

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Resumen de Evidencias y Recomendaciones

### Diagnóstico y tratamiento de la Cefalea Aguda en el segundo y tercer nivel de atención

# GPC

Guía de práctica clínica

Catálogo Maestro: ISSSTE-123-08

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Ave. Reforma No. 450 piso 13 Colonia Juárez,  
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC.

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conformaran el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la guía aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de interés.

Las recomendaciones son de carácter general por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán, basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y tratamiento de la Cefalea Aguda en el segundo y tercer nivel de atención.**  
México: Secretaría de Salud; 2008.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

## G44 OTROS Síndromes de Cefalea, R51 Cefalea

### Diagnóstico y tratamiento de la Cefalea Aguda en el segundo y tercer nivel de atención

#### Autores:

Dr. Lilia Núñez Orozco	Médico Neuróloga	Jefa del Departamento de Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Noel Isaías Plascencia	Médico Neurólogo	Centro Médico Nacional 20 de Noviembre	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Demetrio Gustavo Tehuitzin Huizil	Médico Neurólogo	Departamento de Neurología	"HR 1° de Octubre", ISSSTE
Dr. Alberto Jose Mimenza Alvarado	Médico Neurólogo	Departamento de Neurología	"HR Adolfo López Mateos", ISSSTE
Dr. Gloria de L. Llamosa G. Velázquez	Médico Neuróloga	Hospital Central Sur de Alta Especialidad Píacho	Petróleos Mexicanos
Dr. Francisco Javier M. Mayer Rivera.	Médico Anestesiólogo	Jefe de Departamento de Unidades Hospitalarias	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

#### Asesores

Dr. Miguel Iván Hernández Gutiérrez.	Médico Internista, Maestría en Investigación Clínica	Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Dr. Emeterio Leobardo Gómez Torres.	Maestría en Administración Médica y Hospitales	Jefe del Departamento de Actualización y Desarrollo Normativo	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

#### Validación Interna

Dr. Sergio Sauri Suárez	Médico Especialista en Neurología	Médico Adscrito al Servicio de Neurología del CMN "20 de Noviembre"	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
----------------------------	--------------------------------------	---	--

#### Validación Institucional

Dra. Sílvia García	Médico Especialista en Neurología y Maestría en Ciencias Médicas.	Coordinadora de Investigación CMN "20 de Noviembre"	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
--------------------	---	--	--

## Índice

1.- Clasificación.....	5
2.- Preguntas a responder por esta Guía .....	6
3.- Aspectos Generales .....	7
3.1 Justificación .....	7
3.2 Objetivo de esta Guía.....	7
3.3 Definición .....	8
4.- Evidencias y Recomendaciones .....	8
4.1 Epidemiología.....	9
4.2. Educación para la Salud.....	10
4.3 Prevención Secundaria.....	10
4.3.1 Factores de Riesgo.....	10
4.3.1.1 Historia Clínica.....	11
4.3.1.2 Exploración Clínica .....	14
4.3.1.3 Diagnóstico Temprano.....	15
4.3.1.4. Diagnóstico .....	15
4.3.1.5. Diagnóstico Diferencial.....	17
4.3.1 6. Estudios de Laboratorio y Gabinete .....	19
4.3.2. Tratamiento .....	23
4.4. Criterios de Referencia .....	24
5. Anexo.....	16
6.- Bibliografía.....	29
7.- Comité Académico .....	30
8.- Directorio.....	31
9.- Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica. ....	32

## 1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: ISSSTE-123-08	
<b>PROFESIONALES DE LA SALUD</b>	Médicos Neurólogos, Médicos Anestesiólogos.
<b>CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	G44 Otros Síndromes de Cefalea, R51 Cefalea.
<b>CATEGORÍA DE GPC</b>	Segundo y Tercer Nivel de Atención <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">                     Consejería Detección Diagnóstico Prevención                 </div> <div style="text-align: center;">                     Evaluación  Tamizaje                 </div> </div>
<b>USUARIOS POTENCIALES</b>	Médicos generales, internistas, endocrinólogos, Neurólogos, Urgenciólogos, familiares,, Nutriólogos, psicólogos, epidemiólogos, Paramédicos, Personal médico en formación, Enfermeras generales y especialistas, Personal de terapia física y rehabilitación, Trabajo Social.
<b>TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;">                     Gobierno Federal Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado Dirección General Médica Centro Médico Nacional 20 de Noviembre                 </div> <div style="width: 35%;">                     Hospital Regional 1º de Octubre Hospital Regional Adolfo López Mateos Petróleos Mexicanos Hospital Central Sur de Alta Especialidad Picacho                 </div> </div>
<b>POBLACIÓN BLANCO</b>	Mujeres y hombres de 18 años en adelante.
<b>FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR</b>	Gobierno Federal. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
<b>INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS</b>	Historia clínica Completa, estudios diagnósticos de laboratorio y gabinete, exploración neurológica, psicometría, , manejo farmacológico, criterios de internamiento y alta hospitalaria.
<b>IMPACTO ESPERADO EN SALUD</b>	Contribuir con: Incremento en el diagnóstico temprano, atención multidisciplinaria estrategias de referencia y contrareferencia al segundo nivel de atención, reducción de los factores de riesgo, mejor calidad de vida, racionalización del costo sanitario, reducción en la tasa de mortalidad, e incapacidad temporal ó permanente, atribuible a cefalea secundaria.
<b>METODOLOGÍA</b>	Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 220 Guías seleccionadas 2 del período 2004 al 2008 Revisión sistemáticas 1 Ensayos controlados aleatorizados: Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por Biblioteca del CMN "20 de Noviembre" Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones
<b>MÉTODO DE VALIDACIÓN</b>	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: CMN "20 de Noviembre"
<b>CONFLICTO DE INTERES</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés
<b>REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN</b>	Catálogo Maestro: ISSSTE-123-08      FECHA DE ACTUALIZACIÓN a partir del registro 2 a 3 años

