

NEUROLOGÍA

PERLAS CLÍNICAS Y TRATAMIENTO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Roberto Enrique López Mata*

SUMMARY

Headache is one of the most common and less individualized consults in primary care, this leads to a risk of increased chronicity and complicating its management. The author summarizes the available data on guidelines and treatment for improvement of the patients care.

INTRODUCCIÓN

La cefalea, o dolor de cabeza en términos coloquiales, es un síntoma frecuente en los servicios de salud en la comunidad. Aunque en la mayoría de los casos la causa no suele ser seria,

es necesario tener presente que en algunas ocasiones puede ser la manifestación de un problema grave que puede llevar a secuelas profundas o un desenlace fatal. Por esa razón, el principal objetivo en la evaluación de este síntoma consiste en definir y establecer la causa de fondo. Su abordaje se basa en una correcta y minuciosa anamnesis, así como conocer la anatomía y fisiología de las vías de donde se derivan los distintos síndromes de este tipo. Todo esto se logra desde un acercamiento flexible e individualizado de cada paciente. Para su manejo en la atención primaria hay una gran variedad

de productos farmacéuticos, y es obligación del profesional en salud elegir cuál es la mejor opción terapéutica que se adapte a las necesidades del paciente y que cumpla con el objetivo de mejorar su integridad física y mental, ya que muchas de las personas que consultan acuden con una gran limitación a sus actividades cotidianas, lo que conlleva a una gran carga emocional al no encontrar solución a su malestar. La importancia de esto es resolver en la mayor prontitud la queja del usuario en salud y disminuir la gran carga socioeconómica que representa. Esta revisión trata los tipos más frecuentes de cefalea en

la consulta diaria a este nivel y las terapias disponibles para resolver este tipo de consulta.

FISIOLOGÍA DEL DOLOR Y ANATOMÍA EN LA CEFALEA

La cefalea suele seguir uno de estos dos mecanismos:

1. La estimulación de nociceptores periféricos por reacción a lesiones hísticas (de los tejidos) o distensión visceral. Las estructuras craneales que producen dolor son el cuero cabelludo, la arteria meníngea media, los senos de la duramadre, la hoz del cerebro y los segmentos proximales de las grandes arterias. Es importante mencionar que la inervación de la duramadre, de los vasos intracraneales se da el por el *nervio trigémino*, formando el *sistema trigeminovascular*. En esta se pueden dar síntomas autónomos como lagrimo y congestión de las vías nasales.¹
2. Lesión o activación inapropiada de vías sensoriales del dolor del sistema nervioso periférico o central.

Las vías básicas para el dolor y la cefalea son las de los impulsos trigeminovasculares que provienen de vasos menígeos, que cursan por el ganglio del trigémino y establecen sinapsis en

neuronas de segundo orden en el complejo trigeminocervical. Estas neuronas establecen proyecciones en la vía quinotalámica y establecen sinapsis con neuronas en el tálamo.¹ La sensibilidad que es característica en la cefalea probablemente proviene de la disfunción de los sistemas de control monoaminérgicos sensitivos en el tronco encefálico y el tálamo. El núcleo del locus cerúleo en la protuberancia y la porción rostroventromedial del bulbo raquídeo son regiones del tronco encefálico donde

interviene la modulación descendente del dolor trigeminal y se da la participación de 5-hidroxitriptamina, un neurotransmisor en la cefalea de tipo migrañosa. El mecanismo de producción y el desarrollo de la crisis de migraña son complejos. Sin embargo, una teoría basada en una hipótesis patogénica de carácter puramente vascular nunca ha sido suficiente para explicar las secuencias que se producen durante el ataque de migraña.¹

