
 <b>Hospital General Universitario Dr. Balmis</b>	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>1</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico	06	marzo	2025	

## GUÍA ESPECÍFICA DE ACTUACIÓN EN CEFALÉAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS GENERALES


Departamento de Salud Alicante-Hospital General Universitario Dr. Balmis



 <b>Hospital General Universitario Dr. Balmis</b>	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>2</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico	06	marzo	2025	

## ÍNDICE

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. OBJETIVOS**
- 3. ALCANCE**
- 4. PERSONAL IMPLICADO**
- 5. DESCRIPCIÓN DE LA GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL ADULTO**
  - A. EVALUACIÓN INICIAL EN TRIAJE**
  - B. UBICACIÓN DEL PACIENTE**
  - C. DATOS A RECOGER EN LA HISTORIA CLÍNICA**
  - D. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**
  - E. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**
  - F. TRATAMIENTO**
  - G. BLOQUEO DEL NERVIO OCCIPITAL MAYOR**
  - H. CRITERIOS DE INTERCONSULTA A NEUROLOGÍA.**
- 6. BIBLIOGRAFÍA**
- 7. ANEXOS**
- 8. ALGORITMO DE ACTUACIÓN**
- 9. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO Y CONTROL DE CAMBIOS**

 <b>Hospital General Universitario Dr. Balmis</b>	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>3</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico	06	marzo	2025	

## 1. INTRODUCCIÓN

Los pacientes con dolor de cabeza que consulta en urgencias constituyen entre el 2 y el 4% de las visitas a los Servicios de Urgencias. La diferenciación entre el pequeño número de pacientes con cefaleas potencialmente mortales y la inmensa mayoría con cefaleas primarias benignas es un problema importante ya que la falta de reconocimiento de una cefalea grave puede tener importantes consecuencias que incluyen desde déficits neurológicos permanentes hasta la muerte.

## 2. OBJETIVOS


- Establecer un enfoque sistemático para la evaluación y manejo de pacientes con cefalea en el servicio de urgencias.
- Identificar y tratar rápidamente las cefaleas secundarias potencialmente graves.
- Optimizar el manejo de las cefaleas primarias, como la migraña y la cefalea tensional, para reducir la morbilidad y mejorar la calidad de vida del paciente.

## 3. ALCANCE

Este procedimiento será de aplicación a todo el personal del Servicio de Urgencias Generales del Hospital General Universitario de Alicante

## 4. PERSONAL IMPLICADO

PERSONAL	RESUMEN DE FUNCIONES
<b>Facultativo/a</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facultativos/as de urgencias: las propias del/la facultativo/a de urgencias,</li> <li>▪ Facultativos/as de otras especialidades: las propias de la especialidad,</li> <li>▪ Jefe/a de la Guardia: coordinar y garantizar el cumplimiento del protocolo</li> </ul>
<b>Enfermera</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Triage de Urgencias: valoración de triaje y las descritas en el protocolo</li> <li>▪ Enfermera de Urgencias: atención integral de enfermería al paciente</li> </ul>
<b>TCAE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizarán sus tareas designadas en su puesto de trabajo en Urgencias.</li> </ul>
<b>Personal Administrativo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se encargará de realizar la admisión de la paciente en Urgencias.</li> </ul>
<b>Celador/a</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El equipo de celadores realizará las tareas propias de apoyo en Urgencias</li> </ul>
<b>Personal de seguridad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Funciones de vigilancia y protección en caso de ser necesario a requerimiento del personal sanitario.</li> </ul>

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>4</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico	06	marzo	2025	

## 5. DESCRIPCIÓN DE LA GUÍA DE ACTUACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL ADULTO

### A. EVALUACIÓN INICIAL EN TRIAJE.

Al detectar en la sala de triaje de enfermería pacientes con cefalea se realiza una valoración inicial que incluye:

- Presión arterial
- Temperatura
- Saturación O2
- Escala de Coma de Glasgow (GCS)
- Clasificación del dolor: insoportable , muy intenso , intenso o moderado

### B. UBICACIÓN DEL PACIENTE :

Dependerá de la evaluación inicial realizada en triaje:


- Glasgow <9: Box RCP
- Inestable hemodinámicamente, Glasgow 9 - 14 o dolor insoportable en área de encamados.
- En el resto de casos si las constantes son normales, dependerá de la intensidad del dolor la ubicación final del paciente, pudiendo ser área de encamados (nivel 2), sillones o área ambulatoria.

