



Departamento de Salud y Consumo



SECTOR ZARAGOZA III

PACIENTE CON CEFALEA.

PROTOCOLO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y NEUROLOGÍA

JUNIO 2007

ÍNDICE:

Introducción.....	Pág.....3
Epidemiología.....	Pág.....3
Objetivo.....	Pág.....4
Protocolo de actuación.....	Pág.....4
Criterios diagnósticos de las cefaleas primarias.....	Pág.....6
Tratamiento de las cefaleas primarias más frecuentes.....	Pág.....7
Tratamiento de la Cefalea Tensional.....	Pág.....7
Tratamiento de la Migraña leve-moderada.....	Pág.....8
Tratamiento de la Migraña moderada-grave.....	Pág.....8
Tratamiento preventivo de la Migraña.....	Pág.....9
Situaciones especiales en la Migraña.....	Pág.....10
Tratamiento de la Cefalea en racimos.....	Pág.....10
Tratamiento preventivo de la Cefalea en racimos.....	Pág.....11
Figuras.....	Pág.....13
Tablas.....	Pág.....15
Bibliografía.....	Pág.....18
Autores.....	Pág.....18

PACIENTE CON CEFALEA. PROTOCOLO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y NEUROLOGÍA.

1. Introducción:

En 1997 la Organización Mundial de la Salud clasificó la migraña como una enfermedad discapacitante y en el año 2004 puso en marcha una Campaña Global de Sensibilización sobre cefaleas para concienciar a pacientes, médicos e instituciones de las importantes consecuencias sanitarias, sociales y económicas inherentes a la migraña. Asimismo, la European Headache Foundation, la World Headache Alliance y la Universidad de Essen dieron a conocer en julio del 2005 la Declaración de Roma sobre la Migraña, que fija unos objetivos comunes de actuación para mejorar la situación actual de esta patología en Europa.

2. Epidemiología:

La cefalea es el primer motivo neurológico de consulta tanto en Atención Primaria como en Neurología^{1,2}. En Atención Primaria supone aproximadamente un 3-5% de las consultas y en Neurología, se aproxima al 30% del total. Si además tenemos en cuenta que en más del 80% de las ocasiones se tratará de cefaleas primarias y que la gran mayoría de los pacientes consultan el problema con su médico de familia, es fácil comprender la importancia de la Atención Primaria en el diagnóstico de esta patología.

En un estudio de ámbito nacional, con entrevistas a 2.231 individuos estratificados por edad y comunidad autónoma, un 74% refirieron padecer o haber padecido dolores de cabeza a lo largo de su vida, con una distribución por sexos de 69% para los varones y 79% para las mujeres³. En cuanto a la cefalea de tensión, la prevalencia oscila ampliamente en los estudios europeos, con un predominio de mujeres. La prevalencia de la cefalea crónica diaria es del 4-5%.

Alrededor del 12% de la población en nuestro país presenta migraña (75% mujeres y 25% hombres), con una prevalencia similar en el resto de países industrializados. Genera por tanto un gran impacto personal, laboral, sanitario y social³. La migraña aunque se presenta en todas las edades, es más frecuente en aquellos años que podrían definirse como “años más productivos”, es decir, el 60% de los migrañosos tienen entre 25 y 54 años de edad⁴.

Las cefaleas primarias, y en especial la migraña, originan un coste económico a la sociedad derivado de los costes de los cuidados médicos y la falta de productividad^{5,6}. En los países en los que se han desarrollado estudios de coste, los costes directos son relativamente bajos, sin embargo las cifras de costes indirectos son muy elevadas. El alto coste de los fármacos del grupo de los triptanos ha llevado a la realización de estudios de coste-eficacia, en

los que se intenta demostrar que a pesar del elevado precio, se produce un ahorro global al reducirse los costes indirectos⁷.

1. **Objetivo:**

Establecer un protocolo de actuación consensuado entre Atención Primaria y Neurología para mejorar la atención del paciente con cefalea y basado en la mejor evidencia disponible (Tabla I).

2. **Protocolo de actuación** (Figura 1):

En todo paciente que consulta por cefalea se debe establecer si estamos ante una cefalea primaria o secundaria, si existen criterios de gravedad y, si es posible, el tipo de cefalea de que se trata. Para ello se necesita:

- Una anamnesis en que se recoja: patocronia, localización, frecuencia, forma de inicio, intensidad, duración, desencadenantes y aliviadores, signos y síntomas asociados, tratamientos empleados.
- Exploración clínica general: presión arterial, frecuencia cardiaca, examen de estructuras craneales: senos paranasales, articulación témporo-mandibular, arterias temporales.
- Exploración neurológica básica: nivel de conciencia, pares craneales, exámen motor, signos meníngeos, fondo de ojo, campimetría por confrontación, fuerza, sensibilidad, tono, coordinación y reflejos.

En esta primera valoración se han de buscar signos de gravedad que obligan a la derivación del paciente a urgencias, como son:

- Cefalea de inicio explosivo o coincidente con el ejercicio físico.
- Cefalea reciente y progresiva.
- Cefalea sin respuesta al tratamiento.
- Cefalea y fiebre.
- Cefalea de presentación aguda de etiología no aclarada.
- Sospecha clínica de cefalea secundaria grave.
- Aparición de signos neurológicos focales, signos de irritación meníngea o alteración del nivel de conciencia.
- Persistencia de la cefalea tras la administración del tratamiento sintomático adecuado.