Tabla 1. Clasificación internacional de los tipos de cefalea

Neuralgias	Secundaria	Primaria
1. Migraña (Con/Sin Aura)	4. Trauma Craneal o Cervical ó Trauma Crónico	12. Neuralgia del Trigémino
2. Tensional (Infrecuente, Frecuente, Crónica)	5. Desorden Vascular Craneal o Cervical (Hemorragia Subaracnoidea o Arteritis de Células gigantes)	13. Neuralgía craneal, Central o Dolor Facial Primario
3. Racimos (Cluster)	6. Desorden Intracranegal No Vascular (Hipertensión intracranegal idiopática o Neoplasia Intracranegal - Raro)	
	7. Abuso de Sustancias o Abstinencia de las mismas (Monóxido de Carbono, Alcohol, Sobre medicación de Ergotamina, Triptanes o Analgésicos)	
	8. Infección Intracranegal	
	9. Desórdenes de Homeostasis	
	10. Desórdenes de cabeza, cuello, ojos, nariz, oídos, senos paranasales, dientes, boca	
	11. Desórdenes Psiquiátricos	

CAUSAS COMUNES DE CEFALEA

En la práctica general, las cuatro causas más frecuentes de cefalea son: la migraña, la cefalea tensional, la cefalea en racimos o cluster y por abuso de sustancias. La clasificación mostrada en la *tabla 1* corresponde a las últimas guías revisadas de la Asociación Británica de Neurología. Esta

por sustancias, por lo tanto profundizar en la historia clínica es lo esencial, dado que pasar por alto este rubro y no tomarse el tiempo suficiente es el causante de la mayoría de fallos diagnósticos y terapéuticos.³ La evaluación clínica se debe basar en los factores señalados a continuación en la tabla 2.

A los pacientes que tienen un episodio de cefalea intensa se les

sugestivas de origen vascular. Paresias, apraxias, agnosias, vómito en proyectil, edema de papila y alteración campimétrica suelen estar asociados a masas intracraneales. Una parte muy importante de la historia clínica son las “banderas rojas” de la cefalea. Si hay afirmación de las mismas por parte del paciente, se debe manejar con referencia a un servicio de emergencias para utilización de neuro imágenes y vigilancia continua de la evolución del cuadro. Estas “banderas rojas” se presentan a continuación en la tabla 3.

El estado psicológico y mental del paciente debe ser valorado por la estrecha unión entre la cefalea y trastornos del sueño, ayuno, estados depresivos, ansiedad o estrés.⁴ Una evaluación neurológica integral debe ser realizada, en especial las funciones sensoriales y motoras, las cuales son las más afectadas en este caso. Sobre la función sensorial, la percepción del dolor se examina por la estimulación simultánea doble, y una prueba de propiocepción. La función

Tabla 2. Aspectos importantes en la historia clínica de la cefalea

1. Cuantos tipos de cefalea ha padecido? (opresivo, punzante, incapacitante, etc.)
2. Aspectos con relación al tiempo. (Inicio, Evolución, Frecuencia, Episódico, Continuo, por qué consulta ahora?)
3. Características del dolor. (Intensidad, Descripción, Origen, Irradiación, Síntomas asoc.)
4. Factores asociados a la causa. (Desencadenantes o Predisposición, que alivia los síntomas?, A.H.F.*)
5. Factores asociados a la respuesta. (Que hace el paciente durante el episodio, cuanto lo limita, que medicamentos ha ingerido y cuál es su respuesta?)
6. Condición entre los episodios de dolor. (Síntomas residuales, ansiedad o temor por otro episodio próximo)

* A.H.F. - Antecedente Heredo Familiar
British Association for the Study of Headache, 2013

divide a la cefalea en *primaria*, que es aquella donde el dolor y sus características constituyen un cuadro intrínseco y en *secundaria*, la que es causada por factores exógenos.² Siempre se deben descartar causas secundarias antes del diagnóstico de cefalea primaria.

deben descartar cuadros severos, como la meningitis, hemorragia subaracnoidea, hematoma epidural o subdural, glaucoma o sinusitis purulenta. Por ejemplo, las cefaleas de origen rápido (segundos a minutos) son

