

	BIENESTAR UNIVERSITARIO ÁREA DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO	Página 1 de 6
	GUÍA PRIMEROS CUIDADOS DE LA CEFALEA	Código:BU-G-017
		Versión:01

1. OBJETIVO

Establecer los pasos o conductas iniciales para el manejo de la cefalea a través de la aplicación de procesos integrados y de las intervenciones del personal interdisciplinar para disminuir o mitigar la progresión de la enfermedad.

2. ALCANCE

Las medidas contenidas en esta guía técnica son de aplicación para todos los profesionales de la salud médicos generales y enfermeras, que laboren en el consultorio de Bienestar Universitario.

3. RESPONSABLE

El responsable de la adecuada ejecución de esta guía es el Coordinador de Salud y Desarrollo Humano y los profesionales de salud que laboren en los consultorios de Bienestar Universitario.

4. GENERALIDADES

La cefalea es el principal motivo de consulta neurológica en nuestro medio, ya que es una patología de elevada prevalencia. No obstante, es fundamental la realización de una buena anamnesis, exploración física y, si se precisa, la realización de pruebas complementarias pertinentes para diferenciar si la cefalea representa en sí misma la enfermedad del paciente (cefalea primaria) o si por el contrario la cefalea es un síntoma de otro proceso (cefalea secundaria).

5. CLASIFICACIÓN DE LAS CEFALEAS

Para un mejor estudio las clasificaremos acorde a su perfil temporal:

- **CEFALÉAS SÚBITAS NO RECURRENTE:** máxima intensidad en menos de un minuto. Suelen enmascarar patología neurológica grave o ser el primer episodio de una cefalea primaria.
 - ✓ Hemorragia subaracnoidea.
 - ✓ Hemorragia cerebral.
 - ✓ Disecciones arteriales.
 - ✓ Cefalea explosiva, en trueno o *thunderclap* primaria.
- **CEFALÉAS AGUDAS DE RECIENTE COMIENZO:**
 - ✓ Arteritis de la temporal (mayores de 50 años).
 - ✓ Secundaria a infecciones intracraneales (manifestaciones sistémicas y fiebre).

- ✓ Secundaria a traumatismo craneoencefálico (TCE) (formando parte de síndrome postraumático: cefalea, mareo, insomnio, dificultad en la concentración, primeros 7 días tras el traumatismo).
 - ✓ Secundaria a hipotensión intracraneal (de características ortoestáticas. Frecuente en los pacientes a los que se realizó punción lumbar previa).
 - ✓ Secundaria a ingesta o abstinencia de sustancias: como por ejemplo ingesta de nitratos, inhibidores de la fosfodiesterasa, calcioantagonistas, alcohol, cocaína, cannabis. Retirada de cafeína y opioides, entre otros.
 - ✓ Secundaria a trastornos de la homeostasis: frecuente en la hipoxia, hipercapnia, síndrome de apnea obstructiva del sueño, en la hemodiálisis, con el ayuno prolongado, en la isquemia miocárdica aguda, con la hipertensión arterial sin encefalopatía, entre otras.
 - ✓ Secundaria a trastornos oculares: suele acompañarse de disminución de la agudeza visual y ojo rojo (los errores de refracción no son causa frecuente de cefalea).
 - ✓ Secundaria a causas ORL: rinosinusitis agudas (suelen acompañarse de puntos dolorosos, secreción y fiebre).
 - ✓ Secundaria a disfunción de la articulación temporomandibular: hemicraneal, dolor a la palpación y a la movilización de la articulación.
 - ✓ Secundaria a alteraciones cervicales: cefalea tensional con contractura e hipersensibilidad de la musculatura cervical.
- CEFALÉAS AGUDAS RECURRENTE:
- ✓ Migraña: trastorno crónico caracterizado por la recurrencia de al menos 5 episodios de cefalea de 4 a 72 horas de duración, habitualmente unilateral y pulsátil, intensa, acompañada de síntomas vegetativos e incremento con el ejercicio físico y que se puede preceder o acompañar de síntomas de origen cortical (aura).
 - ✓ Cefaleas trigémino-autonómicas: poco frecuentes, dolor ocular asociado o no a síntomas autonómicos, necesario realizar diagnóstico diferencial con lesiones estructurales (resonancia magnética cerebral).
- CEFALÉA EN RACIMOS (*CLUSTER*).
- ✓ Hemicránea paroxística.
 - ✓ SUNCT (*Short lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival infection and tearing*).
 - ✓ Cefalea punzante primaria.
 - ✓ Cefaleas primarias desencadenadas por el esfuerzo.
 - ✓ Cefalea hipócnica.
 - ✓ Neuralgias craneales.
 - ✓ Síndrome de cefalea y déficit neurológico transitorio con pleocitosis del líquido cefalorraquídeo (LCR). (Pseudomigraña con pleocitosis).

