

Protocolo de CEFALEAS (Dr.)

Última actualización:

CLASIFICACIÓN

CEFALEAS PRIMARIAS: SIN LESIÓN CEREBRAL SUBYACENTE

- Migraña
- Cefalea a tensión.
- Cefalea en acúmulos.
- Hemicránea paroxística crónica.
- Miscelánea: Cefalea punzante idiopática, Cefalea por compresión externa, Cefalea benigna por la tos, Cefalea asociada al ejercicio físico.
- Cefalea crónica diaria.

CEFALEAS SECUNDARIAS: CON ALTERACIÓN CEREBRAL SUBYACENTE

- Traumatismo craneal.
- Trastornos vasculares.
- Enfermedad intracraneal de origen no vascular.
- Ingesta o supresión de determinadas sustancias.
- Trastornos metabólicos.
- Alteración de las estructuras faciales o craneales (ojos, oídos, nariz y senos, mandíbulas...)
- Neuralgia craneal y facial.

CRITERIOS DE GRAVEDAD O MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE ALARMA EN UNA CEFALEA

- Cefalea intensa de inicio agudo.
- Cefalea de comienzo reciente en personas mayores de 40 años.
- Cambio reciente de una cefalea crónica, sin motivo aparente, en su frecuencia, intensidad, duración o localización.
- Cefalea subaguda de frecuencia y/o intensidad creciente.
- Unilateralidad estricta (excepto cefalea en racimos, hemicránea paroxística crónica, neuralgia occipital, neuralgia del trigémino y hemicránea continua).
- Cefalea que empeora con el sueño, decúbito o maniobras de Valsalva.
- Falta de respuesta a los tratamientos habituales.
- Cefalea asociada a signos de disfunción neurológica (alteraciones del comportamiento y carácter, focalidad neurológica, crisis comiciales, papiledema, fiebre, rigidez de nuca y/o signos meníngeos positivos).
- Cefalea desencadenada exclusivamente por la tos o el esfuerzo.
- Migraña con áurea cuyo déficit neurológico focal no es cambiante en lateralidad ni en expresividad clínica.
- Cefalea crónica diaria de inicio reciente.

Para evaluar la gravedad potencial de una cefalea el principal parámetro es su curso temporal distinguiendo los distintos grupos semiológicos:

- Cefalea aguda de reciente comienzo (carácter de urgencia).
- Cefalea aguda recurrente (migraña).

- Cefalea subaguda regresiva (orgánica).
- Cefalea crónica no progresiva (tensional)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS CEFALÉAS SEGÚN EL PERFIL TEMPORAL

CEFALEA AGUDA DE RECIENTE COMIENZO

- Inicio súbito (hasta 30 min)
- Intensidad muy severa.
- Ausencia de episodios similares previos.
- Localización bilateral y difusa o frontooccipital.
- Relación con la maniobra de Valsalva.
- Rigidez de nuca.
- Náuseas y vómitos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- HSA.
- Meningitis y encefalitis aguda.
- ACVA.
- Cefalea vascular.
- Ingesta excesiva de alcohol.
- Asociada a procesos febriles.
- Cefalea postpunción lumbar.
- Cefalea coital benigna y tusígena.
- Arteritis de la arteria temporal.
- Encefalopatía hipertensiva.
- Trombosis de senos venosos.
- Causa ocular u ORL.

CEFALEA AGUDA RECURRENTE

- Inicio agudo o subagudo.
- Intensidad severa.
- Cefaleas similares previas.
- Carácter pulsátil.
- Predominantemente hemicraneal.
- Asociado a: Fotofobia, fonofobia, náuseas y/o vómitos, lagrimeo, rinorrea o taponamiento nasal.
- Primer episodio a los 15-40 años.
- Exploración neurológica normal.
- Duración con o sin tratamiento: min-72 horas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Migraña.
- Cefalea en racimos.
- Neuralgia del trigémino.

