GUIA DE PRÁCTICA CLINICA PARA CEFALEA

JORGE ALBERTO LEMUS BELLO
GERENTE



E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
GUAMAL - MAGDALENA
2023

RESUMEN

La cefalea es uno de los motivos más frecuentes de consulta en la urgencia de nuestro Hospital, algo que no nos debe extrañar si tenemos en cuenta que es uno de los síntomas que con más frecuencia padece la población.

La mayor preocupación del médico de familia, y del médico de urgencias, es llegar a un diagnóstico correcto mediante una adecuada historia clínica y una exploración neurológica básica y adaptada al tiempo y los medios de que dispone.

En caso de dudas diagnósticas o sospecha de una cefalea secundaria el médico de atención primaria o del servicio de urgencias tendrán que derivar al paciente para que sea estudiado y/o tratado en los servicios de Neurología correspondientes, dicha derivación se hará con mayor o menor urgencia en función de la presencia, o no, de los síntomas o los signos de alarma.

INTRODUCCION

El término cefalea hace referencia a los dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza, en los diferentes tejidos de la cavidad craneana, en las estructuras que lo unen a la base del cráneo, los músculos y vasos sanguíneos que rodean el cuero cabelludo, cara y cuello. En el lenguaje coloquial cefalea es sinónimo de dolor de cabeza.

La cefalea es un síntoma muy frecuente, se estima que en los países occidentales la presenta al menos una vez al año el 50% de la población, aunque solamente el 20% ha presentado cefalea intensa en alguna ocasión a lo largo de su vida.

Si bien el dolor de cabeza es un trastorno generalmente benigno y transitorio que en la mayor parte de las ocasiones cede espontáneamente o con la ayuda de algún analgésico, puede estar también originada por una enfermedad grave que ponga en peligro la vida del paciente, como meningitis, tumor cerebral o hemorragia subaracnoidea. Por otra parte ciertas formas de cefalea como la migraña, aunque no tienen consecuencias graves, causan mucho sufrimiento a quien las padece y tienen importancia económica por el elevado número de pérdidas de jornadas de trabajo que ocasionan.

OBJETIVOS

Brindar una herramienta al profesional de la salud de nuestra Institución para la prevención, el diagnostico, manejo, y la rehabilitación de pacientes con dolor abdominal, unificando criterios de la literatura mediante la revisión de medicina basada en la evidencia; Establecer criterios clínicos y de laboratorio útiles con el propósito de brindar una mejor atención a las personas afectadas y, de esa manera, reducir el riesgo de muerte o la ocurrencia de complicaciones

Analizando brevemente la fisiopatología de las cefalalgias podemos plantear que se producen como consecuencia de la activación de receptores nociceptivos periféricos extra cerebrales.

Las estructuras craneales sensibles al dolor son:

1. Piel, tejido celular subcutáneo (TCS), músculos, arterias extra craneales y periostio craneal.

2. Ojos, oídos, cavidades nasales y senos paranasales.

3. Grandes senos venosos intracraneales, fundamentalmente el seno cavernoso. Parte de la duramadre en la base del cerebro y arterias dentro de la dura y la piaracnoides, particularmente los segmentos proximales de la arteria cerebral media (ACM) y la porción intracraneal de la arteria carótida interna (ACI).

4. La arteria meníngea media y las arterias temporales superficiales.

5. Los nervios ópticos, motores oculares, trigémino, glosofaríngeo, vago y las 3 primeras raíces cervicales (la 3era raíz es inconstante). Igualmente, no podemos descuidar que el dolor puede ser secundario a:

1. Dilatación, distensión o tracción de las arterias craneales, sensibles al dolor.

2. Tracción o desplazamiento de las estructuras venosas intracraneales o de la duramadre.

3. Compresión, tracción o inflamación de los pares craneales o de las raíces espinales.

4. Espasmo o inflamación de los músculos craneales o cervicales.

5. Irritación meníngea.

6. Incremento de la presión intracraneal.

7. Perturbaciones de las proyecciones serotoninérgicas intracraneales (la serotonina es el neurotransmisor más ampliamente implicado en la fisiopatología de todas las cefaleas primarias).

