

# ABORDAJE CLINICO PARA CEFALEA

## 1. PROPÓSITO

Dar a conocer al personal médico de la institución, las pautas para el diagnóstico y manejo de los pacientes que se presenten a nuestro servicio con CEFALEA.

## 2. ALCANCE

Esta guía está dirigida a los médicos y personal de enfermería encargados del manejo de pacientes que solicitan atención en el servicio de Urgencias. Dirigido a todo paciente que ingrese al servicio de urgencias, con cuadro de Cefalea que no tenga otra causa diferente, como Emergencia Hipertensiva, ACV ente otras.

## 3. DEFINICIONES

- Cefalea: Dolor de cabeza no traumático, clasificado en primario y secundario
- Cefalea primaria: No existe causa específica que justifique la aparición del síntoma. En estos están la migraña sin aura, migraña con aura, status migrañoso, cefalea de tipo tensional episódica o crónica, cefalea cervicoogénica y hemicraneana, con patrón periódico (racimos), miscelánea y de novo.
- Cefalea secundaria: Se atribuye a una condición subyacente como hipertensión endocraneana, asociada a infecciones, tumor cerebral, alteración vascular, toxometabólicas y postrauma.

**Signos de Alarma:** Identifíquelos y regístrelos,

- Cefalea de inicio agudo y la más intensa de la vida
- Cefalea en menores de 5 años o mayores de 50 años
- Cambios en el patrón del dolor
- Cefalea progresiva
- Cefalea asociada a fiebre
- Cefalea asociada a alteración inmunológica (vasculitis por medicamentos)
- Cefalea asociada a examen neurológico anormal
- Cefalea asociada a cáncer o HIV
- Cefalea en puerperio o embarazo
- Cefalea con características de hipertensión intracraneana

## 4. CONTENIDO

### 4.1. Aproximación al diagnóstico

#### I. Anamnesis:

## ABORDAJE CLINICO PARA CEFALEA

Historia previa de cefaleas/ patrón - ¿cómo se compara este con los anteriores? Recuerde que las primarias son de instauración lenta y las secundarias de instauración rápida. La crónica asocia factores desencadenantes, pero determine las alteraciones agudas en estos cuadros. Frecuencia y duración. Localización e irradiación. Hágale el ALICIA al dolor. **Examen Físico:**

Examen neurológico completo con énfasis en el fondo del ojo y la valoración otorrinolaringológica.

**Exámenes Diagnósticos:** La racionalidad de estos Exámenes está en usted.

- **Tomografía axial computada de cerebro:** No sirve para el estudio en urgencias de la cefalea. Tiene una sensibilidad del 90-98% para detectar HSA en las primeras 12 horas pos trauma, disminuye con el paso del tiempo a partir del inicio de la cefalea, con 58% a los 5 días, y 50% a la semana. (Guías ACEP para cefalea)
  - **Resonancia nuclear magnética:** No tiene pertinencia en el servicio de urgencias. Se usa en TAC y PL normales en el paciente en estudio o en pisos.
  - **Angiotomografía y Angioresonancia:** Igual para el paciente hospitalizado. Vasculitis (grandes y medianos vasos), aneurismas intracraneales, disección arterial carotídea y vertebral, aneurismas intracraneales.
  - **Punción lumbar:** En caso de sospecha de neuroinfección aplica desde urgencias. De resto aplica para el paciente en estudio. Si existe sospecha de HSA y la TAC es negativa para sangrado, se requiere de punción lumbar en busca de xantocromía (una apariencia amarillenta del LCR), esta puede ser indetectable si se realiza antes de 12 horas a partir de la hemorragia o después de 2 semanas. También se debe medir la presión de salida del LCR.
  - **Exámenes de laboratorio:** Los exámenes iniciales pueden incluir un hemograma en busca de leucocitosis que documenta una vasculitis. La glicemia y electrolitos para trastornos metabólicos o deshidratación por vómito. La VSG no es pertinente en urgencias, su sensibilidad es muy pobre. Tiempos de coagulación si se sospecha de hemorragia o si el paciente esta anticoagulado. Si hay alteración mental considerar función hepática, pruebas toxicológicas.
2. **Diagnóstico diferencial cefalea secundaria:** descarte HSA, meningitis o encefalitis disección arterial de la carótida, Sx Horner, ECV, Arteritis temporal, crisis hipertensiva, trombosis de senos venosos y tumor. Cuando tenga trauma asociado descarte hemorragias ocultas

