

# CEFALEA DE DIFÍCIL CONTROL

*Autora*

Dra. Irma Olivera Leal

*Servicio*

Neurología

## INTRODUCCIÓN

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

Generalmente las consecuencias de una enfermedad, suelen ser determinadas por la morbilidad, sin embargo a pesar de la alta prevalencia e incidencia de alguna de las cefaleas primarias, no producen aumento de la mortalidad pero sí repercusión importante sobre la calidad de vida del individuo afecto. Diversos estudios han demostrado, que esta afección genera importantes gastos de recursos en la atención médica, pérdida de días laborales y de la productividad, aun en diferentes latitudes.

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

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

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

Consideramos que estas afecciones, en las cuales es difícil su control, están presentes en un grupo importante de pacientes atendidos en nuestros centros hospitalarios, en los que resulta impostergable neutralizar el sufrimiento que implica su dolencia.

## OBJETIVOS

- Determinar las principales causas de las cefaleas de difícil control y los factores que influyen en su empeoramiento.
- Disminuir la frecuencia e intensidad del dolor de cabeza en los pacientes.
- Disminuir la pérdida de días laborales o productividad, que puede provocarle la cefalea al paciente.
- Disminuir el consumo de fármacos para el control de las crisis, así como la recurrencias a centros de atención de urgencias.
- Mejorar la calidad de vida del paciente con cefaleas de difícil control

## DESARROLLO

### Concepto

Se considerará que un paciente presenta *cefalea de difícil control*, ante las siguientes evidencias:

- Migraña complicada: migraña transformada, estatus migrañoso, aura persistente con infarto, infarto migrañoso, epilepsia desencadenada por la migraña (Cuadro 1).
- Cefalea primaria coexiste con otras enfermedades como epilepsia, enfermedad cardíaca u otras importantes, en las cuales se ha tenido dificultades en el manejo terapéutico, por la gravedad de la enfermedad asociadas a ella.
- Cefaleas primarias no migrañosa, cuyos tratamientos sintomáticos o profilácticos son inefectivos o causan efectos adversos importantes.
- Abuso de la medicación sintomática sin conseguir cortar el sobreconsumo de fármacos con ese fin, lo cual ha generado cefalea por *rebote* de analgésicos.
- Cefaleas de aparición tardía y persistente, sin haber logrado identificar la causa.
- Cefalea progresiva o cambiante, sin respuesta a los tratamientos empleados.

**CUADRO 1:** criterios de clasificación de algunas de las cefaleas primarias (Según la Sociedad Internacional de las Cefalea Primarias (ICHD-II. Cephalalgia 2004; 24, Suppl 1)

