

Título: CEFALEAS DE DIFÍCIL CONTROL

Autores:

Dra. Irma Regla Olivera Leal,
Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral, Especialista de 2º Grado en Neurología, Máster en enfermedades infecciosas, Profesora Auxiliar.

Dr. Luís Enrique González Espinosa,
Especialista de 2º Grado en Neurología, Máster en enfermedades infecciosas, Profesor Auxiliar.

Dra. Dania Ruíz García,
Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral, Especialista de 2º Grado en Neurología, Profesora Auxiliar.

Servicio de Neurología
Email: neuro@hha.sld.cu

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.

Nuestro centro ha brindado atención especializada a esta afección durante más de 20 años, resultando complejo en ocasiones el tratamiento de estos pacientes, ya que en algunos casos existe una pobre o nula respuesta a diversos tratamientos, ya sea por factores psicológicos, coexistencia de otras patologías u otros factores que pueden limitar las posibilidades de opciones terapéuticas. Se ha realizado valoración interdisciplinaria a los pacientes con esta afección, a través de la atención ambulatoria u hospitalaria, por Neurología, Neuroftalmología, Psicología, y/o Neurocirugía cuando ha sido necesario.

En nuestro país existen condiciones para que el médico en la atención primaria se ocupe de un gran número de los pacientes afectados por cefalea primaria, pero se imponen motivos justificados para derivar a algunos de estos pacientes que presenten alguna problemática, que provoque un difícil control de su cefalea, a unidades altamente especializada, con personal de experiencia en la atención de estos casos, con medios de estudios y otras opciones de tratamientos, aspectos en los cuales tenemos experiencia de trabajo en esta institución.

Objetivos

- Determinar las principales causas de las cefaleas de difícil control.
- Disminuir la recurrencia, la intensidad y frecuencia de la cefalea.
- Disminuir el consumo de fármacos para el control de las crisis, así como la recurrencias a centros de atención de urgencias por esta afección.

Desarrollo

Concepto

Se considerará que un paciente presenta **cefalea de difícil control**, cuando presente:

- Cefalea aguda, progresiva o cambiante, persistente sin respuesta a tratamiento y/o no se ha logrado identificar la causa.

- **Migraña complicada:** estado migrañoso, aura persistente sin infarto e infarto migrañoso, crisis epiléptica desencadenada por aura migrañosa Cefalea primaria cuyos tratamientos preventivos o sintomáticos han sido inefectivos o causan efectos adversos importantes y/o coexiste con otras enfermedades, existiendo dificultades en el manejo terapéutico.
- Cefalea asociada a abuso de la medicación sintomática y no se consigue detener el sobre consumo del fármaco.
- Cefaleas de aparición tardía y persistente, la cual no se ha logrado identificar la causa.

CEFALEAS PRIMARIAS DE DIFÍCIL CONTROL

- **Migraña refractaria.**

Pacientes con diagnóstico de migraña crónica, que han recibido tratamiento preventivo por lo menos con 2 de algunos de los fármacos preventivos: Amitriptilina, propranolol, neuromoduladores, flunarizina solos o en combinación para este tipo de cefalea, tolerado y que no tuvieron mejoría clínica, respecto a la frecuencia e intensidad del dolor, al concluir 3 meses de tratamiento.

- **Migraña hemipléjica familiar o con aura persistente,** en las cuales no se logra control de las crisis.

- **Otras cefaleas primarias no migrañosa refractarias**
 - Tensional
 - Cefaleas autonómicas trigeminales: Agrupada, SUNCT, SUMA
 - Hemicránea Paroxística

b) En todos los casos debe ser descartado causas secundarias.

Diagnóstico y manejo

En cada caso lo primero es evaluar si se trata de una cefalea primaria o secundaria; para ello debemos considerar los siguientes aspectos:

- **Anamnesis:** es preciso detallar todos los aspectos relacionados con:

- ☐ Tiempo evolución
- ☐ Forma de presentación
- ☐ Sintoma(s) asociado(s)
- ☐ Localización
- ☐ Frecuencia
- ☐ Duración
- ☐ Factores desencadenantes
- ☐ Factores que alivian el dolor

- **Examen físico general y neurológico.**

Complementarios

- Estudios de imagen: TC o RMN: indicados cuando estén presente los siguientes signos de alarma:

Cefalea de comienzo reciente en personas de más de 50 años.

- ☐ Falta de respuesta a los tratamientos habituales o aumento de la frecuencia sin motivo aparente.
- ☐ Signos de disfunción neurológica y/o papiledema
- ☐ Cefalea de carácter gravativo que empeora con maniobras de Valsalva o los esfuerzos.

- Punción lumbar

- ☐ En caso de posible sepsis del SNC o hemorragia subaracnoidea sospechada aun con TC negativa.

- Otros estudios según resultados de la exploración física: hemograma, eritrosedimentación, doppler carotídeo y/o arteria temporal, entre otros.