- **CEFALEAS SUBAGUDAS PROGRESIVAS:**
 - ✓ Síndrome de hipertensión intracraneal: dolor holocraneal, opresivo, progresión lenta, moderado, pero continuo de predominio matutino. Cuando el síndrome está avanzado presenta papiledema bilateral y otras manifestaciones neurológicas.
 - ✓ Hipertensión intracraneal idiopática: cefalea y alteraciones oculares en fenotipo característico (mujer, obesidad), con aumento de la presión del LCR (Líquido cefalorraquídeo). Importante realizar el diagnóstico diferencial con trombosis de senos venosos.
- **CEFALEA CRÓNICA DIARIA NO PROGRESIVA**
 - ✓ Cefalea tensional: ausencia de especificidad. Exploración física y estudios complementarios sin hallazgos.
 - ✓ Migraña crónica.
 - ✓ Cefalea persistente diaria de nuevos pacientes jóvenes sin historia previa de cefalea. El inicio es agudo y sin remisión, se recuerda perfectamente la fecha de inicio del dolor. Hay que descartar cefaleas secundarias.
 - ✓ Hemicránea continua: estrictamente unilateral, de intensidad moderada con exacerbaciones de segundos, asocia síntomas autonómicos.
 - ✓ Cefalea por abuso de medicación: cefalea que se desarrolla durante el abuso regular de una medicación y que se resuelve en los dos meses siguientes a su supresión.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de los principales tipos de cefalea

Tipo	Instauración	Localización	Duración	Intensidad	Cualidad	Otros
Migraña	Aguda-Subaguda	Hemicraneal alternante	4-72 horas	Moderada-grave	Pulsátil	Náuseas Vómitos Sono-fotofobia
Tensional	Insidiosa	Holocraneal	30 min-días	Leve-Moderada	Pesadez	Cervicalgia
Cefalea racimos	Aguda	Unilateral Retroorbitaria Hemicraneal	15-180 min.	Muy intensa	Penetrante	Lagrimeo Rinorrea Inyección conjuntival
Orgánica	Progresiva	Variable	Variable	Moderada	Constante sorda	Vómitos Rigidez nuczal Focalidad
Hemorragia subaracnoidea	Brusca	Occipito-nuczal	Variable	Muy aguda	Explosiva	Alt. nivel consciencia. Náuseas
Arteritis temporal	Aguda	Temporal	Intermitente	Variable	Variable	Arterias doloridas. Alt. visual

6. MANEJO DEL PACIENTE

6.1. Anamnesis

Es fundamental en este tipo de pacientes, primero le escucharemos detenidamente para posteriormente realizar una anamnesis dirigida, donde nos centraremos en los siguientes puntos:

- Edad de inicio, historia personal y familiar de cefalea (casos recurrentes).
- Modo de presentación (agudo-explosivo, subagudo, crónico).
- Calidad del dolor (pulsátil, sordo, opresivo, lacinante).
- Intensidad del dolor (leve, moderado, incapacitante).
- Localización (periocular, hemicraneal, occipital, cervical, etc).
- Factores precipitantes o agravantes (estrés, alimentos, meteorología, hormonal, etc).
- Síntomas asociados (náuseas, foto-sono-osmofobia, crisis, fiebre, focalidad neurológica, etc).
- Experiencia terapéutica previa. Automedicación domiciliaria.
- Estudios diagnósticos previos.