Son criterios de derivación a Neurología los siguientes (Nivel de evidencia D).

- Cefalea con síntomas clínicos no característicos de cefaleas primarias.
- Presencia de signos anormales en la exploración neurológica o presencia de síntomas deficitarios neurológicos asociados a la cefalea.
- Persistencia de la cefalea tras la administración de los tratamientos sintomáticos y preventivos adecuados.

- Modificaciones no aclaradas en las características clínicas de la cefalea.
- Sospecha clínica de cefalea secundaria.

Las cefaleas que no cumplen estos criterios deben de ser filiadas, tratadas y controladas en Atención Primaria sabiendo que ¹⁰:

- No es necesario indicar pruebas de rayos X, técnicas de neuroimagen, electroencefalograma ni punción lumbar para los casos de cefalea primaria (Grado de recomendación B).
- Se ha de considerar realizar una prueba de neuroimagen para los casos de cefalea primaria si se presentan anormalidades neurológicas en el examen físico (Grado de recomendación B).

Para facilitar la continuidad asistencial, entendida como la atención prestada de forma ininterrumpida y coordinada entre diferentes profesionales o diferentes niveles asistenciales, los pacientes que precisen interconsulta con el Servicio de Neurología sería convenientes que fueran citados por telecita, vistos en un plazo de tiempo razonable (no superior a 7-10 días). En el documento de interconsulta deben figurar:

- Datos de anamnesis.
- Datos de exploración clínica.
- Resultados de las pruebas de laboratorio o radiológicas que se hayan solicitado.

Por su parte en el informe del Servicio de Neurología deben constar:

- Presunción diagnóstica.
- Pauta terapéutica indicada.
- Seguimiento aconsejado.

3. **Criterios diagnósticos de las cefaleas primarias más frecuentes:**

CEFALEA TENSIONAL EPISÓDICA	CEFALEA TENSIONAL CRÓNICA	CEFALEA EN RACIMOS
A. Menos de 15 días por mes. B. Duración de 30 minutos a 7 días. C. Al menos 2 de las siguientes: 1-Dolor opresivo no pulsátil. 2-Intensidad leve a moderada. 3-Localización bilateral. 4-No se exacerba con la actividad diaria. D. Ausencia de náuseas, vómitos y fotofobia o fonofobia (cualquiera de las dos). E. Ausencia de lesiones orgánicas o sin ninguna relación con el problema al documentar una separación temporal adecuada.	A. Más de 15 ataques por mes (promedio). B. Al menos 2 de las siguientes: 1-Dolor opresivo no pulsátil. 2-Intensidad leve a moderada. 3-Localización bilateral. 4-No se exacerba con la actividad diaria. C. Ausencia de náuseas, vómitos y fotofobia o fonofobia (cualquiera de las dos). D. Ausencia de lesiones orgánicas o sin ninguna relación con el problema al documentar una separación temporal adecuada.	A. Dolor orbital unilateral, supraorbital y/o dolor temporal. B. Duración de 15–180 minutos sin tratamiento y una frecuencia a 1-8 ataques por día (nocturnos). C. Al menos 1 de los siguientes signos en el sitio del dolor: 1-Inyección conjuntival. 2-Lagrimeo. 3-Congestión nasal. 4-Rinorrea. 5-Edema facial o frontal. 6-Miosis 7-Ptosis. 8-Edema palpebral. 9-Agitación D. Ausencia de lesiones orgánicas o sin ninguna relación con el problema al documentar una separación temporal adecuada.

Institute for Clinical System Improvement. Health Care Guideline. Diagnosis and Treatment of Headache. ICSI: Noviembre 2004.

MIGRAÑA CON Y SIN AURA	
A. Al menos 2 de los siguientes: 1-Localización unilateral. 2-Dolor pulsátil. 3-Intensidad leve a moderada. 4-Se exacerba con la actividad diaria.	Al menos 1 de los siguientes: 5-Náuseas y/o vómitos. 6-Fotofobia o fonofobia.
B. Criterios de aura: 1-Uno o más síntomas de aura reversibles totalmente. 2-Al menos un síntoma de aura se desarrolla en más de 4 minutos ó ≥ 2 síntomas sucesivos. 3-No dura más de 60 minutos. 4-La crisis migrañosa se presenta en un máximo de 60 minutos.	
C. Ataques similares previos.	
D. Ausencia de lesiones orgánicas o sin ninguna relación con el problema al documentar una separación temporal adecuada.	

Institute for Clinical System Improvement. Health Care Guideline. Diagnosis and Treatment of Headache. ICSI: Noviembre 2004.

