

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Guía de Referencia Rápida

### 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

**R51 Cefalea**

**GPC**

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

**ISBN en trámite**

**DEFINICIÓN:**

La cefalea, (CIE10 R51 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 intracraneal 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 nuevo con otra alteración a la que se le reconoce como capaz de producirla.

**EPIDEMIOLOGÍA**

La cefalea es la causa de aproximadamente el 2.2% de las solicitudes de atención en urgencias. ). Del 14% de pacientes a los que se les realizan estudios de imagen, 5.5% tienen diagnóstico de patología.

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.

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

## PREVENCIÓN SECUNDARIA

### HISTORIA CLÍNICA

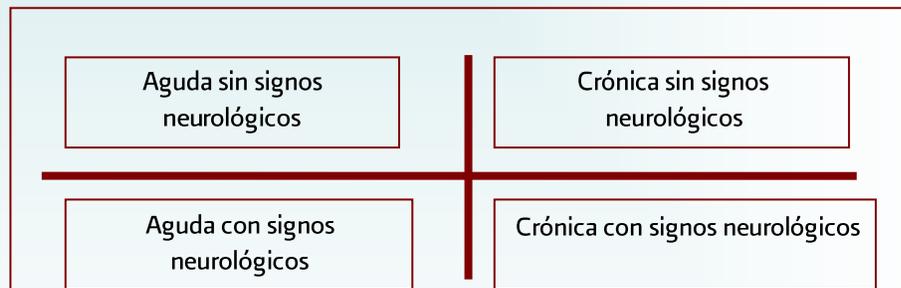
#### FACTORES DE RIESGO

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.

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.

### CEFALEAS



La cefalea crónica sin signos neurológicos habitualmente corresponde a algún tipo de cefalea primaria. La crónica con signos neurológicos es una cefalea secundaria habitualmente a tumores de lento crecimiento. Las cefaleas agudas, con o sin signos neurológicos son de alto riesgo y requieren de un trabajo diagnóstico rápido y eficaz para aplicar oportunamente un tratamiento ya que potencialmente ponen en peligro la vida.

La cefalea aguda con signos neurológicos claramente manifiesta que se trata de una cefalea secundaria, pero la aguda que carece de signos neurológicos es potencialmente una fuente de error grave si no se atiende adecuadamente.

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

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)

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.

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.

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.

El hematoma subdural crónico debería considerarse siempre en un paciente anciano con una cefalea progresiva particularmente si hay alguna alteración cognitiva o signos focales. Asimismo, 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

### **EXPLORACIÓN CLÍNICA**

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 ordenada que debe ajustarse para incluir cualquier síntoma neurológico de focalización, incluyendo:

- Función mental
- Evaluación de pares craneales, especialmente pupilas, campos visuales, movimientos oculares y examen de fondo de ojo)
- Función motora y sensorial facial y general
- Cerebelo
- Meníngeos
- Exploración neurovascular
- Fuerza, tono, reflejos y coordinación de las cuatro extremidades
- Reflejos osteo-tendinosos incluyendo respuestas plantares
- Marcha, incluyendo punta-talón
- Medición de la presión arterial

## DIAGNÓSTICO

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.

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

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.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

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

Se recomienda emplear los criterios de la International Headache Society para caracterizar la migraña, aunque en general 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.

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.

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.

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.

## ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

### ESTUDIOS DE IMAGEN

Las radiografías simples de cráneo no se recomiendan para la evaluación de la cefalea.

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.

Un examen neurológico anormal incrementa la probabilidad de encontrar una patología intracraneal significativa en los estudios de neuroimagen como la TAC (v.gr. tumor cerebral, malformación arteriovenosa, hidrocefalia u otras causas de hipertensión intracraneal).

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 y antes de una punción lumbar.

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.

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
4. Pacientes mayores de 50 años que se presentan con cefalea de reciente inicio a pesar de tener un examen neurológico normal.

### PUNCIÓN LUMBAR

A los pacientes con cefalea súbita en los que la tomografía axial computada sin contraste sea normal, se les debe realizar una punción lumbar, la cual no se recomienda como un estudio de rutina y debe restringirse a cefaleas que se crean secundarias a infecciones del SNC, hemorragia subaracnoidea e hipertensión intracraneal idiopática.

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

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.)

### ESTUDIOS DE ELECTROFISIOLOGÍA:

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

## TRATAMIENTO

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 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.

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).

### CRITERIOS DE REFERENCIA

Todos los pacientes con sospecha de cefalea secundaria deben ser referidos a un especialista  
La referencia está indicada si se presentan con banderas rojas positivas.

Los pacientes con una primera presentación de cefalea súbita, hallazgos sugestivos de elevación en la presión intracraneal ó de infección ó hemorragia intracraneal, deben ser referidos de manera inmediata al nivel hospitalario para ser evaluados por el especialista el mismo día.

### LO MÁS IMPORTANTE

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

<sup>1</sup> \* Los estudios de emergencia son aquéllos que son esenciales para tomar una decisión en tiempo con la intención de evitar potenciales incapacidades permanentes ó incluso la muerte.

Los estudios urgentes son aquéllos que deben realizarse antes de dar de alta al paciente del departamento de emergencias, especialmente si el seguimiento no puede garantizarse( incluye la cita al Escáner)

Los estudios de rutina se indican cuando no se consideran necesarios para el alta del paciente

**ALGORITMO DE CEFALEA AGUDA**

