



GUÍA

**CEFALEA**


CÓDIGO G-SU-08

VERSIÓN 1

VIGENCIA 30/03/2010


PÁGINA 1 de 34

# GUÍA DE MANEJO CEFALEA

	GUÍA	CÓDIGO	G-SU-08
	<b>CEFALEA</b>	VERSIÓN	1
		VIGENCIA	30/03/2010
		PÁGINA 2 de 34	


## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
<b>1. DEFINICIÓN</b>	<b>3</b>
<b>2. CLASIFICACIÓN</b>	<b>4</b>
<b>1. DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN:</b>	<b>6</b>
<b>1.1 DEFINICIÓN:</b>	<b>6</b>
<b>1.2 CLASIFICACIÓN:</b>	<b>6</b>
4.1.1 CEFALEA TENSIONAL	10
4.1.2 CEFALEA EN ACÚMULOS	10
4.1.3 NEURALGIA DEL TRIGÉMINO	12
4.1.4 HEMICRANEA PAROXÍSTICA CRÓNICA	12
4.1.5 HEMICRANEA CONTINUA	12
4.1.6 MIGRAÑA	12
4.1.6.1 Manejo de las crisis.	12
Crisis leves-moderadas:	13
Crisis moderadas-intensas:	13
<b>4.2 PROFILAXIS CON MEDICAMENTOS.</b>	<b>14</b>
<b>4.3 CONDICIONES ESPECIALES DE LA MIGRAÑA</b>	<b>15</b>
<b>5. CRITERIOS DE REFERENCIA</b>	<b>20</b>
<b>6. RECOMENDACIONES O PLAN EDUCATIVO:</b>	<b>21</b>
<b>7. CUADRO RESUMEN DE GUÍA:</b>	<b>22</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>24</b>

	<b>GUÍA</b>	<b>CÓDIGO</b>	G-SU-08
	<b>CEFALEA</b>	<b>VERSIÓN</b>	1
		<b>VIGENCIA</b>	30/03/2010
		PÁGINA 3 de 34	

<b>FIGURA 1. ENFOQUE DIAGNÓSTICO DE ACUERDO A LA TEMPORALIDAD DE LA CEFALEA.</b>	<b>25</b>
<b>FIGURA 2. ENFOQUE DE MANEJO DE LA CEFALEA.</b>	<b>25</b>
<b>FIGURA 3. ENFOQUE DE MANEJO DE LA MIGRAÑA.</b>	<b>26</b>
<b>FIGURA 4. ENFOQUE DE ESTUDIO Y MANEJO DE LA CEFALEA SECUNDARIA.</b>	<b>28</b>
<b>CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS CEFALEAS.</b>	<b>29</b>
<b>CUADRO 2. ACTIVADORES MÁS COMUNES DE LA MIGRAÑA.</b>	<b>30</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>31</b>

## **1. DEFINICIÓN**

	<b>GUÍA</b>	<b>CÓDIGO</b>	G-SU-08
	<b>CEFALEA</b>	<b>VERSIÓN</b>	1
		<b>VIGENCIA</b>	30/03/2010
		PÁGINA 4 de 34	

El dolor de cabeza es uno de los síntomas más frecuentes en la práctica clínica, ocurriendo más frecuentemente en mujeres que en hombres.

Debido a lo comunes que son las cefaleas y porque sus implicaciones varían desde ser una relativa trivialidad hasta una calamidad catastrófica, cada paciente con cefalea amerita la elaboración de una historia clínica en forma muy cuidadosa y un examen físico minucioso centrado en el sistema nervioso y apoyado en los estudios de laboratorio; teniendo en cuenta siempre la influencia de los factores emocionales.

Cuando se esta en urgencias frente a un paciente con cefalea, lo más importante, para un adecuado tratamiento es tener un diagnostico adecuado, es importante recordar que aproximadamente el 90% de las cefaleas son tensionales, en los casos restantes, tan solo es un síntoma y como tal se debe tratar de enfocar.

## 2. CLASIFICACIÓN


En 1988 la Sociedad Internacional de Cefaleas, desarrolló una clasificación sistemática de las cefaleas, descritas como primarias o secundarias según su etiología, así:

### TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN: .....	6
1.1 DEFINICIÓN: .....	6
1.2 CLASIFICACIÓN:.....	6
4.1.1 CEFALEA TENSIONAL.....	10
4.1.2 CEFALEA EN ACÚMULOS .....	10
4.1.3 NEURALGIA DEL TRIGÉMINO .....	12
4.1.4 HEMICRANEA PAROXÍSTICA CRÓNICA .....	12
4.1.5 HEMICRANEA CONTINUA .....	12
4.1.6MIGRAÑA.....	12
4.1.6.1 Manejo de las crisis. ....	12

**CEFALEA**

4.2 PROFILAXIS CON MEDICAMENTOS.....	14
4.3 CONDICIONES ESPECIALES DE LA MIGRAÑA .....	15
5. CRITERIOS DE REFERENCIA .....	20
6. RECOMENDACIONES O PLAN EDUCATIVO: .....	21
7. CUADRO RESUMEN DE GUÍA: .....	22
ANEXOS.....	24
FIGURA 1. ENFOQUE DIAGNÓSTICO DE ACUERDO A LA TEMPORALIDAD DE LA CEFALEA.	25
FIGURA 2. ENFOQUE DE MANEJO DE LA CEFALEA. ....	25
FIGURA 3. ENFOQUE DE MANEJO DE LA MIGRAÑA.....	26
FIGURA 4. ENFOQUE DE ESTUDIO Y MANEJO DE LA CEFALEA SECUNDARIA.....	28
CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS CEFALEAS. ....	29
CUADRO 2. ACTIVADORES MÁS COMUNES DE LA MIGRAÑA. ....	30
BIBLIOGRAFÍA .....	31

	<b>GUÍA</b>	<b>CÓDIGO</b>	G-SU-08
	<b>CEFALEA</b>	<b>VERSIÓN</b>	1
		<b>VIGENCIA</b>	30/03/2010
		PÁGINA 6 de 34	

## 1. DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN:

### 1.1 DEFINICIÓN:

El dolor de cabeza es uno de los síntomas más frecuentes en la práctica clínica, ocurriendo más frecuentemente en mujeres que en hombres.

Debido a lo comunes que son las cefaleas y porque sus implicaciones varían desde ser una relativa trivialidad hasta una calamidad catastrófica, cada paciente con cefalea amerita la elaboración de una historia clínica en forma muy cuidadosa y un examen físico minucioso centrado en el sistema nervioso y apoyado en los estudios de laboratorio; teniendo en cuenta siempre la influencia de los factores emocionales.

Cuando se está en urgencias frente a un paciente con cefalea, lo más importante, para un adecuado tratamiento es tener un diagnóstico adecuado, es importante recordar que aproximadamente el 90% de las cefaleas son tensionales, en los casos restantes, tan solo es un síntoma y como tal se debe tratar de enfocar.

### 1.2 CLASIFICACIÓN:


En 1988 la Sociedad Internacional de Cefaleas, desarrolló una clasificación sistemática de las cefaleas, descritas como primarias o secundarias según su etiología, así:

**1.2.1 Cefaleas Primarias:** historia y examen físico que no sugieren una condición, problema o patología que cause la cefalea, en caso de que lo sugieran, ésta ha sido descartada apropiadamente.