CEFALEA POR ABUSO DE ANALGÉSICOS	
<p><i>La cefalea se produce tras recibir casi diariamente dosis de analgésicos durante tres o más meses.</i></p> <p><i>Debe existir una dosis mínima.</i></p> <p><i>La cefalea es crónica (presente más de 15 días al mes).</i></p> <p><i>La cefalea desaparece tras suspender la sustancia.</i></p>	
DOSIS DE FÁRMACOS NECESARIAS PARA DIAGNOSTICAR CEFALIA POR ABUSO DE ANALGÉSICOS	
Ácido acetilsalicílico / paracetamol.	1 gr/día, más de 2 días / semana.
Analgésicos combinados a dosis bajas o asociados a cafeína o barbitúricos.	Más de 3 comprimidos día, más de 3 días / semana.
Narcóticos.	Más de 1 comprimidos / día más de 2 días / semana.
Ergóticos.	Más de 1 mg/día por vía oral ó 0,5 mg/día por vía rectal, más de 2 días por semana.
Triptanos.	10 dosis individuales / mes puede ser suficiente.

Liaño Martínez H, Liaño Riera. Cefaleas: concepto, epidemiología e impacto socioeconómico. Medicine 2003; (8):5013-5020.

4. Tratamiento de las cefaleas primarias más frecuentes:

Todas las cefaleas primarias precisan en su manejo una buena relación médico-paciente, un abordaje biopsicosocial, una correcta educación sanitaria y un objetivo terapéutico comprendido por el paciente que busque la mejoría y no la curación¹¹.

CEFALEA TENSIONAL: El tratamiento de la crisis de cefalea tensional se realiza con analgésicos simples y con antiinflamatorios no esteroideos (Grado de recomendación A)¹². Ver dosis en tabla II. El tratamiento profiláctico de primera elección es la amitriptilina a dosis de 10-50 mg /día (Grado de recomendación A)¹³, y se debe mantener de 3 a 6 meses. Iniciar tratamiento con amitriptilina a 10 mg/día e ir aumentando hasta 50 mg/día. Otros tratamientos alternativos se muestran en tabla III.

MIGRAÑA: En el tratamiento sintomático de la crisis de migraña existen una serie de recomendaciones generales:

- Las medicaciones para el tratamiento de la crisis de migraña pueden dividirse en específicas, inespecíficas y coadyuvantes:
 1. Medicaciones específicas: ergóticos y triptanos
 2. Medicaciones inespecíficas: analgésicos y AINE. Los analgésicos tiene una utilidad escasa por lo que su indicación es limitada. Es altamente recomendable evitar las combinaciones de analgésicos con barbitúricos, codeína o cafeína por el riesgo de desarrollar cefalea por abuso de medicación (Nivel de evidencia 3-4).

3. Medicaciones coadyuvantes: fundamentalmente antiéméticos y procinéticos: domperidona, metoclopramida necesarios en pacientes con náuseas y vómitos.
- El tratamiento sintomático debe ser individualizado para cada paciente e instaurarse precozmente.
 - Los AINE con eficacia demostrada en el tratamiento de la crisis de migraña son el ácido acetil-salicílico (500-1000mg vía oral), naproxeno sódico (550-1100mg vía oral), ibuprofeno (600-1200mg vía oral), dexketoprofeno (25-50mg vía oral, 50mg parenteral) (Grado de recomendación A).

Tratamiento de las crisis leves o moderadas: Están indicados los AINE vía oral, así como en la migraña menstrual, preferiblemente en combinación con metoclopramida o domperidona (Nivel de evidencia 1, Grado de recomendación A).

Los pacientes con crisis leves-moderadas e intolerancia o falta de respuesta de AINE deben recibir tratamiento con triptanos (Grado de recomendación B-C). En la tabla IV se muestran las principales indicaciones de los triptanes. El tratamiento de la crisis de migraña busca hacer desaparecer el dolor con una sola dosis de un fármaco (Figura 2 y Tabla IV). Unas normas básicas para conseguirlo son (Grado de recomendación C)¹⁴:

- 1-Iniciar el tratamiento lo antes posible.
- 2-Usar fármacos eficaces a dosis correctas.
- 3-Utilizar medicación de rescate: (fármaco de otra familia a dosis óptimas) si no hay respuesta a las 2 horas del fármaco inicial.
- 4-Individualizar el tratamiento según intensidad del dolor, grado de incapacidad debido al dolor y preferencias del paciente.
- 5-Evitar el abuso de analgésicos.
- 6-Valorar tratamiento de fondo o preventivo.
- 7-Considerar ineficaz un fármaco después de fracasar en tres crisis.

Los analgésicos simples, tipo paracetamol, aunque de uso muy común en la población, no tienen una efectividad inequívoca, por lo que no podemos recomendar su uso. Su asociación a cafeína, codeína y/o barbitúricos mejoran su efecto, pero crean una mayor tendencia a la dependencia y al abuso de analgésicos¹⁵.

Tratamiento de las crisis moderadas-graves:

- Se deben recurrir a medicaciones específicas (ergóticos y triptanos). La eficacia de los triptanos es claramente superior a la del ergótico (Nivel de certeza 1, Grado de recomendación A).
- Los ergóticos no están indicados en el tratamiento de pacientes migrañosos de novo pero pueden mantenerse en aquellos pacientes que los lleven utilizando mucho tiempo con respuesta satisfactoria, no presenten contraindicaciones (cardiopatía isquémica, claudicación intermitente...) para su uso y tengan una baja frecuencia de crisis (no más de una a la semana) para no condicionar cefalea por abuso.

