

	Cefalea	Código	TBU-02 v.00
		Página	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 (migránea), 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	- Migránea. - Cefalea de tensión o tipo tensión. - Cefalea en acúmulos (cluster) y otras cephalgias autonómicas trigeminales.	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	
Fecha 20 septiembre 2013		Fecha 20 septiembre 2013		Fecha 26 septiembre 2013	



Cefalea

Código

TBU-02 v.00

Página

2 de 7

	<p>(otras) Cefaleas Primarias.</p> <ul style="list-style-type: none">- Cefalea asociada a traumatismo craneal (cabeza y cuello).- Cefalea asociada a trastornos vasculares.- Cefalea asociada a trastorno intracraneal de origen no vascular.- Cefalea asociada a la ingesta de determinadas sustancias o a su supresión.- Cefalea asociada a infección no cefálica.- Cefalea asociada a trastornos metabólicos.- Cefalea asociada a alteraciones del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales.- Cefalea Atribuida a desordenes psiquiátricos.- Neuralgia Craneal y causas de dolor facial de origen central (SNC).- Cefalea No clasificada o no especificada.- Primarias (no alteración cerebral subyacente). Se caracterizan por ser recidivantes, de curso benigno y muy frecuente (90-95% de todas las cefaleas).- Migraña.- Cefalea de tensión.- Cefalea en racimos (cluster).			
3	DIAGNÓSTICO			
3.1	<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; Cualidad 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">- Fondo de ojo para descartar Papiledema, atrofia óptica, hemorragia retiniana.- Signos focales neurológicos.- Rigidez de nuca y/o signos meníngeos.	Tres minutos	Médico	FBU15 "Evolución" FBU16 "Historia Clínica"



Cefalea

Código

TBU-02 v.00

Página

3 de 7

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



Cefalea

Código

TBU-02 v.00

Página

4 de 7

	<ul style="list-style-type: none">- lateralidad ni en sus Manifestaciones clínicas durante diferentes episodios.- Cefalea crónica diaria de inicio reciente.			
5	PARACLÍNICOS			
5.1	<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 neuroimagenológicos (tipo TAC o RMN cerebral), Nivel de evidencia I, recomendación</p>	Tres minutos	Médico	FBU15 "Evolución" FBU16 "Historia Clínica"
6	TRATAMIENTO			
6.1	<p>Migraña:</p> <ul style="list-style-type: none">- 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.- Fármacos habituales para el tratamiento. sintomático: Analgésicos / AINEs: Generalmente cada 8 horas. Acido acetilsalicilico: 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:	Tres minutos	Médico	FBU19 "Recetario"



Cefalea

Código TBU-02 v.00

Página 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>			
--	--	--	--	--



Cefalea

Código

TBU-02 v.00

Página

6 de 7

	<p>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) Fluoxetina: dosis: 20-40 mg/día.</p> <p>- Otros: 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: Debe evitarse al máximo el consumo de medicación sintomática, sobre todo en los casos quelas crisis sean frecuentes. Los fármacos de 1^a 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>			
7	PREVENCIÓN			
7.1	<p>Educar 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">• Orientación sobre el tipo de alimentación que se debe evitar.• Educación sobre higiene del sueño, (no excederse en el mismo y dormir lo adecuado).• Regular actividad física en aquellos que la cefalea se produce luego del ejercicio.• Evitar los perfumes y olores fuertes al igual que el cigarrillo	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.

	Cefalea	Código	TBU-02 v.00
		Página	7 de 7

6. Historia de Modificaciones

Versión	Naturaleza del Cambio	Fecha de Aprobación	Fecha de Validación

7. Anexos.

“No aplica”.