecuada implementación de esta guía son los Médicos generales y especialistas de Bienestar Universitario de la Universidad del Magdalena.

3. NIVELES DE EVIDENCIA (1)

La Candian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), fue elaborada por la Public Health Agency of Canada (PHAC) para desarrollar guías de prácticas clínicas que respaldasen las acciones de salud preventiva.

En sus inicios, este grupo hizo énfasis en el tipo de diseño utilizado y la calidad de los estudios publicados basándose en los siguientes elementos: Un orden para los GR establecidas por letras del abecedario donde las letras A y B indican que existe evidencia para ejercer una acción (se recomiendan hacer); D y E indican que no deben llevarse a cabo maniobras o acción determinada (se recomienda no hacer); la letra C, indica que la evidencia es “contradictoria” y la letra I, insuficiencia en calidad y cantidad de evidencia disponible para establecer una recomendación (Figura 1). Y, NE clasificados según el diseño de los estudios I a III, disminuyendo en calidad según se acrecienta numéricamente, para los cual son clasificados según validez interna o calidad metodológica del estudio (Figura 2 y 3).

Grados de recomendación	Interpretación
A	Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
B	Existe evidencia moderada para recomendar la intervención clínica de prevención.
C	La evidencia disponible es contradictoria y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la

	intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.
D	Existe evidencia moderada para NO recomendar la intervención clínica de prevención.
E	Existe buena evidencia para NO recomendar la intervención clínica de prevención.
I	Existe evidencia insuficiente (cualitativa y cuantitativamente) para hacer una recomendación; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.

Figura 1. Grados de recomendación para las intervenciones de prevención (CTFPHC)

Niveles de Evidencia	Interpretación
I	Evidencia existente surge a partir de ensayos clínicos CON asignación aleatoria.
II-1	Evidencia existente surge a partir de ensayos clínicos SIN asignación aleatoria.
II-2	Evidencia existente surge a partir de estudios de cohortes, y de casos y controles, idealmente realizados
II-3	Evidencia existente surge a partir de comparaciones en el tiempo o entre distintos centros, con o sin intervención; podrían incluirse resultados provenientes de estudios SIN asignación aleatoria.
III	Evidencia existente surge a partir de la opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informe de comités expertos.

Figura 2. Niveles de evidencia e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones (CTFPHC)

Grados de recomendación	Interpretación
Buena	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que cumple los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Moderada	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que no cumple (o no está claro que cumpla) al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado, aunque no tenga defectos metodológicos graves. los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Insuficiente	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que tiene un diseño al menos un defecto metodológico grave, o que no cumple (o no está claro que cumpla) , al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado. O, que no tenga defectos metodológicos graves, pero que acumule defectos menores que hagan que los resultados del estudio no permitan plantear recomendaciones.

Figura 3. Validez interna e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones de prevención (CTFPHC)

4. DEFINICIÓN

Las cefaleas son un grupo muy amplio y heterogéneo de entidades clínicas, y representan un importante problema de salud. Se denomina cefalalgia o dolor de cabeza a toda sensación dolorosa localizada en la bóveda craneal, desde la región frontal hasta la occipital; aunque en numerosas ocasiones, también se aplica a dolores de localización cervical y facial; puede ocurrir de forma aislada, o formando parte de un cuadro agudo más complejo (migraña), o de un proceso subyacente (Hemorragia Subaracnoidea, tumor cerebral, meningitis, alteraciones metabólicas) (2).

5. ETIOLOGÍA

En la generación de la cefalea intervienen 4 elementos: el sistema trigeminovascular (STV), el hipotálamo, los núcleos del tronco del encéfalo y la corteza cerebral (3). El STV está constituido por los vasos meníngeos y las fibras sensitivas procedentes de la primera rama del trigémino y de las primeras ramas cervicales. Algunos estímulos externos (alteraciones del sueño, estímulos químicos, físicos, alimento, estrés, etc.) pueden generar un