- Los triptanos son fármacos con eficacia demostrada en el tratamiento sintomático de la crisis de migraña (Nivel de evidencia I, Grado de recomendación A). Son el fármaco de elección en las crisis moderadas-graves (Grado de recomendación C). En algunos casos pueden asociarse a AINES vía oral o parenteral en función de la respuesta o de la intensidad del dolor y/o a antieméticos (Grado de recomendación C).

Prevención farmacológica de la migraña está indicada en las siguientes situaciones (Nivel de evidencia 3, Grado de recomendación C):

- Pacientes que presentan tres o más crisis al mes.
- Menos de tres crisis pero intensas o muy incapacitantes.
- Pacientes que presentan menos de una crisis a la semana pero de más de 48 horas de duración.
- Pacientes con escasa respuesta o intolerancia al tratamiento sintomático.
- Pacientes con aura prolongada (> 1 hora de duración) o que cursen con hemiparesia, afasia o clínica de tronco ya que el aura no responde al tratamiento sintomático.

Como recomendaciones generales se tendrá en cuenta que:

- Se debe suministrar un calendario de dolor donde el paciente deberá reflejar el número de crisis que presenta al mes.
- Se debe mantener el tratamiento durante un plazo de seis meses con un mínimo de tres meses (Nivel de evidencia 4, Grado de recomendación C). Tras seis a doce meses de tratamiento se debe intentar la retirada progresiva del fármaco preferiblemente durante un mes.
- El tratamiento deberá mantenerse un mínimo de 4-6 semanas antes de considerar que el fármaco no es eficaz.
- Como norma general el tratamiento debe emplearse en monoterapia.
- Criterio de respuesta: reducción del número de crisis en un 50%.

Los fármacos utilizados en la profilaxis son los siguientes^{1*}:

- Betabloqueantes^{2*}: propranolol, nadolol, atenolol y metoprolol (Nivel de evidencia 1, Grado de recomendación A).
- Antagonistas del calcio: la flunarizina es el único recomendado (Nivel de evidencia 1, Grado de recomendación A).
- Antidepresivos: amitriptilina es el único antidepresivo que ha demostrado eficacia en la prevención de la migraña (Nivel de evidencia 1).
- Antiepilépticos / neuromoduladores: valproato sódico y topiramato^{3*} (Nivel de evidencia 1).
- En caso de respuesta insuficiente puede utilizarse la combinación de un betabloqueante y un neuromodulador por su posible sinergia^{4*}.

^{1*} No se han encontrado diferencias de eficacia significativas, en los estudios comparativos llevados a cabo, entre ellos diferentes fármacos.

^{2*} En nuestro medio propranolol y nadolol son los más utilizados.

^{3*} Contraindicado en glaucoma, litiasis renal, síndrome depresivo.

^{4*} Se recomienda la asociación de nadolol (60-80mg en desayuno) y topiramato (50-100mg en cena) (Nivel de evidencia 3-4, Grado de recomendación C).

Las dosis aconsejadas se muestran en la tabla VI.

Situaciones especiales en la migraña:

❑ Niños y adolescentes:

- Pueden beneficiarse de los analgésicos simples tipo paracetamol o AINE o del sumatriptan nasal a dosis de 10mg (Grado de recomendación A).
- En la profilaxis de la migraña se aplican las mismas pautas que en el adulto: topiramato, flunarizina o betabloqueantes como fármacos de elección (Grado de recomendación B).

❑ Gestantes:

- Se puede utilizar de forma episódica naproxeno sódico o ibuprofeno si bien deberían evitarse durante el tercer trimestre (Nivel de evidencia II, Grado de recomendación B). Según ha demostrado el registro de embarazos con sumatriptan, éste no aumenta la incidencia esperada de abortos o malformaciones fetales. Por ello y aunque su inocuidad en el embarazo no ha sido demostrada cabe considerar su uso con riesgos limitados, siempre que la paciente los acepte tras ser debidamente informada (Grado de recomendación C).
- En la profilaxis el fármaco más utilizado es el propranolol que debe retirarse dos o tres semanas antes de la fecha probable de parto (Grado de recomendación C).

CEFALEA EN RACIMOS (CR): El tratamiento se realiza sólo durante la fase activa del proceso y consiste en evitar los factores desencadenantes como el alcohol, tabaco o dormir la siesta (Grado de recomendación C), administrar un tratamiento agudo para reducir la intensidad y duración del ataque doloroso y en caso necesario añadir un tratamiento profiláctico para prevenir la aparición de sucesivos ataques o disminuir la intensidad del dolor.

En el tratamiento sintomático de la cefalea en racimos hay que tener en cuenta que:

- El fármaco de elección es el sumatriptan subcutáneo a dosis de 6mg (Grado de recomendación A). Se puede emplear indefinidamente ya que no existe taquifilaxia (Grado de recomendación C). La dosis máxima recomendada es de dos inyecciones al día.

- Si aparece intolerancia al sumatriptan o las crisis duran más de 45 minutos se pueden emplear otras formulaciones como sumatriptan nasal 20mg (Grado de recomendación A) o zolmitriptán nasal 5mg (Grado de recomendación C).
- Oxígeno a alto flujo (Grado de recomendación A). El paciente debe estar sentado e inhalarlo mediante mascarilla a 7 – 12 litros / minuto durante al menos 15 minutos antes de decidir su ineficacia^{1*}.
- El tartrato de ergotamina actúa como tratamiento preventivo cuando se emplea a diario, habitualmente en dosis única nocturna (Grado de recomendación C).

