

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA  
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD  
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**GPC**

Actualización  
2016

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO  
DE CEFALEA TENSIONAL Y  
MIGRAÑA  
PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES**

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-047-08



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL

**MTRO. MIKEL ANDONI ARRIOLA PEÑALOSA**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

**DR. JOSÉ DE JESÚS ARRIAGA DÁVILA**

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

**DR. GILBERTO PÉREZ RODRÍGUEZ**

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SEGUNDO NIVEL

**DR. LUIS RAFAEL LÓPEZ OCAÑA**

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

**DR. ARTURO VINIEGRA OSORIO**

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

**DRA. ANA CAROLINA SEPULVEDA VILDOSOLA**

COORDINACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD

**DR. MARIO MADRAZO NAVARRO**

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

**DR. JOSÉ FRANCISCO GONZÁLEZ MARTÍNEZ**

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ**

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN EN SALUD

**DRA. CAROLINA DEL CARMEN ORTEGA FRANCO**

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

**DR. VICTOR HUGO BORJA ABURTO**

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL

**DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO**

COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

**DR. ROMEO SERGIO RODRÍGUEZ SUÁREZ**

COORDINACIÓN DE SALUD EN EL TRABAJO

**DR. MANUEL DÍAZ VEGA**

COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

**DR. RODOLFO ANTONIO DE MUCHA MACÍAS**

Durango 289- 1A Colonia Roma  
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.  
Página Web: [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx)

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social  
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General  
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica  
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y, en caso de haberlo, lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y tratamiento de la cefalea tensional y migraña en el adulto. Primer y segundo nivel de atención**, México, Instituto Mexicano del Seguro Social. 03/11/2016.

Disponible en:

<http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Actualización: **Total**.

ISBN: 978-607-7790-91-4



CIE- 10: G44.2CEFALEA TENSIONAL  
 G44.22 CEFALEA TENSIONAL CRÓNICA  
 G43.0 MIGRAÑA SIN AURA [MIGRAÑA COMÚN  
 G43.1 MIGRAÑA CON AURA [MIGRAÑA CLÁSICA  
 GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CEFALEA  
 TENSIONAL Y MIGRAÑA EN EL ADULTO. PRIMER Y SEGUNDO  
 NIVEL DE ATENCIÓN

**COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2009**

**COORDINACIÓN:**

Patricia Constantino Casas	Medicina Familiar	IMSS	División de Excelencia Clínica, IMSS	
----------------------------	-------------------	------	--------------------------------------	--

**AUTORÍA:**

Dra. Angélica Carbajal Ramírez	Neurología	IMSS	UMAE HE CMN Siglo XXI	
Dra. María del Rosario Cienfuego Zurita	Medicina Familiar	IMSS	Jefatura de Prestaciones Médicas, Chihuahua, IMSS	
Dra. Rosa Márquez Huizar	Medicina Familiar	IMSS	UMF No. 55, Zacatecas, IMSS	
Dr. Antonio Francisco Martínez Hernández	Medicina Familiar	IMSS	UMF No. 20, Tlaxcala, IMSS	
Andrés Rivera Lizárraga	Medicina Familiar	IMSS	UMF No. 23 México, D.F., IMSS	
Enrique Solares González	Urgencias Médico Quirúrgicas	ISSSTE	Subdirección General Médica, ISSSTE	
Patricia Constantino Casas	Medicina Familiar	IMSS	División de Excelencia Clínica, IMSS	

**VALIDACIÓN:**

Dra. María Magdalena Cruz Aragón	Medicina Familiar	IMSS	UMF No. 38 Oaxaca, IMSS	
Dr. Humberto Juárez Jiménez	Neurología	IMSS	UMAE HE CMN La Raza, México, D.F., IMSS	
Dr. Roberto Arias Reyes	Medicina Familiar	IMSS	HGZ/MF No.2, Guanajuato, IMSS	
Dr. Adolfo Leyva Rendón	Medicina Interna y Neurología			Academia Nacional de Medicina de México

## COORDINACIÓN, AUTORÍA, VALIDACIÓN Y REVISIÓN 2016

### COORDINACIÓN:

Dr. Manuel Vázquez Parrodi	Medicina familiar	IMSS	Coordinador de Programas Médicos Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, IMSS	
----------------------------	-------------------	------	--	--

### AUTORÍA:

Dr. Gerson Angel Alavez	Neurología y Neurofisiología	SSA	HRAE, Estado de México, SSA	Consejo de Neurología, y Miembro de la Academia Mexicana de Neurología
Dr. Francisco Gerardo Nolasco García	Urgencias Medico Quirúrgicas	IMSS	HGR No. 72, Estado de México Oriente, IMSS	Consejo Mexicano de Medicina de Urgencias
Dr. Alejandro Raúl Guzmán López	Medicina Familiar	IMSS	UMF No. 64, Estado de México Oriente, IMSS	
Dr. Manuel Vázquez Parrodi	Medicina Familiar	IMSS	Coordinador de Programas Médicos Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, IMSS	

### VALIDACIÓN:

#### Protocolo de Búsqueda

Dr. Manuel Vázquez Parrodi	Medicina familiar	IMSS	Coordinador de Programas Médicos Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, IMSS	
----------------------------	-------------------	------	--	--

#### Guía de Práctica Clínica

Dra. Luz Odette Villegas Pichardo	Medicina Interna	Práctica Privada	Médico Internista Hospital San Angel Inn Universidad	Consejo Mexicano de Medicina Interna
Dr. Einar Mujica Toscano	Anestesiología	SSA	Médico HGM, SSA	Consejo Mexicano de Anestesiología, Miembro de la Asociación Mexicana de Algología (AMAL) y de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del dolor (AMETD)

## ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>Clasificación.....</b>	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b>Preguntas a Responder .....</b>	<b>8</b>
<b>3.</b>	<b>Aspectos Generales .....</b>	<b>9</b>
3.1.	Justificación .....	9
3.2.	Actualización del Año 2008 al 2016 .....	11
3.3.	Objetivo .....	12
3.4.	Definición .....	13
<b>4.</b>	<b>Evidencias y Recomendaciones .....</b>	<b>14</b>
4.1	Diagnóstico de Cefalea Tensional .....	15
4.1.1.	<i>Clínico.....</i>	<i>15</i>
4.2	Tratamiento de la Cefalea tensional .....	16
4.2.1	<i>Tratamiento Farmacológico .....</i>	<i>16</i>
4.2.2	<i>Eficacia y Seguridad.....</i>	<i>16</i>
4.3	Tratamiento de Cefalea Tensional.....	18
4.3.1	<i>Tratamiento profiláctico farmacológico .....</i>	<i>18</i>
4.4	Tratamiento de Cefalea Tensional.....	20
4.4.1	<i>Tratamiento no farmacológico .....</i>	<i>20</i>
4.5	Diagnóstico de Migraña .....	21
4.5.1	<i>Diagnóstico de Migraña con aura, Sin aura, Episódica y Crónica .....</i>	<i>21</i>
4.7	Tratamiento de Migraña.....	24
4.7.1	<i>Tratamiento Farmacológico de Migraña .....</i>	<i>24</i>
4.8	Tratamiento de Migraña.....	27
4.8.1	<i>Tratamiento no farmacológico de Migraña .....</i>	<i>27</i>
4.9	Tratamiento Profiláctico.....	29
4.9.1	<i>Tratamiento Profiláctico Farmacológico de Migraña .....</i>	<i>29</i>
4.11	Tratamiento Profiláctico.....	31
4.11.1	<i>Tratamiento Profiláctico no farmacológico de Migraña.....</i>	<i>31</i>
4.12	Crterios de Referencia .....	31
4.12.1	<i>Crterios de Referencia en Migraña .....</i>	<i>31</i>
<b>5</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>32</b>
5.1	Protocolo de Búsqueda.....	32
5.1.1	<i>Estrategia de búsqueda.....</i>	<i>32</i>
5.1.1.1	<i>Primera Etapa (Si aplica) .....</i>	<i>32</i>
5.1.1.2	<i>Segunda Etapa.....</i>	<i>34</i>
5.1.1.3	<i>Tercera Etapa .....</i>	<i>34</i>
5.2	Escalas de Gradación .....	34
5.3	Cuadros o figuras.....	38
5.4	Diagramas de Flujo .....	45
5.5	Listado de Recursos .....	49
5.5.1	<i>Tabla de Medicamentos .....</i>	<i>49</i>
5.6	Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica .....	54
<b>6</b>	<b>Glosario .....</b>	<b>56</b>
<b>7</b>	<b>Bibliografía .....</b>	<b>58</b>
<b>8</b>	<b>Agradecimientos .....</b>	<b>62</b>
<b>9</b>	<b>Comité Académico.....</b>	<b>63</b>

