

A. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE CEFALÉAS DE LA INTERNACIONAL HEADACHE SOCIETY (IHS), 1988.

1. MIGRAÑA:

- 1.1. Migraña sin aura.
- 1.2. Migraña con aura.
 - 1.2.1. Migraña con aura típica.
 - 1.2.2. Migraña con aura prolongada.
 - 1.2.3. Migraña hemipléjica familiar.
 - 1.2.4. Migraña basilar.
 - 1.2.5. Aura migrañosa sin cefalea.
 - 1.2.6. Migraña con aura de inicio agudo.
- 1.3. Migraña oftalmológica.
- 1.4. Migraña retiniana.
- 1.5. Síndromes periódicos en la infancia que pueden ser precursores o estar asociados a migraña.
 - 1.5.1. Vértigo paroxístico benigno de la infancia.
 - 1.5.2. Hemiplejia alternante de la infancia.
- 1.6. Complicaciones de la migraña.
 - 1.6.1. Estado migrañoso.
 - 1.6.2. Infarto migrañoso.
- 1.7. Trastorno migrañoso que no cumple los criterios anteriormente mencionados.

2. CEFALÉA TENSIONAL O TIPO TENSIÓN:

- 2.1. Cefalea tensional episódica.
 - 2.1.1. Cefalea tensional episódica asociada a alteraciones de los músculos pericraneales.
 - 2.1.2. Cefalea tensional episódica no asociada a alteraciones de los músculos pericraneales.
- 2.2. Cefalea tensional crónica.
 - 2.2.1. Cefalea tensional crónica asociada a alteraciones de los músculos pericraneales.
 - 2.2.2. Cefalea tensional crónica no asociada a alteraciones de los músculos pericraneales.
- 2.3. Cefalea tensional que no cumple los criterios anteriormente mencionados.

3. CEFALÉA EN CÚMULOS Y HEMICRÁNEA PAROXÍSTICA CRÓNICA:

- 3.1. Cefalea en cúmulos.
 - 3.1.1. Cefalea en cúmulos de periodicidad indeterminada.

- 3.1.2. Cefalea en cúmulos episódica.
- 3.1.3. Cefalea en cúmulos crónica.
- 3.2. Hemicránea paroxística crónica.
- 3.3. Trastorno de tipo cefalea en cúmulos que no cumple los criterios anteriormente mencionados.

4. MISCELÁNEA DE CEFALEA NO ASOCIADA A LESIÓN ESTRUCTURAL:

- 4.1. Cefalea punzante idiopática.
- 4.2. Cefalea por compresión externa.
- 4.3. Cefalea por estímulos fríos.
 - 4.3.1. Aplicación externa de un estímulo frío.
 - 4.3.2. Aplicación de estímulo frío por ingestión.
- 4.4. Cefalea benigna por la tos.
- 4.5. Cefalea benigna por ejercicio físico.
- 4.6. Cefalea asociada a actividad sexual.
 - 4.6.1. Tipo sordo.
 - 4.6.2. Tipo agudo.
 - 4.6.3. Tipo postural.

5. CEFALEA ASOCIADA A TRAUMATISMO CRANEAL:

- 5.1. Cefalea postraumática aguda.
 - 5.1.1. Con traumatismo craneal significativo, signo confirmatorio o ambos.
 - 5.1.2. Con traumatismo craneal menor y sin signos confirmatorios.
- 5.2. Cefalea postraumática crónica.
 - 5.2.1. Con traumatismo craneal significativo, signo confirmatorio o ambos.
 - 5.2.2. Con traumatismo craneal menor y sin signos confirmatorios.

6. CEFALEA ASOCIADA A TRASTORNOS VASCULARES:

- 6.1. Enfermedad cerebrovascular isquémica aguda.
 - 6.1.1. Accidente isquémica aguda.
 - 6.1.2. Accidente tromboembólico.
- 6.2. Hematoma intracraneal.
 - 6.2.1. Hematoma intracraneal.
 - 6.2.2. Hematoma subdural.
 - 6.2.3. Hematoma epidural.
- 6.3. Hemorragia subaracnoidea.
- 6.4. Malformación vascular sin rotura.
- 6.5. Arteritis.
 - 6.5.1. Arteritis de células gigantes.
 - 6.5.2. Otras arteritis sistémicas.
 - 6.5.3. Arteritis intracraneal o vertebral.
- 6.6. Dolor arterial carotídeo o vertebral.
 - 6.6.1. Disección carotídea o vertebral.
 - 6.6.2. Carotidiana (idiopática).

- 6.6.3. Cefalea postendarterectomía.
 - 6.7. Trombosis venosa.
 - 6.8. Hipertensión arterial.
 - 6.8.1. Respuesta presora aguda a agentes exógenos.
 - 6.8.2. Feocromocitoma.
 - 6.8.3. Hipertensión maligna rápidamente progresiva.
 - 6.8.4. Preeclampsia y eclampsia.
 - 6.9. Cefalea asociada a otros trastornos vasculares.
7. CEFALEA ASOCIADA A TRASTORNO INTRACRANEAL DE ORIGEN NO VASCULAR:
- 7.1. Aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo.
 - 7.1.1. Hipertensión intracraneal benigna.
 - 7.1.2. Hidrocefalia de alta presión.
 - 7.2. Disminución de la presión del líquido cefalorraquídeo.
 - 7.2.1. Cefalea pospunción lumbar.
 - 7.2.2. Cefalea posfístula del líquido cefalorraquídeo.
 - 7.3. Infección intracraneal.
 - 7.4. Sarcoidosis intracraneal y otras enfermedades inflamatorias no infecciosas.
 - 7.5. Cefalea relacionada con inyecciones intracraneales.
 - 7.5.1. Efecto directo.
 - 7.5.2. Debida a una meningitis química.
 - 7.6. Neoplasia intracraneal.
 - 7.7. Cefalea asociada a otros trastornos intracraneales.
8. CEFALEA ASOCIADA A LA INGESTA DE DETERMINADAS SUSTANCIAS O A SU SUPRESIÓN:
- 8.1. Cefalea inducida por el uso o exposición aguda a ciertas sustancias.
 - 8.1.1. Cefalea inducida por nitratos/nitritos.
 - 8.1.2. Cefalea inducida por glutamato monosódico.
 - 8.1.3. Cefalea inducida por monóxido de carbono.
 - 8.1.4. Cefalea inducida por alcohol.
 - 8.1.5. Otras sustancias.
 - 8.2. Cefalea inducida por el uso o exposición crónica a ciertas sustancias.
 - 8.2.1. Cefalea inducida por ergotamina.
 - 8.2.2. Cefalea debida al abuso de analgésicos.
 - 8.2.3. Otras sustancias.
 - 8.3. Cefalea debida a la supresión de sustancias (uso agudo)
 - 8.3.1. Cefalea por supresión de alcohol (resaca).
 - 8.3.2. Otras sustancias.
 - 8.4. Cefalea debida a la supresión de sustancias (uso crónico).
 - 8.4.1. Cefalea por supresión de ergotamina.
 - 8.4.2. Cefalea por supresión de cafeína.
 - 8.4.3. Cefalea por abstinencia de narcóticos.
 - 8.4.4. Otras sustancias.
 - 8.5. Cefalea asociada a sustancias, pero de mecanismo incierto.

- 8.5.1. Anticonceptivos orales o estrógenos.
- 8.5.2. Otras sustancias.

9. CEFALEA ASOCIADA A INFECCIONES NO CEFÁLICA:

- 9.1. Infección vírica.
 - 9.1.1. No cefálica focal.
 - 9.1.2. Sistémica.
- 9.2. Infección bacteriana.
 - 9.2.1. No cefálica focal.
 - 9.2.2. Sistémica (sepsis).
- 9.3. Cefalea relacionada con otras infecciones.

10. CEFALEA ASOCIADA A TRASTORNOS METABÓLICOS.

- 10.1. Hipoxia.
 - 10.1.1. Cefalea causada por latitud.
 - 10.1.2. Cefalea hipóxica.
 - 10.1.3. Cefalea por apnea del sueño.
- 10.2. Hipercapnia.
- 10.3. Hipoxia e hipercapnia.
- 10.4. Hipoglucemia.
- 10.5. Diálisis.
- 10.6. Cefalea relacionada con otras anomalías metabólicas.

11. CEFALEAS O DOLOR FACIAL ASOCIADO A ALTERACIONES DEL CRÁNEO, CUELLO, OJOS, NARIZ, OÍDOS, SENOS, DIENTES, BOCA U OTRAS ESTRUCTURAS FACIALES O CRANEALES:

- 11.1. Hueso craneal.
- 11.2. Cuello.
 - 11.2.1. Columna cervical.
 - 11.2.2. Tendinitis retrofaringea.
- 11.3. Ojos.
 - 11.3.1. Glaucoma agudo.
 - 11.3.2. Errores de refracción.
 - 11.3.3. Heteroforia o heterotropía.
- 11.4. Oídos.
- 11.5. Nariz y senos.
 - 11.5.1. Cefalea aguda causada por sinusopatía.
 - 11.5.2. Otras enfermedades de la nariz o de los senos.
- 11.6. Dientes, mandíbulas y estructuras adláteres.
- 11.7. Enfermedad de la articulación temporomandibular.

12. NEURALGIAS CRANEALES, DOLOR DE TRONCO NERVIOSO Y DOLOR POR DESAFERENTACIÓN:

- 12.1. Dolor persistente (en contraste con el dolor de tipo tic) de origen en un nervio craneal.