EVALUACIÓN CLÍNICA DE CEFALEA

No hay exámenes específicos para las cefaleas primarias o

Tabla 3. Banderas Rojas de la evaluación clínica de la cefalea.³

>50 años, Unilateral, Tipo racimo, fiebre +, Aura* +	Interrumpe el sueño	Vomito presente en proyectil sin náusea
Empeora con los días	Empeora con Valsalva o Act. Sexual	Peor episodio registrado

*Aura: experiencia de percepción visual previa a un ataque de cefalea. Las manifestaciones van desde luces, olores o recuerdos pasados

Tabla 4. Características de los tipos usuales de cefalea en la consulta de atención primaria⁶

Migraña	Cefalea Tensional	Cluster o Racimos	Abuso de Sustancias (Cefalea Crónica)
<p>1. Discriminación: POUND/ Pounding (pulsátil), One day (24 a 72h), Unilateral, Náusea y vómito, Disabling (incapacitante). Predominio en mujeres (25%)</p> <p>2. Fotofobia, fonofobia, con característica fronto temporal y ocular pulsátil, empeora con actividad rutinaria.</p> <p>3. Episodio sin aura (64%) es más frecuente que el episodio con aura (18%). Este último se acompaña de escotomas*, menos de 1h de duración y precede al cuadro de cefalea.</p> <p>4. Precipitantes (85%): calor, temperatura elevada, altitud, estrés físico o psicológico, falta de sueño, ayuno, alimentos como queso - chocolate - cítricos - comidas copiosas - aditivos, alcohol, menstruación.</p> <p>5. Evaluación por neuroimágenes: aura persistente, aumento de intensidad o frecuencia de episodios, aura sin cefalea, post trauma, hemiplejia, cuadro confusional.</p>	<p>Tipo más frecuente de cefalea primaria. Predominio en hombres con pico entre los 30 a 39 años. No tan incapacitante como la migraña.</p> <p>2. Episódica (menos de 15 días/mes), Crónica (más de 15 días/mes), Crisis duran pocas horas.</p> <p>3. Tipo opresivo, sensación de banda, irradiado a cuello</p> <p>4. Exacerbada por estrés psicológico, ruido, fatiga, trastornos del sueño.</p>	<p>1. Mayor prevalencia en hombres</p> <p>2. Pueden ocurrir varias veces al día, en especial por la noche con frecuencia 1 vez al año o cada 2 años.</p> <p>3. Intenso dolor unilateral alrededor del ojo, acompañado por síntomas autonómicos: ojo rojo, lagrimeo, secreción u obstrucción nasal del mismo lado, ptosis. Agitación e inquietud por el dolor severo.</p> <p>4. Empeora con la ingesta de alcohol</p>	<p>1. Factor común es el uso de fármacos con fines preventivos por más de 3 meses</p> <p>2. Presente desde al levantarse, puede permanecer todo el día y empeora con el ejercicio físico. Tipo opresivo</p> <p>3. Ocurre con analgésicos simples, AINES, triptanes y ergotamina: ingesta regular de 3 o más tabletas al día más de 2 veces a la semana.</p> <p>4. Mejora al suspender los medicamentos de forma lenta o abrupta (75% de disminución de las cefaleas) mientras se instaura un tratamiento preventivo. El agente causal se disminuye cada semana concomitantemente con un incremento en la dosis del agente preventivo. Puede haber un período de abstinencia al agente causal con náuseas, vómitos, trastorno del sueño y agitación que abarca un lapso de 3 semanas.</p>

* Escotoma: zona de ceguera parcial, temporal o permanente.

motora se evalúa midiendo la fuerza de miembros superiores e inferiores, toma de reflejos y dorsiflexión de ortejos y pies.⁵ Con cualquier anormalidad del examen neurológico debe pensarse en alguno de los cuadros serios mencionados anteriormente. La presión arterial, exploración de la región

cervical, efecto de movimientos pasivos de la cabeza, revisión otorrinolaringológica y estudio de la función cardiaca se deben realizar. Los mareos y el zumbido de oídos son otros síntomas asociados.