### C. DATOS A RECOGER EN LA HISTORIA CLÍNICA

Realizaremos una evaluación inicial en urgencias que incluya una :

#### Historia Clínica Dirigida


- Características del dolor: Localización, intensidad, calidad (pulsátil, opresivo), duración, frecuencia, factores agravantes/aliviadores.
- Síntomas asociados: Náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia, aura visual o sensitiva.
- Factores de riesgo: Antecedentes personales y familiares de cefaleas, traumatismos craneales recientes, infecciones, hipertensión arterial, uso de medicamentos (especialmente analgésicos).

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>5</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico	06	marzo	2025	

- **Signos de alarma:**
  - Cefalea de inicio brusco o explosivo, tras esfuerzo o maniobra de Valsalva
  - Cambio en el patrón habitual de la cefalea.
  - Inicio reciente con aumento progresivo en intensidad y frecuencia.
  - Cefalea asociada a fiebre, rigidez de nuca, alteración del nivel de conciencia, déficit neurológico focal, papiledema.
  - Cefalea en pacientes con inmunodepresión, neoplasias, o antecedentes de coagulopatías.
  - Cefalea en portadores de derivación ventrículo-peritoneal
  - Cefalea de inicio reciente en pacientes con más de 50 años
  - Cefalea y alteración del comportamiento o conducta
  - Dolor que despierta por la noche o es de predominio nocturno
  - El dolor no responde a tratamientos teóricamente correctos.

#### **Exploración Física**


- Exploración neurológica completa: Nivel de conciencia, pares craneales, fuerza, reflejos, sensibilidad, marcha, signos meníngeos.
- Exploración general: Tensión arterial, frecuencia cardíaca, auscultación cardíaca, palpación de arterias temporales, palpación de puntos dolorosos craneales, senos paranasales, articulación temporomandibular y región cervical.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>6</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico	06	marzo	2025	

## D. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### Cefaleas Primarias:


- Migraña:
  - Al menos 2 de los siguientes 4 puntos:
    - 1. Localización unilateral.
    - 2. Calidad pulsátil.
    - 3. Intensidad moderada-grave.
    - 4. Se agrava con las actividades físicas habituales o impide la realización de estas.
  - Al menos 1 de los siguientes 2 puntos:
    - 1. Náuseas y/ vómitos.
    - 2. Fotofobia y fonofobia. Osmofobia.
- Cefalea tensional.
  - Duración de 30 minutos a 7 días.
  - Al menos 2 de los siguientes 4 puntos:
    - 1. Localización bilateral.
    - 2. Calidad opresiva (casco)
    - 3. Intensidad leve o moderada.
    - 4. No empeora con la actividad física habitual.
  - Sin náuseas ni vómitos.
  - Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas).

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>7</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico	06	marzo	2025	

- Cefalea en racimos:
  - Dolor intenso o muy intenso, estrictamente unilateral, orbitario, supraorbitario o temporal, de 15 a 180 minutos de duración (sin tratamiento).
  - Cualquiera o 2 de los siguientes:
    - 1. Síntomas autonómicos homolaterales (al menos 1): Inyección conjuntival y/o lagrimeo, congestión nasal y/o rinorrea, edema palpebral, sudoración frontal y facial, rubefacción frontal y facial, sensación de taponamiento en los oídos, ptosis y/o miosis.
    - 2. Sensación de inquietud o agitación.
- Cefalea por abuso de analgésicos.

#### **Cefaleas Secundarias:**


- Hemorragia subaracnoidea.
- Meningitis o encefalitis.
- Hipertensión intracraneal idiopática.
- Arteritis de la temporal.
- Trombosis venosa cerebral.
- Hipertensión arterial severa.
- Disección arterial cervical.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>8</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico	06	marzo	2025	

## **E. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

- TAC craneal urgente en cefalea con signos de alarma o cefalea aguda e intensa con afectación del estado general que no responde a analgésicos. En caso de ser una alta sospecha de disección arterial, hemorragia subaracnoidea de origen aneurismático o trombosis venosa cerebral, se debe incluir en los datos clínicos de la petición, así como si el paciente tiene antecedentes de aneurismas o malformaciones vasculares independiente de si están tratadas o no. En estos casos y en función de los hallazgos en el TC de cráneo basal, se completará el estudio con Angio-TC de TSA y polígono de Willis.
- Punción lumbar si se sospecha meningitis o hemorragia subaracnoidea con TAC negativo.
- Análisis de sangre: Hemograma, coagulación, bioquímica con PCR, función renal y hepática.
- Angio-TAC en caso de sospecha de disección arterial o trombosis venosa cerebral.