desequilibrio de las estructuras neuronales. Este desequilibrio puede ocasionar una onda de despolarización neuronal desde un punto concreto de la corteza con una expansión radial, que se propaga entre 2,5 y 5 mm/min (responsable del aura). A este fenómeno se le conoce como depresión cortical propagada (DCP) en la que se produce hipofunción transitoria de la corteza cerebral afectada. Se observan cambios en la vascularización cortical durante la DCP, con una fase de hiperfusión inicial seguida de una hiperfusión mantenida. Estos cambios provocan la activación de las fibras trigeminovasculares y sus aferencias meníngeas. Estas fibras, concretamente las tipo C y Ad, liberan factores como el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP), sustancia P (SP), neuroquinina A (NKA), glutamato y prostaglandinas entre otras, que generan una inflamación meníngea aséptica. Esta inflamación produce vasodilatación, agregación plaquetaria y extravasación de proteínas, activándose a su vez los nociceptores a través del nervio trigémino que, seguidamente, provocaría la activación de los núcleos del tronco, que serían los generadores de la sensación nociceptiva (4).

Los códigos de diagnóstico de la CIE-10 para Cefalea son:

Código	Descripción del Código
G440	Síndrome de cefalea en racimos
G441	Cefalea vascular, no clasificada en otra parte
G442	Cefalea debida a Tensión
G443	Cefalea Postraumática Crónica
G444	Cefalea inducida por drogas, no clasificada en otra parte
G448	Otros Síndromes de Cefalea Especificados
R51X	Cefalea

6. EPIDEMIOLOGÍA

La Cefalea es el trastorno más frecuentemente consultado en Atención Primaria. La edad de inicio se sitúa entre los 15 y 30 años, afectando a edades productivas entre los 22 y 55 años, observándose de manera excepcional durante la senectud. En Colombia, en la población en general cerca del 4% experimenta cefalea por más de 15 días al mes; la

prevalencia se sitúa en torno al 12%, el 17% en mujeres y el 7% en hombres de edad adulta (5).

7. CLASIFICACIÓN

Cefaleas Primarias: La cefalea por sí misma es la enfermedad y no hay otra etiología.

- Migraña: cefalea recurrente con episodios 4 a 72 horas de duración, cuyas características típicas del dolor son: localización unilateral, carácter pulsátil, intensidad moderada o severa, empeoramiento con la actividad física y asociación con náuseas o fotofobia, es considerado un trastorno primario con una alta prevalencia y un alto impacto socioeconómico y se clasifica en dos subtipos especialmente conocidos como migraña sin aura y migraña con aura.
 - ❖ Migraña sin Aura: se caracteriza por ataques de cefalea que ocurren entre 4 y 72 horas, caracterizado por dolor unilateral, pulsátil, de intensidad moderada a severa, agravada por la actividad física rutinaria y acompañada de náuseas, foto y fonofobia.
 - ❖ Migraña con Aura: se caracteriza por ataques recurrentes de minutos de duración, con síntomas visuales, sensoriales u otros unilaterales completamente reversibles, que usualmente se desarrollan gradualmente y son seguidos de cefalea (o la acompañan) de las características ya mencionadas. Dentro de ésta existen múltiples variantes como son la de forma basilar y retiniana, hasta formas hemipléjicas familiares (5).
- Cefalea Tensional: Caracterizada por cefalea típicamente bilateral tipo peso de intensidad leve a moderada que no se exacerba con la actividad física y no se asocia con náusea. Usualmente responde adecuadamente a medidas farmacológicas con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y medios físicos, sin embargo, si existe un proceso de sensibilización central y plasticidad ésta se puede convertir en un cuadro crónico por diversos años. Ambos tipos de cefaleas tienen un componente psicoafectivo que si se maneja puede ayudar a evitar la cronicidad del dolor.
- Cefalea tipo Clúster o en Racimo: Ocurren en patrones o brotes de ataques frecuentes (conocidos como clúster), pueden durar desde semanas hasta meses, y suelen seguirlos períodos largos de remisión, pueden desaparecer por meses o años. El dolor es intenso de un lado de la cabeza y se manifiesta acompañado de síntomas como secreción nasal o enrojecimiento o lagrimeo en los ojos.

- Otras primarias: hemicránea paroxística, estimulada por el frío, relacionada con la tos benigna, del ejercicio, relacionada con actividad sexual.