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

## 2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuál es la incidencia de la cefalea aguda?
2. ¿Cuál es el sexo más frecuentemente afectado por la cefalea aguda?
3. ¿Cuál es el índice de morbi-mortalidad en pacientes con cefalea aguda?
4. ¿Cuál es la clasificación de la cefalea aguda?
5. ¿Cuáles son los criterios de diagnóstico para la cefalea aguda?
6. ¿Cuáles son los factores de riesgo para presentar cefalea aguda?
7. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más frecuentes de la cefalea aguda?
8. ¿Cómo se realiza la detección oportuna de la cefalea aguda?
9. ¿Cuál es la utilidad de las pruebas diagnósticas en la cefalea aguda?
10. ¿Qué pacientes con cefalea requieren estudios de neuroimagen?
11. ¿Se debe realizar de rutina punción lumbar en los pacientes que siendo evaluados para hemorragia subaracnoidea tuvieron una Tomografía Axial Computarizada (TAC) sin medio de contraste interpretada como normal?
12. ¿En cuales pacientes adultos con cefalea se puede realizar de manera segura una punción lumbar sin tener estudios de neuroimagen?
13. ¿Cuál es el tratamiento de la cefalea aguda?
14. ¿Puede la respuesta a una terapia determinar la etiología de una cefalea aguda?

### 3. ASPECTOS GENERALES

#### 3.1 JUSTIFICACIÓN

La cefalea es uno de los síntomas neurológicos más comunes en la atención clínica y abarca un amplio rango de trastornos neurobiológicos que van de los más comunes e irrelevantes, hasta los más complejos, de difícil diagnóstico. Los adultos entre los 18 y los 50 años son quienes la padecen con mayor frecuencia, pero los adolescentes y los niños también se ven afectados.

El término de cefalea acompaña a un número de condiciones que varían en severidad, incidencia y duración. En consecuencia mundialmente es difícil establecer la prevalencia de los subtipos. Su presencia es causa de incapacidad y la organización Mundial de la Salud ha establecido una prevalencia durante la vida del 66%, en donde la cefalea migrañosa ocupa el 19° lugar en causas de incapacidad, y en donde todos los tipos de cefalea duplican esta cifra.

La presencia de este síntoma, cuando ocurre de manera súbita, ó cuando la severidad obliga al paciente a recurrir a los servicios de urgencia, requiere de un ejercicio clínico correcto de evaluación, diagnóstico y tratamiento oportuno, ya que es fundamental para evitar complicaciones, secuelas ó incluso la muerte.

#### 3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica “**Diagnóstico y tratamiento de la Cefalea Aguda en el Segundo y tercer nivel de atención**”, forma parte de las Guías que integrarán el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Específico de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del Segundo y Tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

- **Realizar acciones específicas para el diagnóstico y la atención oportuna del paciente con cefalea aguda, que reduzcan la frecuencia de complicaciones y secuelas de las patologías que le dan origen, particularmente las de origen neurológico.**

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.3 DEFINICIÓN

La cefalea, se define como el dolor localizado por arriba del cuello, incluyendo la parte superior de éste y la cara.

En términos generales las cefaleas, tienen un fondo benigno especialmente cuando son crónicas, sin embargo cuando son agudas, especialmente con signos neurológicos, pueden ser una señal de alarma.

Se denomina cefalea primaria, a aquella en la que se han descartado patologías causales y regularmente es crónica. Cuando la cefalea se debe a un evento patológico que la ocasiona como síntoma acompañante se denomina cefalea secundaria.

La cefalea secundaria Puede ser de carácter banal como ocurre en las infecciones respiratorias, ó ser debida a patología específica del SNC, como es el caso de la hipertensión intracerebral por trastornos en el drenaje de LCR, Hemorragia intracraneal, Infecciones del sistema nervioso central, masa ocupativa, etc. Se reconoce como cefalea secundaria cuando ocurre de novo con otra alteración a la que se le reconoce como capaz de producirla.

Un paciente que previamente ha tenido una cefalea primaria que empeora en una relación de tiempo breve, en cercanía a la presencia de otra alteración, puede definirse con dos diagnósticos:

El diagnóstico de cefalea primaria y el diagnóstico de cefalea secundaria.

Los factores siguientes apoyan la utilización de dos diagnósticos simultáneos: Una relación temporal muy cercana, empeoramiento marcado de la cefalea primaria, la existencia de otra alteración que puede agravar la cefalea primaria en la forma que se observa, y la remisión de la cefalea después de la curación ó remisión de la otra alteración.

## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES


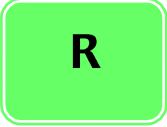
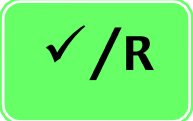
Las recomendaciones señaladas en esta guía, son producto del análisis de las guías de práctica clínica internacionales seleccionadas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura.

La presentación de la evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.



Los niveles de las evidencias y la graduación de las recomendaciones se mantienen respetando la fuente original consultada, citando entre paréntesis su significado. Las evidencias se clasifican de forma numérica y las recomendaciones con letras; ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.



Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía

	EVIDENCIA.
	RECOMENDACIÓN.
	PUNTO DE BUENA PRÁCTICA.