- Migraña : con aura o sin aura.
- Cefalea a tensión: episódica o crónica.
- 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.

**1.2.2 Cefaleas secundarias:** cefalea que se asocia o atribuye a alguna condición, problema o patología específica.

- Traumatismo craneal.

	GUÍA	CÓDIGO	G-SU-08
	<h1>CEFALEA</h1>	VERSIÓN	1
		VIGENCIA	30/03/2010
		PÁGINA 7 de 34	

- 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

### 1.2.3 Clasificación según severidad:

La cefalea puede ser clasificada de acuerdo a su intensidad de acuerdo a los siguientes criterios:

- Leve: El paciente esta conciente de la cefalea pero es capaz de continuar su vida normal con alteraciones mínimas.
- Moderada: La cefalea impide las actividades de la vida diaria pero no es incapacitante.
- Severa: La cefalea es incapacitante
- Estatus: Una cefalea severa que dura >72 horas.

### 1.2.4 Clasificación de la cefalea migrañosa:

#### 1.2.4.1 Migraña sin aura (migraña común):

Esta presentación es una de las migrañas más frecuentes y se trata de una migraña ideopática y consiste en ataques recurrentes que duran 4-72 horas. El dolor es típicamente unilateral, pulsátil, de intensidad moderada o severa y se exacerba con la actividad física normal. La gran mayoría asocia náusea, vómito, fotofobia y fonofobia. Se necesitan 5 o más ataques para poder realizar un diagnóstico adecuado. En general se dice que un 75% de los pacientes con migraña presentan este tipo de migraña.

#### 1.2.4.2 Migraña con aura (migraña típica):

La migraña típica es un desorden recurrente ideopático, con ataques de síntomas neurológicos que se desencadenan en la corteza cerebral o en el tallo cerebral, lo que causa la presencia de aura; que usualmente se desarrolla en 5-20 minutos, dura menos de 60 minutos y es completamente reversible. Algunos ejemplos típicos de aura son:

- Anormalidad visual homónima (forma más común); usualmente de un espectro de fortificación: un escotoma creciente y destellante de forma irregular.
- Parestesias o adormecimiento unilateral.

**CEFALEA**

- Debilidad unilateral.
- Disfasia.
- Una combinación de las anteriores.

El dolor generalmente inicia en los siguientes 60 minutos desde la resolución del aura y puede durar de 4-72 horas. Sin embargo, puede iniciar antes del aura o al mismo tiempo que el aura; incluso puede estar ausente. Este dolor es generalmente unilateral, pulsante, de intensidad moderada o severa y se exagera con las actividades de la vida diaria. Se asocia con náusea, vómito, fotofobia y fonofobia. Se necesitan 2 o más ataques para poder realizar el diagnóstico. En general, el 25% de las pacientes con migraña padecen de esta forma particular.


## 2. EPIDEMIOLOGÍA

La cefalea es un síntoma tan frecuente que afecta a 93% de los hombres y a 99% de las mujeres por lo menos una vez en la vida. Es motivo de 4% de las consultas efectuadas por los médicos. Varios estudios señalan que la incidencia es más alta en los pacientes entre los 20 y 35 años de edad y después disminuye en forma gradual con el aumento de la edad.

## 3. DIAGNÓSTICO

### 3.1 CÓDIGOS CIE 10:

DIAGNÓSTICO	CÓDIGO
Cefalea	R51
Cefalea debida a tensión	G442
Cefalea inducida por drogas, no clasificada en otra parte	G444
Cefalea postraumática crónica	G443
Cefalea vascular	G441
Estado migrañoso	G432
Migraña complicada	G433
Migraña con aura (migraña clásica)	G431
Migraña sin aura (migraña común)	G430
Migraña, no especificada	G439
Otras migrañas	G438
Otros síndromes de cefalea especificados	G448
Síndrome de cefalea en racimos	G440

	<b>GUÍA</b>	<b>CÓDIGO</b>	G-SU-08
	<b>CEFALEA</b>	<b>VERSIÓN</b>	1
		<b>VIGENCIA</b>	30/03/2010
		PÁGINA 9 de 34	

### 3.2 EXAMEN FÍSICO

La realización de un examen físico completo es de vital importancia, con el objetivo de descartar otros problemas agregados o la causa de fondo de la cefalea o las exacerbaciones de la migraña.

Se debe siempre realizar un examen de fondo de ojo en el paciente con cefalea para poder excluir la presencia de papiledema e hipertensión. Este examen puede ser realizado de manera repetida en las siguientes consultas ya que aumenta la sensibilidad de la prueba. De igual manera en el examen físico se debe prestar suficiente atención a la presencia de síntomas de irritación meníngea como rigidez de cuello, dolor lumbar y signo de Kernig ya que puede tratarse de una infección, hemorragia, infiltración neoplásica o una arteritis de células gigantes. Finalmente, la revisión de la cara y cuello, mas la palpación de las arterias temporales.

### 3.3 EXAMENES PARACLÍNICOS

La mayoría de las personas no requiere la realización de pruebas diagnósticas para las causas más comunes de cefalea. En casos especiales en los que se sospecha la presencia de una arteritis de células gigantes puede considerarse la una velocidad de eritrosedimentación (VES) y una biopsia de arteria temporal.

Los exámenes de rayos X son útiles ante la sospecha de trauma craneoencefálico más en otros casos son obsoletos. Finalmente las pruebas de neuroimágenes (comúnmente tomografía computarizada o resonancia magnética) son poco probable que demuestre algún hallazgo patológico sin la presencia de síntomas o signos sugestivos de una causa seria de cefalea en la historia clínica o examen físico.

La presencia de los siguientes síntomas puede aumentar la probabilidad de una anormalidad significativa en las pruebas de neuroimagen en los pacientes con un caso de migraña no aguda y es preferible que sean estudiados por el especialista, a saber:

- Incremento abrupto de la frecuencia;
- Historia de pérdida de la coordinación;
- Historia de signos neurológicos localizados o adormecimiento;
- Historia de cefalea que despierta por la noche.

## 4. PLAN DE MANEJO

### 4.1 INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS:

Los principales objetivos del tratamiento de los episodios de cefalea o migraña son el aliviar los síntomas de un ataque agudo, reducir la frecuencia y severidad de los ataques, minimizar el uso de medicamentos de rescate, reducir los efectos adversos e identificar y reducir en la medida de lo posible los factores detonantes.

Los objetivos a largo plazo del tratamiento consisten en:

- Reducir la frecuencia, severidad y discapacidad.
- Reducir la utilización de medicamentos poco tolerados, inefectivos o no deseados en el manejo y profilaxis de las crisis de cefalea.
- Mejorar la calidad de vida.
- Reducir la necesidad de utilizar altas cantidades de medicamentos para controlar las crisis.
- Educar y facilitar a los pacientes en el manejo de su enfermedad y el control de sus crisis de cefalea.
- Reducir el estrés asociado a la presencia de cefalea y los síntomas psicológicos.

