Manejo Cefaleas en UCIAS.

Dr. Fco. José Molina. NRL. HUSE

Dra. Rosa Robles . UCIAS. HUSE

Fundació Patronat Científic
Col·legi de Metges Illes Balears

semes BALEARS
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Son Espases hospital universitari

CEFALEA PRIMARIA

CEFALEA SECUNDARIA

ES GRAVE??

- Cefaleas constituyen un **4,5% visitas a UCIAS.**

- **90%** en práctica clínica GENERAL son **Primarias**; es decir, las cefaleas **Secundarias** suponen el 10% de todas las cefaleas por las que los pacientes consultan…PERO en URGENCIAS este porcentaje aumenta: 25-30%

Cefaleas Primarias

- **MIGRAÑA**
- **CEFALEA "TENSIONAL" (CEFALEA TIPO TENSIÓN)**
- **CEFALEA EN RACIMOS** (*Cluster Headache*) &

  OTRAS CEFALEAS TRIGÉMINO-AUTONÓMICAS
  - Hemicránea continua
  - Otras: Hemicránea paroxística. SUN
- OTRAS CEFALEAS PRIMARIAS

Más frecuente en mujeres.

Paroxismos 15-30min. duración, muy frecuentes.

Respuesta a Indometacina: 50mg/8h

CEFALEAS PRIMARIAS MÁS FRECUENTES

Sintomas	Migraña	Cefalea Tipo Tensión	Cefalea en Racimos ó Cluster
Localización	• Adultos: 60-70% unilateral 30% bilateral • Niños y adolesc:entes: Más a menudo bilateral	Bilateral	-Unilateral, periorbitario o temporal. -Predominio en varones, 3-4º década, fumadores y bebedores.
Caracteristicas	Inicio gradual y progresivo, pulsatil, intensidad moderada a elevada, se agrava con actividad física "habitual"	Opresiva o Tensiva. Intensidad leve o moderada. No empeora con actividad física "habitual".	Inicio rápido, aumenta de intensidad en pocos minutos , intensidad muy alta ("atroz")
Duración	4-72 horas	De 30 min a 7 días (Formas Episódicas) Puede durar más o ser continua (Formas Crónicas)	Paroxismos de 15 min a 3 horas. De un episodio cada 48 h. a 8 episodios diarios.
Síntomas asociados	Náuseas, Vómitos, fotofobia, fonofobia; puede haber aura (visual, sensitiva, trastornos del habla/lenguaje, déficits motores o troncoencefálicos)	NO (en general)	Al menos UNO de: - SÍNTOMAS AUTONÓMICOS óculo-faciales ipsolaterales (lagrimeo, ojo rojo, rinorrea, sudoración, ptosis). - INQUIETUD PSICOMOTRIZ.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS de MIGRAÑA

Al menos 5 episodios que cumplan:

- Cumplan al menos 2 de las siguientes características:
  - Unilateral (puede ser bilateral)
  - Pulsátil (puede ser opresiva o tensiva)
  - Intensidad moderada-grave
  - Empeora con actividad física
- Al menos uno de los siguientes síntomas asociados:
  - Vómitos y/o Náuseas.
  - Fotofobia + Fonofobia.

CEFALEA EN RACIMOS

Es la **CEFALEA TRIGÉMINO-AUTONÓMICA** más frecuente. **Al menos 5 ataques** que cumplan:

- Dolor unilateral de gran intensidad, periorbitario o temporal.
- Acompañado de uno o más de: lagrimeo, inyección conjuntival, ptosis/edema palpebral, miosis, rinorrea/taponamiento nasal, sudoración facial, EN EL MISMO LADO; **inquietud** y/o agitación.

Cefaleas secundarias

Asociadas a patología subyacente – lesiones estructurales/trastornos tóxico-metabólicos –.

- **Traumatismo** cabeza o cuello
- Trastorno **vascular** craneal o cervical
  - HSA
  - Disección arterial
  - Trombosis venosa
  - Vasculitis
- Trastorno intracraneal **no vascular**
  - Meningitis, Encefalitis,
  - HTIC idiopática
  - Neoplasias
- Asociada a **sustancias** o supresión de sustancias
- **Infecciones:** SNC, Sistémicas.
- Trastornos **homeostasis**: HTA, hipoxia, hipercapnia, hipotiroidismo, diálisis.
- Trastornos de **cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, boca..**
- Trastornos **psiquiátricos**: somatización

Neuralgias

Dolor en el territorio de distribución de un nervio periférico Sensitivo o Sensitivo-Motor, debido a compresión, tracción, isquemia, inflamación, traumatismo u otros mecanismos. Puede ser sordo, paroxístico o mixto (IASP).

- **NEURALGIA DEL TRIGÉMINO**
- **OTRAS:**
  - **Neuralgias de ramas t**
    Supratroclear, Aurícul
    disfunción ATM), Infra
  - **Neuralgia Occipital**
  - **Neuralgia Vago-Gloso**
  - **Otras.**

Más frecuente en mujeres y en mayores de 40 años (por debajo de esa edad excluir E. Múltiple).

- **Crisis paroxísticas** (de segundos), recurrentes, de dolor intenso tipo **"descarga eléctrica"** generalmente 2ª-3ª rama trigeminal; existen puntos (surco nasolabial, comisura, mentón) y maniobras (comer, hablar, cepillarse los dientes) **"gatillo".**
- Generalmente entre los paroxismos no hay dolor, existe un periodo refractario de segundos a minutos, durante el cual no se repite el dolor pese a estimular.

Desmontando tópicos..

- La Cefalea tipo Tensión (CT) está sobre-diagnosticada
- Cefalea opresiva NO equivale a CT: la Migraña y muchas cefaleas secundarias pueden tener cualidad opresiva o tensiva.
- Cefalea Pulsátil NO equivale a Migraña: pueden serlo cefaleas vasculares, procesos inflamatorios y la debida a hipertensión intracraneal.
- La Cefalea **más frecuente** en los PACIENTES QUE CONSULTAN (en general) es la **MIGRAÑA** (no la CT)

Evaluación paciente con cefalea en UCIAS

1º...Diferenciar si es CEFALEA PRIMARIA o SECUNDARIA

SIGNOS DE ALARMA

2º Dentro de las C Secundarias, identificar las de mayor probabilidad de ser debidas a enfermedad potencialmente grave

- **ANAMNESIS**
- **EXPLORACION CLINICA**

3º Tratamiento adecuado de CEFALEAS PRIMARIAS

Signos/Síntomas de ALARMA de una Cefalea

POR ANAMNESIS

EPIDEMIOLÓGICOS

- Cefalea nueva o reciente en **mayores 50 años**
- Cefalea reciente en paciente con **neoplasia.**
- Cefalea reciente en paciente con **SIDA/inmunodepresión**.
- Cefalea reciente en pacientes **anticoagulados.**
- Otros: pacientes con conectivopatías, poliquistosis renal; antecedentes familiares de HSA.

SEGÚN LA EVOLUCIÓN

- **Cefalea brusca, explosiva o coincidente con esfuerzo/Valsalva**; cefalea que empeora con movimientos (excluida Migraña).
- **Cefalea persistente** en paciente sin antecedente de cefalea habitual.
- **Cefalea reciente o subaguda** con aumento progresivo en intensidad.
- **Cefalea de presentación nocturna** que despierta al paciente (excluidas Migraña, C. Racimos y C. Hípnica).
- **Cambio** llamativo y reciente en características de **cefalea previa** (cefalea "distinta"), sin causa común aparente.

POR EXPLORACIÓN

EN LA EXPLORACIÓN

- **Fiebre** no explicada y signos meníngeos,
- **Vómitos** (no explicados por Migraña).
- **Síntomas o signos neurológicos focales**
- **Alteración del estado mental o del nivel de conciencia.**
- **Crisis epilépticas**.
- **Signos meníngeos.**
- **Edema de papila**.
- **Anisocoria.**
- **Signos de Arteritis Temporal.**

- El criterio más importante para diferenciar una cefalea secundaria de una primaria es el **Tiempo de Evolución** (el tiempo desde que el paciente comienza a padecerla).

- **Tiempo de Evolución:** Tiempo transcurrido desde su aparición :

  - **AGUDAS**: de segundos a pocos días de duración.
  - **SUBAGUDAS**: de menos de 3 meses de evolución.

