

## **PROCESO ASISTENCIAL**

### **CEFALEAS**

#### **GERENCIA REGIONAL DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA**

Autores:

- JORGE BRAVO, M<sup>a</sup> TERESA. Médico C.S. de Arturo Eyries.
- CAL DE LA FUENTE, AVENTINA DE LA. Médico C.S. Casa del Barco.
- TORRES NIETO, ÁNGEL. Enfermero del C.S. de Medina de Rioseco.
- CAÑIBANO MAROTO, ELOINA. Médico C.S. Plaza del Ejército.
- ZAPATERO OVEJAS, JOSÉ LUIS. Médico C.S. Plaza del Ejército.
- GÓMEZ MELERO, CONCEPCIÓN. Médico C.S. Rural II.
- JOVÉ AGUSTÍ, ANTONIO. Coordinador de Equipos GAP de Valladolid Oeste.
- PIEDRA SALAS, TERESA. Responsable de Calidad de Valladolid Oeste.

Revisores:

- ARAÚZO PALACIOS, DANIEL. Grupo técnico central. D.T. Atención Primaria.
- CALABOZO FRAILE, BELÉN. Dirección Técnica de Farmacia. DGAS
- GUERRERO PERAL, ÁNGEL LUIS. Neurólogo HCU Grupo técnico central. D.T. Atención Primaria.
- PRIETO DEL AMO, GEMMA. Grupo técnico central. D.T. Atención Primaria

Fecha Elaboración: junio 2010. Revisión: julio 2011.

Validación:

## ÍNDICE

1. Objetivo
2. Población diana.
3. Criterio de inclusión
4. Actuaciones:
  - a. Aproximación diagnóstica :
    - Anamnesis
    - Exploración física: EG,EN,
    - exploraciones complementarias:
      - cefalea con señales de alarma
      - situaciones específicas
      - cefaleas crónicas
      - cefaleas primarias
  - b. Control y seguimiento:
    - Consejo/ información/ educación
    - Criterios de derivación : a urgencias hospitalarias; a neurología
    - Tratamiento del dolor
    - Tratamiento preventivo de la migraña
5. Criterios de interconsulta.
6. Referencias .Bibliografía.
7. Organización. Responsable/coordinador del proceso
8. Participantes en el proceso.
9. Adecuaciones organizativas
10. Procesos de soporte relacionados.
11. Evaluación, indicadores

## 12. Anexos:

- Anexo 1. Diagramas de flujo.
- Anexo 2. Clasificación Internacional de las Cefaleas, Segunda Edición.
- Anexo 3. Factores desencadenantes de la crisis de migraña.
- Anexo 4. Escala analógica visual (EVA).
- Anexo 5. Diario de cefalea (médico y enfermera).
- Anexo 6. Actuaciones de enfermería para la autonomía del paciente.
- Anexo 7. Hoja de consulta de enfermería en cefaleas.
- Anexo 8. Farmacocinética de los triptanes.
- Anexo 9. Indicaciones potenciales para cada uno de los triptanes comercializados en España.
- Anexo 10. Evidencias en el tratamiento agudo de la migraña.
- Anexo 11. Dosis recomendadas/día de los principales tratamientos preventivos.
- Anexo 12. Indicaciones específicas de los fármacos preventivos antimigraña.
- Anexo 13. Efectos adversos de los principales fármacos útiles en el tratamiento preventivo de la migraña.
- Anexo 14. Tratamiento preventivo general de la migraña.
- Anexo 15. Tratamiento de la migraña en situaciones especiales.
- Anexo 16. Terapia preventiva en migraña.

## Ficha Resumen

**Fecha:** Mayo 2010

### Objetivo

- Ayudar al profesional en la toma de decisiones ante una cefalea.
- Mejorar el diagnóstico y manejo clínico de las cefaleas en Atención Primaria.
- Mejorar la efectividad de las intervenciones en la atención a las cefaleas.
- Unificar criterios de actuación en el abordaje de las cefaleas desde la Atención Primaria.

### Población diana

Población de ambos sexos, mayores de 14 años, que cumplan criterios de inclusión.

### Criterios de inclusión

Pacientes atendidos en consulta (a demanda y/o programada), en domicilio y en urgencias cuyo motivo de consulta sea el dolor de cabeza, especialmente cefaleas primarias y migrañas.

Actuaciones			
Actividades	Responsable	Criterios de calidad	GR
<p style="text-align: center;"><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aproximación diagnóstica</li> <li>- Instaurar tratamiento adecuado</li> </ul>			
<p><b>Anamnesis</b></p> <p>Entrevista semiestructurada que nos acerca en el 90% al diagnóstico (<a href="#">anexo 1</a>)</p>	Médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Historia personal y familiar</li> <li>- Modo de presentación: agudo-explosivo, subagudo y crónico</li> <li>- ¿Cuándo empezaron sus dolores de cabeza?</li> <li>- ¿Cuanto le duele? Escala del dolor (<a href="#">Anexo 4</a>)</li> <li>- ¿Cual es la duración?</li> <li>- ¿Dónde le duele?</li> <li>- ¿Como definiría su dolor?</li> <li>- ¿Que factores le desencadenan o alivian los síntomas?</li> <li>- ¿Síntomas acompañantes?</li> <li>- ¿Que medicamentos toma o ha tomado?.</li> <li>- ¿Tiene otros síntomas acompañantes?</li> <li>- ¿Tiene más de un tipo de dolor de cabeza?</li> <li>- ¿Que piensa de su dolor de cabeza?</li> </ul>	
<p><b>Exploración física:</b></p> <p>A. <b>Exploración General (EG):</b></p>	Médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspección de constantes (temperatura y T.A.)</li> <li>- Auscultación cardiopulmonar</li> <li>- Exploración de macizo craneofacial</li> <li>- Palpación de pulsos temporales en &gt; 50 años</li> <li>- Valorar exploración carotídea</li> </ul>	
<p>B. <b>Exploración Neurológica (EN):</b></p> <p>Si estamos ante una cefalea primaria debemos constatar la normalidad</p> <p>Si nos surgen dudas de cefalea secundaria, la exploración se dirige a documentar las anomalías.</p> <p><b>1. Pares craneales:</b></p>	Médico	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Campimetría por confrontación</li> <li>➤ Motilidad ocular extrínseca e intrínseca Par III y VI.</li> <li>➤ Potencia muscular de maseteros y temporales par V</li> <li>➤ Sensibilidad facial: reflejo corneal par V y VII</li> <li>➤ Motilidad Facial par VII</li> <li>➤ Pares bajos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Movilidad del velo del paladar Par IX y X</li> <li>○ Reflejo nauseoso par IX y X</li> <li>○ Fuerza del esternocleidomastoideo par XI</li> <li>○ Fuerza del trapecio Par XI</li> <li>○ Motilidad lingual Par XII</li> </ul> </li> </ul>	

<p><b>2. Asimetría de hemicuerpos (AH), Sensibilidad dolorosa y posicional (SD)</b></p>	<p>Médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fuerza muscular y tono muscular</li> <li>• Reflejos osteotendinosos</li> <li>• Reflejo cutáneo plantar</li> </ul>	
<p><b>3. Marcha, pruebas de equilibrio y posicional</b></p>	<p>Médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pruebas cerebelosas (dedo-nariz, talón-rodilla)</li> <li>- Valorar la marcha (normal, atáxica)</li> <li>- Romberg</li> </ul>	
<p><b>4. Nivel de conciencia, atención, orientación, memoria y lenguaje.</b></p>	<p>Médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>🚩 Conciencia: Nivel: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alerta</li> <li>• Obnubilado</li> <li>• Comatoso</li> </ul> </li> <li>🚩 Lenguaje <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emisión</li> <li>• Comprensión</li> <li>• Repetición</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>Pruebas complementarias</b></p> <p>No se precisan en general exploraciones especiales en el diagnóstico de cefaleas primarias, salvo en la cefalea benigna de la tos, la cefalea debida a la actividad sexual y cefalea post-esfuerzo.</p>			