# 1. CLASIFICACIÓN

## CATÁLOGO MAESTRO: IMSS-047-08

<b>Profesionales de la salud</b>	Médicos generales, Médicos Familiares, Médicos Internistas, Neurólogos
<b>Clasificación de la enfermedad</b>	CIE-10: G43 Migraña, G44.2 Cefalea tensional
<b>Categoría de GPC</b>	Primer y Segundo Nivel de Atención
<b>Usuarios potenciales</b>	Médico General, Médico Familiar, Médicos en Formación, Médico Internista, Neurólogo
<b>Tipo de organización desarrolladora</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>Población blanco</b>	Hombres y Mujeres >19 años
<b>Fuente de financiamiento / Patrocinador</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>Intervenciones y actividades consideradas</b>	Historia clínica completa, búsqueda intencionada de criterios diagnósticos, exploración física completa, con enfoque en datos de alarma neurológicos, laboratorios e imagenología no justificados, únicamente considerarlos en caso de datos de alarma, identificar situaciones de riesgo para envío a segundo nivel de atención, tratamiento farmacológico de acuerdo a evidencias, modificación de estilo de vida (alimentación, hábitos de sueño), Incapacidad de acuerdo a cuadro clínico y evolución.
<b>Impacto esperado en salud</b>	Diagnóstico oportuno Disminución de ataques agudos y recurrencias Referencia oportuna Mejorar satisfacción del usuario Mejora en calidad de vida del paciente Prescripción justificada de medicamentos
<b>Metodología</b>	Adopción de guías de práctica clínica y elaboración de guía de nueva creación, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados, o estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
<b>Método de integración</b>	Definición de enfoque de la guía Elaboración de preguntas clínicas Métodos para recolectar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios web especializados, búsqueda manual de literatura Número de fuentes documentales seleccionadas: 51 Guías seleccionadas: 1 Revisiones sistemáticas: 26 Meta análisis: 2 Ensayos clínicos: 6 Cohorte: 2 Casos y controles: 1 Transversal: 4 Revisión narrativa: 9
<b>Método de validación</b>	<b>Validación por pares clínicos</b> Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social Validación de la guía: Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>Conflicto de interés</b>	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
<b>Actualización</b>	Fecha de publicación 03/11/2016. Esta guía será actualizada nuevamente cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación de la actualización.

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta Guía, puede dirigir su correspondencia a la Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, con domicilio en Durango No. 289 Piso 1º, Col. Roma, México, D.F., C.P. 06700, teléfono 55533589.

## 2.PREGUNTAS A RESPONDER

### **Cefalea Tensional**

1. ¿Cuáles son los principales datos clínicos y criterios de clasificación de la cefalea tensional?
2. ¿Cuáles son las intervenciones farmacológicas con mayor eficacia y seguridad en el tratamiento de la cefalea tensional?
3. ¿Cuáles son las intervenciones no farmacológicas de primera línea en cefalea tensional?
4. En pacientes adultos con cefalea tensional, ¿Cuál es la utilidad del tratamiento profiláctico?

### **Migraña**

1. En pacientes adultos ¿Cuáles son los criterios diagnósticos clave para diferenciar migraña con aura y migraña sin aura?
2. En pacientes adultos ¿Cuáles son las escalas más útiles para el diagnóstico de migraña, para evaluar la afectación en la calidad de vida, la severidad de los ataques, las opciones terapéuticas y la incapacidad?
3. En pacientes adultos ¿Cuál es la eficacia y seguridad del tratamiento con analgésicos, AINES, antieméticos y triptanos comparados con placebo y otros medicamentos?
4. En pacientes adultos ¿Cuál es la eficacia y seguridad del tratamiento no farmacológico comparado con placebo?
5. En pacientes adultos ¿Qué datos de alarma debemos tomar en consideración para la referencia a segundo o tercer nivel de atención?
6. En pacientes adultos ¿Cuál es el tratamiento profiláctico farmacológico y no farmacológico de primera línea?



## 3. ASPECTOS GENERALES

### 3.1. Justificación

La cefalea constituye uno de los motivos de consulta más comunes por el cual las personas acuden a los servicios médicos, pudiendo afectar en cualquier momento hasta al 50% de la población general. **(Stovner LJ, 2007, Halker RB, 2011)**. Las más comunes son la cefalea tensional y la migraña, la cuales pueden ocasionar niveles de incapacidad sustanciales, no sólo a los pacientes y sus familias sino a la sociedad como un todo, debido a su alta prevalencia en la población general. Aproximadamente la mitad de los pacientes con cefalea aguda tiene cefalea tensional y el 10% tienen migraña. Un ataque de migraña es un evento cerebral espectacularmente complejo que puede producir una gran variedad de síntomas neurológicos y sistémicos. Aunque el dolor es su característica más prominente, la migraña puede incluir una multiplicidad de síntomas que ocurren antes, durante y después del dolor. Esto convierte a las cefaleas en un desafío diario para los médicos; por esto es de vital importancia el conocimiento de su presentación clínica, signos de alarma y métodos diagnósticos, para así lograr un enfoque clínico con miras a un diagnóstico y manejo oportuno, para no sufrir de episodios de cefalea ni de discapacidad.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud en su estudio “La Carga Global de Enfermedad 2012” (Global Burden of Disease 2012), la cefalea tensional y la migraña aparecen como la segunda y tercer enfermedad más frecuentes en el mundo, **(Murray CJ, 2012)** y la migraña es claramente la más incapacitante de las cefaleas primarias tomando en cuenta frecuencia y carga de la enfermedad. **(Lipton RB, 2001)** Por lo tanto, es el síndrome neurológico más común que se atiende en el primer nivel con un 3% de adultos que consultan cada año con su médico familiar por ésta causa, **(Latinovic R, 2006)** y es la enfermedad que más ven los neurólogos en su práctica clínica, de acuerdo a encuestas aplicadas en los Estados Unidos.

Tiene una prevalencia a lo largo de la vida de alrededor del 15% en la población general, y afecta en mayor proporción a mujeres (18%) que a hombres (8%). **(Steiner TJ, 2013)** Ha sido denominado el séptimo incapacitante debido a su impacto considerable en la calidad de vida de los pacientes. **(Steiner TJ, 2013)**

Un gran número de pacientes progresa de tener migraña episódica a migraña crónica, la segunda afectando al 1% a 2% de la población. **(Natoli J.L., 2010)** Este es un proceso gradual, inicialmente cambia de migraña episódica de baja frecuencia a una de alta frecuencia y eventualmente a migraña crónica. **(Bigal M, 2004)**

Las migrañas tiene un impacto significativo tanto psicológico y social como económico. Alrededor del 75% de pacientes experimentan alteraciones funcionales durante los ataques y alrededor de la mitad de ellos requieren ayuda de otras personas. Adicionalmente a los costos directos del cuidado de la salud, esta patología resulta en la pérdida de 20 millones de días laborales en Inglaterra. El impacto económico anual de la migraña es considerable y se ha estimado en alrededor de 27 billones de euros en los países europeos. **(Stovner LJ, 2007)**

Los costos indirectos de la migraña exceden a los costos directos, por lo tanto, reducir la carga de ésta patología incapacitante debería ser un objetivo obvio de una intervención en salud. Además, la discapacidad que la acompaña y los costos que genera (relacionados principalmente con las horas de trabajo que se pierden y la disminución en la productividad) son enormes. Desde ésta perspectiva, la migraña le cuesta a los Estados Unidos aproximadamente 2 billones de dólares al año **(Stewart WF, 2003)**, y esto ocurre de forma similar en Europa. **(Olesen J, 2012)**.