  CEFALEAS RECIENTES

  - **CRÓNICAS**: de > 3 meses de evolución.

- La mayoría de las cefaleas secundarias, en especial las potencialmente graves, son **CEFALEAS RECIENTES** (AGUDAS Y SUBAGUDAS).

¿AGUDA, SUBAGUDA o CRÓNICA ?

¡¡¡ CEFALEAS RECIENTES (< 3 MESES) !!!

AGUDA: Variable <72 h - 1 Semana (dependiendo momento de consulta)

1. GRAVES

VASCULARES
HSA
Disección Arterial
Trombosis Venosas
Ictus (Hemorrágico –h. cerebelo –, Isquémico)l
Apoplejía hipofisaria

NO VASCULARES
Infecciones SNC (meningitis, encefalitis, abscesos, empiemas).
Encefalopatía Hipertensiva
OFT: Glaucoma Agudo.
Traumatismos

2. OTRAS
. Cefalea pospunción
. Cefalea de rebote
. Cefalea asociada procesos febriles
. Cefalea origen OFT/ORL/MF)
. Primeros episodios C.R. o Migraña

SUBAGUDA: 1 semana – 3 meses

1. GRAVES

VASCULARES
Arteritis células gigantes
Vasculitis SNC

NO VASCULARES
Neoplasia
Hidrocefalia
Abscesos
Enfermedad Inflamatoria no infecciosa (p.e. sarcoidosis)
HTIC idiopática.
Cefalea por baja presión LCR (no debida a P. lumbar)

2. OTRAS
. Cefalea postraumática
. Cefalea por fármacos, tóxicos,
. Asociada a procesos febriles
. Por trastornos homeostasis
. Cefalea origen OFT/ORL/MF)

CRÓNICA: >3 MES EVOLUCIÓN

Cefalea crónica progresiva
Hipertensión intracraneal idiopática
Cefalea por baja presión de LCR
Fármacos-tóxicos
Hematoma subdural crónico
Trastornos Homeostasis
Raras: Tumores, Abscesos, Trombosis venosas

Cefalea crónica no progresiva
Cefalea postraumática crónica
Cefalea tensional crónica
Cefalea abuso de analgésicos
Migraña crónica.

Por tanto, en Urgencias...
. ¿Es una CEFALEA PRIMARIA o SECUNDARIA?
. Si es secundaria ¿puede ser grave?

- **Historia clínica completa**
  - Antecedentes Personales. Medicaciones.
  - Antecedentes Familiares.
  - Frecuencia, intensidad y duración de la cefalea.
  - Forma y edad de inicio
  - Presencia de aura y pródromos.
  - Tipo dolor, localización e irradiación.
  - Síntomas asociados.
  - Factores desencadenantes, agravantes y aliviadores.
  - Intensidad del dolor.
  - Respuesta a tratamientos previos
  - Cambios visión, traumatismo reciente.
  - Cambios sueño, peso, método anticonceptivo,

Por tanto, en Urgencias...
. ¿Es una CEFALEA PRIMARIA o SECUNDARIA?
. Si es secundaria, ¿puede ser grave?

- **Examen físico completo**
  - Constantes.
  - Exploración NRL completa para descartar:
    Signos focales NRL
    Signos meníngeos
  - Región cráneo-cervical: arterias temporales, articulac. témporo-mandibular, senos paranasales, oído medio y columna cervical. PALPAR.
  - Sistémica.

…en alto riesgo Cefalea Secundaria

- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS BÁSICAS EN URGENCIAS**
  - Analíticas: Básica. VSG Y PCR si sospecha de arteritis temporal.
  - TC CRANEAL: Inicialmente sin contraste.
    Contraste en función de hallazgos.
  - Punción lumbar: - Sospecha infección (meningitis/meningoencefalitis)
    - Sospecha HSA con TC normal: esperar ≥ 12 horas desde el inicio; a ser posible profesional con experiencia (minimizar riesgo punción traumática)
  - Otras técnicas neuro-radiológicas posibles-AngioTC (arterial/venosa): sospecha de Disecciones Arteriales, Trombosis Venosas.

CEFALEA PRIMARIA CON EXPLORACIÓN FÍSICA Y NEUROLÓGICA NORMAL Y SIN SIGNOS DE ALARMA, **NO** SERÁN NECESARIAS PRUEBAS DE NEUROIMAGEN

Caso clínico

- Mujer de 42 años, gestante 24 semanas (1º embarazo, in vitro) refiere cefalea opresiva holocraneal intensa de 6 d de evolución, continua, empeoramiento vespertino, no le impide descansar, cede con Paracetamol. 2º visita a UCIAS, tiene que tomar el analgésico cada 6 horas.
  - TA 110/75. FC 70. Afebril.
  - Exploración física y NRL sin alteraciones
  - Sedimento orina sin alteraciones

SIGNOS DE ALARMA ??

CEFALEA PRIM
O
SECUNDAR

TAC
Ó
RMN

Signos/Síntomas de ALARMA de una Cefalea

POR ANAMNESIS

EPIDEMIOLÓGICOS

- Cefalea nueva o reciente en **mayores 50 años**
- Cefalea reciente en paciente con **neoplasia.**
- Cefalea reciente en paciente con **SIDA/inmunodepresión**.
- Cefalea reciente en pacientes **anticoagulados.**
- Otros: pacientes con conectivopatías, poliquistosis renal; antecedentes familiares de HSA.

SEGÚN LA EVOLUCIÓN

- **Cefalea brusca, explosiva o coincidente con esfuerzo/Valsalva**; cefalea que empeora con movimientos (excluida Migraña).
- **Cefalea persistente** en paciente sin antecedente de cefalea habitual.
- **Cefalea reciente o subaguda** con aumento progresivo en intensidad.
- **Cefalea de presentación nocturna** que despierta al paciente (excluidas Migraña, C. Racimos y C. Hípnica).
- **Cambio** llamativo y reciente en características de **cefalea previa** (cefalea "distinta"), sin causa común aparente.

POR EXPLORACIÓN

EN LA EXPLORACIÓN

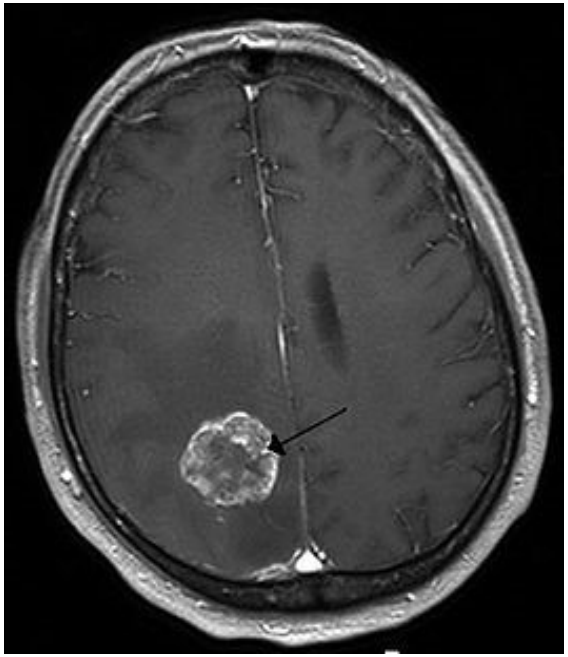
- **Fiebre** no explicada y signos meníngeos,
- **Vómitos** (no explicados por Migraña).
- **Síntomas o signos neurológicos focales**
- **Alteración del estado mental o del nivel de conciencia.**
- **Crisis epilépticas**.
- **Signos meníngeos.**
- **Edema de papila**.
- **Anisocoria.**
- **Signos de Arteritis Temporal.**

Cefalea en EMBARAZO

- **Cefalea tensional y Migraña**, son las más frecuentes.
- 60-70% mujeres con Migraña, mejoran en el embarazo. Sólo un 5% empeoran. Lactancia materna efecto protector sobre recurrencia.
- Cefalea tensional y Cluster, no se modifican.
- **Gestante > 20 sem y cefalea, valorar TA y proteinuria, sospecha Preeclampsia.**