<p><b>1. En presencia de señales de alarma como:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cefalea intensa, de comienzo súbito</li> <li>- Empeoramiento reciente de una cefalea crónica.</li> <li>- Cefalea de frecuencia y/o intensidad creciente.</li> <li>- Localización unilateral estricta (excepto cefalea en racimos, hemicránea paroxística, neuralgia occipital, neuralgia del trigémino, hemicránea continua y otras cefaleas primarias unilaterales)</li> <li>- cefalea con manifestaciones acompañantes: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Trastornos de conducta o del comportamiento</li> <li>o Crisis epilépticas</li> <li>o Alteración neurológica focal</li> <li>o Papiledema</li> <li>o Fiebre</li> </ul> </li> <li>- Náuseas y vómitos no explicables por una cefalea primaria (migraña) ni por una enfermedad sistémica.</li> <li>- presencia de signos meníngeos.</li> <li>- Cefalea precipitada por un esfuerzo físico, tos o cambio postural.</li> <li>- Cefalea de características atípicas-</li> <li>- Cefalea refractaria a un tratamiento teóricamente correcto-</li> <li>- Cefalea en edades extremas de la vida-</li> <li>- Cefalea de presentación predominantemente nocturna</li> <li>- Cefalea en pacientes oncológicos o inmunocomprometidos.</li> </ul>	<p>Médico</p>	<p>Descartar situaciones de envío a urgencias</p> <p>Considerar indicativos de una posible cefalea secundaria para derivación a consulta de Neurología</p>	
<p><b>2. Situaciones específicas:</b></p> <p>Cefalea aguda o subaguda, pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sintomáticas</li> <li>▪ Primer episodio de una Cefalea primaria en la que es preciso descartar otro proceso causal distinto.</li> <li>▪ Un nuevo episodio en un paciente con cefalea primaria sospechoso de ser un nuevo proceso.</li> </ul>	<p>Médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analítica de sangre y de orina incluyendo velocidad de sedimentación.</li> <li>- TAC para valorar parénquima cerebral, espacios subaracnoideos y sistema ventricular, senos, incluido el esfenoidal, región ocular y estructuras óseas y blandas</li> </ul>	<p><b>I</b></p>

<p><b>3. Cefaleas crónicas en general</b></p> <p>Para descartar un proceso concomitante o causal en pacientes con cefalea primaria que se ha cronificado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento rápido de la frecuencia de las cefaleas</li> <li>- Historia de pérdida de la coordinación.</li> <li>- Historia de signos neurológicos focales.</li> <li>- Historia de cefalea que causa despertar del sueño. (excepto cefaleas en racimos, algunas migrañas, cefalea hípica primaria).</li> <li>- Edema de papila</li> <li>- Comprobación de signos focales neurológicos</li> <li>- Crisis hipertensivas severas.</li> <li>- Enfermedades locales capaces de provocar una cefalea (sinusitis etc..)</li> <li>- Enfermedad médica susceptible de provocar hematomas o trombosis venosas.</li> <li>- Traumatismo craneoencefálico, incluso si es aparentemente banal, en personas de edad avanzada</li> </ul>	<p>Médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudios de neuroimagen (TAC o RNM)</li> <li>• No hay acuerdo sobre la realización de otros estudios (analítica, velocidad de sedimentación, Electroencefalograma...) que se deberán realizar con criterios individualizados.</li> </ul>	<p><b>I</b></p>
<p><b>4. Cefaleas primarias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Migrañas</li> <li>- Cefalea en racimos</li> <li>- Cefalea de tensión</li> <li>- Otras cefaleas esenciales crónicas</li> </ul>	<p>Médico</p>	<p>No se aconseja realizar estudios de neuroimagen cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La historia clínica es típica</li> <li>- Se cumplen los criterios diagnósticos de la IHS (Internacional Headache Society), <a href="#">Anexo 2</a></li> <li>- La exploración es normal</li> </ul> <p>Se aconseja realizar estudios de neuroimagen cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La historia clínica es atípica</li> <li>- Hay datos que sugieren, de entrada, cefalea secundaria</li> <li>- Existen "criterios de alarma"</li> <li>- La exploración es anormal</li> </ul>	<p><b>I</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Migrañas:</b></li> </ul> <p>Cuando existe un dato anormal en la exploración Neurológica.</p>	<p>Médico</p>	<p>TAC o RM</p>	<p><b>B</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Migrañas:</b></li> <li>- Cefalea atípica, o que no cumple criterios estrictos diagnósticos de migraña o de otras cefaleas primarias o con otros factores de riesgo añadidos, como inmunodeficiencia u otra enfermedad.</li> <li>- Presencia o ausencia de síntomas neurológicos</li> </ul>	<p>Médico</p>	<p>TAC o RNM (no hay mayor sensibilidad de la TAC frente a la RNM en la migraña y otras cefaleas no agudas).</p>	<p><b>C</b></p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cefaleas en racimos:</b></li> <li>- Si se trata del 1º episodio de Dolor</li> <li>- Si existen datos atípicos del dolor por la localización, frecuencia, duración o ausencia de signos durante el ataque.</li> <li>- Si hay datos en la Hº y exploración que pueda sugerir la coexistencia o causalidad de otro proceso</li> <li>- Edad de comienzo del dolor es baja o excesivamente alta.</li> </ul>	Médico	TAC o RNM	<b>I/C</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cefaleas de tensión episódica (o crónica)</b></li> </ul> <p>Los mismos criterios que para las cefaleas crónicas.</p>	Médico	TAC o RNM	<b>I/C</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Otras cefaleas primarias</b></li> </ul>		Si se utilizan las pruebas de neuroimagen se debe individualizar, no están indicadas	<b>I/C</b>



<p><b>3. Derivación de un paciente con cefalea al servicio de Neurología</b></p>	<p>Médico</p>	<p><b>Depende de la presencia de síntomas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Cefaleas primarias con: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cambios en el patrón de la cefalea o aumento importante de la frecuencia.</li> <li>▪ Persistencia de la Cefalea tras la administración de tratamiento sintomático y/o preventivos adecuados.</li> <li>▪ Migraña con unilateralidad estricta.</li> <li>▪ Auras atípicas.</li> <li>▪ Grupo 3 y 4 de la IHS (anexo 2).</li> </ul> </li> <li>✚ Sospecha clínica de cefalea secundaria: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Factores precipitantes</li> <li>▪ Nocturna</li> <li>▪ Pacientes oncológicos/inmunodeprimidos</li> </ul> </li> <li>✚ Cuadro no encuadrable en Cefalea primaria.</li> <li>✚ Cefalea de novo en mayor de 50 años.</li> </ul>	
--	---------------	--	--

## Tratamiento del dolor

### Objetivos:

- Tratar las crisis rápida y consistentemente, sin recurrencias.
- Restablecer el estado funcional previo del paciente.
- Minimizar el uso de medicación de rescate.
- Ser coste-efectivos.
- Evitar efectos adversos.

### Migraña

En crisis leves-moderadas:

En crisis moderadas-severas:

Médico

- AINES y antieméticos
- Con buena respuesta seguir en las siguientes crisis.
- Con mala respuesta utilizar agonistas de los 5HT<sub>1B/1D</sub> ("triptanes" [anexo 8 y 9](#)).
  - ➔ Agonistas de los 5HT<sub>1B/1D</sub> ("triptanes", [anexo 8 y 9](#))
  - ➔ Si responde, volver a utilizarlo en las crisis siguientes.
  - ➔ Si no responde en 2 horas o si recurre el dolor en 6 horas, utilizar una segunda dosis.
  - ➔ Si no cede el dolor, se puede utilizar AINES via parenteral (ketorolaco).
  - ➔ Si no hubiera respuesta, valorar que se trate de una crisis grave prolongada o estado de mal migrañoso (48-72 horas).
- No se recomienda utilizar metilsergida. Los derivados ergotamínicos no son aconsejables en el tratamiento de inicio por sus efectos secundarios, aunque distintas fuentes indican que pueden seguir usándose en aquellos pacientes que los han usado durante años con éxito, siempre que se respeten los límites de dosificación (máx. 4 mg/d ó 6 mg/sem, separando los ciclos 4 días).
- Los triptanes están contraindicados en cardiopatía isquémica, en HTA no controlada, enfermedad vascular cerebral y periférica. No se deben simultanear en 24 h con los derivados ergotamínicos. Si el paciente toma propranolol, utilizar otro triptán distinto al rizatriptán.
- No se recomienda utilizar opiáceos solos o asociados con paracetamol.
- Cuando la crisis se acompaña de síntomas vegetativos, utiliza la vía intranasal, liotab o subcutáneos ([anexo 9](#)).
- Ver evidencias para el tratamiento agudo de la migraña en [anexo 10](#).

