

	<b>Cefalea</b>	<b>Código</b>	TBU-02 v.00
		<b>Página</b>	1 de 7

## 1. Objetivo y Alcance

Establecer los lineamientos necesarios para que los Médicos que laboran en el servicio, puedan tomar decisiones adecuadas y manejos basados en las opciones terapéuticas existentes en la actualidad.

La población beneficiaria de este servicio son todas las personas vinculadas a la Universidad de Pamplona, estudiantes, docentes y administrativos.

## 2. Responsable

El funcionario responsable de la adecuada aplicación del presente protocolo son los Médicos pertenecientes al Proceso de Bienestar Universitario.

## 3. Definiciones

### 3.1 Cefalea:

Se denomina a toda sensación dolorosa localizada en la bóveda craneal, desde la región frontal hasta la occipital, aunque en numerosas ocasiones, también se aplica a dolores de localización cervical y facial; puede ocurrir de forma aislada, o formando parte de un cuadro agudo más complejo (migraña), o de un proceso subyacente (hemorragia subaracnoidea, tumor cerebral, meningitis, alteraciones metabólicas).

Las demás definiciones que aplican para el presente procedimiento se encuentran contempladas en la **Norma NTC ISO 9000:2005. Sistemas de Gestión de la Calidad Fundamentos y Vocabulario**.

## 4. Contenido

Nº DE ACTIVIDAD	ACTIVIDADES	TIEMPOS	RESPONSABLE	FORMATOS
1	ETIOLOGÍA			
1.1	En Colombia se ha encontrado una proporción de 3,5:1 siendo más frecuente en mujeres que en hombres.	Un minuto	Médico	FBU15 "Evolución" FBU16 "Historia Clínica"
2	CLASIFICACIÓN			
2.1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Migraña.</li> <li>- Cefalea de tensión o tipo tensión.</li> <li>- Cefalea en acúmulos (cluster) y otras cefalalgias autonómicas trigeminales.</li> </ul>	Tres minutos	Médico	FBU15 "Evolución" FBU16 "Historia Clínica"

Elaboró		Aprobó		Validó	
Firma Dr. Julio Salamanca Godoy		Firma German Granados Villamizar		Firma María Victoria Bautista Bochagá	
<b>Fecha</b>	20 septiembre 2013	<b>Fecha</b>	20 septiembre 2013	<b>Fecha</b>	26 septiembre 2013

	<b>Cefalea</b>	<b>Código</b>	TBU-02 v.00
		<b>Página</b>	2 de 7

	<ul style="list-style-type: none"> <li>(otras) Cefaleas Primarias.</li> <li>- Cefalea asociada a traumatismo craneal (cabeza y cuello).</li> <li>- Cefalea asociada a trastornos vasculares.</li> <li>- Cefalea asociada a trastorno intracraneal de origen no vascular.</li> <li>- Cefalea asociada a la ingesta de determinadas sustancias o a su supresión.</li> <li>- Cefalea asociada a infección no cefálica.</li> <li>- Cefalea asociada a trastornos metabólicos.</li> <li>- Cefalea asociada a alteraciones del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales.</li> <li>- Cefalea Atribuida a desordenes psiquiátricos.</li> <li>- Neuralgia Craneal y causas de dolor facial de origen central (SNC).</li> <li>- Cefalea No clasificada o no especificada.</li> <li>- Primarias (no alteración cerebral subyacente). Se caracterizan por ser recidivantes, de curso benigno y muy frecuente (90-95% de todas las cefaleas).</li> <li>- Migraña.</li> <li>- Cefalea de tensión.</li> <li>- Cefalea en racimos (cluster).</li> </ul>			
<b>3</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>			
<b>3.1</b>	<p>La anamnesis y la exploración física permitirán el diagnóstico correcto de la gran mayoría de los casos.</p> <p>Preguntar por: Edad de comienzo, Evolución (crónica o recurrente, aguda o reciente Progresiva); modo de instauración (súbito, gradual); Frecuencia; Duración; Intensidad; Horario (matutino, vespertino, hora fija, cambiante); Localización; Calidad o carácter del dolor (pulsátil, opresivo, punzadas, calambre); Factores agravantes y que alivien; Síntomas y signos asociados a la cefalea: fiebre, náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia, artralgias, obstrucción nasal, rinorrea, inyección conjuntival, lagrimeo, miosis, ptosis palpebral. Exploración física. Se debe realizar una exploración general y neurológica completas, siendo muy importantes los signos físicos en la valoración de una cefalea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fondo de ojo para descartar Papiledema, atrofia óptica, hemorragia retiniana.</li> <li>- Signos focales neurológicos.</li> <li>- Rigidez de nuca y/o signos meníngeos.</li> </ul>	Tres minutos	Médico	FBU15 "Evolución" FBU16 "Historia Clínica"