- 12.1.1. Compresión o distorsión de los pares craneales y de las raíces cervicales segunda y tercera.
 - 12.1.2. Desmielización de pares craneales.
 - 12.1.2.1. Neuritis óptica (neuritis retrobulbar).
 - 12.1.3. Infarto de los pares craneales.
 - 12.1.3.1. Neuritis diabética.
 - 12.1.4. Inflamación de las paredes craneales.
 - 12.1.4.1. Herpes zoster.
 - 12.1.4.2. Neuralgia posherpética crónica
 - 12.1.5. Síndrome de Tolosa-Hunt.
 - 12.1.6. Síndrome cuello-lengua.
 - 12.1.7. Otras causas de dolor persistente de origen nervioso craneal.
 - 12.2. Neuralgia de trigémino.
 - 12.2.1. Neuralgia de trigémino idiopática.
 - 12.2.2. Neuralgia de trigémino sintomática.
 - 12.2.2.1. Compresión de la raíz o del ganglio del trigémino.
 - 12.2.2.2. Lesiones centrales.
 - 12.3. Neuralgia de glossofaríngeo.
 - 12.3.1. Neuralgia de glossofaríngeo idiopática.
 - 12.3.2. Neuralgia de glossofaríngeo sintomática.
 - 12.4. Neuralgia de nervio intermediario.
 - 12.5. Neuralgia laríngea superior.
 - 12.6. Neuralgia occipital.
 - 12.7. Causas de origen central de cefalea y dolor facial, exceptuando el tic doloroso.
 - 12.7.1. Anestesia dolorosa.
 - 12.7.2. Dolor talámico.
 - 12.8. Dolor facial que no cumple los criterios de los grupos 11 y 12.
13. CEFALEA NO CLASIFICABLE.

B. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

1. MIGRAÑA

Los términos «migraña común» y «migraña clásica» han sido objeto de frecuentes confusiones y no conllevan información alguna. Por lo tanto, dichos términos se han sustituidos por los de «migraña sin aura» y «migraña con aura». El aura es el conjunto de síntomas neurológicos focales que inicia o acompaña a un ataque. Los síntomas premonitorios aparecen algunas horas previas, o bien uno o dos días antes del episodio de migraña (con o sin aura). Generalmente, consisten en hiperactividad, hipoactividad, depresión, capricho por comidas especiales, bostezos repetidos y síntomas atípicos similares.

1.1. Migraña sin aura

Términos utilizados previamente: migraña común, hemicránea simple.

Descripción

Trastorno con cefalea recurrente idiopática que se manifiesta en ataques, cuya duración oscila entre 4 y 72 horas. Son características típicas de la cefalea: localización unilateral, calidad pulsátil, intensidad moderada o grave, empeoramiento con la actividad física diaria y asociación a náuseas, fonofobia y fotofobia.

Criterios diagnósticos

- A. Por lo menos haber presentado 5 episodios que cumplen los criterios B-D.
- B. Ataques de cefalea cuya duración varía entre 4 y 72 horas (sin tratar o tratadas sin éxito).
- C. La cefalea ha de tener al menos dos de las siguientes características:
 - 1. Localización unilateral.
 - 2. Calidad pulsátil.
 - 3. Intensidad moderada o grave (inhibe o impide las actividades diarias).
 - 4. Se agrava al subir escaleras o con actividades físicas de rutina similares.
- D. Durante el ataque de cefalea, ha de haber al menos uno de los siguientes síntomas:
 - 1. Náuseas, vómitos o ambos.
 - 2. Fotofobia y fonofobia.
- E. Se ha de cumplir al menos una de las siguientes características:
 - 1. La historia clínica y las exploraciones física y neurológica no sugieren ninguno de los trastornos enumerados en los grupos 5-11.
 - 2. La historia, las exploraciones física y neurológica o ambas sugieren este trastorno, pero queda descartado por investigaciones apropiadas.
 - 3. Este trastorno está presente, pero los ataques de migraña aparecen por primera vez en íntima relación temporal con dicho trastorno.

La migraña sin aura puede producirse casi exclusivamente en un determinado momento del ciclo menstrual. Es la llamada «migraña menstrual». No existen criterios aceptados por todos para esta entidad. Parece razonable exigir para el diagnóstico que el 90% de los ataques se presenten dentro de los dos días anteriores a la menstruación y el último día de la misma.

1.2. Migraña con aura

Términos utilizados previamente: migraña clásica, migraña oftálmica, migraña hemiparética, migraña hemipléjica, migraña afásica, migraña acompañada, migraña complicada.

Descripción

Trastorno recurrente idiopático que se manifiesta por ataques con síntomas neurológicos inequívocamente localizables en la corteza cerebral o en el tronco cerebral, que, por lo gene-

ral, se desarrollan gradualmente durante 5-20 minutos, con una duración media inferior a 60 minutos. La cefalea, náuseas y fotofobia se presentan, habitualmente, tras los síntomas neurológicos del aura, inmediatamente después de un intervalo libre inferior a una hora. La cefalea suele durar entre 4-72 horas, pero puede no presentarse en absoluto (1.2.5.)

Criterios diagnósticos

- A. Por lo menos haber presentado dos ataques que cumplan el criterio B.
- B. El aura ha de cumplir por lo menos tres de las siguientes características:
 - 1. Uno o más síntomas completamente reversibles de aura que indiquen disfunción cortical cerebral focal, de tronco cerebral o ambas.
 - 2. Por lo menos un síntoma de aura se desarrolla gradualmente durante más de 4 minutos, o aparecen dos o más síntomas sucesivamente.
 - 3. Ningún síntoma de aura supera los 60 minutos. Si se presenta más de un síntoma de aura, la duración aceptada se ha de aumentar proporcionalmente.
 - 4. La cefalea sigue al aura con un intervalo libre de menos de 60 minutos. (Puede empezar también antes o a la vez que el aura).
- C. Por lo menos una de las siguientes características:
 - 1. La historia y las exploraciones física y neurológica no sugieren ninguno de los trastornos enumerados en los grupos 5-11.
 - 2. La historia y las exploraciones física y neurológica o ambas sugieren este trastorno, pero queda descartado por investigaciones apropiadas.
 - 3. Este trastorno está presente, pero los ataques de migraña no aparecen por primera vez en íntima relación temporal con el trastorno.

1.2.1.Migraña con aura típica

Términos utilizados previamente: migraña oftálmica, migraña hemiparestésica, migraña hemiparética, migraña hemipléjica o migraña afásica, migraña acompañada.

Descripción

Se trata de las migrañas con un aura consistente en molestias visuales homónimas, síntomas hemisensoriales, hemiparesia o disfasia, o combinaciones de las mismas. Caracteriza al aura asociada a esta cefalea un desarrollo progresivo, duración inferior a una hora y una reversibilidad completa.

Criterios diagnósticos

- A. Se cumplen los criterios de 1.2., incluidos los cuatro criterios del punto B.
- B. Ha de haber uno o más síntomas de aura de los siguientes tipos:
 - 1. Molestias visuales homónimas.
 - 2. Parestesias unilaterales, entumecimiento, o ambos.
 - 3. Debilidad unilateral.
 - 4. Afasia o dificultad del habla no clasificable.

1.2.2. Migraña con aura prolongada

Términos utilizados previamente: migraña complicada, migraña hemipléjica

Descripción

Migraña con uno o más síntomas de aura de duración superior a los 60 minutos e inferior a una semana. El estudio mediante técnicas de neuroimagen es normal.

Criterios diagnósticos

A. Se cumplen los criterios de 1.2., pero al menos un síntoma tiene una duración superior a 60 minutos e inferior o igual a 7 días. Si las técnicas de neuroimagen revelan una lesión isquémica, codifique 1.6.2., infarto migrañoso, independientemente de la duración del síntoma.

1.2.3. Migraña hemipléjica familiar

Descripción

Migraña con aura, incluyendo hemiparesia, en la que, al menos un pariente de primer grado, presenta ataques idénticos.

Criterios diagnósticos

- A. Se cumplen los criterios de 1.2.
- B. El aura ha de consistir en un cierto grado de hemiparesia que puede ser prolongada.
- C. Al menos un pariente de primer grado presenta ataques idénticos.

1.2.4. Migraña basilar

Términos utilizados previamente: migraña de la arteria basilar, migraña de Bickerstaff, migraña sincopal.

Descripción

Migraña con síntomas de aura claramente originados por el tronco cerebral o en ambos lóbulos occipitales.

Criterios diagnósticos

- A. Se cumplen los criterios de 1.2.
- B. Ha de haber dos o más síntomas de aura de las siguientes características: síntomas visuales en los campos temporal y nasal de ambos ojos; disartria; vértigo; acúfenos; pérdi-

da de audición; diplopia; ataxia; parestesias bilaterales; paresias bilaterales; disminución del nivel de conciencia.

1.2.5. Aura migrañosa sin cefalea

Términos utilizados previamente: equivalentes migrañosos, migraña acefalálgica

Descripción

Aura migrañosa no acompañada de cefalea.

Criterios de diagnósticos

- A. Se cumplen los criterios de 1.2.
- B. Sin cefalea.

1.2.6 Migraña con aura de inicio agudo

Descripción

Migraña con aura que se desarrollan completamente en menos de 5 minutos.