<p><b>TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIGRAÑA:</b></p> <p>Se establece cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ El número de crisis aumenta (3-4 al mes)</li> <li>➤ La intensidad aumenta</li> <li>➤ La falta de respuesta al tratamiento lo aconsejan.</li> <li>➤ Tolerancia al tratamiento sintomático.</li> </ul> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El objetivo realista de este tratamiento es reducir la frecuencia de las crisis de migraña a la mitad.</li> <li>- La dosis necesaria de tratamiento preventivo ha de alcanzarse de forma progresiva.</li> </ul>	<p>Médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Deben durar de <b>3 a 6 meses</b> y no suspenderse por falta de eficacia hasta pasados 3 meses. No se encuentran evidencias de qué duración es la más idónea y si estos beneficios perduran más tiempo una vez interrumpido el tratamiento.</li> <li>▶ Se debe <b>iniciar con la dosis mínima eficaz</b> y subir si fuera necesario.</li> <li>▶ Los betabloqueantes no deben de suspenderse bruscamente. <b>No utilizar propanolol con rizatriptán</b>, pero se puede utilizar otro triptan. (también se puede separar 2 horas de la toma o reducir dosis del rizatriptán)</li> <li>▶ Atención a los efectos adversos.</li> <li>▶ Se deben utilizar el fármaco adecuado valorando al inicio, su eficacia probada (<b>anexo 16</b>).</li> <li>➤ Tratamiento de <b>elección</b>: Propanolol (80-160mg/d).</li> <li>➤ Tratamiento <b>alternativo</b>: Topiramato, ácido valproico.</li> <li>➤ <b>Situaciones específicas</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Cefalea mixta: Amitriptilina (10-75mg/24h).</li> <li>● Migraña menstrual: Naproxeno (500mg/12h).</li> </ul> </li> </ul> <p>Ver evidencias y árbol de decisión para el tratamiento preventivo de la migraña en <b>anexos 11, 12, 13 y 14</b>.</p>	
<p><b>TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIGRAÑA EN SITUACIONES ESPECIALES</b></p>		<p>Ver <b>anexo 15</b>.</p>	

## Criterios de interconsulta

### CRITERIOS DE DERIVACIÓN A URGENCIAS HOSPITALARIAS:

- Cefalea de presentación aguda y etiología no aclarada.
- Sospecha clínica de cefalea secundaria de presentación aguda.
- Signos de focalidad, irritación meníngea o alteración del nivel de conciencia.
- Persistencia de la cefalea tras pauta analgésica adecuada.

### CRITERIOS DE DERIVACIÓN A LA CONSULTA DE NEUROLOGÍA:

- Cefalea con síntomas clínicos no característicos de cefaleas crónicas primarias (migraña o cefalea de tensión).
- Presencia de signos anormales en la exploración neurológica o presencia de síntomas deficitarios neurológicos asociados a cefalea.
- Persistencia de cefalea tras la administración de tratamientos sintomáticos y preventivos adecuados.
- Modificaciones no aclaradas de las características clínicas de cefalea.
- Sospecha clínica de cefalea secundaria.
- Cefalea complicada con abuso de fármacos.

## Referencias

### BIBLIOGRAFÍA

- Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Concepto, Organización y Práctica Clínica. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.
- Grupo de estudio de cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2006. Ediciones Ergon.
- Guía de Buena Práctica Clínica en Migraña y Otras cefaleas. Organización Médica Colegial de España, OMC. Primera ed. Madrid: International Marketing & Communications, S.A.; 2003
- Olesen J, Bousser MG, Diener HC, Dodick D, First M, Goadsby PJ et al. New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. Cephalalgia 2006;26(6):742-6.
- Curso de Cefaleas en Atención Primaria. Formación médica continuada en Atención Primaria. Doyma. Vol 6 Suplemento 10, 1999.
- Carbonell Pedrera V, Miralles Parres M, Lainez Andrés J. Cefaleas. Guía de Atención Clínica en A.P. Valencia.
- Consejería de Salud. Guía de diseño y mejora continuada de procesos asistenciales. Cefaleas. Junta de Andalucía 2002
- Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Guía Terapéutica Sacyl. 2008.
- Guideline 107. Diagnosis and management of headache in adults. Scottish Intercollegiate Guidelines. Network. November 2008
- Silberstein SD. Practice parameter: evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2000;55(6):754-62.
- Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. Barcelona: Prous Science; 2006 p 37-65.
- Bajwa ZH, Sabahat A. Preventive treatment of migraine in adults. [Monografía en Internet]. [Acceso: 27 de julio de 201]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/preventive-treatment-of-migraine-in-adults>
- Migraine Profylaxis. [Acceso: 27 de julio de 201]. Disponible en: [http://www.cks.nhs.uk/migraine/management/scenario\\_adults](http://www.cks.nhs.uk/migraine/management/scenario_adults)

**Organización**  
**Responsables/ Coordinadores del proceso**

Un médico de familia en cada centro de salud.

**Participantes en el proceso**

- Administrativos y celadores.
- Auxiliares de clínica.
- Enfermeras/os.
- Médicos de familia.

**Adecuaciones organizativas**

1. Reajustar tiempo de consulta por paciente para este proceso.
2. Solicitud de FO a oftalmología demora máxima 10 días.

**Procesos de soporte relacionados**

- Servicio de laboratorio: analíticas.
- Servicio de radiodiagnóstico: pruebas radiodiagnósticas.
- Servicio de almacén: material fungible.
- Servicio de documentación: Historias clínicas y documentos homólogos.
- Servicio de atención al usuario: gestión de citas y transporte.

<b>Evaluación</b>	
<b>PREVALENCIA</b>	
<b>Indicador 1 :</b>	<b>Porcentaje de pacientes adultos con diagnóstico de cefaleas</b>
<b>Fórmula:</b>	$\frac{\text{Pacientes con diagnóstico de cefalea}}{\text{Total población > 14 años}} * 100$
<b>Fuente de información:</b>	Historia clínica informatizada
<b>Periodicidad:</b>	ANUAL
<b>Responsable:</b>	
<b>Estándar de calidad de referencia:</b>	10%
<b>PROCESO</b>	
<b>Indicador 2:</b>	<b>Porcentaje de pacientes con diagnóstico de cefalea con una adecuada anamnesis.</b>
<b>Fórmula:</b>	<p style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{Número de pacientes diagnosticados de cefalea ,en cuya HC consta anamnesis mediante entrevista semiestructurada sobre (*)}}{\text{Pacientes con diagnóstico de cefalea}} \times 100</math> </p> <p>( *) características del dolor y comienzo y duración.</p> <p><u>Aclaraciones:</u> Se considerará cumplido el criterio si constan datos relativos a:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Características del dolor: localización, intensidad, síntomas acompañantes, factores desencadenantes y los que proporcionan alivio.</li> <li>2. Comienzo y duración del dolor.</li> </ol>
<b>Fuente de información:</b>	Historia clínica informatizada
<b>Periodicidad:</b>	ANUAL
<b>Responsable:</b>	
<b>Estándar de calidad de referencia:</b>	75 %
<b>PROCESO</b>	
<b>Indicador 3:</b>	<b>Porcentaje de pacientes con diagnóstico de cefalea con una adecuada exploración general</b>
<b>Fórmula:</b>	<p style="text-align: center;"> <math display="block">\frac{\text{Número de pacientes diagnosticados de cefalea, en cuya HC, consta una adecuada exploración general (*)}}{\text{Pacientes con diagnóstico de cefaleas}} \times 100</math> </p> <p>(*). Es necesario aclarar que es una adecuada exploración general y cuando ( al inicio, periódicamente)</p> <p>Por ej: se considera cumplido el criterio si consta en la primera consulta exploración de : 1-Tª; 2-TA ,3- Auscultación CP,4- macizo craneal y 5-exploración carotidea ( todos)</p>
<b>Fuente de información:</b>	Historia clínica informatizada
<b>Periodicidad:</b>	
<b>Responsable:</b>	
<b>Estándar de calidad de referencia:</b>	70 %



