

# • cefaleas

## Definición funcional

Proceso por el cual a un paciente con cefalea se le realiza anamnesis, examen físico se diagnóstica, se programa su tratamiento y seguimiento, estableciendo, en cada caso, la participación de Médico de Familia, Neurólogo u otros especialistas que se precisen para la correcta atención del paciente.

## Normas de calidad

### Atención primaria

Los tres aspectos básicos en el manejo de la Cefalea en Atención Primaria son:

- Determinar si se trata de un problema URGENTE.
- Aproximarse al diagnóstico de Cefalea primaria o secundaria.
- Instaurar el tratamiento adecuado.

Para ello se recomienda:

- Efectuar sistemáticamente anamnesis mediante entrevista semiestructurada que va a permitir la aproximación diagnóstica en el 90% de los casos.
- Exploración física según indicaciones recogidas en el Proceso para facilitar la confirmación de la sospecha diagnóstica y permitir descartar una causa secundaria.
- Todo paciente en el que aparezcan los siguientes signos y síntomas de alarma, será remitido al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalario (SCCU-H):
  - Cefalea de presentación aguda de etiología no aclarada.
  - Aparición de signos neurológicos focales.
  - Signos de irritación meníngea.
  - Alteración del nivel de conciencia .
  - Presencia de atrofia óptica y/o edema de papila en el fondo de ojo.
- Todo paciente con Cefalea en el que aparezcan los siguientes signos y síntomas de alarma, será remitido para valoración neurológica en Atención Especializada (AE):
  - Cambios en el patrón de la cefalea o aumento importante de la frecuencia.
  - Persistencia de la cefalea tras la administración de tratamientos sintomáticos y/o preventivos adecuados.
  - Sospecha clínica de cefalea secundaria.
- Se garantizará asistencia preferente en un plazo no superior a 7 días a los pacientes con estado de mal de jaqueca, cefalea en racimos o cefalea sintomática con sospecha de proceso intracraneal.
- Acceso a las pruebas diagnósticas que se precisen para el diagnóstico y manejo clínico de las cefaleas primarias en Atención Primaria (A P), evitando la remisión del paciente a Atención Especializada (AE) exclusivamente, para la realización de éstas.

**Atención Especializada**

- Asegurar al paciente la citación tanto en nuevas consultas como en las revisiones eliminando obstáculos administrativos y simplificando procedimientos.
- Programar las pruebas complementarias necesarias para que las más habituales se efectúen sin demora facilitando la consulta por acto único.
- Solicitud de pruebas complementarias
  - Cefaleas Agudas o Subagudas: análisis de sangre (con VSG) y de orina sistemáticamente. El TAC es obligado y debe examinar el parénquima cerebral, espacios subaranoideos, sistema ventricular, senos, región ocular y estructuras óseas y blandas. Descartada una hidrocefalia o proceso ocupante de espacio con el TAC, se añadirá punción lumbar si existe fiebre y datos sugestivos de meningitis o reacción meníngea, o si se sospecha una hemorragia subaracnoidea a pesar de la evidencia en contrario de la TAC. Se realizarán exámenes por los especialistas correspondientes, en caso de sintomatología que sugiera proceso ocular, sinusal o dentario. No se realizará EEG, excepto en situaciones concretas.
  - Cefaleas Crónicas y Cefaleas de Tensión Episódicas (o Crónicas): TAC o RMN en las siguientes situaciones: aumento rápido de la frecuencia de la cefalea, pérdida de la coordinación, cefalea que causa despertar del sueño (excepto cefalea en racimos, algunas migrañas, cefalea hipóptica primaria), edema de papila, comprobación de signos focales neurológicos, crisis hipertensivas severas, enfermedades locales (sinusitis, etc.), enfermedad médica susceptible de provocar hematomas o trombosis venosas y traumatismos craneoencefálicos, incluso si parece banal en personas de edad avanzada.
  - Migrañas: TAC o RMN en las siguientes situaciones: exploración neurológica anormal; cefalea atípica; si no se cumplen estrictamente los criterios diagnósticos de migraña o de otras cefaleas primarias; si existen otros factores de riesgo añadidos, como inmunodeficiencia u otra enfermedad. El EEG no está indicado.
  - Cefaleas en Racimos: TAC o RMN en las siguientes situaciones: el primer episodio de dolor; datos atípicos por la localización, frecuencia, duración o ausencia de signos autonómicos durante el ataque; datos en la historia o exploración que pueden sugerir la coexistencia o causalidad de otro proceso; la edad de comienzo del dolor es baja o excesivamente alta. No son necesarios cuando se cumplen de forma estricta los criterios diagnósticos de la International Headache Society (IHS).
  - Otras Cefaleas Esenciales infrecuentes, valoración individualizada de la necesidad TAC o RMN.
- Remisión al Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Hospitalario (SCCU-H), si presenta signos de alarma:
  - 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.