Existen también evidencias de la participación de otros neurotransmisores como el GABA que actúa inhibiendo las vías sensitivas centrales y el glutamato que ejercen función contraria, aunque todavía este tema está en estudio.

CLASIFICACION DE LAS CEFALEAS

La primera clasificación de las cefaleas aceptada internacionalmente fue realizada en 1988 por la Sociedad Internacional de Dolor de Cabeza (IHS), y modificada en el 2004. La clasificación actual consta de 14 subgrupos, entre los que se encuentran las cefaleas primarias y secundarias (debido a su extensión y complejidad, su aplicabilidad en la práctica diaria es limitada): SEGUNDA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS CEFALEAS SEGÚN LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE LAS CEFALEAS.

En aquella primera edición, se incluyeron varios elementos diagnósticos de los diversos tipos de dolor de cabeza, que contenían elementos etiológicos y descriptivos, los cuales estaban basados esencialmente en los síntomas.

Esta tendencia continuó en la segunda edición de la clasificación, dándole gran importancia al elemento etiológico, que permite dividir las cefaleas en dos grandes grupos (primarias y secundarias), de igual forma la descripción de los síntomas sigue teniendo un valor preponderante en lo que tiene que ver con las cefaleas primarias.

El énfasis que han hecho las dos ediciones de la clasificación de las cefaleas en estos dos pilares fundamentales, ha permitido su reproducción y aplicación en todos los niveles de atención médica. Finalmente, deben resaltarse otros dos hechos, en ninguna de estas dos clasificaciones contempla, y que el médico de Atención Primaria tiene que afrontar en su práctica diaria:

a) La migraña y su relación con el ciclo menstrual y/o el tratamiento hormonal en la mujer, b) La migraña y menopausia. c) La migraña y embarazo

Ninguna de las tres queda recogida en la clasificación de la IHS, si bien por ser la migraña más prevalente en la mujer, merecen ser comentadas de una forma más específica.

SINTOMATOLOGÍA

El interrogatorio debe ser exhaustivo en buscar los datos necesarios para el diagnóstico y tratamiento. Realizando las siguientes preguntas:

1. ¿Es un problema nuevo o un padecimiento previo? ¿Desde cuándo le duele?

El tiempo de evolución de la cefalea: aguda o crónica. Tiene implicaciones diagnósticas diferente un dolor que aparece por primera vez evolucionando en minutos, horas, o días; a un padecimiento de semanas, meses o años.

2.Cómo, ¿dónde, ¿cuándo y con qué intensidad le duele

Explora, El ¿cómo?, busca el carácter del dolor que puede ser pulsátil, opresivo, quemante, lancinante, el ¿dónde?, define su topografía (hemicraneal, frontal, occipital, frontooccipital, facial, difusa, etc.); el ¿cuándo?, explora el momento del día en que aparece; tiene implicaciones diferentes, una cefalea que se presenta preferentemente en las horas de la madrugada y la mañana, a otra que aparece en horas de la tarde o en cualquier horario del día. La intensidad es otro factor a considerar, aunque es un elemento subjetivo, que depende del umbral doloroso de cada individuo y de las características de su personalidad.

ABORDAJE CLINICO

CRITERIOS CLINICOS PARA EL DIAGNOSTICO.

El diagnóstico y el posterior manejo de las cefaleas se basa en gran parte en un interrogatorio adecuado, por lo que es importante obtener una descripción de: Las características del dolor (pulsátil, opresivo o de tipo pesadez, punzante, quemante, lancinante o de tipo corrientazo).

La severidad del dolor (leve, moderado, severo).