^{1*} Si es eficaz plantear indicación de oxigenoterapia domiciliaria.

Tratamiento preventivo:

- Se suele asociar al sintomático y es obligado cuando el paciente tiene más de dos ataques diarios (Grado de recomendación C). Algunos de los fármacos preventivos actúan de inmediato y su efecto es breve (tratamiento de transición) mientras que otros tardan dos semanas o más en ejercer su acción (tratamiento preventivo retardado). Se aconseja utilizar desde el inicio un tratamiento preventivo de acción rápida junto a otro de acción retardada (Grado de recomendación C).
- En la CR episódica el tratamiento preventivo se mantiene hasta que el paciente está libre de crisis durante al menos dos semanas y a partir de aquí se reduce la dosis progresivamente hasta suprimirlo para reinstaurarlo al inicio del siguiente racimo (Grado de recomendación C).
- Tratamiento de transición:
 - De elección son los corticosteroides (Grado de recomendación C): Prednisona^{1*} vía oral a dosis de 60 mg durante 3-5 días seguida de una reducción de 10 mg cada 3 días (Grado de recomendación C).
 - Metilprednisolona en bolo intravenoso de 250 mg/día durante 3 días seguido de 1 mg/Kg/día de prednisona en la pauta oral descendente ya comentada (Grado de recomendación C).
 - Tartrato de ergotamina^{2*} (Grado de recomendación C) a dosis de 1 a 4 mg/día vía oral o rectal, en dos administraciones al día o en dosis única nocturna de 2 mg antes de acostarse si el paciente tiene sólo una crisis en las primeras horas de la noche (Grado de recomendación C).

^{1*} Dado sus posibles efectos secundarios, incluida la necrosis ósea, se recomienda tratamientos que no superen las tres semanas de duración ni la utilización de más de dos tandas al año (Grado de recomendación C).

^{2*} No se deben asociar con triptanos; contraindicado en enfermos con patología vascular.

- Tratamiento preventivo a largo plazo:
 - De elección es el verapamilo (Grado de recomendación A), administrado vía oral a dosis de 80 mg/8 horas o 120 mg/12 horas; la dosis habitual está entre 240 y 720 mg/día repartido en 2 ó 3 tomas diarias (Grado de recomendación C).
 - La segunda opción es el carbonato de litio (Grado de recomendación C) aunque tarda más en hacer efecto; se inicia con dosis de 200 mg/12 horas y se incrementa 200 mg cada 7 días hasta conseguir el control del dolor. Las dosis habituales son de 600-900 mg/día. La litemia debe ser por lo general inferior a 1mEq/l.
 - Se han utilizado también neuromoduladores como el valproato sódico a dosis de 600-1000 mg/día, fórmula retardada, repartidos en dos tomas (Grado de recomendación C) o bien topiramato en dosis inicial de 25 mg/día con incrementos de 25 mg cada 3-5 días hasta alcanzar la dosis de 100 mg/día repartidos en dos tomas (Grado de recomendación C).

5. Figuras:

Figura 1. Algoritmo diagnóstico de la cefalea.