## 4.1 EPIDEMIOLOGÍA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>El análisis de el National Hospital Ambulatory Medical Care en USA de 1999 a 2001, mostró que la cefalea ocurrió en 2.1 millones de visitas al departamento de emergencias (DE), (2.2 % o de todas las visitas al DE). Del 14% de pacientes a los que se les realizaron estudios de imagen, 5.5% tuvieron diagnóstico de patología.</p>	<p>I</p> <p>American College of Emergency Physicians 2008</p>
 <p>En un estudio mexicano se analizaron 202 Imágenes de resonancia magnética de cráneo solicitadas por cefalea, de las que 132 resultaron anormales, permitiendo un diagnóstico de la causa del síntoma. Dos tercios fueron cefalea crónicas y el resto agudas.</p>	<p>III</p> <p>Evidencia nivel 3 o 4 , o •Extrapolación de estudios calificados como 2+ o Consenso formal NICE 2007 Boleaga, B. 2007</p>

## 4.2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

**R**

Los profesionales que atienden cefaleas deben asegurar una adecuada comunicación con el paciente de manera que éste comprenda la naturaleza de su enfermedad y esté informado de la causa probable y de los potenciales riesgos de una cefalea aguda de causa secundaria, con el objeto de reforzar la cooperación para una atención estructurada y para manejo del dolor.

**B**  
CCSS 2005

## 4.3 PREVENCIÓN SECUNDARIA

### 4.3.1 FACTORES DE RIESGO

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

**✓/R**

Investigue antecedentes familiares de migraña, hemorragias cerebrales por aneurismas o malformaciones arteriovenosas, tumores cerebrales, enfermedades inmunológicas (v. gr. LES) o cualquier patología neurológica.

Investigue antecedentes personales de toxicomanías (v. gr. alcohol, cocaína, etc.), inmunodeficiencia, cáncer, diabetes, tratamientos con inmunosupresores, traumatismos.



**D (BPP)**

Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en el experiencia del grupo que elabora la guía

NICE2007

#### 4.3.1.1 HISTORIA CLÍNICA

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado



La cefalea secundaria debe considerarse en pacientes que se presentan con cefalea de inicio reciente ó cefalea que difiere de su patrón habitual. Estudios observacionales resaltan los siguientes signos de atención ó banderas rojas para considerar cefaleas potencialmente secundarias que requieren una evaluación más amplia:

- Inicio reciente ó cambios en el patrón de cefalea de pacientes que tienen más de 50 años.
- Cefalea súbita: inicio rápido para alcanzar la intensidad de la cefalea(segundos a minutos).
- Síntomas neurológicos focales( v.gr debilidad de las extremidades, aura menor a 5 minutos ó mayor a una hora).
- Síntomas neurológicos no focales (v.gr trastornos cognitivos).
- Cambios en la frecuencia, características ó síntomas asociados de la cefalea.
- Evaluación neurológica anormal.
- Cefalea que se modifica con la postura.
- Cefalea que despierta al paciente.
- Cefalea desencadenada por actividad física ó maniobra de valsalva (toser, reír pujar).
- Pacientes con factores de riesgo para trombosis del seno venoso.
- Claudicación mandibular ó trastornos visuales.
- Rigidez de cuello.
- Fiebre.
- Cefalea de inicio reciente en un paciente con historia de infección por virus de inmunodeficiencia humana(VIH).
- Cefalea de inicio reciente en un paciente con historia de cáncer.

3

Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.

4

Opinión de expertos. SIGN 2008

Los pacientes con cefalea aguda deben evaluarse considerando los siguientes diagnósticos presuncionales:

Crónica postraumática.

Crónica atribuida a lesión por mecanismo de “latigazo”.

Cefalea atribuible a:

- Hematoma epidural.



- Hematoma subdural.
- Hemorragia intracerebral.
- Trombosis venosa cerebral.
- Arteritis de células gigantes.
- Hipertensión intracraneal idiopática.
- Hipertensión intracraneal secundaria a hidrocefalia.
- Presión del líquido cefalorraquídeo baja espontánea (o idiopática).
- Neoplasias.
- Al uso de nitratos.
- Al uso de inhibidores de la fosfodiesterasa.
- Meningitis bacteriana.
- Meningitis linfocítica.
- Encefalitis.
- Apnea del sueño.
- Feocromocitoma.
- Crisis hipertensiva.
- Isquemia cardíaca.
- Glaucoma agudo.
- Rinosinusitis.
- Cefalea o dolor facial atribuido a disfunción temporomandibular.

✓  
(PBP)

La mejor práctica recomendada y basada en la experiencia clínica del grupo de desarrollo MOH Clinical Practice Guidelines 2007



La cefalea súbita puede ser primaria o secundaria. Se define por el ICHD-II, como cefalea de alta intensidad de inicio rápido que asemeja a la de hemorragia subaracnoidea por una ruptura de aneurisma, con una intensidad máxima que se alcanza en menos de un minuto. En la mayoría de los casos el pico máximo en la intensidad es instantáneo. En series de casos pequeñas, 19% de los pacientes con hemorragia subaracnoidea que alcanzó su severidad máxima en algunos minutos (más de 5 minutos) La

4

Opinión de expertos.  
SIGN 2008

cefalea súbita puede presentarse también durante el ejercicio ó durante la actividad sexual. Otras causas de inicio súbito de cefalea incluyen: la hemorragia intracerebral, la trombosis del seno venoso central, la disección arterial y la apoplejía pituitaria.