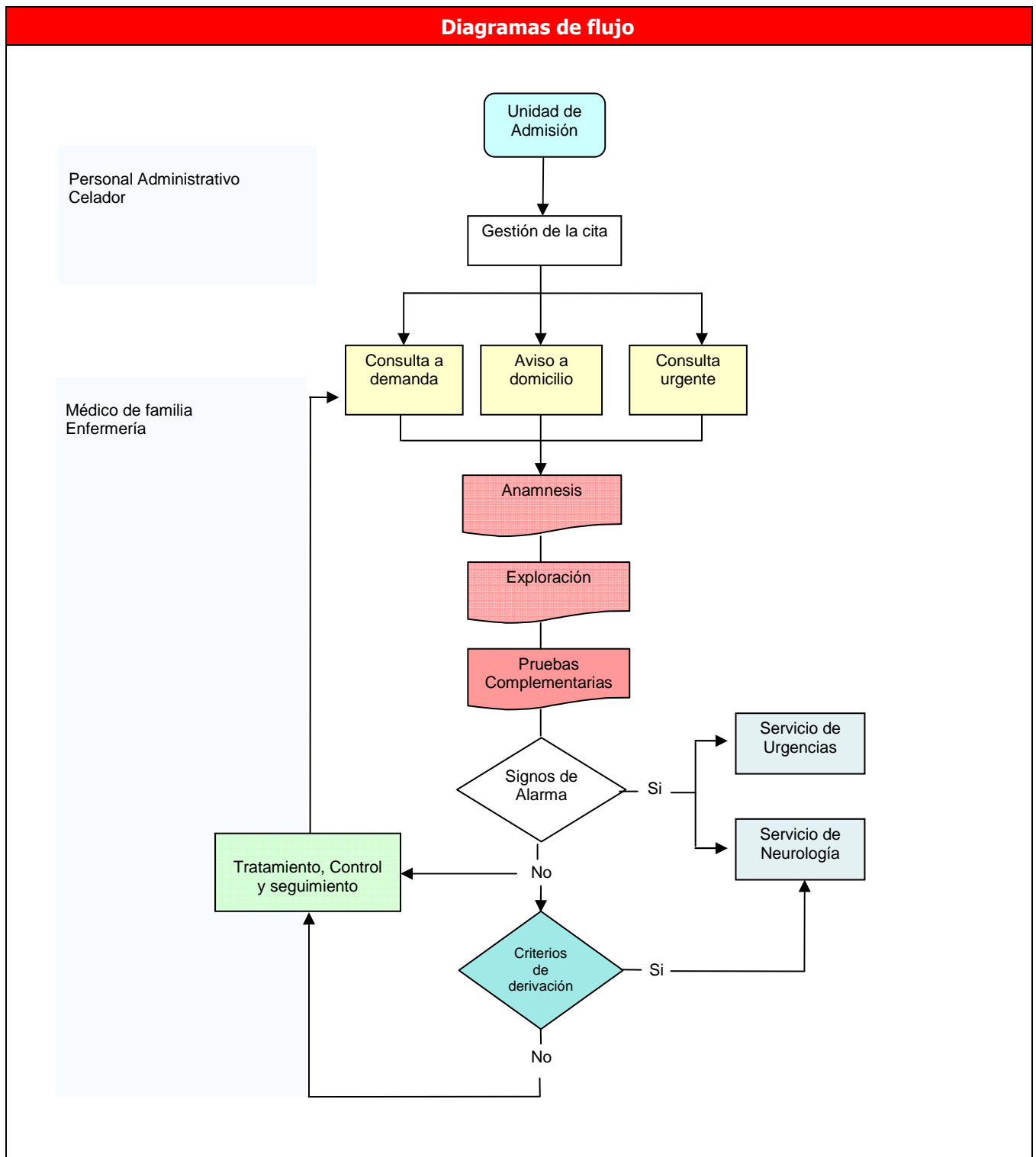
<b>PROCESO</b>	
<b>Indicador 4:</b>	<b>Porcentaje de pacientes con diagnóstico de cefalea con una adecuada exploración neurológica</b>
<b>Fórmula:</b>	$\frac{\text{Número de pacientes diagnosticados de cefalea en cuya HC, consta adecuada exploración neurológica (*)}}{\text{Pacientes con diagnóstico de cefaleas}} \times 100$ <p>(*). Es necesario aclarar que es una adecuada exploración neurológica I y cuando ( al inicio, periódicamente)</p> <p>Por ej: se considera cumplido el criterio si consta en la primera consulta exploración de: 1-pares craneales, 2- asimetría hemicuerpos (AH), sensibilidad dolorosa y posicional (SD); 3- marcha, equilibrio y posición y 4-nivel de conciencia, atención, memoria y lenguaje ( todos)</p>
<b>Fuente de información:</b>	Historia clínica informatizada.
<b>Periodicidad:</b>	anual
<b>Responsable:</b>	
<b>Estándar de calidad de referencia:</b>	70 %

<b>PROCESO</b>	
<b>Indicador 5:</b>	<b>Porcentaje de pacientes tratados según Guía Terapéutica Sacyl</b>
<b>Fórmula:</b>	$\frac{\text{Número de pacientes con cefaleas tratados según Guía Terapéutica Sacyl}}{\text{Pacientes con diagnóstico de cefaleas}}$ <p>Exclusiones: Se excluyen los pacientes no respondedores a los triptanos recomendados en la Guía Terapéutica Sacyl</p>
<b>Fuente de información:</b>	Historia clínica informatizada
<b>Periodicidad:</b>	
<b>Responsable:</b>	
<b>Estándar de calidad de referencia:</b>	45% ( revisar este estándar , pues parece escaso)
<b>Indicador 6:</b>	<b>Porcentaje de pacientes tratados con derivados ergotamínicos</b>
<b>Fórmula:</b>	$\frac{\text{Número de pacientes con diagnostico de cefalea, tratados con derivados ergotamínicos}}{\text{Pacientes con diagnóstico de cefaleas}} \times 100$
<b>Fuente de información:</b>	Historia clínica informatizada.
<b>Periodicidad:</b>	
<b>Responsable:</b>	
<b>Estándar de calidad de referencia:</b>	5 %

<b>Indicador 7:</b>	<b>Porcentaje de pacientes diagnosticados de cefalea y correctamente derivados al Servicio de Neurología</b>
<b>Fórmula:</b>	$\frac{\text{Pacientes diagnosticados de cefaleas, correctamente derivados al Servicio de Neurología(*)}}{\text{total de Pacientes con diagnóstico de cefaleas y derivados a neurología.}} \times 100$ <p>(*) Aclaraciones: Se considera derivación correcta aquella que cumpla los criterios consensuados y revisados entre el primer y segundo nivel, que en principio son las que figuran en el apartado de "criterios de interconsulta a neurología " en este proceso.</p>
<b>Fuente de información:</b>	Historia clínica informatizada.
<b>Periodicidad:</b>	
<b>Responsable:</b>	
<b>Estándar de calidad de referencia:</b>	75 % ( fuente: es el histórico de 3 años en VA.Este )
<b>Indicador 8:</b>	<b>Porcentaje de pacientes diagnosticados de cefalea y correctamente derivados al Servicio de Urgencias</b>
<b>Fórmula:</b>	$\frac{\text{Pacientes diagnosticados de cefaleas, correctamente derivados al Servicio de Urgencias (*)}}{\text{Pacientes con diagnóstico de cefaleas y derivados a urgencias hospitalarias,}} \times 100$ <p>(*) Aclaraciones: Se considera derivación correcta aquella que cumpla los criterios consensuados y revisados entre el primer y segundo nivel que en principio son las que figuran en el apartado de "criterios de interconsulta a urgencias hospitalarias" en este proceso</p>
<b>Fuente de información:</b>	Historia clínica informatizada.
<b>Periodicidad:</b>	
<b>Responsable:</b>	
<b>Estándar de calidad de referencia:</b>	En principio ha de ser elevado > 70%

## Anexo 1

### Diagramas de flujo



## **Anexo 2. Clasificación Internacional de las cefaleas, 2a Edición (IHS, 2004)**

The International Classification of Headache Disorders, 2<sup>nd</sup> Edition. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. Cephalalgia 2004; 24 (Suppl. 1): 1-160.

### **PRIMERA PARTE: CEFALÉAS PRIMARIAS**

#### **1. Migraña**

- 1.1. Migraña sin aura.
- 1.2. Migraña con aura
  - 1.2.1. Aura típica con cefalea migrañosa.
  - 1.2.2. Aura típica con cefalea no migrañosa.
  - 1.2.3. Aura típica sin cefalea.
  - 1.2.4. Migraña hemipléjica familiar.
  - 1.2.5. Migraña hemipléjica esporádica.
  - 1.2.6. Migraña de tipo basilar.
- 1.3. Síndromes periódicos en la infancia que frecuentemente son precursores de migraña.
  - 1.3.1. Vómitos cíclicos.
  - 1.3.2. Migraña abdominal.
  - 1.3.3. Vértigo paroxístico benigno de la infancia.
- 1.4. Migraña retiniana.
- 1.5. Complicaciones de la migraña.
  - 1.5.1. Migraña crónica.
  - 1.5.2. Estado de mal migrañoso.
  - 1.5.3. Aura persistente sin infarto.
  - 1.5.4. Infarto migrañoso.
  - 1.5.5. Crisis epiléptica desencadenada por migraña.
- 1.6. Migraña probable.
  - 1.6.1. Migraña sin aura probable.
  - 1.6.2. Migraña con aura probable.
  - 1.6.3. Migraña crónica probable.

#### **2. Cefalea de tipo tensión (CT).**

- 2.1. CT episódica infrecuente.
  - 2.1.1. CT episódica infrecuente asociada a hipersensibilidad dolorosa pericraneal.
  - 2.1.2. CT episódica infrecuente no asociada a hipersensibilidad dolorosa pericraneal.
- 2.2. CT episódica frecuente.
  - 2.2.1. CT episódica frecuente asociada a hipersensibilidad dolorosa pericraneal.
  - 2.2.2. CT episódica frecuente no asociada a hipersensibilidad dolorosa pericraneal.
- 2.3. CT crónica.
  - 2.3.1. CT crónica asociada a hipersensibilidad dolorosa pericraneal.
  - 2.3.2. CT crónica no asociada a hipersensibilidad dolorosa pericraneal.
- 2.4. CT probable.
  - 2.4.1. CT episódica infrecuente probable.
  - 2.4.2. CT episódica frecuente probable.
  - 2.4.3. CT crónica probable.