CEFALEA CRÓNICA PROGRESIVA

- Inicio subagudo, desde molestia leve.
- Progresión lenta en días-semanas.
- Localización bilateral frontooccipital u holocraneal.
- Intensidad moderada.
- Cefalea continua más intensa por las mañanas.
- Presencia de papiledema en los estadios más avanzados.
- Puede haber déficit neurológico focal en la exploración.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Tumores supra e infratentoriales.
- Hematoma subdural.
- Absceso cerebral.
- Pseudotumor cerebral.
- Trombosis de los senos venosos.
- Fármacos: Retirada de la medicación esteroidea, intoxicación por plomo, vitamina A y tetraciclinas.

CEFALEA CRÓNICA NO PROGRESIVA

- Inicio subagudo.
- No hay progresión de la enfermedad.
- Localización holocraneal.
- Intensidad leve-moderada.
- Carácter opresivo
- Asociada generalmente a otros cuadros (ansioso-depresivos).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Cefalea tensional episódica (menos de 15 días al mes)
- Cefalea tensional crónica (más de 15 días al mes) asociada o no al abuso de analgésicos.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA CEFALAS SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Tipo	Inicio	Localización	Duración	Frecuencia	Intensidad	Cualidad	Sexo	Síntomas
MIGRAÑA	13-35	Hemicraneal	4-72h	Variable	Moderada-Severa	Pulsátil	M>H	Náuseas, vómitos, fotofonofobia
CEFALEA TENSIONAL	cualquiera	Bilateral	30min-7días	De ocasional a diaria	Leve o leve-moderada	Pesadez opresiva	M>H	Ninguno
CEFALEA en ACÚMULOS	15-40	Unilateral retroorbitaria	15-180min	A diarios durante semanas o meses	Intensísima, penetrante.	Severa	H>M	Inyección conjuntiva, lagrimeo, miosis, rinorrea
CEFALEA ORGÁNICA	cualquiera	Variable	Variable	Intermitente, nocturna o al despertar	Moderada	Constante, sorda, apagada	M=H	Vómitos, rigidez de nuca, déficit neurológico
HSA	Cualquiera	Global, occipito-nucal	Variable	Única	Agudísima, atroz	Explosiva	H=M	Náuseas, vómitos, rigidez de nuca, pérdida de consciencia
NEURALGIA TRIGÉMINO	50-70	2º-3º -> 1ª división	Segundos, ocurre en descargas	Paroxística	Agudísima	Como descarga eléctrica	H=M	Punto tigger, tics
ARTERITIS DE LA TEMPORAL	>55	Temporal, cualquier región	Intermitente, luego continua	Continua	Variable	Variable	H=M	Arterias doloridas, polimialgia reumática
HEMICRANEAL CONTINUA	11-58	Unilateral	Todo el día con exacerbaciones	Diaria o constante	Moderada	Dolor moderado y punzadas	M>H	Fotofobia, lagrimeo, congestión nasal
HEMICRANEAL PAROXÍSTICA CRÓNICA	Adulto	Unilateral, orbitario o temporal	2-45min	>5veces al día	Intensísima	Severa	M>H	Inyección conjuntival, lagrimeo, rinorrea
CRÓNICA DIARIA	30-40	Variable holocraneal	Varias horas o todo el día	Diaria o constante	Leve-moderada	Variable	M>H	Larga historia de migraña, cefalea tensional y abuso de

TRATAMIENTO

MIGRAÑA

CRISIS LEVES-MODERADAS:

- **Analgésicos/AINES (VO):** Paracetamol 1gr, AAS 1gr, Naproxeno 500-1100mg, Ketorolaco 30-60mg, Ibuprofeno 600-1200mg.
- **Antieméticos:** metoclopramida 10 mg, domperidona 10-30mg.
- **En caso de no eficacia:** Agonistas serotoninérgicos 5-HT 1 B/ 1D