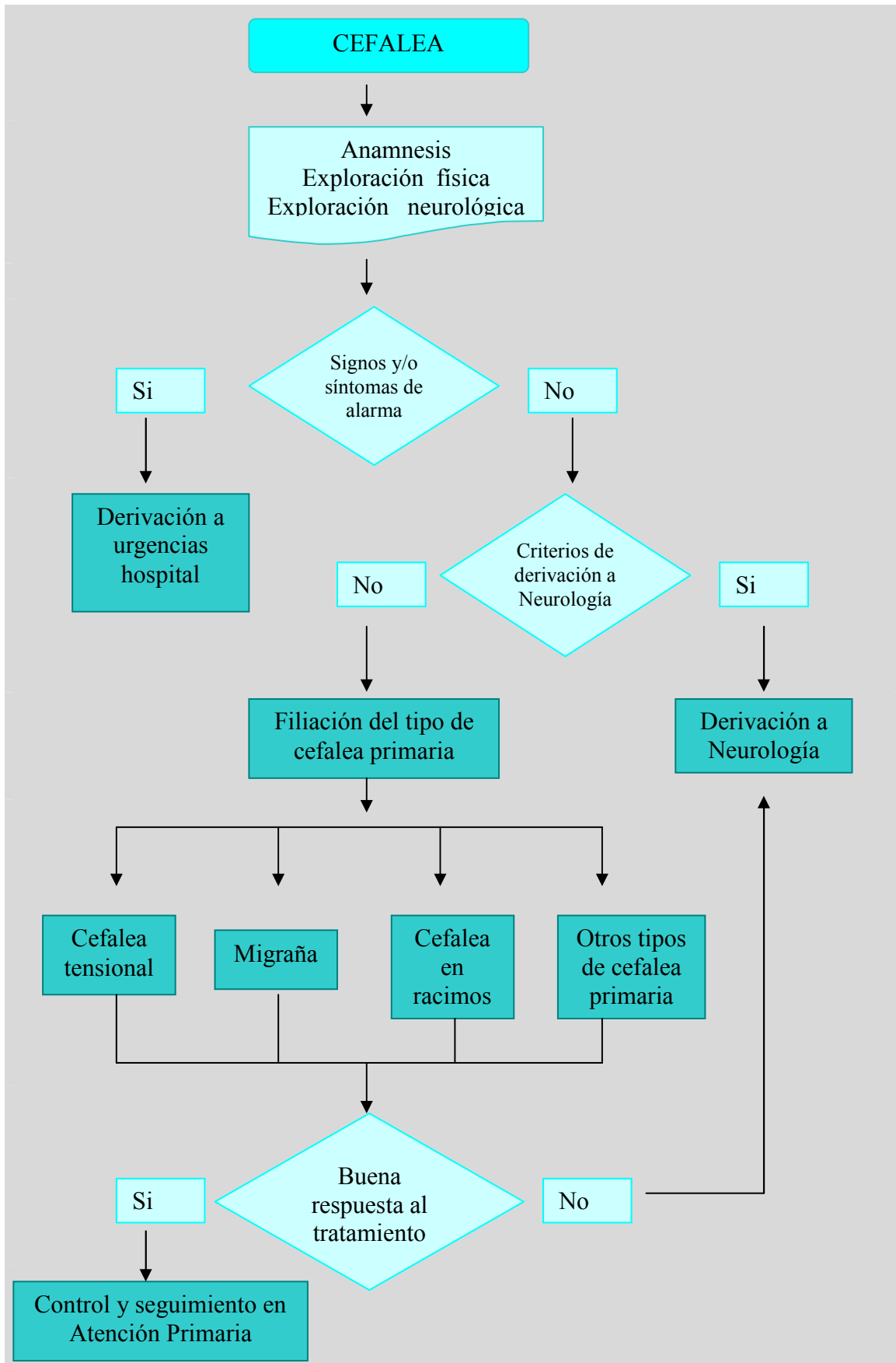
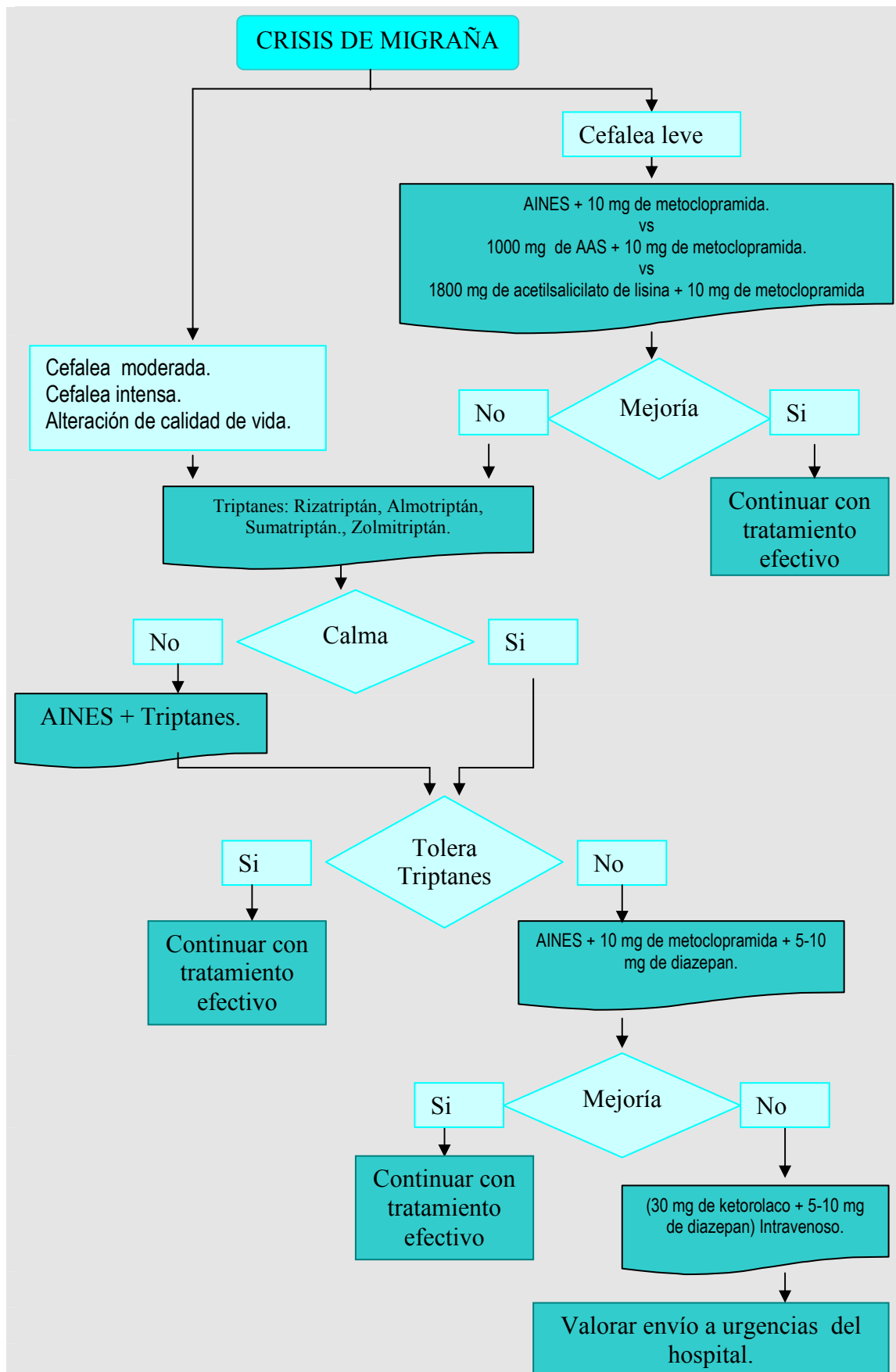