Conclusiones

- Si el resultado de la exploración clínica y los complementarios demuestra que se trata de una **cefalea secundaria**, el tratamiento está basado en la etiología específica y/o estado del paciente al momento de la evaluación.
- En caso de corroborar una **cefalea primaria** se determinarán los factores que pueden estar condicionando el empeoramiento de la enfermedad, las cuales pueden estar determinados por:

- ☐ Condiciones médicas concomitantes: enfermedad vascular, renal o hepática, asma, fibromialgia, embarazo u otras.
- ☐ Enfermedad psiquiátrica coexistente: depresión, ansiedad, alcoholismo.
- ☐ Coexistencia de dependencia de analgésico

Una vez identificado estos factores, se determinará tratamiento a seguir. La experiencia de trabajo y los datos aportados por la revisión de la literatura han demostrado la necesidad de una atención interdisciplinaria en estos casos, que incluyen:

- **Neurólogo:** evaluará y determinará tratamiento, a solicitud del interconsultante si lo requiere y seguimiento del paciente.
- **Psicólogos:** evaluar y determinar la afectación psicológica y tratamiento.
- **Clínica del dolor:** para aplicación de acupuntura, tratamiento alternativos o invasivos (bloqueo,)
- **Neurocirujanos:** aplicación de métodos quirúrgicos; por ejemplo termo coagulación de ganglio de Gasser.
- **Personal de enfermería:** para aplicar el tratamiento orientado y monitorización del paciente.

Requieren evaluación urgente los pacientes con cefalea de difícil control que presenten algunas de estas condiciones:

- Primer episodio de dolor persistente, súbito y muy severo.
- Primer episodio de aura intensa, prolongada.
- Si hay signos neurológicos que sugieren patología intracraneal.
- Si se trata de un estatus migrañoso.
- Cefalea con papiledema y/o asociada a convulsiones o síncope.

Se considerará el ingreso hospitalario cuando presenten:

- Infarto migrañoso.
- Estatus migrañoso.
- En pacientes con cefalea primaria asociada a sobre consumo de analgésicos severa, que no se logra su desintoxicación en la consulta ambulatoria, o presenta afectación seria de sus funciones tras la supresión de los fármacos.
- Cuando la cefalea ocurre en presencia de una enfermedad sistémica seria, pero el tratamiento apropiado de la cefalea agrava o induce a la misma.
 - Migraña con aura persistente, en la cual no se logra control de las crisis de manera ambulatoria.
 - Cefalea de difícil control, con signos neurológicos focales y/o lesiones intracraneal detectadas en estudios de imágenes o que no respondan a los tratamientos habituales.

Protocolo para el manejo terapéutico

Cefaleas Primarias de difícil control

☐ **Migraña con aura persistente**

- Síntomas de aura que se prolongan durante una semana o más sin evidencia de infarto en las pruebas de neuroimagen.
- Las auras persistentes son raras pero están bien documentadas. Con frecuencia son bilaterales y pueden durar meses o años. El límite de una semana ha sido basado en opinión de expertos

El tratamiento de esta afección incluye.

☐ **Furosemida** (amp. 20 mg): la administración EV puede inhibir la generación y duración de la actividad de depresión cortical propagada en modelos experimentales; se ha demostrado que ocurren cambios dados por la acumulación de potasio extracelular y redistribución de iones sodio y cloro en el compartimiento intracelular, considerándose que la furosemida contribuye a evitar estos cambios.

☐ **Acetazolamida** (Tab. 250 mg): por vía oral 500-750 mg/día.

☐ **Proclorperazina** por vía EV + sulfato de magnesio.

Hay hipótesis de que posiblemente la migraña está determinada por una hipersensibilidad de los receptores de dopamina y a deficiencia de magnesio. El rol de este último está determinado por los estudios de laboratorio que demuestran que la

depresión propagada está inducida por glutamato y potasio. Es conocida que bajos niveles de magnesio pueden incrementar la sensibilidad de los receptores NMDA, llevando el glutamato a inducción de la depresión propagada.

Esquema propuesto, en este Centro en pacientes con migraña con aura persistente en crisis:

☐ Administración de hidratación EV por 4 horas con suero fisiológico 500 mL y Proclorperazina (10 mg) o prometacina (25 mg) o gravinol (50 mg).

Si no alivio: administrar sulfato de magnesio 1 g Endovenoso (EV).

Si con la administración de lo anterior no hay respuesta:

☐ Considerar el ingreso hospitalario para tratamiento; se realizará:

- ☐ Evaluación neurológica cada 6 horas y de los signos vitales.
- ☐ Mantener hidratación con solución salina por 12- 24 horas.
- ☐ Administrar Proclorperazina (o prometacina) + sulfato magnesio (igual dosis a lo anterior expuesto)
- ☐ Furosemida por vía EV, 20 mg cada 12 horas.

Una vez controlado el paciente, se indicará tratamiento preventivo para evitar la

recurrencia con medicamentos de primera líneas considerados según nivel de evidencia y posibilidad de aplicarlo y según antecedentes clínicos del paciente. Los cuales incluyen:

- Betabloqueadores (propranolol): 40-160 mg/d
- Valproato de sodio: 500-100mg/d
- Gabapentina: 300-1200 mg/d
- Aspirina: 81 mg
- Lamotrigina. Dosis promedio 150 mg.

En todos los casos iniciar con dosis baja con aumento escalonado, según tolerancia al medicamento y respuesta terapéutica.