La ubicación. Los factores agravantes o de mejoría, la secuencia temporal en la presentación de los síntomas acompañantes, los antecedentes personales (cefaleas previas de características similares, inmunosupresión, Traumatismos craneanos, consumo de sustancias tóxicas o medicamentos), los antecedentes familiares (migraña u otras cefaleas primarias, aneurismas); y en un exhaustivo examen físico y neurológico. Adicionalmente, es importante resaltar la necesidad de buscar los signos denominados banderas rojas que indican la posible presencia de una enfermedad subyacente, estos son:

Inicio súbito, durante el ejercicio o durante el coito; Anormalidades al examen neurológico; Edad mayor de 50 años; Empeoramiento o mala respuesta al tratamiento en el servicio de urgencias; Signos vitales anormales; Fiebre; cefalea de novo en pacientes con cáncer o SIDA; La primera o la peor cefalea; Cefalea persistentemente unilateral; Cefalea durante el sueño o que empeora con las maniobras de Val salva; Convulsiones. Una aproximación diagnóstica inicial se basa en determinar la probable causa de la cefalea y en la evolución temporal del dolor. Desde el punto de vista etiológico, se considera que la cefalea es de origen secundario cuando se encuentran lesiones cerebrales subyacentes (malformaciones, neoplasias, infecciones, hidrocefalia, etc.) o enfermedades sistémicas (hipertensión arterial, enfermedades metabólicas o endocrinas, etc.).

Las cefaleas primarias son aquellos en las que se descarta la presencia de patologías subyacentes, en las cuales el dolor se debe a una disfunción de los circuitos neuronales. De otra parte, las cefaleas se pueden clasificar según el tiempo de evolución, es decir, pueden ser agudas, subagudas o crónicas. La mayor parte de las cefaleas de aparición reciente requieren mayor atención por la presencia de causas subyacentes que pueden poner en riesgo la vida, como son: La hemorragia subaracnoidea espontánea (que puede estar precedida por una hemorragia centinela hasta en un cinco por ciento de los casos), la disección carotidea o vertebro basilar, el infarto cerebral, el ataque isquémico transitorio, y la trombosis de los senos venosos cerebrales que se puede manifestar como una cefalea de tipo relámpago o thunderclap).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LAS CEFALEAS

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LAS CEFALEAS PRIMARIAS CRÓNICAS

En presencia de cuadros clínicos infecciosos agudos del SNC si existe:

- Deterioro evidente del nivel de conciencia. Crisis comiciales.
- Focalidad neurológica.
- Foco parameningeo (otitis, sinusitis, mastoiditis...). Datos de HTIC o herniación progresiva.
- Fondo de ojo no concluyente (cataratas, asimetría...).
- Sospecha de meningitis subagudas – crónicas, encefalitis, absceso cerebral.
- Sospecha de HTIC y/o lesiones intracraneales que produzcan efecto de presión o déficits neurológicos focales.
- Sospecha de HSA.
- Sospecha de carcinomatosas meníngea.

La TAC y la Resonancia Magnética son ayudas diagnosticas de segundo y tercer nivel de atención. (Ver criterios de remisión).

No es necesario indicar pruebas de rayos X, técnicas de neuroimagenes ni electroencefalograma para los casos de cefalea primaria.

Considera realizar una prueba de neuroimagenes para los casos de cefalea primaria si se presentan anormalidades neurológicas en el examen físico; No se indica punción lumbar, ya que debe ser utilizada solo en circunstancias específicas y no de manera rutinaria.

ENFOQUE TERAPEUTICO

TRATAMIENTO

Una vez descartada la presencia de cefaleas secundarias, la migraña representa alrededor del 65 por ciento del total de las cefaleas; el grupo restante está compuesto por la cefalea tipo tensional, la cefalea crónica diaria, y la cefalea mixta o clúster (menos de 1 por ciento).

La mayor parte de los pacientes con migraña consultan al servicio de urgencia por: la severidad o la intensidad de la cefalea, su asociación con vómito o deshidratación.

El desencadenamiento durante las relaciones sexuales.