## [cefaleas]

- Aura no típica.
- Cefalea de inicio reciente.
- Cefalea de novo en paciente mayor de 50 años.
- Son criterios de ingreso en neurología los pacientes que atendidos en SCCU-H presenten:
  - Cefaleas Primarias: estado de mal migrañoso, Migraña con pleocitosis, Migraña hemipléjica, Migraña infarto.
  - Cefaleas Secundarias de origen neurológico: Meningismo, Edema de papila, Signos neurológicos atípicos.
- Serán remitidos para valoración neurológica en Atención Especializada (AE) los pacientes que atendidos en SCCU-H presenten:
  - 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.

**Recomendaciones Terapéuticas:**

- Ataque de Migraña:
  - Los analgésicos deben administrarse desde el inicio del dolor, optando por aquellos que hayan demostrado mayor eficacia y buena tolerancia.
  - Para valorar la falta de eficacia de un determinado triptán se deben tratar al menos 3 crisis consecutivas con dicho preparado.
  - En el tratamiento de una crisis, debe administrarse desde el inicio la dosis eficaz.

**Crisis leves-moderadas:** analgésicos generales o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), o analgésicos-AINEs más antieméticos. Si la respuesta es positiva se repetirá en futuras crisis, si no se utilizarán agonistas de los 5HT1B/1D.

**Crisis moderadas-severas:** Agonistas de los 5HT1B/1D. Si responden se utilizará en las crisis siguientes. Si recurre el dolor en las 24 horas, se dará 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: corticoides, neurolépticos, sedantes.

**Prevención de la Migraña:** debe durar entre 3 y 6 meses (no se suspenderá por falta de eficacia antes del primer mes) y se debe utilizar el fármaco adecuado para cada paciente valorando, al inicio, su eficacia probada; se comenzará con la dosis mínima eficaz y se subirá si fuera necesario.

- Cefalea Tensional
  - Primera elección los AINEs, a dosis similares a las utilizadas en la migraña.
  - En algunos pacientes, una combinación de analgésicos y sedantes, puede ser más efectiva que el uso de analgésicos solos, aunque puede facilitar la cronificación.

**Tratamiento Preventivo:** Se considera primordial, dada la moderada eficacia de los tratamientos sintomáticos. Los antidepresivos tricíclicos son la primera línea terapéutica.

Si tras cuatro meses de tratamiento no se observa mejoría, deben retirarse, aunque de forma lenta para evitar rebote.

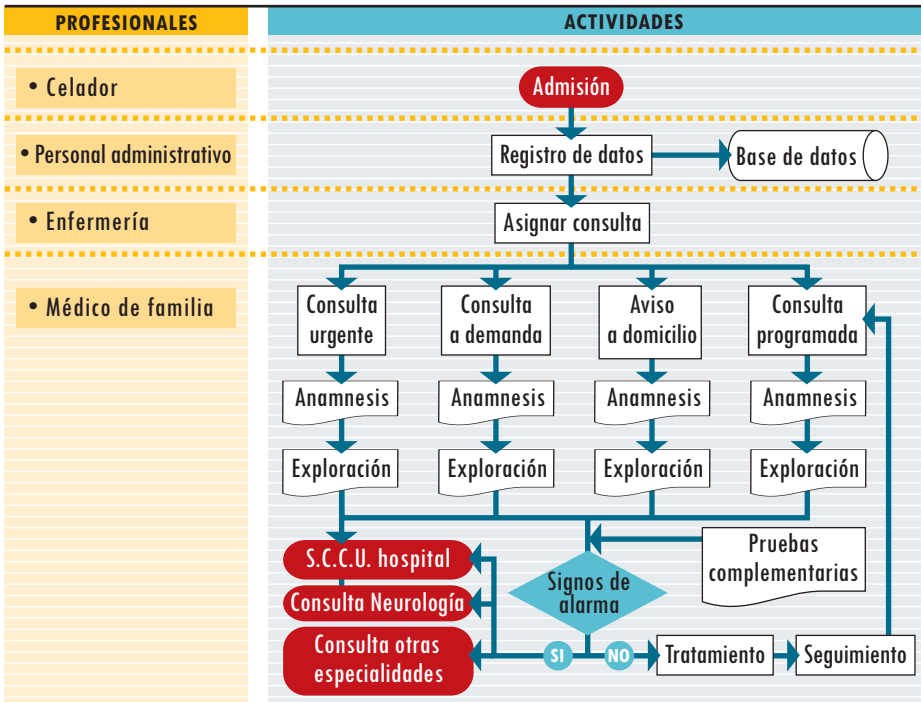
- Cefalea en Racimo.
  - Verapamilo 40-80 mg cuatro veces al día hasta un máximo de 960 mg diarios, descartada la existencia de bloqueo A-V.
  - No deben darse betabloqueantes de forma simultánea.
  - Prednisona o Metilprednisolona: 60-80 mg diarios durante 3 días con reducción de dosis lo antes posible para retirar en 2-3 semanas (un segundo e incluso un tercer ciclo, puede consolidar la eficacia del tratamiento).