Estatus migrañoso	• Cefalea migrañosa de más de 72 h con o sin tratamiento. La cual puede ser continua o con al menos intervalos < 4 h. Asociadas a otros síntomas y signos como: náuseas, vómitos, deshidratación	
Migraña con aura prolongada	• Síntomas reversibles focales de disfunción cortical o tallo cerebral de más de 60 min.	
Cefaleas en racimo y otras cefalagias trigémino-autonómicas		
Cefalea en racimos	Episódica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Al menos 5 ataques con los siguientes criterios:<ul style="list-style-type: none"><li>⊕ Dolor temporal y/o supraorbital, orbital unilateral severo o variada severidad de 15-180 min sin Tto.</li><li>⊕ Ataques con frecuencia entre 1 a 8/día</li></ul></li><li>• Cefalea acompañada de uno o más criterios:<ul style="list-style-type: none"><li>⊕ Inyección conjuntival ipsilateral y/o lagrimeo</li><li>⊕ Congestión ipsilateral nasal y/o rinorrea</li><li>⊕ Edema palpebral ipsilateral</li><li>⊕ Sudoración facial y en la frente ipsilateral</li><li>⊕ Ptosis y/o miosis ipsilateral</li><li>⊕ Sensación de agitación o inquietud</li></ul></li><li>• No atribuido a otros desordenes</li></ul>
	Crónica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cumple todo lo anterior pero crisis de más de 1 año sin remisiones, o remisiones &lt; 1 mes</li></ul>
Hemicránea paroxística	Episódica	<ul style="list-style-type: none"><li>• &lt; 20 ataques, con los siguientes criterios:<ul style="list-style-type: none"><li>⊕ Crisis dolor unilateral orbital, supraorbital o temporal de 2 a 30 min duración</li><li>⊕ Cefalea con una o más características:<ul style="list-style-type: none"><li>– Inyección conjuntival unilateral y/o lagrimeo.</li><li>– Congestión nasal ipsilateral y rinorrea</li><li>– Edema palpebral ipsilateral</li><li>– Cefalea ipsilateral o sudoración facial ipsilateral.</li><li>– Miosis y/o ptosis ipsilateral.</li></ul></li><li>⊕ Crisis revertidas completamente con indometacina</li></ul></li><li>• 50 % ataques tienen frecuencia &gt; 5 días aunque pueden ocurrir periodos con &lt; frecuencia</li></ul>
	Crónica	<ul style="list-style-type: none"><li>• Crisis sin remisión o remisiones &lt; 1 mes</li></ul>
SUNCT*	• Cefalea neuralgiforme de corta duración unilateral con inyección conjuntival y lagrimeo)	
Cefalea por sobreconsumo medicamentos		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cefalea &gt;15 veces/mes con una o más de estas características: bilateral, opresiva, intensidad moderada</li><li>• Ingiere durante ≥ 15 días: ergotamina, triptan, opiodes, combinación de ellos) o analgésicos simples por &gt; 10 día y &gt; 3 meses</li></ul>		

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea ocurre o empeora considerablemente durante el sobreconsumo de fármacos</li> <li>• No cefalea o revierte a su patrón anterior a 2 meses de discontinuar la sobremedicación</li> </ul>	
Cefalea por sobreconsumo de ergotamina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea &gt;15 días/mes con una o más de estas características: bilateral, cualidad opresiva, intensidad moderada</li> <li>• Consume ergotamina &gt;10 días por mes durante más de 3 meses.</li> <li>• Cefalea ocurre o empeora marcadamente durante el sobreconsumo de ergotamina.</li> <li>• La cefalea revierte o mejora a su estado previo después de 2 meses de discontinuar el consumo de ergotamina.</li> </ul>
Cefalea por sobreconsumo de triptanes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea &gt;15 días/mes con una o más de estas características: <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Dolor predominantemente unilateral</li> <li>➢ Cualidad pulsátil</li> <li>➢ Intensidad moderada a severa.</li> <li>➢ Agravada por actividad rutinaria</li> <li>➢ Asociada al menos uno de lo siguiente: náusea y/o vómito, fotofobia</li> </ul> </li> <li>• Ingestión de triptan (cualquier formulación) en más de 10 días por mes regularmente por más de 3 meses.</li> <li>• Cefalea frecuentemente se ha incrementado durante el sobreconsumo de triptan</li> <li>• Cefalea revierte después de dos meses de discontinuar la ingestión de triptan, a su estado previo.</li> </ul>
Cefalea por sobreconsumo de analgésico simple	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea &gt;15 días/mes con una o más de estas características: bilateral, cualidad opresiva, intensidad moderada</li> <li>• Ingestión de analgésico por más de 15 días/mes por más de 3 meses.</li> <li>• Cefalea frecuentemente se ha incrementado durante el sobreconsumo de analgésico</li> <li>• Cefalea revierte después de dos meses de discontinuar la ingestión de triptan, a su estado previo.</li> </ul>
Cefalea por sobreconsumo de opiode	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea &gt;15 días/mes y cumple los siguientes criterios:</li> <li>• Ingestión de opiode más de 10 día/mes por mas de 3 meses</li> <li>• Cefalea frecuentemente se ha incrementado durante el sobreconsumo de analgésico</li> <li>• Cefalea revierte después de 2 meses de discontinuar ingestión opiode</li> </ul>

