



Resolución Directoral

Lima, 31 de octubre del 2024

VISTOS:

El Informe N°000036-2024-JSE/HSR, de fecha 12 de agosto del 2024, emitida por el Servicio de Emergencia, Hoja de envío N°005433-2024-DIRECTORGENERAL/HSR, de fecha 13 de agosto 2024, Nota Informativa N°000158-2024-JDEYCC/HSR, de fecha 12 de agosto del 2024, emitida por el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, Nota Informativa N°000236-2024-OGC/HSR, de fecha 19 de agosto del 2024, emitida por la Oficina de Gestión de la Calidad, Informe N°000019-2024-UORGANIZACION/HSR, de fecha 26 de agosto del 2024, emitido por la Unidad de Organización, Hoja de envío N°002402-2024-OGC/HSR, de fecha 19 de setiembre del 2024 e Informe N°000328-2024-OAJ/HSR, de fecha 03 de octubre de 2024, de la Oficina de Asesoría Jurídica y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 7° de la Constitución Política del Perú, establece que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad;

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley 26842 Ley General de Salud, establecen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla respectivamente;

Que, en el marco de las funciones establecida en el artículo 8 del Capítulo III del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, aprobado con Resolución Ministerial N° 1022-2007/MINSA, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico emite opinión técnica respecto a las propuestas de documento técnicos normativos de la entidad;

Que, en el artículo 3° de la Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS);

Que, mediante la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, precisando el alcance de los derechos al acceso a la atención integral de la



salud que comprende promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación; así como, al acceso a la información y consentimiento informado;

Que, mediante cumplimiento de la Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, Normas para la Elaboración de Documento Normativos del Ministerio de Salud, establece las disposiciones para elaboración de los Documentos Normativos;

Que, el Informe Sustentatorio N° 000036-2024-JSE/HSR, de fecha 12 de agosto de 2024, el Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, menciona la necesidad de actualizar la Guía Técnica: "Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea", ello en referencia a la Resolución Directoral N° 076-2020-MINSA-HSR-DG. La referida guía servirá para el desarrollo en el ámbito institucional del Hospital Santa Rosa, el cual tiene como objetivo, establecer recomendaciones basadas en la evidencia de las decisiones y objetivos del tratamiento de pacientes con Cefalea. Así mismo disminuir la morbilidad por Cefalea en los pacientes que acuden al Servicio de Emergencia.

Que, el presente Documento Técnico ha sido actualizado, teniendo presente que la anterior Guía es del año 2020, ahora con los cambios actualizados en todos sus campos teniendo como base las guías que rigen a nivel internacional del manejo de la Cefalea; siendo esta patología de mayor frecuencia en la población adulta, y según las estadísticas propias del Hospital Santa Rosa registradas en el 2023, en la que el 82.1% de atenciones en emergencia, el 0.9% corresponde a cuadros de Cefalea

Que, los beneficios e impactos positivos en este documento, tiene una base para poder tener un manejo uniforme acorde a las Guías Internacionales y que permiten un manejo apropiado y de la calidad a los pacientes, racionalizando de la mejor manera posible los recursos humanos y materiales del hospital.

Que, mediante la NTS N° 117/MINSA/DGSP-V.01; Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud aprobada por la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, en el numeral 5.1 Definiciones Operativas de sus Disposiciones Generales, establece que: "Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica".

Que, con MEMORANDO N° 001800-2024-OEPLANEAMIENTO/HSR de fecha 26 de agosto del 2024, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico remite a la Oficina de Asesoría Jurídica, archivo adjunto respecto al Informe Técnico para la emisión de la Opinión sobre la Guía Técnica: **Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea.**

Con los Vistos de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos y la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Santa Rosa;

De Conformidad con lo dispuesto en Decreto Supremo N° 004-2019-JUS que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, aprobado con Resolución Ministerial N°1022-2007/MINSA, Resolución Ministerial N° 026-2023/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°. ACTUALIZAR la Guía Técnica **"Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea"** la misma que fue aprobada mediante Resolución Directoral N° 076-2020-MINSA-HSR-DG, cuyo anexo forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2°. ENCARGAR al Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, la difusión, monitoreo y cumplimiento de la Guía aprobada con la presente Resolución.



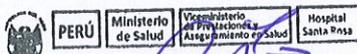


Resolución Directoral

Lima, 31 de octubre del 2024

ARTICULO 3°. DISPONER que la Oficina de Estadística e Informática efectúe la publicación del presente acto Resolutivo en la Página Web del Portal Institucional del Hospital Santa Rosa: <http://hsr.gob.pe>.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE,



M.C. RAÚL NALVARTE TAMBINI
DIRECTOR GENERAL (e)
CMP. 020306 RNE. 012400



R. MARTINEZ M.



S. MONTENEGRO

RNT/RMM/gcc

DISTRIBUCIÓN:

- > Dirección General
- > Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- > Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
- > Oficina de Estadística e informática
- > Archivo





GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE CEFALEA

ELABORADO POR:

- MC. Omar Rojas Cabanillas
Médico Emergenciólogo
- MC. Lizet Cruz Zevallos
Médico Emergenciólogo
- MC. Emilio Gonzales Saavedra
Médico Emergenciólogo

REVISADO POR:

- Jefatura del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos.
MC. Pedro Virgilio Contreras Terrones
- Jefatura del Servicio de Emergencia
MC. William Rojas Pérez
- Oficina de Gestión de la Calidad
MC. Raquel Cansino Bazán

APROBADO POR:

- Director General del Hospital Santa Rosa
MC. Raúl Nalvarte Tambini

ÍNDICE

I.	FINALIDAD	3
II.	OBJETIVOS.....	3
III.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	3
IV.	PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR	3
4.1	NOMBRE Y CÓDIGO.....	3
V.	CONSIDERACIONES GENERALES	3
5.1	DEFINICIÓN	3
5.2	FISIOPATOLOGÍA.....	4
5.3	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	4
5.4	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	5
5.4.1	Medio Ambiente	5
5.5.2	Estilos de Vida	5
5.5.3	Factores Hereditarios.....	5
VI.	CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.....	5
6.1	CUADRO CLÍNICO:	5
6.1.1	Signos y Síntomas	5
6.1.2	Interacción cronológica	5
6.1.3	Gráficos, diagramas, fotografías	5
6.2	DIAGNÓSTICO:.....	6
6.2.1	Criterios de Diagnóstico (Tomado de la III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas – ICHD3).....	6
6.2.2	Diagnóstico diferencial	8
6.3	EXÁMENES AUXILIARES	9
6.3.1	De Patología Clínica:	9
6.3.2	De Imágenes:.....	9
6.4	MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.....	9
6.5	COMPLICACIONES.....	12
6.6	CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....	13
6.7	FLUXOGRAMA	13
VII.	ANEXOS.....	14
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA.....	18

GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE CEFALEA

I. FINALIDAD

La presente guía de práctica clínica tiene como finalidad servir al médico que se desempeña en el área de emergencia como una herramienta de ayuda para la evaluación del paciente adulto que acude con cefalea de inicio agudo como síntoma principal y permita buscar el máximo beneficio, mínimo riesgo y el uso racional de los recursos.