	<b>Cefalea</b>	<b>Código</b>	TBU-02 v.00
		<b>Página</b>	3 de 7

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Engrosamiento doloroso de la arteria temporal.</li> <li>- Lesión III par con afectación pupilar.</li> <li>- Zona gatillo.</li> <li>- Soplo craneal y/o carotídeo.</li> <li>- Epifora, rinorrea, Síndrome de Horner, puntos dolorosos faciales o craneales.</li> <li>- Articulación témporomandibular.</li> <li>- Exploración de senos paranasales y oído externo y medio.</li> <li>- Examen de la columna cervical: dolor, limitación movilidad.</li> <li>- Migraña sin aura.</li> <li>- Ataques de cefalea cuya duración varía entre 4 y 72 horas.</li> </ul> <p>La cefalea ha de tener al menos dos de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Localización unilateral.</li> <li>- Calidad pulsátil.</li> <li>- Intensidad moderada o grave (inhibe o impide las actividades diarias).</li> <li>- Se agrava al subir escaleras o con actividades físicas de rutinas similares.</li> <li>- Durante el ataque de cefalea ha de haber al menos uno de los siguientes síntomas:</li> <li>- Náuseas, vómitos o ambos.</li> <li>- Fotofobia y fonofobia.</li> </ul>			
<b>4</b>	<b>COMPLICACIONES</b>			
<b>4.1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cefalea intensa de inicio agudo.</li> <li>- Cambio reciente de una cefalea crónica, sin motivo aparente, en su frecuencia, intensidad, duración o localización.</li> <li>- Cefalea subaguda de frecuencia y/o intensidad creciente.</li> <li>- Unilateralidad estricta (excepto cefalea en racimos, hemicránea paroxística crónica, neuralgia occipital, neuralgia del trigémino y hemicránea continua).</li> <li>- Cefalea que empeora con el sueño, decúbito.</li> <li>- Falta de respuesta a los tratamientos habituales.</li> <li>- Cefalea asociada a signos de disfunción neurológica (alteraciones del comportamiento, alteración de estado de conciencia, focalización neurológica, crisis comiciales, papiledema, fiebre, rigidez de nuca y/o signos meníngeos positivos, alteración en reflejos).</li> <li>- Cefalea desencadenada exclusivamente por la tos o el esfuerzo, maniobras de Valsalva, actividad sexual.</li> <li>- Migraña con aura cuyo déficit neurológico focal no cambia en</li> </ul>	Tres minutos	Médico	FBU15 "Evolución"  FBU16 "Historia Clínica"

	<b>Cefalea</b>	<b>Código</b>	TBU-02 v.00
		<b>Página</b>	4 de 7

	lateralidad ni en sus - Manifestaciones clínicas durante diferentes episodios. - Cefalea crónica diaria de inicio reciente.			
<b>5</b>	<b>PARACLÍNICOS</b>			
<b>5.1</b>	<p>Algunos exámenes como Cuadro Hemático para descartar procesos infecciosos o anemia, Coprológico (parasitismo), Glicemia (causas metabólicas), VSG en el caso de una arteritis de la temporal cuyo valor esperado esta elevado por encima de 40mm/h.</p> <p>Punción lumbar ante sospecha de meningitis sin que existan signos de hipertensión endocraneana.</p> <p>Ante un examen neurológico normal y si la historia clínica sugiere una cefalea de origen primario el uso del TAC y/o RMN no aporta ninguna información y no tiene justificación. (Nivel de evidencia I, recomendación grado A); esto tiene la misma validez para la Electroencefalografía (EEG).</p> <p>Si se trata de un dolor atípico en presentación y/o evolución y se encuentra déficit al examen neurológico debemos pensar en una valoración especializada, para la solicitud de estudios neuroimagenologicos (tipo TAC o RMN cerebral), Nivel de evidencia I, recomendación</p>	Tres minutos	Médico	FBU15 "Evolución"  FBU16 "Historia Clínica"
<b>6</b>	<b>TRATAMIENTO</b>			
<b>6.1</b>	<p>Migraña:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El tratamiento sintomático se basa en analgésicos simples, AINEs, antieméticos y Ergotamina en el caso de migraña con aura, se administrarán cuando haya pasado el aura, y están contraindicados en la migraña basilar, hemipléjica, retiniana y en la migraña con aura prolongada o complicada.</li> <li>- Fármacos habituales para el tratamiento. sintomático:</li> </ul> <p>Analgésicos / AINEs: Generalmente cada 8 horas.          Acido acetilsalicílico: dosis: 500-1000 mg. vo.          Naproxeno: dosis: 500-1000 mg. vo.          Ibuprofeno: dosis: 400-1200 mg. vo.          Diclofenaco sódico: dosis: 50-100 mg. vo o 75mg via IM.          Paracetamol: 500 mg vo.          Acido mefenamico: 500mg vo.          Antieméticos:</p>	Tres minutos	Médico	FBU19 "Recetario"