**Normas de calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería S.A.S 2002**

- Valoración inicial de cefalea en AP conforme a lo definido en el proceso (anamnesis mediante entrevista semiestructurada, exploración física y pruebas complementarias).
- Demora inferior a 7 días en la atención especializada de segundo nivel en los supuestos definidos en el proceso (estado de mal jaquecoso; cefaleas en racimos y cefalea sintomática con sospecha de procesos intracraneales).

**REPRESENTACIÓN GRÁFICA NIVEL 3**

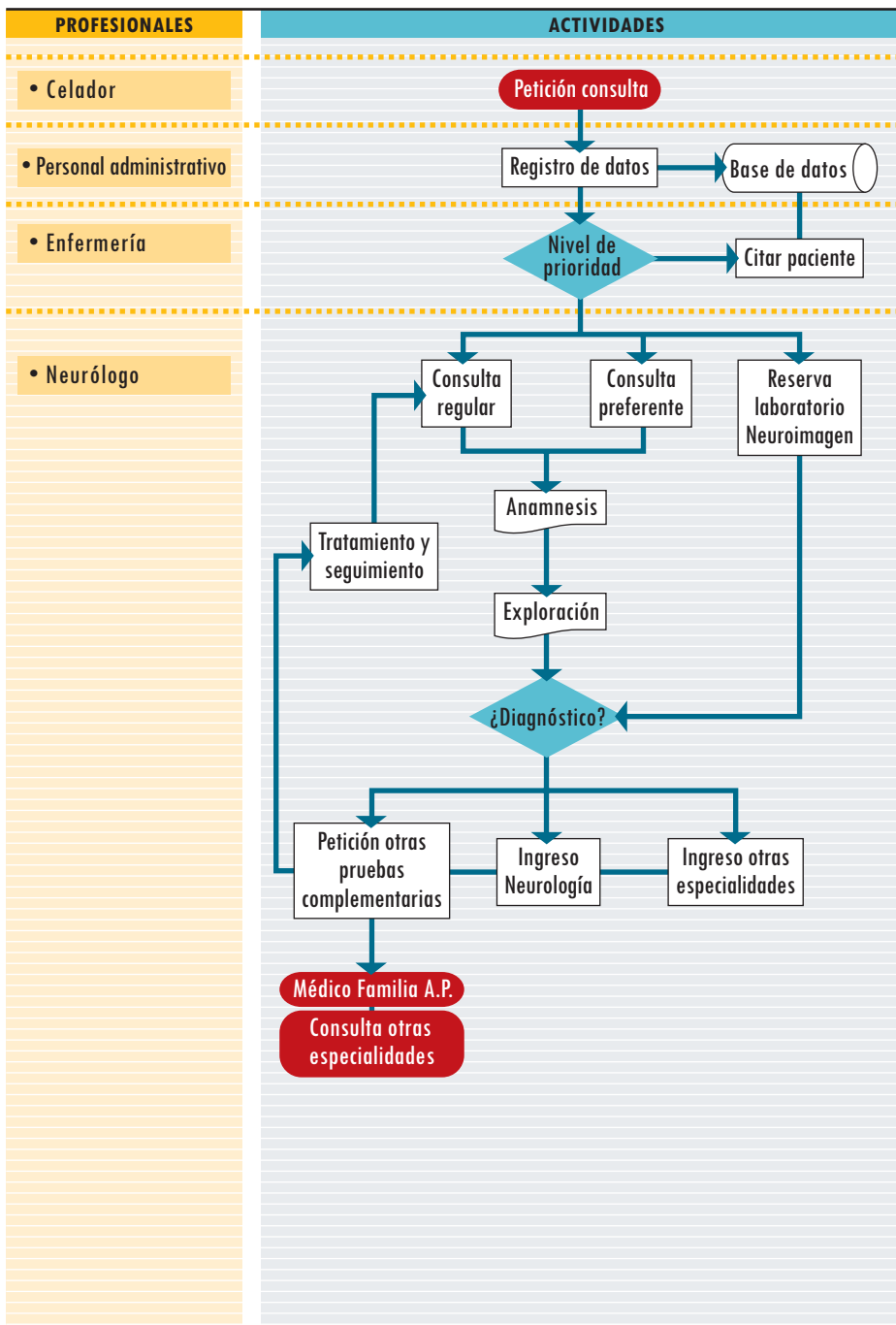
**Atención sanitaria de la Cefalea en Atención Primaria**



[cefaleas]

### REPRESENTACIÓN GRÁFICA NIVEL 3

#### Atención sanitaria de la Cefalea en Neurología



### REPRESENTACIÓN GRÁFICA NIVEL 3

#### Atención sanitaria de la Cefalea en SCCU Hospital