(\*) SUNCT: S=Corto; U=Unilateral; N=Neuralgiforme; C=Conjuntival; T=Lagrimeo

### Atención en consulta externa o centro de atención del paciente con cefalea en crisis

- Administración de hidratación endovenosa, por 4 horas con suero fisiológico 500 ml y
- **Prochlorperazina** (10 mg) o **prometazina** (25 mg) vía EV diluido en 50 mL de solución salina.

Si no alivio:

- Sulfato de magnesio: 1 g por vía EV.

Si con la administración de lo anterior no hay respuesta:

- Considerar el ingreso en el hospital por 8 horas para tratamiento repetido:
  - ⊕ Evaluación neurológica cada 6 horas y de los signos vitales.
  - ⊕ Se mantendrá hidratación con solución salina 24-48 horas.

- ⊕ **Proclorperazina** (o prometazina) + sulfato de magnesio: 1g vía EV
- ⊕ **Furosemida** 20 mg por vía EV
- ⊕ **Prednisona** 100 mg endovenoso o **Metilprednisolona** 500 mg diario por 3 días.

*Se reevaluará finalizar dicho tratamiento, una vez controlado la cefalea*

Otras terapéuticas a emplear si no hay control:

- ⊕ **Acetazolamida oral**: se indicará como tratamiento preventivo para evitar la recurrencia.
- ⊕ Medicamentos de primera línea considerados según nivel de evidencia y posibilidad de aplicarlo según antecedentes clínicos del paciente:
  - Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina)
  - Betabloqueadores (propanolol)
  - Valproato de sodio

### Complicaciones de la migraña

- ⊕ Migraña crónica o migraña transformada.
- ⊕ Estatus migrañoso
- ⊕ Aura persistente con infarto
- ⊕ Infarto Migrañoso
- ⊕ Epilepsia desencadenada por la migraña

### Estatus migrañoso (Cuadro 1)

Diversas estrategias de tratamiento pueden ser utilizadas, como

- Corticosteroides (prednisona o dexametasona), metilprednisolona
- Dihidroergotamina endovenosa
- Neurolépticos endovenosos; por ejemplo: proclorperazina
- Ketorolac, por vía EV o IMr
- Opiáceos

### Guía para la atención de estos pacientes en nuestro hospital

- Ingreso.
- Evaluar equilibrio hidromineral.
- Evaluación de los signos vitales cada 8 horas.
- Hidratación parenteral y restitución de electrolito según necesidades, a durar 24 a 72 horas.
- **Tratamiento específico**

⊞ Triptanes

- **Sumatriptan:** 6 mg vía subcutánea o intranasal.
- Otros triptanos: naratriptan, rizatriptan y zolmitriptan, pueden ser utilizado en caso de migraña recurrente, cuando las crisis repite a las 24 horas o menos.

⊞ Derivado ergo:

- **Dihidroergotamina:** De no tolerar los triptanes o estar contraindicado; iniciar tratamiento con 1 mg vía EV o IM. Repetir 0,5 mg si la cefalea persiste, por dos dosis más, separada por 30 min una dosis de otra.