Estatus migrañoso

Aparece en un pacientes con migraña con o sin aura, de manera similar a las crisis previas, salvo por su duración e intensidad., que se prolonga durante más de 72 horas y/o el dolor o los síntomas asociados son debilitantes.

Guía para el manejo de estos pacientes

- Ingreso hospitalario.
- Evaluar equilibrio hidromineral.
- Evaluación de los signos vitales cada 8 horas.
- Hidratación parenteral y restitución de electrolito según necesidades.

Tratamiento específico:

TRIPTANES	Dosis	Dosis/max/día
Sumatriptan		
Tabs 25,50,100	100 mg	200 mg
Nasal 5,20 mg	20 mg	40 mg
SC 6 mg	6 mg	12 mg
Suma + Naproxen		
Tabs 85mg	1 tab	2 tabs
+500mg		
Zolmitriptan		
Tabs 2.5,5 mg	5 mg	10 mg
ZMT 2.5,5 mg	5 mg	10 mg
NS 5 mg	5mg	10 mg
Naratriptan		
Tabs 1,2.5 mg	2.5 mg	5 mg
Rizatriptan		
Tabs 5,10 mg	10 mg	30 mg
MLT 5,10 mg	10 mg	30 mg
Almotriptan		
Tabs 6.25,12.5 mg	12.5 mg	25 mg
Frovatriptan		
Tab 2.5 mg	2.5 mg	7.5 mg
Eletriptan		
20, 40 mg	40 mg	80 mg

Contraindicaciones para el tratamiento con sumatriptan

- Angina de Prinzmetal, enfermedad cerebro vascular, 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 triptanes o ergóticos
- Migraña basilar o hemipléjica

☐ **Dihidroergotamina**, IM o Subcutánea (SC): 1 mg, puede ser repetida a la hora si la cefalea persiste y por dos dosis más de 0,5 mg, separadas por 30 minutos una dosis de otra.

☐ Cualquiera de estas dos opciones asociada a:

☐ **Metoclopramida** (10 mg EV) o clorpromacina (25-50 mg EV).

☐ Esteroide: por 3 -5 días: **betametasona** 4 mg EV cada 8 horas o

Metilprednisolona 500 mg /diarios

Si hay contraindicaciones para el tratamiento específico, se debe administrar:

• Antieméticos: por vía parenteral (estas opciones a igual dosis mencionada):

☐ Metoclopramida, clorpromacina, prometacina asociada a una de las siguientes opciones:

• **Ketorolac**: 60 mg intramuscular (IM); debe ser evitado en pacientes con enfermedad gastrointestinal o renal.

• **Valproato de sodio**: por vía EV, 500 mg cada 8 horas

Los **opiáceos** se utilizarán por no más de dos días a la semana y solo cuando:

• Han fallado o estén contraindicadas las opciones anteriores para el tratamiento de estado migrañoso.

- Embarazo.
- En pacientes que no tienen antecedentes de abuso de opiáceos.

Opciones:

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

Sí aun con estas medidas no se logra el control de las crisis a las 72 h de tratamiento se recomiendan las siguientes opciones, en este orden

- **Difenhidramina**: por vía EV, cada 8 horas, asociando la administración de magnesio 1 g por vía EV.
- **Propofol 1 %: (amp 20 ml)** 110 mg por vía EV.
 - Bloqueo del nervio occipital mayor.

Una vez logrado el control de la crisis debemos indicar tratamiento preventivo de la cefalea, para evitar la recurrencia, considerar los siguientes principios:

- Iniciar tratamiento con medicamentos de elevada eficacia según nivel de evidencia, comenzando con los de primera línea (propranolol, valproato de sodio, topiramato); en caso de estar contraindicados pueden emplearse medicamentos de segunda línea para la prevención: (fluoxetina, anticálcicos, gabapentina)

- Iniciar con baja dosis e incremento escalonado.
- Evitar interferencia en el tratamiento (sobre consumo de fármacos).
- Considerar la coexistencia de enfermedades para la selección del tratamiento a utilizar.

Después de obtener un control de la enfermedad, realizar remisión posterior a la atención primaria.

Infarto migrañoso.

Uno o más aura síntomas de aura migrañosas asociados a una lesión isquémica cerebral en un territorio congruente, demostrado por pruebas de neuroimagen.

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

No deben ser administrados: ergotaminas, triptanes y serotoninérgicos pues pueden empeorar o iniciar un vasoespasma en pacientes con infarto migrañoso

Cefaleas diarias crónica, asociada a sobreconsumo de analgésicos

Cefalea que aparece 15 o más días al mes como consecuencia del abuso habitual de medicación aguda o sintomática contra la cefalea (durante 10 o más o 15 o más días al mes, según el fármaco) en un período superior a tres meses. Suele, aunque no siempre, remitir al detener el abuso de medicación.

a) Identificar tipo de cefalea primaria presente

Se agrupan en dos grandes grupos:

Si tienen las crisis menos de 4 horas de duración, considerar

- ☐ Cefalea en racimo crónica
- ☐ Cefalea hipónica
- ☐ Hemicránea Paroxística crónica

Si más de 4 horas de duración las crisis

- ☐ Migraña crónica
- ☐ Hemicránea Continua
- ☐ Cefalea de reciente inicio persistente
- ☐ Cefalea tensional crónica

b) Identificar coexistencia de afectaciones médicas y/o psicológicas

c) Tratamiento una vez excluida las causas secundarias posibles

Si sobreconsumo de analgésico, detener todo tipo de medicación sintomática e iniciar tratamiento preventivo según cada tipo específico; no se hará suspensión brusca si hay sobreconsumo de barbitúricos y/u opiáceos.