II. OBJETIVOS

- Establecer recomendaciones basadas en la evidencia de las decisiones y objetivos del tratamiento de pacientes con cefalea.
- Disminuir la morbimortalidad por cefalea en los pacientes que acudan al Servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente guía será aplicada en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea.

4.1 NOMBRE Y CÓDIGO

Diagnóstico	CIE 10
Cefalea	R51
Estado migrañoso	G43.2
Otras migrañas	G43.8
Migraña, no especificada	G43.9
Síndrome de cefalea en racimos	G44.0
Cefalea debida atención	G44.2

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICIÓN

Es una sensación dolorosa en cualquier parte de la cabeza, que va desde un dolor agudo a un dolor leve y puede estar acompañado de otros síntomas.

ETIOLOGÍA

Las cefaleas se clasifican en:

1) Primarias:

- a) Migraña.
- b) Cefalea de tipo tensión (tensional).
- c) Cefaleas trigémino – autonómicas.
- d) Otras cefaleas primarias.

2) Secundarias:

- a) Cefalea atribuida a traumatismo craneal y/o cervical.
- b) Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal y/o cervical.
- c) Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular.
- d) Cefalea atribuida a administración o supresión de sustancia.

- e) Cefalea atribuida a infección.
- f) Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis.
- g) Cefalea o dolor facial atribuida a trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dientes, boca u otras estructuras faciales o cervicales.
- h) Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico.

5.2 FISIOPATOLOGÍA

- **Hipótesis Vascular:** Hace muchos años postulaban la teoría (Dubois – Raymond) que el trastorno fundamental es la vasoconstricción de las paredes vasculares y la atribuye a una hipertonía simpática. Moellendorf postula que se debe a una dilatación de las arteriolas por parálisis transitoria del simpático cervical. Jacond piensa que las crisis de cefalea se inician por hipertonía simpática con vasoconstricción seguido de vasodilatación por agotamiento. Rodella llamó a la migraña angina cerebral estableciendo 3 fases vasculares en la crisis: espasmo vascular, dilatación vascular subsecuente a la liberación de sustancias vasodilatadores durante la isquemia, formación de un exudado o trasudado en la pía.
- **Hipótesis Plaquetaria:** Diversas anormalidades en las plaquetas (agregación, degranulación y reactividad ante diversos factores), así como alteraciones en la concentración de serotonina, durante la crisis de migraña y después de la misma, hacen concluir que la presencia de cefalea resida en una alteración de las plaquetas. Esta teoría concluye que la migraña sería un trastorno hemático debido a una alteración primaria del comportamiento de las plaquetas.
- **Neurotransmisores:** Es probable que una disminución en los niveles de adrenalina sea responsable de la llamada cefalea post-relajación o post-estrés.
- **Teoría del Oxígeno:** Un episodio de hipoxia sería el hecho central de la fisiopatología de un ataque de migraña. El hecho de un desbalance entre la energía suministrada y la energía consumida, la que induzca la hipoxia.

A pesar de todas las hipótesis aportadas; aún es difícil encontrar una teoría que en forma completa permita entender todas las sintomatologías de todos los que padecen cefalea tipo migraña o formas muy diferentes de migraña.

5.3 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A nivel mundial, la prevalencia de cefalea en los servicios de emergencia varía significativamente entre los países y dentro de los mismos. Por ejemplo, países como Inglaterra, Italia y Grecia registran bajas prevalencias de pacientes con desórdenes de cefalea. A diferencia de otros países que muestran frecuencias más altas como en Brasil que registra una prevalencia de 9.3%. Así mismo, Estados Unidos considera que los desórdenes de la cefalea son muy frecuentes en sus departamentos de emergencia y al día registran hasta casi 1000 visitas por cefalea de cada 100 mil personas siendo la 5ta causa más común de ingreso a la emergencia.

Las cefaleas primarias generalmente son más frecuentes en comparación con las cefaleas secundarias en los servicios de emergencia. En un estudio desarrollado en 34 hospitales de Australia, reportó que el 74% de los pacientes presentaban cefalea primaria en relación con los pacientes que ingresaban por emergencia por algún desorden cefalálgico. Así mismo en una investigación desarrollada en Colombia, muestran que todo el espectro de cefaleas, las causas más frecuentes de ingreso a los servicios de emergencia fueron las cefaleas primarias y de ellas la migraña fue la más frecuente. Con relación a la prevalencia de las cefaleas secundarias en los servicios de emergencia, los datos varían significativamente entre los estudios, por lo que no se puede concluir que patología es la más frecuente.

En el Perú, existen escasas investigaciones con relación a este tema, en un estudio publicado en el 2015, señala que la cefalea fue uno de los motivos más frecuentes de admisión al servicio de emergencia, pero hasta el momento no se cuenta con una prevalencia exacta de esta patología. Consecuentemente, solo conocemos datos específicos según el contexto hospitalario; por ejemplo, en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas de Perú se estima una frecuencia de cefaleas en el Servicio de Emergencia de 12.8% y 25.1% para los años 2018 y 2019 respectivamente. Así mismo; en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, un Hospital nivel III, encargado del manejo de múltiples patologías, no solo las neurológicas y siendo hospital de referencia a nivel nacional, se estima una frecuencia de 2.6% en el año 2018; 2.7% en el 2019 y 1.7% en el año 2020, siendo las cefaleas primarias las más frecuentes y de ellas la migraña.

5.4 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.4.1 Medio Ambiente

Ambiente laboral con estrés, estatus socioeconómico bajo.