**E**

La cefalea asociada a presión intracraneal aumentada, usualmente se manifiesta al estar acostado y puede despertar al paciente. También puede precipitarse por maniobras de valsalva (tosar, reír, pujar), actividad sexual ó ejercicio. Obscurecimiento visual, cambios transitorios en la visión al cambiar de postura o con maniobra de valsalva sugieren incremento en la presión del líquido cefalorraquídeo. Cualquiera de estos síntomas debe ser evaluado de manera urgente por el especialista.

4

Opinión de expertos.  
SIGN 2008

**E**

Los tumores intracraneales rara vez producen cefalea mientras que no alcanzan un tamaño considerable, en particular si se localizan en áreas "silenciosas" como los lóbulos frontales. La excepción son los tumores hipofisarios y de la fosa posterior. La hemorragia intratumoral puede ocasionar cefalea severa súbita, pero es más común que estos pacientes presenten crisis convulsivas ó signos y síntomas neurológicos. Debe considerarse altamente sospechoso al paciente con antecedente de cáncer en cualquier sitio.

4

Opinión de expertos.  
SIGN 2008

**E**

En un estudio de 324 pacientes con tumor intracraneal la cefalea fue el primer síntoma en 23%, pero al momento del diagnóstico era el único síntoma en 0.2%, todos los demás pacientes tuvieron síntomas ó signos de focalización.

3

Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.  
SIGN 2008

**E**

La hipertensión intracraneal idiopática (incidencia 1-3/100,000 en mujeres entre 15-45 años) se presenta con signos y síntomas consistentes con presión intracraneal elevada, neuroimagen típicamente normal (incluyendo TAC ó resonancia magnética con venografía para excluir trombosis del seno venoso y una presión de líquido cefalorraquídeo elevada. La cefalea es inicialmente episódica y progresa en semanas a cefalea diaria con hallazgos típicos de aumento en la presión intracraneal. Otros síntomas y signos comunes incluyen obscurecimiento visual transitorio, tinnitus pulsátil, parálisis del sexto par, escotomas y papiledema. Se observa más frecuentemente en mujeres obesas en edad fértil.

4

Opinión de expertos.  
SIGN 2008

**E**

En pacientes que presentan cefalea y una combinación de fiebre, rigidez de nuca, signos focales ó convulsiones, se debe considerar la presencia de infección en el sistema nervioso central, que puede ser difusa (meningitis o encefalitis) ó localizada (absceso cerebral). Debe haber una alta sospecha en pacientes con historia de HIV ó inmunosupresión.

3

Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.  
SIGN 2008

#### 4.3.1.2 EXPLORACIÓN CLÍNICA

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado

**R**

A los pacientes que presentan cefalea por primera vez ó cursan con cefalea que difiere de la que usualmente presentan, se les debe realizar una evaluación neurológica incluyendo:

- Examen de fondo de ojo.
- Medición de la presión arterial.
- Evaluación de pares craneales, especialmente pupilas, campos visuales, movimientos oculares.
- Función motora y sensorial facial.
- Función bulbar (movilidad del paladar blando y lengua).
- Fuerza, tono, reflejos y coordinación de las cuatro extremidades.
- Respuestas plantares.
- Marcha, incluyendo punta-talón.

La evaluación debe ajustarse para incluir cualquier síntoma neurológico de focalización.



**D**  
Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.  
SIGN 2008




**✓/R**

Se recomienda realizar de manera ordenada la secuencia tradicional de la exploración neurológica:


Función mental.  
Nervios craneales (fondo de ojo).  
Función motora.  
Reflejos (patológicos).  
Exploración sensitiva.  
Cerebelo.  
Meníngeos.  
Exploración neurovascular.

**D (BPP)**  
Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en el experiencia del grupo que elabora la guía  
NICE2007

4.3.1.3 DIAGNÓSTICO TEMPRANO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>La historia clínica es de primera importancia para la evaluación de la cefalea. La meta al realizarla es clasificar el tipo de cefalea y realizar estudios diagnósticos para cefalea secundaria empleando hallazgos de banderas rojas. Una historia clínica inadecuada es la causa más probable de un diagnóstico erróneo del tipo de cefalea.</p>	<p><b>4</b> Opinión de expertos. SIGN 2008</p>
	<p>Se recomienda utilizar la lista de preguntas de la Asociación Británica para el Estudio de la Cefalea como una herramienta de ayuda para determinar la historia de cefalea del paciente.</p>	<p style="text-align: center;">✓</p> <p><b>D (BPP)</b> Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en el experiencia del grupo que elabora la guía NICE2007</p>
	<p>No existen hallazgos confiables para diferenciar el origen primario ó secundario en las cefaleas súbitas, y las hemorragias subaracnoideas pueden presentarse con una cefalea de inicio leve. Una minoría considerable de la cefalea súbita es secundaria. En una serie de casos 11% de los pacientes con cefalea súbita tuvieron hemorragia subaracnoidea.</p>	<p><b>4</b> Opinión de expertos. SIGN 2008</p>

4.3.1.4. DIAGNÓSTICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>El hematoma subdural crónico debería considerarse siempre en un paciente anciano con una cefalea progresiva particularmente si hay alguna alteración cognitiva o signos focales.</p>	<p><b>Grado D, Nivel 3</b></p> <p>Evidencia extrapolada de estudios evaluados como 2++, Nivel de Evidencia 3 o 4; o Evidencia extrapolada de estudios evaluados como 2+ MOH Clinical Practice Guidelines 2007</p>

**Nivel C**

**R**

La mejoría del dolor al tratamiento no debe usarse como el único indicador diagnóstico de la etiología subyacente de una cefalea aguda.