La manifestación de características atípicas sugestivas de migraña basilar - oftalmoplejía – hemipléjica.

La refractariedad a los medicamentos ambulatorios. Los principales objetivos en el servicio de urgencias deben ser: la erradicación rápida de la cefalea y los síntomas asociados, la instauración de un adecuado tratamiento profiláctico y abortivo ambulatorio.

El manejo de la metoclopramida iv en el tratamiento de la crisis de migraña; Ergotamina no se debe usar en el tratamiento agudo de la migraña; Triptanes El sumatriptán 100 mg se comparó con la aspirina 900 mg más metoclopramida 10 mg, el ácido tolfenámico

200 mg, y el ibuprofeno 400 mg, con hallazgos contradictorios en los que no se demostraron diferencias de efectividad o con algunos resultados que sugieren mayor efectividad con el sumatriptán.

Debido al alto costo individual de los triptanes, se considera que para que su utilización sea costo-efectiva, estos medicamentos se les deben prescribir a los individuos con pobre respuesta a otras alternativas terapéuticas, mala tolerancia o alto índice de efectos adversos, alto consumo de analgésicos, múltiples consultas médicas y a los servicios de urgencias y alto índice de ausencia laboral/incapacidad.

En los ataques severos, el paciente tiene que interrumpir sus actividades. Para combatirlos se recomienda acetaminofén más codeína (una tableta) o alguno de los triptanes (una tableta); si el paciente no tolera la medicación por vía oral, es útil una ampolla de AINES por vía intramuscular o intravenosa o haloperidol 0,1 mg/K intravenoso.

Para los ataques extremadamente severos, es decir, aquellos que incapacitan al paciente por tiempo prolongado y no responden a las medidas descritas, y el status migrañoso, es preciso recurrir a la hospitalización y utilizar haloperidol 0,1 mg/K/IV, un AINE por vía endovenosa o dexametasona (4 mg IV cada 8 h por un periodo de 72 h). Los opiáceos sólo se utilizan cuando no hay respuesta a todas las acciones anteriores, considerando el riesgo de adicción.

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS PARENTERALES PARA LAS CEFALEAS PRIMARIAS.

Profilaxis en Migraña

Los objetivos de la profilaxis incluyen la reducción en la frecuencia y la severidad de los ataques de migraña, el incremento de la respuesta a la terapia abortiva y la mejoría de la calidad de vida. Las indicaciones para la farmacoterapia profiláctica incluyen:

- Dos o más ataques al mes que produzcan incapacidad durante tres días o más

- Contraindicación o falta de efectividad de la medicación sintomática

- El uso de medicaciones abortivas más de dos veces a la semana

- Profilaxis episódica: episodios predecibles (migraña menstrual, durante la noche/hípnica, durante el ejercicio, con las alturas, en alguna época específica/migraña cíclica)

- Circunstancias especiales: migraña hemipléjica o ataques de migraña ocasionales pero que producen incapacidad severa o daño neurológico permanente.

Aspirina no debe ser utilizada en las madres en lactancia por el riesgo de síndrome de Reye.

Disponemos de limitada evidencia sobre la seguridad de los triptanes durante el embarazo, de manera que deben ser evitados y de igual manera muchos de ellos se excretan en la leche materno y por tanto debe evitarse la lactancia por al menos las primeras 24 horas después de cada toma.

En la mujer embarazada debe evitarse el uso de medicamentos profilácticos, en caso de ser realmente necesario debe utilizarse propanolol o amitriptilina.

Mujeres con migraña que requieren contracepción; Las mujeres que presentan crisis de migraña pueden tener asociado el uso de anticonceptivos orales combinados porque requieren un método anticonceptivo.

Deben de tomarse medidas preventivas para poder facilitar a las mujeres que utilizan este método anticonceptivo el seguir utilizando con seguridad, con un riesgo mínimo de accidente vascular cerebral y protegiendo aquellos en riesgo.