La mayoría de los medicamentos deben ser iniciados a una dosis baja y aumentar la dosis de acuerdo a la necesidad para minimizar los efectos adversos y mantener la dosis por 8-12 semanas para obtener la eficacia máxima.

---

#### 4.1.1 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.


---

#### 4.1.2 CEFALEA EN ACÚMULOS

---

## CEFALEA

- 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.
-

	<b>GUÍA</b>	<b>CÓDIGO</b>	G-SU-08
	<b>CEFALEA</b>	<b>VERSIÓN</b>	1
		<b>VIGENCIA</b>	30/03/2010
		<b>PÁGINA 12 de 34</b>	

#### 4.1.3 NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

---

Tratamiento sintomático:

- Carbamacepina: 600-1200 mg vo, comenzando por 300mg/día aumentando 100mg/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.

#### 4.1.4 HEMICRANEA PAROXÍSTICA CRÓNICA

---

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

#### 4.1.5 HEMICRANEA CONTINUA

---


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

#### 4.1.6 MIGRAÑA

##### 4.1.6.1 Manejo de las crisis.

---

- Primera opción es la administración de un analgésico con o sin un antiemético, ajustando la dosis según la necesidad.
- Si el tratamiento inicial no logra los efectos deseados, podemos utilizar ergotamina.
- Si el tratamiento combinado no logra los efectos deseados o el paciente presenta criterios adecuados, el paciente debe ser referido al especialista.

	<b>GUÍA</b>	<b>CÓDIGO</b>	G-SU-08
	<b>CEFALEA</b>	<b>VERSIÓN</b>	1
		<b>VIGENCIA</b>	30/03/2010
		<b>PÁGINA 13 de 34</b>	

La analgesia temprana durante la crisis migrañosa debe idealmente ser utilizada lo más pronto posible para reducir el dolor y evitar la estasis gástrica producida por la migraña.

Evite utilizar Acetaminofén (1000 mg) como terapia única en el tratamiento de las crisis agudas.

Utilice Acetaminofén (1000 mg) junto con Aspirina (300-900 mg) o Ibuprofeno (400-1200 mg) como primera línea de tratamiento en las crisis agudas.

Considere utilizar ergotamina (con o sin cafeína) en el tratamiento de pacientes seleccionados con crisis moderadas o severas de migraña.

Considere utilizar antieméticos para tratar la náusea asociada con las crisis de migraña.

Los antieméticos no deben ser restringidos a los pacientes que presentan vómitos; el síntoma de náusea debe ser manejado tempranamente. Considere el uso de inhibidores de la recaptura de serotonina como una terapia agregada para controlar la náusea en pacientes seleccionados. Considere el uso de corticoesteroides (dexametasona, hidrocortisona) como una opción de tratamiento en los pacientes con estatus migrañoso.

Crisis leves-moderadas:

- Analgésicos/AINES (VO): Paracetamol 1gr, AAS 1gr, Naproxeno 500-1100mg, Ibuprofeno 600-1200mg.
- Antieméticos: metoclopramida 10 mg.
- 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, ketorolako 30-60 mg.
- Antieméticos: metoclopramida 10 mg IM.

#### 4.2 PROFILAXIS CON MEDICAMENTOS.

La profilaxis con medicamentos en los pacientes que cumplen criterios tiene el objetivo de reducir la severidad, la duración y el número de crisis que el paciente presenta, mejorar la capacidad de respuesta al tratamiento agudo y de esa manera contribuir con reducir la sobreutilización de medicamentos, sus posibles efectos perjudiciales y reducir la discapacidad. Se debe considerar el utilizar una terapia profiláctica en los siguientes casos:

- En crisis recurrentes, que en opinión del paciente, interfieren significativamente con la vida diaria, a pesar del tratamiento agudo.
- Cuando existe contraindicación, falla o sobre utilización de los medicamentos para el manejo de las crisis agudas.
- Requieren tratamiento agudo frecuentemente (prevenir el desarrollo de cefalea por sobreutilización de medicamentos).
- En casos de eventos adversos con la terapia aguda.
- Preferencia del paciente.
- Ante condiciones migrañosas poco comunes, incluyendo migraña hemipléjica, migraña basilar, migraña con aura prolongada o infarto migrañoso.
- Cuando presentan  $\geq 2$  ataques por mes.


El tratamiento debe ser utilizado por 1-3 meses antes de observar sus efectos y los medicamentos que han mostrado ser efectivos en el paciente en particular deben ser utilizados por al menos 4-6 meses y después retirados lentamente para establecer si todavía son necesarios.

El tratamiento para las crisis agudas puede todavía ser requerido a pesar de una adecuada terapia profiláctica.

La selección del medicamento a utilizar en la terapia profiláctica debe tomar en consideración las comorbilidades presentadas por el paciente, de manera que el medicamento seleccionado permita tratar la condición coexistente de ser posible o no estar contraindicado, interactuar o exacerbar las crisis de migraña.

Los grupos de expertos internacionales han acordado que el tratamiento profiláctico debe utilizar los betabloqueadores como primera opción de tratamiento, excepto que este contraindicado. En particular en aquellos pacientes con ansiedad o hipertensión arterial.

El uso de amitriptilina puede ser útil cuando la migraña coexiste con una cefalea tensional, asociada a depresión o un problema de insomnio. Si este es el caso, debe iniciarse con una dosis de 10-25 mg e incrementarla gradualmente hasta una dosis de mantenimiento de 50-75 mg para minimizar los efectos adversos.

	<b>GUÍA</b>	<b>CÓDIGO</b>	G-SU-08
	<b>CEFALEA</b>	<b>VERSIÓN</b>	1
		<b>VIGENCIA</b>	30/03/2010
		<b>PÁGINA 15 de 34</b>	

Parte importante del manejo profiláctico consiste en la evaluación del tratamiento y utilización de los medicamentos por medio de un diario de cefaleas llevado por el paciente; que permita reducir o aumentar la dosis de medicamento y eventualmente retirarlo de acuerdo a la respuesta clínica del paciente.

Utilice propanolol (80-240 mg/día) como la primera opción en el tratamiento profiláctico de las crisis migrañosas.

Otras posibilidades terapéuticas incluyen:

- Bloqueadores de los canales de calcio: nifedipina o nimodipina son más efectivos que el placebo. Se ha encontrado información sobre el uso de verapamilo, sin embargo requiere dosis altas.
- Antiinflamatorios: se ha encontrado evidencia sobre la utilización de aspirina, naproxeno, ácido mefenámico y ácido tolfenámico, pero en general son preferiblemente no utilizados por sus efectos adversos a largo plazo.
- Valproato de sodio: ha sido utilizado a dosis de 300-750 mg, dos veces al día con evidencia de eficacia. Sin embargo, el aumento de peso, temblor, pérdida del cabello, la alteración de la función hepática y su potencial daño al feto hacen de este medicamento una elección de última línea y bajo una adecuada supervisión.
- Antidepresivos tricíclicos: se ha encontrado evidencia sobre su papel como agente profiláctico, sin embargo ha mostrado una eficacia levemente superior a los inhibidores de la recaptura de serotonina, principalmente amitriptilina.
- Inhibidores de la recaptura de serotonina: no se ha encontrado suficiente evidencia sobre su papel como agente profiláctico, sin embargo ha mostrado una eficacia levemente menor que la amitriptilina.