5.5.2. Estilos de Vida

Consumo de ciertos alimentos (chocolate, cacao, vainilla, cítricos, quesos fermentados), consumo de alcohol, ansiedad, depresión, consumo de fármacos (vasodilatadores, nitritos, etc.), cambios hormonales (ovulación, menstruación, toma de anticonceptivos, embarazo.), alteración del sueño.

5.5.3. Factores Hereditarios

Antecedentes familiares padres o hermanos con migraña. En algunas formas específicas de migraña (ejm: hemipléjica familiar) se ha identificado el GEN que la transmite situado en el cromosoma 9.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 Signos y Síntomas

- Cefalea: Evaluar evolución, características, localización, factores desencadenantes.
- Síntomas asociados: náuseas, vómitos, fotofobia, etc.

6.1.2 Interacción cronológica

La interacción cronológica de las diferentes formas de cefalea se encuentra en relación con la causa de cefalea y los factores desencadenantes.

6.1.3 Gráficos, diagramas, fotografías

ETIOLOGÍA DE CEFALEA

Cefalea primaria		Cefalea secundaria	
Tipo	%	Tipo	%
Tensional	69	Infección sistémica	63
Migraña	16	Heridas de la cabeza	4
Punzante idiopática	2	Trastornos vasculares	1
Ejercicio	1	Hemorragia subaracnoidea	< 1
Cluster (en racimos)	0,1	Tumor cerebral	0,1

TIPOS DE CEFALEA PRIMARIA

	MIGRAÑA	CEFALA TENSIONAL	CEFALEA EN RACIMO
Ubicación	Adultos: Unilateral en 60 a 70%, bifrontal o global en 30%.	Bilateral.	Siempre unilateral, generalmente comienza alrededor del ojo o la sien.
Características	Inicio gradual, patrón en crescendo; pulsante; intensidad moderada o severa; agravado por la actividad física de rutina.	Presión o tirantez que aumenta y disminuye.	El dolor comienza rápidamente y alcanza un crescendo en cuestión de minutos; El dolor es profundo, continuo, insoportable y de calidad explosiva.
	El paciente prefiere descansar en una habitación oscura y tranquila.	El paciente puede permanecer activo o puede necesitar descansar.	El paciente permanece activo.
Duración	4 a 72 horas.	30 minutos a 7 días.	15 minutos a 3 horas.
Síntomas asociados	Náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia; puede tener aura (generalmente visual, pero puede involucrar otros sentidos o causar déficits del habla o motores).	Ninguno.	Lagrimeo ipsilateral y enrojecimiento del ojo; congestión nasal; rinorrea; palidez; transpiración; síndrome de Horner; inquietud o agitación; síntomas neurológicos focales raros; sensibilidad al alcohol.

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios de Diagnóstico (Tomado de la III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas – ICHD3)

Criterios diagnósticos: Migraña sin aura (ICHD-3)

- | |
|---|
| <p>A. Al menos cinco crisis¹ que cumplen los criterios B-D.</p> <p>B. Episodios de cefalea de entre 4 y 72 horas de duración (no tratados o tratados sin éxito)^{2,3}.</p> <p>C. La cefalea presenta al menos dos de las siguientes cuatro características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Localización unilateral. 2. Carácter pulsátil. 3. Dolor de intensidad moderada o severa. 4. Empeorada por o condiciona el abandono de la actividad física habitual (p. ej., andar o subir escaleras). <p>D. Al menos uno de los siguientes durante la cefalea:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Náuseas y/o vómitos. 2. Fotofobia y fonofobia. <p>E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.</p> |
|---|

Criterios diagnósticos: Migraña con aura (ICHD-3)

- A. Al menos dos crisis que cumplen los criterios B y C.
- B. Uno o más de los síntomas de aura siguientes totalmente reversibles:
 - 1. Visuales.
 - 2. Sensitivos.
 - 3. De habla o del lenguaje.
 - 4. Motores.
 - 5. Troncoencefálicos.
 - 6. Retinianos.
- C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:
 - 1. Progresión gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un período ≥ 5 min y/o dos o más síntomas se presentan consecutivamente.
 - 2. Cada síntoma de aura tiene una duración de entre 5 y 60 minutos¹.
 - 3. Al menos uno de los síntomas de aura es unilateral².
 - 4. El aura se acompaña, o se sigue antes de 60 min, de cefalea.
- D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III y se ha descartado un accidente isquémico transitorio.

Criterios diagnósticos: Estado migrañoso (ICHD-3)

- A. Una crisis de cefalea que cumple los criterios B y C.
- B. Aparece en un paciente con 1.1 Migraña sin aura y/o 1.2 Migraña con aura, de manera similar a las crisis previas, salvo por su duración e intensidad.
- C. Las dos características siguientes:
 - 1. Se prolonga durante más de 72 horas¹ y/o.
 - 2. El dolor o los síntomas asociados son debilitantes².
- D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

Criterios diagnósticos: Cefalea tensional episódica frecuente (ICHD-3)

- A. Al menos 10 episodios de cefalea que ocurran de media 1-14 días al mes durante más de 3 meses (≥ 12 y < 180 días al año) y que cumplen los criterios B-D.
- B. Cefalea con duración de 30 minutos a 7 días.
- C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:
 - 1. Localización bilateral.
 - 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil).
 - 3. Intensidad leve o moderada.
 - 4. No empeora con la actividad física habitual, como andar o subir escaleras.
- D. Ambas de las siguientes:
 - 1. Sin náuseas ni vómitos.
 - 2. Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas).
- E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

Criterios diagnósticos: Cefalea en racimos (ICHD-3)

- A. Al menos cinco ataques que cumplen los criterios B-D.
- B. Dolor de unilateral de intensidad severa o muy severa en región orbitaria, supraorbitaria o temporal, con una duración de 15 a 180 minutos sin tratamiento¹.
- C. Cualquiera o los dos los siguientes:
 1. Al menos uno de los siguientes síntomas o signos, homolaterales a la cefalea:
 - a) Inyección conjuntival y/o lagrimeo.
 - b) Congestión nasal y/o rinorrea.
 - c) Edema palpebral.
 - d) Sudoración frontal y facial.
 - e) Rubefacción frontal y facial.
 - f) Sensación de taponamiento en los oídos.
 - g) Miosis y/o ptosis.
 2. Inquietud o agitación.
- D. La frecuencia de los ataques varía entre una vez cada dos días y ocho al día durante más de la mitad del tiempo que el trastorno está activo.
- E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