 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>9</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico	06	marzo	2025	

## F. TRATAMIENTO:

### Cefaleas Primarias

- **Migraña:**


- Primero: AINEs (ketorolaco 30 mg iv, Dexketoprofeno 50 mg iv) + metoclopramida 10 mg iv
- Si no hay mejoría: Triptanes, si no hay contraindicaciones: Sumatriptán 6 sc, hasta 2 dosis separadas como mínimo 1 hora o rizatriptán 10 mg bucodispersable, hasta 2 dosis separadas como mínimo 2 horas
- Si no hay mejoría: bloqueo de nervio occipital mayor (Bloqueo NOM) UNI O BILATERAL (ANEXO 1): Valorar bloqueo NOM de forma inicial si antecedentes de cuadros previos refractarios a analgesia y donde los bloqueos NOM han sido efectivos.
- Si no hay mejoría: Valproato: 400-1000 mg iv (no en mujeres en edad fértil) y/o Levomepromazina 25 mg iv .
- En crisis prolongadas o discapacitantes asociar corticoides iv: Dexametasona 4-12 mg iv o Metilprednisolona 60 mg iv
- Puede utilizarse Diazepam 5 mg (puede ayudar a reducir la ansiedad que acompaña el dolor y facilitar el sueño lo que habitualmente mejora el dolor)
- En caso de intolerancia digestiva, hipertensión arterial no controlada, otra contraindicación para el uso de AINES se sugiere utilizar metamizol 2 g iv. En caso de alergia a AINES paracetamol 1 g iv,
- En caso de embarazo: Paracetamol 1 g iv y/o bloqueo anestésico occipital con lidocaína y si no cede, Sumatriptan 20 mg intranasal o 50 - 100 mg vo.
- Si no responden a paracetamol y no se pueden administrar AINES se puede utilizar analgésicos opioides (Fentanilo iv o meperidina iv o sc)

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>10</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico	06	marzo	2025	

- **Cefalea Tensional:**
  - AINEs o paracetamol.
  - Relajantes musculares (Diazepam) en casos de contractura asociada.
- **Cefalea en Racimos:**
  - Oxígeno al 100% a 12 L/min durante 15 minutos.
  - Sumatriptán sc o rizatriptán bucodispersable
  - Iniciar prednisona a dosis altas (60-80 mg/día, y al alta dejar pauta en dosis descendentes) y remitir PREFERENTE a Neurología.
  - Si no hay mejoría: bloqueo de nervio occipital mayor. Valorar bloqueo NOM de forma inicial si antecedentes de cuadros previos refractarios a analgesia y donde los bloqueos NOM han sido efectivos

### **Cefaleas Secundarias**

- **Hemorragia Subaracnoidea:** Valorar ingreso en UCI-CIME, control de PA, IC neurocirugía.
- **Meningitis:** Antibióticos, valorar corticoides. Antivirales.
- **Arteritis de la Temporal:** Prednisona a dosis altas.
- **Hipertensión Intracraneal:** IC neuroquirúrgica.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>11</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico	06	marzo	2025	


## **G. BLOQUEO DEL NERVIIO OCCIPITAL MAYOR ( ANEXO 1)**

Indicado en las siguientes cefaleas, si tras tratamiento analgésico habitual no ceden:

- Cefalea cervicogénica.
- Migraña.
- Neuralgia occipital.
- Cefaleas trigémimo-autonómicas
- En diversas neuralgias: nervios occipitales (neuralgia de Arnold), supraorbitario, supratroclear, lagrimal, infratroclear, infraorbitario, nasal externo, aurículo-temporal. → bloqueos de los nervios correspondientes -> Consultar con neurología


## **H. CRITERIOS DE INTERCONSULTA ( IC) A NEUROLOGÍA.**

- Cefaleas trigémimo-autonómicas recientes (cefalea en racimos, SUNCT) que no hayan sido vistas aún por neurología o que presenten crisis persistentes de difícil control.
- Estado migrañoso que no responde al tratamiento parenteral +/- bloqueos anestésicos (arriba indicado)
- En el caso de pacientes con Migraña Crónica resistente a tratamientos preventivos (la mayoría en seguimiento en la Consulta de Cefaleas) si consultan a urgencias por crisis persistentes e incapacitantes y no responden al tratamiento arriba indicado.
- Sospecha de hipertensión intracraneal o trombosis venosa cerebral.
- Cefaleas de difícil manejo o diagnóstico con prueba de imagen normal en las que se sospeche una causa secundaria.


