

## CEFALEA DE DIFÍCIL CONTROL

*Autora* Dra. Irma Olivera Leal

*Servicio* Neurología

### INTRODUCCIÓN

La cefalea es una afección frecuente, y primera causa de consulta a Neurología u otras especialidades clínicas. Son muy diversas las causas que la provocan, pudiéndose agrupar en dos grupos principales considerando la existencia de una lesión orgánica o no, en: cefaleas secundarias y cefaleas primarias respectivamente.

Nuestro centro ha brindado atención especializada a esta afección durante más de 10 años, ya que resulta complejo en ocasiones el tratamiento de estos pacientes, presentándose en algunos casos una pobre o nula respuesta a diversos tratamientos, ya sea por factores psicológicos, coexistencia de otras patologías u otros factores biológicos que pueden limitar las posibilidades de opciones terapéuticas, para lograr el control de su enfermedad.

Durante estos años no solo se ha beneficiado gran número de pacientes de nuestro país, sino además de otros países, a través de la atención ambulatoria u hospitalaria brindada por nuestro grupo de cefalea a pacientes con esta afección, en la cual se ha realizado valoración interdisciplinaria del paciente incluyendo Neurología, Neurooftalmología, Psicología, y/o Neurocirugía cuando ha sido necesario.

No cabe duda que en nuestro país existen excelentes condiciones para que el médico en la atención primaria se ocupe de un gran número de los pacientes afectados por cefalea primaria, pero en ocasiones se imponen motivos justificados para derivar a algunos de estos pacientes a unidades altamente especializada, para lo cual hace falta experiencia y/o disponer de medios de estudios y tratamientos idóneos, es por ello que consideramos necesario mantener una atención especializada para los pacientes que presenten alguna problemática, que provoque un difícil control de su cefalea.

Consideramos que estas afecciones en las cuales, existe un difícil control de la enfermedad necesita de un centro como el nuestro de alta calificación para la mejoría o resolución de sus crisis

## OBJETIVOS

- Determinar las principales causas de las cefaleas de difícil control.
- Disminuir la recurrencia, la intensidad y frecuencia de la cefalea.
- Disminuir la pérdida de días laborales o productividad, que puede provocarle la cefalea al paciente.
- Disminuir el consumo de fármacos para el control de las crisis, así como la recurrencias a centros de atención de urgencias por esta afección.

## DESARROLLO

### Concepto

Se considerará que un paciente presenta *cefalea de difícil control*, en los siguientes casos:

- Migraña complicada: migraña crónica, estatus migrañoso, aura persistente con infarto, epilepsia desencadenada por la migraña (Anexo 1).
- Cefalea primaria coexiste con otras enfermedades como epilepsia, enfermedad cardíaca u otras importantes, en las cuales se ha tenido dificultades en el manejo terapéutico, por la gravedad de la enfermedad asociadas a ella.
- Cefaleas primarias no migrañosa, cuyos tratamientos sintomáticos o profilácticos son inefectivos o causan efectos adversos importantes.
- Cefalea asociada a abuso de la medicación sintomática y no se consigue detener el sobre consumo del fármaco.
- Cefaleas de aparición tardía y persistente, la cual no se ha logrado identificar la causa.
- Cefalea progresiva o cambiante, sin respuesta a tratamientos empleados.
- Migraña inusual y grave, como es la migraña hemipléjica familiar o con aura prolongada, migraña oftalmopléjica, en las cuales no se logra control de las crisis (Anexo 1),

### Requieren evaluación urgente los pacientes con cefalea de difícil control que presenten algunas de estas condiciones

- Primer episodio de dolor persistente, súbito y muy severo.
- Primer episodio de aura intensa, prolongada.
- Si hay signos neurológicos que sugieren patología intracraneal.
- Si se trata de un estatus migrañoso.
- Cefalea con papiledema en el fondo de ojo.
- Cefalea asociada a convulsiones o síncope.

### Se considerará ingreso hospitalario en las cefaleas cuando presenten

- Infarto migrañoso.
- Estatus migrañoso.
- En pacientes con cefalea primaria asociada a sobre consumo de analgésicos severa, que no se logra su desintoxicación en la consulta ambulatoria, o presenta afectación seria de sus funciones tras la supresión de los fármacos.
- Cuando la cefalea ocurre en presencia de una enfermedad sistémica seria, pero el tratamiento apropiado de la cefalea agrava o induce a la misma.
- Migraña con aura prolongada, en la cual no se logra control de las crisis de manera ambulatoria.
- Cefalea primaria de difícil control, con signos neurológicos focales y/o lesiones intracraneal detectadas en estudios de imágenes.

### Diagnóstico y manejo

En cada caso lo primero es evaluar si se trata de una cefalea primaria o secundaria; para ello debemos considerar los siguientes aspectos:

- **Anamnesis**: es preciso detallar todos los aspectos relacionados con:
  - ✧ Tiempo evolución
  - ✧ Forma de presentación
  - ✧ Síntoma(s) asociado(s)
  - ✧ Localización
  - ✧ Frecuencia
  - ✧ Duración
  - ✧ Factores desencadenantes
  - ✧ Factores que alivian el dolor
- Examen físico general y neurológico.