### **3. Cefalea en racimos y otras cefalalgias trigémino-autonómicas.**

- 3.1. Cefalea en racimos.
  - 3.1.1. Cefalea en racimos episódica.<sup>92</sup>
  - 3.1.2. Cefalea en racimos crónica.
- 3.2. Hemicránea paroxística.
  - 3.2.1. Hemicránea paroxística episódica.
  - 3.2.2. Hemicránea paroxística crónica.
- 3.3. SUNCT (Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjunctival injection and Tearing).
- 3.4. Cefalalgia trigémino-autonómica probable.
  - 3.4.1. Cefalea en racimos probable.
  - 3.4.2. Hemicránea paroxística probable.
  - 3.4.3. SUNCT probable.

### **4. Otras cefaleas primarias.**

- 4.1. Cefalea punzante primaria.
- 4.2. Cefalea tusígena primaria.
- 4.3. Cefalea por ejercicio primaria.
- 4.4. Cefalea asociada a la actividad sexual primaria.
  - 4.4.1. Cefalea preorgásmica.
  - 4.4.2. Cefalea orgásmica.
- 4.5. Cefalea hípnica.
- 4.6. Cefalea en estallido (thunderclap) primaria.
- 4.7. Hemicránea continua.
- 4.8. Cefalea crónica desde el inicio.

## **SEGUNDA PARTE: CEFALÉAS SECUNDARIAS**

### **5. Cefalea atribuida a traumatismo craneal, cervical o ambos.**

- 5.1. Cefalea post-traumática aguda.
  - 5.1.1. Cefalea posttraumática aguda atribuida a daño cefálico moderado o grave.
  - 5.1.2. Cefalea posttraumática aguda atribuida a daño cefálico leve.
- 5.2. Cefalea posttraumática crónica.
  - 5.2.1 Cefalea posttraumática crónica atribuida a daño cefálico moderado o grave.
  - 5.2.2 Cefalea posttraumática crónica atribuida a daño cefálico leve.
- 5.3. Cefalea aguda atribuida a latigazo.
- 5.4. Cefalea crónica atribuida a latigazo.
- 5.5. Cefalea atribuida a hematoma intracraneal traumático.
  - 5.5.1. Cefalea atribuida a hematoma epidural.
  - 5.5.2. Cefalea atribuida a hematoma subdural.
- 5.6. Cefalea atribuida a otro traumatismo craneal, cervical o ambos.
  - 5.6.1. Cefalea aguda atribuida a otro traumatismo craneal, cervical o ambos.
  - 5.6.2. Cefalea crónica atribuida a otro traumatismo craneal, cervical o ambos.
- 5.7. Cefalea postcraniotomía.
  - 5.7.1. Cefalea postcraniotomía aguda.
  - 5.7.2. Cefalea postcraniotomía crónica.

## **6. Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal o cervical**

- 6.1. Cefalea atribuida a ictus isquémico o a accidente isquémico transitorio.
  - 6.1.1. Cefalea atribuida a ictus isquémico (infarto cerebral).
  - 6.1.2. Cefalea atribuida a accidente isquémico transitorio (AIT).
- 6.2. Cefalea atribuida a hemorragia intracraneal no traumática.
  - 6.2.1. Cefalea atribuida a hemorragia intracerebral.
  - 6.2.2. Cefalea atribuida a hemorragia subaracnoidea.
- 6.3. Cefalea atribuida a malformación vascular no rota.
  - 6.3.1. Cefalea atribuida a aneurisma sacular
  - 6.3.2. Cefalea atribuida a malformación arteriovenosa.
  - 6.3.3. Cefalea atribuida a fístula arteriovenosa dural.
  - 6.3.4. Cefalea atribuida a angioma cavernoso.
  - 6.3.5. Cefalea atribuida a angiomatosis encefalotrigeminal o leptomeníngea (síndrome de Sturge Weber).
- 6.4. Cefalea atribuida a arteritis.
  - 6.4.1. Cefalea atribuida a arteritis de células gigantes.
  - 6.4.2. Cefalea atribuida a angeítis primaria del sistema nervioso central.
  - 6.4.3. Cefalea atribuida a angeítis secundaria del sistema nervioso central.
- 6.5. Dolor arterial carotídeo o vertebral.
  - 6.5.1. Cefalea, dolor facial o cervical atribuido a disección arterial.
  - 6.5.2. Cefalea postendarterectomía.
  - 6.5.3. Cefalea por angioplastia carotídea.
  - 6.5.4. Cefalea atribuida a procedimientos endovasculares intracraneales.
  - 6.5.5. Cefalea por angiografía.
- 6.6. Cefalea atribuida a trombosis venosa cerebral.
- 6.7. Cefalea atribuida a otro trastorno vascular intracraneal.
  - 6.7.1. Arteriopatía cerebral autosómica dominante con Infartos subcorticales y leucoencefalopatía (CADASIL).
  - 6.7.2. Encefalopatía mitocondrial, acidosis láctica y episodios parecidos a ictus (MELAS).
  - 6.7.3. Cefalea atribuida a angiopatía benigna del sistema nervioso central.
  - 6.7.4. Cefalea atribuida a apoplejía hipofisaria.

## **7. Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular**

- 7.1. Cefalea atribuida a aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo.
  - 7.1.1. Cefalea atribuida a hipertensión intracraneal idiopática.
  - 7.1.2. Cefalea atribuida a hipertensión intracraneal secundaria a causas metabólicas, tóxicas u hormonales.
  - 7.1.3. Cefalea atribuida a hipertensión intracraneal secundaria a hidrocefalia.
- 7.2. Cefalea atribuida a disminución de la presión del líquido cefalorraquídeo.
  - 7.2.1. Cefalea postpunción lumbar.
  - 7.2.2. Cefalea por fístula del líquido cefalorraquídeo.
  - 7.2.3. Cefalea atribuida a disminución de la presión del líquido cefalorraquídeo idiopática (o espontánea).
- 7.3. Cefalea atribuida a enfermedad inflamatoria no infecciosa.
  - 7.3.1. Cefalea atribuida a neurosarcoidosis.
  - 7.3.2. Cefalea atribuida a meningitis aséptica (no infecciosa).
  - 7.3.3. Cefalea atribuida a otra enfermedad inflamatoria no infecciosa.
  - 7.3.4. Cefalea atribuida a hipofisitis linfocítica.

- 7.4. Cefalea atribuida a neoplasia intracraneal.
  - 7.4.1. Cefalea atribuida a aumento de la presión intracraneal o hidrocefalia por la neoplasia.
  - 7.4.2. Cefalea atribuida directamente a la neoplasia.
  - 7.4.3. Cefalea atribuida a meningitis carcinomatosa.
  - 7.4.4. Cefalea atribuida a hipersecreción o hiposecreción hipotalámica o hipofisaria.
- 7.5. Cefalea atribuida a inyección intratecal.
- 7.6. Cefalea atribuida a crisis epiléptica.
  - 7.6.1. Hemicránea epiléptica.
  - 7.6.2. Cefalea postcrítica.
- 7.7. Cefalea atribuida a malformación de Chiari tipo I.
- 7.8. Síndrome de cefalea transitoria y déficit neurológicos con linfocitosis del líquido cefalorraquídeo (HaNDL).
- 7.9. Cefalea atribuida a otro trastorno intracraneal no vascular.

## **8. Cefalea atribuida a una sustancia o a su supresión.**

- 8.1. Cefalea inducida por el uso o exposición aguda a una sustancia.
  - 8.1.1. Cefalea inducida por dadores de óxido nítrico.
    - 8.1.1.1. Cefalea inducida por dadores de óxido nítrico inmediata.
    - 8.1.1.2. Cefalea inducida por dadores de óxido nítrico diferida.
  - 8.1.2. Cefalea inducida por inhibidores de la fosfodiesterasa.
  - 8.1.3. Cefalea inducida por monóxido de carbono.
  - 8.1.4. Cefalea inducida por alcohol.
    - 8.1.4.1. Cefalea inducida por alcohol inmediata.
    - 8.1.4.2. Cefalea inducida por alcohol diferida.
  - 8.1.5. Cefalea inducida por componentes y aditivos alimentarios.
    - 8.1.5.1. Cefalea inducida por glutamato monosódico.
  - 8.1.6. Cefalea inducida por cocaína.
  - 8.1.7. Cefalea inducida por cannabis.
  - 8.1.8. Cefalea inducida por histamina.
    - 8.1.8.1. Cefalea inducida por histamina inmediata.
    - 8.1.8.2. Cefalea inducida por histamina diferida.
  - 8.1.9. Cefalea inducida por péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP).
    - 8.1.9.1. Cefalea inducida por CGRP inmediata.
    - 8.1.9.2. Cefalea inducida por CGRP diferida.
  - 8.1.10. Cefalea como acontecimiento adverso agudo atribuida a la medicación.
  - 8.1.11. Cefalea inducida por otro uso o exposición aguda a una sustancia.
- 8.2. Cefalea por abuso de medicación.
  - 8.2.1. Cefalea por abuso de ergotamina.
  - 8.2.2. Cefalea por abuso de triptanes.
  - 8.2.3. Cefalea por abuso de analgésicos.
  - 8.2.4. Cefalea por abuso de opiáceos.
  - 8.2.5. Cefalea por abuso de varias medicaciones.
  - 8.2.6. Cefalea atribuida al abuso de otras medicaciones.
  - 8.2.7. Cefalea por abuso de medicación probable.