Otras estrategias para el manejo del paciente que son basadas en evidencia preliminar, inconclusa o contradictoria, o en la ausencia de cualquier literatura publicada, basada en panel de consenso.

American College of Emergency Physicians 2008

**C**

Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población blanco de la Guía y mostrando una impresión general de consistencia en los resultados; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.

SIGN 2008

**3**

Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.

**4**

Opinión de expertos.  
SIGN 2008

**R**

La cefalea de pacientes que presentan un patrón de episodios recurrentes de cefalea incapacitante, asociada con náusea y sensibilidad a la luz, y que tienen una exploración neurológica normal, deben ser considerados como migraña.

La presencia de cefalea con aura prolongada eleva la posibilidad de diagnosticar cefalea secundaria.

La migraña se clasifica con la presencia ó ausencia de aura. Un aura típica comprende síntomas completamente reversibles visuales y/o sensoriales y/o lenguaje disfásico. Los síntomas pueden ser positivos (luces parpadeantes, manchas, relámpagos) y negativos (pérdida visual, entumecimiento). Los síntomas habitualmente tienen evolución en cinco ó más minutos y se resuelven antes de 60 minutos.

Se debe considerar una isquemia cerebral transitoria si el aura tiene un inicio rápido, si existe una presencia simultánea de diferentes síntomas de aura, más que una presentación secuencial de estos, ó si el aura es puramente negativa ó de corta duración.

**E**



D



Los clínicos deben tener precaución sobre los tratamientos agudos ó sintomáticos de la cefalea que llevan a cabo los pacientes, porque estos pueden ser causantes de cefalea medicamentosa por sobreutilización. Los pacientes con mayor riesgo son los migrañosos, los que padecen cefaleas frecuentes y aquéllos que emplean fármacos con opioides o triptanes.

Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+. SIGN 2008

#### 4.3.1.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

### Evidencia / Recomendación

### Nivel / Grado



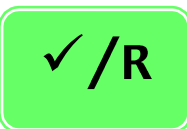
La migraña es la causa más común de cefalea primaria. La prevalencia global en el ciclo vital es de 10% en los hombres y 22% en las mujeres.

La migraña es característicamente:

- Unilateral.
- Pulsátil.
- Se desarrolla en minutos u horas.
- Es de intensidad moderada a severa.
- Se asocia con náusea y/ó vómito y/o sensibilidad a la luz y/o sensibilidad al sonido.
- Es incapacitante.
- Se agrava por actividad física rutinaria.

4

Opinión de expertos. SIGN 2008

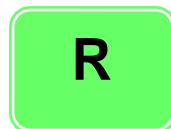


Se recomienda emplear los criterios de la International Headache Society para caracterizar la migraña.



**D (BPP)**

Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en el experiencia del grupo que elabora la guía NICE200



La Arteritis de Células Gigantes debe considerarse en pacientes de más de 50 que se presentan con una cefalea nueva, ó que tienen cambios en su patrón de cefalea.

D

Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

SIGN 2008

**R**

Los pacientes que presentan un patrón recurrente de episodios de cefalea incapacitante, asociada con náusea y sensibilidad a la luz, y que tienen un examen neurológico normal, deben considerarse migrañosos.

**C**  
Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población blanco de la Guía y mostrando una impresión general de consistencia en los resultados; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.

SIGN 2008

**E**

50% de pacientes migrañosos son diagnosticados de manera inadecuada como otro tipo de cefalea.

**2+**  
SIGN 2008

**E**

Se debe considerar el diagnóstico de cefalea tensional en pacientes que presentan cefalea bilateral que no es incapacitante y que tienen un examen neurológico normal.

**C**  
Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población blanco de la Guía y mostrando una impresión general de consistencia en los resultados; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.

SIGN 2008

**E**

Se deben considerar como diagnósticos diferenciales a las cefalalgias autonómicas trigeminales, incluyendo la cefalea en racimos, la cefalea paroxística hemicránea y la cefalea de corta duración unilateral neuralgiforme con lagrimeo e inyección conjuntival y la cefalea de corta duración neuralgiforme con síntomas craneales autonómicos, la cual es muy rara.

Consenso del grupo de trabajo que elaboró esta GPC

4

**E**

La cefalea hemicránea continua se confunde con la cefalea secundaria Aunque la cefalea hemicránea continua responde de manera absoluta a la indometacina, una buena respuesta a este fármaco no excluye una causa secundaria.

Opinión de expertos. SIGN 2008

#### 4.3.1 6. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p><b>R</b></p>	<p><b>Grado D</b> Evidencia extrapolada de estudios evaluados como 2++ Evidencia nivel 3 o 4; ó evidencia extrapolada de estudios evaluados como 2+ MOH Clinical Practice Guidelines 2007</p>
<p>Las punciones lumbares no se recomiendan en la evaluación de rutina de las cefaleas.</p>	<p><b>Grado D, Nivel 3</b> Evidencia Extrapolada de estudios evaluados como 2++</p>
<p><b>R</b></p>	<p>Nivel de evidencia 3 o 4; ó evidencia extrapolada de estudios I evaluados como 2+ MOH Clinical Practice Guidelines 2007</p>
<p>✓/R</p>	<p>✓ <b>(PBP)</b> La mejor práctica recomendada y basada en la experiencia clínica del grupo de desarrollo</p>
<p>Los estudios de neuroimagen son prioritarios antes de una punción lumbar si está presente un déficit neurológico o hay sospecha de presión intracraneal aumentada.</p>	

MOH Clinical Practice  
Guidelines  
2007

**E**

Un examen neurológico anormal incrementa la probabilidad de encontrar una patología intracraneal significativa en los estudios de neuroimagen (v.gr. tumor cerebral, malformación arteriovenosa, hidrocefalia). La ausencia de cualquier anomalía en el examen neurológico reduce la probabilidad de encontrar una anomalía significativa en los estudios de imagen.