### Complementarios

- Estudios de imagen: TC o RMN: indicados cuando estén presente los siguientes signos de alarma:
  - ✧ Cefalea de comienzo reciente en personas de más de 50 años.
  - ✧ Falta de respuesta a los tratamientos habituales o aumento de la frecuencia sin motivo aparente.
  - ✧ Signos de disfunción neurológica
  - ✧ Cefalea de carácter gravativo que empeora con maniobras de valsalva o los esfuerzos.
  - ✧ Cefalea asociada a papiledema.
- Punción lumbar
  - ✧ En caso de posible sepsis del SNC o hemorragia subaracnoidea sospechada aun con TC negativa.
- Otros estudios según resultados de la exploración física
  - ✧ Hemograma
  - ✧ Eritrosedimentación
  - ✧ Doppler carotídeo y/o arteria temporal, entre otros

### Conclusiones

- Si el resultado de la exploración clínica y los complementarios demuestra que se trata de una **cefalea secundaria**, el tratamiento está basado en la etiología específica y/o estado del paciente al momento de la evaluación.
- En caso de corroborar una **cefalea primaria** se determinarán los factores que pueden estar condicionando el empeoramiento de la enfermedad, las cuales pueden estar determinados por:
  - ✧ Condiciones médicas concomitantes: enfermedad vascular, renal o hepática, asma, fibromialgia, embarazo u otras.
  - ✧ Enfermedad psiquiátrica coexistente: depresión, ansiedad, alcoholismo.

- ✧ Coexistencia de dependencia de analgésico: según los criterios de la Sociedad Internacional de Cefalea (anexo 1)
- ✧ Factores dietéticos, hormonales o infecciones fuera del sistema nervioso central.

### Conducta

Una vez identificado estos factores, se determinará tratamiento a seguir. La experiencia de trabajo y los datos aportados por la revisión de la literatura han demostrado la necesidad de una atención interdisciplinaria en algunos de estos casos, que incluyen:

- **Neurólogo:** evaluará y determinará tratamiento, solicitud de interconsultante si lo requiere y seguimiento del paciente.
- **Psicólogos:** evaluar y determinar la afectación psicológica y tratamiento.
- **Clínica del dolor:** para aplicación de tratamiento invasivos; por ejemplo, bloqueo del nervio occipital de ser necesario.
- **Neurocirujanos:** aplicación de métodos quirúrgicos; por ejemplo termo-coagulación de ganglio de Gasser.
- **Personal de enfermería:** para aplicar el tratamiento orientado y monitorización del paciente.

### Protocolo para el manejo terapéutico

- **Cefalea Primarias de difícil control**
  - ✧ **Migraña con aura prolongada**

La migraña con aura consiste en síntomas reversibles focales de disfunción cortical o tallo cerebral. Cuando se prolonga estos síntomas por más de 1 hora, esto puede reflejar un estado continuo de depresión cortical (un estado de reducción del flujo sanguíneo cerebral), por lo cual el aura prolongada no tratada puede provocar un infarto migrañoso.

#### **El tratamiento de esta afección incluye**

- ✦ Tratamientos convencionales para el aura prolongada.
- ✦ Nuevos tratamientos para el aura prolongada:

- ⊕ **Furosemida** (ampl. 20 mg): la administración EV puede inhibir la generación y duración de la actividad de depresión cortical propagada en modelos experimentales; se ha demostrado que ocurren cambios dados por la acumulación de potasio extracelular y redistribución de iones sodio y cloro en el compartimiento intracelular, considerándose que la furosemida contribuye a evitar estos cambios.
- ⊕ **Acetazolamida** (Tabl 250 mg): por vía oral 500-750 mg/día.
- ⊕ **Proclorperazina** por vía EV + sulfato de magnesio. Esta combinación está basada en la hipótesis de que posiblemente la migraña está determinada por una hipersensibilidad de los receptores de dopamina y a deficiencia de magnesio. El rol de este último está determinado por los estudios de laboratorio que demuestran que la depresión propagada está inducida por glutamato y potasio. Es conocida que bajos niveles de magnesio pueden incrementar la sensibilidad de los receptores NMDA, llevando el glutamato a inducción de la depresión propagada

### **Esquema propuesto**

Por todo lo anterior, en pacientes con ***migraña con aura prolongada*** recomendamos el siguiente esquema terapéutico para aplicarlo en consulta externa o centro de atención a cefalea en crisis:

- ✦ Administración de hidratación EV por 4 horas con suero fisiológico 500 mL y proclorperazina (10 mg) o prometazina (25 mg).

### **Si no alivio**

- ✦ Administrar sulfato de magnesio 1 g EV.

### **Si con la administración de lo anterior no hay respuesta**

- ✦ Considerar el ingreso hospitalario para tratamiento; se realizará:
  - ⊕ Evaluación neurológica cada 6 horas y de los signos vitales.
  - ⊕ Mantener hidratación con solución salina por 12- 24 horas.
  - ⊕ Administrar proclorperazina (o prometazina) + sulfato magnesio (igual dosis a lo anterior expuesto)
  - ⊕ Furosemida por vía EV, 20 mg cada 12 horas.
  - ⊕ Hidrocortisona: 100 mg EV cada 8 horas
  - ⊕ Otras terapéuticas a emplear sino hay control
    - ⊕ Acetazolamida (Tabl 250 mg) por v/o, 500 mg/día.