Criterios diagnósticos

- A. Se cumplen los criterios de 1.2.
- B. Los síntomas neurológicos se desarrollan en espacio de 4 minutos.
- C. La cefalea se prolonga entre 4 y 72 horas (no tratada o tratada sin éxito).
- D. La cefalea presenta al menos en dos de las siguientes características:
 - 1. Localización unilateral.
 - 2. Calidad pulsátil.
 - 3. Intensidad moderada o grave (inhibe o impide las actividades diarias).
 - 4. Se agrava al subir escaleras o con actividades físicas rutinarias similares.
- E. Durante la cefalea, se presenta al menos una de los siguientes síntomas:
 - 1. Náuseas.
 - 2. Fotofobia y fonofobia.
- F. Se han descartado un TIA tromboembólico y otras lesiones intracraneales, mediante investigaciones apropiadas.

1.3. Migraña oftalmopléjica

Descripción

Ataques repetidos de cefaleas asociadas a paresia de uno o más pares craneales oculomotores, en ausencia de lesión intercraneal demostrable.

Criterios diagnósticos

- A. Por lo menos haber presentado dos ataques que cumplan el punto B.
- B. Cefalea que coincide en el tiempo con paresia de uno o más pares craneales oculomotores (III,IV y VI).
- C. Lesiones paraselar descartada mediante investigaciones apropiadas.

1.4. Migraña retiniana

Descripción

Ataques repetidos de escotoma monocular o ceguera que duran menos de 1 hora, asociados a cefaleas. Debe descartarse un trastorno vascular estructural u ocular.

Criterios diagnósticos

- A. Haber presentado por lo menos dos ataques que cumplan B-C.
- B. Ha de tener un escotoma monocular o ceguera totalmente reversible con una duración inferior a 60 minutos. Debe ser confirmada por la exploración realizada durante el episodio o (tras una adecuada instrucción) por el dibujo realizado por el paciente del defecto del campo monocular durante un ataque.
- C. La cefalea aparece después de los síntomas visuales con un intervalo libre de menos de 60 minutos, pero también puede ser previa y precederlos.
- D. Exploración oftalmológica normal fuera del ataque. Es preciso descartar la posibilidad de una embolia mediante investigaciones apropiadas.

1.5 Complicaciones de la migraña (codifíquese el tipo de migraña previo más la complicación)

1.6 Estatus migrañoso

Descripción

Episodio de migraña con fase de cefalea de duración superior a 72 horas a pesar del tratamiento. Pueden existir intervalos sin cefaleas inferiores a 4 horas (sin incluir el periodo de sueño).

Criterios diagnósticos

- A. El paciente cumple los criterios 1.1. o 1.2
- B. El ataque realmente cumple los criterios de alguna forma de migraña, exceptuando el hecho de que la cefalea presenta una duración superior a las 72 horas, con o sin tratamiento.
- C. La cefalea es continuada a lo largo del ataque o se ve interrumpida por intervalos sin cefaleas inferiores a 4 horas. No se completa la interrupción durante el sueño.

1.7 Infarto migrañoso

Términos empleados previamente: migraña complicada

Descripción

Uno o más síntomas de aura migrañosa no completamente reversibles en el plazo de 7 días o asociados a confirmación de infarto isquémico mediante técnicas de neuroimagen o ambos hechos.

Criterios diagnósticos

- A. El paciente ha cumplido previamente los criterios de 1.2.
- B. El ataque realmente es típico como ataques previos, pero los déficits neurológicos no son completamente reversibles en el espacio de 7 días o las técnicas de neuroimagen demuestran infarto isquémico en un área relevante o ambos hechos.
- C. Se descartan otras causas de infarto mediante investigaciones adecuadas.

1.6 Trastorno migrañoso que no cumple los criterios anteriormente mencionados.

Descripción

Episodios de cefalea que se presentan en forma de migraña, pero que no cumplen completamente los criterios diagnósticos operacionales de ninguna de las formas de migraña.

Criterios diagnósticos

- A. Cumple todos los criterios excepto uno, para una o más formas de migraña (especificar tipo o tipos).
- B. No cumple los criterios de la migraña tipo tensión.

2. CEFALÉAS DE TENSIÓN O TIPO TENSIÓN

Términos utilizados previamente: cefalea de tensión, cefalea por contractura muscular, cefalea psicomiógena, cefalea por estrés, cefalea ordinaria, cefalea esencial, cefalea idiopática y cefalea psicógena.

2.1 Cefalea de tensión episódica

Términos utilizados previamente: véase anteriormente.

Descripción

Se trata de episodios recurrentes de cefaleas que duran entre varios minutos y varios días. El dolor tiene típicamente una cualidad opresiva o apretada de intensidad leve o moderada, localización bilateral y no empeora con las actividades físicas rutinarias. No hay náuseas, pero puede existir fotofobia o fonofobia.

Criterios diagnósticos

- A. Haber presentado al menos 10 episodios de cefalea previos que cumplan los criterios B-D enumerados abajo. Número de días con este tipo de cefalea inferior a 180 al año (menos de 15/mes).
- B. La cefalea se prolonga entre 30 minutos y 7 días.
- C. Ha de tener al menos dos de las siguientes características de dolor:
 - 1. Calidad opresora o sensación de apretamiento (no pulsátil).
 - 2. Intensidad leve o moderada (puede inhibir, pero no impedir las actividades).
 - 3. Localización bilateral.
 - 4. No se agrava al subir escaleras o practicar actividades físicas rutinarias.
- D. Ha de cumplir las siguientes características:
 - 1. No hay náuseas ni vómitos (puede aparecer anorexia).
 - 2. No existe fotofobia ni fonofobia, o bien sólo una de las dos.
- E. Ha de darse al menos una de las siguientes características:
 - 1. La historia y las exploraciones físicas y neurológica no sugieren ninguno de los trastornos enumerados en los grupos 5-11.
 - 2. La historia, las exploraciones física y neurológica, o ambas, sugieren este trastorno, pero queda descartado por investigaciones apropiadas.
 - 3. Está presente este trastorno, pero la cefalea de tensión no aparece por primera vez en íntima relación con dicho trastorno.

2.1.1. Cefalea de tensión episódica asociada a alteraciones de los músculos pericraneales

Términos utilizados previamente: cefalea por contracción muscular.

Descripción

Cefalea de tensión episódica con aumento del nivel de sensibilidad del cuero cabelludo, aumento de la actividad EMG de los músculos pericraneales o ambos.

Criterios diagnósticos

- A. Cumple los criterios de 2.1.
- B. Ha de estar presente al menos una de las siguientes características:
 - 1. Sensibilidad incrementada de los músculos pericraneales demostrada mediante palpación manual o algómetro de presión.

2. Aumento del nivel de actividad EMG de los músculos pericraneales en reposo o durante las pruebas fisiológicas.

2.1.2. Cefaleas de tensión episódica no asociada a alteraciones de los músculos pericraneales.

Términos utilizados previamente: cefalea idiopática, cefalea esencial, cefalea psicógena.

Descripción

Cefalea de tensión episódica con niveles normales de sensibilidad o de actividad EMG de los músculos pericraneales o ambos.

Criterios de diagnósticos

- A. Cumple los criterios de 2.1.
- B. No hay aumento de la sensibilidad de los músculos pericraneales. Al realizar un EMG de los músculos pericraneales, se observa actividad normal.

2.2. Cefalea de tensión crónica

Términos utilizados previamente: cefalea crónica diaria. Véase también el primer párrafo de este apartado 2.

Descripción

Se trata de una cefalea que está presente por lo menos durante 15 días al mes, durante un periodo de 6 meses. Suele tener carácter opresivo o de apretamiento, de gravedad leve o moderada, es bilateral y no empeora con la actividad física rutinaria. Pueden producirse náuseas, fotofobia o fonofobia.

Criterios diagnósticos

- A. Frecuencia media de la cefalea mayor o igual a 15 días/mes (180 días año). Durante 6 meses o más se cumplen los criterios B, D, que se detallan a continuación.
- B. Han de darse por lo menos dos de las siguientes características del dolor:
 1. Opresión/apretamiento.
 2. Gravedad leve o moderada (puede inhibir, pero no impedir las actividades).
 3. Localización bilateral.
 4. No se agrava al subir escaleras o con actividades físicas rutinarias.
- C. Ha de tener las dos características siguientes:
 1. No hay vómitos.
 2. Sólo una de las siguientes: náuseas, fotofobia o fonofobia

- D. Ha de cumplir por los menos una de las siguientes características:
1. La historia y las exploraciones física y neurológica no sugieren ninguno de los trastornos enumerados en los grupos 5-11.
 2. La historia, las exploraciones física y neurológica, o ambas, sugieren este tipo de trastorno, pero queda descartado por investigaciones apropiadas.
 3. Este tipo de trastorno está presente, pero la cefalea de tensión no aparece por primera vez en íntima relación con dicho trastorno.

2.2.1. Cefalea de tensión crónica asociada a alteraciones de los músculos pericraneales

Términos utilizados previamente: cefalea crónica por contracción muscular.

Descripción

Cefalea crónica de tensión asociada a un aumento en sensibilidad de los músculos pericraneales o a un aumento de la actividad EMG en los mismos o ambos hechos.