	<b>Cefalea</b>	<b>Código</b>	TBU-02 v.00
		<b>Página</b>	5 de 7

	<p>Metoclopramida: dosis: 10 mg. vo / parenteral.</p> <p>Ergóticos:</p> <p>Tartrato de ergotamina: 1-2 mg.</p> <p>Dihidroergotamina: 0,5-1 mg.</p> <p>- Agonistas selectivos de los receptores 5 HT:</p> <p>Triptanes.</p> <p>Sumatriptan: 50-100 mg vía oral.</p> <p>Cuando las medidas en el evento agudo no funcionan se puede utilizar:</p> <p>Metilprednisolona o prednisona 40-80 mg o bien dexametasona 4-20 mg Endovenosa.</p> <p>- El tratamiento preventivo se recomienda en función de la frecuencia, duración e intensidad de las crisis, así como en la respuesta al tratamiento en la fase aguda. Está indicado cuando:</p> <p>Tres o más crisis de migraña al mes.</p> <p>En los casos de migraña con aura prolongada.</p> <p>Crisis de migraña severa, independientemente de su frecuencia.</p> <p>Cuando fracasa el tratamiento sintomático.</p> <p>Cuando los ataques interfieren con la rutina diaria del paciente.</p> <p>Los más eficaces son los betabloqueantes (propranolol) y los calcioantagonistas (flunarizina).</p> <p>Empezar con dosis bajas e ir subiendo paulatinamente. Se instaurará durante un tiempo de 3-6 meses, y debe mantenerse al menos durante 2 meses antes de considerar su falta de eficacia.</p> <p>- Fármacos habituales para el tratamiento preventivo:</p> <p>Calcioantagonistas:</p> <p>Flunarizina: dosis: 2,5-5 mg./día.</p> <p>Nimodipina 30mg a 90mg/día.</p> <p>Verapamilo 80mg/día a 240 a 320/día.</p> <p>Beta-bloqueantes:</p> <p>Propranolol: dosis: 40-160 mg./día.</p> <p>Atenolol: 50-200 mg/día.</p> <p>Nadolol: 20-120 mg/día.</p> <p>Metoprolol: 100-200 mg/día.</p> <p>Antiagregantes plaquetarios:</p> <p>ASA 325 a 650mg/día.</p> <p>Dipiridamol 50mg 4 veces al día.</p> <p>- AINE:</p> <p>Naproxeno 500 a 1000mg 2V día.</p> <p>Antidepresivos tricíclicos:</p> <p>Amitriptilina: dosis: 10-75 mg./día.</p> <p>Imipramina: dosis: 25-75 mg./día.</p>			
--	--	--	--	--

	<b>Cefalea</b>	<b>Código</b>	TBU-02 v.00
		<b>Página</b>	6 de 7

	<p>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) Fluoxetina: dosis: 20-40 mg/día.</p> <p>- Otros:</p> <p>Valproato sódico: dosis: 400-1.500 mg/día. Intensidad de las crisis: Leve: dolor sin interrumpir las actividades cotidianas del paciente. Moderada: dolor que interrumpe las actividades del paciente. Severa: dolor que obliga a encamar al paciente. Cefalea tensional.</p> <p>- Tratamiento sintomático:</p> <p>Debe evitarse al máximo el consumo de medicación sintomática, sobre todo en los casos que las crisis sean frecuentes. Los fármacos de 1ª elección son los AINEs a dosis similares que en la migraña. Mucho cuidado con los fármacos que producen dependencia y/o cefalea crónica por abuso (sobre todo los que llevan en su composición cafeína y/o codeína, y ergóticos).</p>			
<b>7</b>	<b>PREVENCIÓN</b>			
<b>7.1</b>	<p>Educación al paciente sobre su enfermedad y las limitaciones de la medicación y que pasaría con el abuso de la misma.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación sobre el tipo de alimentación que se debe evitar.</li> <li>• Educación sobre higiene del sueño, (no excederse en el mismo y dormir lo adecuado).</li> <li>• Regular actividad física en aquellos que la cefalea se produce luego del ejercicio.</li> <li>• Evitar los perfumes y olores fuertes al igual que el cigarrillo</li> </ul>	2 minutos	Médico	N.A

## 5. Documentos de Referencia

- NTC ISO 9000:2005 Sistema de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario.
- NTC GP 1000:2009. Norma Técnica de Calidad en la Gestión Pública.
- PAC-01 "Elaboración y Control de Documentos".
- Documento de normas que aplican para el funcionamiento de los consultorios médicos y odontológicos.

	<b>Cefalea</b>	<b>Código</b>	TBU-02 v.00
		<b>Página</b>	7 de 7

## 6. Historia de Modificaciones

<b>Versión</b>	<b>Naturaleza del Cambio</b>	<b>Fecha de Aprobación</b>	<b>Fecha de Validación</b>

## 7. Anexos.

“No aplica”.