- Se han propuesto diferentes alternativas entre las cuales están:
 - ☐ Suspensión total de la medicación
 - ☐ Suspensión gradual de analgésicos
 - ☐ Cualquiera de las dos variante debe ser seguida de establecimiento de medicación preventiva
- Iniciar tratamientos cronobiológicos:
 - ☐ Regular los hábitos de sueño
 - ☐ Ejercicios
 - ☐ Tratamiento psicofisiológicos para el manejo del stress.
 - ☐ Técnicas de relajación entre otras.
- Terapia física
 - ☐ Ultrasonido
 - ☐ Tracción
 - ☐ Inyección en los puntos dolorosos
 - ☐ Bloqueo del nervio occipital

Manejo terapéutico puede ser:

Ambulatorio:

Administración oral de:

- Esteroide vía oral por 7 a 10 días: Prednisona 40-50 mg /d, asociado a tratamiento preventivo, para evitar la recurrencia.
- Ansiolíticos y antieméticos, de ser necesario

Intrahospitalario:

Se debe administrar los medicamentos por vía endovenosa.

- Esteroides: metilprednisolona o betametasona.
- Antieméticos: metoclopramida, gravinol o proclorperacina.
- Si no existe sobre uso de ergotamina, se puede administrar dihidroergotamina intramuscular por 1 semana, 1 amp cada 12 horas
- Otras opciones: valproato de sodio 500 mg/cada 8 horas por dos días
- Iniciar tratamiento preventivo según nivel de evidencia y tipo de cefalea.
- Si sobre consumo de opiodes, administrar clonidina (0.1-0.2 mg/dia/1 sem) una a dos semanas

Migraña crónica

Cefalea que aparece durante 15 días o más al mes durante más de tres meses, y que, al menos durante 8 días al mes, presenta características de cefalea migrañosa.

Tratamiento en consulta externa

- **Antinflamatorios no esteroideos:** iniciar a dosis baja, vía oral:
 - ☐ Naproxeno: 250 mg diario, vía oral
 - ☐ Ibuprofeno: 200 mg. Diario, vía oral
 - ☐ Piroxican: 10 mg diario vía oral o rectal.
- **Esteroides:** prednisona 50-60 mg/día por 7 días, por vía oral y disminución de manera escalonada

Incorporar tratamiento preventivo para evitar la recurrencia con alguna de estas opciones:

De elección:

- **Topiramato:** 100 mg/diario
- **Toxina botulínica.** (OnabotulinumtoxinA) 155- 195 u cada 3 meses
- **Otras opciones:** gabapentina 600 -2400 mg/d, valproato de sodio 500 - 1000 mg/d, amitriptilina. 12 -75 mg/d, fluoxetina. 20 – 40 mg/d.

Otras opciones apoyadas en estudio de casos incluyen:

- **Ciproheptadina** 8 mg/d al acostarse
- Zonisamida iniciar con 25 mg y aumento progresivo hasta 100-150 mg/d.

Si no se logra control de las crisis a pesar del tratamiento y/o presenta el paciente signos severos por la supresión de fármacos, se seguirá la siguiente conducta:

Ingreso.

- ☐ Hidratación por 24 a 48 horas

Evaluación y revisión de los posibles factores que condicionan el mantenimiento y empeoramiento de la cefalea.

- Ofrecer apoyo psicológico.

Administración de esteroide EV (dosis, revisar estatus migrañoso).

Si sobreconsumo de analgésico, establecer el manejo para la supresión gradual del mismo (ver cefalea por sobreconsumo)

Sí síntomas gastrointestinales importantes (náuseas o vómitos) se administrará: metoclopramida, proclopramida o clorpromacina (Ver dosis en estatus).

Una vez logrado el control de las crisis, se mantendrá tratamiento preventivo según lo establecido para esta afección en consulta externa

Hemicránea continua.

- **Indometacina:** 100– 400 mg/diario; si es necesario se asociará antiácidos para tolerancia gástrica.

- **Melatonina** 6-12 mg al acostarse; puede ser una alternativa si no respuesta a la indometacina.

Otras opciones si no respuesta a lo anterior.

En la crisis:

- Dihidroergotamina.
- Acetamenofen con cafeína.

Preventivo: **amotrigina** (25-200 mg/d), **gabapentina** (1200 mg/d), **topiramato** (100-200 mg/d)

- Si no hay respuesta a tratamiento específico, realizar bloqueo del nervio suboccipital

Cefalea tensional crónica

Tratamiento de la crisis:

- **antiinflamatorios no esteroideos o analgésicos simples**

Incorporar tratamiento preventivo con:

- **Amitriptilina** (igual dosis que para la migraña crónica)
- **Meprobamato**; 100 mg cada 8 ó 12 horas.
- Además aplicar técnicas de relajación, biofeedback u otras opciones terapéuticas según resultado de la evaluación psicológica.