Criterios diagnósticos

- A. Cumple los criterios de 2.2.
B. Ha de haber al menos una de las siguientes características:
1. Aumento de la sensibilidad de los músculos pericraneales demostrada mediante palpación manual o con algómetro de presión.
 2. Aumento de la actividad EMG en los músculos pericraneales en reposo o durante las pruebas fisiológicas.

2.2.2. Cefalea de tensión crónica no asociada a alteraciones de los músculos pericraneales

Términos utilizados previamente: cefalea idiopática crónica, cefalea psicógena crónica.

Descripción

Cefalea tensional crónica con niveles normales de sensibilidad y de actividad EMG de los músculos pericraneales o ambos.

Criterios diagnósticos

- A Cumple los criterios de 2.2.
B No hay un aumento de la sensibilidad de los músculos pericraneales. Si se realiza un EMG de los músculos pericraneales, se observan niveles normales de actividad.

2.3. Cefalea de tensión que no cumple los criterios anteriormente mencionados

Descripción

Es la cefalea que se considera variante de la tensión, pero que no cumple completamente los criterios diagnósticos operacionales de ninguna de las formas de cefalea tipo tensión hasta aquí descritas.

Criterios diagnósticos

- A. Cumple todos los criterios a excepción de una o más formas de cefalea de tensión (especificar tipo o tipos).
- B. No cumple los criterios de migraña sin aura.

3. CEFALÉAS EN ACÚMULOS Y HEMICRÁNEA PAROXÍSTICA CRÓNICA

La cefalea en acúmulos y la hemicránea paroxística crónica comparten las siguientes características: 1. Unilateralidad del dolor; 2. Gran intensidad del dolor; 3. Localización del dolor; 4. Manifestaciones vegetativas que lo acompañan; 5. Patrón temporal de los ataques. También existen similitudes con respecto a la evolución y de las enfermedades (patrón/estudio episódico o crónico) y otros cambios que indican una implicación del sistema autónomo. Sin embargo, hay ciertos hechos que distinguen la cefalea en acúmulos de la hemicránea paroxística crónica: preponderancia de los sexos, frecuencia y duración de los ataques, preponderancia nocturna, efecto de los fármacos (tanto sintomáticos como profilácticos).

3.1. Cefalea en acúmulos

Términos utilizados previamente: eritroprosopalgia de Bing, neuralgia ciliar o migrañosa (Harris), eritromelalgia de la cabeza, cefalea de Horton, cefalalgia histamínica, neuralgia petrosal (Gardner), neuralgia esfenopalatina de Vidian y Sluder, hemicránea periódica neuralgiforme.

Descripción

Cursa con ataques de dolor estrictamente unilateral, intenso, orbitario, supraorbitario o sobre región temporal, o sobre todas esas regiones, que duran de 15 a 180 minutos y que se presentan de una vez cada dos días, hasta 8 veces al día. Los ataques van acompañados de uno o más de los siguientes hechos: inyección conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración frontal y facial, miosis, ptosis, edema palpebral. Los ataques se presentan en series que duran semanas o meses (periodos llamados acúmulos), separados por periodos remisión que habitualmente se prolongan durante meses o años. Alrededor de un 10% de pacientes tienen síntomas de manera crónica, sin periodos libres de dolor.

Criterios diagnósticos

- A. Haber presentado al menos cinco ataques que cumplen los criterios B-D.
- B. Ataques de dolor intenso, unilateral, orbitario, supraorbitario o sobre la región temporal, o sobre todas esas zonas, que duran, sin tratamiento, de 15 a 180 minutos.
- C. La cefalea se acompaña de al menos de uno de los siguientes signos que han de aparecer en el mismo lado del dolor:
 - 1. Inyección conjuntival
 - 2. Lagrimeo
 - 3. Congestión nasal
 - 4. Rinorrea
 - 5. Sudoración en la frente y en la cara
 - 6. Miosis
 - 7. Ptosis
 - 8. Edema palpebral
- D. Frecuencia de los ataques: desde 1, en días alternos, hasta 8 por día.
- E. Por lo menos ha de cumplir una de las siguientes características:
 - 1. La historia, la exploración física, y la exploración neurológica, no es sugestiva de que exista uno de los trastornos listados en los grupos 5-11.
 - 2. La historia o la exploración física o la exploración neurológica o todo ello son sugestivos de tal trastorno, pero es descartado por investigaciones apropiadas.
 - 3. Tal trastorno está presente pero la cefalea en acúmulos no ocurre por primera vez en íntima relación temporal con dicho trastorno.

3.1.1 Cefalea en acúmulos de periodicidad indeterminada

- A. Cumple los criterios de 3.1.
- B. Es demasiado pronto para clasificarla como 3.1.2. o 3.1.3.

3.1.2. Cefalea en acúmulos episódica

Descripción

Se producen periodos que oscilan entre 7 días y 1 año, separados por periodos sin dolor que duran 14 días o más.

Criterios diagnósticos

- A. Se cumplen todos los titulares de 3.1.
- B. Ha de haber al menos dos periodos de cefaleas (periodos de acúmulos) que duran entre 7 días y 1 año (pacientes no tratados) separados por remisiones de por lo menos 14 días.

3.1.3. Cefalea en acúmulos crónica

Descripción

Los ataques se producen durante más de 1 año sin remisión o con remisiones que duren menos de 14 días.

Criterios diagnósticos

- A. Se cumplen todos los titulares de 3.1.3.
- B. Ha de haber ausencia desde el inicio de periodos de remisión que duren 14 días o más.

3.1.3.1 Cefalea en acúmulos crónica sin remisión desde el inicio

Término utilizado previamente: primaria crónica.

Criterios diagnósticos

- A. Se cumplen todos los titulares del 3.1.3.
- B. Ha de haber ausencia desde el inicio de periodos de remisión que duren 14 días o más.

3.1.3.2. Cefalea en acúmulos crónica como evolución de la forma episódica

Término utilizado previamente: secundaria crónica.

Criterios diagnósticos

- A. Todos los titulares de 3.1.3.
- B. Ha de haber al menos un periodo de remisión desde el inicio, que dure 14 días o más en el plazo de un año, seguido de un periodo sin remisión de por lo menos 1 año.

3.2. Hemicránea paroxística crónica

Término utilizado previamente: síndrome de Sjaastad.

Descripción

Se trata de episodios que presentan, en gran parte, las mismas características del dolor, así como los síntomas y signos que acompañan a la cefalea en acúmulos, pero de duración más breve. Además, son más frecuentes. Se presenta generalmente en mujeres. La indometacina tiene una eficacia terapéutica absoluta.

Criterios diagnósticos

- A. Haber presentado por lo menos 50 ataques que cumplen los puntos B-E.
- B. Ataques de dolor intenso unilateral, orbitario, supraorbitario o temporal o sobre las tres zonas. Siempre en el mismo lado, con una duración que oscila entre 2 y 45 minutos.

- C. Frecuencia en los ataques superior a 5 veces al día durante más de la mitad del tiempo que dura la enfermedad (puede producirse periodos de menos frecuencia).
- D. El dolor se asocia al menos a uno de los siguientes signos o síntomas en su lado:
 - 1. Inyección conjuntival
 - 2. Lagrimeo
 - 3. Taponamiento nasal
 - 4. Rinorrea
 - 5. Ptosis
 - 6. Edema palpebral
- E. Eficacia absoluta de la indometacina (150 mg/día o menos) en hacer desaparecer los ataques.
- F. Cumplir al menos una de las siguientes características:
 - 1. La historia y las exploraciones físicas y neurológicas no sugieren ninguno de los trastornos enumerados en los grupos 5-11.
 - 2. La historia, las exploraciones físicas y neurológicas, o ambas sugieren este tipo de trastorno, pero queda descartado por investigaciones apropiadas.
 - 3. Existe este tipo de trastorno, pero la hemicránea paroxística crónica no ocurre por primera vez en estrecha relación temporal con dicho trastorno.

3.3. Trastorno de tipo cefalea en acúmulos que no cumple los criterios anteriormente mencionados

Descripción

Ataques de cefalea que se consideran como una forma de cefalea en acúmulos o de hemicránea paroxística crónica, pero que no cumplen del todo los criterios diagnósticos operacionales de ninguna de las formas de cefalea en acúmulos ni de la hemicránea paroxística crónica.

Criterios diagnósticos

A Cumplen todos los criterios excepto uno de los puntos de 3.1. o 3.2.

4.- MISCELÁNEA DE CEFALEA NO ASOCIADA A LESIÓN ESTRUCTURAL

4.1. Cefalea punzante idiopática

Término utilizado previamente: dolores como punzadas.

Descripción

Dolor como alfilerazos o pinchazos, transitorios en la cabeza, que se produce espontáneamente en ausencia de patología orgánica de las estructuras subyacentes o de los pares craneales.

Criterios diagnósticos

- A. Dolor confinado a la cabeza, que asienta de forma exclusiva o predominante en el territorio de distribución de la primera rama del trigémino (zona orbitaria, sien y región parietal).
- B. El dolor es de naturaleza punzante y se prolonga durante una fracción de segundos. Se produce en forma de punzadas aisladas o series de punzadas.
- C. Se repite a intervalos irregulares (de horas a días).
- D. El diagnóstico depende de la exclusión de alteraciones estructurales en el lugar del dolor y en el territorio de distribución del par craneal afectado.

4.2.Cefalea por compresión externa

Término utilizado previamente: cefalea de las gafas de natación.