 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>12</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico	06	marzo	2025	

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Neurología. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. 2020. Disponible en: <https://www.sen.es>
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38:1-211.
3. American Headache Society. The American Headache Society Position Statement On Integrating New Migraine Treatments Into Clinical Practice. Headache. 2019;59:1-18.
4. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Headaches in over 12s: diagnosis and management. Clinical guideline [CG150]. 2012 (updated 2021). Disponible en: <https://www.nice.org.uk>
5. European Headache Federation. Guidelines for the management of headache disorders in primary care. J Headache Pain. 2019;20:57.
6. Rizzoli P, Mullally WJ. Headache. Am J Med. 2018;131:17-24.
7. Orr SL, Friedman BW, Christie S, Minen MT, Bamford C, Kelley NE, et al. Management of Adults With Acute Migraine in the Emergency Department: The American Headache Society Evidence-Based Guidelines. Headache. 2016;56:911-40.
8. Goadsby PJ, Holland PR, Martins-Oliveira M, Hoffmann J, Schankin C, Akerman S. Pathophysiology of Migraine: A Disorder of Sensory Processing. Physiol Rev. 2017;97:553-622.
9. Diener HC, Dodick DW, Goadsby PJ, Lipton RB, Olesen J, Silberstein SD. Chronic migraine—classification, characteristics and treatment. Nat Rev Neurol. 2012;8:162-71.
10. World Health Organization. Headache disorders: Fact sheet. 2016.
11. Friedman BW, Grosberg BM. Diagnosis and management of the primary headache disorders in the emergency department setting. Emerg Med Clin North Am. 2009;27:71-87.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>13</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico	06	marzo	2025	

12. BMJ Best Practice. Headache in adults. 2023.
13. May A, Schwedt TJ, Magis D, Pozo-Rosich P, Evers S, Wang SJ. Cluster headache. Nat Rev Dis Primers. 2018;4:18006.
14. Marmura MJ, Silberstein SD, Schwedt TJ. The acute treatment of migraine in adults: the American Headache Society evidence assessment of migraine pharmacotherapies. Headache. 2015;55:3-20.
15. Mollan SP, Davies B, Silver NC, Shaw S, Mallucci CL, Wakerley BR, et al. Idiopathic intracranial hypertension: consensus guidelines on management. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2018;89:1088-100.
16. Santos Lasasosa S, et al. Guía consenso sobre técnicas de infiltración anestésica de nervios pericraneales, Neurología. 2017;32:316—330.
17. Mínguez-Olaondo A, et al. Nueva era terapéutica para el ataque de migraña con los recientemente aprobados anticuerpos monoclonales, ditanes y gepantes. Rev Neurol. 2024;78:47-57.
18. Vydura, INN-rimegepant sulfate. (consultado el 2 de marzo del 2025). Disponible en: [www.ema.europa.eu/es/documents/product-information/vydura-epar-product-information\\_es.pdf](http://www.ema.europa.eu/es/documents/product-information/vydura-epar-product-information_es.pdf).

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>14</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico	06	marzo	2025	

## 7. ANEXOS

### ANEXO I: Bloqueo del Nervio Occipital mayor (NOM):

El NOM, rama dorsal del segundo nervio espinal cervical. Sale a través del axis y del atlas, y se sitúa entre los músculos oblicuo inferior y semiespinoso de la cabeza. Posteriormente, atraviesa el músculo trapecio para emerger a la superficie en el denominado punto de Arnold, situándose en su recorrido medial a la arteria occipital.

El punto de Arnold está localizado en la línea imaginaria que une la apófisis mastoidea con la tuberosidad occipital, en el punto en el que se unen el tercio medial y el tercio medio de dicha línea.