En la tabla 4 a continuación, se citan factores importantes de los tipos más frecuentes de cefalea:

También se debe tomar en consideración a la cefalea crónica, que es la presencia de síntomas por más de 15 días al mes por al menos tres meses. De esta última, el factor de riesgo principal es la abuso de medicamentos contra la cefalea.

TRATAMIENTO DE LAS CEFALEAS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

El tratamiento se clasifica en preventivo y específico, así como la inclusión de otros productos. A continuación se citan recomendaciones para su prescripción.

1) Tratamiento preventivo⁷

Las terapias preventivas se justifican cuando los síntomas interfieren significativamente con las actividades cotidianas pero no incapacitan o hay intolerancia/ contraindicación para otros tratamientos más específicos. En la atención primaria los medicamentos disponibles para la prevención de crisis se citan en la tabla 5 a continuación:

televisión, computadoras), eliminación de alimentos como lácteos, chocolate, productos enlatados, salsa de soya, nueces) con posibilidad de terapias de relajación. A estas opciones de prevención se le puede adjuntar (excepto fluoxetina) la *metoclopramida en dosis de 10 mg*, el cual es un bloqueador de dopamina y serotonina en zonas quimiorreceptoras del sistema nervioso central, así como sensibilizador de los tejidos a la acetilcolina. Se utiliza, sea vía oral o intravenosa, para síntomas de náusea y vómito, que en algunos casos se presentan en las crisis. Medicamentos como el valproato de sodio, topiramato, gabapentina, venlafaxina, prednisolona, verapamil y carbonato de litio⁹

se prescribe en pacientes con cefalea por abuso de sustancias.

2) Tratamiento Específico

Los *triptanes* son el tratamiento de elección para los síndromes de la cefalea, y su acción se basa en la vasoconstricción e inhibición de neuronas periféricas y trigeminales de segundo orden. Son agonistas potentes de los receptores 5-HT 1B, 1D y 1F. 10 Están contraindicados en condiciones como:¹¹

- Migraña complicada (episodios de aura prolongada de más de una hora de duración + aparición súbita variable + déficit neurológico)
- Enfermedad cardiovascular y/o Accidente cerebro vascular previo, Hipertensión mal controlada.
- Uso concomitante de: inhibidores de la recaptura de serotonina (Fluoxetina), inhibidores duales de la recaptura de serotonina (Cymbalta), anti psicóticos (Seroquel), Inhibidores de Monoaminoxidasa, antidepresivos tricíclicos (amiltriptilina), opioides (Tramadol), antibióticos y drogas de abuso (Cocaína, THC*, LSD**, MDMA***).

* VO: vía oral; HS: hora sueño

Estos medicamentos no se prescriben juntos, sino que se anudan a un cambio en estilo de vida con eliminación de factores de riesgo (conductas de sueño, modulación de la estimulación visual (lectura,

son medicamentos en donde se ha probado su eficacia sobre los tratamientos en la tabla 4 para la prevención de la cefalea, más sin embargo, estos no se pueden prescribir desde la atención primaria. Este tipo de tratamiento

*THC-Tetra hidro canabinol; **LSD-Dietilamida de ácido lisérgico, ***MDMA-Metil dietil meta anfetamina (Éxtasis)

En caso de la interacción medicamentosa, se puede dar

Tabla 5. Medicamentos para la prevención de crisis de cefalea.