Descripción

La cefalea es resultado de una estimulación continuada ejercida sobre los nervios cutáneos por la aplicación de una presión. Por ejemplo, como resultado de una cinta apretada alrededor de la cabeza, un sombrero ajustado, o las gafas de protección que se emplean durante los entrenamientos de natación.

Criterios diagnósticos

- A. Son efectos de la aplicación de una presión externa sobre la frente o bien sobre el cuero cabelludo.
- B. Se siente en el área sujeta a presión.
- C. Se trata de un dolor constante.
- D. Se evita al eludir la causa que lo provoca.
- E. No está asociado a enfermedad orgánica craneal o intracraneal.

4.3.Cefalea por estímulos fríos

Descripción

Se trata de la cefalea resultante de la exposición de la cabeza a bajas temperaturas.

4.3.1. Aplicación externa de un estímulo frío

Descripción

Cefalea generalizada subsiguiente a la exposición de la cabeza sin protección a una temperatura ambiental baja, como es el caso de temperaturas bajo cero o al bucear en agua fría.

Criterios diagnósticos

- A. Se desarrolla durante la exposición externa al frío.

- B. Es bilateral.
- C. Su intensidad varía con la gravedad y la duración del estímulo frío.
- D. Se previenen al evitar la exposición al frío.
- E. No está asociada a ninguna enfermedad orgánica craneal o intracraneal.

4.3.2. Aplicación de estímulo frío por ingestión

Términos utilizados previamente: cefalea por ingestión de helados

Descripción

La cefalea por ingestión de helados es un dolor que se produce en individuos susceptibles al paso de sustancias frías, sólidas o líquidas, sobre el paladar y la pared faríngea posterior.

Criterios diagnósticos

- A. Se desarrolla durante la ingestión de una bebida o un alimento frío.
- B. Dura menos de 5 minutos.
- C. Se percibe en la parte central de la frente, excepto en las personas que sufren migrañas, en cuyo caso el dolor puede referirse al área generalmente afectada por la cefalea migrañosa (codifíquese migraña primero).
- D. Se previene evitando la ingestión rápida de bebidas o alimentos fríos.
- E. No está asociada a enfermedad orgánica.

4.4. Cefalea benigna de la tos

Descripción

Se trata de una cefalea causada por la tos en ausencia de trastorno intracraneal.

Criterios diagnósticos

- A. Se trata de una cefalea bilateral de inicio repentino que dura menos de 1 minuto y que se origina por la tos.
- B. Puede prevenirse evitando toser.
- C. Puede diagnosticarse únicamente después de excluir, mediante técnicas de neuroimagen, lesiones estructurales, como por ejemplo un tumor de la fosa posterior.

4.5. Cefalea benigna por ejercicio físico

Descripción

Se trata de una cefalea originada por cualquier forma de ejercicio físico. Se admiten subvariedades como la cefalea de los levantadores de peso.

Criterios diagnósticos

- A. Su causa específica es el ejercicio físico.
- B. Es bilateral, de naturaleza pulsátil en su inicio, y puede desarrollar características migrañosas en los pacientes susceptibles para presentar migraña (codifíquese migraña primero).
- C. Se previene al evitar el ejercicio excesivo, especialmente en épocas de calor o en una latitud elevada.
- D. No está asociada a trastorno sistémico o intracraneal alguno.

4.6.Cefalea asociada a actividad sexual

Términos utilizados previamente: cefalea sexual benigna, cefalea coital

Descripción

Cefalea precipitada por la masturbación o el coito, que se inicia generalmente como un dolor bilateral y sordo, a medida que progresa la excitación sexual y alcanza gran intensidad repentinamente durante el orgasmo, en ausencia de trastorno intracraneal.

Criterio diagnóstico

- A. Se origina como consecuencia de la excitación sexual.
- B. Es bilateral en su inicio.
- C. Se puede prevenir o aligerar interrumpiendo la actividad sexual antes del orgasmo.
- D. No está asociado a ningún trastorno intracraneal, como por ejemplo un aneurisma.

4.6.1.Tipo sordo

Criterios diagnósticos

Se trata de un dolor sordo en la cabeza y en el cuello, que se intensifica a medida que aumenta la excitación sexual.

4.6.2 Tipo explosivo

Criterios diagnósticos

Se trata de una cefalea súbita e intensa («explosiva»), que aparece con el orgasmo.

4.6.3 Tipo postural

Criterios diagnósticos

Se trata de una cefalea postural que se parece a la originada por la presión baja del LCR y que se produce después del coito.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EN AP ANTE UNA CEFALEA

- ¿Cuándo empezaron sus dolores de cabeza?
- ¿Cada cuánto le duele?
- ¿Qué características tiene el dolor? (intensidad, evolución)
- ¿Cuál es su duración?
- ¿Dónde le duele?
- ¿Cómo definiría su dolor?
- ¿Existen factores que producen, desencadenan o alivian el dolor?
- ¿Tiene otros síntomas acompañantes?
- ¿Qué medicamentos toma o ha tomado?
- ¿Tiene más de un dolor de cabeza?
- ¿Qué piensa de su dolor de cabeza?

EXPLORACIÓN DE UNA CEFALEA EN AP

Exploración general:

Inspección, constantes – temperatura y TA.

Auscultación cardiorrespiratoria.

Macizo craneofacial: boca, articulación temporomandibular,

Palpación de pulsos temporales en mayores de 60 años.

Exploración neurológica: Debe ser sistemática y reglada (no consume mucho tiempo y en la mayoría de los casos se conoce al paciente por consultas previas) y debe contener:

- Pares craneales:

- Fondo de ojo, campimetría por confrontación y motilidad ocular extrínseca e intrínseca.
- Potencia muscular de maseteros y temporales.
- Sensibilidad facial. Reflejo corneal. Motilidad facial.
- Pares bajos: movilidad del velo del paladar, reflejo nauseoso, fuerza de esternocleidomastoideo y trapecio, motilidad lingual.

- Asimetría de hemicuerpos:

- Fuerza muscular.
- Reflejos osteotendinosos y cutaneoplantares.

- Sensibilidad dolorosa y posicional.

- Marcha, pruebas de equilibrio y coordinación.

- Nivel de conciencia, atención, orientación, memoria y lenguaje.

SEÑALES DE ALARMA EN UNA CEFALEA

- Cambios en el patrón de la cefalea o aumento importante de la frecuencia.
- Unilateralidad estricta.
- Síntomas neurológicos focales durante la cefalea en vez de precediéndola.
- Irritación meníngea.
- Cefalea crónica diaria de inicio reciente.
- Cefalea de inicio brusco.
- Aura no típica.
- Cefalea de inicio reciente.
- Cefalea *de novo* en paciente mayor de 50 años.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA CEFALEA

CEFALEAS AGUDAS O SUBAGUDAS: Incluye cefaleas sintomáticas, primer episodio de una cefalea primaria en la que es preciso descartar otro proceso causal distinto, o un nuevo episodio en un paciente con cefalea primaria sospechoso de ser otro proceso.

- **Grados de evidencia.** No existen grados de evidencia establecidos adecuadamente en esta situación.
Se pueden proponer, de acuerdo con las opiniones de expertos, los siguientes criterios sobre la conveniencia de realizar estos estudios, de forma secuencial:
 - Se aconseja hacer sistemáticamente análisis de sangre y de orina, incluyendo velocidad de sedimentación.
 - El examen con TC es obligado y comprende:
 - Parénquima cerebral.
 - Espacios subaracnoideos y sistema ventricular.
 - Senos, incluido el esfenoidal, región ocular y estructuras óseas y blandas.
 - Una vez realizada la TC y descartada una hidrocefalia o proceso ocupante de espacio, si se sospecha proceso o reacción meníngea, se debe hacer una punción lumbar, especialmente:
 - Si existe fiebre y datos sugestivos de meningitis o reacción meníngea.
 - Si se sospecha una hemorragia subaracnoidea a pesar de la evidencia contraria de la TC.
 - Se deben considerar exámenes por los especialistas correspondientes en caso de:
 - Sintomatología que sugiera proceso ocular (conjuntivitis, glaucoma, iridociclitis, etc.).
 - Sintomatología que sugiera procesos sinusal (sinusitis, proptosis, datos de afectación etmoi-esfenoidal, etc.).
 - Sintomatología que sugiera proceso dentario (pulpitis, etc.).
 - No es preciso realizar electroencefalograma (EEG).

CEFALEAS CRÓNICAS EN GENERAL: (Habitualmente son cefaleas primarias en las que se plantea a veces la conveniencia o necesidad de descartar un proceso causal o concomitante).

- **Grados de evidencia.** No existen grados de evidencia establecidos adecuadamente en esta situación.
Las siguientes situaciones apoyan la realización de estudios de neuroimagen (TC o MR) porque aumentan notablemente la probabilidad de que se encuentre una anomalía en

estos estudios susceptible de ser corregida (de acuerdo con las pautas de la American Academy of Neurology -Silberstein 2000-, recomendaciones del Grupo de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología (1999) y la propia opinión de los componentes de este grupo de trabajo:

- Aumento rápido de la frecuencia de la cefalea.
- Historia de pérdida de la coordinación.
- Historia de signos neurológicos focales.
- Historia de cefalea que causa despertar del sueño, si se exceptúa cefaleas frecuentemente hípnicas (cefalea en racimos, algunas migrañas, cefalea hípnica primaria).
- Edema de papila.
- Comprobación de signos focales neurológicos.
- Crisis hipertensivas severas.
- Enfermedades locales capaces de provocar una cefalea (sinusitis, etc.).
- Enfermedad médica susceptible de provocar hematomas o trombosis venosas.
- Traumatismo craneoencefálico, incluso si es aparentemente banal, en personas de edad avanzada.