Con estos datos deberíamos ser capaces de separar a los pacientes en tres tipos:

- Pacientes en los que la cefalea es algo habitual, es de las mismas características que la suya habitual. Suelen acudir por fracaso en el tratamiento domiciliario. En ellos debemos sospechar la existencia de una agudización de una cefalea primaria.
- Pacientes que aquejan una cefalea de reciente comienzo, ha sido brusca o aguda, se asocia a un síntoma o signo de gravedad. En ellos sospechar la existencia de una cefalea secundaria.
- Pacientes con historia previa de cefalea, pero las características de la misma han cambiado, o se acompaña de otros síntomas o signos. Especial cuidado con estos pacientes, es probable que necesitemos para el diagnóstico la realización de pruebas complementarias o el seguimiento en observación.

6.2. Exploración física

Muy importante, tanto una buena exploración general, como neurológica. En ella destacamos:

- Fondo de ojo: papiledema, atrofia óptica, hemorragia retiniana, etc.
- Focalidad neurológica.
- Rigidez de nuca, signos meníngeos.
- Engrosamiento doloroso de la arteria temporal.
- Punto gatillo u otros puntos dolorosos faciales.
- Soplo craneal o carotídeo.
- Síntomas autonómicos: lagrimeo, rinorrea, síndrome de Horner.
- Articulación temporomandibular.

- Exploración de senos paranasales, oído externo y medio.
- Examen de columna cervical y musculatura paravertebral (dolor, limitación de movilidad, contracturas musculares, etc).

Con la exploración y la anamnesis deberíamos ser capaces de conocer si nuestro paciente presenta o no criterios de gravedad de su cefalea:

- Cefalea intensa, de comienzo súbito.
- Empeoramiento de una cefalea crónica.
- Cefalea de frecuencia o intensidad creciente.
- Localización unilateral estricta (excepto cefalea en racimos, hemicránea paroxística, neuralgia occipital, neuralgia del trigémino, hemicránea continua, cefalea cervicogénica).
- Manifestaciones acompañantes (trastornos de conducta o del comportamiento, crisis epilépticas, focalidad neurológica, papiledema, fiebre).
- Náuseas o vómitos no explicables (por una cefalea primaria ni por otra enfermedad sistémica).
- Presencia de signos meníngeos.
- Precipitada por esfuerzo físico, tos, o cambio postural.
- Refractaria a un tratamiento teóricamente correcto.
- En edades extremas de la vida.
- De presentación predominantemente nocturna.
- En pacientes oncológicos o inmunodeprimidos.

6.3. Tratamiento inicial

El tratamiento debe ser individualizado. Se exponen a continuación unas directrices generales para el tratamiento de las cefaleas más frecuentes:

- Llamar a la ambulancia básica para solicitar atención médica y tratamiento farmacológico.
- Conocer y si es posible suprimir los factores desencadenantes.
- Procurar un lugar tranquilo y oscuro.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Guías para Manejo de Urgencias. (2009). Ministerio de Salud y Protección Social. Tomo I, II, III. Tercera Edición. Bogotá Colombia.
- Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. (2014). Jiménez, A. Cuarta Edición. Toledo España.}

8. REGISTRO

Identificación		Almacenamiento (Archivo de gestión)		Protección	Recuperación (clasificación para consulta)	Disposición (Acción cumplido el tiempo de retención)
Código Formato	Nombre	Lugar y Medio	Tiempo de Retención	Responsable de Archivarlo		
BU-F04	Formato para el Registro Diario de Consultas de Salud y Desarrollo Humano	Archivo área de Salud/ Sistema de información/ magnético	2 años	Funcionario	Cronológico	Digitalización

REGISTRO DE MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Ítem modificado	Descripción

No aplica para este documento por ser la primera versión

<p>Elaboró</p> <p>Equipo de Trabajo Dirección de Bienestar Universitario-Área de Salud y Desarrollo Humano 08/06/2020</p>	<p>Revisó</p> <p>Yineth Pérez Torres Responsable Mejora Continua Sistema de Gestión COGUI+ Grupo de Gestión de la Calidad 09/06/2020</p>	<p>Aprobó</p> <p>Jesús Suescun Arregocés Director Bienestar Universitario Responsable de Bienestar Universitario 10/06/2020</p>
--	---	--