Criterios diagnósticos: Cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración (ICHD-3)

- A. Al menos 20 ataques que cumplen los criterios B-D.
- B. Ataques de dolor unilateral, moderado o severo en región orbitaria, supraorbitaria, temporal y/u otra distribución trigeminal, y de una duración comprendida entre 1 y 600 segundos en forma de una punzadas únicas, una serie de punzadas, o en un patrón de de diente de sierra.
- C. Al menos uno de los siguientes síntomas o signos autonómicos craneales, homolaterales al dolor:
 1. Inyección conjuntival y lagrimeo.
 2. Congestión nasal o rinorrea.
 3. Edema palpebral.
 4. Sudoración frontal y facial.
 5. Rubefacción frontal y facial.
 6. Sensación de taponamiento en los oídos.
 7. Miosis y/o ptosis.
- D. Los ataques se presentan al menos una vez al día durante más de la mitad del tiempo que el trastorno está activo.
- E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

6.2.2 Diagnóstico diferencial

- Tumores intracraneales.
- Meningitis.
- Hemorragia subaranoidea.
- Disfunción de la articulación temporomandibular.
- Cervicalgia.
- Fibromialgia.

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1 De Patología Clínica:

Se realizará una analítica básica que incluya: hemograma, perfil de coagulación, bioquímica (glucosa, electrolitos, urea, creatinina, velocidad de sedimentación, proteína C reactiva) si se sospecha de cefalea secundaria.

6.3.2 De Imágenes:

Tomografía cerebral (TC) o resonancia cerebral (RNM): Permiten descartar gran parte de las causas secundarias de origen neurológico. La TC debe solicitarse para descartar hemorragias, accidentes cerebrovasculares o traumatismos encefalocraneanos (TEC). La RNM es actualmente más sensible para diagnosticar tumores, malformaciones vasculares, lesiones de fosa posterior o alteraciones de flujo del líquido cefalorraquídeo (LCR).

6.3.3 De Exámenes especializados complementarios:

Punción lumbar: Se debe solicitar ante sospecha de infecciones del SNC como meningitis o encefalitis o sospecha de hemorragia subaracnoidea (HSA). Siempre es recomendable solicitar un estudio de neuroimagen previo.

Electroencefalograma: Actualmente no se considera como rutina ya que no aporta mayor especificidad en el estudio de las cefaleas. Es útil en ciertos casos de migraña de tipo basilar, en auras atípicas o cuando existen episodios de compromiso de conciencia asociados al dolor. También en casos de diagnóstico diferencial con algunos tipos de epilepsia en niños con cefalea.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas

De forma preventiva se debe aconsejar una vida sana con una dieta equilibrada, respetando las horas de sueño y evitando el estrés, el alcohol (en adolescentes) y determinados alimentos que pueden desencadenar las crisis, así como la realización de ejercicio físico moderado, sin dejar de lado el tratamiento farmacológico (Nivel de evidencia IV, grado de recomendación C).

6.4.2 Terapéutica

Tratamiento de la migraña:

- Crisis leves – moderadas: pueden tratarse inicialmente con un AINE (ácido acetilsalicílico, naproxeno sódico, ibuprofeno, diclofenaco) por vía oral, preferiblemente en combinación con metoclopramida o domperidona (Nivel de evidencia I, grado de recomendación A).

Compuesto	Dosis recomendadas y vía administración
Ácido acetilsalicílico	500-1000 mg, oral
Naproxeno	550-1100 mg oral
Ibuprofeno	600-1200 mg oral
Diclofenaco sódico	50-100 mg oral; rectal; 75 mg parental

**PRINCIPALES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS INDICADOS EN EL
TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LAS CRISIS DE MIGRAÑA**

- Crisis moderadas – graves: Los triptanes son medicamentos específicos, generalmente muy seguros y bien tolerados con eficacia demostrada en el tratamiento sintomático de las crisis de migraña (Nivel de evidencia I, grado de recomendación A).
La eficacia de la ergotamina es intermedia (Nivel de evidencia II, grado de recomendación B) entre los AINE y los triptanes.
En los pacientes con falta de respuesta o con intolerancia/contraindicaciones al sumatriptán subcutáneo (s.c.), se puede utilizar o asociar AINE parenterales y/o metoclopramida (i.v.). Los esteroides endovenosos (metilprednisolona 80 mg/12-24 h) están indicados en caso de estado migrañoso (Nivel de evidencia III-IV, grado de recomendación C).
Los AINE son una opción recomendable, y relativamente segura, aunque la evidencia de su eficacia es solo moderada. Disponemos de diclofenaco 75 mg i.m. (Nivel de evidencia II-III, grado de recomendación C). El metamizol ev es una opción terapéutica efectiva (Nivel de evidencia II, grado de recomendación B).

Compuesto	Formulación	Indicación
Sumatriptán	Subcutánea 6 mg Nasal 20 mg	Crisis con dolor grave resistentes a la vía oral y nasal Crisis resistentes a la vía oral Pacientes con vómitos
	Nasal 10 mg Oral 50 mg	Niños y adolescentes Paciente migrañoso estándar Paciente en riesgo potencial de embarazo
Zolmitriptán	Oral 2,5 y 5 mg Nasal 5 mg	Paciente migrañoso estándar Crisis resistentes a la vía oral Pacientes con vómitos
Naratriptán	Oral 2,5 mg	Crisis leves-moderadas de larga duración Efectos adversos con otros triptanes
Rizatriptán	Oral 10 mg	Crisis con dolor grave, rápidas y de corta duración
Almotriptán	Oral 12,5 mg	Paciente migrañoso estándar Efectos adversos con otros triptanes Niños y adolescentes
Eletriptán	Oral 20 y 40 mg	Crisis con dolor grave de larga duración
Frovatriptán	Oral 2,5 mg	Crisis leves-moderadas de larga duración Efectos adversos con otros triptanes

INDICACIONES POSIBLES DE LOS TRIPTANES

Tratamiento de la cefalea tensional.