Una vez controlado el paciente, se indicará tratamiento preventivo para evitar la recurrencia con medicamentos de primera líneas considerados según nivel de evidencia y posibilidad de aplicarlo y según antecedentes clínicos del paciente. Los cuales incluyen:

- Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina)
- Betabloqueadores (propranolol)
- Valproato de sodio

### **Estatus migrañoso**

Diversas estrategias de tratamiento pueden ser utilizadas como:

- Corticosteroides: prednisona o dexametasona, metilprednisolona
- Dihidroergotamina EV
- Neurolépticos EV (proclorperazina, metoclopramida)
- AINE: Ketorolac (ampl. 10 mg) EV o IM
- Opiáceos.

### **Guía para el manejo de estos pacientes en nuestro centro**

- Ingreso hospitalario.
- Evaluar equilibrio hidromineral; realizar ionograma.
- Evaluación de los signos vitales cada 8 horas.
- Hidratación parenteral y restitución de electrolito según necesidades, a durar 24 a 48 horas.
- Administración de tratamiento específico:
  - ✧ Triptanes: **sumatriptan** parenteral 6 mg subcutáneo o intranasal.
  - ✧ Otros triptanos: naratriptan, rizatriptan y zolmitriptan pueden ser utilizados en caso de migraña recurrente (la crisis repite a 24 horas o menos).
  - ✧ **Dihidroergotamina**, IM o SC: 1 mg; puede ser repetida a la hora si la cefalea persiste y por dos dosis más de 0,5 mg, separadas por 30 minutos una dosis de otra.
  - ✧ Cualquiera de estas dos opciones asociada a:
    - ✦ **Metoclopramida** (10 mg EV) o clorpromacina (25-50 mg EV).
  - ✧ Esteroide: por 3 días: **betametazona** 4 mg EV cada 8 horas o **metilprednisolona** 200 mg cada 12 horas.

Si hay contraindicaciones para el tratamiento específico, se debe administrar:

- Antieméticos: por vía parenteral (estas opciones a igual dosis mencionada):

✧ Metoclopramida, clorpromacina, prometazina

- Diazepan: 5 mg EV cada 12 horas.

Asociado una de las siguientes opciones:

- **Ketorolac**: 60 mg IM; debe ser evitado en pacientes con enfermedad gastrointestinal o renal.
- **Valproato de** sodio: por vía EV, 500 mg cada 8 horas

Los **opiáceos** se utilizarán por no más de dos días a la semana y solo cuando:

- Han fallado o estén contraindicadas las opciones anteriores para el tratamiento de estatus migrañoso.
- Embarazo.
- En pacientes que no tienen antecedentes de abuso de opiáceos.

Opciones:

- **Butorfanol**, derivado opiáceo por vía intranasal 1 mg por dosis; puede ser repetida a la hora una segunda dosis.
- **Meperidina**: 50- 100 mg por vía IM.

***Sí aun con estas medidas no se logra el control de las crisis a las 72 h de tratamiento se recomiendan las siguientes opciones, en este orden***

- **Difenhidramina**: por vía EV, cada 8 horas, asociando la administración de magnesio 1 g por vía EV.
- **Propofol**: 110 mg por vía EV.
- Bloqueo del nervio occipital mayor.

Una vez logrado el control de la crisis debemos indicar tratamiento preventivo de la cefalea, para evitar la recurrencia, debiendo considerar los siguientes principios, para obtener un control de la enfermedad y remisión posterior a la atención primaria:

- Iniciar tratamiento con medicamentos de elevada eficacia según nivel de evidencia, comenzando con los de primera línea; en caso de estar contraindicados pueden emplearse medicamentos de segunda línea para la prevención: (fluoxetina, antiinflamatorios no esteroideos, anticálcicos y gabapentina)
- Iniciar con baja dosis e incremento escalonado.
- Evitar interferencia en el tratamiento (sobre consumo de fármacos).

- Considerar la coexistencia de enfermedades para la selección del tratamiento a utilizar.

### **Contraindicaciones para el tratamiento con sumatriptan**

- Angina de Prinzmetal
- Enfermedad cerebrovascular
- Enfermedad vascular periférica
- Factores de riesgos significativos de enfermedad vascular.
- Hipertensión arterial descontrolada
- Embarazo
- Eventos adversos serios con la administración anterior del medicamento
- Tratamiento anterior de menos de 24 horas con triptan o ergot/DHE
- Migraña basilar o hemipléjica

### **Infarto migrañoso**

Persistencia de síntomas auras por más de 24 horas con neuroimagen que confirman la presencia de infarto.

### **Conducta**

- Traslado al paciente a la unidad de ictus, para protocolo de tratamiento de esta afección.
- Posterior a la fase aguda, estabilizado y estudiado el paciente considerar opciones de tratamiento preventivo de la migraña de ser necesario.