No existe acuerdo sobre la realización de otros estudios (analítica, determinación de la velocidad de sedimentación, EEG, etc.), que se deberán efectuar en función de criterios individualizados según los antecedentes, historia clínica, o datos de exploración.

CEFALEAS ESENCIALES

I.- MIGRAÑA

- **Grados de evidencia.** En general, los estudios sobre la evidencia acerca de la conveniencia de realizar exámenes complementarios en cefaleas se han referido a la migraña, un proceso crónico que causa episodios recurrentes de dolor de cabeza, cuyo diagnóstico se basa en los criterios de la IHS e implica, primero, excluir otras cefaleas sintomáticas y, luego, determinar si la migraña coexiste con otra cefalea (Silberstein 2000). De forma genérica, se puede decir que no está indicado realizar estudios complementarios si las probabilidades de encontrar otra patología son similares a las que existen en la población general, y deben evitarse si su realización no implica un cambio en el tratamiento de la migraña, si bien en un individuo concreto puede ser conveniente (por ejemplo, neurótico con miedo a una segunda enfermedad, etc.).

De acuerdo con Silberstein (2000), no existe suficiente material publicado para apoyar, con un grado de evidencia razonable, la realización de test diagnósticos en la migraña, si se exceptúa la neuroimagen TC y RM en los casos siguientes:

- Cuando existe un dato anormal en la exploración neurológica (grado de evidencia B)
- Si la cefalea es atípica o si no se cumplen estrictamente los criterios diagnósticos de migraña o de otras cefaleas primarias, o si existen otros factores de riesgo añadidos, como una inmunodeficiencia u otra enfermedad (grado de evidencia C)

No existen grados de evidencia para estas situaciones:

- Presencia o ausencia de síntomas neurológicos (grado de evidencia C).
- Sensibilidad de la TC comparada a la RM en la migraña y otras cefaleas no agudas (grado de evidencia C).

La realización de un EEG no está indicado en la migraña (Silverstein, 2000).

II.- CEFALEA EN RACIMOS, CEFALEA DE TENSIÓN Y OTRAS CEFALEAS ESENCIALES CRÓNICAS

- **Grados de evidencia.** No existen estudios adecuados que permitan deducir la conveniencia de realizar estudios en estas situaciones con un grado de evidencia razonable.

La experiencia de los miembros del grupo aconseja las siguientes pautas:

- **En la cefalea en racimos** los estudios de neuroimagen (TC o RM) no son necesarios cuando se cumplen de forma estricta los criterios diagnósticos de la IHS. Se deben realizar si:
 - Se trata del primer episodio de dolor.
 - Existen datos atípicos por la localización, frecuencia, duración o ausencia de signos autonómicos durante el ataque.
 - Hay datos en la historia o exploración que puedan sugerir la coexistencia o causalidad de otro proceso.
 - La edad de comienzo del dolor es baja o excesivamente alta.
- **En la cefalea de tensión episódica (o crónica)** los estudios de neuroimagen se deben realizar si se dan algunas de las situaciones enumeradas en el apartado de cefaleas crónicas.

En otras cefaleas esenciales infrecuentes la necesidad del estudio de neuroimagen se debe individualizar.

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Versión española 1.4 (Junio 1999)

INSTRUCCIONES

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general usted diría que su salud es:
 - 1 Excelente
 - 2 Muy buena
 - 3 Buena
 - 4 Regular
 - 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
 - 1 Mucho mejor ahora que hace un año
 - 2 Algo mejor ahora que hace un año
 - 3 Más o menos igual que hace un año
 - 4 Algo peor ahora que hace un año
 - 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita coger o llevar la bolsa de la compra?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita subir varios pisos por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS

13. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1 Sí
- 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

21. Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1 No, ninguno
- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

PO R FAVOR, DIGA SI LE PARECE ACERTADA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

PLAN TERAPÉUTICO

MIGRAÑA

El tratamiento contempla dos facetas claramente diferenciadas: tratamiento de la crisis, es decir, el tratamiento sintomático y, en algunos casos, el tratamiento preventivo.

El tratamiento debe iniciarse con una valoración del paciente investigando aquellas causas que pueden desencadenar la crisis. El 70% de los migrañosos reconoce algún elemento que puede desencadenar su crisis de migraña (Tabla 1).

Los tratamientos para el control del ataque de migraña son muy variados y la eficacia de éstos difiere entre pacientes y en el mismo paciente. Como pauta general, se han de seguir las siguientes recomendaciones:

- 1.- Cada paciente suele tener “su analgésico” al que responde mejor.
- 2.- Si es un enfermo *de novo*, debe iniciarse el tratamiento con las pautas referidas, optando previamente por aquellos medicamentos que hayan demostrado mayor eficacia y buena tolerancia. (Tabla 2).
- 3.- Que no haya respuesta a un determinado “triptán” no quiere decir que no vaya a responder a otros. Para valorar la falta de eficacia de un determinado “triptán”, se deben tratar al menos tres crisis consecutivas con dicho preparado.
- 4.- El tratamiento con analgésicos debe establecerse al inicio del dolor.
- 5.- Si la migraña es con aura se esperará hasta el cese de los síntomas neurológicos e inicio del dolor para empezar el tratamiento con agonistas de los 5HT_{1B/1D}.
- 6.- Los “ergóticos” han demostrado menos eficacia que los “triptanes” en el tratamiento de la crisis de migraña y más efectos secundarios. Sólo se debe utilizar en aquellos pacientes en los que ha demostrado ser eficaz, han sido bien tolerados y el número de crisis es escaso.
- 7.- En el tratamiento de una crisis debe establecerse, desde el inicio, la dosis de medicamento considerada eficaz sin establecer escaladas de dosis. Una dosis insuficiente prolongaría la clínica, aumentaría la ingesta de analgésicos y podría cronificar el proceso.

Pautas de actuación:

- En crisis leves-moderadas: Se recomiendan inicialmente analgésicos generales o analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y antieméticos. Si la respuesta es positiva, considerar el mismo tratamiento en futuras crisis. Si no hay buena respuesta, utilizar agonistas de los 5HT_{1B/1D}.
- En crisis moderadas-severas: Se recomiendan los agonistas de los 5HT_{1B/1D}. Si responden, volver a utilizar en las crisis siguientes. Si recurre el dolor en las 24 horas utilizar una segunda dosis. Si no cede el dolor, se pueden utilizar AINEs por vía parenteral (ketorolaco). Si no hubiera respuesta, valorar que se trate de una crisis grave prolongada o estado de mal migrañoso

Fármacos utilizados en el tratamiento sintomático de la migraña:

Analgésicos generales:	
Paracetamol	1000 mg oral, rectal o parenteral.
Antiinflamatorios no esteroideos	
Ácido acetil salicílico	500-1000 mg oral soluble.
Naproxeno sódico	500-1100 mg oral.
Ibuprofeno	600-1200 mg oral.
Diclofenaco sódico	50-100 mg oral; 100 mg rectal; 75 mg parenteral.
Ketorolaco	30-60 mg parenteral.
Antieméticos:	
Metoclopramida:	10 mg oral; 20 mg rectal; 10 mg parenteral.
Domperidona:	10-30 mg oral; 30-60 mg rectal.
Agonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT₁: (ESPECÍFICOS)	
<i>No selectivos: ergóticos</i>	
Tartrato de ergotamina: 1-2 mg oral o rectal sin exceder de 4mg en 24 horas. Existe en combinación con otros principios activos.	
<i>Selectivos: triptanes</i>	
Sumatriptán:	6 mg subcutáneo, 20 mg intranasal, 50-100 mg oral No superar 12 mg subcutáneo, 60 mg intranasal o 300 mg oral en 24 h.
Zolmitriptán:	2.5 mg oral. No superar 10 mg en 24 horas.
Naratriptán:	2.5 mg oral. No superar 10 mg en 24 horas.
Rizatriptán:	10 mg oral. No superar 30 mg en 24 horas.
Almotriptán:	12.5 mg oral. No superar 50 mg en 24 horas.
No asociar con ergóticos en la misma crisis	
Corticoides	
Prednisona o metilprednisolona: 40-80 mg/24 horas oral durante 5 días y descender dosis lentamente.	
Metilprednisolona: 250 mg vía IV en perfusión lenta durante 3 días.	
Neurolépticos	
Clorpromazina: 15-30 mg/24 horas vía IV lenta, en perfusión.	
Ansiolíticos	
Diazepán: 10 mg oral o parenteral.	

Tabla 1: FACTORES DESENCADENANTES DE LA CRISIS DE MIGRAÑA

Desencadenante	%
*Estrés	58
*Menstruación	51
*Alteración del ritmo del sueño	35
*Esfuerzo físico	14
*Exposición al sol	32
*Cambios atmosféricos	
*Dietéticos	
- Determinados alimentos	10
- Alcohol	12
- Ayuno prolongado	17

Tratamiento preventivo de la migraña

Los fármacos utilizados en la profilaxis de la migraña se agrupan en varios grupos: beta-bloqueantes, calcioantagonistas, antiserotoninérgicos, antiinflamatorios no esteroideos, anti-depresivos y antiepilépticos. Existen otros preparados utilizados puntualmente, como profilácticos de la crisis de migraña pero sin eficacia claramente contrastada.