Posología en profilaxis:

- 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.

#### 4.3 CONDICIONES ESPECIALES DE LA MIGRAÑA

Mujeres con migraña que requieren contracepción:

Las mujeres que presentan crisis de migraña pueden tener asociado el uso de anticonceptivos orales combinados porque requieren un método anticonceptivo. De acuerdo con la opinión de expertos internacionales y la evidencia científica existen con sus

	<b>GUÍA</b>	<b>CÓDIGO</b>	G-SU-08
	<b>CEFALEA</b>	<b>VERSIÓN</b>	1
		<b>VIGENCIA</b>	30/03/2010
		<b>PÁGINA 16 de 34</b>	

limitaciones; deben de tomarse medidas preventivas para poder facilitar a las mujeres que utilizan este método anticonceptivo el seguir utilizando con seguridad, con un riesgo mínimo de accidente vascular cerebral y protegiendo aquellas en riesgo.

Las siguientes son contraindicaciones sobre la utilización de los anticonceptivos orales combinados, a saber:

- Presencia de migraña con aura.
- Migraña sin aura cuando hay historia de mas de un factor de riesgo para accidente vascular cerebral (edad  $\geq$  35 años, diabetes, historia familiar, hiperlipidemia, hipertensión, obesidad, fumado, etc.).
- Estado migrañoso (cefalea  $\geq$  72 horas).
- Migraña en tratamiento con derivados de la ergota.

De manera general sabemos que la migraña, en especial la que presenta aura, se asocia con un mayor riesgo de accidente vascular isquémico, riesgo que se puede ver aumentado si la paciente presenta una mayor cantidad de factores de riesgo de accidente vascular cerebral.


Recomendaciones de expertos internacionales sobre el uso de anticonceptivos orales combinados y migraña:

- Mujeres con migraña sin aura y solamente un factor de riesgo de accidente cerebrovascular pueden recibir anticonceptivos orales con baja dosis de estrógenos (30  $\mu$ g). No se ha encontrado evidencia sobre el progestágeno más adecuado para las mujeres con migraña que desean utilizar un anticonceptivo oral.
- Mujeres con migraña sin aura y sin factores de riesgo asociados que presentan un control adecuado de su migraña con medicamentos pueden usar anticonceptivos orales combinados. Sin embargo si se presentan síntomas o la frecuencia de las crisis de migraña aumentan, debe suspenderse la utilización de estos anticonceptivos. Las alternativas adecuadas para el control de la concepción en mujeres con migraña con aura incluyen el uso de métodos con únicamente progestágenos, dispositivos intrauterinos y métodos de barrera.

**Migraña menstrual y asociada a la menstruación:**

La migraña asociada a la menstruación ocurre durante los primeros 1-2 días de la menstruación. La migraña asociada a la menstruación ocurre durante la menstruación y en otros momentos del ciclo menstrual. Cerca del 14% de las mujeres sufren de migraña menstrual, pero hasta un 60% de las mujeres presentan una migraña asociada a la menstruación.

Probablemente el método más pragmático de diferenciarlas es por medio de un diario sobre las crisis migrañosas. Esto es muy importante ya que la migraña menstrual es

	<b>GUÍA</b>	<b>CÓDIGO</b>	G-SU-08
	<b>CEFALEA</b>	<b>VERSIÓN</b>	1
		<b>VIGENCIA</b>	30/03/2010
		<b>PÁGINA 17 de 34</b>	

generalmente más severa y más difícil de tratar. En estos casos de cree que la caída del estrógeno premenstrual desencadena la crisis de migraña.

El tratamiento de estas crisis es el mismo que en las crisis tradicionales, por medio de una prescripción estratificada; varios triptanos han demostrado ser efectivos en el tratamiento de las crisis de migraña menstrual.

Con respecto al tratamiento profiláctico, este debe ser considerado por al menos un mínimo de 3 ciclos menstruales antes de ser evaluado como inefectivo. En general se recomienda el utilizar antiinflamatorios de manera perimenstrual a saber; iniciando con un antiinflamatorio junto con la menstruación y continuar hasta el último día de sangrado. También se ha considerado el uso de suplementos con estrógenos como parches transdermales con estradiol (100 µg gel con 1.5 mg) entre otros.

Si la migraña se desencadena durante el periodo libre de anticonceptivos orales combinados debe considerarse:

- Un método anticonceptivo alternativo si el uso del anticonceptivo esta contraindicado como se señalo anteriormente.
- Modificar la terapia por una tableta con menor contenido de progestágeno ya
- que es usualmente más común en las pacientes que utilizan anticonceptivo com. mayores dosis de progestágenos.
- Utilizar anticonceptivos tricíclicos y tomar la terapia por 3 ciclos seguidos y permitir 7 días libres, de manera que el número de sangrado sea reducido.

Migraña durante la menopausia:

Después de la menopausia, cerca de 2/3 de las mujeres experimentan menos crisis de migraña. Sin embargo, también cerca de 2/3 de las mujeres experimentan una exacerbación de las crisis de migraña después de una menopausia quirúrgica.

En general las crisis de migraña durante la menopausia tienen una relación directa con la utilización de terapias hormonales ya que tanto los estrógenos y los progestágenos se asocian con una mayor frecuencia de crisis de migraña.

**RESUMEN DE MEDICAMENTO QUE SE PUEDEN USAR:**

Ataques moderados:


**MEDICAMENTO PRESENTACIÓN DOSIS**

Dihidroergotamina Tableta 4.5 mg 1 cada 12 horas

Ergotamina + Cafeína Tableta 1 + 100 mg 1 ó 2 cada 12 horas

Naproxen sodico Tableta 250 mg 2 ó 3 cada 12 horas

Ibuprofeno Tableta 400 mg 1 cada 8 horas

	GUÍA	CÓDIGO	G-SU-08
	<b>CEFALEA</b>	VERSIÓN	1
		VIGENCIA	30/03/2010
		PÁGINA 18 de 34	

ASA + codeína Tableta 300-400 + 35mg 1 cada 12 horas  
 ASA + oxicodona Tableta 300-400 + 10mg 1 cada 12 horas

Ataque Severos:

#### MEDICAMENTO PRESENTACION DOSIS

Diclofenaco Amp. 75 mg/ 3ml 1 ampolla IM  
 Tramadol Solución oral 100mg/ml 20 gotas cada 4-6 horas  
 Metroclorpromida Amp. 10 mg/ 2ml 1 ampolla cada 8 horas  
 Ibuprofeno Tableta 200 mg 2 cada 8 horas  
 Clorpromazina Amp. 25 mg/ml 1 ampolla

### TRATAMIENTO PROFILACTICO

#### Medicamentos Profilácticos

##### Betabloqueadores

Se han usado con gran utilidad, principalmente los que no poseen actividad simpaticomimética intrínseca. Son de elección en el paciente que concomitantemente presente: Hipertensión, Angina Tirotoxicosis.

La dosis de **propranolol** es 20 - 40 mg, cuatro veces al día o **Metoprolol** 200mg/día. No deben de suspenderse abruptamente.