El tratamiento profiláctico del infarto migrañoso incluye:

- Aspirina: 125-250 mg/día
- Verapamilo: 40 – 160 mg/día

***No debe ser administrado ergotaminas, triptanes y serotoninérgicos pues pueden empeorar o iniciar un vasoespasmo en pacientes con infarto migrañoso***

### **Cefaleas diarias crónica, asociada o no a sobreconsumo de analgésicos**

- Se han propuesto diferentes alternativas entre las cuales están:
  - ✧ Suspensión total de la medicación
  - ✧ Suspensión gradual de analgésicos

- ✧ Suspensión de los analgésicos y establecimiento de medicación preventiva
- Iniciar tratamientos cronobiológicos:
  - ✧ Regular los hábitos de sueño
  - ✧ Ejercicios
  - ✧ Tratamiento psicofisiológicos para el manejo del stress,
  - ✧ Técnicas de relajación entre otras,
- Terapia física
  - ✧ Ultrasonido
  - ✧ Tracción,
  - ✧ Inyección en los puntos dolorosos
  - ✧ Bloqueo del nervio occipital

### ***Tratamiento una vez excluida las causas secundarias posibles***

- ***Identificar tipo de cefalea primaria presente***

Se agrupan en dos grandes grupos:

  - ✧ ***Si tienen las crisis menos de 4 horas de duración, considerar***
    - ✦ Cefalea histamínica crónica
    - ✦ Cefalea hipónica
    - ✦ Hemicránea Paroxística crónica
  - ✧ ***Si más de 4 horas de duración las crisis***
    - ✦ Migraña crónica o migraña transformada
    - ✦ Hemicránea Continua
    - ✦ Cefalea de reciente inicio persistente
    - ✦ Cefalea tensional crónica
- ***Identificar coexistencia de afectaciones médicas y/o psicológicas***
- ***Detener todo tipo de medicación sintomática*** e iniciar tratamiento preventivo según cada tipo específico; ***no se hará suspensión brusca si hay sobreconsumo de barbitúricos y/u opiáceos.***

## **Migraña crónica o migraña transformada**

### **Tratamiento en consulta externa**

- ***Antiinflamatorios no esteroideos***: iniciar a dosis baja, vía oral:
  - ✧ Naproxeno: 250 mg diario, vía oral
  - ✧ Ibuprofeno: 200 mg. Diario, vía oral
  - ✧ Piroxican: 10 mg diario vía oral o rectal.
- ***Esteroides***: prednisona 50-60 mg/día por 7 días, por vía oral
- Cualquiera de estas dos opciones asociada a:
  - ✧ ***Antidepresivos tricíclicos***: amitriptilina: iniciar con dosis de 12.5 mg diarios y elevar gradualmente hasta dosis de 25-50 mg, o
  - ✧ Tratamiento con ***valproato*** de sodio o de magnesio.
- Se evaluará en estos pacientes factores psicológicos: de estar presente ansiedad o depresión importante, se considerará tratamiento específico.
  - ✧ Técnicas psicoterapéuticas: si no se logra control de las crisis a pesar del tratamiento y presenta el paciente signos severo por la supresión de fármacos, se seguirá la siguiente conducta:
    - ✦ Ingreso.
    - ✦ Hidratación por 24 a 48 horas
    - ✦ Evaluación y apoyo psicológico.
    - ✦ Administración de esteroide EV (dosis, revisar estatus migrañoso).
    - ✦ Diazepan: 5 mg cada 12 horas.
    - ✦ Sí síntomas gastrointestinales importante (náuseas o vómitos) se administrará: metoclopramida, proclopropamida o clorpromazina (Ver dosis en status).

Una vez logrado el control de las crisis, se mantendrá tratamiento preventivo según lo establecido para esta afección en consulta externa,

### ***Hemicránea continua***

- ***Indometacina***: 100– 400 mg/diario; si es necesario se asociará antiácidos para tolerancia gástrica.
- ***Melatonina*** 6-12 mg al acostarse; puede ser una alternativa si no respuesta al tratamiento con indometacina.

- Si no hay respuesta a tratamiento específico, realizar bloqueo suboccipital con esteroides

### **Cefalea tensional crónica**

Iniciar tratamiento con:

- **Amitriptilina** (igual dosis que para la migraña transformada), combinado con: antiinflamatorio no esteroideo (igual dosis que la migraña crónica)
- **Meprobamato**; 100 mg cada 8 ó 12 horas.
- Además aplicar técnicas de relajación, *biofeedback* u otras opciones terapéuticas según resultado de la evaluación psicológica.

### **Cefalea diaria de reciente inicio**

No hay considerado tratamiento específico, por lo cual considerar las mismas opciones de tratamiento que en la Migraña crónica. Si en algunos de estas dos afecciones, existiera sobre consumo de fármacos y no se logrará la desintoxicación del paciente de manera ambulatoria o tuviera síntomas importantes de abstinencia debe ser considerado el ingreso intrahospitalario, y las mismas normas establecidas para la migraña crónica.