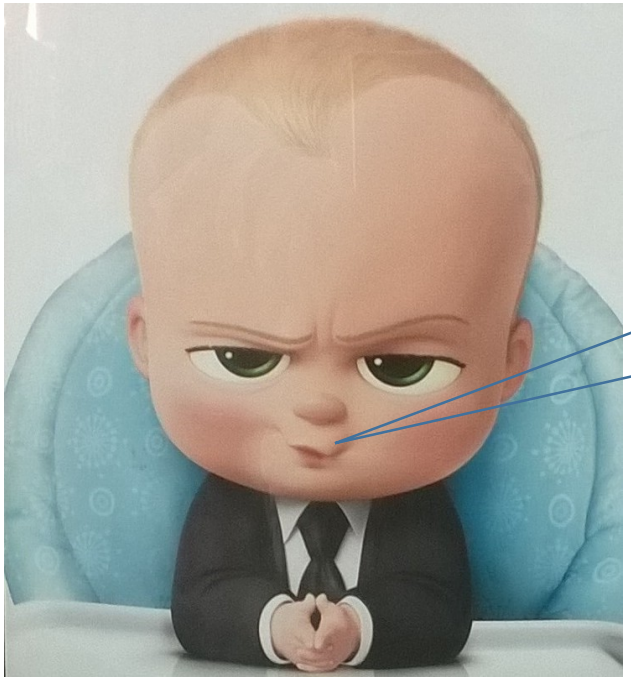
Pruebas complementarias

- TAC = radiación ionizante, aunque exposición fetal es mínima. Contraste yodado cruza placenta y puede producir alterac desarrollo glandula tiroidea.
- RMN, no expone a radiaciones ionizantes y no se ha asociado a efectos adversos fetales.
- RMN es preferible al TAC para valoración patología no traumática o no hemorrágica. Angio-RM en sospecha de patología vascular (sin contraste de gadolinio)
- Punción lumbar, no está contraindicada en el embarazo.
- **Control Presión arterial, todas las gestantes por encima de 20 semanas de gestación.**



Manejo Cefaleas en UCIAS
2ª PARTE: TRATAMIENTO

Dr. Frco. José Molina Martínez. NRL. HUSE.



Buenas tardes. Se ruega la máxima atención.

Evaluación del paciente con Cefalea en Urgencias:

- **OBJETIVOS**:

. Inicial: Diferenciar si cefalea primaria o secundaria.

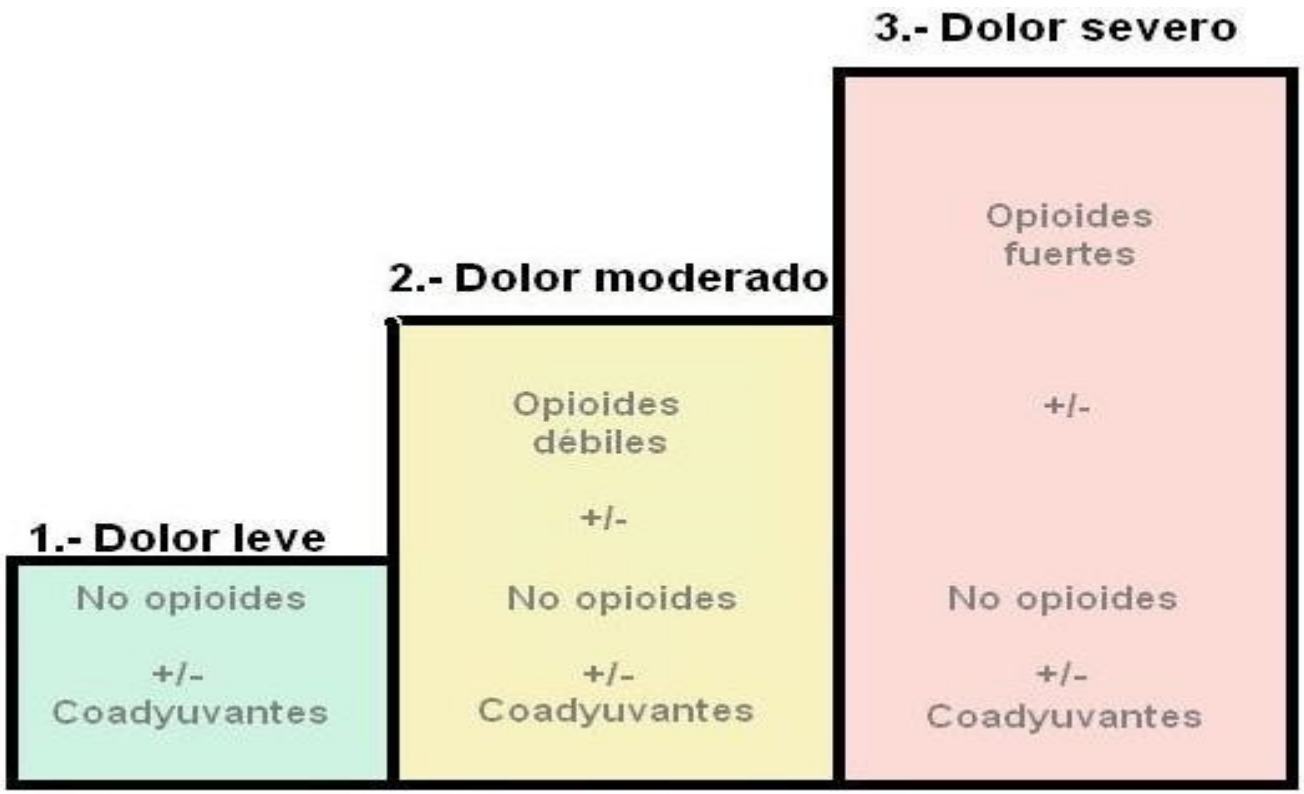
. Secundarias: Identificar las de mayor probabilidad de ser debidas a enfermedad potencialmente grave.

IDENTIFICAR **CRITERIOS DE ALARMA***

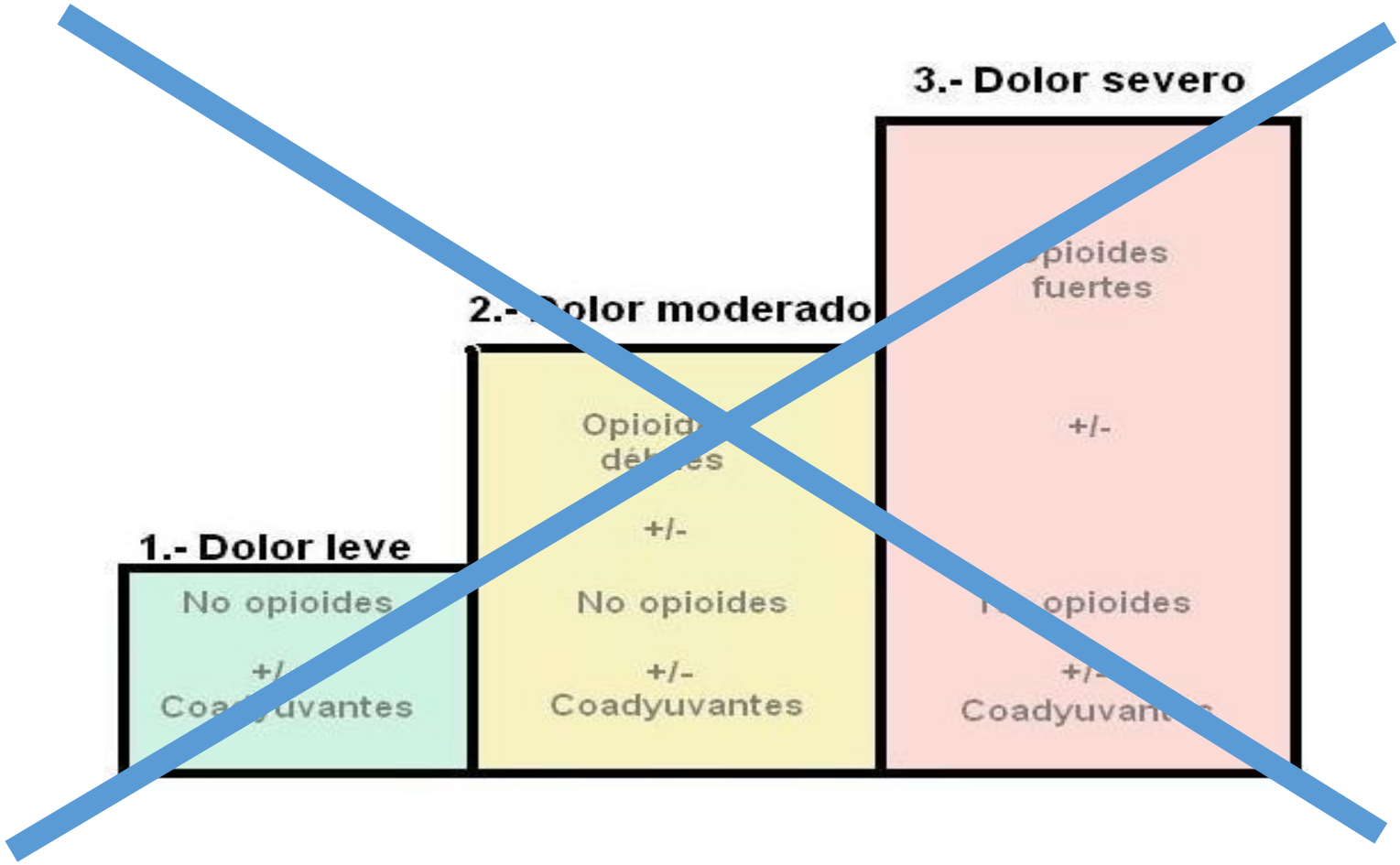
. **Primarias: Tratamiento adecuado**.