2++  
Evidencia sin gradar  
MOH Clinical Practice  
Guidelines  
2007

**R**

Actualmente hay evidencia insuficiente para hacer recomendaciones específicas respecto a los estudios de neuroimagen en la presencia de síntomas neurológicos focales sin déficits clínicos (v.gr alteración hemisensitiva).

D  
MOH Clinical Practice  
Guidelines  
2007

**R**

Pacientes que requieren estudios de neuroimagen en forma urgente<sup>1</sup>:

1. Pacientes que se presentan al Servicio de Urgencias con cefalea y hallazgos anormales en el examen neurológico (v.gr déficit focal, estado mental o función cognitiva alterados).
2. Pacientes que se presentan con cefalea severa de inicio reciente y comienzo súbito.
3. Pacientes VIH positivos con un nuevo tipo de cefalea.

**Nivel B**  
Recomendaciones para el manejo del paciente que pueden identificar una estrategia particular o rango de estrategias de manejo que reflejan confiabilidad clínica moderada (v.gr , basado en la fuerza de evidencia de estudios clase II orientados directamente al tema, análisis de decisión orientados directamente al tema o fuerte consenso de la fuerza de la evidencia de los estudios clase III)  
American College of  
Emergency Physicians  
2008

**R**

Los mayores de 50 años que se presentan con cefalea de reciente inicio a pesar de tener un examen neurológico normal deben considerarse para un estudio de neuroimagen de emergencia.

#### Nivel C

Otras estrategias para el manejo del paciente que están basadas en evidencia preliminar, inconclusa o contradictoria, o en la ausencia de cualquier literatura, basada en panel de consenso.

American College of Emergency Physicians 2008

**R**

A los pacientes que se presentan al servicio de urgencias con una cefalea severa, de inicio súbito y una TAC de cráneo sin contraste negativa, se les debe realizar una punción lumbar para descartar hemorragia subaracnoide.

#### Nivel B

Recomendaciones para el manejo del paciente que permiten identificar una estrategia particular o rango de estrategias de manejo que reflejan certeza clínica moderada

(v.gr, basada en la fuerza de evidencia de estudios clase II orientados directamente al tema, análisis de decisión orientados directamente al tema o consenso fuerte de la fuerza de la evidencia de estudios clase III).

American College of Emergency Physicians 2008

**R**

1. Los pacientes adultos con cefalea y que exhiben signos de presión intracraneal aumentada (v.gr papiledema, pulso venoso ausente en el examen del fondo de ojo, estado mental alterado, déficits neurológicos focales, signos de irritación meníngea) deben ser sometidos a un estudio de neuroimagen antes de la punción lumbar.

2. En la ausencia de hallazgos clínicos sugestivos de presión intracraneal aumentada, se puede llevar a cabo la punción lumbar sin estudio de neuroimagen (Nota: la punción lumbar no valora todas las causas de cefalea severa súbita.).

#### Nivel C

Otras estrategias para el manejo del paciente que se basan en evidencia preliminar, inconclusa o contradictoria, o en la ausencia de cualquier literatura publicada, basada en panel de consenso.

American College of Emergency Physicians 2008

**R**

Los pacientes con una cefalea de inicio súbito, severa que tienen hallazgos negativos en la TAC de cráneo, presión de apertura normal y hallazgos negativos en el análisis del LCR, no necesitan angiografía urgente y pueden ser egresados del Servicio de Urgencias, recomendándose el seguimiento.

**R**

La neuroimagen no está indicada en pacientes con una historia clara de migraña, en los que no hay hallazgos de banderas rojas para presumir una potencial cefalea secundaria, y que tienen una exploración neurológica normal.

**R**

A los pacientes con cefalea súbita se les debe realizar una tomografía axial computada simple del cerebro, tan rápidamente como sea posible y preferiblemente dentro de las primeras 12 horas de haber iniciado.

**R**

A los pacientes con cefalea súbita en los que la tomografía axial computada sea normal, se les debe realizar una punción lumbar.

### Nivel B

Recomendaciones para el manejo del paciente que permiten identificar una estrategia particular o un rango de estrategias de manejo que reflejan certeza clínica moderada (v.gr, basadas en la fuerza de evidencia de estudios clase III orientados directamente al tema, análisis de decisión orientados directamente al tema o consenso fuerte de la fuerza de la evidencia de los estudios clase III). American College of Emergency Physicians 2008

### D

Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.  
SIGN 2008

### D

Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.  
SIGN 2008

### C

Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2 + directamente aplicables a la población blanco de la Guía y mostrando una impresión general de consistencia en los resultados; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.  
SIGN 2008

**R**

No es necesario indicar un electroencefalograma en la evaluación de las cefaleas.

B  
CCSS 2005

#### 4.3.2. TRATAMIENTO

#### Evidencia / Recomendación

#### Nivel / Grado

**✓/R**

El primer factor importante para el éxito de la terapéutica en cefalea es tener un diagnóstico claro y preciso del tipo de cefalea; para esto es aconsejable seguir los lineamientos de la clasificación internacional de la "IHS".

Es imprescindible descartar la presencia de enfermedades sistémicas que pueden cursar con cefalea, lo mismo que investigar los antecedentes familiares de cefalea vascular o patología neurológica.