### **Cluster headache o cefalea histamínica crónica.**

#### Conducta

- Prevenir la recurrencia: curso de **prednisona** por 7-14 días (1 mg/kg).

Si no respuesta considerar las siguientes opciones según el orden y posibles contraindicaciones:

- Carbonato de litio: 600-900 mg/día. Se debe monitorizar nivel de litemia.
- verapamilo (40 a 250 dividido en 2 ó 3 dosis). Debe ser considerado ECG si necesidad de elevar dosis, ya que este medicamento puede provocar bloqueo cardiaco.
- Topiramato (100 – 400 mg, diarios)
- Gabapentina (600 –1200 mg) diarios
- Administrar lidocaína 4 % por vía intranasal ipsilateral. en posición supina.
- Si no hay respuesta o sí presenta signos importantes por sobreconsumo de fármacos, considerar ingreso, puede ser utilizado para el cluster refractario:
  - ✧ Inyección de nervio occipital ipsilateral al sitio del dolor con Metilprednisolona 120 mg con lidocaína.

✧ Bloqueo de nervio ganglio esfenopalatino con lidocaina.

Si aun con estos procederes no hay mejoría, evaluar tratamiento quirúrgico:

- Termocoagulación con radiofrecuencia de ganglio trigeminal

### **Cefalea de difícil control y embarazo**

En general en este estado debe ser iniciado tratamiento con paracetamol o antiinflamatorio no esteroideo, estas últimas opciones no debe ser utilizada después del 3er trimestre.

En caso de no respuesta a las opciones anteriores, y una vez descartadas y comprobado la no existencia de afecciones o factores que estén condicionando la cefalea, y esta sea muy intensa se indicará tratamiento con opiáceos asociado a metoclopramida.

### **Migraña y epilepsia**

Existe una interrelación entre migraña y Epilepsia, pudiendo esta última ser desencadenante de la migraña (Migralepsia) o la Migraña iniciar un ataque de epilepsia.

Cuando se considera el manejo terapéutico de esta afección, deben preferirse medicamentos con acción para ambas afecciones. Y Evitar el consumo de antidepressivos tricíclicos y neurolépticos que pueden empeorar las crisis.

Se ha considerado diversos medicamentos antiepilépticos. Nosotros consideramos los siguientes, para el tratamiento de esta asociación:

- **Valproato de sodio**: 300- 500 mg diarios, **o**
- **Valproato de magnesio** : 190- 500 mg diarios
- **Topiramato**: 50-100 mg diarios
- **Gabapentina**: 600 – 1200 mg diarios.