Las siguientes son contraindicaciones sobre la utilización de los anticonceptivos orales combinados, a saber:

- Presencia de migraña con aura.
- Migraña sin aura cuando hay historia de más de un factor de riesgo para accidente vascular cerebral (edad ≥ 35 años, diabetes, historia familiar, hiperlipidemia, hipertensión, obesidad, fumar, etc.).
- Estado migrañosos (cefalea ≥ 72 horas).
- Migraña en tratamiento con derivados de la ergotamina.

Recomendaciones de expertos internacionales sobre el uso de: anticonceptivos orales combinados y migraña:

- Mujeres con migraña sin aura y solamente un factor de riesgo de accidente cerebrovascular pueden recibir anticonceptivos orales con baja dosis de estrógenos (30 µg.).
- No se ha encontrado evidencia sobre el progestágeno más adecuado para las mujeres con migraña que desean utilizar un anticonceptivo oral.
- Mujeres con migraña sin aura y sin factores de riesgo asociados que presentan un control adecuado de su migraña con medicamentos pueden usar anticonceptivos

orales combinados. Sin embargo, si se presentan síntomas o la frecuencia de las

crisis de migraña aumentan, debe suspenderse la utilización de estos anticonceptivos.

Las alternativas adecuadas para el control de la concepción en mujeres con migraña con aura incluyen el uso de métodos con únicamente progestágenos, dispositivos intrauterinos y métodos de barrer

Aunque en algunos estudios el uso de medicamentos analgésicos combinados con cafeína o sedantes ha demostrado un aumento de su potencial analgésico, no se debe promover extensamente su uso por el riesgo inherente de dependencia, abuso y cronificación de la cefalea (Figura 1).

El uso de dipirona (metamizol) intravenosa en los servicios de urgencias ha demostrado ser altamente efectivo en pacientes con CTTE ($p < 0,05$), al observarse reducción del dolor a

los 60 minutos en 78,1 por ciento de los pacientes vs. 34,4 por ciento con placebo, (p< 0,01) y del 90,6 por ciento a las 24 horas vs. 65,6 por ciento con placebo, (p < 0,05); además se logró la ausencia de dolor a los 60 minutos en el 63,3 por ciento de los pacientes vs. 20 por ciento, (p < 0,05) y a las 24 horas en el 86,7 por ciento vs.

63,3 por ciento, (p <0,05). La ganancia terapéutica es del 30 por ciento en 30 minutos y del 40 por ciento en 60 minutos, el número de pacientes a tratar es de 3,3 en 30 minutos y de 2,2 en 60 minutos. El uso de la dipirona se relaciona con menor tasa de recaídas (25 por ciento vs. 50 por ciento con placebo) y de la necesidad de terapias de rescate (20 por ciento vs. 47,6 por ciento con placebo).

Los antidepresivos tricíclicos tipo amitriptilina 25 mg -150 mg se recomienda para el manejo preventivo de la cefalea tensional crónica.

CEFALEA EN SALVAS O EN RACIMOS TRATAMIENTO DE LOS EPISODIOS AGUDOS

La inhalación de oxígeno al 100 por ciento a 5-8 l/min es efectiva en el 75 por ciento de los adultos. Las mujeres responden en el 59 por ciento, a diferencia de los hombres que responden en el 87 por ciento. Se ha informado mejoría en algunos pacientes con flujos de 12-15 /l/min al 100 por ciento.

En la actualidad el tratamiento de elección en los ataques agudos es el sumatriptán subcutáneo con una efectividad hasta del 88 por ciento. La dexametasona 8 mg por vía intravenosa o la prednisona tres veces por día, pueden reducir la intensidad del dolor con respuesta entre las 24 y 72 horas.