A cualquiera de estas dos opciones se puede asociar:

- **Metoclopramida:** 10 mg, vía EV
- **Clorpromacina:** 25 – 50 mg, vía EV

Si hay contraindicaciones para el tratamiento específico, o no hay mejoría una segunda opción sería administrar:

- Antieméticos: por vía parenteral (igual dosis a lo anterior).
  - Metoclopramida
  - Clorpromacina: 0,1 mg/kg
  - Prometazina

Asociado a uno de las siguientes opciones:

- **Ketorolac:** 60 mg vía IM Si no hay contraindicación por enfermedad gastrintestinal o renal.
- **Esteroides**
  - ⊞ **Prednisona:** 100 mg, vía EV cada 8 horas, o
  - ⊞ **Betametazona:** 4 mg vía EV por tres días, o
  - ⊞ **Metilprednisolona:** 500 mg a 1 g diario, vía parenteral, por 3 días.
- **Valproato de Sodio** 500 mg por vía EV
- Los opiáceos solo se utilizarán, cuando:
  - ⊞ Ha fallado o este contraindicado las opciones anteriores para el tratamiento de estatus migrañoso.
  - ⊞ Embarazo.
  - ⊞ En pacientes que no tienen antecedentes de abuso de sustancias.

No deben ser utilizados por más de 2 días a la semana.

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

*En todos los casos se evaluará paralelo al tratamiento específico posibles factores desencadenantes o agravantes de este estado*

Sí aun con estas medidas no se logra el control de las crisis a las 72 horas de tratamiento se puede recomendar algunas de las siguientes opciones:

- Bloqueo de nervio occipital
- **Difenhidramina** vía EV, cada 8 horas
- **Propofol**

Asociada a la administración de sulfato magnesio 1 g vía EV

### Tratamiento preventivo

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

- Iniciar tratamiento con medicamentos de elevada eficacia según nivel de evidencia y eficacia probada:
  - ⊕ Primera línea    Amitriptilina, propranolol, valproato de sodio
  - ⊕ Segunda línea   Flunarizina, AINEs a baja dosis y diaria
- Iniciar con baja dosis e incremento escalonado.
- Dar un tiempo adecuado para evaluar beneficio del tratamiento, que debe ser de 2 a 3 meses.
- Evitar interferencia en el tratamiento (sobreconsumo de fármacos).
- Considerar la coexistencia de enfermedades para la selección del tratamiento a utilizar.

### Contraindicaciones para el tratamiento con Sumatriptan

- Angina de Prinzmetal.
- Enfermedad cerebrovascular
- Enfermedad vascular periférica
- Factores de riesgos significativos de enfermedad vascular.
- Hipertensión arterial descontrolada
- Embarazo
- Eventos adversos serios con la administración anterior del medicamento

- Tratamiento anterior de menos de 24 horas con Triptan o ergot/DHE
- Migraña basilar o hemipléjica

### **Infarto migrañoso**

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

### **Conducta**

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

### **Migraña y epilepsia**

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

Cuando se considera el manejo terapéutico de esta afección, deben preferirse medicamentos con acción para ambas afecciones. Evitar el consumo de antidepresivos tricíclicos y neurolépticos que pueden empeorar las crisis. Se ha considerado diversos medicamentos antiepilépticos. En nuestro servicio los medicamentos que valoramos para el tratamiento de esta asociación son:

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

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

Se han propuesto diferentes alternativas entre las cuales están las siguientes:

- Suspensión total de la medicación.
- Suspensión gradual de analgésicos y establecimiento de medicación preventiva
- Tratamiento psicofisiológicos para el manejo del stress, técnicas de relajación entre otras.
- Terapia física consistente en: ultrasonido, tracción, inyección en los puntos dolorosos, bloqueo del nervio occipital.

Aplicamos la siguiente guía de tratamiento, excluida antes las causas secundarias:

- Identificar el tipo de cefalea primaria, agrupándola en dos grandes grupos:
  - ⊕ Si tienen menos de 4 horas de duración, considerar:



- Cefalea histamínica crónica
- Cefalea hipónica
- Hemicránea Paroxística crónica
- Cefalea en lancetazo idiopática
- ⊞ Si más de 4 horas de duración
  - Migraña crónica o migraña transformada
  - Hemicránea Continua
  - Cefalea de reciente inicio persistente
  - Cefalea tensional crónica
- Identificar la coexistencia de afectaciones médicas o/ y psicológicas.
  - ⊞ Debe ser evaluado por psicología antes de las 72 horas.
- Detener todo tipo de medicación sintomática e iniciar tratamiento preventivo según cada tipo específico de cefalea, no se hará suspensión brusca si hay sobreconsumo de barbitúricos y/o opiáceos.
- Determinar si existen signo o síntomas de abstinencia que pudieran complicar el manejo del paciente, y para lo cual requiera tratamiento específico.