CONSIDERACIONES GENERALES A TENER EN CUENTA EN LOS TRATAMIENTOS PREVENTIVOS:

- 1.- Los tratamientos deben ser prolongados, entre 3 y 6 meses. No debe suspenderse un tratamiento preventivo por falta de eficacia hasta no cumplimentar el primer mes.
- 2.- Se debe iniciar el tratamiento con la dosis mínima eficaz y subir si fuera necesario.
- 3.- Los betabloqueantes no deben suspenderse de forma brusca. Los efectos secundarios más importantes de los betabloqueantes son bradicardia, hipotensión ortostática y broncoespasmo.
- 4.- Los efectos secundarios de la flunaricina son sedación, aumento del apetito, depresión y síntomas extrapiramidales.
- 5.- Los antiserotoninérgicos están en desuso y, de entre ellos, la metisergida ha sido retirada del mercado español
- 6.- Los efectos secundarios de la amitriptilina son sequedad de boca, retención urinaria, hipertensión ocular. Los inhibidores de la recaptación de la serotonina provocan ansiedad, insomnio, diarrea, sequedad de boca, anorexia, náuseas.
- 7.- Los antiepilépticos no están indicados en España como profilácticos de migraña.
- 8.- Se debe utilizar el fármaco adecuado para cada paciente valorando al inicio su eficacia probada (Tablas 2 y 3)

¿Cuándo se debe realizar tratamiento preventivo?

Se establece un tratamiento preventivo cuando el número de crisis o bien la intensidad de éstas, o la falta de respuesta al tratamiento sintomático, así lo aconsejan.

Betabloqueantes			
Propranolol	40-160 mg	oral	En 2-3 tomas al día.
Nadolol	40-120 mg	oral	En 1 toma.
Atenolol	50-100 mg	oral	En 1 toma.
Timolol	10-60 mg	oral	En 2 tomas.
Metoprolol	100-200 mg	oral	En 2 tomas.
Calcioantagonistas			
Flunarizina	2.5-5 mg	oral	Una toma por la noche.
Nicardipino	40-60 mg	oral	1-3 tomas.
Verapamilo	120-240 mg	oral	1 toma (forma retard).
Antiserotoninérgicos			
Pizotifeno	0.5-1 mg	oral	1 toma por la noche.
Ciproheptadina	8-16 mg	oral	3-6 tomas.
Metisergida	3-6 mg	oral	3 tomas.
Antiinflamatorios no esteroideos			
Ácido acetil salicílico	375- 1300 mg	oral	
Naproxeno sódico	500-1200 mg	oral	
Antidepresivos			
Amitriptilina	10-75 mg	oral	1 toma noche.
Fluoxetina	20-40 mg	oral	1 toma por la mañana.
Paroxetina	20-40 mg	oral	1 toma por la mañana.
Sertralina	50-100 mg	oral	1 toma por la mañana.
Anticomiciales			
Valproato sódico	400 mg	oral	2 tomas.
Gabapentina	600-1200 mg	oral	2-3 tomas.
Fármacos utilizados en situaciones especiales			
<p>Infancia: betabloqueantes o ciproheptadina. Aura prolongada: ácido valproico. Componente tensional o abuso de analgésicos: amitriptilina. Migraña menstrual: AINEs.</p>			

Tabla 2: EVIDENCIAS EN EL TRATAMIENTO AGUDO DE LA MIGRAÑA

Medicamento	Calidad de evidencia	Eficacia científica	Efectividad clínica	Efectos adversos
Sumatriptán subc	A	+++	+++	Frecuentes
Sumatritan nasal	A	+++	+++	Ocasionales
Sumatriptán oral	A	+++	+++	Ocasionales
Rizatriptán	A	+++	+++	Ocasionales
Zolmitriptán	A	+++	+++	Ocasionales
Almotriptán	A	+++	+++	Infrecuentes
Naratriptán	A	++	++	Infrecuentes
DHE IV	B	++	+++	Frecuentes
DHE subc/i.m.	B	+++ / ++	+++	Ocasionales
DHE nasal	A	++	++	Ocasionales
Ergotamina	B	+	++	Frecuentes
Ergotamina+cafeína	B	+++ / ++	+++	Frecuentes
Metoclopramida i.m.	B	+	+	Infrec-ocasionales
Metoclopramida i.v.	B	++	++	
Proclorperazina i.m.	B	+++	+ / ++	Ocasionales
Proclorperazina i.v.	B	+++	+++	Frecuentes
Paracetamol	B	0	+	Infrecuentes
Aspirina	A	++	++	Ocasionales
Naproxeno sódico	A	++	++	
Naproxeno	B	+	++	
Diclofenaco	B	++	++	
Combinación de paracetamol, AAS, cafeína	A	+++	++	Infrecuentes
Butalbital, AAS, cafeína	C	¿	+++	Ocasionales
Butalbital, AAS, cafeína, codeína	B	++	+++	Ocasionales
Butorfanol nasal	A	+++	+++	Frecuentes
Paracetamol+codeína	A	++	++	Ocasionales
Opiáceos parenteral	B	++	++	Frecuentes
Corticoides	C	+	++	Infrecuentes

Tabla 3: TERAPIA PREVENTIVA DE MIGRAÑA

Medicamento	Calidad de evidencia	Eficacia científica	Efectividad clínica	Efectos adversos
Propranolol	A	+++	+++	Ocasionales
Nadolol	B	+	+++	
Metroprolol	B	++	+++	
Atenolol	B	++	++	
Timolol	A	+++	+	
Flunarizina	A	+++	+++	Ocasionales
Nicardipino	C	+	++	Infrecuentes
Verapamilo	B	+	++	Ocasionales
Ciproheptadina	C	'	+	Frecuentes
Metisergida	A	+++	+++	Frecuentes
Aspirina	B	+	+	Infrecuentes
Naproxeno	B	+	+	
Ibuprofeno	C	¿	+	
Valproato sódico	A	+++	+++	Ocasional
Gabapentina	B	++	++	
Amitriptilina	A	+++	+++	Frecuentes
Fluoxetina	B	+	+	Ocasionales
Paroxetina	C	¿	+	Ocasionales
Magnesio	B	+	+	Infrecuentes
Vitamina B12	B	+++	++	Infrecuentes

CEFALEA TIPO TENSIÓN

Este tipo de cefalea tiene también una gran importancia. Su prevalencia es muy alta y puede superar la de la migraña. Aunque la sintomatología no es tan intensa y variada como en los casos de migraña, el número de episodios suele ser más elevado y no se han llegado a descubrir hasta este momento tratamientos tan específicos y eficaces como los triptanes, utilizados para el tratamiento sintomático de la migraña. No es infrecuente que pacientes migrañosos padezcan, además, una cefalea de tipo tensión más difícil de controlar que la propia migraña.

Al igual que en la migraña, el tratamiento de las cefaleas tipo tensión debe contemplar dos vertientes: tratamiento sintomático y tratamiento preventivo. Un problema añadido es que, a diferencia de los tratamientos antimigrañosos, el tratamiento de la cefalea de tensión está poco contrastado, con pocos ensayos clínicos que permitan tener un valor de evidencia elevado.

Tratamiento sintomático de la cefalea de tensión

Así como en la migraña podían existir causas que desencadenaban las crisis que se deberían valorar en el tratamiento para evitarlas, también en las cefaleas de tensión pueden existir factores personales o ambientales que favorezcan la aparición o mantenimiento de la crisis. La ansiedad, el estrés, la angustia, la depresión, las frustraciones,... están muy relacionadas con la cefalea tensional.

Los antiinflamatorios no esteroideos son los medicamentos de primera elección en el tratamiento de la cefalea tensional. Las dosis son similares a las utilizadas en la migraña. Se debe vigilar muy de cerca el abuso en el uso de analgésicos en este tipo de pacientes ya que, con frecuencia, su abuso va a facilitar el desarrollo de una cefalea crónica diaria con las consiguientes dificultades de tratamiento.

En algunos pacientes, una combinación de analgésicos y sedantes puede ser más efectivo que el uso de analgésicos solos, si bien hay que tener en cuenta que la combinación de analgésicos puede facilitar la cronificación.

Tratamiento profiláctico de la cefalea de tensión

En estos enfermos, dada la moderada eficacia de los tratamientos sintomáticos, es muy importante el adecuado tratamiento profiláctico que minimice este déficit.

Los antidepresivos tricíclicos son los más ampliamente usados como primera línea terapéutica. Si bien el número de ensayos realizados es corto y la metodología dudosa, y con resultados no siempre concordantes, en la práctica clínica permanecen y son los medicamentos de mayor utilidad clínica para el tratamiento preventivo de esta entidad. El rango terapéutico oscila entre 25 y 75 mg al día en una dosis nocturna. Otros antidepresivos, como doxepina o mianserina, pueden ser usados como segunda línea de choque. Si tras cuatro meses de tratamiento no se observara mejoría, deben retirarse aunque de forma lenta para evitar rebote.

Los antidepresivos de reciente generación que bloquean la recaptación de serotonina parecen, en la Práctica Clínica, ser menos eficaces que los anteriores pero pueden ser útiles en algún subgrupo de pacientes.

Tratamientos no farmacológicos.