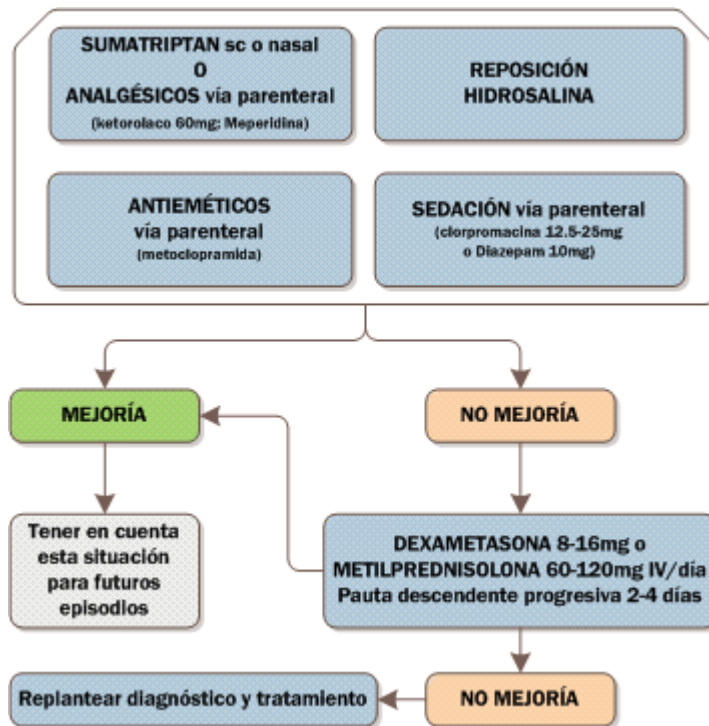
CRISIS MODERADAS-INTENSAS:

- **Agonistas serotoninérgicos 5-HT 1 B/ 1D:**
 - Sumatriptán 50-100mg VO, 20mg nasal ó 6 mg SC.
 - Naratriptán 2.5-5mg comprimido o dispersable.
 - Zolmitriptán 2.5-5mg comprimido o dispersable.
 - Rizatriptán 10mg VO ó 10 mg liotab
 - Almotriptán 12.5 mg VO
- **Analgésicos (AINE) IM:** diclofenaco 75mg, ketorolaco 30-60 mg.
- **Antieméticos:** metoclopramida 10 mg IM, domperidona 10-30mg VO

ESTATUS MIGRAÑOSO: EPISODIO DE MIGRAÑA CON CEFALEA QUE NO MEJORA A PESAR DE TRATAMIENTO DURANTE > 72 HORAS.

- **Sumatriptán** 6mg SC, 20mg nasal
- **Analgésicos** (V. parenteral): AINE: Ketorolaco 30-60 mg, diclofenaco 75mg. OPIACEOS (situaciones especiales) meperidina 100mg.
- **Antieméticos** (V. parenteral): metoclopramida 10mg.
- **Reposición hidrosalina intravenosa.**
- **Sedación** vía parenteral con Clorpromazina 12.5-25 mg ó diacepán 10 mg.
- **Corticoides:** Si falla todo lo previo: Dexametasona 4-20 mg (reducir gradualmente a partir de 2-4 días), Metilprednisolona 60-120mg parenteral (reducir gradualmente a partir de 2-4 días).

CRISIS INTENSAS-PROLONGADAS Y/O STATUS MIGRAÑOSO



TRATAMIENTO PREVENTIVO:

- **¿Cuándo?**
 - Frecuencia ≥ 3 ataques /mes
 - Frecuencia < 3 ataques /mes si presenta:
 - Ataques muy intensos e incapacitantes.
 - Asociación con manifestaciones neurológicas focales.
 - Ataques de duración prolongada.
- **¿Cómo?**
 - **B-Bloqueantes:** Propranolol 40-140 mg/día o Atenolol 50-100mg/día
 - **Calcio-antagonistas:** Flunaricina 2.5-5mg al día, Nicardipino 40-60 mg/día en 2-3 dosis, Verapamilo 80-240 mg/día en 1-3 dosis.
 - **Antidepresivos:** Amitriptilina 25-75 mg al día.
 - **Ac. Valproico:** 200mg durante 1 semana, 400 mg durante 1 semana y 500mg posteriormente.

CEFALEA TENSIONAL

- **Tipos:**
 - **Episódica:** < 15 episodios al mes
 - **Crónica:** ≥ 15 episodios al mes durante 6 meses.
- **Tratamiento sintomático:** Analgésicos-AINES. Evitar ergotamínicos, cafeína y codeína.
- **Tratamiento preventivo:** En C. tensión crónicas y episódicas que obligue a toma de analgésicos durante más de 8 días al mes.
 - 1ª Opción: ADT (amitriptilina 10-75 mg al día ó imipramina 25-75 mg al día) y se puede asociar Diacepán 5-10mg / 12 h.
 - 2ª Opción: ISRS: Sertralina 50 mg / día o Citaloprán 20mg /día.