Cefaleas Secundarias: La cefalea se atribuye a una anomalía estructural o metabólica identificable. Esta incluye todos los diagnósticos específicos que requieran terapias dependientes del tiempo para prevenir complicaciones.

- Cefalea por traumatismo craneal/cervical.
- Cefalea por trastorno vascular craneal y/o cervical.
- Cefalea por trastorno intracraneal no vascular.
- Cefalea por administración o supresión de una sustancia.
- Cefalea atribuida a una infección.
- Cefalea atribuida a trastornos de la homeostasis.
- Cefalea o dolor facial por trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dientes, boca o de otras estructuras faciales o cervicales.
- Cefalea por trastornos psiquiátricos.

8. DIAGNÓSTICO

Criterios Clínicos

Se tratarán las tres causas más frecuentes de cefalea primaria:

- **Cefalea Tensional:** debe cumplir los siguientes criterios diagnósticos:
 - A. Por lo menos 10 episodios previos que cumplan los criterios B a D con un número de días de cefalea por año menor a 180.
 - B. Cefalea con una duración de 30 minutos a 7 días.
 - C. Dolor que cumpla por lo menos dos de las siguientes características:
 - ✓ Dolor opresivo no pulsátil.
 - ✓ Intensidad leve a moderada.
 - ✓ Localización bilateral.
 - ✓ No se agrave con la actividad física
 - D. Ambos de los siguientes síntomas: (1) sin náuseas o vómitos, (2) Sin fonofobia o fotofobia o sólo una de ellas presentes.
- **Cefalea tipo Clúster o en Racimo :** Debe cumplir los siguientes criterios diagnósticos:
 - A. Por lo menos 5 ataques previos que cumplan con los criterios B y D.

- B. Dolor severo unilateral u orbital, supraorbital y/o temporal, con una duración sin tratamiento de 15 a 180 minutos.
 - C. Dolor asociado con por lo menos, uno de los siguientes signos en el sitio de dolor:
 - ✓ Inyección conjuntival
 - ✓ Lagrimeo
 - ✓ Congestión nasal
 - ✓ Rinorrea
 - ✓ Sudoración en frente y facial
 - ✓ Miosis
 - ✓ Ptosis
 - ✓ Edema Palpebral
 - ✓ Frecuencia de los ataques: de un día por medio hasta ocho por día.
- **Migraña:** Se caracteriza por cefaleas periódicas, a menudo unilaterales, de tipo pulsátil, que se inicia en la infancia, la adolescencia o al principio de la edad adulta (80% antes de los 30 años) que recurren con frecuencia decreciente con el paso de los años. La relación mujer/hombre es de 3:1 (3).
 - **Migraña sin aura:** debe cumplir los siguientes criterios diagnósticos:
 - A. Sufrir por lo menos 5 ataques que cumplan con los criterios B a D.
 - B. Cefalea que dure de 4 a 72 horas no tratadas o insuficientemente tratadas.
 - C. Por lo menos dos de las siguientes características del dolor:
 - ❖ Localización Unilateral
 - ❖ Calidad pulsátil
 - ❖ Intensidad moderada a severa
 - ❖ Agravamiento con la actividad física habitual
 - D. Durante la cefalea deben presentarse uno de los siguientes: (1) Náuseas y/o Vómitos, (2) Fonofobia o Fotofobia.
 - **Migraña con Aura:** se caracteriza por presentar disturbios visuales homónimos, fotopsias, visión borrosa, parestesias unilaterales, debilidad unilateral, afasia o dificultad de la palabra.

El pródromo debe ser distinguido del aura, puede durar de horas a días y usualmente se asocia con cambios de carácter y apetito.