Maniobras de relajación

Biofeedback EMG

Programas de manejo del estrés

Relajación y biofeedback

Otras: instrucción ergonómica, masajes, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea

CEFALEAS PAROXÍSTICAS

Tratamiento sintomático de la cefalea en racimos

MEDICACIÓN	DOSIS	COMENTARIOS
Primera línea de tratamiento		
Sumatriptán subcutáneo	6 mg	Efecto rápido, en 5-15 minutos en la mayoría de los pacientes. Si tiene más de 2-3 crisis al día, combinar con inhalación de oxígeno y tratamiento profiláctico.
Inhalación de oxígeno	6-7 l/minuto	Efectivo en 5-15 minutos en > 50% de pacientes
Segunda línea de tratamiento		
Ergotamina tabletas o supositorios	1-2 mg	Efectivo en 30 minutos en alrededor del 60% de pacientes. La duración prolongada del efecto puede prevenir otros ataques del día.
Tercera línea de tratamiento		
Lidocaína nasal gotas o spray	20-60 mg	Particularmente efectivo en algunos pacientes
Sumatriptán nasal spray	20 mg	“
Dihydroergotamina nasal spray o parenteral IM/IV	1 mg	“
Zolmitriptán tabletas	5 mg	“

Tratamiento profiláctico de la cefalea en racimos

Verapamilo, 40-80 mg/6 horas hasta un máximo de 960 mg diarios. No está demostrado que la preparación de liberación lenta sea menos eficaz que el preparado estándar. Son efectos adversos frecuentes el estreñimiento y enrojecimiento facial. Se debe descartar la existencia de bloqueo A-V antes de iniciar el tratamiento. No deben darse betabloqueantes de forma simultánea.

Prednisona. Metilprednisilona. Se ha mostrado efectiva en el 75% de pacientes. Debido a sus efectos secundarios, el tratamiento con corticoides a un tiempo corto e intensivo. 60-80 mg diarios durante 3 días con reducción de dosis lo antes posible para retirar en 2-3 semanas. Con frecuencia, puede reactivarse durante la suspensión por lo que un segundo y, menos probablemente, un tercer ciclo puede consolidar la eficacia del tratamiento.

En casos de crisis frecuentes, se puede hacer un tratamiento intenso con bolos de 250 mg de metilprednisolona en infusión i.v. lenta durante tres días continuando con prednisona 1 mg/kg bajando la dosis con rapidez para suspender en 2-3 semanas.

Litio. Su uso en la cefalea en racimos episódica está poco justificado. Debe ser considerado su uso en la cefalea en racimos crónica si el verapamilo no es efectivo. Si se utiliza en la episódica, la dosis será de 800-1600 mg diarios durante un ciclo corto y con niveles de litemia entre 1 y 1.4 m.mol/l. Puede desarrollarse tolerancia tras dos o tres ciclos. Pacientes con la forma crónica pueden beneficiarse con dosis más bajas en el rango de 66-900 mg/día con concentraciones en suero de 0.3-0.8 m.mol/l.

Ergotamina. Se puede utilizar de forma preventiva 1-2 mg de ergotamina oral en formas episódicas con un ritmo de crisis predecible.

Metisergida. Se ha utilizado en las formas episódicas pero actualmente no está comercializada en España.

DIARIO DE CRISIS DE CEFALEAS

Diagnóstico..... Iniciales..... Historia clínica.....
 Sexo.....H / M Edad.....

Febrero 2002

	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29					

Crisis N°	Duración (horas)	Intensidad (1,2,3)	Síntomas acompañantes	Tratamiento (preparado y dosis)
1 ^a				
2 ^a				
3 ^a				
4 ^a				
5 ^a				
6 ^a				
7 ^a				
8 ^a				

Intensidad de la cefalea: 1 = leve, 2 = moderada, 3 = grave

Síntomas acompañantes: náuseas, vómitos, mareos, molestan luz y/o ruidos, otros síntomas

PROPUESTA DE ANAMNESIS DE LA CEFALEA

- Anamnesis general e historia familiar.
- Edad de comienzo y tiempo de evolución: inicio en niñez, juventud, madurez.
- Instauración: súbita o gradual; tiempo hasta acmé.
- Frecuencia: diaria, semanal, mensual. Alternancia brotes y remisiones.
- Localización: focal, hemicraneal, holocraneal, frontal, occipital, en vértex, en banda u orbitaria. Cambios de localización durante la evolución.
- Duración: segundos, minutos, horas, días, semanas, meses, años.
- Horario: matutina vespertina, nocturna u hora fija.
- Cualidad: pulsátil, tenebrante, urente, lancinante, sorda, “como peso” y tirantez.
- Intensidad: leve, moderada o intensa. Incompatible con la vida diaria y/o despierta por las noches.
- Factores agravantes o desencadenantes: ejercicio físico, coito, tos, posiciones de cabeza, alcohol, menstruación, anticonceptivos, tacto sobre la “zona gatillo”.
- Remisión: brusca, progresiva, permanente desde el inicio, por medicación, sueño, decúbito.
- Síntomas asociados: náuseas, vómitos, fotofobia, intolerancia al ruido, fotopsias, escotomas, hemianopsia, diplopia, hemiparesia, hemidisestesias, inestabilidad, vértigo, disartria, afasia, confusión, crisis comiciales.
- Manifestaciones asociadas: trastornos de la conducta, traumatismo craneoencefálico, problemas odontológicos, estrés psicofísico, medicación, patología sistémica (hipertensión arterial, neoplasias).

PROPUESTA DE EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

- Palpación y auscultación de la calota craneana.
- Palpación y auscultación de la arteria carótida y arterias temporales.
- Exploración de senos paranasales y oído externo y medio.
- Examen de la columna cervical, rigidez de nuca, dolor y limitación de la movilidad.
- Pares craneales:
- Fondo de ojo, campimetría por confrontación.
- Motilidad ocular extrínseca y pupilas.
- Potencia muscular de maseteros y temporales.
- Sensibilidad facial.
- Reflejo corneal.
- Motilidad facial.
- Audición: Rinne y Weber.
- Movilidad del velo del paladar, reflejo nauseoso.
- Fuerza en el esternocleidomastoideo y trapecio.
- Motilidad lingual.
- Extremidades: fuerza muscular, reflejos miotáticos, reflejo cutaneoplantar.
- Sensibilidad dolorosa y posicional.
- Marcha, pruebas de equilibrio y coordinación.
- Funciones corticales: nivel de conciencia, atención, orientación, memoria y lenguaje.

MODELO DE INFORME

Paciente:

Historia clínica y exploración (resumida):

Estudios:

- Analítica habitual
- Neuroimagen
- Otros

Diagnóstico/s:

- 1.
- 2.
- 3.

Tratamiento farmacológico profiláctico aconsejado:

1.- Medicamento:

- Pauta de administración
- Duración del tratamiento

2.- Medicamento:

- Pauta de administración
- Duración del tratamiento

Tratamiento farmacológico sintomático aconsejado:

1.- Medicamento

- Pauta de administración

2.- Otros medicamentos alternativos

- a Medicamento y pauta
- b Medicamento y pauta

Tratamientos no farmacológicos aconsejados:

CRITERIOS DE INGRESO EN NEUROLOGÍA DESDE SCCU-H

Cefaleas Primarias

- Estado de mal migrañoso
- Migraña con pleocitosis.
- Migraña hemipléjica.
- Migraña infarto.

Cefaleas Secundarias de origen neurológico

- Cefalea y meningismo.
- Cefalea y edema de papila.
- Cefalea y signos neurológicos atípicos.

CRITERIOS DE REMISIÓN A CONSULTA DE NEUROLOGÍA DESDE SCCU-H

Cefaleas primarias

- Cefalea en racimos.
- Hemicránea paroxística.
- SUNCT.
- Cefalea del esfuerzo.
- Cefalea crónica diaria.
- Cefalea con aura prolongada.
- Migraña basilar.
- Migraña oftalmopléjica.
- Migraña retiniana.
- Migraña de inicio en > de 50 años.
- Aura sin cefalea.

Cefaleas secundarias:

- Arteritis de la temporal.
- Cefalea por patología vascular.

CRITERIOS DE REMISIÓN A ATENCIÓN PRIMARIA DESDE AE

- Migraña sin aura.
- Migraña con aura.
- Cefalea tensional episódica.
- Cefalea tensional crónica.
- Otras cefaleas esenciales una vez solucionado el problema diagnóstico y terapéutico.

CRITERIOS DE REMISIÓN A CONSULTA PREFERENTE DE NEUROLOGÍA

Asistencia preferente: procesos que pueden tener cierta peligrosidad, o cuya intensidad hace que su estudio o tratamiento de base se puede demorar unos días, sin sobrepasar una semana.

- Estado de mal de jaqueca.
- Cefalea en racimos.
- Cefalea sintomática con sospecha de proceso intracraneal.

CRITERIOS DE REMISIÓN A LA UNIDAD DE CEFALEAS

Remite: el Médico de Familia o el Neurólogo

- Cefalea primaria de diagnóstico problemático
- Cefalea de tratamiento problemático
 - Estado de mal migrañoso
 - Migraña que no responde al tratamiento
 - Otras formas especiales de migraña
 - Cefalea en racimos episódica que no responde al tratamiento
 - Todas las cefaleas en racimos crónicas
 - Hemicránea crónica paroxística
 - Cefaleas relacionadas con el ejercicio
 - Cefaleas hípnicas