CEFALEA EN ACÚMULOS

- **Tipos:**
 - Episódica: Los períodos de acúmulo duran entre 7 días y 1 año separado por períodos sin dolor que duran 14 días o más.

- Crónica: Los episodios de acúmulo se producen durante más de 1 año sin remisiones o con remisiones que duran menos de 14 días.
- **Tratamiento sintomático de los ataques:**
 - Sumatriptán 6 mg SC que se puede repetir cada 12 horas.
 - Oxígeno en mascarilla al 100%.
- **Tratamiento preventivo:**
 - Variante episódica:
 - Prednisona: 40-80mg en dosis matutina. Mantener hasta dos semanas libre de dolor y posteriormente supresión gradual en 2-3 semanas. Se puede administrar solo o asociado a verapamilo.
 - Verapamilo: 240-360 mg/día repartidos en 3-4 tomas. Mantener hasta 2 semanas libres de dolor y después reducir 80 mg cada 3 días.
 - Carbonato de Litio: 200-400mg cada 12 horas. Sólo si fracasa lo anterior. Mantener niveles plasmáticos de 0.15-1 mEq/l. Mantener hasta dos semanas libre de dolor y reducir 150mg cada 3 días.
 - Si fracasa lo previo valorar Valproato, asociaciones Verapamilo + Litio.
 - Variante crónica:
 - Carbonato de Litio: 200-400mg cada 12 horas. Es el fármaco de elección, sólo o asociado a verapamilo. Si desaparece la cefalea mantener 1 mes y suspender.
 - Verapamilo: 240-360 mg/día repartidos en 3-4 tomas. Si no mejoría asociar tartrato de ergotamina.
 - Tartrato de ergotamina: 1-2 mg/día/ vía rectal.
 - Si fracasa lo previo valorar Capsaicina, Valproato, Clorpromazina y cirugía en casos excepcionales.

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

Tratamiento sintomático:

- **Carbamacepina:** 600-1200 mg vo, comenzando por 300mg/día aumentando 100mg/día.
- **Baclofén:** empezar con 5 mg /8 horas hasta llegar si precisa hasta dosis de 75mg/ día dividido en tres tomas.
- **Clonacepán:** Se suele dar asociada a carbamacepina a dosis máxima de 20 mg/día.
- **Fenitoína:** 200-400 mg/día.
- **Gabapentina:** 900-2400 mg/día. Se inicia con dosis de 300mg cada 8 horas.
- **Lamotrigina:** empezar con dosis de 25mg/día y se aumenta progresivamente 25 mg cada 15 días hasta llegar a una dosis terapéutica de 100-250 mg/día.
- **Amitriptilina:** empezar con dosis de 25mg/día y aumentar según respuesta hasta 25 mg/ 6 h.
- **Topiramato:** 25mg al día con incrementos semanales de 25 mg hasta llegar a dosis de 100-200mg en dos tomas.
- Excepcionalmente **tratamiento quirúrgico** si no hay respuesta al tratamiento médico.

HEMICRANEA PAROXÍSTICA CRÓNICA

Tratamiento sintomático: Indometacina a dosis de 50-250 mg/día. Respuesta espectacular al tratamiento que incluso apoya el diagnóstico del cuadro.

HEMICRANEA CONTINUA

Respuesta absoluta y persistente a la indometacina a dosis de 75-125 mg al día.

DERIVACIÓN

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

- Estatus migrañoso.
- Migraña con aura prolongada (> 60min).
- Cefalea crónica diaria por abuso de fármacos, que no ha respondido a los protocolos de tratamiento ambulatorio.
- Sospecha de cefalea secundaria.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A CONSULTA ESPECIALIZADA

- Incertidumbre diagnóstica.
- Cefaleas primarias sin respuesta al tratamiento.
- Cefalea crónica diaria sin o con abuso de medicación.
- Tratamiento complejo por la interferencia de la medicación con otros problemas médicos del paciente.
- Cefalea en racimos.
- Neuralgia del trigémino.
- Hemicránea paroxística crónica.
- Cambios en las características habituales de una cefalea.