El nervio occipital menor procede del plexo cervical superficial, del asa formada por las raíces C2 y C3. Sale al exterior por el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo y se dirige hacia arriba y hacia atrás, discurriendo por la unión entre el tercio medio y el tercio lateral de la misma línea imaginaria donde se sitúa el punto de Arnold. En más del 50% de los individuos contacta con la arteria occipital.

Finalmente, el tercer nervio occipital es la rama dorsal del tercer nervio espinal cervical. Inerva la piel de la nuca en su línea media.


De estos nervios el que habitualmente se infiltra es el NOM. No existe una técnica estandarizada para el bloqueo de este nervio. En cuanto al punto de inyección, hay 2 localizaciones habituales:

1.- Puede llevarse a cabo un abordaje proximal, buscando el nervio occipital a su salida del músculo a unos 3 cm por debajo y 1,5 cm lateral a la tuberosidad occipital; con esta técnica se infiltran los músculos paravertebrales, lo que puede dar una respuesta adicional; permite inyectar un mayor volumen de anestésico (fig. 1).

2.-Se puede, asimismo, inyectar distalmente, en el ya descrito punto de Arnold, una vez que el nervio se encuentra libre de tejido muscular. Esta es la localización recomendada por la Sección de Procedimientos Intervencionistas de la Sociedad Americana de Cefaleas (fig. 2).

En ocasiones, es necesario inyectar la zona correspondiente al nervio occipital menor, sobre todo cuando en las neuralgias la sensibilidad a la palpación se encuentra fundamentalmente en dicho punto.

La posición más cómoda para llevar a cabo el bloqueo es con el paciente sentado y el médico a su espalda. Se utilizará una jeringa de 5 ml (se inyectan entre 2 y 2,5 ml de solución anestésica en cada nervio) con una aguja de 25 Gauge (G) o 2 de ml con aguja de 30 G para un solo nervio, dirigida en sentido craneal. Dado que la arteria occipital discurre paralela y lateral al NOM, se debe intentar localizarla para evitar su punción.

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>15</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico	06	marzo	2025	

Si bien puede usarse un ecógrafo para localizar el nervio, entendemos que podemos asegurarnos de su bloqueo con un sencillo recurso técnico. Se puede inyectar un tercio de la cantidad total con la aguja insertada en vertical, aspirando previamente para asegurar su situación extraarterial, y posteriormente, tras salir a zona subcutánea, cambiar la orientación 30° a cada lado, inyectando los 2 tercios restantes en cada una de esas localizaciones. De esa forma, nos aseguramos la difusión del anestésico en un arco de 60° .

**Material:**

- 1.- Jeringa de 5 ml (o de 2 ml si aguja de 30 G)
- 2.- Aguja: 25-30 G
- 3.-Anestesico: 2-2,5 ml.


De forma habitual se utilizan las amidas lidocaína al 1 y 2% (10-20 mg/ml), **mepivacaína al 2% (20 mg/ml, en nuestro caso de elección)** y bupivacaína al 0,25 y 0,5% (2,5-5 mg/ml) de corta, media y larga duración, respectivamente, bien de forma aislada o en combinación, siendo en este caso la ratio de elección lidocaína/bupivacaína de 1:1-1:3.

Durante la gestación, situación en la que el bloqueo anestésico ha demostrado ser una opción terapéutica eficaz, se recomienda la utilización de lidocaína (FDA categoría B) frente a bupivacaína (FDA categoría C), así como evitar su asociación con corticoides que pueden acelerar el desarrollo del pulmón fetal.