- *INSTRUMENTOS para Identificarlos: Anamnesis y Exploración Clínica.

TRATAMIENTO CEFALEAS EN URGENCIAS



TRATAMIENTO CEFALEAS EN URGENCIAS



Cefaleas Primarias

- **MIGRAÑA**
- **CEFALEA "TENSIONAL" (CEFALEA TIPO TENSIÓN)**
- **CEFALEA EN RACIMOS** (*Cluster Headache*) &

  OTRAS CEFALEAS TRIGÉMINO-AUTONÓMICAS
  - Hemicránea continua
  - Otras: Hemicránea paroxística. SUNCT.
- OTRAS CEFALEAS PRIMARIAS

Cefaleas Primarias

4. Otras Cefaleas Primarias (Subtipos):

- **4.1. Cefalea de la Tos Primaria.**
- **4.2. Cefalea por Ejercicio Físico Primaria.**
- **4.3. Cefalea Primaria asociada a la Actividad Sexual.**
- **4.4. Cefalea tipo “Trueno” Primaria.**
- **4.5. Cefalea por Crioestímulo.**
- **4.6. Cefalea por Presión Externa.**
- **4.7. Cefalea Punzante Primaria.**
- **4.8. Cefalea Numular.**
- **4.9. Cefalea Hípnica.**
- **4.10. Cefalea diaria de inicio Reciente Primaria (CDRP).**

Cefaleas secundarias

Asociadas a patología subyacente – lesiones estructurales/trastornos tóxico-metabólicos –.

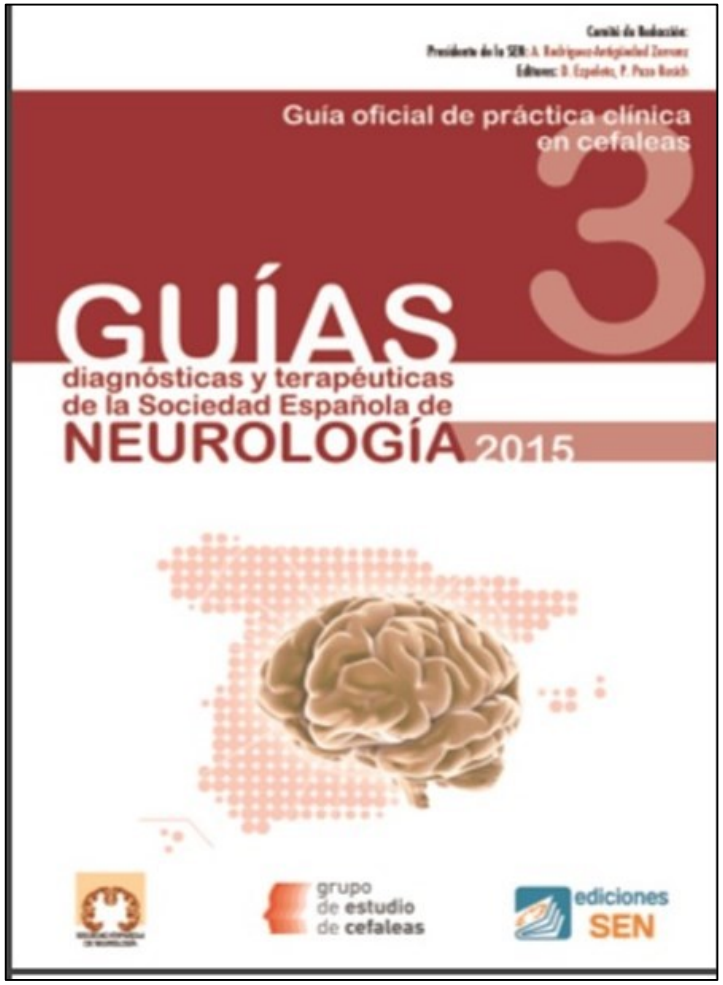
- **Traumatismo** cabeza o cuello
- Trastorno **vascular** craneal o cervical
  - HSA
  - Disección arterial
  - Trombosis venosa
  - Vasculitis
- Trastorno intracraneal **no vascular**
  - Meningitis, Encefalitis,
  - HTIC idiopática
  - Neoplasias
- Asociada a **sustancias** o supresión de sustancias
- **Infecciones:** SNC, Sistémicas.
- Trastornos **homeostasis**: HTA, hipoxia, hipercapnia, hipotiroidismo, diálisis.
- Trastornos de **cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, boca..**
- Trastornos **psiquiátricos**: somatización

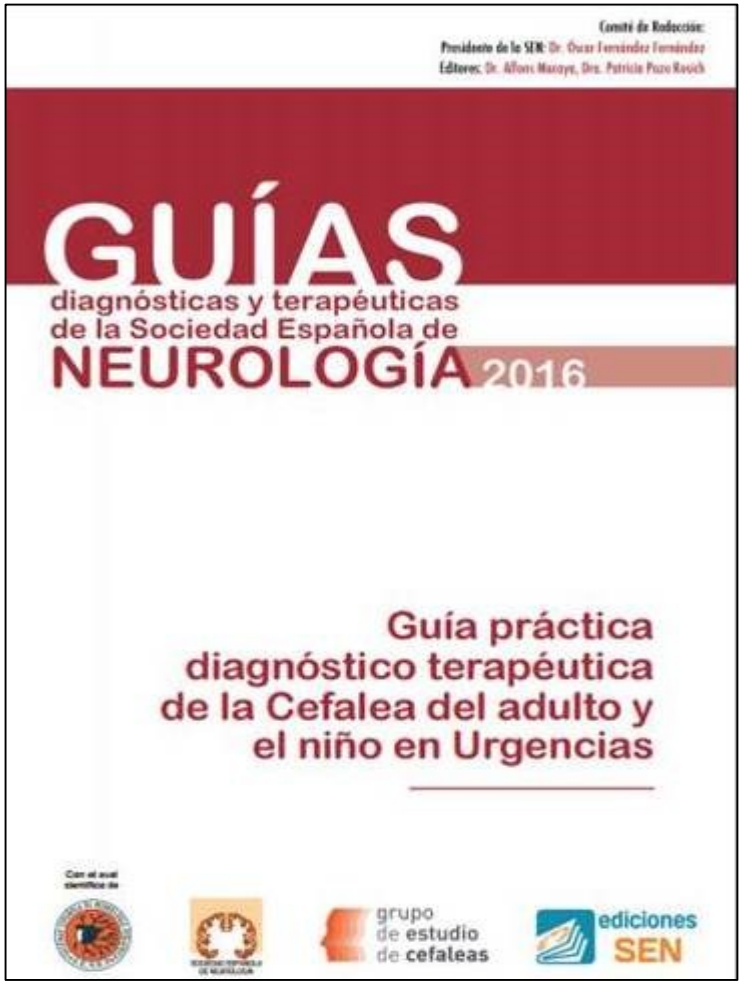
Neuralgias

Definición: Dolor en el territorio de distribución de un nervio periférico Sensitivo o Sensitivo-Motor, debido a compresión, tracción, isquemia, inflamación, traumatismo u otros mecanismos. Puede ser sordo, paroxístico o mixto (IASP).