Cefalea diaria de reciente inicio

No hay considerado tratamiento específico, por lo cual considerar las mismas opciones de tratamiento que en la Migraña crónica. Si en algunos de estas dos afecciones, existiera sobre consumo de fármacos y no se logrará la desintoxicación del paciente de manera ambulatoria o tuviera síntomas importantes de abstinencia

debe ser considerado el ingreso intrahospitalario, y las mismas normas establecidas para la migraña crónica.

Cefalea en racimo.

Crisis:

- Oxígeno 6-12 L/min.
- Triptanos (ver tratamiento de la migraña)
- Ergotamina (ver tratamiento de la migraña)
- Otras opciones : Lidocaína intranasal

Transicional: -Esteroides: oral o endovenoso (ver tratamiento para la migraña)

Tratamiento preventivo de las crisis, según el orden:

- Verapamilo (40 a 250 mg dividido en 2 ó 3 dosis). Debe ser realizado ECG si necesidad de elevar dosis, el medicamento puede provocar bloqueo cardiaco.
 - Topiramato (100 – 400 mg, diarios)
 - . Carbonato de litio: 600-900 mg/día. Se debe monitorizar nivel de litemia.
 - Gabapentina (600 –1200 mg) diarios.
 - . Melatonina. 2-10 mg antes de acostarse.
-
- Si no hay respuesta o sí presenta signos importantes por sobreconsumo de fármacos, considerar ingreso, puede ser utilizado en s casos refractarios.

- ☐ Inyección de nervio occipital ipsilateral al sitio del dolor con esteroide y lidocaína.
- ☐ Bloqueo de nervio ganglio esfenopalatino con lidocaina.

Si aun con estos procedimientos no hay mejoría, evaluar tratamiento quirúrgico:

- Termo coagulación con radiofrecuencia de ganglio trigeminal

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, y esta sea muy intensa se indicará tratamiento con opiáceos asociado a metoclopramida.

Puede ser utilizada el propranolol como preventivo.

Crisis epiléptica desencadenada por aura migrañosa

Crisis epiléptica desencadenada por una crisis de migraña con aura.

Criterios diagnósticos

A. Una crisis que cumple los criterios diagnósticos para un tipo de crisis epiléptica, así como al criterio B.

B. Ocurre en un paciente con 1.2 Migraña con aura de manera simultánea o en la hora posterior a una crisis de migraña con aura

C. Sin mejor explicación por otro diagnóstico.

Respecto a 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. Sugerimos los siguientes, para el tratamiento de esta asociación:

- **Valproato de sodio:** 500 – 2000 mg/d
- **Valproato de magnesio:** 200- 2000 mg/d
- **Topiramato:** 50-100 mg diarios
- **Gabapentina:** 600 – 2400 mg diarios.

<u>Indicadores de estructura</u>		Estándar
Recursos humanos	% del personal entrenado en el tema para aplicar el PA	>95%
	% de aseguramiento de los equipos médicos, según PA	>80%
Recursos materiales	% de disponibilidad de medicamentos expuestos en el PA	>85%
	% de recursos para la aplicación de investigaciones	>85%
Recursos organizativos	% de planillas para la recogida de datos del PA	100%
	% de planillas introducidas en la base de datos	100%

<u>Indicadores de procesos</u>	Estándar
% de pacientes con cefalea de difícil control valorados en consulta externa especializada	$\geq 85\%$
% de pacientes con cefalea de difícil control con identificación de comorbilidad asociada	$\geq 80\%$
% de pacientes con cefalea de difícil control que recibirán terapia psicológica requerida	>80%

<u>Indicadores de resultados</u>	Estándar
% de pacientes mejorados o curados con cefalea de sobreconsumo	>80%
% de pacientes mejorados o curados con cefalea autosómica	>85%
% de pacientes mejorados o curados con estatus migrañoso	<85%
% de pacientes mejorados o curados con cefalea crónica	$\geq 80\%$

Bibliografía

Aaseth K, Grande RB, Šaltytė Bent J, Lundqvist C, Russell MB. (2011). 3-years-follow-up of secondary chronic headaches. The Akershus study of chronic headache. Eur J Pain, 15: 186- 92.

Carod-Artal FJ, Irimia P, Ezpeleta D. (2012). Migraña crónica: definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento. Rev Neurol, 54, 629-37

Cittadini E, Goadsby PJ. (2010) Hemicrania Continua: A clinical study of 39 patients with diagnostic implications. Brain, 133:1973-1986.

Classification Committee of the International Headache Society. (2013) Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain, 3^o ed. Cephalalgia; 33:629-808.

Davies PT, Panayiotopoulos CP. (2011). Migraine triggered seizures and epilepsy triggered headache and migraine attacks: a need for re-assessment. J Headache Pain, 12:287-288.

Diener HC, Dodick DW, Goadsby PJ, Lipton RB, Olesen J, Silberstein SD. (2012). Chronic migraine – classification, characteristics and treatment. Nat Rev Neurol, 8:162-171.