- 8.3. Cefalea como acontecimiento adverso atribuida a medicación crónica.
  - 8.3.1. Cefalea inducida por hormonas exógenas.
- 8.4. Cefalea atribuida a la supresión de sustancias.
  - 8.4.1. Cefalea por supresión de cafeína.
  - 8.4.2. Cefalea por supresión de opiáceos.
  - 8.4.3. Cefalea por supresión de estrógenos.
  - 8.4.4. Cefalea atribuida a supresión, tras su uso crónico, de otras sustancias.

## **9. Cefalea atribuida a infección.**

- 9.1. Cefalea atribuida a infección intracraneal.
  - 9.1.1. Cefalea atribuida a meningitis bacteriana.
  - 9.1.2. Cefalea atribuida a meningitis linfocitaria.
  - 9.1.3. Cefalea atribuida a encefalitis.
  - 9.1.4. Cefalea atribuida a absceso cerebral.
  - 9.1.5. Cefalea atribuida a empiema subdural.
- 9.2. Cefalea atribuida a infección sistémica.
  - 9.2.1. Cefalea atribuida a infección sistémica bacteriana.
  - 9.2.2. Cefalea atribuida a infección sistémica vírica.
  - 9.2.3. Cefalea atribuida a otra infección sistémica.
- 9.3. Cefalea atribuida a VIH/SIDA.
- 9.4. Cefalea postinfecciosa crónica.
  - 9.4.1. Cefalea crónica tras meningitis bacteriana.

## **10. Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis.**

- 10.1. Cefalea atribuida a hipoxia, hipercapnia o ambas.
  - 10.1.1. Cefalea por grandes alturas.
  - 10.1.2. Cefalea por buceo.
  - 10.1.3. Cefalea por apnea del sueño.
- 10.2. Cefalea por diálisis.
- 10.3. Cefalea atribuida a hipertensión arterial.
  - 10.3.1. Cefalea atribuida a feocromocitoma.
  - 10.3.2. Cefalea atribuida a crisis hipertensiva sin encefalopatía hipertensiva.
  - 10.3.3. Cefalea atribuida a encefalopatía hipertensiva.
  - 10.3.4. Cefalea atribuida a preeclampsia.
  - 10.3.5. Cefalea atribuida a eclampsia.
  - 10.3.6. Cefalea atribuida a la respuesta presora aguda a un agente exógeno.
- 10.4. Cefalea atribuida a hipotiroidismo.
- 10.5. Cefalea atribuida a ayuno.
- 10.6. Cefalalgia cardíaca.
- 10.7. Cefalea atribuida a otro trastorno de la homeostasis.

## **11. Cefalea o dolor facial atribuido a trastorno del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales.**

- 11.1. Cefalea atribuida a trastorno del hueso craneal.
- 11.2. Cefalea atribuida a trastorno del cuello.
  - 11.2.1. Cefalea cervicogénica.
  - 11.2.2. Cefalea atribuida a tendinitis retrofaríngea.
  - 11.2.3. Cefalea atribuida a distonía craneocervical.



- 11.3. Cefalea atribuida a trastorno ocular.
  - 11.3.1. Cefalea atribuida a glaucoma agudo.
  - 11.3.2. Cefalea atribuida a errores de la refracción.
  - 11.3.3. Cefalea atribuida a heteroforia o heterotropía.
  - 11.3.4. Cefalea atribuida a trastorno ocular inflamatorio.
- 11.4. Cefalea atribuida a trastorno de los oídos.
- 11.5. Cefalea atribuida a rinosinusitis.
- 11.6. Cefalea atribuida a trastorno de los dientes, mandíbulas o estructuras relacionadas.
- 11.7. Cefalea o dolor facial atribuidos a trastorno de la articulación temporomandibular.
- 11.8. Cefalea atribuida a otro trastorno del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales.

## **12. Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico.**

- 12.1. Cefalea atribuida a trastorno por somatización.
- 12.2. Cefalea atribuida a trastorno psicótico.

## **TERCERA PARTE: NEURALGIAS CRANEALES, DOLOR FACIAL CENTRAL Y PRIMARIO Y OTRAS CEFALIAS**

### **13. Neuralgias craneales y causas centrales de dolor facial.**

- 13.1. Neuralgia del trigémino.
  - 13.1.1. Neuralgia del trigémino clásica.
  - 13.1.2. Neuralgia del trigémino sintomática.
- 13.2. Neuralgia del glossofaríngeo.
  - 13.2.1. Neuralgia del glossofaríngeo clásica.
  - 13.2.2. Neuralgia del glossofaríngeo sintomática.
- 13.3. Neuralgia del nervio intermediario.
- 13.4. Neuralgia laríngea superior.
- 13.5. Neuralgia nasociliar.
- 13.6. Neuralgia supraorbitaria.
- 13.7. Otras neuralgias de ramas terminales.
- 13.8. Neuralgia occipital.
- 13.9. Síndrome cuello-lengua.
- 13.10. Cefalea por compresión externa.
- 13.11. Cefalea por estímulos fríos.
  - 13.11.1. Cefalea atribuida a la aplicación externa de un estímulo frío.
  - 13.11.2. Cefalea atribuida a la ingestión o inhalación de un estímulo frío.
- 13.12. Dolor constante causado por compresión, irritación o distorsión de nervios craneales o raíces cervicales superiores por lesiones estructurales.
- 13.13. Neuritis óptica.
- 13.14. Neuropatía ocular diabética.
- 13.15. Cefalea o dolor facial atribuido a herpes zóster.
  - 13.15.1. Cefalea o dolor facial atribuido a herpes zóster agudo.
  - 13.15.2. Neuralgia postherpética.
- 13.16. Síndrome de Tolosa-Hunt.
- 13.17. "Migraña" oftalmopléjica.

13.18. Causas centrales de dolor facial.

13.18.1. Anestesia dolorosa.

13.18.2. Dolor central postictus.

13.18.3. Dolor facial atribuido a esclerosis múltiple.

13.18.4. Dolor facial persistente idiopático.

13.18.5. Síndrome de la boca quemante.

13.19. Otra neuralgia craneal u otro dolor facial mediado centralmente.

**14. Otros tipos de cefalea, neuralgia craneal y dolor facial central o primario.**

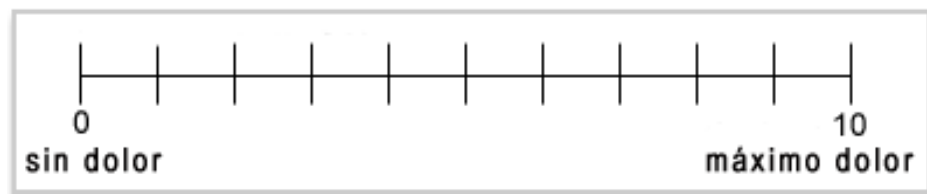
14.1. Cefalea no clasificada en otra parte.

14.2. Cefalea no especificada.

### **Anexo 3. FACTORES DESENCADENANTES DE LA CRISIS DE MIGRAÑA**

<b>Desencadenante</b>	<b>%</b>
Estrés	58
Menstruación	51
Alteración del ritmo del sueño	35
Esfuerzo físico	14
Exposición al sol	32
Cambios atmosféricos	
Dietéticos:	
– Determinados alimentos	10
– Alcohol	12
– Ayuno prolongado	17

#### **Anexo 4. ESCALA ANALÓGICA VISUAL (EVA).**



### **Anexo 5. DIARIO DE CRISIS DE CEFALEAS**

Diagnóstico..... Iniciales..... Historia clínica.....

Sexo.....H / M Edad.....