- **NEURALGIA DEL TRIGÉMINO**
- **OTRAS:**
  - **Neuralgias de ramas terminales del V: *Supraorbitario, Supratroclear, Aurículo-Temporal (posible relación con disfunción ATM*), *Infraorbitario*.**
  - **Neuralgia Occipital**
  - **Neuralgia Vago-Glosofaríngea**
  - **Otras.**

FUENTES


Guía oficial de práctica clínica en cefaleas
3
GUÍAS
diagnósticas y terapéuticas
de la Sociedad Española de
NEUROLOGÍA 2015
grupo de estudio de cefaleas
ediciones SEN


GUÍAS
diagnósticas y terapéuticas
de la Sociedad Española de
NEUROLOGÍA 2016
Guía práctica
diagnóstico terapéutica
de la Cefalea del adulto y
el niño en Urgencias
grupo de estudio de cefaleas
ediciones SEN

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO MIGRAÑA

MEDIDAS GENERALES :
- Reposo, sitio tranquilo, oscuridad.
- Cafeina y bebida azucarada
- Antieméticos: Metoclopramida (ev, im) , Clorpromazina ev

Intensidad leve o leve-moderada (trat. oral; si náuseas/vómitos, antieméticos o vía i.m.)

AINES. 1ª DOSIS ALTA:
Ibuprofeno 800-1200mg vo
Dexketoprofeno 50mg vo
Naproxeno sódico 1100 mg v.o
AAS 1000mg v.o.
2ª dosis (50%) a las 2 h. s.p. :

Si intolerancia o alergia a AINES: metamizol 1 amp vo.

Intensidad moderada
-impide al menos una actividad habitual

TRIPTANES (suma, zolmi, riza, almo, ele, frova, nara)
Una dosis v oral ± 2 c. Naproxeno 550mg
Si no respuesta completa: otra dosis a las 2 horas.
Si vómitos intensos: Sumatriptán 6mg subcut.

La mayoría de las que acuden: moderadas o intensas

Intensidad alta o grave
-Obliga reposo en cama, incapaz cualquier actividad

1º Sumatriptán 6mg sc (puede repetirse en 2 h,máx12mg) .
2º Otros :
- AINES ev: Dexketoprofeno 50mg / AAS-lisina 900-1800 mg
- Metoclopramida ev ó im ó Clorpromacina ev ó im.
- Otros Metamizol ev., Diazepam 10mg ev,

***STATUS* MIGRAÑOSO**

Tto. preventivo

MIGRAÑA. TRATAMIENTO SINTOMÁTICO. AINEs:

AINEs que pueden ser útiles (y dosis) :

. Vía oral: Ácido acetilsalicílico (1000 mg).
Naproxeno sódico (1100 mg).
Ibuprofeno (800-1200 mg).
Dexketoprofeno (50 mg).
Diclofenaco (100 mg).

. Vía parenteral: Dexketoprofeno (50 mg).
Diclofenaco (75-150 mg).
Acetilsalicilato de lisina (1800 mg).
~~Ketorolaco~~.

MIGRAÑA. TRATAMIENTO. CRISIS INVALIDANTES:

a. Medidas generales.

b. Fármacos:

. 1ª Opción: Triptán; si vómitos: bucodispersable, liotab, nasal o s.c.

. 2ª Opción: [AINE* ± Metoclopramida] vía i.m. o i.v. (según necesidad).

[AINE* ± Clorpromazina] vía i.m. o i.v. (*idem*).

[AINE* ± Metoclopramida ± diazepam] vía i.m. o i.v. *(idem).*

*AINEs disponibles: **Dexketoprofeno** (50-100 mg, i.m. o i.v.), **Acetilsalicilato de lisina** (900-1800 mg i.m. o i.v.), **Diclofenaco**, 50-100 mg i.m. Alternativa potencialmente útil: **Metamizol** o dipirona.

MIGRAÑA. TRATAMIENTO. ESTATUS MIGRAÑOSO:

1er ESCALÓN: Triptán[2] (1-2) ± **[Antieméticos + AINE ± Sedación]**[1] i.v./6-8 h. +
+ Omeprazol i.v./24h

[1]Opciones: [Metoclopramida + AINE]

[AINE + Clorpromazina (12,5-25 mg a 1 mg/min.)].

[AINE + Metoclopramida + diazepam, 5-10 mg].

AINEs disponibles: Dexketoprofeno.
Salicilato de Lisina
Potencialmente útil: Metamizol.

[2]Antes o al mismo tiempo que los anteriores puede administrarse: Triptán (sumatriptán s.c. 6 mg.; otras opciones: suma nasal 20 mg, zolmi nasal 5 mg, riza liotabs 10 mg v.o.; zolmi bucodisp. 5 mg v.o.)

2º ESCALÓN: Metilprednisolona (30-60mg iv/12h/3días) **o Dexametasona** (2-4mg iv/6h) +
+ Omeprazol (40mg iv/24h)

MIGRAÑA. TRATAMIENTO. ESTATUS MIGRAÑOSO:

1er ESCALÓN: Triptán[2] (1-2) ± **[Antieméticos + AINE ± Sedación]**[1] i.v./6-8 h. +
+ Omeprazol i.v./24h

[1]Opciones: [Metoclopramida + AINE]

[AINE + Clorpromazina (12,5-25 mg a 1 mg/min.)].

[AINE + Metoclopramida + diazepam, 5-10 mg].

AINEs disponibles: Dexketoprofeno.
Salicilato de Lisina
Potencialmente útil: Metamizol.

[2]Antes o al mismo tiempo que los anteriores puede administrarse: Triptán (sumatriptán s.c. 6 mg.; otras opciones: suma nasal 20 mg, zolmi nasal 5 mg, riza liotabs 10 mg v.o.; zolmi bucodisp. 5 mg v.o.)

2º ESCALÓN.- Alternativa: Bloqueo bilateral del Nervio Occipital.

Migraña en el Embarazo

- Tratamiento de la **crisis:**

  - Primer Trimestre: **Paracetamol** (1 g oral, ev). Si no responde:
    Ibuprofeno 600 mg vo (si no muy frecuente) / AAS 500 mg (ídem).
    Codeína.
  - Segundo Trimestre: **AINEs: Ibuprofeno, AAS**. **Codeína**.

  - Tercer Trimestre: **Evitar AINEs**. **Evitar Codeína**.

  Si no respuesta: sumatriptán, oral o subcutáneo, dosis aisladas.

- Tratamiento de **crisis invalidante**:

  - Dexketoprofeno ev (EVITAR en tercer trimestre).
  - Sulfato de Magnesio :1 g/4-6 h ev.
  - Meperidina vía i.m. o i.v. lenta (inefectiva vía s.c.).
  - Diazepam 10mg ev
  - Esteroides.
  - Bloqueo bilateral de N. Occipital.

CEFALEA “TENSIONAL” (CEFALEA TIPO TENSIÓN)

- **DEFINICIÓN:**

  Sensación de presión o tensión cefálica bilateral, irradiada hacia cuello, nuca y hombros, carácter sordo, en general sin otros síntomas asociados (a veces náuseas leves). .

- **TRATAMIENTO:**
  - Sintomático: **AINES**: Ibuprofeno 600mg vo, Dexketoprofeno 25mg vo. Cafeína.
  - Si es muy frecuente o tiene carácter crónico (> 14 días al mes durante > 3 meses consecutivos) está indicado evitar en lo posible fármacos sintomáticos y prescribir **tratamiento preventivo**.

    - Iniciar **AMITRIPTILINA**, 10mg/dia; aumentar a 20 mg a los 7-10 días; llegar a 25mg 10 días después (salvo efectos adversos) y mantener. Alternativa: **NORTRIPTILINA.**

      IMPORTANTE: insistir en toma nocturna “temprana”, alrededor de las 20 h, para evitar hipersomnia o excesiva sedación matutina.

CEFALEA DE TENSIÓN. TRATAMIENTO PREVENTIVO:

1. Actuación sobre factores riesgo progresión: trastornos sueño, estrés emocional, malos hábitos posturales, abuso de fármacos.

2. Tratamiento farmacológico:

   - **Antidepresivos tricíclicos: AMITRIPTILINA, Nortriptilina**.
   - Antidepresivos duales: Mirtazapina.
   - Otros Antidepresivos tricíclicos: Clomipramina,
   - Antidepresivos heterocíclicos: Mianserina, Maprotilina.