Inicialmente, los pacientes con migraña buscan asistencia con el médico de atención primaria, por lo cual éstos juegan un papel crucial en el diagnóstico y tratamiento de éste padecimiento.

El diagnóstico se realiza usualmente con los criterios de la Clasificación Internacional de Cefaleas. Aún así, no todos los médicos están familiarizados con los criterios diagnósticos. El subdiagnóstico continúa siendo un gran problema en la práctica diaria, lo que resulta en un tratamiento incorrecto. Se han diseñado diversos instrumentos para mejorar el diagnóstico de migraña, para identificar las alteraciones psicológicas que provoca, para medir la carga de la enfermedad y la discapacidad y para conocer la reducción en la calidad de vida que ocurre debido a los ataques de dolor. Entre éstos instrumentos se encuentran el ID Migraine, un test con 3 ítems, el cual ha sido validado en atención primaria como una forma de mejorar el diagnóstico rápido de migraña; el cuestionario MIDAS que nos sirve para evaluar la incapacidad que ocasionan los ataques de migraña y el HIT 6 que es una herramienta que nos permite medir el impacto que tienen las cefaleas en la calidad de vida de los pacientes y la severidad del dolor.

A pesar de contar con todos estos instrumentos, la adecuada selección e interpretación de los mismos resulta crucial para que se puedan realizar diagnósticos más rápidos, más certeros y que nos permitan iniciar tratamiento a los pacientes que se encuentran afectados por esta enfermedad para que así, podamos otorgarles un manejo adecuado y puedan reincorporarse a su vida cotidiana sin sufrir afectaciones en la misma.

Es de vital importancia establecer lineamientos respecto al tratamiento de la cefalea tensional y la migraña debido a que existe una gran variabilidad en la práctica clínica respecto al manejo de éstas dos entidades, y hace que los individuos que las padecen posean un continuo miedo por la aparición de nuevos episodios, y al no lograr el reestablecimiento de la salud, se vean limitados para regresar a sus actividades cotidianas con las respectivas repercusiones en su entorno social, laboral y familiar, generando un deterioro en su calidad de vida. **(Gómez-Otálvaro M, 2015)**

Es por ello que, con lo plasmado en ésta guía, se busca establecer un camino a seguir el cual sea fácilmente identificable para los médicos que se enfrentan de manera cotidiana a ésta problemática, impactando en la calidad de vida de los pacientes que sufren por éstas patologías por medio de un diagnóstico temprano y priorizando de forma adecuada para así otorgar un tratamiento correcto.

## 3.2. ACTUALIZACIÓN DEL AÑO 2008 AL 2016

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser discontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El **Título** de la guía (en caso de que haya sido actualizado): Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña
  - Título desactualizado: Manejo de Cefalea Tensional y Migraña
  - Título actualizado: Diagnóstico y tratamiento de cefalea tensional y migraña en el primer y segundo nivel de atención
2. La actualización en Evidencias y Recomendaciones se realizó en:
  - **Diagnóstico**
  - **Tratamiento**

### 3.3. Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña en el primer y segundo nivel de atención** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer y segundo nivel de atención** las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

- Unificar criterios diagnósticos de Cefalea Tensional y Migraña en el primer y segundo nivel de atención.
- Utilizar herramientas diagnósticas para cefalea tensional y migraña en el primer y segundo nivel de atención.
- Ofrecer tratamiento profiláctico a pacientes adultos con cefalea tensional y migraña en el primer y segundo nivel de atención.
- Implementar un tratamiento adecuado utilizando los recursos disponibles a pacientes con cefalea tensional y migraña en el primer y segundo nivel de atención.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

### 3.4. Definición

**Cefalea tensional:** subtipo de cefalea primaria más común. El dolor es típicamente bilateral, opresivo, y de intensidad leve a moderada. No se presentan náuseas y no se agrava con la actividad física. Se pueden asociar la sensibilidad a la luz, al ruido o hipersensibilidad pericraneal.

**Cefalea tensional episódica infrecuente:** Episodios de cefalea poco frecuentes, de localización típicamente bilateral, con dolor tensivo u opresivo de intensidad leve a moderada y con una duración de minutos a días. Este dolor no empeora con la actividad física habitual ni está asociado con náuseas, pero podrían presentarse fotofobia o fonofobia.

**Cefalea tensional episódica frecuente:** Episodios frecuentes de cefalea, de localización típicamente bilateral, con dolor tensivo u opresivo de intensidad leve a moderada y con una duración de minutos a días. Este dolor no empeora con la actividad física habitual ni está asociado con náuseas, pero podrían presentarse fotofobia o fonofobia.

**Migraña:** subtipo de cefalea primaria severa más común. Se caracteriza por ser unilateral, pulsátil, puede presentarse en minutos u horas, de intensidad moderada a severa, se asocia con náusea y/o vómito y/o sensibilidad a la luz y al ruido, incapacitante y se agrava con la actividad física. Se clasifica por la presencia o ausencia de aura.



## 4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la(s) escala(s): **NICE, GRADE.**


Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

**Evidencia** 

**Recomendación** 

**Punto de buena práctica** 

En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del primer autor y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de “BRADEN” tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	<b>Ia</b> <b>Shekelle</b> <i>Matheson S, 2007</i>

## 4.1 Diagnóstico de Cefalea Tensional

### 4.1.1. Clínico

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
<b>E</b>	La cefalea tensional se caracteriza por ataques de dolor que no se asocian con náusea ni vómitos, y que tiene por lo menos dos de las siguientes características: 1) Cefalea bilateral, 2) Cefalea no pulsátil, 3) Intensidad leve a moderada 4) La cefalea no empeora con la actividad, como caminar o subir escaleras.	<b>4 NICE</b> <i>ICHD III (beta)</i> <i>IHS 2013</i>
<b>R</b>	Se recomienda diagnosticar cefalea tensional en los pacientes que presenten cefalalgia bilateral no incapacitante y con un examen neurológico normal.	<b>D NICE</b> <i>ICHD III (beta)</i> <i>IHS 2013</i>
<b>E</b>	La cefalea tensional episódica se divide en la subforma infrecuente y subforma frecuente. (ver cuadro 1)	<b>4 NICE</b> <i>ICHD III (beta)</i> <i>IHS 2013</i>
<b>E</b>	La cefalea tensional episódica infrecuente se caracteriza por episodios de cefalea poco frecuentes, que aparecen, en promedio, menos de una vez al mes y cumplen con el resto de características de cefalea tensional. (ver cuadro 2)	<b>4 NICE</b> <i>ICHD III (beta)</i> <i>IHS 2013</i>
<b>E</b>	La cefalea tensional episódica frecuente se caracteriza por al menos 10 episodios de cefalea y que ocurran en promedio, de 1-14 días al mes, durante más de 3 meses (> o = 12 y < 180 días al año) y que cumplan con el resto de criterios de cefalea tensional. (ver cuadro 2)	<b>4 NICE</b> <i>ICHD III (beta)</i> <i>IHS 2013</i>
<b>E</b>	La cefalea tensional episódica frecuente coexiste de manera frecuente con la migraña sin aura.	<b>4 NICE</b> <i>ICHD III (beta)</i> <i>IHS 2013</i>
<b>R</b>	Es importante distinguir entre la cefalea tensional episódica frecuente de la migraña sin aura si se quiere adoptar el tratamiento adecuado para cada una de ellas, y evitar el abuso de medicamentos.	<b>D NICE</b> <i>ICHD III (beta)</i> <i>IHS 2013</i>
<b>E</b>	La cefalea tensional crónica se presenta más de 15 días al mes en un periodo mayor a tres meses. (ver cuadro 3)	<b>4 NICE</b> <i>ICHD III (beta)</i> <i>IHS 2013</i>