La terapia preventiva o profiláctica

Está orientada a disminuir la frecuencia e intensidad de los siguientes ataques. Los medicamentos profilácticos incluyen: corticosteroides, bloqueadores de los canales de calcio, litio, valproato, algunos triptanes, que se deben usar simultáneamente con el tratamiento de los ataques agudos, manteniéndolos dos semanas después de que el dolor esté controlado y reanudarlos una vez que aparezca el nuevo ciclo. La elección del fármaco depende de las respuestas previas, las reacciones adversas, las contraindicaciones, el tipo de salvas (episódicas o crónicas), la edad de los pacientes, la frecuencia y la recurrencia de

las crisis, la duración de los ciclos, el tiempo transcurrido y la hora de aparición de la cefalea (diurna o nocturna).

CEFALEA POR ANALGESICOS.

Los estudios basados en población refieren un índice de prevalencia entre el 1 al 2% de la población general. Se ha definido por el Comité de Clasificación de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS), como una cefalea constante, difusa, sorda, (diaria). A veces de carácter pulsátil, y sin síntomas autonómicos asociados, después del abuso de argóticos , triptanes o analgésicos más de quince días al mes durante al menos tres meses. Se ha reportado en todas las cefaleas primarias.

Hay más posibilidad de una cefalea crónica diaria según el analgésico en su orden opioides, triptanes, ergotamínicos y otros analgésicos. Además con la alta frecuencias de crisis por mes de cefalea. El tratamiento se enfoca en el retiro de los analgésicos de forma inmediata excepto en los pacientes que toman opioides que debe ser en forma gradual. Hay que advertir de la frecuente aparición del llamado síndrome de abstinencia (aumento de la cefalea, náuseas, vómitos, ansiedad, diarrea, calambres...), que suele ser la principal causa de abandono del plan terapéutico.

Para prevenirlo se utilizan AINES, y en particular el naproxeno o ketoprofeno, cada 8 horas durante 15 días asociados a protectores gástricos, dosis bajas de benzodiacepinas y metoclopramida. Y se ordenan medicamentos profilácticos como el ácido valpróico y amitriptilina para reducir los síntomas por el retiro de los analgésicos

PRONOSTICO

La mayoría de las cefaleas son de etiología benigna, aunque algunos pacientes pueden presentar síntoma de depresión secundaria como complicación asociada con la presencia de cefalea crónica.

Los ataques frecuentes y prolongados pueden llevar a una pérdida de tiempo laboral y ansiedad. En especial en los casos de crisis sin tratar o inapropiadamente tratadas donde puede presentarse una asociación con depresión y sobreutilización de medicamentos.

Dos complicaciones raras pero muy severas son el estado migrañoso; esto es en general si la fase de cefalea perdura por más de 72 horas y el infarto migrañoso; que consiste en un episodio de migraña con aura en la cual las anormalidades neurológicas no han desaparecido totalmente en 7 días o en las que las técnicas de imagen muestran áreas de infarto.

En general debe recordarse que la migraña se asocia con un mayor riesgo de accidente vascular cerebral isquémico (no hemorrágico). La migraña con aura presenta un mayor riesgo en comparación a la migraña sin aura. Un estudio reciente de casos y controles

Desencadenantes:

La relajación muscular y la vida tranquila predisponen a un alivio prolongado. Evitar los cambios bruscos de temperatura, los olores penetrantes, como los Perfumes y las esencias, lo mismo que el cigarrillo

STRESS EN LA MIGRAÑA Y TENSIONAL. CICLO MENSTRUAL Y HORMONAS EN LA MIGRAÑA. LUMINOSIDAD, RUIDOS, OLORES MIGRAÑA Y CEFALEA TENSIONAL EJERCICIO Y TOS: PROCESO EXPANSIVO Y MIGRAÑA. MEDICAMENTOS: VASODILATADORES EN LA MIGRAÑA

Los pacientes que presentan crisis de migraña en especial con aura deben recordar que presentan un mayor riesgo de accidente vascular cerebral y por tanto reducir los factores de riesgo agregados como: El cigarrillo, colesterol, presión arterial entre otras. Teniendo en cuenta los factores de riesgo de Diabetes, Hipertensión, Prevención primaria y secundaria de enfermedad cardiovascular.