Figura 2. Tratamiento de la crisis de migraña.



6. **Tablas:**

Tabla I. Niveles de evidencia según la SING.

Niveles de evidencia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	
Nivel de evidencia	Tipo de estudio
1 ⁺⁺	Metaanálisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos
1 ⁺	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
1 ⁻	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con alto riesgo de sesgos
2 ⁺⁺	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, o estudios de cohortes o de casos-controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2 ⁺	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2 ⁻	Estudios de cohortes o de casos-controles con alto riesgo de confusión, sesgos o azar y una significativa probabilidad de que la relación no sea causal
3	Estudios no analíticos (observaciones clínicas y series de casos)
4	Opiniones de expertos

Grados de Recomendación Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)	
Grado de recomendación	Nivel de evidencia
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico aleatorizado calificado como 1 ⁺⁺ y directamente aplicable a la población objeto, o una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados o un cuerpo de evidencia consistente principalmente en estudios calificados como 1 ⁺ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados
B	Un cuerpo de evidencia que incluya estudios calificados como 2 ⁺⁺ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 1 ⁺⁺ ó 1 ⁺
C	Un cuerpo de evidencia que incluya estudios calificados como 2 ⁺ directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2 ⁺⁺
D	Niveles de evidencia 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2 ⁺

Tabla II. Tratamiento sintomático de la cefalea de tensión.

Fármaco	Dosis máxima recomendada (mg)
Ibuprofeno	400 – 800 / 6 horas v.o.
Naproxeno sódico	550 / 12 horas v.o. o rectal
Diclofenaco	50 – 100 / 8 –12 horas v.o. o rectal
Ketorolaco	30 – 60 parenteral
Ketoprofeno	25 – 50 v.o.
Indometacina	50 / 8 horas v.o.
Acido acetilsalicílico	500 – 1000 / 8 v.o.
Paracetamol	1000 / 8 – 6 horas v.o.
Metamizol	550 / 8 – 6 horas v.o.
Puede asociarse un relajante muscular o cafeína.	
v.o: Vía oral.	

Tabla III. Tratamiento profiláctico de la cefalea tensional y en racimos.

Fármaco	Dosis (mg)
Cefalea tensional	Amitriptilina 20 – 50 / noche
	Inhibidores de la recaptación de la serotonina (fluoxetina, paroxetina): 20 – 40 / día
	Meprobamato 300 / 12 horas
	Diazepan 5 – 10 / 12 horas
Cefalea en racimos	Verapamilo 240 – 360 / día en 3 dosis
	Prednisona 40 – 80 / día durante 7 días, reduciendo 10 mg / 3 días
	Litio (primera elección en mayores de 45 años con cluster crónico) 400 – 800 / día

Liaño Martínez H, Liaño Riera M. Cefaleas: Concepto, epidemiología e impacto socioeconómico. *Medicine* 2003; (8): 5013-5020.

Tabla IV. Tratamiento de la crisis de migraña.

Fármaco	Dosis (mg)	Vía
AAS + Metoclopramida	900 + 10	Oral
Naproxeno sódico	550 - 1100	Oral
Ibuprofeno arginina	600 - 1200	Oral
Sumatriptán	10 - 20	Nasal
Sumatriptán	6	Subcutáneo
Sumatriptán	50 - 100	Oral
Zolmitriptán	2,5 - 5	Oral
Zolmitriptán	5	Nasal
Naratriptán	2,5	Oral
Rizatriptán	10	Oral
Almotriptán	12,5	Oral
Eletriptán	40	Oral

Calero Muñoz S, Martínez Elzaquirre JM, García Fernández ML. Cefaleas en Atención Primaria. *AMF* 2006; 2(5): 249-250.

Tabla V: Indicaciones posibles de cada uno de los triptanos.

Compuesto	Formulación	Indicación
Sumatriptan	Subcutánea 6mg	Crisis intensas y resistentes a vías oral y nasal
	Nasal 20mg	Crisis resistentes a la vía oral Pacientes con vómitos
	Nasal 10mg	Niños y adolescentes
	Oral 50mg	Paciente migrañoso estándar Paciente en riesgo potencial de embarazo
Zolmitriptan	Liotab 2,5 y 5mg	Paciente migrañoso estándar Paciente con vómitos Crisis resistentes a la vía oral
	Nasal 5mg	
Naratriptan	Oral 2,5mg	Crisis leves a moderadas de larga duración Efectos adversos con otros triptanes
Rizatriptan	Liotab 10mg	Crisis intensas, rápidas y de corta duración Paciente con vómitos
Almotriptan	Oral 12,5mg	Paciente migrañoso estándar Efectos secundarios de otros triptanes
Eletriptan	Oral 20 y 40mg	Crisis intensas de larga duración
Frovatriptan	Oral 2,5mg	Crisis leves a moderadas de larga duración

Modificada de: Pascual Gómez J, Aguirre Sánchez JJ, García Moncó JC, Seijo Martínez M. Migraña y cefalea de tensión. En: Mateos V (ed). Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. Sociedad Española de Neurología, Barcelona 2006; 37-65.