## CEFALEAS PRIMARIAS

**ABORDAJE CLINICO PARA  
CEFALEA**

<b>Tabla No 1. Cefaleas Primarias Crónicas</b>		
<b>TIPO DE CEFALEA</b>	<b>CARACTERISTICAS CLINICAS</b>	<b>TRATAMIENTO RECOMENDADO</b>
Migraña crónica	Cefalea $\geq 15$ días al mes, por $\geq 3$ meses, con criterios para migraña sin aura, o mejora con triptanes o ergotamina.	Topiramato, divalproato de sodio, amitriptilina
Cefalea tensional crónica	Intensidad leve a moderada, no síntomas migrañosos, bilateral, no pulsátil.	Acetaminofén IV para romper el ciclo, amitrip
Cefalea nueva diaria persistente	Bilateral, persistente, intensidad moderada, puede estar precedida por infección viral, puede simular migraña o cefalea tensional	Acetaminofén IV para romper el ciclo, amitrip
Hemicránea continua	Rara, unilateral, constante, exacerbaciones de cefalea severa, síntomas autonómicos, responde a indometacina	Indometacina

**TRATAMIENTO:** Si está seguro de que la cefalea que se trata es primaria. Se recomienda el manejo escalonado del dolor en el paciente con migraña que acude al servicio de urgencias.

<b>Tabla No 2. Líneas de manejo agudo del paciente con migraña</b>				
<b>1 Línea</b>	<b>2 Línea</b>	<b>3 Línea</b>	<b>4 Línea</b>	<b>5 Línea</b>
PO: Diclofenaco 75 mg IM	PO: 500 cc SSN 0.9% + diclofenaco 75 mg o acetaminofén IV 1 g. Administrar en infusión continua en 1 hora	500 cc SSN 0.9%+ dexametasona 4 mg pasar por bomba de infusión en 6 horas.	500 cc SSN 0.9% + haloperidol 5 mg, pasar por bomba de infusión en 1-3 horas.	Infusión analgésica continua: 500 cc SSN 0.9% + dexametasona 8 mg pasar por bomba de infusión en 8 horas y repetir dosis.  Ácido valproico 250-500 mg en 250 cc SSN 0.9% pasar por bomba de infusión en 20 minutos
SO: Sumatriptan 6 mg subcutáneo*	SO: 500 cc SSN 0.9% + acetaminofén IV 1 g, administrar en infusión continua en 1 hora			

PO: primera opción, SO: segunda opción, SSN: solución salina normal  
\*Contraindicados en paciente con migraña tipo basilar y con hipertensión arterial no controlada

## 5. ALGORITMO

No Aplica

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor, ACED. Estudio Nacional de Dolor ACEDDatexco 2004. <http://www.dolor.org.co/index2.html>
- Cortelli P, Cevoli S, Nonino F, et al. Evidence based diagnosis of nontraumatic headache in the emergency department: A consensus statement on four clinical scenarios. Headache 2004; 44: 587-95.
- Friedman BW, Hochberg ML, Esses D, et al. Applying the international classification of headache disorders to the emergency department: an assessment of reproducibility and the frequency with which a unique diagnosis can be assigned to every acute headache presentation. Ann Emerg Med 2007; 49:409-19.
- Green MW. The emergency management of headaches. Neurologist 2003; 9:93-8.
- Institute for Clinical Systems Improvement ICSI. ICSI health care guideline: diagnosis and treatment of headache. [http://www.icsi.org/headache/headache\\_\\_diagnosis\\_and\\_treatment\\_of\\_2609.html](http://www.icsi.org/headache/headache__diagnosis_and_treatment_of_2609.html) consultadonoviembre11 de 2007.

**ABORDAJE CLINICO PARA  
CEFALEA**

5. Olesen J, Bousser MG, Dienner HC, et al. The international classification of headache disorders. Cephalalgia 2004; 24:1-150.

**7. ANEXOS**

Ninguno