Friction J, Velly A, Ouyang W, Look JO. (2009). Does exercise therapy improve headache? A systematic review with meta-analysis. Curr Pain Headache Rep, 13(6):413-9.

Hagen K, Linde M, Steiner TJ, Stovner LJ, Zwart J. (2011). Risk factors for medication overuse headache: An 11 year follow up. The Nord-Trøndelag Health Studies. Pain, 153:56–61.

Halker RB, Hastriter EV, Dodick DW. (2011) Chronic daily headache: an evidence-based and systematic approach to a challenging problem. Neurology; 76:S37-43.

Jensen R, Zeeberg P, Dehlendorff C, Olesen J. (2010) Predictors of outcome of the treatment programme in a multidisciplinary headache centre. *Cephalalgia*, 30: 1214- 1224.

Mulleners WM, McCrory DC, Linde M. (2014). Antiepileptics in migraine prophylaxis: An updated Cochrane review. *Cephalalgia*.

Munksgaard SB, Bendtsen L, Jensen RH. (2012) Detoxification of medication-overuse headache by a multidisciplinary treatment programme is highly effective: a comparison of two consecutive treatment methods in an open-label design. *Cephalalgia*; 32:834-844.

Okuma et al. Kazuyuki Iijima, Takashi Yasuda, Kentaro Tokuoka and Yasuhisa Kitagawa (2013). Preventive effect of cyproheptadine hydrochloride in refractory patients with frequent migraine . *SpringerPlus* , 2:573, 2-4.

Sánchez del Río-González M. (2012). Migraña crónica: fisiopatología. *Rev Neurol*, 54 (Supl 2): 13-9.

Soleimanpour et al. (2012). Improvement of refractory migraine headache by propofol: case series. *International Journal of Emergency Medicine* 5:19: 2-4.

Vicente-Herrero M.T., Ramírez Iñiguez de la Torre M. V., Capdevila García L.M., López-González Á.A. y Terradillos García M.J. (2013). Migraña crónica y trabajo. *Riesgos laborales y aspectos preventivos Semergen*, 39(6):316-324.

Wolf ME, Szabo K, Griebel M, Förster A, Gass A, Hennerici MG, Kern R. (2011) Clinical and MRI characteristics of acute migrainous infarction. *Neurology*, 76:1911-1917.