- Administrar analgésicos simples (paracetamol, ibuprofeno, etc). Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son la primera elección en el tratamiento de los episodios agudos de dolor. Existe evidencia convincente para el uso de ibuprofeno, dexketoprofeno, naproxeno, salicilatos y paracetamol (Nivel de evidencia I, grado de recomendación A).

Fármaco	Dosis	Evidencia
Paracetamol	1.000 mg	A
Ibuprofeno	200-800 mg	A
Naproxeno	550-1.000 mg	A
Dexketoprofeno	25-50 mg	A
Diclofenaco	12,5-25 mg	A
Metamizol	500-1.000 mg	A
Paracetamol + cafeína	1.000 mg/65-200 mg	B

Tratamiento de la cefalea en racimos.

- Sumatriptán: es el fármaco de elección. Administrado por vía subcutánea, a dosis de 6 mg, alivia parcial o completamente el dolor antes de 15 minutos en el 95% de los ataques (Nivel de evidencia I, grado de recomendación A).
- Oxígeno: eficaz en la mayoría de los pacientes con cefalea en racimos (Nivel de evidencia I, grado de recomendación A). El paciente debe estar sentado y respirar lenta y profundamente, mediante una mascarilla que reciba un caudal de oxígeno de 7-12 l/min (incluso 15 l/min) (Nivel de evidencia I, grado de recomendación C).

Tratamiento de la Neuralgia del Trigémino.

- Gabapentina (800-2.700 mg/día), carbamacepina (600 a 1.200 mg/día), y clomifeno (Nivel de evidencia IV, grado de recomendación C).

Tratamiento de las cefaleas secundarias:

Dirigido a resolver la etiología respectiva.

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

- **AAS, diclofenaco, naproxeno:** Sus frecuentes efectos secundarios digestivos constituyen el factor limitante más importante para el uso de estos fármacos en el tratamiento de la migraña, de hecho, hasta un 20% de los pacientes pueden mostrar dispepsia con su consumo, aunque el efecto digestivo más grave son las úlceras con hemorragias y perforaciones. El consumo crónico, especialmente en pacientes de edad avanzada, puede empeorar la hipertensión arterial, aumentar el riesgo cardiovascular e inducir retención hídrica y nefropatía (nefritis intersticial y afectación glomerular).
- **Corticoides:** Hirsutismo, acné, úlcera gastroduodenal, inmunosupresión, hiperglucemia, sind. Cushing, miopatía, glaucoma. Se debe tener cuidado en hipertensos, diabéticos y osteoporosis.
- **Triptanes:** Los efectos secundarios más comunes son náuseas y sensación de ardor o de presión en la cabeza, el cuello o el pecho; este último puede ser desconcertante. Los efectos adversos cardiovasculares graves son raros, ya que ocurren en menos de 1/millón de tratamientos.

6.4.4 Signos de Alarma

Para diferenciar una cefalea primaria de una secundaria verificamos si existen datos de alarma, especialmente si se trata de grupos de riesgo.

DATOS DE ALARMA

Datos relacionados con las características del paciente

- Edad >50 años
- Embarazo
- Enfermedades sistémicas: neoplasias, VIH o inmunodeprimidos, anticoagulados o con problemas hematológicos

Datos relacionados con las características de la cefalea

- Cefalea con disfunción neurológica focal o del estado mental no conocidos previamente
- Cefalea intensa de inicio súbito "en trueno" con o sin cambios en el estado neurológico
- Cefalea y fiebre
- Cefalea con síncope o vómitos al inicio del dolor
- Cefalea y trastornos visuales, incluyendo papiledema
- Cefalea de inicio reciente que empeora progresivamente
- Cefalea refractaria a tratamiento habitual
- Cefalea persistente *de novo*
- Cefalea con dolor estrictamente unilateral
- Cefalea que aparece durante el sueño
- Cambios en las características de una cefalea primaria previa sin motivo aparente

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

GRUPOS DE RIESGO PARA UNA CEFALEA SECUNDARIA GRAVE EN PACIENTES ADULTOS

1. Grupo de alto riesgo

- Cefalea intensa. "Su peor cefalea", de inicio agudo "en trueno", con signos neurológicos focales, alteraciones de nivel de conciencia, vómitos o síncope al comienzo del dolor.
- Dolor de cabeza intenso, con fiebre y/o signos meníngeos

2. Grupo de riesgo medio

- Cefalea de reciente comienzo (días o semanas), persistente o empeoramiento progresivo

3. Grupo de bajo riesgo

- Pacientes con cefaleas previas, que acuden con una cefalea intensa, similar a las de episodios anteriores en intensidad, duración y síntomas asociados

6.4.5 Criterios de Alta

Paciente estable, con resolución del cuadro, a quien se le ha descartado signos de alarma.

6.4.6 Pronóstico

Las cefaleas primarias tienden a tener un curso benigno, con evolución a cuadros crónicos en el caso de la migraña y la cefalea tensional. En relación con las cefaleas secundarias el pronóstico dependerá de la etiología de cada una de ellas.

6.5 COMPLICACIONES

Las complicaciones que se presentan están relacionados a las causas o agentes etiológicos de la cefalea.