Amiltriptilina 10-25mg VO* HS* 8 (Terapia única, mínimo un mes)	Ef. Adverso: Agitación, Constipación, Fatiga, Náusea
Atenolol 50mg VO cada día (Terapia única)	Ef. Adverso: Fatiga, Hipotensión, Bradicardia
Fluoxetina 40mg VO* cada día (Terapia única, mínimo un mes)	Ef. Adverso: Náusea, Insomnio, Anorexia, Tendencias suicidas (pacientes <24 años)

el *síndrome serotoninérgico*, el cual es una condición sumamente seria donde se necesita de atención hospitalaria de urgencia.¹² Estos medicamentos no están disponibles en atención primaria. **Su dosis es variable, y se prescribe de forma vía oral, cada 2 h. No se deben tomar más de dos dosis en 24 h, y si la cefalea continua se debe asistir a un centro hospitalario.** Algunas opciones terapéuticas en nuestro mercado se muestran a continuación en la tabla 6:

Tabla 6. Triptanes disponibles en el mercado

Almotriptan (Axert) 12.5mg VO*	Naratriptan (Amarge) 2.5mg VO
Eletriptan (Relpax) 40mg VO	Rizatriptan (Maxalt) 10mg VO
Frovatriptan (Frova) 2.5mg VO	Sumatriptan (Imitrex) 50-100mg VO

* VO - Vía Oral

Los AINES son la elección en el caso de no contar con triptanes. Estos medicamentos inhiben la síntesis de prostaglandinas en tejidos donde se bloquea la ciclooxygenasa 1, 2 o ambas dando un efecto anti inflamatorio. Un estudio publicado en CEPHALGIA¹³ concluyó que el uso concomitante de triptanes y AINES es más eficiente que alguno de los productos por separado. El estudio también menciona:

- En caso de intolerancia a triptanes, se utilizan AINES como *Ibuprofeno 400 mg vía*

oral, Sulindaco 200 mg vía oral o Indometacina 100 mg vía oral (eficacia comprobada en cefalea tipo cluster o en racimos) junto con Metoclopramida 10 mg vía oral o IV*. Esta combinación tiene una eficacia menor pero aceptable con respecto al combo de triptan-AINES. Es criterio del médico tratante si decide prescribir triptanes.

*IV - Vía intravenosa

Otra opción es la *ergotamina*¹⁴, medicamento que estimula

de la ergotamina son fatiga, taquicardia y dolor abdominal entre los más descritos.

*PRN - del latín *pro re nata, que significa* “cuando la situación lo amerite”

3) Otros tratamientos utilizados

a) El *ácido acetil salicílico (aspirina)* es ampliamente usado en cuadros de cefalea. Inhibe la síntesis de prostaglandinas en tejidos donde se bloquea la ciclooxygenasa, dando un efecto anti inflamatorio. Un estudio en LANCET¹⁵ la compara con respecto a tratamientos profilácticos y se concluyó que la aspirina no es superior a estos. Las guías norteamericana y europea no incluyen este tratamiento en su esquema por falta de evidencia.

b) La *dexametasona* disminuye la inflamación mediante la supresión de leucocitos polimorfonucleares, de prostaglandinas y citoquinas pro inflamatorias. Para las personas que padecen cefaleas agudas, la inyección de dexametasona ofrece poco beneficio, aunque sí que es útil para los pacientes cuyos cuadros duran más de 72 horas. Las guías norteamericana y europea no incluyen este tratamiento en su esquema por falta de evidencia.

c) Los *opioides (morfina)* son una familia de medicamentos narcóticos agonistas de receptores opioides, los cuales causan sedación y analgesia. Los derivados opioides sintéticos

los receptores alfa para vaso constreñir vasos de bajo tono, ampliamente utilizado para esta clase de consultas y disponible en la atención primaria. Está contraindicado en pacientes que utilizan inhibidores de proteasa, macrólidos y evidencia de enfermedad arterial coronaria. Se prescribe *100 mg vía oral PRN** junto con un AINES vía oral. La adición de metoclopramida es opcional. **El combo se toma cada 2 h, no más de dos tomas en 24 h. En caso de persistir la cefalea se debe acudir a un centro hospitalario.** Efectos adversos

como el *tramadol* o *butorfanol* (unión a receptor opioide Mi_u, inhibidores de vías ascendentes del dolor) son los únicos con estudios sobre tratamientos de cefalea, pero estos no aprueban su uso para ningún tipo de cefalea. Solo se menciona que debe reservarse su empleo cuando otros medicamentos están contraindicados, siempre y cuando la sedación no sea un efecto indeseable o se haya discutido el riesgo de abuso.¹⁶ No se incluyen en ningún esquema de terapia.