Crisis (Nº)	Duración (horas)	Intensidad (1, 2, 3)	Síntomas acompañantes	Tratamiento (preparado y dosis)

Intensidad de la cefalea: 1= leve, 2 = moderada, 3 = grave

Síntomas acompañantes: náuseas, vómitos, mareos, molestan luz y/o ruidos, otros síntomas

## Anexo 6. ACTUACIONES DE ENFERMERÍA PARA LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE

GR	Actuaciones de Enfermería para el fomento de la autonomía del paciente
	<p><b>Manejo del dolor:</b> - Asegurarse que el paciente reciba los cuidados analgésicos que corresponden.</p> <p><b>Administración de analgésicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten el dolor ( miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos)</li> <li>- Enseñar el uso de técnicas <b>no</b> farmacológicas, antes que se produzca o aumente el dolor, junto a otras medidas de alivio del dolor.</li> </ul>
	<p><b>Mejorar el sueño:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar esquema de sueño y observar circunstancias que lo interrumpen.</li> <li>- Ajustar el ambiente (luz, ruidos, temperatura, etc.) para favorecer el sueño.</li> <li>- Identificar la medicación que toma para el sueño.</li> <li>- Enseñar a realizar relajación autogénica u otras formas de inducción del sueño <b>no</b> Farmacológicas.</li> </ul>
	<p><b>Manejo del régimen terapéutico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Describir al paciente el proceso de la enfermedad. Sus signos y síntomas comunes de la enfermedad.</li> <li>- Instruirle acerca de dosis, vía y duración de los efectos de la medicación.</li> <li>- Informar de las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.</li> <li>- Determinar acuerdo sobre objetivos de los cuidados y una fecha objetiva de conclusión.</li> <li>- Identificar problema en términos de conducta, conducta que ha de cambiarse específica y concretamente</li> <li>- Administrar refuerzos positivos de conductas y fomentar la sustitución de hábitos indeseables, por hábitos deseables.</li> </ul>
	<p><b>Aumentar el afrontamiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</li> <li>- Ayudar a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a mejorar su estilo de vida.</li> <li>- Ayudar a resolver los problemas de manera constructiva.</li> </ul>
	<p><b>Disposición a mejorar el manejo del régimen terapéutico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar a ver acciones alternativas con menos riesgos para su estilo de vida.</li> <li>- Proporcionar un refuerzo positivo que motive la acción adecuada.</li> <li>- Programar un seguimiento para evaluar éxito o nuevas necesidades de refuerzo.</li> <li>- Evitar conductas que potencien la patología.</li> </ul>
	<p>Control de Constantes, T.A., F.C., Pupilas (riesgo hemorragia cerebral)  Educación sobre alimentación y cuidados. Alimentación adecuada.(consumo de cacao, quesos curados, plátano...)  Mantener adecuado patrón del sueño. Educación y cuidados.  Utilizar métodos naturales de inducción del sueño (música, métodos de relajación, etc.)  Administrar medicación según indicación médica.  Evitar automedicación y preguntar por vasodilatadores y anticonceptivos orales.</p>
	<p><b>Evaluación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adherencia al tratamiento.</li> <li>- Cambios de hábitos (alimentación, tabaco, alcohol, patrón del sueño, ejercicio, etc.)</li> </ul>

### Anexo 7. HOJA DE CONSULTA DE ENFERMERÍA EN CEFALEAS.

#### Consulta de Enfermería en Cefaleas.

Nombre y apellidos del paciente		Médico de referencia y CIAS	
Edad:	CIP:		
Dirección:			
Población - C.P.		Tfno:	
Centro de salud o Consulta			
Diagnóstico (ICHI-II)			
Tratamiento propuesto:			
Dosis total (mgr.)			
	<b>Si</b>	<b>No</b>	
Llamada 1ª (10 días): Responde			Llamada 2ª (2 semanas)
¿Ha adquirido la medicación			Sólo si problemas en 1ª
¿Toma correctamente la medicación?			
¿Algún efecto adverso? SEÑALAR			¿Toma la medicación?
<b>Actitud a seguir</b>			¿Ha llegado a dosis recomendada?
Continuar sin explicaciones			
Continuar tras explicaciones (Llam.2)			¿Persiste problema?
Consulta Neurologo (tras llam. 2)			¿Ha mejorado?

#### Cuestionario sobre Medicación

Medicamento:		Si	No	Observaciones
Dosis propuesta (mg.)				
Dosis total (mgr.)				
Síntomas gastrointestinales				
Fatiga				
Mareo				
Insomnio				
Somnolencia				
Alteración de la memoria				
Impotencia				
Incremento de peso				
Pérdida de peso Kg.				
Parestesias distales				
Depresión				

Cuestionario sobre Medicación					
Medicamento:			Si	No	Observaciones
Cólico renal					
Miopía aguda					
Rash cutáneo					
Otros					
<b>Actitud</b>					
Supresión					
Parada escalonada					
Supresión					
<b>Resultados</b>					
Empeora					
Igual					
Mejora ligeramente					
Mejora significativamente					
No cefaleas					
Ha reducido Tratamiento sintomático.					



### **Anexo 8. FARMACOCINÉTICA DE LOS TRIPTANES (modificada de Pascual)**

	Biodisponibilidad (%)	TMAX (horas)	Vida media (horas)
<b>Sumatriptán</b>	14	1,5-2,5	2
<b>Zolmitriptán</b>	40-45	1,5	3
<b>Naratriptán *</b>	63-70	3	6
<b>Rizatriptán</b>	45	1-1,5	2
<b>Eletriptán</b>	50	1,5	5
<b>Almotriptán</b>	80	2,5	3
<b>Frovatriptán *</b>	22-30	2,3-3	26

**Anexo 9. INDICACIONES POTENCIALES PARA CADA UNO DE LOS TRIPTANES COMERCIALIZADOS EN ESPAÑA (MODIFICADA DE PASCUAL (...)).**

Sumatriptán	Vía subcutánea	Crisis graves resistentes a vía oral o nasal
	Nasal 20 mg	Crisis resistentes a la vía oral y/o con vómitos
	Nasal 10 mg	Adolescentes
	Oral	Paciente migrañoso estándar
Naratriptán	Oral	Crisis leves-moderadas de lenta instauración
		Pacientes con efectos adversos a otros triptanes
Zolmitriptán	Nasal	Crisis resistentes a la vía oral y/o con vómitos
	Oral	Paciente migrañoso estándar
Rizatriptán	Oral	Paciente migrañoso estándar
		Crisis de alta intensidad y/o rápida instauración
Almotriptán	Oral	Paciente migrañoso estándar
		Pacientes con efectos adversos a otros triptanes
Eletriptán	Oral	Paciente migrañoso estándar
		Crisis de alta intensidad y larga duración
Frovatriptán	Oral	Crisis leves-moderadas de lenta instauración
		Pacientes con efectos adversos a otros triptanes

### Anexo 10. EVIDENCIAS EN EL TRATAMIENTO AGUDO DE LA MIGRAÑA

Medicamento	Calidad de evidencia	Eficacia científica	Efectividad clínica	Efectos adversos
Sumatriptán subc	A	+++	+++	Frecuentes
Sumatritan nasal	A	+++	+++	Ocasionales
Sumatriptán oral	A	+++	+++	Ocasionales
Rizatriptán	A	+++	+++	Ocasionales
Zolmitriptán	A	+++	+++	Ocasionales
Almotriptán	A	+++	+++	Infrecuentes
Naratriptán	A	++	++	Infrecuentes
DHE IV	B	++	+++	Frecuentes
DHE subc/i.m.	B	+++ / ++	+++	Ocasionales
DHE nasal	A	++	++	Ocasionales
Ergotamina	B	+	++	Frecuentes
Ergotamina+cafeína	B	+++ / ++	+++	Frecuentes
Metoclopramida i.m.	B	+	+	Infrec-ocasionales
Metoclopramida i.v.	B	++	++	
Proclorperazina i.m.	B	+++	+ / ++	Ocasionales
Proclorperazina i.v.	B	+++	+++	Frecuentes
Paracetamol	B	0	+	Infrecuentes
Aspirina	A	++	++	Ocasionales
Naproxeno sódico	A	++	++	
Naproxeno	B	+	++	
Diclofenaco	B	++	++	
Combinación de paracetamol, AAS, cafeína	A	+++	++	Infrecuentes
Butalbital, AAS, cafeína	C	¿	+++	Ocasionales
Butalbital, AAS, cafeína, codeína	B	++	+++	Ocasionales
Butorfanol nasal	A	+++	+++	Frecuentes
Paracetamol+codeína	A	++	++	Ocasionales
Opiáceos parenteral	B	++	++	Frecuentes
Corticoides	C	+	++	Infrecuentes

## **Anexo 11. DOSIS RECOMENDADAS/DÍA DE LOS PRINCIPALES TRATAMIENTOS PREVENTIVOS.**

	<b>Mínima eficaz</b>	<b>Recomendada</b>	<b>Máxima</b>
<b>Betabloqueantes:</b>			
- Propranolol:	40 mg	60 mg	160 mg
- Nadolol:	40 mg	60 mg	160 mg
- Metoprolol:	50 mg	100 mg	200 mg
- Atenolol:	50 mg	100 mg	200 mg
<b>Antagonistas del calcio:</b>			
- Flunaricina:	2,5 mg	5 mg	10 mg
<b>Antidepresivos:</b>			
- Amitriptilina:	10 mg	25 mg	75 mg
<b>Antiepilépticos/neuromoduladores:</b>			
- Topiramato:	50 mg	100 mg	200 mg
- Ácido valproico:	300 mg	600 mg	1.500 mg
<b>AINE:</b>			
- Naproxeno:	500 mg	1.000 mg	1.500 mg