Criterios:

- A. Por lo menos dos ataques que cumplan el criterio B a D.
 - B. Aura consistente en al menos uno de los siguientes síntomas pero sin debilidad:
 - Síntomas visuales reversibles
 - Síntomas sensitivos reversibles
 - Trastornos del lenguaje reversibles
 - C. Al menos dos de los siguientes:
 - ✓ Síntomas visuales homónimos y/o síntomas visuales unilaterales
 - ✓ Al menos uno de los síntomas del aura se desarrolla gradualmente en más de 5 minutos y/o los diferentes síntomas del aura ocurren en sucesión durante más de 5 minutos.
 - ✓ Cada síntoma dura entre 5 a 60 minutos.
 - D. Cefalea que cumple criterios de migraña sin aura y que comienza durante el aura o un máximo de 60 minutos después de haber finalizado el aura.
- *Migraña Complicada:*
- Oftalmopléjica: Es rara y más común vista e niños y adultos jóvenes. Afecta el III, IV, VI par craneal. Ha sido reportado el daño permanente del III par craneal.
 - Hemipléjica: síntomas motores y sensitivos unilaterales que duran más que la cefalea. Su recuperación completa puede tardar semanas y puede haber debilidad completa después de varios ataques.
 - Basilar: afecta predominantemente en mujeres jóvenes. Síntomas: vértigo, diplopía, tinitus, ataxia, alteración de la conciencia y alteraciones visuales que comúnmente afectan ambos campos visuales.

9. AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Ante un examen neurológico normal y si la historia clínica sugiere una cefalea de origen primario, el uso de la Tomografía Axial Computarizada (TAC) o la Resonancia Nuclear Magnética (RNM) no aporta ninguna información y no tiene justificación. Esto tiene la misma validez que la Electroencefalografía (EEG).

Se pueden solicitar algunos exámenes cuando se sospecha de una cefalea secundaria como: Cuadro Hemático para descartar procesos infecciosos o anemia, glicemia para

evaluar causas metabólicas, Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) en el caso de una arteritis temporal cuyo valor esperado estará elevado por encima de 40mm/h.

Si se trata de un dolor atípico en presentación y/o evolución y se encuentra déficit en el examen neurológico se debe considerar como criterio de remisión especializado para solicitud de estudios neuroimagenológicos ([Ver criterios de remisión](#)).

10. TRATAMIENTO (3)

- **Manejo Sintomático:** el tiempo de duración e individualizado lo determina el control que se logre de los síntomas:

a) *Analgésicos/AINES*

- * Ácido Acetil Salicílico tabletas dosis de 500 a 1000 mg oral cada 8 a 12 horas.
- * Naproxeno 250 a 500 mg tabletas oral cada 8 a 12 horas.
- * Ibuprofeno 400 mg tabletas oral cada 6 horas.
- * Diclofenaco 50 a 100 mg tabletas oral cada 8 a 12 horas.
- * Acetaminofén + Codeína 500/30MG tabletas oral cada 8 horas.
- * Dipirona + Isometepteno Clorhidrato + Cafeína 300/30/30mg 40 gotas o una tableta oral cada 6 horas.

b) *Antieméticos:*

- * Metoclopramida 10 mg tabletas oral según síntomas y repetir cada 8 horas máximo.

c) *Ergóticos:*

- * Ergotamina + Cafeína 1mg/100mg oral 2 tabletas en el pródromo y si es necesario una tableta más a la media hora.

11. Terapia Profiláctica en Migraña

Indicaciones

- ✓ Cuando los ataques de migraña son más de dos veces al mes.
- ✓ Episodios aislados de migraña que produzca incapacidad o que sean muy prolongados.
- ✓ No hay respuesta al tratamiento abortivo durante el ataque agudo.
- ✓ Estado migrañoso.
- ✓ Infarto migrañoso.
- ✓ Episodios predecibles: menstruales, durante la noche, durante el ejercicio, época determinada, alturas.

Duración del Tratamiento

El tratamiento debe mantenerse por lo menos 6 a 8 meses y si es necesario podría ser continuo. Debe suspenderse lentamente para evitar las recidivas.

Farmacoterapia

Idealmente debe ser monoterapia. Durante el seguimiento es importante que el paciente lleve el diario de las características de la cefalea para evaluar con objetividad el resultado del tratamiento profiláctico. Todos los medicamentos profilácticos tienen el efecto de disminuir el número de episodios migrañosos en un 50%; por lo tanto, el medicamento elegido debe ser individualizado y se debe evaluar el riesgo/beneficio para el paciente en cuanto a efectos indeseables, tóxicos, eficacia clínica y científica comprobada.