d) El paracetamol, o acetaminofen es de los medicamentos mayormente usados en el mundo para malestares como fiebre y dolor. Este es bien tolerado y es una opción para pacientes que no toleran AINES, como por ejemplo pacientes con úlcera péptica o colitis ulcerativa. Puede causar daño hepático o renal si se toma en dosis elevadas (> 4g al día).¹⁷ Es ampliamente utilizado en el tratamiento de la migraña, y concomitantemente con antieméticos, pero estudios han comprobado que no es la mejor elección para episodios de cefalea aguda o crónica.¹⁷ Dos estudios^{18,19} de 1.5 años de duración, de 3800 y 2900 participantes respectivamente, compuesto por adultos jóvenes sin factores de riesgo cardiovascular o enfermedad hepática-renal o en uso de medicamentos que causan

interacción con el tratamiento del estudio, se comparó el uso de **1g de acetaminofen + 10mg de metoclopramida (Grupo 1)** vs **100mg de sumatriptan + 400mg de ibuprofeno (Grupo 2)**. Pacientes del grupo 1 (acetaminofen+metoclopramida) reportaron alivio medianamente efectivo comparado a los pacientes del grupo 2 (sumatriptan + ibuprofeno) (dígase medianamente efectivo como resolución de un 60% de los síntomas asociados de dolor, fotofobia, fonofobia, mareo) con la limitante de que el objetivo se alcanzaba en 48 h y con el pasar de lo días debían repetir la terapia. Pacientes del grupo 2 (sumatriptan + ibuprofeno) se aliviaron a las dos horas de la toma y no requirieron de terapias subsecuentes, pero sufrieron de mayores efectos adversos (mareo - 15%, fatiga - 30% y somnolencia - 30%). En ambos grupos se eliminaron factores de riesgo con control de horario de sueño, estrés y eliminación de alimentos como chocolate, queso, nueces.

4) Tratamiento recomendado Se concluyó que el tratamiento inicial para cuadros agudos, que sean moderados a severos, debe ser tratado con **triptanes + AINES o ergotamina + AINES**, siempre y cuando la terapia preventiva haya fallado o si el médico tratante lo considere como primera opción.¹⁹

Para el tratamiento de cefaleas leves-moderadas, el uso de **únicamente AINES o junto con metoclopramida o compuestos con cafeína**, son más potentes y eficientes que la terapia de acetaminofén + antiemético.¹⁹ El uso de 1g acetaminofén + antiemético será utilizado cuando haya intolerancia o contraindicación para las terapias de 1^{ra} y 2^{da} línea o en caso de consulta de paciente embarazada²⁰, ya que las terapias anteriores (Triptanes, AINES, Ergotamina) son categoría C* o X** según la FDA (Food and Drug Administration). En caso de contraindicación para acetaminofén, se deberá considerar tratamiento preventivo y control de factores de riesgo, así como el uso de otros medicamentos (valproato de sodio, topiramato, gabapentina, venlafaxina, etc.) El tratamiento definitivo que se recomienda y dosis máximas de los productos, se resumen en la tabla 7 y 8 a continuación.

*Categoría C: Efecto adverso sobre el feto animal. No hay estudios adecuados y bien controlados en humanos.