## Bibliografía

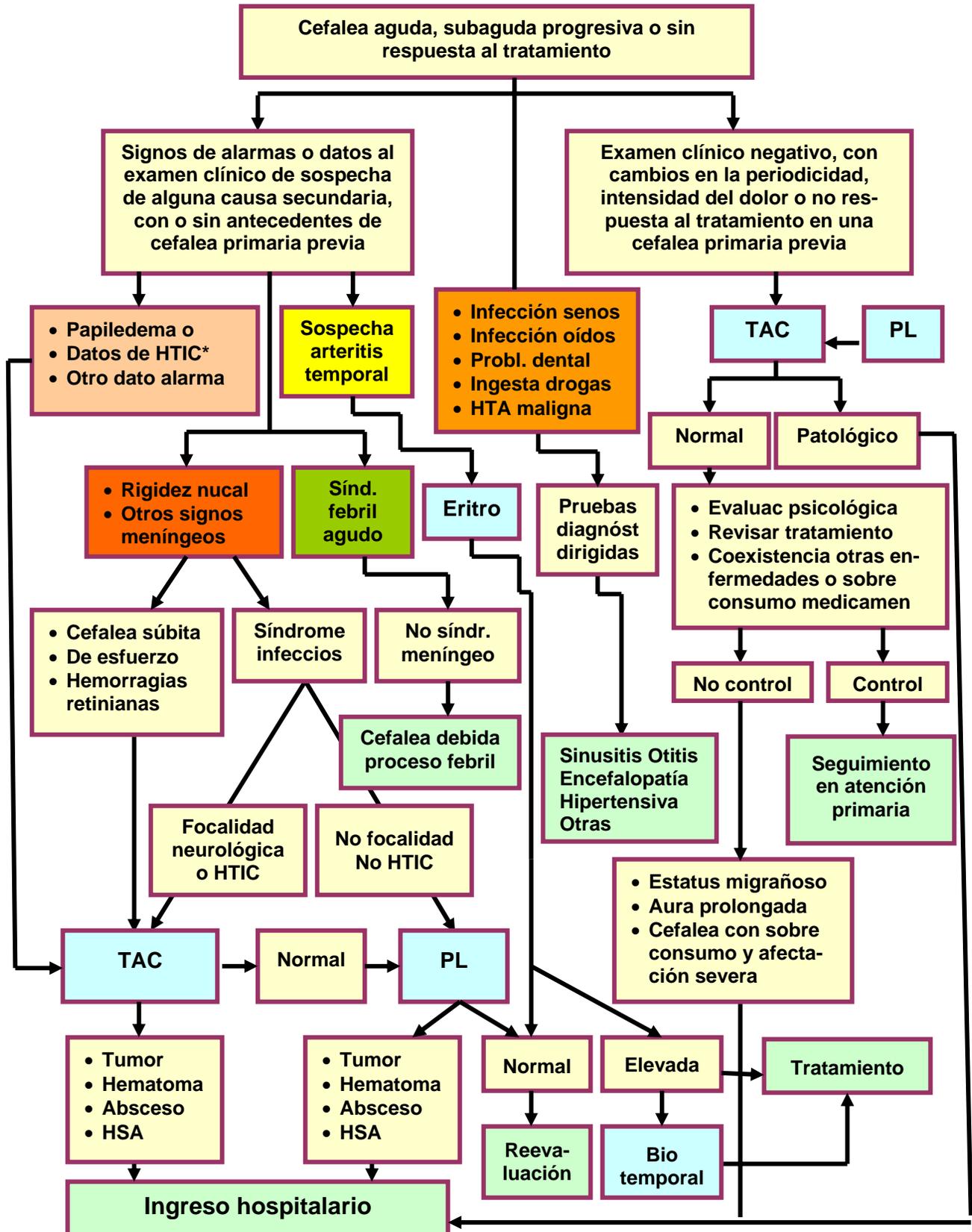
1. Sillberstein SD, Rosenberg J. Multispecialty consensus on diagnosis and treatment of headache. *Neurology* 2000; 54: 1553.
2. McCrory DC, Matchar DB, Rosenberg JH, Silberstein SD. Evidence-based guidelines for migraine headache: overview of program description and methodology. *Neurology* [serial online]. Available at: <http://www.neurology.org>. Accessed April 25, 2000.
3. Matchar DB, Young WB, Rosenberg JA, et al. Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management of acute attacks. Available from the American Academy of Neurology [online]. Available at: <http://www.aan.com>. Accessed April 25, 2000.
4. Campbell JK, Penzien D, Wall EM. Evidence-based guidelines for migraine headache: behavioral and physical treatments. *Neurology* [serial online]. Available at: <http://www.neurology.org>. Accessed April 25, 2000.
5. Ramadan NM, Silberstein SD, Freitag FG, Gilbert TT, Frishberg BM. Evidence-based guidelines for migraine headache in the Bahra A, Matharu MS, Buchel et al. Brainstem activation specific to migraine headache. *Lancet* 2001;357:1016-7
6. Barbanti P, Fabbrini G, Pesare M, Vanacore N, Cerbo R. Unilateral cranial autonomic symptoms in migraine. *Cephalalgia* 2002;22(4):256-9.
7. Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, et al. Headache and major depression. Is the association specific to migraine? *Neurology* 2000;54:308-13.
8. Cady RK, Schreiber CP. Sinus headache or migraine? Consideration in making a differential diagnosis. *Neurology* 2002;58(9 Suppl 6):S10-4.
9. Cutrer FM, Sorensen AG, Weisskoff RM, et al. Perfusion-weighted imaging defects during spontaneous migrainous aura. *Ann Neurol* 1998;43:25-31.
10. Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB, et al. Oral triptans (serotonin 5HT1b/d agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials. *Lancet* 2001;538:1668-75.

**ANEXO 1****Planilla de recolección de datos del paciente con cefalea**

No:		Fecha
Nombre paciente	1er Apellido	2do Apellido
Edad	Sexo	Raza
Dirección:		Barrio
Ocupación	<input type="checkbox"/> Consulta Externa <input type="checkbox"/> Ingreso	
<b>Antecedentes Patológicos Personales</b>		
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	
<input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/> Asma bronquial	
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	
<input type="checkbox"/> Hipertiroidismo	<input type="checkbox"/> Infarto cerebral	
<input type="checkbox"/> Embarazo actualmente	<input type="checkbox"/> Otras patologías	
<b>Examen Físico</b>		
<input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico    Describir tipo de alteración:		
<input type="checkbox"/> Cardiovascular		
<input type="checkbox"/> Respiratorio		
<input type="checkbox"/> Digestivo		
<input type="checkbox"/> Genitourinario		
<input type="checkbox"/> Hemolinfopoyético		
<input type="checkbox"/> Endocrino:		
<b>Neurológico</b>		
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Patológico    Describir tipo de alteración:		
<input type="checkbox"/> Pares craneales:		
<input type="checkbox"/> motora:		
<input type="checkbox"/> Sensitiva:		
<input type="checkbox"/> Reflejos:		
<input type="checkbox"/> Coordinación		
<input type="checkbox"/> Fondo de Ojo:		
<b>Evaluación Psicológica</b>		
<input type="checkbox"/> Depresión: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nivel:		
<input type="checkbox"/> Ansiedad : <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nivel:		
<input type="checkbox"/> Otros diagnósticos:		
<b>Complementarios</b>		
<input type="checkbox"/> TC de cráneo	<input type="checkbox"/> RMN de cráneo	
<input type="checkbox"/> EEG	<input type="checkbox"/> Doppler carotídeo	
<input type="checkbox"/> Doppler arteria temporal	<input type="checkbox"/> Doppler Vértebrobasilar	