Medicamentos	Eficacia Clínica	Eficacia Científica	Efecto Adverso
Beta Bloqueadores: -Propranolol 40 – 120 mg tabletas oral 2 veces/día -Metoprolol 100 a 200 mg tableta oral/día.	++++	++++	++ Debilidad, frialdad, diabetes, depresión, bloqueos.
Valproato Sódico: Desde 400-600 mg tableta oral 2 veces al día	+++	+++	++ Temblores, alopecia, aumento de peso, hepatotoxicidad.
Naproxeno: 500 mg tableta oral dos veces al día	++	+++	++ Gastritis, úlceras.
Amitriptilina: 25-75 mg tableta oral al acostarse	+++	++++	+++ Sedación, sequedad bucal, obesidad, glaucoma.
Flunarizina: 5-15 mg tableta oral al acostarse	+++	++++	+++ Sedación, parkinsonismo, obesidad, depresión.
Gabapentin 600-800 mg tableta oral en una o dos dosis/día	+++	+++	++ Somnolencia, mareos.
Pregabalina: 75 ó más mg/día	+++	+++	++ Somnolencia, estado de confusión, agitación, inquietud.

12. PREVENCIÓN

- Educar al paciente sobre su enfermedad, las limitaciones de la medicación y efectos secundarios por abuso.
- Evitar los desencadenantes del dolor controlando la alimentación, el estrés, durmiendo con un horario regular y practicando ejercicio regularmente.
- Evitar la automedicación.
- Evitar los perfumes y olores fuertes al igual que el cigarrillo.