Factores de alivio

EMBARAZO: MIGRAÑA OSCURIDAD Y SILENCIO:

MIGRAÑA COMPRESIÓN TEMPORAL:LA MIGRAÑA Y LA CEFALEA EN RACIMOS REPOSO: MIGRAÑA

MOVIMIENTO: CLUSTER

CRITERIOS DE REVISIÓN O SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

Los pacientes deben asignársele cita por consulta externa para evaluación de los resultados de los paraclínicos ordenados previamente.

Deben consultar por urgencias si presentan uno de los siguientes síntomas.

1. Ataque abrupto de una cefalea muy intensa con características nuevas.
2. Empeoramiento de una cefalea que el paciente ya tenía.
3. Progresión en la intensidad del dolor en un período de días a semanas.
4. Dolor de cabeza precipitado por el ejercicio (tos, saltar, relación sexual).
5. Dolor de cabeza acompañado de otros síntomas de enfermedad general.

Se deben asignar cita por consulta externa de control periódico (el primero en un mes máximo) aquellos pacientes sin mejoría que permita redefinir diagnóstico, ya sea con

6. FLUJOGRAMA DEL ABORDAJE

7. EVALUACION COSTO BENEFICIO INSTITUCIONAL

El real costo beneficio institucional de la presente guía es procurar que todo el personal que maneja pacientes con Cefalea en el Servicio de Urgencias de la lo haga de igual forma y con el mismo criterio.

De igual forma las evaluaciones de las guías será definida por la Subgerencia de Servicios de Salud, Auditoria médica y la Gerencia

8. ACTUALIZACION

La actualización de las guías se realizará en forma ordinaria cada dos años o de acuerdo a las necesidades del servicio; y estará a cargo la Subgerencia de Servicios de Salud, Auditoria médica y la Gerencia.

9. MONITORIZACION

Inicialmente se socializará entre todo el personal que labora en el servicio de Urgencias. Posteriormente se revisarán las historias clínicas de aquellos pacientes que presenten esta patología.

BIBLIOGRAFIA

1. Acta Neurol Colomba Vol. 24 No. 4 Suplemento (3:2) diciembre 2008.

2. Leptón RB, Bogar ME. Clasificación and epidemiología o huaraches. Syllabus. 56th

Annual Meeting. American Academy of Neurology, 2004.

3 Morillo LE, Alarcón F, Aranaga N, et al. Prevalence of migraine in Latin America. Headache 2005; 45:106-117.

4. Hu HX, Markson LE, Lipton RB, et al. Burden of migraine in the United States:

disability and economic costs. Arch Intern Med 1999; 159:813-818.

5. Bigal ME, Birdini CA, Speciali JG. Etiology and ditribution of headache in two Brazilian primary care units. Headache 2000; 40: 241-247.

6. Acta Neurol Colomb Vol. 24 No. 4 Suplemento (3:2) Diciembre 2008.

7. Bartsch T, Goadsby PJ. The Trigeminal complex and Migraine: Current concepts and synthesis. Curr Pain Headache Rep 2003; 2: 149-154.

8. Rueda-Sánchez M, Mantilla-McCormick FJ, Solano MN, Ortiz CJ. Prevalencia de cefaleas en un servicio de urgencias en Colombia. Rev Neurol 2005; 40:209-213.

9.Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988; 8 (Suppl 7):1-96.

10.Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 2004; 24 (Suppl 1):1-160.

11.scottish intercollegiate guidelines network. Diagnosis and managemet of headache in adults. 2008.

Proyectado por:

OMAR MEDINA RAMÍREZ
P.U. Apoyo al Sistema de Gestión de la Calidad.
26-SEPTIEMBRE-2023

Revisó y Aprobó:

JORGE ALBERTO LEMUS BELLO
Gerente E.S.E.
26-SEPTIEMBRE-2023

"GESTIÓN Y CONTROL DE CALIDAD"

Historia del Cambio: Primera versión, actualización.

26-SEP-2023