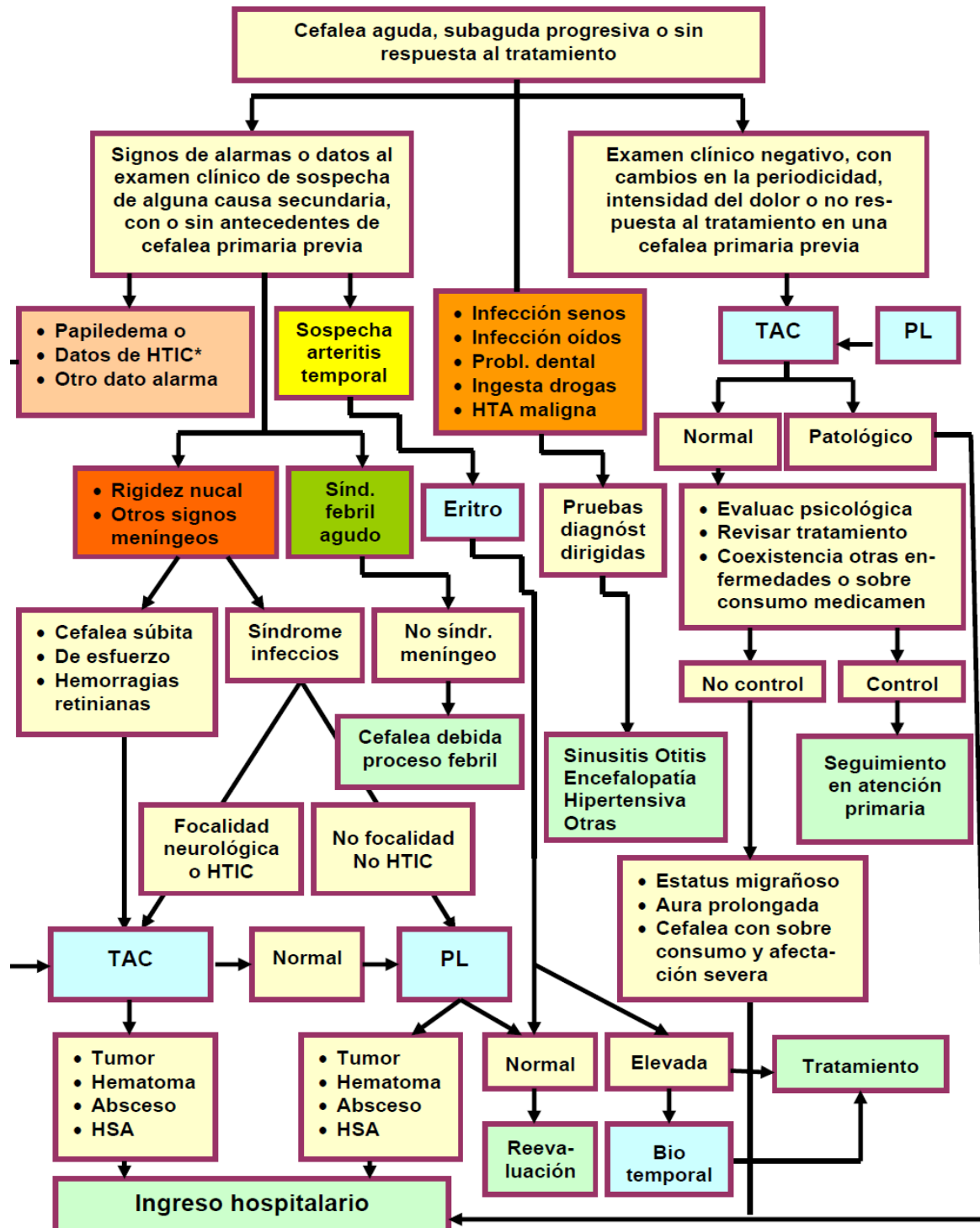
ANEXO 1

Planilla de recolección de datos del paciente con cefalea

No:		Fecha	
Nombre paciente	1er Apellido	2do Apellido	
Edad	Sexo	Raza	
Dirección:		Barrio	
Ocupación	☐ Consulta Externa ☐ Ingreso		
Antecedentes Patológicos Personales			
☐ Hipertensión arterial	☐ Diabetes mellitus		
☐ Cardiopatía isquémica	☐ Asma bronquial		
☐ Epilepsia	☐ Hipotiroidismo		
☐ Hipertiroidismo	☐ Infarto cerebral		
☐ Embarazo actualmente	☐ Otras patologías		
Examen Físico			
☐ General ☐ Normal ☐ Patológico Describir tipo de alteración:			
☐ Cardiovascular			
☐ Respiratorio			
☐ Digestivo			
☐ Genitourinario			
☐ Hemolinfopoyético			
☐ Endocrino:			
Neurológico			
☐ Normal ☐ Patológico Describir tipo de alteración:			
☐ Pares craneales:			
☐ motora:			
☐ Sensitiva:			
☐ Reflejos:			
☐ Coordinación			
☐ Fondo de Ojo:			
Evaluación Psicológica			
☐ Depresión: ☐ No ☐ Sí Nivel:			
☐ Ansiedad : ☐ No ☐ Sí Nivel:			
☐ Otros diagnósticos:			
Complementarios			
☐ TC de cráneo		☐ RMN de cráneo	
☐ EEG		☐ Doppler carotídeo	
☐ Doppler arteria temporal		☐ Doppler Vértebrobasilar	

☐ Angiografía	☐ LCR	☐ Citoquímico	☐ Bacteriológico	☐ T. China	☐ Serología
Comentar si es patológico.					
Diagnóstico definitivo					
<i>Recolección de datos del paciente con cefalea. al inicio de su 1ra. evaluación</i>					
Desde cuando padece de dolor de cabeza			Frecuencia de su dolor en el mes		
Duración de las crisis de dolor de cabeza			☐ 1-2 veces/mes ☐ 3-7 días al mes ☐ 8-14 días/mes ☐ > 15 días/mes ☐ Diaria. Desde cuando? _____		
☐ < 1 hora ☐ 2-4 horas ☐ 5-24 horas ☐ 2-3 días ☐ Más que 3 días					
Intensidad generalmente			Pérdidas de días laborables o de realizar las tareas en el hogar por el dolor:		
☐ Ligera ☐ Moderada ☐ Severa			☐ No ☐ Sí: veces/mes anterior aprox _____		
<i>Consumo medicamentos alivio crisis</i>			Disminuye aprovechamiento de la jornada laboral o a sus actividades en el hogar:		
(Considerar este acápite si existe sobre consumo de fármaco según Criterio de Clasificación de Cefalea)			☐ NO ☐ Si: veces/mes anterior aprox _____		
☐ Ergotamina ☐ Cuántas tabletas _____ ☐ Número de veces en la semana _____			Para aliviar su dolor el mes anterior fue al		
☐ Dihidroergotaminas ☐ Cuantas ampulas ☐ Número de veces en la semana _____			☐ Cuerpo de guardia ☐ Sí ☐ No ☐ Cuantas veces _____		
☐ Dipirona ☐ Cuantas tabletas _____ ☐ Número de veces _____			☐ Tuvo control de la crisis ☐ Sí ☐ NO <i>(Todos los pacientes recibirán un modelo de cronología de la cefalea anexo 2, para evaluar durante su seguimiento, frecuencia e intensidad de dolor)</i>		
☐ Aspirina ☐ Cuantas tabletas _____ ☐ Número de veces _____			Los pacientes serán evaluados con la siguiente frecuencia		
☐ Paracetamol (acetaminofen) ☐ Cuantas veces _____ ☐ Número de veces _____			☐ A los 15 días:		
☐ Espasmofoorte ☐ Cuantas veces _____ ☐ Número de veces _____			☐ Si no mejor reevaluar a 15 días posterior		
☐ Opiáceos ☐ Cuál ¿ _____ ☐ Cuántas veces ☐ Número de veces _____			☐ Sí mejoría después de la primera reevaluación o egresado mejorado se citará en consulta al mes.		
Otros medicamentos utilizados (Cuál y número veces que la ha requerido)			<i>(Si control de las crisis con tratamiento indicado remitir a su área de atención primaria)</i>		
Los medicamentos consumidos para el alivio del dolor			Control de estos pacientes a		
Será aportado por paciente en la consulta:			☐ 3 meses ☐ 6 meses ☐ 24 meses		
Se considerará sobre consumo o no, según las normas de Clasificación de la Cefalea.					
Todos estos datos del paciente serán registrados en una base de dato, a propósitos de los objetivos propuestos					
Los objetivos propuestos podrán ser medidos a través de la consulta de seguimiento, ya que el paciente tendrá un modelo de registro de la frecuencia e intensidad del dolor, así como la incidencia de las limitaciones que esta le produjo en su actividad laboral, en el hogar o centro de estudio, ya sea respecto a la productividad o ausencia					