La evaluación del paciente inicia con una historia clínica completa, especialmente una anamnesis muy detallada de las características de la cefalea, factores precipitantes, conflictos psíquicos, etc.

Un examen físico general, signos vitales, examen neurológico completo y, dependiendo del caso, solicitar algunos exámenes de laboratorio generales y específicos, por ejemplo una cefalea intensa asociada a náusea, vómitos y fiebre amerita la realización de una punción lumbar para descartar meningitis. El tratamiento de la cefalea aguda secundaria dependerá básicamente de la enfermedad de fondo; generalmente se asocia tratamiento sintomático, pudiendo utilizarse diversos analgésicos (simples, AINES, opioides, etc.), de acuerdo a la gravedad del dolor. Adicionalmente podrán agregarse otros sintomáticos para el control de náusea y vómito.

Para el tratamiento del dolor de la cefalea aguda, secundaria deben considerarse:

1.- La intensidad del dolor:

a) Para cefaleas con intensidad de 1 a 7 en la escala visual análoga (EVA), pueden utilizarse antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) tradicionales (paracetamol, ibuprofeno, Acido Acetilsalicílico - ASA-, naproxeno, ketorolaco)

2.- La etiología:

a) Para los casos en los que exista efecto de masa (hematomas, edema cerebral) y dependiendo de la intensidad podrán utilizarse AINEs por vía oral ó intravenosa (paracetamol, ibuprofeno, Acido



**D (BPP)**

Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en el experiencia del grupo que elabora la guía NICE2007

Acetilsalicílico - ASA-, naproxeno, ketorolaco). En caso de una intensidad mayor a 7 en la EVA, el uso de opioides (como el tramadol) deberá individualizarse, por los efectos sobre el estado conciencia, aunque pueden utilizarse una vez que se ha determinado el tratamiento definitivo.



**D (BPP)**

Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en el experiencia del grupo que elabora la guía NICE2007



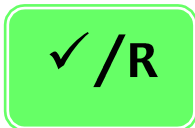
b) Para los casos en los que existe una tumoración y efecto de masa (edema cerebral y datos de herniación cerebral), pueden utilizarse esteroides como la dexametasona y dependiendo de la intensidad, y las condiciones generales del paciente considerar agregar el uso de AINEs u opioides menores (tramadol) vigilando las posibles interacciones farmacológicas.

c) Para los casos asociados a trauma (cefaleas postraumáticas) sin edema cerebral, procesos infecciosos (no localizados en el sistema nervioso central) deben utilizarse AINEs por vía oral ó intravenosa (paracetamol, ibuprofeno, Acido Acetilsalicílico - ASA-, naproxeno, ketorolaco).

#### 4.4. CRITERIOS DE REFERENCIA

**Evidencia / Recomendación**

**Nivel / Grado**



Todos los pacientes con sospecha de cefalea secundaria deben ser referidos a un especialista.  
 La referencia está indicada si se presentan las siguientes características:

1. Síntomas sistémicos tales como fiebre o cambios en el estado mental.
2. Déficits neurológicos.
3. Comienzo súbito o severidad máxima desde el inicio.
4. La primer cefalea severa o la peor cefalea en la vida del individuo.
5. Cefalea de reciente inicio persistente o cefalea de empeoramiento progresivo.
6. Cambios en el patrón normal característico de la cefalea.
7. Cefalea reciente en la edad madura o posterior.
8. Cefalea precipitada por esfuerzos como toser, estornudar, permanecer de pie, inclinarse o estar acostado.



**(PBP)**

La mejor práctica recomendada y basada en la experiencia clínica del grupo de desarrollo MOH Clinical Practice Guidelines 2007



**R**

Los pacientes que presentan cefalea y hallazgos de banderas rojas, que presumen una cefalea potencialmente secundaria, deben ser referidos al especialista apropiado a sus síntomas, para una evaluación posterior.

**D**  
Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.  
SIGN 2008

**R**

Pacientes con una primera presentación de cefalea súbita, deben ser referidos de manera inmediata al nivel hospitalario para ser evaluados por el especialista el mismo día.

**D**  
Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.  
SIGN 2008

**R**

Pacientes con cefalea y hallazgos sugestivos de elevación en la presión intracraneal, deben ser referidos de manera urgente para evaluación por el especialista.

**D**  
Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.  
SIGN 2008

**R**

Pacientes con cefalea y hallazgos sugestivos de infección del Sistema nervioso central, deben ser referidos de manera inmediata para evaluación del especialista el mismo día.

**D**  
Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+.  
SIGN 2008

## 5. ANEXO

### NOTA METODOLÓGICA

Los documentos tomados como referencia, que no contaron con sistema de gradación de la evidencia y fuerza de la recomendación, fueron clasificados por el grupo redactor de esta guía empleando los siguientes criterios (NICE2007)\*<sup>2</sup>

**Tabla 1. Niveles de evidencia para estudios de intervención**

1++	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgos de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgos de sesgos
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad 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 casos controles con alto riesgos de sesgos
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y serie de casos
4	Opinión de expertos.