##### Calcioantagonistas

Se han usado con efectividad en la profilaxis la nimodipina y el verapamilo y la flunarizina. El efecto colateral más frecuente con el uso de verapamilo es la constipación, seguido de bradicardia y alteraciones en la conducción aurículoventricular.

Con la flunarizina los efectos colaterales son: sedación, parkinsonismo, depresión, ganancia

de peso y además su efectividad no tiene mucha evidencia a su favor.

La dosis de inicio de la **flunarizina** es de 5 mg día hasta una dosis máxima de 10 mg día.

La dosis de inicio de **verapamilo** es de 80 mg día hasta una dosis máxima entre 240 y 320 mg día, en dosis divididas. La dosis de inicio de la **nimodipina** es de 30 mg con dosis máxima dividida de 90 mg día.

##### Antiagregantes plaquetarios

Una clara relación ha sido establecida entre los cambios plaquetarios y la migraña. Esto ha sugerido que se puedan usar los antagonistas plaquetarios en el tratamiento de la migraña.

El **ASA** a dosis de 325 a 650 mg por día es recomendado.

Las contraindicaciones para el uso de ASA son: idiosincrasia, hipeuricemia, enfermedad

**CEFALEA**

hepática grave. No debe de ser usado concomitantemente con anticoagulantes porque reducen la síntesis de vitamina K y prolonga la hemorragia. Los efectos adversos del ASA son: gastrointestinal, dolor epigástrico, náusea, vómito, sensación de plenitud cefalea, mareo, somnolencia, sudación, visión borrosa, en algunos casos ambliopía tóxica; depresión, ototoxicidad, retención de líquidos, edema, prurito, trastornos renales, hematológicos y cardíacos.

**Antiinflamatorios no esteroideos**

Se ha mostrado efectividad en el tratamiento profiláctico del **naproxen sódico**. Las dosis recomendadas son de 550 mg dos veces al día.

**Antidepresivos**

El único antidepresivo que tiene una eficacia en la profilaxis es la **amitriptilina**. La dosis de inicio es de 10 mg en la noche y se puede hacer incremento de 10 mg cada 2 semanas hasta una dosis máxima de 50 a 100 mg. Los efectos secundarios de la amitriptilina a son: constipación, hipotensión ortostática, náusea, boca seca, ganancia de peso, micción retardada, edema, temblores musculares.

**Valproato sódico**

Se puede usar en el tratamiento profiláctico en dosis diaria de un gramo (1000 mg), con un ajuste a la semana hasta una dosis que resulte en unos niveles séricos de 50 a 120 microg/l. Los efectos colaterales de esta medicación son: temblor, caída de cabello, ganancia de peso y toxicidad hepática. Se contraindica su uso en la falla hepática, en la trombocitopenia. Durante el inicio del tratamiento se debe de hacer control periódico de la función hepática.

**MEDICAMENTOS DEL ACUERDO 228 UTILIZADOS PARA TRATAMIENTO.****ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS Y REUMATICOS.**

Diclofenaco sodico 50 mg tabl

Diclofenaco sodico 75 mg ampolla

Ibuprofeno 400 mg tabl.

Naproxeno 250 mg Tabletas

Naproxeno 150 mg/ 5 ml susp

**ANALGESICOS NO NARCOTICOS**

Acetaminofén 500 mg tabl

Acetaminofén 100 gotas

**CEFALEA**

Acetaminofén 150 mg/5 ml jarabe.

Acido Acetil Salicilico 500 mg Tabletas

Dipirona 40-50% solución inyectable

**ANALGESICOS NARCOTICOS**

Codeína fosfato 30 mg tabl.

Codeína fosfato 60 mg tabl.

Morfina 30mg / ml solución inyectable

Morfina 150 mg/ 5 ml susp

tramadol clorhidrato 100 mg/5ml sol oral

tramadol clorhidrato 50 mg/ml solución inyectable

tramadol clorhidrato 100 mg/2ml solución inyectable

Morfina 10 mg/ml solución inyectable

Oxicodona 10 mg tabletas

Oxicodona 20 mg tabletas

Oxicodona 40 mg tabletas

**5. CRITERIOS DE REFERENCIA**

Referir ambulatoriamente al paciente al especialista o un nivel de atención más alto, a saber:

- Si el paciente presenta una historia de cefalea o crisis de corta duración o aparición reciente, en conjunto con características atípicas o síntomas y signos entre las crisis agudas.
- Si existe alguna duda sobre el diagnóstico.
- Casos de falla del tratamiento a pesar dosis plenas, utilización de medicamentos de segunda línea y terapia profiláctica.
- Si los síntomas no responden al tratamiento o si responden al tratamiento pero las crisis se presentan más de 2 veces por mes, a pesar de una adecuada terapia profiláctica.

Referir de manera urgente a los pacientes que presentan alguna de las siguientes características:

- Presentación de una cefalea “por primera vez y muy severa” en especial si se acompaña de síntomas neurológicos.
- Una cefalea de inicio subagudo que es progresiva en el término de días o semanas.
- Cefalea con fiebre inexplicable, náusea o vómito.
- Asocia signos neurológicos, papiledema, cambios de conciencia o rigidez de Cuello.
- Sin causa identificable o diagnóstico incierto.
- Deshidratación severa
- Presencia o sospecha de un paciente hemodinámicamente inestable.



## 6. RECOMENDACIONES O PLAN EDUCATIVO:

En este punto los profesionales de la salud deben asegurar una adecuada comunicación con el paciente, de manera que la persona comprenda en su totalidad la naturaleza crónica de la enfermedad y los posibles beneficios del tratamiento, reforzando la idea de una atención estructurada y la atención temprana del dolor y el manejo de las crisis.

Los pacientes que presentan crisis de migraña en especial con aura deben recordar que presentan un mayor riesgo de accidente vascular cerebral y por tanto reducir los factores de riesgo agregados como el fumado, colesterol, presión arterial entre otras.

Diario de cefaleas: Se ha encontrado evidencia sobre la utilización de un diario sobre los síntomas, la frecuencia, severidad y la respuesta al tratamiento por parte de los pacientes para se utilizado por los profesionales de la salud con el objetivo de identificar factores etiológicos posibles y la respuesta al tratamiento.

Se ha encontrado evidencia de la efectividad de terapias de relajación y consejos posturales, así como la terapia cognitiva para el manejo de problemas de adaptación las cuales parecen presentar un beneficio en el tratamiento de las crisis de cefalea, en especial en los casos de cefalea tensional.

A continuación se resumen la educación que se le debe dar al pacientes, es importante resaltar que se le debe indicar al paciente lo que padece en un lenguaje sencillo, de manera que pueda comunicarse e interactuar con el médico.

- Debe tener limitaciones en cuanto a la medicación, efectos deseados e indeseados de la misma, su uso y su abuso, recuerde que la medicación analgésica puede causarle también dolor.
- Recuerde que existen sustancias alimenticias y aditivos de los alimentos que pueden desencadenar los episodios y que la susceptibilidad es individual y posiblemente genética.
- Las bebidas alcohólicas son perjudiciales y recomendarle cuáles de ellas son más dañinas que otras.
- Recordar que el manejo en cuanto a dieta debe ser individual, evitando Cafeína, Chocolate, tomate, champiñones, alimentos que contienen Tiamine y Nitratos.
- Procure evitar situaciones que produzcan estrés, en la medida de lo posible.
- No duerma de más ni de menos los fines de semana.
- Haga las comidas a la misma hora y en cantidades similares.
- Evite alimentos y bebidas que le hayan desencadenado alguna vez dolor de cabeza
- Evite los lugares ruidosos o de olores penetrantes.