DIAGNÓSTICO DE LAS CEFALÉAS AGUDAS O RECIENTES PROGRESIVAS



ANEXO 2

Criterios de clasificación de algunas de las cefaleas primarias (Según la Sociedad Internacional, 3ra edición)

Estado migrañoso

Crisis de migraña debilitante que se prolonga durante más de 72 horas. La cual puede ser continua o con al menos intervalos de menos de 4 horas. De severa intensidad y con igual características a las crisis anteriores de migraña excepto su duración

Migraña con aura persistente sin infarto

- Síntomas de aura que se prolongan durante una semana o más sin evidencia de infarto en las pruebas de neuroimagen.

Migraña hemipléjica familiar (FHM)

Migraña con aura que incluye debilidad motora.

Infarto migrañoso

Uno o más aura síntomas de aura migrañosas asociados a una lesión isquémica cerebral en un territorio congruente, demostrado por pruebas de neuroimagen

Migraña crónica

Cefalea que aparece durante 15 días o más al mes durante más de tres meses, y que, al menos durante 8 días al mes, presenta características de cefalea migrañosa.

Cefalea en racimos.

Ataques de dolor severo estrictamente unilaterales en región orbitaria, supraorbitaria, temporal, o en cualquier combinación de estos lugares, con una duración de 15-180 minutos, que se presentan con una frecuencia variable desde un ataque cada dos días hasta ocho ataques al día. El dolor está asociado a inyección conjuntival homolateral, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración frontal o facial, miosis, ptosis o edema palpebral, y/o a inquietud o agitación

Crónico: se presentan durante más de un año sin períodos de remisión o con períodos de remisión que duran menos de un mes.

Hemicránea paroxística

Ataques de dolor severo, estrictamente unilateral en región orbitaria, supraorbitaria, temporal, o en cualquier combinación de estos lugares, con una duración de 2-30 minutos, que se presentan entre varias y muchas veces día. Los ataques se asocian a inyección conjuntival homolateral, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración frontal o facial, miosis, ptosis y/o edema palpebral. Remiten completamente con indometacina.

Crónica: Ataques de hemicránea paroxística que se presentan durante más de un año sin períodos de remisión o con períodos de remisión que duran menos de un mes..

Cefalea por sobre consumo de medicamento

• Cefalea por sobre consumo de ergotamina

A. Cefalea de más de 15 días por mes con al menos una de las siguientes características y cumple los criterios comprendidos en C-D.

- ☐ Bilateral
- ☐ Calidad opresiva
- ☐ Intensidad moderada

B. Ergotamina se consume más de 10 días por mes durante más de 3 meses por mes.

C. Cefalea se desarrollo o empeoró marcadamente durante el sobre consumo de ergotamina.

D. La cefalea revierte o mejora a su estado previo después de 2 meses de discontinuar el consumo de ergotamina.

• Cefalea por sobre consumo de triptan

A. Cefalea presente más de 15 días por mes y cumple al menos una de las siguientes características y los criterios de C-D.

- ☐ Dolor predominantemente unilateral, cualidad pulsátil
- ☐ Intensidad moderada a severa, agravada por actividad rutinaria
- ☐ Asociada ≥ 1 de estos: nausea y/o vomito, fotofobia, fonofobia

B. Ingestión de triptan (cualquier formulación) en más de 10 días por mes regularmente por más de 3 meses.

C. Cefalea con frecuencia incrementa durante el sobre consumo de triptan

D. Cefalea revierte después de dos meses de discontinuar la ingestión de triptan, a su estado previo.

• Cefalea por sobre consumo de analgésico simple

A. Cefalea presente por mas de 15 días por mes al menos con uno de lo siguientes característica y cumple los criterios de C-D.

B. Bilateral

C. cualidad opresiva

D. Intensidad moderada

E. Ingestión de analgésico por > 15 días por mes por más de 3 meses.

F. Cefalea con frecuencia incrementa durante sobre consumo de analgésico

G. Cefalea revierte después de dos meses de discontinuar la ingestión de triptan, a su estado previo.

• Cefalea por sobre consumo de opiode

A. Cefalea presente > 15 días al mes y cumple los criterios de C-D.

B. Ingestión de opioide más de 10 día/mes por mas de 3 meses

C. Cefalea con frecuencia incrementa durante sobre consumo analgésico

D. Cefalea revierte después de 2 meses de suspender ingestión de opioide