### Cluster headache o cefalea histamínica crónica

#### *Conducta*

- Prevenir la recurrencia con:
- Tratamiento transitorio:
  - curso de prednisona por 7-14 días Se puede iniciar con 60 mg diario por tres días, y disminuir paulatinamente 10 mg cada 3 días) .
  - Asociado a Ergotamina 0.1 -0.2 mg por vía oral o dihidroergotamina 0.5-1 mg SC o IM

#### *Tratamiento de mantenimiento*

- **Carbonato de Litio:** 150-300 mg diarios divididos en tres dosis, nunca asociar con antiinflamatorio no esteroideos, ni suspender bruscamente, se debe vigilar niveles de litemia y función renal.
- **Verapamilo** (250 mg dividido en 2 ó 3 dosis). Debe ser considerado ECG si es necesario elevar dosis, ya que este medicamento puede provocar bloqueo cardiaco,
- **Topiramato;** 100 – 500 mg, diarios
- **Gabapentina:** 600 –1200 mg diarios

- En casos refractarios se puede considerar la asociación de: verapamilo, carbonato de litio y ergotamina.
- Si no respuesta la principal intervención quirúrgica para estos pacientes es la rizolisis por radiofrecuencia retrogasseriana.
- Otra opción: Radiocirugía con gammaknife

## **Migraña crónica o migraña transformada**

### **Tratamiento farmacológico**

- Administrar antiinflamatorios no esteroideos a dosis baja: via oral
  - ⊕ **Naproxeno sodico:** 250 mg -500 mg.
  - ⊕ **Ibuprofeno:** 200 mg
  - ⊕ **Ketorolac:** 60 mg vía IM o 30 mg via oral

*Pueden ser utilizados otros antiinflamatorios*

- Asociados a antidepresivos tricíclicos: Iniciar con dosis de 12.5 mg diarios y elevar gradualmente hasta dosis de 25-50 mg.
- Puede ser utilizado agonista serotoninicos como la fluoxetina
- De no poder consumir estos considerar, tratamiento con Valproato de sodio o Topiramato. El valproato de sodio es recomendado cuando hay coexistencia de migraña, epilepsia o trastorno de ansiedad, así como síndrome maniaco depresivo)
- Propanolol o Verapamilo
- En casos refractarios utilizar la combinación de propanolol y amitriptilina.

### **Tratamiento no farmacológico**

- Técnicas de relajación
- Biofeedback para manejo del estrés, y ejercicios.

### **Hemicránea continua**

- **Indometacina** 100–200 mg/diario; si es necesario antiácidos para tolerancia gástrica.
- **Melatonina:** 6-12 mg al acostarse, puede ser alternativa si no respuesta al tratamiento con Indometacina.
- Si no hay respuesta: bloqueo del nervio suboccipital

### **Cefalea tensional crónica**

#### **Iniciar tratamiento con**

- **Amitriptilina** (igual régimen que para la migraña transformada).
- **Meprobamato;** 100 mg cada 8 ó 12 horas.

Combinado con: técnicas de relajación, biofeedback.

Se ha reportado el uso de **Toxina Botulínica** (Botox), con buenos resultados en algunos casos, siendo variable los reportes sobre las dosis empleadas, aunque se plantea que entre 25- 75 MU Botox pueden ser beneficiosas.

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

No hay considerado tratamiento específico, por lo cual considerar las mismas opciones de tratamiento que en la Migraña crónica.