<b>GUÍA</b>		<b>CÓDIGO</b>	G-SU-08
<b>CEFALEA</b>		<b>VERSIÓN</b>	1
		<b>VIGENCIA</b>	30/03/2010
		<b>PÁGINA</b> 22 de 34	

- La indicación no más lejos de lo normal, es decir, hacer ejercicio regular no extenuante, sobretodo en los pacientes en los cuales se desencadena el dolor con el ejercicio (cefalea post-ejercicio y cefalea post-coito)
- La relajación muscular y la vida tranquila predisponen a un alivio prolongado.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura, los olores penetrantes, como los perfumes y las esencias, lo mismo que el cigarrillo.

### 7. CUADRO RESUMEN DE GUÍA:

<b>CEFALEA</b>				
<b>CUADRO CLÍNICO</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>TRATAMIENTO</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>EFFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS</b>
<p>La cefalea es un síntoma frecuente de consulta</p> <p>El cuadro clínico puede variar dependiendo de la causa primaria de la cefalea.</p>	<p>La realización de un examen físico completo es de vital importancia, para descartar otros problemas agregados o la causa de fondo de la cefalea o las exacerbaciones de la migraña.</p> <p>Realizar un examen de fondo de ojo en el paciente con cefalea para poder excluir la presencia de papiledema e hipertensión, este examen puede ser realizado de manera repetida en las siguientes consultas ya que aumenta la sensibilidad de la prueba. De igual manera en el examen físico se debe prestar suficiente atención a la presencia de síntomas de irritación</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe tener limitaciones en cuanto a la medicación, efectos deseados e indeseados de la misma, su uso y su abuso, recuerde que la medicación analgésica puede causarle también dolor.</li> <li>• Recuerde que existen sustancias alimenticias y aditivos de los alimentos que pueden desencadenar los episodios y que la susceptibilidad es individual y posiblemente genética.</li> <li>• Las bebidas alcohólicas son perjudiciales y recomendarle cuáles de ellas son más dañinas que otras.</li> <li>• Recordar que el</li> </ul>	<p>Reacciones medicamentosas</p>



## CEFALEA

meníngea como rigidez de cuello, dolor lumbar y signo de Kernig ya que puede tratarse de una infección, hemorragia, infiltración neoplásica o una arteritis de células gigantes. Finalmente, la revisión de la cara y cuello, mas la palpación de las arterias temporales.

manejo en cuanto a dieta debe ser individual, evitando Cafeína, Chocolate, tomate, champiñones, alimentos que contienen Tiramine y Nitratos.

- Procure evitar situaciones que produzcan estrés, en la medida de lo posible.
- No duerma de más ni de menos los fines de semana.
- Haga las comidas a la misma hora y en cantidades similares.
- Evite alimentos y bebidas que le hayan desencadenado alguna vez dolor de cabeza
- Evite los lugares ruidosos o de olores penetrantes.
- La indicación no más lejos de lo normal, es decir, hacer ejercicio regular no extenuante, sobretodo en los pacientes en los cuales se desencadena el dolor con el ejercicio (cefalea post-ejercicio y cefalea post-coito)

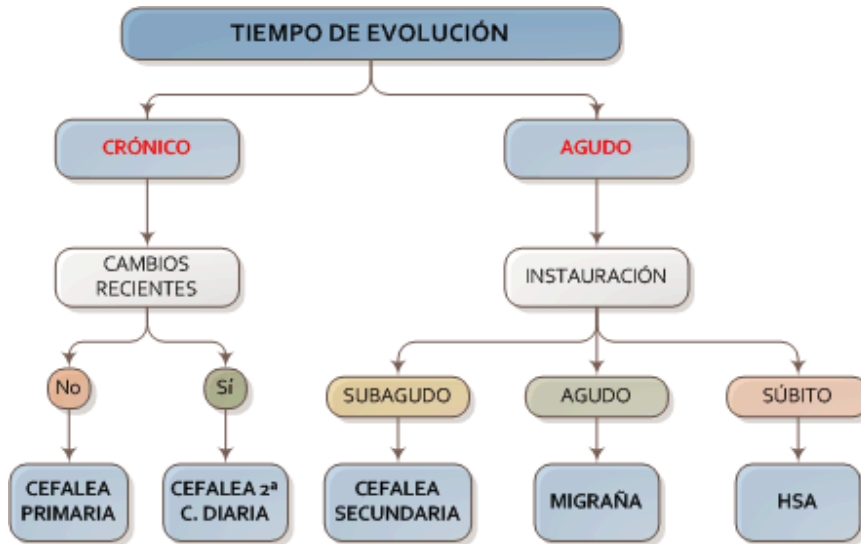
**CEFALEA**

			<ul style="list-style-type: none"><li>• La relajación muscular y la vida tranquila predisponen a un alivio prolongado.</li><li>• Evitar los cambios bruscos de temperatura, los olores penetrantes, como los perfumes y las esencias, lo mismo que el cigarrillo.</li></ul>	
--	--	--	---	--