<input type="checkbox"/> Angiografía	<input type="checkbox"/> LCR	<input type="checkbox"/> Citoquímico	<input type="checkbox"/> Bacteriológico	<input type="checkbox"/> T. China	<input type="checkbox"/> Serología
Comentar si es patológico.					
<b>Diagnóstico definitivo</b>					
<b><i>Recolección de datos del paciente con cefalea. al inicio de su 1ra. evaluación</i></b>					
Desde cuando padece de dolor de cabeza			Frecuencia de su dolor en el mes		
Duración de las crisis de dolor de cabeza			<input type="checkbox"/> 1-2 veces/mes <input type="checkbox"/> 3-7 días al mes <input type="checkbox"/> 8-14 días/mes <input type="checkbox"/> > 15 días/mes <input type="checkbox"/> Diaria. Desde cuando? _____		
<input type="checkbox"/> < 1 hora <input type="checkbox"/> 2-4 horas <input type="checkbox"/> 5-24 horas <input type="checkbox"/> 2-3 días <input type="checkbox"/> Más que 3 días					
<b>Intensidad generalmente</b>			Pérdidas de días laborables o de realizar las tareas en el hogar por el dolor:		
<input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa					
<b><i>Consumo medicamentos alivio crisis</i></b>			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: veces/mes anterior aprox ____		
(Considerar este acápite si existe sobre consumo de fármaco según Criterio de Clasificación de Cefalea)			Disminuye aprovechamiento de la jornada laboral o a sus actividades en el hogar:		
			<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí: veces/mes anterior aprox ____		
<input type="checkbox"/> Ergotamina <input type="checkbox"/> Cuántas tabletas ____ <input type="checkbox"/> Número de veces en la semana ____			Para aliviar su dolor el mes anterior fue al		
<input type="checkbox"/> Dihidroergotaminas <input type="checkbox"/> Cuantas ampulas <input type="checkbox"/> Número de veces en la semana ____			<input type="checkbox"/> Cuerpo de guardia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuantas veces _____ <input type="checkbox"/> Tuvo control de la crisis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
<input type="checkbox"/> Dipirona <input type="checkbox"/> Cuantas tabletas ____ <input type="checkbox"/> Número de veces _____			<i>(Todos los pacientes recibirán un modelo de cronología de la cefalea anexo 2, para evaluar durante su seguimiento, frecuencia e intensidad de dolor)</i>		
<input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Cuantas tabletas ____ <input type="checkbox"/> Número de veces _____					
<input type="checkbox"/> Paracetamol (acetaminofen) <input type="checkbox"/> Cuantas veces ____ <input type="checkbox"/> Número de veces _____			Los pacientes serán evaluados con la siguiente frecuencia		
<input type="checkbox"/> Espasmoforte <input type="checkbox"/> Cuantas veces ____ <input type="checkbox"/> Número de veces _____			<input type="checkbox"/> A los 15 días:		
<input type="checkbox"/> Opiáceos <input type="checkbox"/> Cuál ¿ _____ <input type="checkbox"/> Cuántas veces <input type="checkbox"/> Número de veces ____			<input type="checkbox"/> Si no mejor reevaluar a 15 días posterior		
Otros medicamentos utilizados (Cuál y número veces que la ha requerido)			<input type="checkbox"/> Si mejoría después de la primera reevaluación o egresado mejorado se citará en consulta al mes. <i>(Si control de las crisis con tratamiento indicado remitir a su área de atención primaria)</i>		
<b>Los medicamentos consumidos para el alivio del dolor</b>					
Será aportado por paciente en la consulta:					
Se considerará sobre consumo o no, según las normas de Clasificación de la Cefalea.			Control de estos pacientes a		
Todos estos datos del paciente serán registrados en una base de dato, a propósitos de los objetivos propuestos			<input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 24 meses		
Los objetivos propuestos podrán ser medidos a través de la consulta de seguimiento, ya que el paciente tendrá un modelo de registro de la frecuencia e intensidad del dolor, así como la incidencia de las limitaciones que esta le produjo en su actividad laboral, en el hogar o centro de estudio, ya sea respecto a la productividad o ausencia					

**DIAGNÓSTICO DE LAS CEFALEAS AGUDAS O RECIENTES PROGRESIVAS**



## ANEXO 2

### ***Criterios de clasificación de algunas de las cefaleas primarias***

(Según la sociedad Internacional de Cefalea (ICHD-II. Cephalalgia 2004; 24 (Supl 1))

#### **Infarto migrañoso**

- El diagnóstico está basado en la asociación de déficit neurológico de inicio abrupto durante una crisis de migraña típica, con evidencia de infarto cerebral en neuroimagen.

#### **Estatus migrañoso**

- Definido como cefalea migrañosa de más de 72 horas con o sin tratamiento. La cual puede ser continua o con al menos intervalos de menos de 4 horas. De severa intensidad y con igual características a las crisis anteriores de migraña excepto su duración. Asociadas a otros síntomas y signos como: náuseas, vómitos deshidratación.

#### **Migraña con aura prolongada**

- Consiste en síntomas reversibles focales de disfunción cortical o tallo cerebral, de más de 60 min.