R	Se debe diagnosticar cefalea tensional crónica cuando se presentan episodios de cefalea en más de 15 días al mes durante más de tres meses y cumple con el resto de criterios de cefalea tensional.	<b>D</b> <b>NICE</b> <i>ICHD III (beta)</i> <i>IHS 2013</i>
---	---	--






## 4.2 Tratamiento de la Cefalea tensional

### 4.2.1 Tratamiento Farmacológico

#### 4.2.2 Eficacia y Seguridad




EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
E	Los hallazgos de un ensayo clínico controlado aleatorizado en el que se incluyeron 638 pacientes adultos con diagnóstico de cefalea tensional, mostró que la administración de ácido acetil salicílico (n= 111, dosis 1000 mg) en comparación con placebo (n= 112), logró una reducción significativa del dolor a las dos horas (75.7% RR, p=0.00009).	<b>1++</b> <b>NICE</b> <i>Steiner TJ, 2003</i>
E	Existe evidencia consistente de alta calidad de que el ácido acetilsalicílico en dosis de 1000 mg (3 ECA), 500 a 650 mg (4 ECA) y 250 mg (1 ECA) en comparación a placebo es más eficaz en el tratamiento de pacientes con cefalea tensional.	<b>1</b> <b>EFNS Guideline</b> <i>Bendtsen L, 2010</i>
E	Existe evidencia de que la administración de paracetamol en dosis de 1000 mg, (n=111) en comparación a placebo demostró ser más efectivo para disminuir el dolor a las 2 horas de la ingesta. (71.2% RR, p=0.007)	<b>1++</b> <b>NICE</b> <i>Steiner TJ, 2003</i>
E	En una revisión sistemática de 55 ensayos aleatorizados que incluyó 12,143 pacientes, se concluyó que paracetamol (1000 mg), ibuprofeno (400 mg) y ketoprofeno (25 mg) fueron más efectivos que placebo para disminuir el dolor a las 2 horas de la ingesta.	<b>1++</b> <b>NICE</b> <i>Moore R, 2014</i>
E	En una revisión sistemática de 152 ensayos clínicos que incluyó 17,523 pacientes se concluyó que ibuprofeno se asocia con menos efectos adversos a corto plazo que el ácido acetilsalicílico cuando se utiliza en el tratamiento de cefalea tensional.	<b>1+</b> <b>NICE</b> <i>Verhagen AP, 2010</i>

<b>E</b>	Un meta-análisis de 4 ECA, doble ciego, controlados con placebo, que incluyó 1,900 pacientes, mostró que la triple combinación de ácido acetilsalicílico de 250 mg, paracetamol de 500 mg y cafeína de 65 mg es más efectiva (28.5%) en comparación a paracetamol de 1000 mg (21.0%) y placebo (18.0%) ( $p < 0.0001$ ), en pacientes con cefalea tensional episódica, al eliminar el dolor a las 2 horas de la toma, incluso en pacientes con cefaleas catalogadas como graves en un inicio.	<b>1++ NICE</b> <i>Diener HC, 2014</i>
<b>E</b>	Los hallazgos de un meta-análisis concluyeron que los antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, clomipramina, doxepina, opipramol, desipramina) pueden ser útiles en el tratamiento de pacientes con cefalea tensional y la efectividad parece incrementar con el tiempo (4 semanas a varios meses)	<b>1++ NICE</b> <i>Jackson J, 2010</i>
<b>E</b>	En una revisión sistemática se encontró que el metamizol, la clorpromacina y la metoclopramida administrados por vía parenteral son más efectivos que placebo para el tratamiento de ataques agudos de cefalea tensional.	<b>1++ NICE</b> <i>Weinman D, 2014</i>
<b>E</b>	En esta revisión sistemática existe evidencia de que la combinación de metoclopramida 10 mg más difenhidramina 25 mg vía parenteral fue más efectiva que el ketorolaco 30 mg por vía parenteral para el tratamiento de ataques agudos de cefalea tensional.	<b>1++ NICE</b> <i>Weinman D, 2014</i>
<b>R</b>	Se recomienda el uso de aspirina a dosis de 1000 mg y paracetamol 1000 mg en el tratamiento agudo de pacientes con cefalea tensional moderada a severa.	<b>A NICE</b> <i>Steiner TJ 2003</i>
<b>R</b>	Se recomienda el uso de aspirina a dosis de 1000 mg, 500 a 650 mg, y 250 mg, en el tratamiento de pacientes con cefalea tensional.	<b>A EFNS Guideline</b> <i>Bendtsen L, 2010</i>
<b>R</b>	Se recomienda utilizar acetaminofén 1000 mg, ibuprofeno 400 mg y ketoprofeno 25 mg en el tratamiento de pacientes con cefalea tensional.	<b>A NICE</b> <i>Moore R, 2014</i>
<b>R</b>	Se recomienda utilizar ibuprofeno sobre otros AINES como el ácido acetilsalicílico en el tratamiento de cefalea tensional por la menor cantidad de efectos adversos a corto plazo.	<b>A NICE</b> <i>Verhagen AP, 2010</i>
<b>R</b>	Se debe considerar el uso de aspirina, paracetamol, o AINES como fármacos de primera elección para el tratamiento agudo de cefalea tensional, tomando en cuenta las preferencias personales, comorbilidades y el riesgo de eventos adversos.	<b>A EFNS Guideline</b> <i>Bendtsen L, 2010</i>

	Se recomienda utilizar la combinación de ácido acetilsalicílico 250 mg, paracetamol 500 mg y cafeína de 65 mg en el tratamiento de pacientes con cefalea tensional episódica.	<b>A GRADE</b> <i>Diener HC, 2014</i>
	Se debe considerar utilizar amitriptilina a dosis inicial de 10 mg en el tratamiento de pacientes con cefalea tensional; se debe tomar en cuenta que la efectividad aumenta con el tiempo de administración.	<b>A GRADE</b> <i>Jackson J, 2010</i>
	Se sugieren dosis de Amitriptilina nocturna que oscile entre 25 y 75mg con incrementos semanales de 12.5 a 25mg hasta llegar a la dosis efectiva o a la máxima dosis tolerada para reducir la frecuencia e intensidad de los efectos adversos.	<b>Punto de buena práctica</b>
	Se debe considerar el uso por vía parenteral de metamizol, clorpromazina y metoclopramida en el tratamiento de ataque agudo en pacientes con cefalea tensional.	<b>A GRADE</b> <i>Weinman D, 2014</i>
	Se debe considerar el uso de la combinación de metoclopramida 10 mg más difenhidramina 25 mg vía parenteral sobre el ketorolaco 30 mg en el tratamiento del ataque agudo en pacientes con cefalea tensional.	<b>A GRADE</b> <i>Weinman D, 2014</i>

## 4.3 Tratamiento de Cefalea Tensional

### 4.3.1 Tratamiento profiláctico farmacológico

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	En una revisión sistemática Cochrane de 8 ensayos clínicos con 412 participantes, en 3 ensayos clínicos se compararon dos ISRS (citalopram y sertralina) y un IRSN (venlafaxina) contra placebo hasta las 8 semanas de seguimiento y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al número de días con cefalea.	<b>1+ NICE</b> <i>Banzi R, 2016</i>
	Los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina y la venlafaxina no son más efectivos que placebo ó amitriptilina para reducir la frecuencia de cefalea en pacientes con cefalea tensional crónica.	<b>1+ NICE</b> <i>Banzi R, 2016 Verhagen A, 2010</i>
	No se recomienda el uso de inhibidores selectivos de recaptura de serotonina ni venlafaxina para la prevención de episodios de cefalea tensional crónica.	<b>A NICE</b> <i>Banzi R 2016</i>