**ANEXOS**

# CEFALEA

**Figura 1. Enfoque diagnóstico de acuerdo a la temporalidad de la cefalea.**



**FIGURA 2. Enfoque de manejo de la cefalea.**

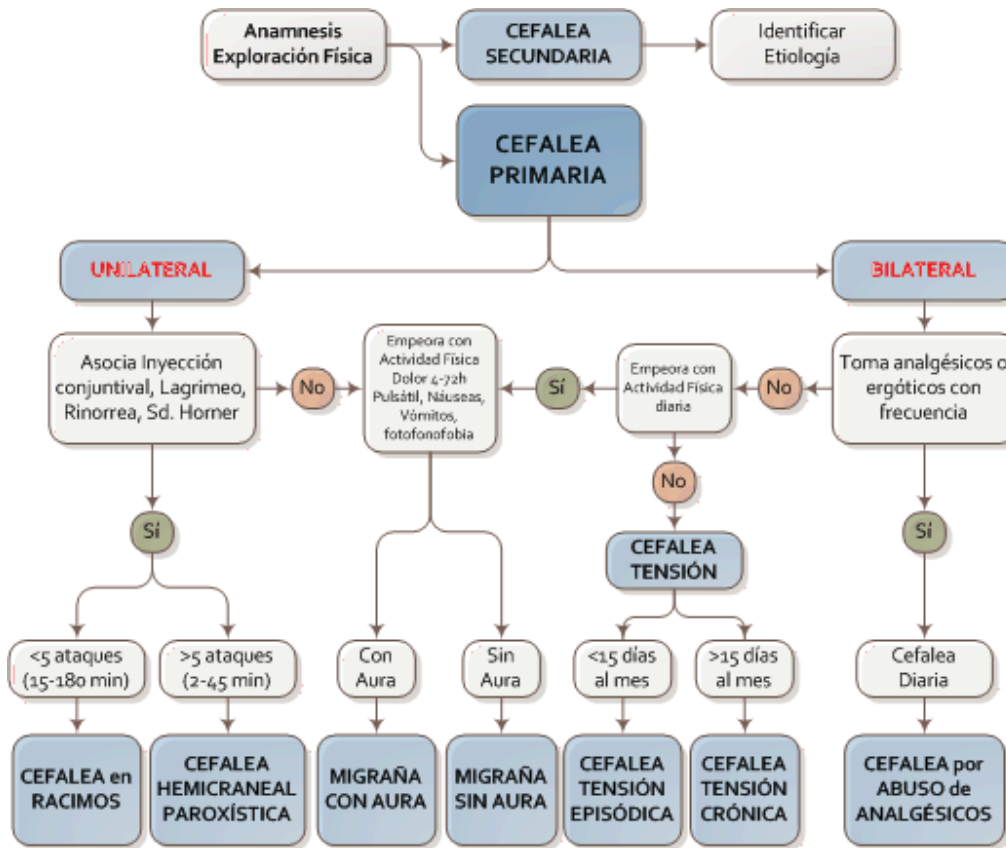
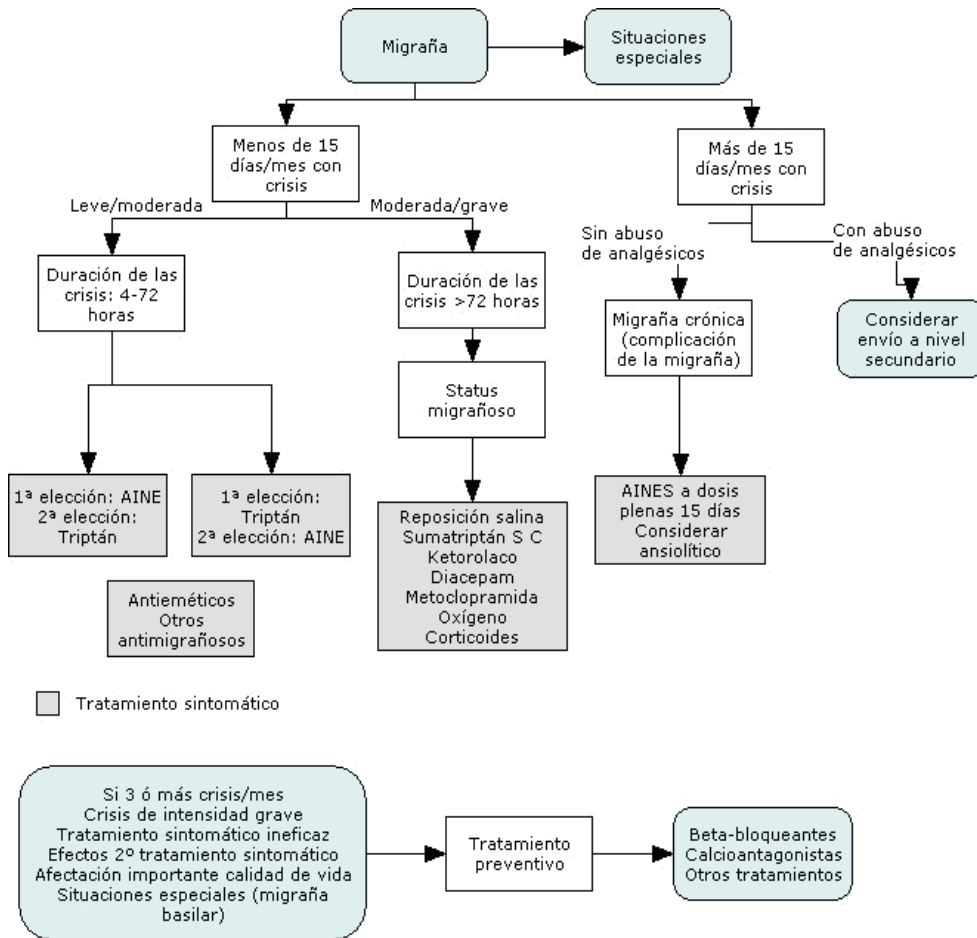


Figura 3. Enfoque de manejo de la migraña.




**Figura 4. Enfoque de estudio y manejo de la cefalea secundaria.**



**CEFALEA**

**Cuadro 1. Características generales de las cefaleas.**


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	Pesada 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	Intermittente, nocturna o al despertar	Moderada	Constante, sorda, apagada	M=H	Vómitos, rigidez de nuca, déficit neurológico
HSA	Cualquiera	Global, occipitocraneal	Variable	Única	Agudísima, atroz	Explosiva	H=M	Náuseas, vómitos, rigidez de nuca, pérdida de consciencia
NEURALGIA TRIGÉMINA	50-70	2º-3º -> 1º	Segundos, ocurren en	Paroxística	Agudísima	Como descarga	H=M	Punto trigger, tics

	GUÍA		CÓDIGO	G-SU-08
	<b>CEFALEA</b>		VERSIÓN	1
			VIGENCIA	30/03/2010
			PÁGINA 30 de 34	

O	división	descargas	eléctrica					
ARTERITIS DE LA TEMPORAL	>55	Temporal, cualquier región	Intermite, luego continua	Continua	Variable	Variable	H=M	Arterias doloridas, polimialgia reumática
HEMICRANEAAL CONTINUA	11-58	Unilateral	Todo el día con exacerbaciones	Diaria o constante	Moderada	Dolor moderado y punzadas	M>H	Fotofobia, lagrimeo, congestión nasal
HEMICRANEAAL PAROXÍSTICA CRÓNICA	Adulto	Unilateral, orbitario o temporal	2-45min	>5 veces 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 analgésicos

**Cuadro 2. Activadores más comunes de la migraña.**

CATEGORIA	ACTIVADORES	EJEMPLOS
Dieta	Comidas rápidas. Ayunar.	Chocolate Comidas procesadas (contienen nitritos) Queso añejo Alcohol/vino roio
	Medicaciones	Nitroglicerina.
Reloj biológico	Cambios en los patrones del sueño.	siesta dormir demasiado.

	<b>GUÍA</b>	<b>CÓDIGO</b>	G-SU-08
	<b>CEFALEA</b>	<b>VERSIÓN</b>	1
		<b>VIGENCIA</b>	30/03/2010
		<b>PÁGINA</b> 31 de 34	

		pequeños periodos de sueño.
Medio ambiente	Cambios de clima	Extremo calor o frío.
	luces brillantes	Iluminación de la oficina.
	Olores, prolusion	Smog, perfumes, luces químicas.
Hormonas	Rápidas fluctuaciones en los niveles de estrógenos.	Menstruación terapia de reemplazo hormonal. Anticoncepción con píldoras. Perimenopausa.
Estrés	El trabajo	Horas de trabajo excesivas.
	Hogar	Problemas económicos.
	Familia.	Cambios trabajo. Trasteo. Recién nacidos. Matrimonio Muertes o pérdidas.
Disminución del estrés	Cese del trabajo.	Fin de semana. Vacaciones. finalizar un proyecto o una tarea estresante
físicos	Esfuerzo duradero.	Recorridos de maratón.
	Sobre esfuerzo	Ejercitarse cuando se está fuera de forma. Ejercitarse en el calor.