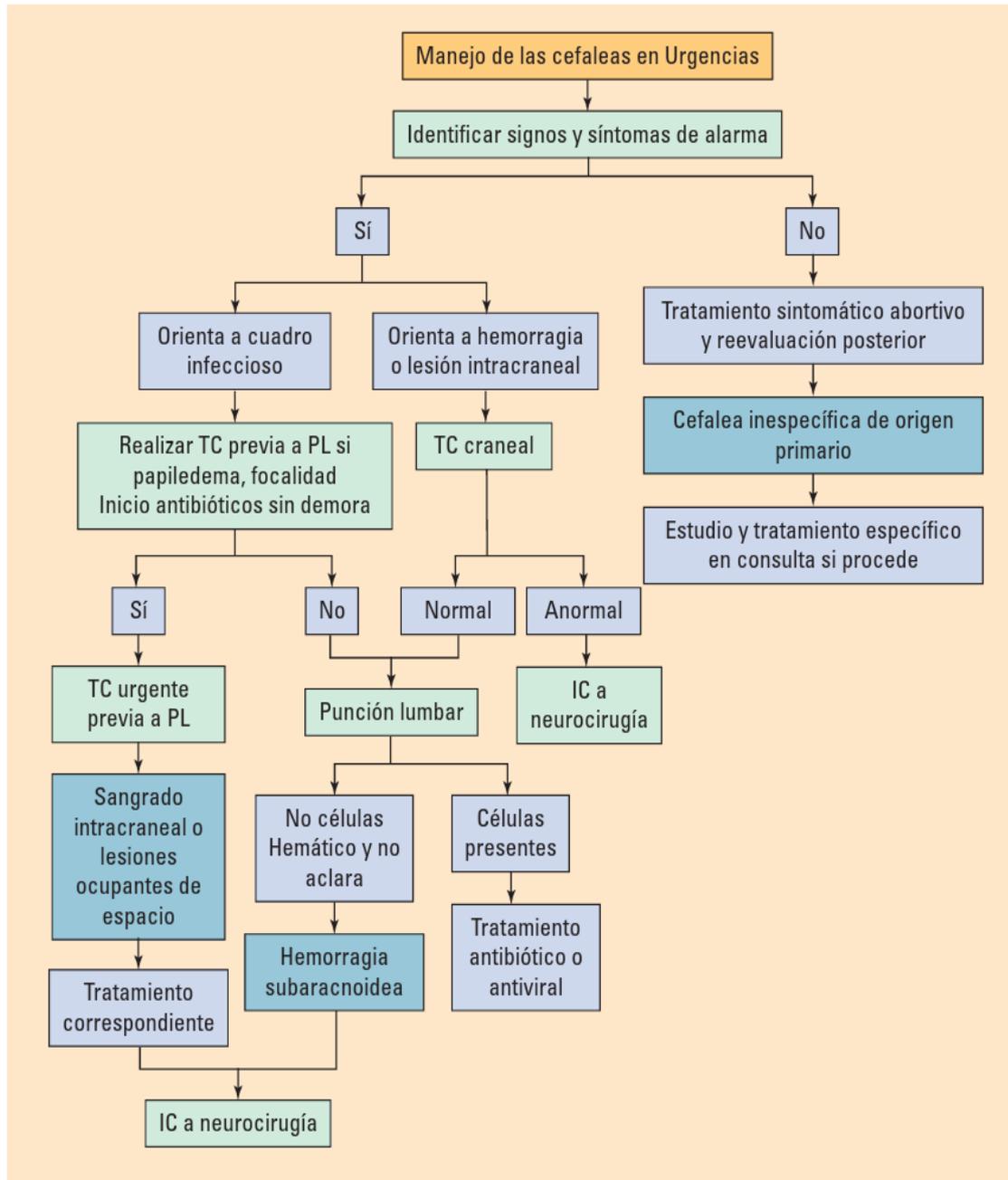
En relación con las complicaciones de la migraña destacan las patologías cardiovasculares como angina, infarto al miocardio, ictus isquémico e ictus hemorrágico. Respecto a la cefalea de tipo tensional y las cefaleas trigémico-autonómicas, están asociados principalmente con trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión mayor e ideación suicida.

Las complicaciones de las cefaleas secundarias están relacionadas estrictamente a los agentes etiológicos de cada una de estas.

6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El médico tratante debe contrarreferir al establecimiento de procedencia una vez que el paciente sea dado de alta con remisión de sintomatología y exclusión de causas secundarias.