13. CRITERIOS DE REMISIÓN

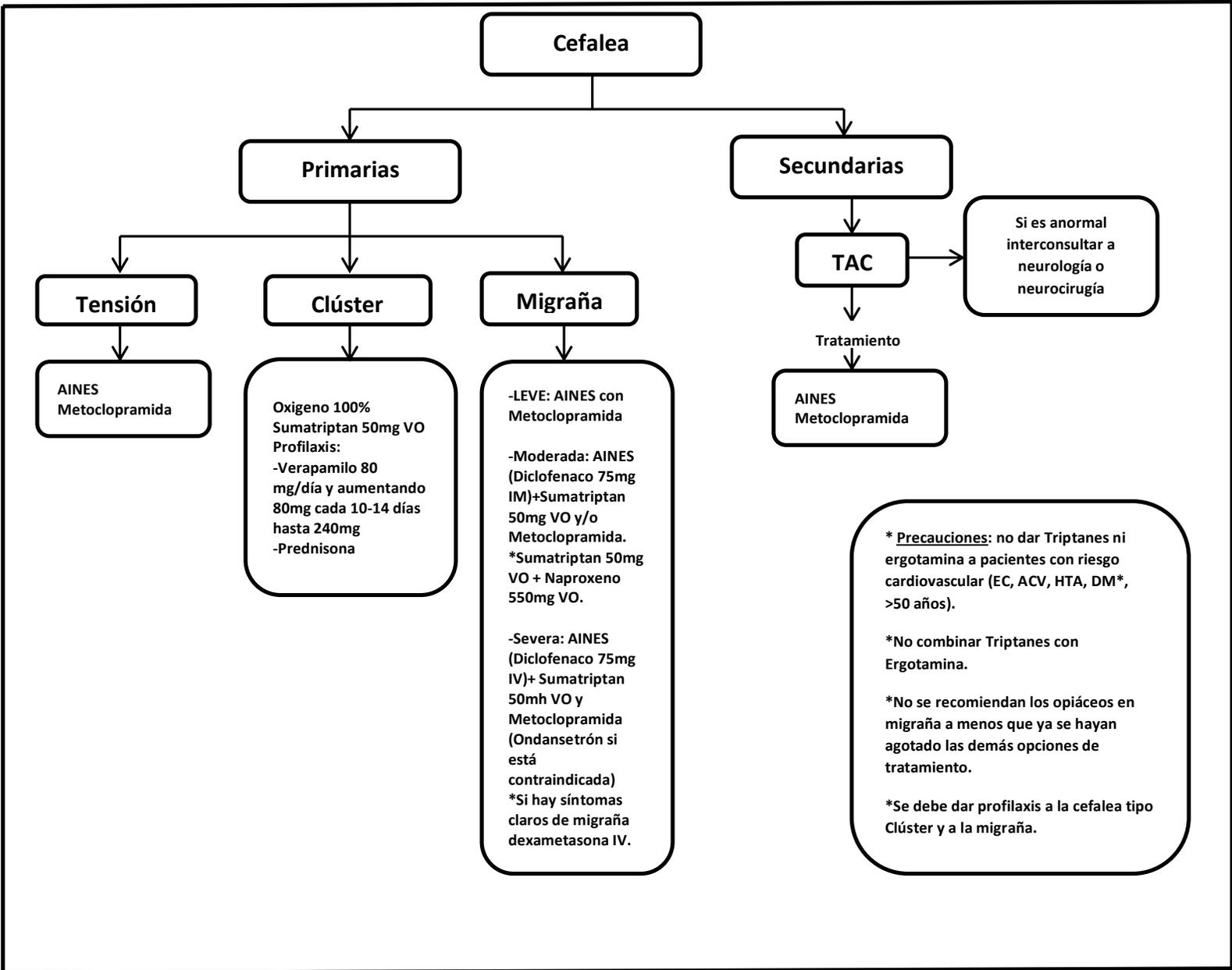
A Urgencias

- Cefalea de presentación aguda con sospecha de posible hemorragia Subaracnoidea.
- Cefalea de presentación aguda de etiología confusa.
- Sospecha de cefalea secundaria grave.
- Aparición de signos neurológicos focales, irritación meníngea y alteración del nivel de la conciencia con o sin aumento de la temperatura, de aparición reciente.
- Persistencia de una cefalea intensa a pesar del tratamiento sintomático adecuado.

A Especialista:

- Sospecha clínica de cefalea secundaria que no precisa por su gravedad ser enviada a urgencias.
- Presencia de signos anormales en la exploración neurológica que por su aparente grado de compromiso no requiera envío urgencias.
- Cefalea que no mejor a pesar de al menos un intento terapéutico preventivo.

14. ALGORITMO MANEJO CEFALEA



Fuente: Propia

15. BIBLIOGRAFÍA

1. Mangterola C ALCOT. Revista Chilena de infectología. [Online].; 2014. Acceso 14 de Abril de 2021. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000600011#f1.
2. ESE Hospital Local cartagena de Indias. Protocolo de Manejo de la Cefalea. [Online].; 2004. Acceso 14 de Diciembre de 2021. Disponible en:
<https://studylib.es/doc/686560/cefalea---ese-cartagena-de-indias>.
3. Friedman BW. HM,ED,GB,CJ,BTea. Applying the linternational Classification of Headache Disorders to the emergency department: an assessment of reproducibility and the frecuency with which a unique diagnosis can be assigned to every acute headache presentation. Ann Emerg Med. 2007; 49(4): p. 409-419.
4. Grupo de Estudios de Cefaleas de kla Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). Guía Oficial de Cefaleas 2019. [Online].; 2019. Acceso 14 de Diciembre de 2021. Disponible en: https://www.saneurologia.org/wp-content/uploads/2019/03/Guia_Cefaleas_san-2019.pdf.
5. SV. R. Factores de riesgo para la progresión de cefalea primaria tipo migraña o tipo tensión episódica a cefalea crónica diaria en una población adulta de Bogotá-Colombia. [Online].; 2017. Acceso 14 de Diciembre de 2021. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/13433>.

16. REGISTROS

- BU-F-004 Formato para el Registro Diario de Consultas de Salud y Desarrollo Humano.

REGISTRO DE MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Ítem modificado	Descripción

No aplica a la primera versión

Elaboró	Revisó	Aprobó
<p><i>Comité de calidad Servicios de Salud Unimagdalena 17/01/2022</i></p>	<p><i>Yineth Pérez Torres Responsable Mejora Continua Sistema de Gestión COGUI+ Grupo de Gestión de la Calidad 19/01/2022</i></p>	<p><i>Jesús Suescún Arregocés Director Bienestar Universitario responsable de Bienestar Universitario 20/01/2022</i></p>