3. Tratamiento comorbilidad asociada: ansiedad, depresión (uso concomitante de otros antidepresivos); disfunción ATM.

CEFALEA EN RACIMOS (*Cluster Headache*)

- **TRATAMIENTO:**

1. **Tratamiento Sintomático Ataques Agudos.**

2. **Tratamiento Preventivo:**

   2.1. A largo plazo.

   2.2. De transición.

CEFALEA EN RACIMOS (*Cluster Headache*)

- **TRATAMIENTO:**

1. Tratamiento Sintomático Ataques Agudos:

- Sumatriptán s.c.
- Oxígeno.

2. Tratamiento Preventivo:

2.1. A largo plazo: Verapamilo.
Otros.

2.2. De transición: Esteroides.
Alternativa: Bloqueo N. Occipital.

CEFALEA EN RACIMOS (*Cluster Headache*)

- **ACTITUD TERAPÉUTICA EN URGENCIAS:**

1. **Tratamiento del Ataque Agudo:**
   - **Sumatriptán 6mg** sc, dosis máxima de 12mg/24h sc
   - **Oxígeno** al 100%, 7-15 lpm, 15-30minutos (**mascarilla cerrada/reserv.)**

2. **Administrar Primera dosis de corticoide:**
   - **Prednisona:** 1 mg/Kg v.o. (Posible: I.M., I.V.).
   - **Alternativa:** : Bloqueo n. Occipital.

3. **Observación siguientes 4-8 h.** (en función de respuesta inicial).

4. **Al alta:**
   - Seguir con **prednisona oral (si no realizado bloqueo): 60mg/día** durante 7dias y pauta descendente durante 2 semanas más. Protección gástrica.
   - Tratamiento preventivo a medio-largo plazo:
     . **Verapamil 80mg/8h** (salvo contraindicación CAR).
     . Alternativas: - Litio (400 mg/12 h, dosis inicial).
     - Topiramato 25mg/24h; aumentar 25-50 mg/sem. hasta 50mg/8 h o 100mg/12h.

CEFALEA EN RACIMOS. MÁS OPCIONES FARMACOLÓGICAS:

TRATAMIENTO DEL ATAQUE AGUDO:

. Sumatriptán vía s.c.
. Oxígeno al **100%,** 7-15 l/min., durante 15-30 mins.
. **Triptanes vía intranasal: Sumatriptán, Zolmitriptán.**

TRATAMIENTO PREVENTIVO:

. Verapamilo / Litio / Topiramato / Combinaciones
. **VPA / Melatonina**

OTRAS CEFALEAS TRIGÉMINO-AUTONÓMICAS

- Otras Cefaleas Trigémino-Autonómicas (síntomas como similares a CR PERO con otro patrón temporal):

  - Sensibles* a Indometacina (dosis inicial 25-50 mg/8 h):

    Hemicránea Paroxística: (episódica o crónica). Paroxismos dolor 5-30 min. *RARÍSIMA*.

    Hemicránea Continua (episódica o crónica): Dolor continuado + Exacerbaciones. RARA.

  - No sensible a Indometacina: **SUNCT**. Paroxismos dolor de segundos a 1 min., muy repetidos, FAEs) .

*Sensible a Indometacina = Respuesta completa.

OTRAS CEFALEAS PRIMARIAS

- Otras Cefaleas Primarias. Su diagnóstico es **de exclusión**, una vez **descartadas cefaleas secundarias**, algunas tratamiento específico:

  - Cefalea primaria PROVOCADA por la tos (u otras maniobras de Valsalva)
  - Cefalea primaria PROVOCADA por ejercicio físico sostenido
  - Cefalea primaria PROVOCADA por la actividad sexual
  - Cefalea "en trueno", o explosiva, primaria

  - Cefalea primaria punzante
  - Otras: Cefalea Numular, Por estímulos fríos, Por presión externa

  - Cefalea Hípnica
  - Cefalea diaria persistente desde el inicio

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

- **ACTITUD TERAPÉUTICA EN URGENCIAS**:

1. Ataque agudo:

Analgesia IV: Opiáceos.- Tramadol 100 mg/8 h (adm. en 30´).
Meperidina 50 mg/8h (ídem).

2. Al alta:

. **Carbamazepina** (eficac. 70%): 100mg/8h , dosis inicial; aumentar progresivamente.
. Otros: Oxcarbacepina (300-900 mg/12h) / Gabapentina (600-1200 mg/8h).

3. Transición entre 1 y 2: Valorar dosis de carga de fenitoína IV (500-1000 mg bolo inicial –monitorización EKG y P.A.–, continuar con 250mg/8h siguientes 24 h., 100 mg/8 h después –advertir EAs-).

4. Remitir a consultas de NRL . **Ver Criterios Hospitalización**.

NEURALGIA TRIGEMINAL. MÁS OPCIONES FARMACOLÓGICAS:

. Carbamazepina (CBZ). Iniciar con 100 m/8 h y subir 100 mg cada 24-72 h hasta remisión (ritmo en función de tolerabilidad y respuesta).

. Otros: Oxcarbacepina (OXC), Gabapentina (GBP), Pregabalina (PGB), **Eslicarbazepina**.

. Coadyuvantes: **Baclofeno**, **Amitriptilina**, **Lamotrigina** (LTG). Observaciones: **Topiramato** (TPM), **Valproato** (VPA).

	Dosis inicial.	Incremento.	Dosis de mantenimiento.	Observaciones.
Carbamazepina	100 mg/8 h.	100 mg/24-72 h	400-600 mg/8 h	Controles hematológicos iniciales.
Oxcarbazepina.	150 mg/12 h.	150 mg/24-72 h	600-900mg/12h	**Riesgo hipoNa^+ (p.ej., diuréticos): controlar.**
Gabapentina.	300 mg/8 h.	300-600 mg/día	600-1200mg/8h	
Pregabalina.	75 mg/12 h.	75 mg/48-72 h.	150-300mg/12h	
Baclofeno.	5-10 mg/8 h.	5-10mg/24-72 h	25 mg/8 h	Debilidad, sedación.

OTRAS NEURALGIAS CRANEALES.

- Neuralgia del glosofaríngeo (vagoglosofaríngea).
- Neuralgia del laríngeo superior.
- Neuralgia del nervio intermediario.
- Neuralgia occipital.
- Neuralgias de ramas terminales (postraumáticas, compresivas, otras): supraorbitario (V1), supratroclear (V1), infraorbitario (V2), aurículo-temporal (V3), ramas más distales.

- Otras: Neuritis óptica.
  Herpes zóster y Neuralgia posherpética.
  Oftalmoplejía unilateral dolorosa: Neuropatía ocular diabética.
  Síndrome de Tolosa-Hunt.
  "Migraña" oftalmopléjica.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO CEFALEAS SECUNDARIAS

- ¡NO OLVIDAR NUNCA!
- ¡APLICAR JUICIO CLÍNICO!: SEGÚN POR QUÉ, PARA QUÉ Y PARA QUIÉN.
- Potencialmente Útiles: Paracetamol, Metamizol, AINEs, Opiáceos (I.M. o I.V.).
- Importantes Tratamientos Coadyuvantes: Antieméticos (metoclopramida, ondansetrón, clorpromazina), medidas anti-edema, etc.
- Tratamiento ETIOLÓGICO.

Tratamiento específico de la patología que lo ha provocado (algunos ejemplos):

- Preparados para medidas de soporte vital si se diera la eventualidad.
- Traumatismo craneal: desde observación a tratamiento neuroquirúrgico (dependiendo de gravedad). Importante: observación pacientes con cefalea tras TCE + intoxicación etílica/drogas.
- Enfermedad cerebrovascular: valoración por NEUROLOGÍA/Neurocirugía.
- Arteritis de células gigantes: inicio tratamiento corticoides (prednisona) a 1mg/Kg/día vo, im o iv.
- oxigenoterapia, suero glucosado, etc. dependiendo de la causa.

Tratamiento específico de la patología que lo ha provocado (algunos ejemplos):

- Patología intracraneal no vascular: valoración NEUROCIRUGÍA/Neurología
- Atribuida a administración o supresión de una sustancia: suspensión de medicación. Si intoxicación por monóxido de carbono: Oxigenoterapia a alto flujo. Cámara Hiperbárica.
- Atribuida a infección: antibióticos o antivíricos; valoración neuroquirúrgica en caso de abscesos.
- Atribuida a trastorno de la homeostasis: antihipertensivos, oxigenoterapia, suero glucosado, etc. dependiendo de la causa.