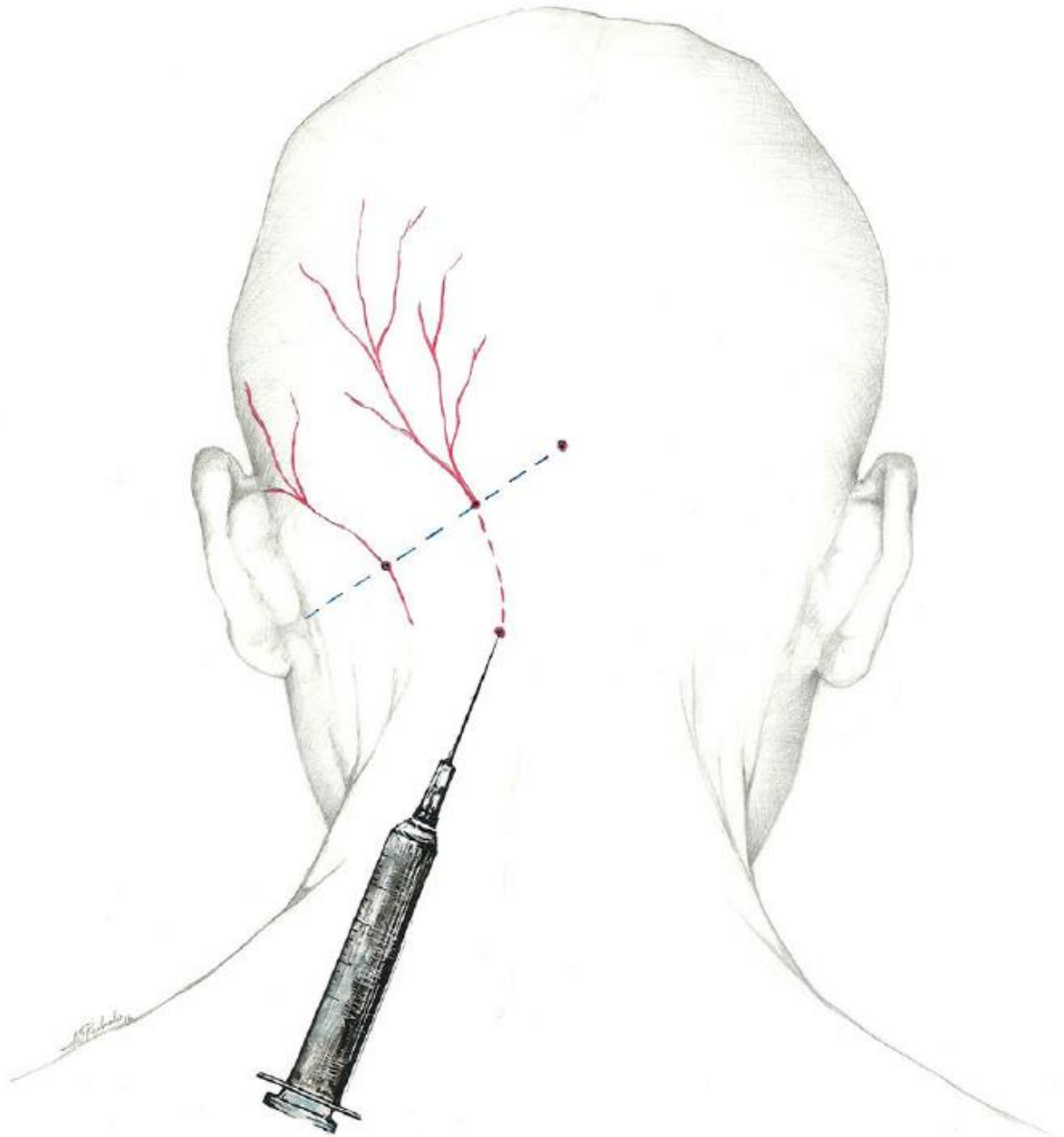
Para minimizar la aparición de efectos adversos, no se debe superar la dosis de 300 mg de lidocaína, 400 mg de mepivacaína o 175 mg de bupivacaína por sesión.

3.- Corticoides: La adición de corticoides debe plantearse en pacientes con Cefalea en Racimos y Cefalea cervicogena, y en aquellas otras cefaleas que no hayan respondido a la infiltración solo con anestésico local. Los más empleados son triamcinolona, metilprednisolona, betametasona y dexametasona; de ellos, solo metilprednisolona tiene actividad mineralocorticoide.