## **Anexo 12. INDICACIONES ESPECÍFICAS DE LOS FÁRMACOS PREVENTIVOS ANTIMIGRAÑA.**

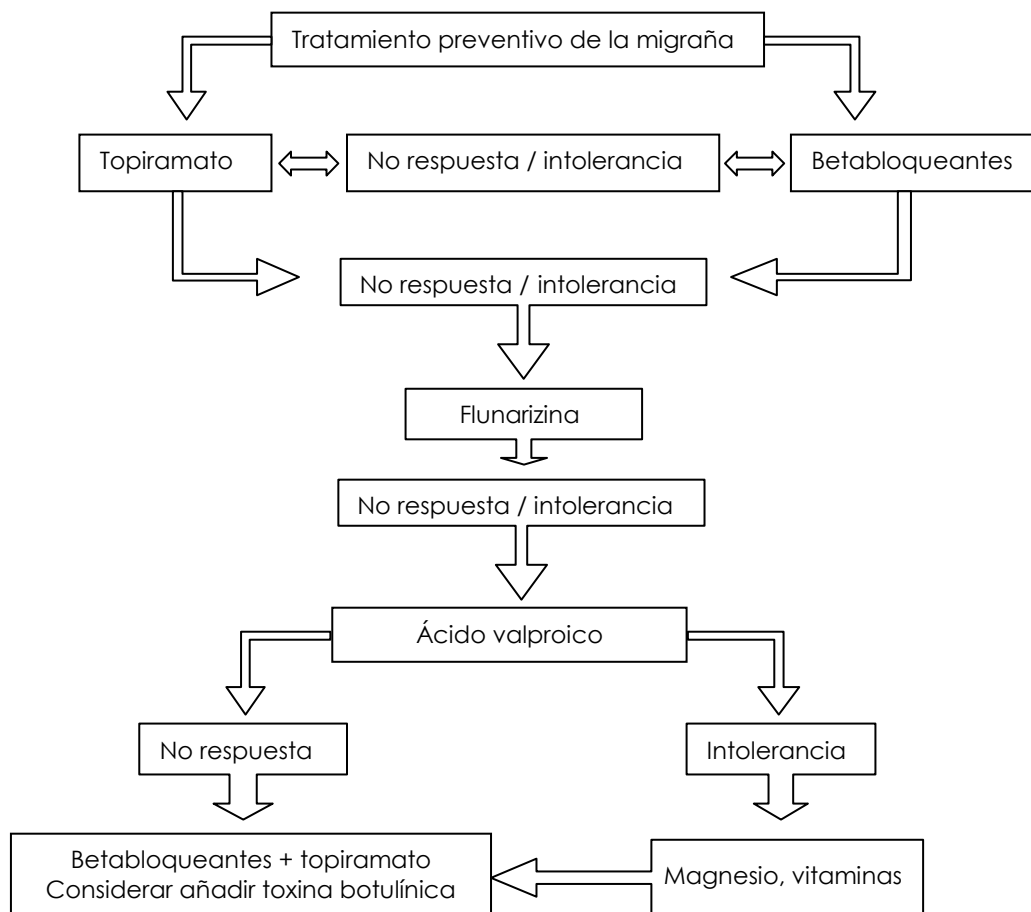
<b>Compuesto</b>	<b>De elección</b>	<b>De segunda elección</b>
Betabloqueantes	Migraña sin aura pura	Migraña sin aura y con aura
	Migraña e hipertensión	típica
	Migraña y embarazo (propranolol)	
Topiramato	Migraña sin y con aura	Migraña con aura severa
	Migraña crónica o transformada	
	Migraña y epilepsia	
	Migraña y sobrepeso	
Flunarizina	Migraña con y sin aura con intolerancia/contraindicaciones a betabloqueantes y topiramato	
Amitriptilina	Migraña que asocia cefalea tensional	
	Migraña y depresión	
Ácido valproico	Migraña con y sin aura con intolerancia/contraindicaciones a betabloqueantes y topiramato Migraña y epilepsia	
Fluoxetina		Migraña y depresión
Ciproheptadina	Migraña en niños	
Lamotrigina	Aura migrañosa frecuente y severa	
Gabapentina		Migraña sin respuesta/intolerancia al resto de fármacos
Verapamilo		Si no respuesta a flunarizina
AINE	Migraña menstrual (tanda corta)	
Toxina botulínica		Migraña crónica o transformada Coadyuvante a los anteriores Intolerancia a los anteriores
Vitamina B2, magnesio		Coadyuvante a los anteriores Intolerancia al los anteriores

### **Anexo 13. EFECTOS ADVERSOS DE LOS PRINCIPALES FÁRMACOS ÚTILES EN EL TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LA MIGRAÑA.**

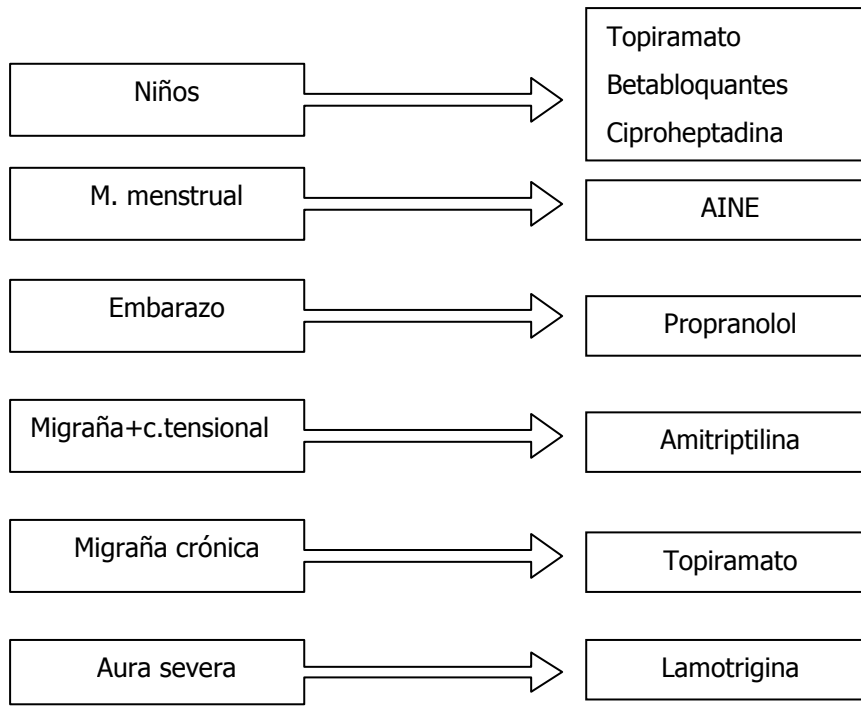
<b>Compuesto</b>	<b>Efectos adversos Frecuentes</b>	<b>Efectos adversos Raros</b>
Betabloqueantes	Fatiga Mareo Náuseas Hipotensión ortostática Impotencia Insomnio/pesadillas Frialdad distal	Depresión Bradicardia sintomática Insuficiencia cardiaca Broncoconstricción
Topiramato	Parestesias distales Síntomas cognitivos Trastornos intestinales Pérdida de peso	Glaucoma Litiasis renal Depresión
Ácido valproico	Náuseas/vómitos Somnolencia Sobrepeso Temblor Alopecia	Hepatotoxicidad Quistes ováricos Trombocitopenia
Flunarizina	Náuseas/vómitos Somnolencia Sobrepeso Temblor Alopecia	Parkinsonismo Galactorrea
Flunarizina	Somnolencia Estreñimiento Sobrepeso Sequedad de piel/mucosas Palpitaciones	Síntomas cognitivos Retención urinaria Glaucoma

### Anexo 14. TRATAMIENTO PREVENTIVO GENERAL DE LA MIGRAÑA

Primera línea	Segunda línea	Tercera línea	Coadyuvantes
Betabloqueantes Topiramato	Flunarizina Amitriptilina Ácido valproico	Gabapentina Verapamilo Fluoxetina Ciproheptadina	Magnesio Vitamina B2 Toxina botulínica



### **Anexo 15. TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA EN SITUACIONES ESPECIALES**





### Anexo 16. TERAPIA PREVENTIVA EN MIGRAÑA.

Medicamento	Calidad evidencia	Evidencia científica	Efectividad clínica	Efectos adversos
Propranolol	A	+++	+++	Ocasionales
Nadolol	B	+	+++	
Metroprolol	B	++	+++	
Atenolol	B	++	++	
Timolol	A	+++	+	
Flunarizina	A	+++	+++	Ocasionales
Nicardipino	C	+	++	Infrecuentes
Verapamilo	B	+	++	Ocasionales
Ciproheptadina	C	'	+	Frecuentes
Metisergida	A	+++	+++	Frecuentes
Aspirina	B	+	+	Infrecuentes
Naproxeno	B	+	+	
Ibuprofeno	C	¿	+	
Valproato sódico	A	+++	+++	Ocasional
Gabapentina	B	++	++	
Amitriptilina	A	+++	+++	Frecuentes
Fluoxetina	B	+	+	Ocasionales
Paroxetina	C	¿	+	Ocasionales
Magnesio	B	+	+	Infrecuentes
Vitamina B12	B	+++	++	Infrecuentes