	En esta revisión, al comparar los ISRS y el IRSN contra amitriptilina, ésta resultó ser más efectiva para reducir la intensidad de la cefalea y la duración de la misma a las 12 y 16 semanas de seguimiento.	<b>1+ NICE</b> <i>Banzi R, 2016</i>
	La Amitriptilina redujo la ingesta de analgésicos de manera más eficiente que los ISRS. (MD 4.98, 95% CI 1.12 a 8.84; I2= 0%)	<b>1+ NICE</b> <i>Banzi R, 2016</i>
	En 5 de 6 estudios donde se comparó ISRS y un IRSN contra otros medicamentos (amitriptilina, mianserina, sulpirida y desipramina) se observó que la amitriptilina se asocia con una mayor cantidad de eventos adversos, siendo los más frecuentes mareo, boca seca y ganancia de peso.	<b>1+ NICE</b> <i>Banzi R, 2016</i>
	Una revisión sistemática con meta análisis de 37 ensayos clínicos con 3176 pacientes en donde 17 estudios se hicieron en pacientes con cefalea tensional y se compararon antidepresivos tricíclicos contra otros medicamentos encontró que los tricíclicos redujeron significativamente el número de días con cefalea tensional ( $-1.29$ , 95% IC $-2.18$ a $-0.39$ ), que el efecto de los tricíclicos incrementa con el tiempo ( $\beta = -0.11$ , 95% IC $-0.63$ a $-0.15$ ; $P < 0.0005$ ), que los tricíclicos reducen la intensidad de la cefalea en un 50% comparados con placebo (RR 1.41, 95% IC 1.02 a 1.89), y que los tricíclicos ocasionan mas efectos adversos que placebo (1.53, 95% IC 1.11 a 2.12) y que los ISRS (2.22, 1.52 a 3.32).	<b>1+ NICE</b> <i>Jackson J, 2010</i>
	Se recomienda el uso de Amitriptilina como tratamiento profiláctico en pacientes con cefalea tensional episódica frecuente o crónica.	<b>A NICE</b> <i>Jackson J, 2010</i>
	Se sugiere iniciar Amitriptilina a dosis de 10 a 12.5 mg por las noches e ir incrementando la dosis en 10 a 12.5 mg cada dos o tres semanas de acuerdo a respuesta y tolerancia; se deben tomar en consideración los efectos adversos.	<b>Punto de buena práctica</b>
	En pacientes con cefalea tensional crónica la administración de propranolol en comparación con placebo, incrementa la frecuencia de síntomas depresivos.	<b>1++ NICE</b> <i>Verhagen A, 2010</i>

<b>E</b>	No existe evidencia para el uso de relajantes musculares o agonistas del receptor 5-HT.	<b>1++ NICE</b> <i>Verhagen A, 2010</i>
<b>R</b>	No se sugiere usar propranolol en pacientes con depresión y cefalea tensional ya que aumenta los síntomas depresivos.	<b>A NICE</b> <i>Verhagen A, 2010</i>
<b>R</b>	No se sugiere utilizar relajantes musculares ni agonistas del receptor 5-HT en el tratamiento de cefalea tensional por falta de evidencia al respecto.	<b>A NICE</b> <i>Verhagen A, 2010</i>

## 4.4 Tratamiento de Cefalea Tensional

### 4.4.1 Tratamiento no farmacológico

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
<b>E</b>	Una revisión sistemática que incluyó 5 ensayos clínicos aleatorizados con 348 pacientes encontró en 4 estudios diferencias estadísticamente significativas de que la manipulación espinal puede aliviar los síntomas de cefalea tensional al compararla contra placebo, contra farmacoterapia, contra amitriptilina, o al compararla sin hacer intervención alguna.	<b>1++ NICE</b> <i>Posadzki P, 2012</i>
<b>E</b>	Un ensayo clínico aleatorizado no mostró diferencias en cuanto a horas por día de cefalea, intensidad del dolor y uso de analgésicos diarios al comparar la manipulación espinal con la terapia de tejidos blandos o el uso de un tratamiento placebo con laser.	<b>1++ NICE</b> <i>Posadzki P, 2012</i>
<b>E</b>	Un ensayo clínico aleatorizado que incluyó 81 pacientes mostró que la manipulación de carga baja redujo significativamente los síntomas de pacientes con cefalea tensional en el largo plazo (6 meses), ( $p < 0.001$ ), la frecuencia de la cefalea ( $p = 0.039$ ), y la intensidad ( $p = 0.007$ )	<b>1+ NICE</b> <i>Van Ettehoven H, 2006</i>
<b>E</b>	En una revisión sistemática de 11 ensayos clínicos con una participación de 2317 pacientes se encontró en dos estudios que el uso de acupuntura comparada contra cuidados de rutina y de acupuntura contra el tratamiento agudo de cefalea (AINE y analgésicos) disminuyó la frecuencia de cefaleas y la intensidad de las mismas.	<b>1+ NICE</b> <i>Linde K, 2011</i>

<b>E</b>	En esa misma revisión sistemática se comparó la acupuntura en combinación con fisioterapia o relajación y una combinación de estos dos, y no encontró diferencias significativas entre el uso de acupuntura y los demás tratamientos.	<b>1+ NICE</b> <i>Linde K, 2011</i>
<b>R</b>	No se puede recomendar la manipulación espinal por falta de evidencia concluyente respecto a su uso.	<b>A NICE</b> <i>Posadzki P, 2012</i>
<b>R</b>	La movilización craneocervical de carga baja se recomienda en el manejo a largo plazo (6 meses) de pacientes con cefalea tensional crónica o episódica para reducir la frecuencia y la intensidad del dolor.	<b>A NICE</b> <i>Van Ettehoven H, 2006</i>
<b>R</b>	La acupuntura ha mostrado utilidad al compararla con los cuidados de rutina y con el tratamiento agudo en la profilaxis de pacientes con cefalea tensional episódica frecuente y crónica, pero no hay resultados favorables al compararla con otros tratamientos como relajación, fisioterapia o sus combinaciones.	<b>A NICE</b> <i>Linde K, 2011</i>

## 4.5 Diagnóstico de Migraña

### 4.5.1 Diagnóstico de Migraña con aura, Sin aura, Episódica y Crónica

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
<b>E</b>	Los criterios diagnósticos de la IHS (International Headache Society) para migraña incluyen tener por lo menos 5 ataques de cefalea que duran de 4-72 horas, unilaterales, pulsátiles, de intensidad severa a moderada y agravados por o que ocasionan que se evite la actividad física de rutina y se acompañan de náusea y/o vómito, fotofobia o fonofobia.	<b>4 NICE</b> <i>ICHD III (beta version) IHS 2013</i>
<b>E</b>	La IHS clasifica la migraña en con y sin aura y como episódica o crónica. (ver cuadro 4)	<b>4 NICE</b> <i>ICHD III (beta version) IHS 2013</i>
<b>E</b>	La migraña con aura se caracteriza por la presencia de aura típica que consiste en síntomas visuales y/o sensorios y/o del lenguaje, una evolución gradual, no dura más de una hora, con una mezcla de características positivas y negativas, y la reversibilidad completa del aura. (ver cuadro 5)	<b>4 NICE</b> <i>ICHD III (beta version) IHS 2013</i>