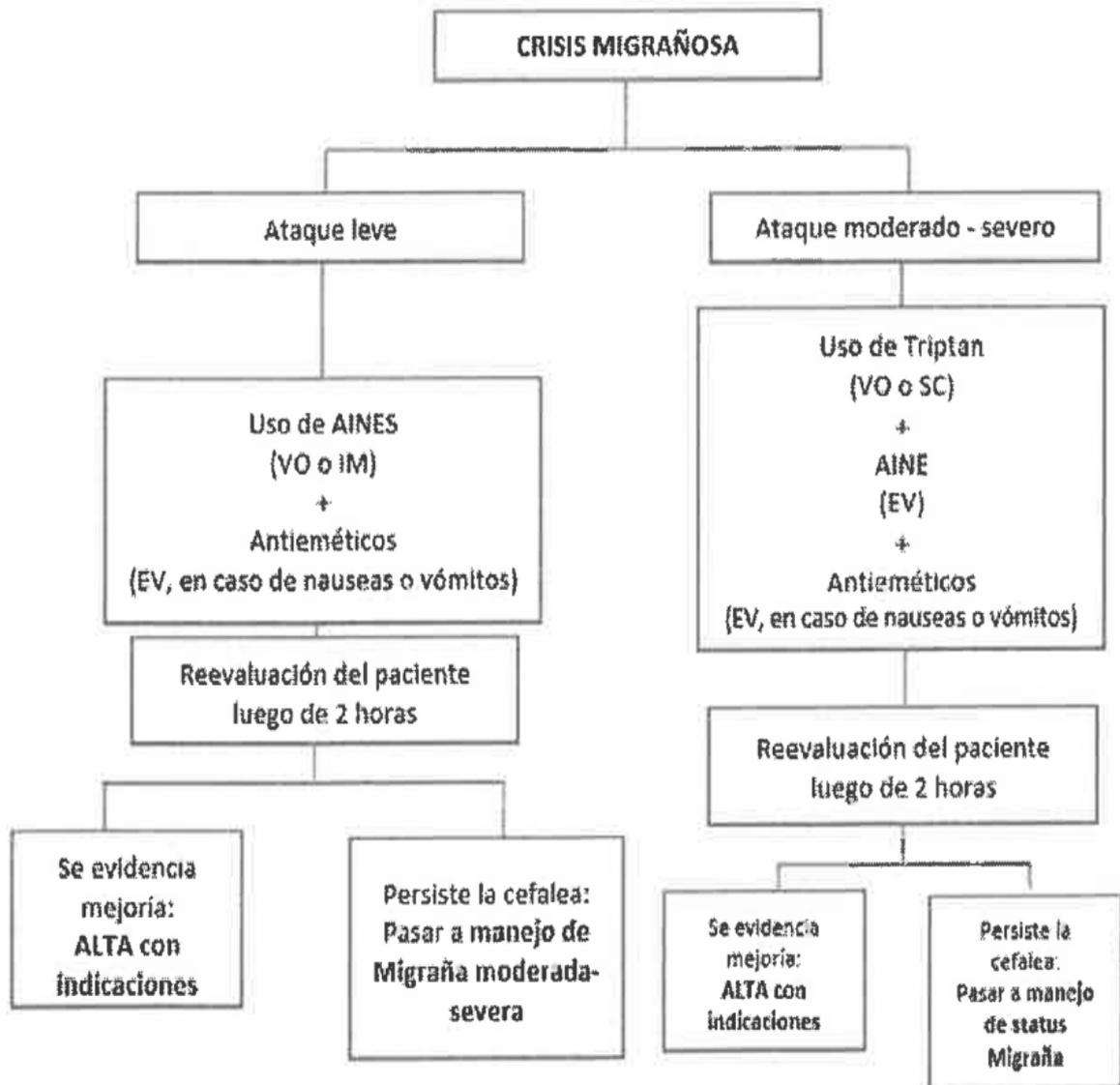
6.7 FLUXOGRAMA



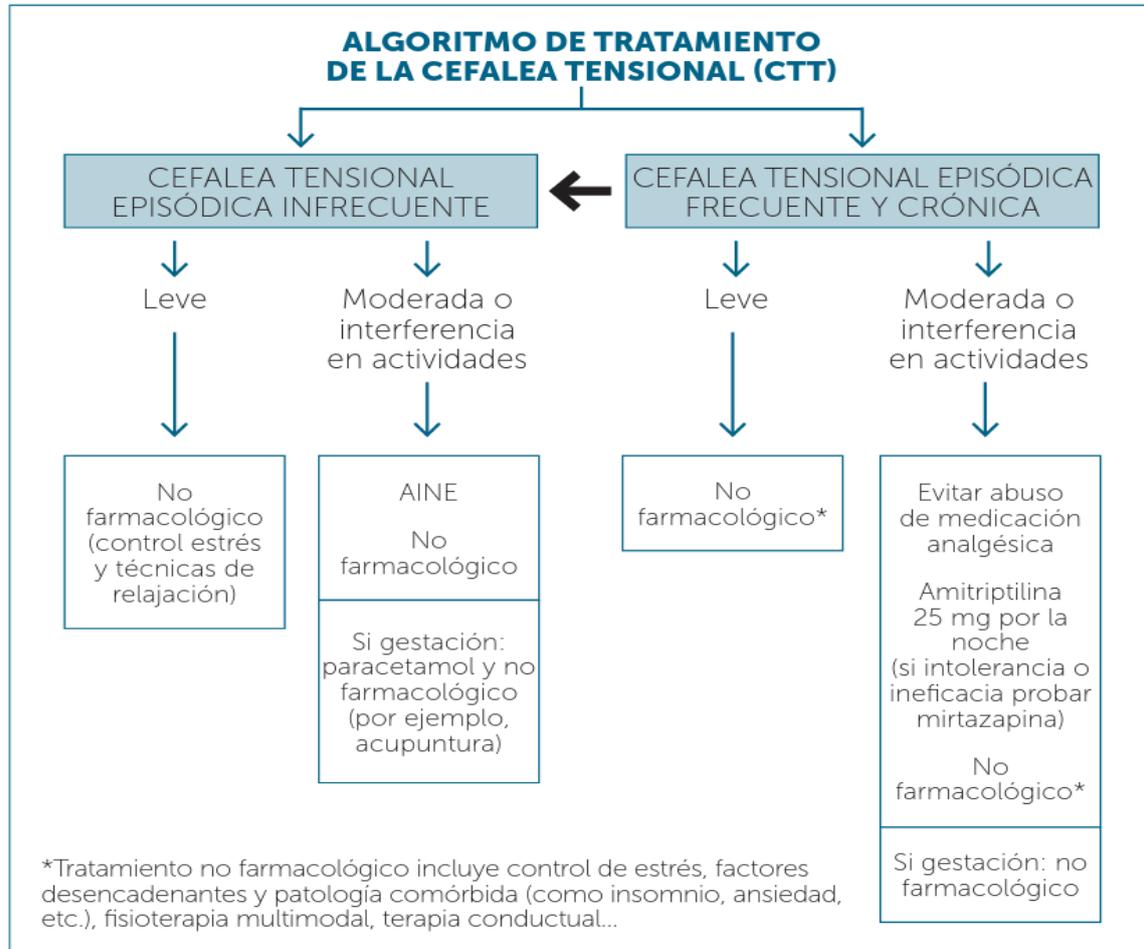
VII. ANEXOS

- ANEXO 01:** TRATAMIENTO DE LA CRISIS MIGRAÑOSA.
- ANEXO 02:** TRATAMIENTO DE LA CEFALEA TENSIONAL.
- ANEXO 03:** TRATAMIENTO DE LA CEFALEA EN RACIMOS.