**Categoría X: Anormalidades fetales demostradas y/o existe evidencia de riesgo al feto humano.

Tabla 7. Tratamiento recomendado para la cefalea

1ra línea	Triptan + AINES ó Ergotamina + AINES: 1 comprimido de cada producto vía oral cada 2 horas (No más de 2 tomas en 24 horas)
2da línea (Contraindicación/Intolerancia a Triptanes)	AINES cada 12hrs ó AINES + Metoclopramida: 1 comprimido de cada producto vía oral cada 2 horas (No más de 2 tomas en 24 horas)
3ra línea (Contraindicación/Intolerancia a AINES/Indicado en el Embarazo)	Acetaminofén + Metoclopramida: 1 comprimido de cada producto vía oral cada: a.8 horas si se usan 500 mg de acetaminofén b.12 horas si se utiliza 1 g de acetaminofén (No más de 3 tomas en 24 horas)

Tabla 8. Dosis máximas al día de tratamientos recomendados para cefalea (vía oral)

Almotriptan - Máximo 25 mg	Sumatriptan / Ergotamina - Máximo 200 mg
Eletriptan- Máximo 80 mg	Ibuprofeno - Máximo 1200 mg
Frovatriptan - Máximo 7.5 mg	Sulindaco - Máximo 400 mg
Naratriptan - Máximo 5 mg	Indometacina - Máximo 200 mg
Rizatriptan - Máximo 15 mg	Metoclopramida - Máximo 30 mg

CONCLUSIONES

La cefalea es un motivo frecuente de consulta, con muchas posibles causas. La mayoría de los casos pueden diagnosticarse con una historia clínica y un examen físico orientado y minucioso. Los métodos de diagnóstico por imágenes son solo útiles en una minoría de pacientes, y es en los que se sospeche una lesión estructural de fondo, por lo cual es necesario evaluar siempre la posibilidad de causas serias, que requieran de tratamiento específico y valoración por el

especialista a corto plazo. La principal implicación es el efecto sobre la calidad de vida y la interrupción de las actividades habituales, y una de las causas de esto es la no importancia o poca relevancia clínica con que a veces se abordan estos casos. La severidad o frecuencia de los episodios son aspectos fundamentales en ese sentido y son la base del tratamiento, donde lo primordial es la prevención de las crisis. El abordaje adecuado y dirigido es lo que siempre se debe buscar, para lo cual la individualización de cada caso

es esencial para alcanzar un resultado ideal, tanto para el profesional como para el paciente. Un aspecto fundamental del tratamiento agudo de la cefalea es la temprana administración del tratamiento abortivo, antes del desarrollo de fenómenos de sensibilización central o periférica, los cuales se manifiestan clínicamente con alodinia (percepción anormal del dolor). De esta manera, el tratamiento temprano con diagnóstico correcto se asocia con mayores tasas de efectividad, menor índice de recurrencia y menor necesidad de terapias de rescate. Se debe tomar en consideración la tolerancia de los pacientes a los tratamientos mencionados, ya que reportes de epigastralgia, fatiga o mareo son efectos adversos comunes de estas terapias, lo que puede inducir a poca adherencia al tratamiento.