Tabla VI: Dosis de los fármacos utilizados en el tratamiento preventivo de la migraña.

	MÍNIMA EFICAZ (MG)	RECOMENDADA (MG)	MÁXIMA (MG)
Betabloqueantes			
Propranolol	40	60	160
Nadolol	40	60	160
Metoprolol	100	100	200
Atenolol	50	50	100
Antagonistas del calcio			
Flunarizina	2,5	2,5-5	10
Antidepresivos			
Amitriptilina	10	25	75
Antiepilépticos/neuromoduladores			
Topiramato	50	100	200
Ácido valproico	300	600	1500

Modificado de J.Pascual, JJ.Aguirre, J.García, M.Seijo: Migraña y cefalea de tensión. Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. Sociedad Española de Neurología, 2006.

7. **Bibliografía**

1. Gracia Naya M, Usón M. Grupo de estudio de Neurólogos aragoneses. Estudio transversal multicéntrico de las consultas externas de Neurología de la Seguridad Social en Aragón. Resultados globales. Rev Neurol 1997; 25: 194-9.
2. Iñiguez C, Larrodé P, Mauri JA, Santos S, Tejero C, López E, Sanz J. Evaluación de los pacientes no presentados a las consultas de neurología. Rev Neurol 2003; 37 (12): 1104-1106.
3. Láinez JM, Vioque J, Hernández Y, Titus F. Prevalence of migraine in Spain. An assessment of the questionnaire's validity by clinical interview. En: Olensen J, ed. Headache classification and epidemiology. New York: Raven Press, Ltd.; 1994; p221-5.
4. Leira R, Láinez JM, Pascual J et al. Perfil del paciente con migraña que acude a consultas de neurología en España. Neurología 1998; 13: 287-91.
5. Clarke CE, MacMillan L, Sondhi S, Wells NE. Economic and social impact of migraine. QJM 1996; 89: 77-84.
6. Láinez JM. Prevalencia de la migraña en el medio laboral y su repercusión económica. Rev Esp Med Trab 1995 (supl 1): s3-s9.
7. Gracia Naya M, Rejas J, Latorre A, González P. Evaluación económica del tratamiento de la crisis aguda de migraña con triptanos en España. Neurología 2005; 20: 121-132.
8. Headache Classification Comité de la Internacional Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd ed. Cephalalgia 2004; 24 (suppl 1): 8-152.
9. Grupo de estudio de cefaleas. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2004. Sociedad Española de Neurología. Madrid: Ergon; 2004.
10. Salazar Quirós A, Sáenz Campos D. Tratamiento de cefalea y migraña en el primer y segundo nivel de atención. Criterios técnicos y recomendaciones basadas en evidencia para la construcción de guías de práctica clínica para el primer y segundo nivel de atención. Caja Costarricense de Seguro Social. Gerencia de División Médica. Dirección de Medicamentos y Terapéutica 2005.
11. Calero Muñoz S, Martínez Eizaguirre JM, García Fernández ML. Cefaleas en Atención Primaria. AMF 2006; 2(5): 249-259.
12. KruszJC Tensión type headaches: what theyareandhowtotreat them. Prim Care. 2004; 31: 293-311.
13. Colombo B, Annovazzi PO, Comi G. Therapy of primary headaches: The role of antidepressants. Neurol Sci. 2004; 25 (Suppl 3): S171-5.
14. Dowson AJ, Lipscombe S, Serder J, Ress T, Watson D. MIPCA Migraine Guidelines Development Group. Migraine In Primary Care Advisors. Curr Med Res Opin. 2002;18(7):414-39
15. Silberstein SD, Lipton RB. Chronic daily headache. En: Goadsby PJ, Silberstein SD, editors. Boston: Blue book of practical neurology: Headache; 1997. p. 201-25.
16. U.S. Headache Consortium publishes migraine headache treatment guidelines. 2002. Disponible en: <http://www.aafp.org/clinical/migraine>

8. **Autores:**

Dra. Sonia Santos Lasaosa: Médico Adjunto. Servicio de Neurología HCU Zaragoza.

Dr. Mariano Montori Lasilla: Jefe de Sección. Servicio de Neurología HCU. Zaragoza.

Dr. Domingo Casbas Vela: Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Cariñena.

Dra. Rosa Sebastián Gallego: Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Delicias Sur, Zaragoza.

Dra. Carmen Sáez Lavilla. Subdirectora Médica de Atención Primaria Sector Zaragoza III.

Dr. Fernando Flordelis Marco: Director de Atención Primaria Sector Zaragoza III.

Dr. Pascual Moreno Nuñez. Subdirector Médico HCU. Zaragoza.