	<p>La migraña sin aura se caracteriza por cefaleas recurrentes que se manifiestan como ataques que duran de 4 a 72 horas. Las características típicas de la cefalea es que es unilateral, pulsátil, de intensidad severa o moderada, se agrava con la actividad física y se asocia con náusea y/o fotofobia o fonofobia. (ver cuadro 5)</p>	<p><b>4 NICE</b> <i>ICHD III (beta version)</i> <i>IHS 2013</i></p>
	<p>La migraña crónica se define como 15 ataques de migraña al mes durante más de 3 meses. (ver cuadro 6)</p>	<p><b>4 NICE</b> <i>ICHD III (beta version)</i> <i>IHS 2013</i></p>
	<p>La migraña crónica resulta en mayor incapacidad que la migraña episódica.</p>	<p><b>4 NICE</b> <i>ICHD III (beta version)</i> <i>IHS 2013</i></p>
	<p>Se debe diagnosticar migraña cuando se cumplen los siguientes requisitos: 5 ataques con duración de 4-72 horas, unilaterales, pulsátiles, de intensidad moderada a severa, ocasionados por la actividad física u ocasionan que ésta se evite, y se acompañen de náusea y/o vómito, fotofobia o fonofobia.</p>	<p><b>A NICE</b> <i>ICHD III (beta version)</i> <i>IHS 2013</i></p>
	<p>Se debe además clasificar la migraña en: con y sin aura y en episódica o crónica.</p>	<p><b>A NICE</b> <i>ICHD III (beta version)</i> <i>IHS 2013</i></p>
	<p>Se debe diagnosticar migraña crónica cuando se reportan 15 ataques de migraña al mes durante más de 3 meses y ésta resulta en mayor incapacidad funcional comparada con la episódica.</p>	<p><b>A NICE</b> <i>ICHD III (beta version)</i> <i>IHS 2013</i></p>
	<p>Una revisión sistemática que incluyó 13 estudios con un total de 5866 pacientes concluye que el cuestionario ID migraine cuenta con una sensibilidad de 0.84 (95% IC 0.75 a 0.90) y una especificidad de 0.76 (95% IC 0.69 a 0.83) para el diagnóstico de migraña.</p>	<p><b>1+ NICE</b> <i>Cousins G., 2011</i></p>
	<p>Se recomienda aplicar el test ID Migraine en todo paciente en que se sospeche migraña en el primer nivel de atención. (ver cuadro 7)</p>	<p><b>A NICE</b> <i>Cousins G., 2011</i></p>

	<p>En un estudio de 2049 pacientes en que se evaluó la confianza y validez del Test HIT 6 (Headache Impact Test) en pacientes con migraña se encontró que es un instrumento válido y confiable para hacer una evaluación clínica del impacto de la cefalea tanto episódica como crónica en la calidad de vida de los pacientes.</p>	<p><b>Ib NICE</b> <i>Yang M, 2010</i></p>
	<p>Se sugiere utilizar el test HIT-6 para evaluar el impacto de la cefalea, para diagnosticar pacientes con migraña y adecuar el tratamiento a sus características. (ver cuadro 8)</p>	<p><b>A NICE</b> <i>Yang M, 2010</i></p>
	<p>En un estudio con 144 pacientes que se realizó a lo largo de 3 meses en que se utilizó el cuestionario MIDAS (Migraine Disability Assesment Test) para evaluar y cuantificar los días de incapacidad en los pacientes con migraña se encontró que éste tiene un buen nivel de confianza y validez.</p>	<p><b>Ib NICE</b> <i>Stewart W, 2000</i></p>
	<p>Se sugiere utilizar el cuestionario MIDAS para cuantificar los días de incapacidad que provocan las cefaleas en los pacientes con migraña. (ver cuadro 9)</p>	<p><b>A NICE</b> <i>Stewart W, 2000</i></p>
	<p>En un estudio con 267 pacientes para evaluar validez y confianza del cuestionario MIDAS se encontró que éste cuestionario presenta una consistencia interna de 0.8 para toda la muestra, siendo de 0.72 para cefalea tensional y de 0.82 para migraña, por lo que se considera confiable y válido y ayuda a diferenciar entre cefalea episódica y cefalea crónica.</p>	<p><b>Ib NICE</b> <i>Zandifar A, 2014</i></p>
	<p>Se sugiere utilizar MIDAS para diferenciar entre pacientes con cefalea episódica y pacientes con cefalea crónica. (ver cuadro 9)</p>	<p><b>A NICE</b> <i>Zandifar A, 2014</i></p>



## 4.7 Tratamiento de Migraña

### 4.7.1 Tratamiento Farmacológico de Migraña

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Una revisión sistemática Cochrane de 10 estudios con 2769 participantes mostró que paracetamol 1000 mg solo o combinado con metoclopramida en comparación contra placebo y sumatriptan 100 mg es más eficaz para quitar el dolor a las 2 horas de la ingesta (NNT 12), y para aliviar el dolor a la hora (NNT 5.2) y a las dos horas (NNT 5) de la ingesta del medicamento.	<b>1++ NICE</b> <i>Derry S, 2014</i>
	En esta misma revisión el Paracetamol comparado con placebo disminuyó la incapacidad funcional a las 2 horas de la toma (NNT 10) y la necesidad de tomar medicamento de rescate a las 6 horas de la toma.(NNT 6)	<b>1++ NICE</b> <i>Derry S, 2014</i>
	Se recomienda tomar Paracetamol 1000 mg solo o combinado con Metoclopramida de 10 mg para los ataques agudos de migraña.	<b>A NICE</b> <i>Derry S, 2014</i>
	El Paracetamol 1000 mg más metoclopramida de 10 mg comparado con Sumatriptan 100 mg presenta una eficacia similar en el corto plazo para disminuir el dolor en pacientes con ataques agudos de migraña.	<b>A NICE</b> <i>Derry S, 2014</i>
	En una revisión sistemática de 13 estudios con 4222 pacientes se comparó la eficacia y tolerancia de ácido acetilsalicílico de 900mg o 1000 mg solo o con metoclopramida de 10 mg contra placebo y sumatriptán de 50 y 100 mg, reportando que al ácido acetilsalicílico es superior a placebo para eliminar el dolor a las 2 horas de la ingesta (NNT 8.1), aliviar el dolor a las 2 horas de la ingesta (NNT 4.9) y para disminuir el dolor a las 24 horas de la ingesta (NNT 6.6).	<b>1++ NICE</b> <i>Kirthi V, 2014</i>
	El ácido acetilsalicílico a dosis de 1000 mg no difiere de sumatriptán de 50 mg para quitar el dolor a las 2 horas de la ingesta ni para disminuir el dolor.	<b>1++ NICE</b> <i>Kirthi V, 2014</i>

<b>R</b>	Se recomienda el uso de aspirina de 1000 mg para el tratamiento de los ataques agudos de migraña.	<b>A NICE</b> <i>Kirthi V, 2014</i>
<b>R</b>	El ácido acetilsalicílico a dosis de 1000 mg fue igualmente eficaz que el sumatriptán de 50 mg para quitar el dolor a las 2 horas de la ingesta.	<b>A NICE</b> <i>Kirthi V, 2014</i>
<b>E</b>	En esta revisión se encontró que la aspirina comparada contra placebo fue más eficaz para reducir los síntomas de náusea, vómito, fotofobia y fonofobia. Cuando se agrega metoclopramida se reduce significativamente la náusea ( $p < 0.00006$ ) y el vómito ( $p < 0.002$ ) comparado con aspirina en monoterapia.	<b>1++ NICE</b> <i>Kirthi V, 2014</i>
<b>R</b>	Se recomienda utilizar ácido acetilsalicílico de 1000 mg más metoclopramida de 10 mg en pacientes con migraña para reducir los síntomas de náuseas, vómito, fotofobia y fonofobia.	<b>A NICE</b> <i>Kirthi V, 2014</i>
<b>E</b>	Una revisión sistemática de 6 estudios con 2735 pacientes comparó Naproxeno 500 mg y 825 mg contra placebo; a las 2 horas de la ingesta el 17% de pacientes respondieron con naproxeno y el 8% con placebo, y para quitar el dolor 45% de pacientes respondieron con naproxeno y 29% con placebo. Con un NNT de 11 para quitar el dolor a las 2 horas de la ingesta el naproxeno no es clínicamente útil ya que sólo es efectivo en menos de 2 pacientes de 10.	<b>1++ NICE</b> <i>Law S, 2015</i>
<b>R</b>	No se recomienda el uso de Naproxeno para el tratamiento de migraña ya que otros analgésicos de uso común reportan mejores resultados.	<b>A NICE</b> <i>Law S, 2015</i>
<b>E</b>	Se reportó en una revisión sistemática Cochrane de 1356 participantes que el diclofenaco a dosis de 50 mg es más efectivo que placebo para aliviar el dolor a las dos horas de la ingesta (55% de pacientes), para quitar el dolor a las 2 horas de la ingesta (22%), aunque sólo una minoría (19%) de pacientes experimentaron la desaparición del dolor.	<b>1+ NICE</b> <i>Derry S, 2013</i>
<b>R</b>	Se recomienda el uso de diclofenaco de 50 mg para el tratamiento del ataque agudo de migraña, aunque se debe tomar en cuenta que sólo una minoría de pacientes experimentarán la desaparición del dolor.	<b>A NICE</b> <i>Derry S, 2013</i>