ANEXO 01: TRATAMIENTO DE LA CRISIS MIGRAÑOSA



ANEXO 02: TRATAMIENTO DE LA CEFALEA TENSIONAL



VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones Diagnósticos Terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2020.
2. World Health Organization (2001). The World Health Report 2001-WHO. Geneva.
3. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injury 1990-2010: A systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380:2163-2196.
4. Steiner TJ. Lifting the burden: The Global Campaign to reduce the Burden of Headache Worldwide. *Lancet Neurology* 2004; 3(4): 204-205.
5. Headache classification committee of the international Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33: 627-808.
6. Levin M. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (ICDH III) - Changes and Challenges. *Headache* 2013; 1384-1395.
7. Morgenstern L, Huber T, Luna-González H. Headache in the emergency department. *Headache* 2001; 41(6): 537-541.
8. Evans R, Rozen T, Mechtler L. Neuroimaging and other diagnostic testing in headache. Silberstein S, Lipton R, Dodick D. *Wolff's Headache*. 8th. Oxford University Press 2008. Pags. 63-93.
9. Sobri M. Red flags in patients presenting with headache: clinical indication for neuroimaging. *The British Journal of Radiology* 2003; 76: 532-535.
10. Detsky M, McDonald D, Baerlocher M, Tomlinson G, McCrory D, Booth C. Does the patient with headache have a migraine or need neuroimaging. *JAMA* 2006; 296: 1274-1283.
11. Loder E, Weisenbaum E, Frishberg B, et al. Choosing Wisely in Headache Medicine: The American Headache Society's list of five things physicians and patient should questions. *Headache* 2013; 53:1651-1659.
12. Dodick DW. Thunderclap headache. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 72:6-11.
13. Goadsby P. Pathophysiology of migraine. *Neurol clin* 2009; 27:335-368.
14. Sun Eldestein C, Manskop A. Alternatives headaches treatment. Nutraceuticals, behavioral and physical treatments. *Headache* 2011; 51(3): 469-483.
15. Evers S, Afra J, Frese A, et al. EFNS guidelines on the drug treatment of migraine-revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2009; 16: 968-981.
16. Silberstein SD. Treatment recommendation for migraine. *Nat Clin Pract Neurol* 2008; 4(9): 482-489.
17. Rizzoli P. Acute and preventive treatment of migraine. *Continuum Lifelong Learning Neurol* 2012; 18(4): 764-782.
18. Kelley N, Tepper D. Rescue therapy for acute migraine. Part 1: Triptan, Dihydroergotamine and magnesium. *Headache* 2012; 52(1): 114-128.
19. Levin M. Opioids in migraine. *Headache* 2014; 54: 12-21.
20. Tepper SJ. Opioids should not be used in migraine. *Headache* 2012; 52: S30-34.
21. Estemalik E, Tepper S. Preventive treatment in migraine and the new US guidelines. *Neuropsychiatr Dis Trast* 2013; 9: 709-720.
22. Jacson J, Shimeall W, Sessums L, et al. Tricyclic antidepressant and headaches: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010; 341: c5250.
23. Pascual J. Papel de los neuromoduladores en el tratamiento preventivo de la migraña. *Rev Neurol* 2009; 49: 25-32.
24. Lyndberg A, Rasmussen B, Jorgesen T, Jensen R. Has the prevalence of migraine and tension-type headache changed over a 12-year period? A Danish population survey. *Eur J Epidemiol* 2005; 20: 243-249.
25. Bendtsen L, Evers S, Mitsikostas D, Sandrini G, Schoenen J. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache- Reports of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2010. 17: 1318-1325.
26. Brennum J, Brinck T, Schiver L, et al. Sumatriptan has no clinically relevant effect in the treatment of episodic tension-type headache. *Eur J Neurol*; 1996 3: 23-28.
27. Melchart D, Streng A, Hoppe A. Acupuncture in patients with tension-type headache: randomized controlled trial. *BMJ* 2005; 331: 376-382.

28. Scher A, Stewart W, Liberman J, Lipton R. Prevalence of frequent headaches in a population sample. *Headache* 1998; 38: 497-506.
29. Dodick D. Review of comorbidities and risk factors for the development of migraine complication (infarct and chronic migraine). *Cephalalgia* 2009; 29 (Suppl 3): 7-14.
30. Bigal M, Serrano D, Reed M, Lipton R. Chronic migraine in the population. *Neurology* 2008; 71: 559-566.
31. Tepper S, Dodick D. Debate: Analgesic overuse is a cause, not consequence, of chronic daily headache.
32. Garza I, Schwedt T. Diagnosis and treatment of chronic daily headache. *Semin Neurol* 2010; 30: 154-166.
33. Ninam M. Dynamic optimization of chronic migraine treatment. *Neurology* 2009; 27 (Suppl 1): S14-S20.
34. Pascual J. Migraña crónica: tratamiento. *Rev Neurol* 2012; 54 (Suppl 2): S31-S38.
35. Diener H, Dodick D, Aurora S, et al. PREEMPT 2 Chronic Migraine Study Group. Onabotulinumtoxin A for treatment of chronic migraine: results for the double blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 2 trial. *Cephalalgia* 2010; 32(5): 804-814.
36. Lipton R, Silberstein S, Saper J, Bigal M, Goadsby P. Why headache treatment fails? *Neurology* 2003; 60: 1064-1070.
37. Fontanilla N, Pascual J, Calas R. Cefalea crónica diaria con abuso de analgésicos. *Rev Clin Med Fam* 2009; 2(8): 400-443.
38. Evers S, Marziniak M. Clinical features, pathophysiology and treatment of medication-overuse headache. *Lancet Neurol* 2010; 9:391-401.
39. Torelli P, Campana V, Cervellin G, Manzoni GC. Management of primary headaches in adult Emergency Departments: a literature review, the Parma ED experience and a therapy flow chart proposal. *Neurol Sci.* 2010;31:545.
40. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Etiology and distribution of headaches in two Brazilian primary care units. *Headache.* 2000;40:241.
41. Schwartz BS, Stewart WF, Simon D, Lipton RB. Epidemiology of tension- type headache. *JAMA.* 1998;279:381.
42. Nesbitt AD, Goadsby PJ. Cluster headache. *BMJ.* 2012;344:e2407.
43. Miller LG, Choi C. Meningitis in older patients: how to diagnose and treat a deadly infection. *Geriatrics.* 1997;52:43.
44. Ramírez-Lassepas M, Espinosa CE, Cicero JJ, Johnston KL, Cipolle RJ, Barber DL. Predictors of intracranial pathologic findings in patients who seek emergency care because of headache. *Arch Neurol.* 1997;54:1506.
45. Lohin M, Levin VA. Headache related to brain tumors. *Curr Treat Options Neurol.* 2006;8:21.
46. Pascual J, Berciano J. Experience in the diagnosis of headaches that start in elderly people. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1994;57:1255.
47. Shindler KS, Sankar PS, Volpe NJ, Piltz-Seymour JR. Intermittent headaches as the presenting sign of subacute angle-closure glaucoma. *Neurology.* 2005;65:757.
48. Locker TE, Thompson C, Rylance J, Mason SM. The utility of clinical features in patients presenting with nontraumatic headache: an investigation of adult patients attending an emergency department. *Headache.* 2006;46:954.
49. Edlow JA, Caplan LR. Avoiding pitfalls in the diagnosis of subarachnoid hemorrhage. *N Engl J Med.* 2000;342:29.
50. Friedman BW, Lipton RB. Headache emergencies: diagnosis and management. *Neurol Clin.* 2012;30:43.
51. Practice parameter: the utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurologic examinations (summary statement). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 1994;44:1353.
52. Gopal AK, Whitehouse JD, Simel DL, Corey GR. Cranial computed tomography before lumbar puncture: a prospective clinical evaluation. *Arch Intern Med.* 1999;159:2681.

Calidez, ciencia y experiencia a su servicio



www.hsr.gob.pe



HospitalSantaRosaPuebloLibre



hsrsantarosa



Hospital Santa Rosa