## BIBLIOGRAFÍA

- Bronfort G, Nilsson N, Haas M, Evans R, Goldsmith CH, Assendeft WJJ et al. Tratamientos físicos no invasivos para la cefalea crónica/recurrente (Revisión

**CEFALEA**

- Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus , 2005 Número 2. Oxford : Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com/>. (Traducidad de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester , UK : John Wiley & Sons, Ltd).
- Chang CL, Donaghy M, Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. BMJ 1999; 318: 13-8.
  - Chronicle E, Mulleners. Fármacos anticonvulsivantes para la profilaxis de la migraña (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus , 2005 Número 2. Oxford : Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com/>. (Traducidad de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester , UK : John Wiley & Sons, Ltd).
  - Colman I, Brown MD, Innes GD, Grafstein E, Roberts TE, Rowe BH. Parenteral dihydroergotamine for acute migraine headache: a systematic review of the literature. Ann Emerg Med 2004; 45: 393-401.
  - Diagnosis and treatment of headache. Institute for clinical systems improvement [En línea]. Disponible en [\[http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=183\]](http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=183)
  - Davies GM, Santanello N, Lipton R. Determinants of patient satisfaction with migraine therapy. Cephalalgia 2000; 20: 554-60. [Medline]
  - Diener H-C, Kronfeld K, Boewing G, Lungenhausen M, Maier C, Molsberger A, et al, GERAC Migraine Study Group. Lancet Neurol 2006; 5: 310-6.
  - Dorado Taquiguchi R. Posibilidades terapéuticas del Cannabis en la migraña. Kranion 2004; 4: 15-8.
  - Dowson AJ, Tepper SJ, Baos V, Baudet F, D'Amico D, Kilminster S. Identifying patients who require a change in their current acute migraine treatment: the Migraine Assessment of Current Therapy (Migraine-ACT) questionnaire. Curr Med Res Opin 2004; 20:1125-35.
  - Ferrari MD, Goadsby PJ, Roon KI, and Lipton RB. Triptans (serotonin, 5-HT<sub>1B/1D</sub> agonists) in migraine: detailed results and methods of a meta-analysis of 53 trials. Cephalalgia 2002; 22: 633-58.
  - Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB, Goadsby PJ. Triptans (serotonin, 5-HT<sub>1B/1D</sub> agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials. Lancet 2001; 358: 1668-75.
  - Ferrari MD, Goadsby PJ, Roon KI, Lipton RB. Triptans (serotonin, 5-HT<sub>1B/1D</sub> agonists) in migraine: detailed results and methods of a meta-analysis of 53 trials. Cephalalgia 2002; 22: 633-58.
  - Freitag FG, Lake A 3rd, Lipton R, Cady R, Diamond S, Silberstein S. Inpatient treatment of headache: an evidence-based assessment. Headache 2004 Apr;44(4):342-60.
  - García fernández ML. Tratamiento de la migraña. FMC 1999; 6 (Supl 10): 30-8.
  - Gladstone JP, Gawel M. newer formulations of the triptans: advances in migraine management. Drugs 2003; 63: 2285-305.
  - Goadsby PJ. To scan or not to scan in headache. BMJ 2004; 329: 469-70.

- Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine - Current understanding and treatment. N Engl J Med 2002; 346: 257-70.
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia 2004; 24 (suppl 1): 9-160.
- Hung C-I, Wang S-J, Hsu K-H, Juang Y-Y, Liu C-Y. Risk factors associated with migraine or chronic daily headache in out-patients with major depressive disorder. Acta Psychiatr 2005; 111: 310-5.
- Institute for Clinical System Improvement. Health Care Guideline. Diagnosis and Treatment of Headache. ICSI: November 2004.
- Kurth T, Gaziano JM, Cook NR, Logroscino G, Diener H-C, Buring JE. Migraine and Risk of Cardiovascular Disease in Women. JAMA 2006; 296: 283-91
- Linde K, Rosnagel K. Propranolol para la profilaxis de la migraña (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus , 2005 Número 2. Oxford : Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com/>. (Traducidad de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester , UK : John Wiley & Sons, Ltd).
- Logroscino G, Lipton RB. Migraine is associated with chest symptoms but not cardiac events: A reassuring paradox. Neurology 2004; 63: 2209-10.
- Mateos V, Roig C, López Rodríguez I, López-Gil A, en representación de los participantes en el estudio 4M (Manejo Médico de la Migraña con Maxalt). Satisfacción y retorno a la actividad normal con 10 mg de rizatriptán. Resultados del estudio abierto, prospectivo y observacional 4M. Neurología 2002; 17: 621-7.
- Melchart D, Linde K, Fischer P, Berman B, White A, Vickers A, Allais G. Acupuntura para la cefalea idiopática (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus , 2005 Número 2. Oxford : Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com/>. (Traducidad de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester , UK : John Wiley & Sons, Ltd).
- Morillo L. Migraine headache. Clin Evid 2004;12:1817–1840.
- Oldman AD, Smith LA, McQuay HJ , Moore RA. Rizatriptán para la migraña aguda (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus , 2005 Número 2. Oxford : Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com/>. (Traducidad de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester , UK : John Wiley & Sons, Ltd).
- Patton GC, Viner R. Pubertal transitions in health. Lancet 2007; 369: 1130-9.
- Pittler MH, Ernst E. Matricaria para la prevención de la migraña. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus , 2005 Número 2. Oxford : Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com/>. (Traducidad de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester , UK : John Wiley & Sons, Ltd).
- Prince PB, Rapoport AM, Sheftell FD, Tepper SJ, Bigal ME. The effect of weather on headache. Headache 2004; 44: 596-602.
- Smith LA, Oldman AD , McQuay HJ, Moore RA. Eletriptan para la crisis aguda de migraña (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus , 2005 Número

	<b>GUÍA</b>	<b>CÓDIGO</b>	G-SU-08
	<b>CEFALEA</b>	<b>VERSIÓN</b>	1
		<b>VIGENCIA</b>	30/03/2010
		<b>PÁGINA</b> 34 de 34	

2. Oxford : Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com/>. (Traducidad de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester , UK : John Wiley & Sons, Ltd).
- Solomon S. Primary Headache Management. Primary Care Special Edition 2002; 6 (1): 38-42.
  - Tronvik E, Stovner LJ, Helder G, Sand C, Bovim G. Prophylactic treatment of migraine with an angiotensin II receptor blocker: a randomized controlled trial. JAMA 2003; 289: 65-9.
  - Victor S, Ryan SW. Medicamentos para prevenir las cefaleas migrañosas en los niños (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus , 2005 Número 2. Oxford : Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com/>. (Traducidad de The Cochrane Library, 2005 Issue 2. Chichester , UK : John Wiley & Sons, Ltd).

NOMBRE : ESAIN CALDERÓN IBATÁ CARGO: MÉDICO	NOMBRE : JUAN CARLOS PERDOMO PUENTES CARGO: AUDITOR MÉDICO CLÍNICO	NOMBRE : MARIA LILIANA QUIMBAYA CARGO: GERENTE
ELABORO	REVISO	APROBÓ