<b>E</b>	Una revisión sistemática de 25 estudios con 20,162 participantes en que se comparó el zolmitriptán de 2.5 y 5 mg con placebo encontró que zolmitriptán es superior que el placebo para quitar el dolor a las 2 horas de la toma, aliviar el dolor a las 2 horas de la toma, permanecer sin dolor 24 horas después de la toma, y para aliviar el dolor 24 horas posteriores a la toma. Existe una clara asociación dosis respuesta entre el zolmitriptán y los eventos adversos.	<b>1++ NICE</b> <i>Bird S, 2014</i>
<b>R</b>	Se recomienda el uso de Zolmitriptán de 2.5 y 5 mg para el tratamiento abortivo de pacientes con migraña.	<b>A NICE</b> <i>Bird S, 2014</i>
<b>R</b>	El zolmitriptán de 10 mg se asocia a un mayor número de eventos adversos, siendo éstos en su mayoría de intensidad moderada y transitoria.	<b>A NICE</b> <i>Bird S, 2014</i>
<b>E</b>	Una revisión sistemática con meta análisis que incluyó 133 ensayos clínicos aleatorizados en que compararon triptanos versus placebo muestra que sumatriptán, rizatriptán, zolmitriptán y eletriptán se asociaron con los resultados más favorables. Zolmitriptán (50%) y Eletriptán (47%) mostraron los mejores resultados para el alivio del dolor a las 24 horas de la ingesta. Los pacientes que tomaron Eletriptán fueron los que usaron la menor cantidad de medicamentos de rescate (21%) seguidos de los que usaron Zolmitriptán (24%).	<b>1+ NICE</b> <i>Cameron C, 2015</i>
<b>E</b>	Se recomienda el uso de Eletriptán a dosis estándar de 40 mg para eliminar el dolor a las 24 horas de la ingesta del medicamento en pacientes con migraña.	<b>1+ NICE</b> <i>Cameron C, 2015</i>
<b>E</b>	En un meta análisis del 2014 se encontró que Eletriptán proporcionó el mayor beneficio comparado contra otros triptanos en el corto plazo y a las 24 horas de la ingesta.	<b>1+ NICE</b> <i>Thorlund K, 2014</i>
<b>R</b>	Se recomienda el uso de Eletriptán de 40 mg para el tratamiento de pacientes con ataque agudo de migraña, ya que mejora la respuesta sobre todo a las 2 horas y a las 24 horas de la ingesta del medicamento.	<b>A NICE</b> <i>Cameron C, 2015 Thorlund K, 2014</i>
<b>E</b>	En un ensayo clínico aleatorizado de 124 pacientes se comparó metoclopramida 20 mg IV contra Sumatriptán 6 mg SC encontrando que el grupo que recibió metoclopramida (95% IC, 0.25-0.79 cm) (P < 0.0001) alcanzó una mayor reducción del dolor a la hora de la ingesta.	<b>1+ NICE</b> <i>Talabi S, 2013</i>

<b>E</b>	<p>En un ensayo clínico aleatorizado de 330 pacientes que recibieron tratamiento con metoclopramida 30 mg IV, Valproato 1 g IV, Ketorolaco 30 mg IV, los pacientes a los que se les administró metoclopramida mostraron una mejoría de 4.7 en la escala de dolor que se les aplicó (95% IC: 4.2, 5.2) y de 3.9 a los que se les administró ketorolaco (95% IC: 3.3, 4.5), siendo ambos superiores al ácido valproico con el cual obtuvieron 2.8. (95% IC: 2.3, 3.3)</p>	<p><b>1+</b> <b>NICE</b> <i>Friedman B, 2014</i></p>
----------	---	--

## 4.8 Tratamiento de Migraña








### 4.8.1 Tratamiento no farmacológico de Migraña

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
<b>E</b>	<p>Una revisión sistemática de 10 ensayos clínicos aleatorizados con 2495 pacientes con un seguimiento de 6 meses concluyó que existe evidencia fuerte de que el ejercicio terapéutico como el enfocado a la reeducación y reentrenamiento de la musculatura craneocervical y del hombro puede reducir a mediano plazo los síntomas asociados a la migraña y a la cefalea tensional, como la intensidad y frecuencia del dolor, el consumo de fármacos, la mejora de la discapacidad y la calidad de vida.</p>	<p><b>1++</b> <b>NICE</b> <i>Gil-Martínez A, 2013</i></p>
<b>R</b>	<p>Se recomienda el ejercicio terapéutico para el tratamiento de pacientes con migraña.</p>	<p><b>A</b> <b>NICE</b> <i>Gil-Martínez A, 2013</i></p>
<b>E</b>	<p>Una revisión sistemática Cochrane del 2011 de 22 estudios con 4419 pacientes reportó que la acupuntura aporta beneficios adicionales en el tratamiento de ataques agudos de migraña o en los cuidados de rutina. La acupuntura muestra ser tan efectiva o tal vez más que el tratamiento profiláctico.</p>	<p><b>1++</b> <b>NICE</b> <i>Linde K, 2011</i></p>
<b>R</b>	<p>Se debe considerar el uso de acupuntura en el tratamiento tanto agudo como profiláctico de pacientes con migraña. Se debe hacer énfasis a los pacientes que han experimentado eventos adversos con los fármacos.</p>	<p><b>A</b> <b>NICE</b> <i>Linde K, 2011</i></p>

	<p>Una revisión sistemática de 10 estudios en que se comparó la terapia cognitivo conductual contra otros tratamientos (relajación, biofeedback, y placebo) reportó que algunos estudios aportan evidencia a favor del uso de la terapia cognitivo conductual, pero los problemas metodológicos encontrados y la falta de evidencia de alta calidad NO permiten elaborar recomendaciones al respecto.</p>	<p><b>1+ NICE</b> <i>Harris P, 2015</i></p>
	<p>No se recomienda la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de pacientes con migraña hasta que no existan más estudios que aporten un buen nivel de evidencia al respecto.</p>	<p><b>A NICE</b> <i>Harris P, 2015</i></p>
	<p>En una revisión sistemática con meta análisis de 14 ensayos clínicos aleatorizados se reportó que la educación terapéutica al paciente es efectiva a mediano plazo para reducir la frecuencia de la cefalea (95% IC, -0.48 a -0.01, P = 0.03), reducir la incapacidad (95% IC, -1.95 a -0.08, P = 0.03) y mejorar la calidad de vida. (95% IC, 0.05-0.67, P = 0.02)</p>	<p><b>1+ NICE</b> <i>Kindelan-Calvo P, 2014</i></p>
	<p>Se debe considerar la educación terapéutica en pacientes con migraña para disminuir los días de incapacidad y la frecuencia del dolor y para mejorar la calidad de vida de los pacientes.</p>	<p><b>A NICE</b> <i>Kindelan-Calvo P, 2014</i></p>
	<p>Una revisión sistemática de 5 ensayos clínicos aleatorizados que incluyó 402 pacientes reportó que la estimulación del nervio occipita redujo en 2.59 días el dolor (95% IC 0.91 a 4.27, I2=0%) en un periodo de 3 meses comparado con un control simulado.</p>	<p><b>1+ NICE</b> <i>Chen Y, 2015</i></p>
	<p>No se recomienda la estimulación del nervio occipital para el tratamiento de pacientes con migraña ya que no se cuenta al día de hoy con suficiente evidencia de alta calidad para generar una recomendación a favor.</p>	<p><b>1+ A</b> <i>Chen Y, 2015</i></p>