Los pacientes deben firmar un consentimiento informado antes del procedimiento

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>16</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico	06	marzo	2025	

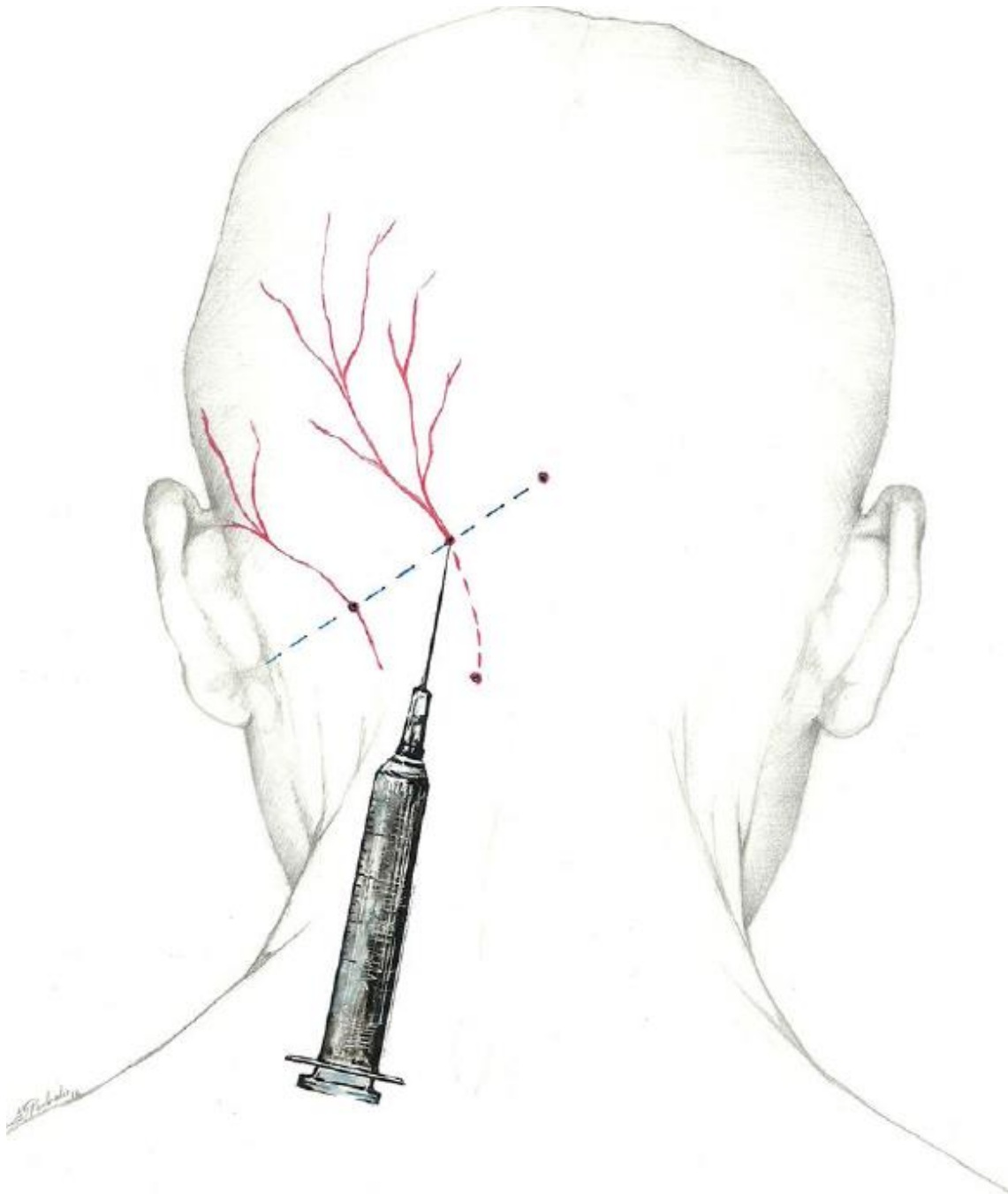
**Figura 1: Abordaje proximal del nervio occipital mayor**






 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>17</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico	06	marzo	2025	

**Figura 2: Abordaje del nervio occipital mayor en el punto de Arnold.**



 <b>Hospital General Universitario Dr. Balmis</b>	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>18</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico</b>	06	marzo	2025	

## ANEXO II: Consentimiento informado del Bloqueo del Nervio Occipital mayor (NOM):

Departamento de Salud Alicante-Hospital General  
 Servicio de Urgencias General, UCE y UHD.  
 Avda. Pintor Baeza, 12- 03010 Alacant  
 965 933 000



GENERALITAT  
VALENCIANA



ALACANT  
HOSPITAL GENERAL  
DEPARTAMENT DE SALUT

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BLOQUEO DEL NERVIU OCCIPITAL