Cefalea por Hipotensión del LCR: Cefalea pos-punción lumbar

- **CEFALEA ORTOSTÁTICA; puede acompañarse de dolor cervical, acúfenos, alteraciones auditivas, fotofobia y/o náuseas.**
- **Cefalea que se manifiesta dentro de los 5 días siguientes a una punción lumbar.**
- **Se resuelve de manera espontánea en un plazo de 2 semanas o después del sellado de la fuga con un parche epidural autólogo.**

Factores de riesgo independientes

- **sexo femenino,**
- **edad entre 31 y 50**
- **antecedentes de Cefalea tras punción dural**
- **Orientación del bisel perpendicular al eje de la columna durante la punción dural.**

Tratamiento:

-AINES + Cafeina (Durbitan)+ antieméticos.

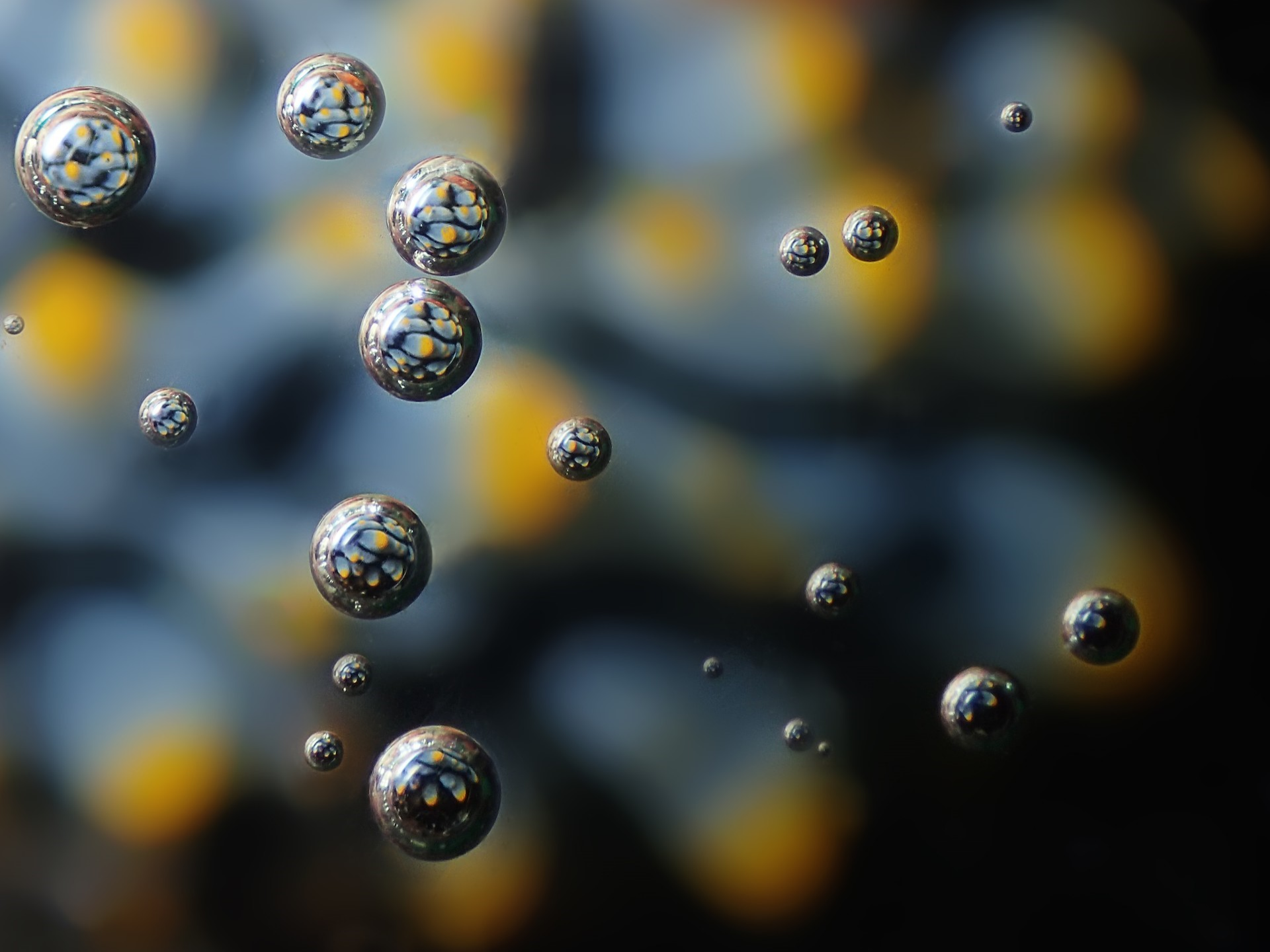
-Si persiste >72h: IC Anestesia.

CRITERIOS VALORACION NRL / HOSPITALIZACION

- **Estatus migrañoso**: duración superior a 72 horas, sin respuesta al tratamiento.
- **Infarto migrañoso**: se detecta en neuroimagen en paciente con aura que se prolonga.
- **Cefalea crónica diaria refractaria o complicada con abuso de fármacos** si fracasa tratamiento ambulatorio.
- **Cefalea secundaria a enfermedad orgánica intracraneal. Destino según causa**
- **Arteritis de células gigantes**
- **Formas resistentes de cefalea en racimos.**
- **Neuralgia del trigémino,** sin respuesta al tratamiento.

Ingreso en UCE/ Valoración NRL:

- **Neuralgia del trigémino,** hasta control del dolor.
- **Estatus Migrañoso,** hasta control del dolor.
- **Cefalea Pos-punción Lumbar** hasta control del dolor



TRATAMIENTO CEFALEAS Y NEURALGGIAS: BLOQUEOS ANESTÉSICOS

- BLOQUEO NERVIO OCCIPITAL

- OTROS:
  - BLOQUEO N. SUPRATROCLEAR.
  - BLOQUEO N. SUPRAORBITARIO.
  - BLOQUEO N. INFRAORBITARIO.
  - BLOQUEO N. AURICULOTEMPORAL.

B.N.O.

- POTENCIALES INDICACIONES (principales):
  - Neuralgia Occipital
  - Cefalea Cervicogénica
  - Cefalea en Racimos: Profilaxis de Transición
  - Migraña: . Crisis Migrañosas (incluidas invalidantes/*status*)
    . Punto gatillo occipital

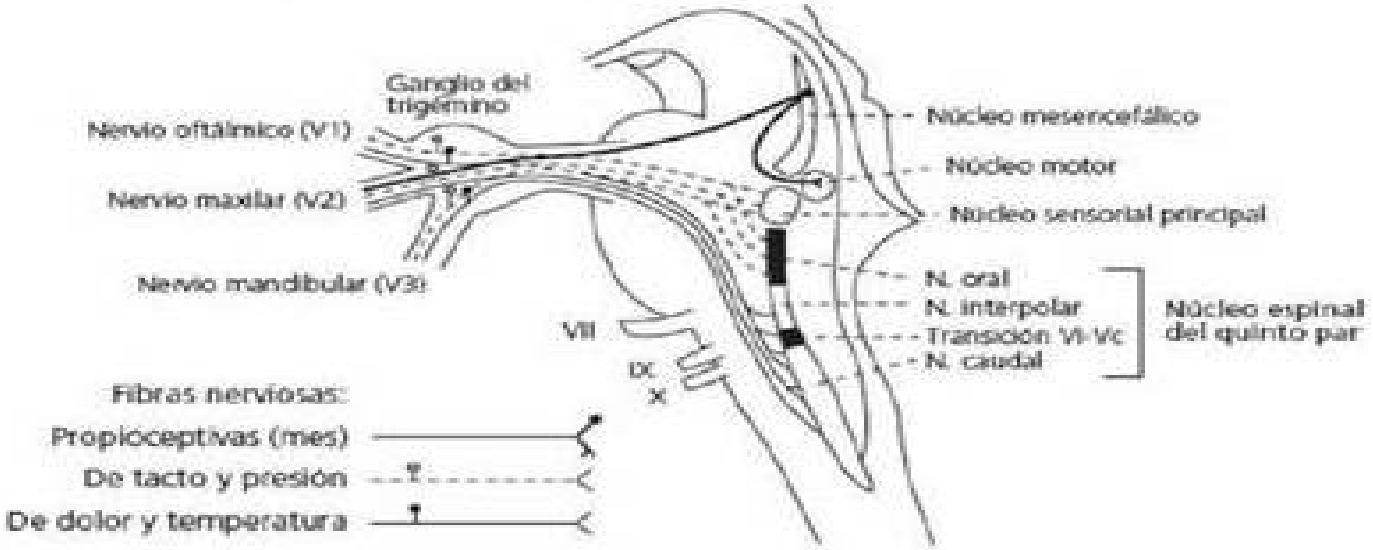
B.N.O.