#### **Migraña oftalmopléjica**

Al menos 2 crisis cumplen los criterios

- Cefalea de tipo migrañosa acompañada o seguida a los 4 días de su inicio de paresia de 1 o más pares craneales (III, IV y/o VI).
- Investigaciones apropiadas descartaron lesión de fosa posterior, región paraselar o fisura orbital.

#### **Migraña hemipléjica familiar (FHM)**

- Al menos 2 crisis cumplen los criterios B y C
- Aura consistente en debilidad motora reversible y 1 o más:
  - ✧ Síntomas visuales reversibles incluyendo manifestaciones positivas o negativas.
  - ✧ Síntomas sensitivos reversibles, pudiendo ser negativos o positivos.
  - ✧ Trastornos del habla de tipo difásico reversible.

### Migraña crónica

1. Episodios de cefalea que cumplen los criterios de una cefalea migrañosa, pero con una frecuencia de más de 15 días por mes por más de 3 meses. Esto puede estar asociada o no a sobre consumo de fármacos.

### Cluster headache crónico

- A. Al menos 5 ataques que cumplen los criterio B–D
- B. dolor temporal y/o supraorbital, orbital unilateral severo o variada severidad de 15-180 min sin tratamiento
- C. Cefalea es acompañada por al menos 1 de los siguiente:
  - ✧ Inyección conjuntival ipsilateral y/o lagrimeo
  - ✧ Congestión ipsilateral nasal y/o rinorrea
  - ✧ Edema palpebral ipsilateral
  - ✧ Sudoración facial y en la frente ipsilateral.
  - ✧ Ptosis y/o miosis ipsilateral
  - ✧ Sensación de agitación o inquietud.
- D. Ataques tienen frecuentemente desde 1 a 8/día
- E. No atribuido a otros desordenes

***Crónico: cumple con todo lo anterior pero las crisis de más de 1 año sin remisiones o con remisiones de menos de 1 mes.***

### Hemicránea paroxística

- A. Al menos 20 ataques que cumplen los criterios B-D
- B. Crisis de dolor unilateral orbital, supraorbital o temporal de 2–30 min
- C. Cefalea acompañada de más de una de las siguientes características:
  - ✧ Inyección conjuntival unilateral y/o lagrimeo.
  - ✧ Congestión nasal ipsilateral y rinorrea
  - ✧ Edema palpebral ipsilateral
  - ✧ Cefalea ipsilateral o sudoración facial ipsilateral.
  - ✧ Miosis y/o ptosis ipsilateral.
- D. Ataques tienen una frecuencia mayor de 5 días para la mitad de las veces, aunque periodos con menos frecuencias pueden ocurrir.
- E. Crisis son revertida completamente con indometacina

***Crónica: crisis sin remisión o con remisiones de menos de 1 mes.***

### Cefalea por sobre consumo de medicamento

- **Cefalea por sobre consumo de ergotamina**
  - A. Cefalea de más de 15 días por mes con al menos una de las siguientes características y cumple los criterios comprendidos en C-D.
    - ✧ Bilateral
    - ✧ Calidad opresiva
    - ✧ Intensidad moderada
  - B. Ergotamina se consume más de 10 días por mes durante más de 3 meses por mes.
  - C. Cefalea se desarrolló o empeoró marcadamente durante el sobre consumo de ergotamina.
  - D. La cefalea revierte o mejora a su estado previo después de 2 meses de discontinuar el consumo de ergotamina.
- **Cefalea por sobre consumo de triptan**
  - A. Cefalea presente más de 15 días por mes y cumple al menos una de las siguientes características y los criterios de C-D.
    - ✧ Dolor predominantemente unilateral, calidad pulsátil
    - ✧ Intensidad moderada a severa, agravada por actividad rutinaria
    - ✧ Asociada  $\geq 1$  de estos: náusea y/o vómito, fotofobia, fonofobia
  - B. Ingestión de triptan (cualquier formulación) en más de 10 días por mes regularmente por más de 3 meses.
  - C. Cefalea con frecuencia incrementa durante el sobre consumo de triptan
  - D. Cefalea revierte después de dos meses de discontinuar la ingestión de triptan, a su estado previo.
- **Cefalea por sobre consumo de analgésico simple**
  - A. Cefalea presente por más de 15 días por mes al menos con uno de las siguientes características y cumple los criterios de C-D.
  - B. Bilateral
  - C. calidad opresiva
  - D. Intensidad moderada
  - E. Ingestión de analgésico por  $> 15$  días por mes por más de 3 meses.
  - F. Cefalea con frecuencia incrementa durante sobre consumo de analgésico
  - G. Cefalea revierte después de dos meses de discontinuar la ingestión de triptan, a su estado previo.
- **Cefalea por sobre consumo de opiode**
  - A. Cefalea presente  $> 15$  días al mes y cumple los criterios de C-D.
  - B. Ingestión de opiode más de 10 día/mes por más de 3 meses
  - C. Cefalea con frecuencia incrementa durante sobre consumo analgésico

D. Cefalea revierte después de 2 meses de suspender ingestión de opiode