#### EN QUÉ CONSISTE EL BLOQUEO DEL NERVIU OCCIPITAL

Esta técnica consiste en la inyección mediante una aguja muy fina de un anestésico local y/o corticoides en la parte posterior de la cabeza, cerca de la nuca, en el recorrido del nervio cuya irritación produce dolor que comienza en la parte alta del cuello y la zona posterior de la cabeza y se extiende hacia adelante a las sienes e incluso hasta el ojo. Dicho dolor puede mejorar con el bloqueo del nervio. Tras la inyección se puede notar adormecimiento local, propio de la administración del anestésico. No se requiere una preparación especial para realizar la técnica y ese día podrá hacer vida normal. Tampoco requiere cuidados especiales después de la misma. El procedimiento lleva unos 10 minutos de duración total y es muy poco doloroso.

#### RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones más frecuentes que pueden aparecer son:

- Molestias locales en el lugar de punción. Ceden en pocas horas con analgésicos convencionales.
- Síncope vasovagal. Es un "mareo" que suele darse en ciertas personas ante determinadas situaciones (análisis, visión de sangre, dolor, etc.) Se acompaña de sensación de calor, sudor, y desvanecimiento. Debe avisar si nota estos síntomas. No es grave y cede espontáneamente y con atropina (que se puede administrar de forma preventiva)
- Adormecimiento local en la zona de la inyección, hasta la oreja. Se suele pasar en 1 – 2 días

Otras complicaciones, menos frecuentes:

- Infección en el sitio de la inyección
- Sangrado local
- Reacciones alérgicas
- Entrada accidental de medicación en el torrente sanguíneo
- Llegada inesperada de la medicación a otros nervios

#### RIESGOS PERSONALIZADOS

Estos riesgos están relacionados con el estado de salud previo del paciente, y los más significativos son:

.....  
 .....  
 .....



GENERALITAT  
VALENCIANA



ALACANT  
HOSPITAL GENERAL  
DEPARTAMENT DE SALUT

DECLARO que he sido informado/a por el médico/a de los riesgos del bloqueo del nervio occipital, y sé QUE EN CUALQUIER MOMENTO, PUEDO REVOCAR MI CONSENTIMIENTO.

ESTOY SATISFECHO/A con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas.

En consecuencia DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realice un bloqueo del nervio occipital.

Firma del paciente      Firma del médico Dr/a. D./Doña \_\_\_\_\_

.....


Nombre del representante legal, en caso de incapacidad del paciente, con indicación del carácter con el que intervienen (padre, madre, esposo/a, tutor, etc.)

Firma ..... DNI .....

#### REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACIÓN DEL BLOQUEO ANESTÉSICO OCCIPITAL

Revoco el consentimiento para la realización del Bloqueo occipital.

Firma del paciente      Fecha

 Hospital General Universitario Dr. Balmis	<b>Guía específica de actuación en cefaleas en el Servicio de Urgencias Generales</b>	<b>URG-P041</b>			Hoja nº <b>19</b>
		ÚLTIMA REVISIÓN V02			
Servicio Urgencias Hospital General Universitario Dr. Balmis	Servicio de Urgencias Generales, Neurología y Radiodiagnóstico	06	marzo	2025	

## 8. ALGORITMO DE ACTUACIÓN

## 9. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO Y CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Pere Llorens Soriano. Servicio de urgencias Generales.  Isabel Beltrán Blasco. Servicio de Neurología.  Ana Frías Ramos. Servicio de Neurología.  Celia Astor Rodríguez. Servicio de Radiodiagnóstico		Pere Llorens Soriano. Servicio de Urgencias Generales  Carmina Díaz Marín. Servicio de Neurología  Luis Concepción Aramendia. Servicio de Radiodiagnóstico
Fecha 06/02/2025	Fecha XX/XX/20XX	Fecha 06/02/2025

Este protocolo será revisado siempre que las circunstancias lo requieran y en especial, ante modificaciones sustanciales de los protocolos y/o procedimientos en la materia, dictados por las Autoridades Sanitarias.

La modificación del protocolo incluirá la comunicación a los responsables de las áreas/servicios y unidades afectados por el protocolo, así como a la totalidad de los profesionales del Servicio de Urgencias Generales.

Asimismo, se modificará con carácter inmediato en la intranet del Departamento, en caso necesario.

EDICIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS	PÁGINAS
V1	06/02/2025	Elaboración del documento	19
V2	06/02/2025	Revisión del documento	