### **Cefalea diaria por sobreconsumo de fármaco o cefalea de rebote**

Se debe realizar una valoración clínica exhaustiva del paciente, ya que los pacientes pueden presentar síntomas dados a la supresión de medicamentos como son:

- Exacerbación de la cefalea, asociada a:
  - ⊕ Náuseas
  - ⊕ Vómitos
  - ⊕ Agitación
  - ⊕ Trastornos del sueño
  - ⊕ En casos muy raro convulsiones

### **Conducta**

- Ingreso.
- Control del dolor con tratamiento parenteral.
- Supresión del sobreconsumo de fármaco, no debe hacerse de forma brusca si se trata de abuso de consumo de barbitúrico o benzodiazepina.
- Tratamiento de los signos de deshidratación, si lo presenta
- Establecer un tratamiento preventivo específico según tipo de afección y programa de destoxificación.
- Establecer si existe coexistencia de enfermedad psiquiátrica o médica
- Educación del paciente
- Establecer un tratamiento y orientación de control del dolor en consulta externa, al egreso.

### **Programa de destoxificación**

- Primero retirar el consumo de analgésico
- Tratamiento del dolor por vía parenteral.
- Evaluación y Apoyo psicológico, ya que puede empeorar la cefalea en la primera semana.
- Iniciar tratamiento preventivo:

- ⊕ Los más eficaces son: los antidepresivos tricíclicos, en dosis baja (25 mg) de inicio.

Ha sido utilizado en algunos casos para el manejo de estos pacientes con buenos resultados el **Protocolo de dihidroergotamina** (DHE)

- Iniciar con 10 mg de metoclopramida, en 50 mg de solución salina durante 30 minutos.
- Posteriormente adm. 0.5 mg de dihidroergotamina.

Si la tensión arterial permanece estable y:

- Mejoría del dolor: continuar con 0.25 mg de DHE cada 8 horas.
- Mejoría pero tiene náuseas o vómitos aumentar la dosis de metoclopramida a 20 mg y/o continuar con DHE a 0.25 mg
- Si no mejoría: aplicar otra dosis de DHE de 1 mg, y si el paciente se alivia continuar a 0.25 mg cada 8 horas.

Una vez controlada la crisis suspender la DHE a las 12 horas (no aplicar más de 3 dosis en 8 horas).

Otras alternativas de tratamiento son el uso de clorpromazina, prometazina solo o asociada a esteroides.

- Si no mejoría del dolor después de 72 horas de iniciado el tratamiento, solicitar valoración por grupo del dolor para aplicación de la infiltración del nervio occipital mayor lo cual puede ser la solución

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

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

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

### **Migraña y epilepsia**

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

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

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

- **Valproato de sodio:** 300- 500 mg diarios, *o*
- **Valproato de magnesio :** 190- 500 mg diarios

- **Topiramato:** 50-100 mg diarios
- **Gabapentina:** 600 – 1200 mg diarios.