RESUMEN

La cefalea es una de las consultas más comunes y menos individualizadas en la atención primaria, esto conlleva un riesgo de aumentar la cronicidad de la misma y complicar su manejo. El autor resume la información disponible con respecto a guías y tratamiento para una mejor atención del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Association for the Study of Headache, Headache Disorders and cranial neuralgias, *Cephalgia* 2008; 8 suppl 7: 1-96
2. British Association for the study of Headache, The International Classification of Headache Disorders, 2nd edition, *Cephalgia*, 2013; 24 (Suppl 1): 1-160
3. Evans R W. Diagnostic testing for Headache. *Med Clin North Am.* 2001; 85: 865-885.
4. Fernández-Concepción O, Canuet-Delis L. Discapacidad y calidad de vida en pacientes con migraña: factores determinantes. *Rev Neurol* 2003; 36: 1105-12.
5. Goldberg, Stephen, The four minute neurologic exam, Medmaster, 2012, 6th Ed, Section 3
6. Goldman D., In the Clinic, Migraine Annals Int Med 2012; 147:ITC 11-(1-16)
7. Hilberstein DS. Headache management for the the pain specialist. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 2010; 29:462-75
8. Jensen R., Olsen; A non selective (amitriptyline), but a not selective (citalopram), serotonin reuptake inhibitor is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *J. Neurology Psychait* 2010; 61:285-290
9. Leone, M.; Peccarsi C., et al.; Double Blind comparison of lithium and verapamil in headache prophylaxis. *Headache* 2010; 30:411-417
10. Lider, Elizabeth; Triptan Therapy in Migrane, *N Eng J Med* 2010;363:63-70
11. Lipton RB, et al.; Migraine and cardiovascular disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009;339:b3914
12. Mackay F.J., Dunn N.R. y Mann R.D. Antidepressants and the serotonin syndrome in general practice. *Br J Gen Pract* 1999;49:871-4.
13. Migal, BE; Lipton RB, et al.; Double-Blind clinical trials of oral triptans vs other classes of acute migraine medication - a review. *Cephalgia* 2004;24:321-32
14. Niska RW, et. al; Efficacy, tolerability and safety of oral ergotamine in the acute treatment of migraine: a multicentre, randomised, double-blind, placebo controlled comparison. *Eur J Neurol* 2002;47:99-107
15. O'Neill BP, Mann JD. Aspirin prophylaxis in migraine. *Lancet.* 2011;2:1179-1181
16. Revista de la Facultad de Medicina UNAM, México; Tratamiento farmacológico de la migraña. *Boletín de Información Clínica Terapéutica.* 2009;18(2):6-8.
17. Roore, MA; McQuay HJ; Paracetamol with or without an antiemetic for acute migraine headache in adults. *Cochrane Database syst Rev.* 2010; (11) CD008040
18. Severs, E.; et al; EFNS guidline on the drug treatment of migraine - revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2009; 16:968-81
19. Snow, V.; Weiss, K.; Pharmacologic management of acute attacks of migraine and prevention of migraine headache. *Ann Intern Med* 2010; 137:840-9
20. Verschuren WMM, Nezvalová-Henriksen K, Spigset O, Nordeng H. Maternal characteristics and migraine pharmacotherapy during pregnancy: Cross sectional analysis of data from a large cohort study. *Cephalgia.* 2009; 29:1267–1276.

NORMAS PARA LA PUBLICACION DE TRABAJOS EN REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

1. Los trabajos deben ser originales e inéditos.
2. Los trabajos deben entregarse escritos a doble espacio en computadora, debidamente corregidos, indicando el puesto académico del autor o autores.
3. No se reciben trabajos para publicar, si no se adjunta correspondiente CD con el original y copia.
4. Todo trabajo debe ser ordenado en la forma que internacionalmente se reconoce.
5. Debe ser acompañado de una bibliografía en orden alfabético, no menos de 10 citas bibliográficas, que coincidan con las citas del texto y debidamente ordenada como se hace en el INDEX MEDICO.
6. Se exige un resumen en español y otro en inglés.
7. El autor del trabajo tiene derecho a 2 ejemplares. Si son varios autores, cada uno recibirá dos ejemplares. En caso que el autor necesite separatas o sobretiros, debe manifestarlo con anticipación y el costo lo cubre el solicitante.
8. Una vez publicado el trabajo en REVISTA MEDICA DE COSTA RICA, se puede reproducir en otra revista, siempre y cuando se solicite la reproducción y se cite el nombre de nuestra revista, como primicia de publicación.
9. La Dirección, Redacción, Consejo Editorial y el Comité Científico se reservan el derecho de corregir, rechazar, etc., los trabajos que no se ajusten a las normas de publicación científica.