- POTENCIALES INDICACIONES (**uso de corticoide**):
  - Neuralgia Occipital
  - Cefalea Cervicogénica
  - **Cefalea en Racimos**: Profilaxis de Transición
  - Migraña: . **Crisis Migrañosas** (incluidas invalidantes/*status*)
    . Punto gatillo occipital

B.N.O.

- Fisiopatología

Núcleo espinal del trigémino



B.N.O.

- MATERIAL NECESARIO:

  - **Anestésico local**: Bupivacaína 0.5% (etiqueta roja)
    Lidocaína 1%-2%
    Mepivacaína 2% (etiqueta verde)

  ¡OJO! Alergias a anestésicos locales

  - Corticoide.- Depot: Triamcinolona (Trigon®)
    No depot: Metil-Prednisolona

B.N.O.

- MATERIAL NECESARIO:

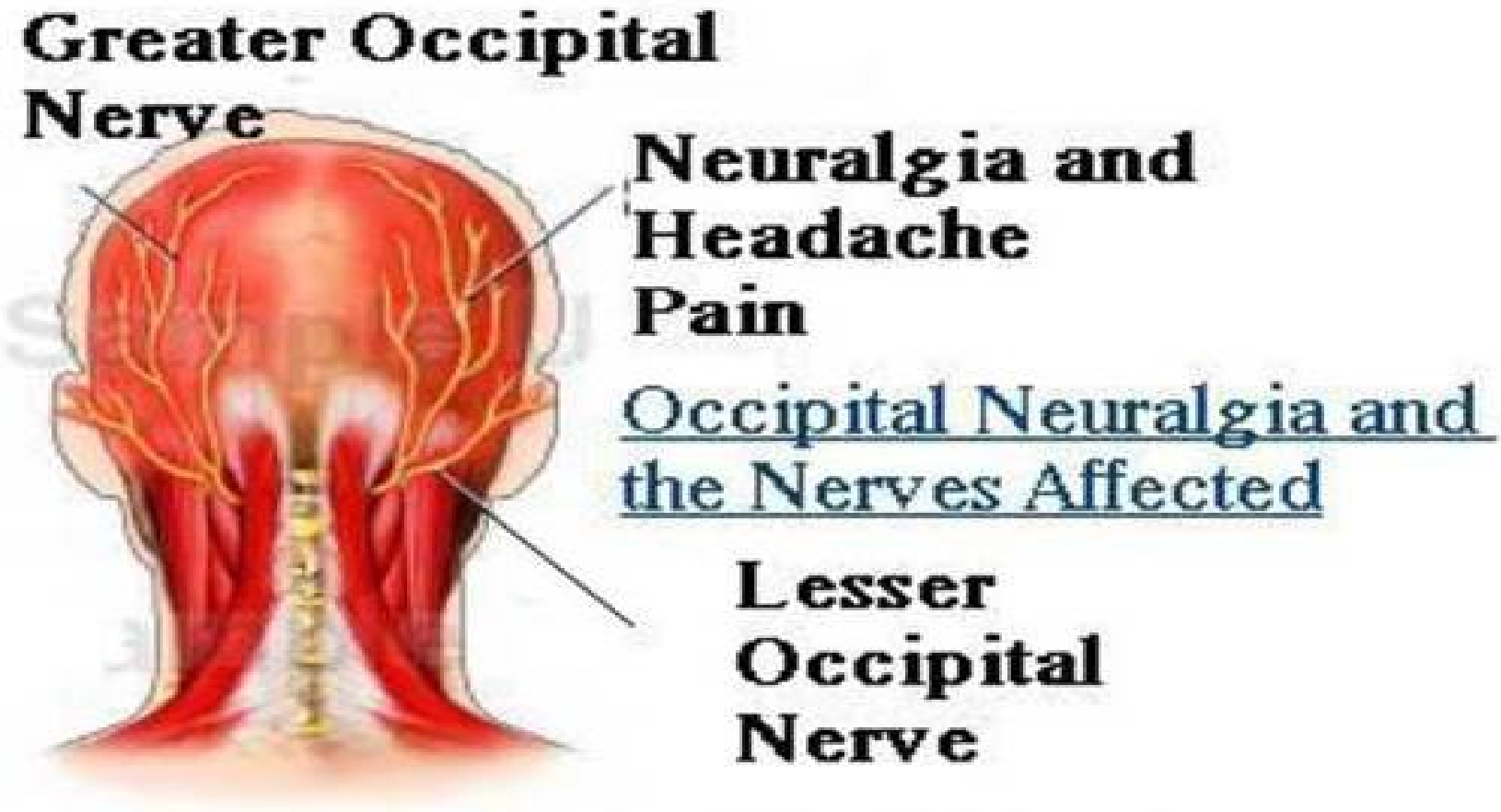
- Dosis: 3 c.c.:

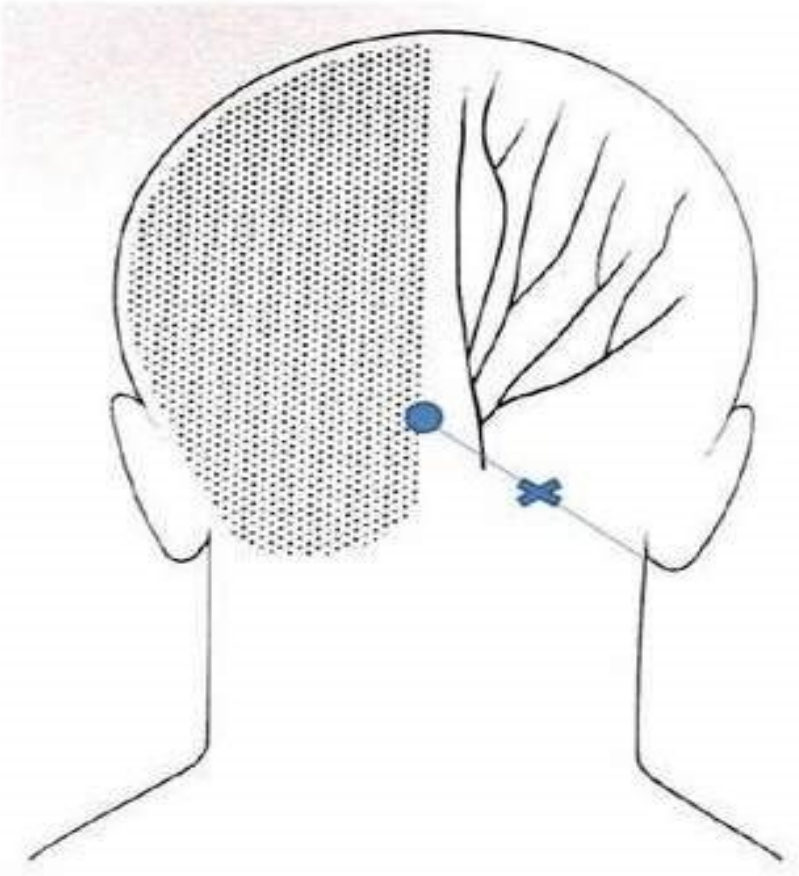
  1,5 c.c. Bupivacaína 0.5% (etiqueta roja) +
  + 1,5 c.c. Mepivacaína 2% (etiqueta verde)

- Si corticoide.-

  1 c.c. Bupivacaína 0.5% (etiqueta roja) +
  + 1 c.c. Mepivacaína 2% (etiqueta verde) +
  + 1 c.c. Corticoide(*)

(*)Triamcinolona (Trigon®) o Metil-Prednisolona


Greater Occipital Nerve
Neuralgia and Headache Pain
Occipital Neuralgia and the Nerves Affected
Lesser Occipital Nerve



UN PLACER. GRACIAS Y HASTA
LA PRÓXIMA