## EVALUACION Y CONTROL

Indicadores de estructura		Plan %	Bueno	Regular	Mal
Recursos humanos	% personal calificado disponible para la aplicación del PA	>95	>95	85- 95	< 85
Recursos materiales	% disponibilidad estudios necesarios en laboratorios según PA	≥ 90	≥ 90	85- 90	< 85
	% disponibilidad equipos médicos para la aplicación del PA	≥90	≥90	80-90	< 80
	% disponibilidad medicamentos necesarios para aplicar el PA	>90	>90	80-90	< 80
Recursos organizativos	% disponibilidad de la Planilla de Recolección Datos/paciente	100	100	-	<100
	% disponibilidad Base de Datos para procesar la información	100	100	-	<100
Indicadores de procesos		Plan %	Bueno	Regular	Mal
% pacientes con causa de cefalea identificada antes de 1ra semana ingreso		95-100	> 95	85- 95	< 85
% pacientes con evaluación concluida a la 2ª. Semana de ingreso		95-100	> 95	85- 95	< 85
% pacientes interconsultados por Psicología antes del 7º día de ingresado		95-100	> 95	85- 95	< 85
% pacientes con instauración del tratamiento específico o corrección antes 72 h ingreso		≥90	≥90	80- 90	< 80
Indicadores de resultados		Plan %	Bueno	Regular	Mal
% de resultado exitoso según diagnóstico y tratamiento aplicado		95	95	85-94	<85
% pacientes diagnosticados como estatus migrañoso/pacientes curados o mejorados.		95	95	85-94	<85
% pacientes con cefalea de rebote/paciente curados o mejorado		95	95	85-94	<85
% pacientes con cefalea autonómica/tratado pacientes curados o mejorados		95	95	85-94	<85
% pacientes con migraña transformada/ pacientes curados o mejorados		95	95	85-94	<85
% paciente con cefalea por HEB/ pacientes mejorados o curados		95	95	85-94	<85
% pacientes con cefalea de causa secundaria/ paciente curado o tratado.		95	95	85-94	<85

## Información a pacientes y familiares

A todo paciente o familiar se le informará sobre el tratamiento a realizar y los cuidados que debe tener antes y después del tratamiento. En los casos de los pacientes que llevan tratamiento se le hará el consentimiento informado por escrito, el cual se adjuntará a la historia clínica del paciente.

## **Bibliografía**

1. Silberstein SD, Rosenberg J. Multispecialty consensus on diagnosis and treatment of headache. *Neurology* 2000; 54: 1553.
2. Campbell JK, Penzien D, Wall EM. Evidence-based guidelines for migraine headache: behavioral and physical treatments. *Neurology* [serial online]. Available at: <http://www.neurology.org>. Accessed April 25, 2000.
3. Ramadan NM, Silberstein SD, Freitag FG, Gilbert TT, Frishberg BM. Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine. *Neurology* [serial online]. Available at: <http://www.neurology.org>. Accessed April 25, 2000.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgia, and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8 (suppl 7): 1–96.
5. Silberstein, S., Mathew, N., Saper, J. and Jenkins, S., 2000. Botulinum toxin type A as a migraine preventive treatment. For the BOTOX Migraine Clinical Research Group. *Headache* 40 6, pp. 445–450.
7. McCrory DC, Matchar DB, Rosenberg JH, Silberstein SD. Evidence-based guidelines for migraine headache: overview of program description and methodology. *Neurology* [serial online]. Available at: <http://www.neurology.org>. Accessed April 25, 2000.
8. Matchar DB, Young WB, Rosenberg JA, et al. Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management of acute attacks. Available from the American Academy of Neurology [online]. Available at: <http://www.aan.com>. Accessed April 25, 2000.
9. Campbell JK, Penzien D, Wall EM. Evidence-based guidelines for migraine headache: behavioral and physical treatments. *Neurology* [serial online]. Available at: <http://www.neurology.org>. Accessed April 25, 2000.
10. Ramadan NM, Silberstein SD, Freitag FG, Gilbert TT, Frishberg BM. Evidence-based guidelines for migraine headache in the Bahra A, Matharu MS, Buchel et al. Brainstem activation specific to migraine headache. *Lancet* 2001;357:1016
11. Barbanti P, Fabbri G, Pesare M, Vanacore N, Cerbo R. Unilateral cranial autonomic symptoms in migraine. *Cephalalgia* 2002;22(4):256-9.
12. Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, et al. Headache and major depression. Is the association specific to migraine? *Neurology* 2000;54:308-13.

13. Cady RK, Schreiber CP. Sinus headache or migraine? Consideration in making a differential diagnosis. *Neurology* 2002;58(9 Suppl 6):S10-4.
14. Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB, et al. Oral triptans (serotonin 5HT1b/d agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials. *Lancet* 2001;358:1668-75.

## ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE LA CEFALEA CRÓNICA