**Tabla 2. Clasificación de las recomendaciones para estudios de intervención**

A	<ul style="list-style-type: none"> <li>Al menos un meta-análisis o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++ , que sea directamente aplicable a la población diana, o</li> <li>Una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados</li> </ul>
---	--

<sup>2</sup> Metodología para el desarrollo de GPC CENETEC 2007. Anexo “Criterios para gradar la evidencia”

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evidencia a partir de la apreciación de NICE.</li> </ul>
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados o,</li> <li>● Extrapolación de estudios calificados como 1++, 1+</li> </ul>
C	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+ , que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia en los resultados , o</li> <li>● Extrapolación de estudios calificados como 2++</li> </ul>
D	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evidencia nivel 3 o 4, o</li> <li>● Extrapolación de estudios calificados como 2+ o</li> <li>● Consenso formal.</li> </ul>
D (BPP) IP	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en el experiencia del grupo que elabora la guía</li> <li>● Recomendación a partir del manual para procedimientos de intervención de NICE.</li> </ul>

**Tabla 3. Niveles de evidencia para estudios de diagnóstico**

la	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Al menos un meta-análisis, o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++ , que sea directamente aplicable a la a la población blanco, o</li> <li>● Una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población blanco y demuestre consistencia de los resultados.</li> <li>● Evidencia a partir de la apreciación de NICE</li> </ul>
----	---

Ib	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o</li> <li>• Extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+.</li> </ul>
II	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o</li> <li>• Extrapolación de estudios calificados como 2++.</li> </ul>
III	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidencia nivel 3 o 4, o</li> <li>• Extrapolación de estudios calificados como 2+ o</li> <li>• Consenso formal</li> </ul>
IV	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elaboró la guía.

**Tabla 4. Clasificación de las recomendaciones para los estudios diagnósticos**

A (ED)	Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib
B (ED)	Estudios con un nivel de evidencia II
C (ED)	Estudios con un nivel de evidencia III
D (ED)	Estudios con un nivel de evidencia IV
ED	Estudios diagnósticos

## 6. BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Emergency Physicians.  
Jonathan A. Edlow, MD; Peter D. Panagos, MD; Steven A. Godwin, MD; Tamara L. Thomas, MD; Wyatt W. Decker, MD.
2. Clinical Policy: Critical Issues in the Evaluation and Management of Adult Patients Presenting to the Emergency Department With Acute Headache. 2008.
3. Disponible el 18 de marzo de 2009 en:
4. Boleaga, B. Utilidad de la Imagen por resonancia magnética en el estudio de la cefalalgia. Revista Mexicana de Neurociencia. 2007; 8(5):491-99.
5. Headache Disorders and Public Health, Education and Management Implications World Health Organisation, Geneva, WHO/MSD/MBD/00.9, Sept 2000.
6. Disponible el 18 de marzo de 2009 en:
7. INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY. The International Classification of Headache Disorders. 2nd Edition 2004. Cephalalgia 2004; 24 (suppl 1): 1-160.
8. <http://www.acep.org/practres.aspx?id=30060>
9. <http://migraines.org/new/pdfs/who.pdf>
10. [http://ihs-classification.org/\\_downloads/mixed/WatermarkedShortForm%20ICHD-II.pdf](http://ihs-classification.org/_downloads/mixed/WatermarkedShortForm%20ICHD-II.pdf)

## 7.- COMITÉ ACADÉMICO

### Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Miguel Iván Hernández Gutiérrez	Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria
Dr. Tomas Gómez Castillo	Jefe de Servicios
Dr. Emeterio Leobardo Gómez Torres	
Dr. José Bernabé Ramírez Cabrera	
Dra. Graciela Orozco Vázquez	Asesores de Guías Practicas Clínica
Lic. Patricia Reynoso Hernández	
Tec. Ma. Guadalupe Gómez Sánchez	

## 8. DIRECTORIO

**Secretaría de Salud**  
Dr. José Ángel Córdova Villalobos  
**Secretario de Salud**

**Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS**  
Mtro. Daniel Karam Toumeh  
**Director General**

**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE**  
Lic. Miguel Ángel Yunes Linares  
**Director General**

**Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF**  
Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín  
**Titular del organismo SNDIF**

**Petróleos Mexicanos / PEMEX**  
Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza  
**Director General**

**Secretaría de Marina**  
Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza  
**Secretario de Marina**

**Secretaría de la Defensa Nacional**  
General Guillermo Galván Galván  
**Secretario de la Defensa Nacional**

**Consejo de Salubridad General**  
Dr. Enrique Ruelas Barajas  
**Secretario del Consejo de Salubridad General**

### **DIRECTORIO INSTITUCIONAL**

Dr. Carlos Tena Tamayo  
**Director Médico.**

Dr. Miguel Iván Hernández Gutiérrez  
**Subdirector de Regulación y Atención Hospitalaria**

Dr. Tomas Gómez Castillo  
**Jefe de Servicios**

Dr. Rafael M. Navarro Meneses  
**Director del CMN "20 de Noviembre"**

## 9. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez <b>Subsecretaria de Innovación y Calidad</b>	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila <b>Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</b>	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales <b>Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</b>	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg <b>Comisionado Nacional de Protección Social en Salud</b>	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González <b>Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud</b>	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin <b>Representante del Consejo de Salubridad General</b>	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes <b>Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional</b>	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos <b>Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México</b>	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno <b>Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social</b>	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo <b>Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</b>	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate <b>Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos</b>	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna <b>Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia</b>	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci <b>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico</b>	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García <b>Director General de Calidad y Educación en Salud</b>	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre <b>Director General de Evaluación del Desempeño</b>	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy <b>Directora General de Información en Salud</b>	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz <b>Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante <b>Secretaría de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México</b>	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata <b>Secretario de Salud del Estado de Tabasco</b>	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola <b>Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas</b>	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero <b>Presidente de la Academia Nacional de Medicina</b>	Titular
Dr. Jorge Elías Dib <b>Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía</b>	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo <b>Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC</b>	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno <b>Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales</b>	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma <b>Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda <b>Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.</b>	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román <b>Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud</b>	Secretario Técnico