## 4.9 Tratamiento Profiláctico

### 4.9.1 Tratamiento Profiláctico Farmacológico de Migraña





EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
<b>Beta Bloqueadores</b>		
	Una revisión sistemática de 58 estudios con 5072 participantes reporta que en los estudios donde se comparó el propranolol con placebo (26), el propranolol fue efectivo para la profilaxis de migraña.	<b>1++ NICE</b> <i>Linde K, 2004</i>
	Se recomienda la utilización de 40 mg diarios de propranolol como tratamiento profiláctico de pacientes con migraña.	<b>A NICE</b> <i>Linde K, 2004</i>
<b>Antidepresivos Tricíclicos</b>		
	Una revisión sistemática con meta análisis realizada en el 2010 que incluyó 37 estudios y 3176 participantes concluyó que los antidepresivos tricíclicos redujeron el número de ataques de cefalea comparado con placebo	<b>1++ NICE</b> <i>Jackson J, 2010</i>
	El efecto de los antidepresivos tricíclicos incrementa con el tiempo de administración de los mismos. (p<0.0005).	<b>1++ NICE</b> <i>Jackson J, 2010</i>
	Los antidepresivos tricíclicos redujeron la intensidad de las cefaleas en un 50% comparados con placebo e ISRS.	<b>1++ NICE</b> <i>Jackson J, 2010</i>
	Los antidepresivos tricíclicos son más propensos a causar efectos adversos comparados con placebo e ISRS.	<b>1++ NICE</b> <i>Jackson J, 2010</i>
	Se recomienda utilizar antidepresivos tricíclicos en el tratamiento preventivo de migraña, pero se deben tomar en cuenta sus efectos adversos. La amitriptilina es el único de los tricíclicos con eficacia probada en el tratamiento de migraña.	<b>A NICE</b> <i>Jackson J, 2010</i>

<b>Anticonvulsivos</b>		
	Una revisión sistemática Cochrane de 20 estudios con 1737 participantes reportó que una dosis de Topiramato de 100 mg/día es efectiva para reducir la frecuencia de la cefalea en 1.2 ataques de dolor en 28 días comparado con placebo (MD -1.20; 95% IC -1.59 a -0.80) y razonablemente bien tolerada en adultos con migraña episódica.	<b>1++ NICE</b> <i>Linde M, 2016</i>
	Se recomienda usar Topiramato 100 mg /día en el tratamiento profiláctico de pacientes con migraña.	<b>A NICE</b> <i>Linde M, 2016</i>
	Se sugiere iniciar con una dosis de 25 mg /día, e ir aumentando la misma 25 a 50 mg por semana hasta alcanzar un máximo de 100 mg dos veces al día o la dosis máxima tolerada y vigilar eventos adversos.	<b>Punto de buena práctica</b>
	En una revisión sistemática Cochrane de 10 estudios en el análisis de 2 de ellos (63 participantes) se muestra que el valproato de sodio redujo la frecuencia de cefaleas en aproximadamente 4 cefaleas en 28 días, comparado con placebo. (MD-4.31; 95% IC, -8.32 a -0.30).	<b>1++ NICE</b> <i>Linde M, 2013</i>
	Los datos de 4 estudios (542 participantes) muestran que el divalproato de sodio duplicó la proporción de respuesta comparado con placebo. (RR 2.18)	<b>1++ NICE</b> <i>Linde M, 2013</i>
	Se recomienda la utilización de valproato para reducir la frecuencia de cefaleas y es razonablemente bien tolerado en adultos con migraña episódica. No se debe utilizar en mujeres en edad gestacional por su teratogenicidad.	<b>A NICE</b> <i>Linde M, 2013</i>






## 4.11 Tratamiento Profiláctico

### 4.11.1 Tratamiento Profiláctico no farmacológico de Migraña

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	En una revisión sistemática de dos ensayos clínicos aleatorizados con 293 pacientes se encontró que la planta <i>Petasites hybridus</i> (pata de caballo, petasites, sombrera) en su forma de extracto a dosis de 150 mg mostró un decremento de la frecuencia de ataques de migraña y un número mayor de pacientes con mejoría (mejoría >50%) después de un tratamiento de 3-4 meses comparado con el extracto a una dosis de 100 mg o placebo.	<b>1- NICE</b> <i>Agosti R, 2006</i>
	No se recomienda utilizar <i>Petasites hybridus</i> aunque se muestra efectiva para el tratamiento profiláctico de la migraña, ya que hacen falta más estudios al respecto. En caso de utilizarla se sugiere una dosis de 75 mg vía oral.	<b>A NICE</b> <i>Agosti R, 2006</i>
	Un ensayo controlado aleatorizado no encontró evidencia de alta calidad para el uso de Riboflavina, magnesio y hierba santa. ( <i>Tanacetum parthenium</i> )	<b>1+ NICE</b> <i>Maizels M, 2004</i>
	No se recomienda la utilización de Riboflavina, magnesio y la hierba santa para el tratamiento profiláctico de migraña hasta que no existan más estudios al respecto.	<b>A NICE</b> <i>Maizels M, 2004</i>

## 4.12 Criterios de Referencia

### 4.12.1 Criterios de Referencia en Migraña

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	Se sugiere referir al paciente al segundo nivel de atención si se sospecha que padece cefalea crónica de presentación diaria.	<b>Punto de buena práctica</b>
	Se sugiere referir al paciente a segundo nivel de atención si se sospecha que padece alguna de las variantes raras de migraña.	<b>Punto de buena práctica</b>
	Se sugiere referir al paciente a segundo nivel de atención cuando no responda al manejo del tratamiento profiláctico y agudo con los medicamentos disponibles.	<b>Punto de buena práctica</b>

## 5 ANEXOS

### 5.1 Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática **Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

#### Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **idioma inglés**.
- Documentos publicados los últimos **5 años** (rango recomendado) o, en caso de encontrarse escasa o nula información, documentos publicados los últimos **10 años** (rango extendido).
- Documentos enfocados a **Diagnóstico o Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña**.

#### Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea inglés.

#### 5.1.1 Estrategia de búsqueda

##### 5.1.1.1 Primera Etapa (Si aplica)

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados con el tema **Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña** en PubMed. La búsqueda se limitó a estudios en humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idioma inglés, y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el(los) término(s) **Migraine Disorders y Tension-Type Headache**. En ésta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): **Classification, Diagnosis, Drug Therapy, Prevention and Control**, y se limitó a la población de adultos mayores de 19 años de edad. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **455** resultados para migraña, y **43** resultados para cefalea tensional, de los cuales se utilizaron **51** documentos por considerarlos pertinentes y de utilidad para la elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
("Migraine Disorders/classification"[Mesh] OR "Migraine Disorders/diagnosis"[Mesh] OR "Migraine Disorders/drug therapy"[Mesh] OR "Migraine Disorders/prevention and control"[Mesh]) AND ((Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Validation Studies[ptyp]) AND ("2006/06/13"[PDAT]: "2016/06/13"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND English[lang] AND "adult"[MeSH Terms])	455
("Tension-Type Headache/classification"[Mesh] OR "Tension-Type Headache/diagnosis"[Mesh] OR "Tension-Type Headache/drug therapy"[Mesh] OR "Tension-Type Headache/prevention and control"[Mesh]) AND ((Practice Guideline[ptyp] OR systematic[sb] OR Meta-Analysis[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Validation Studies[ptyp]) AND ("2006/06/13"[PDAT]: "2016/06/13"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND English[lang] AND "adult"[MeSH Terms])	43

### Algoritmo de búsqueda:

- 1.- Migraine Disorders [MeSH]
- 2.- Classification [Subheading]
- 3.- Diagnosis [Subheading]
- 4.- Drug Therapy [Subheading]
- 5.- Prevention and Control [Subheading]
- 6.- #2 OR #3 OR #4 OR #5
- 7.- #1 AND #6
- 8.- "2006" [PDAT]: "2016" [PDAT]
- 9.- #7 AND #8
- 10.- Humans [MeSH]
- 11.- #9 AND #10
- 12.- English: [Lang]
- 13.- #11 AND 12
- 14.- Adult [MeSH]
- 15.- #13 AND #14
- 16.- Practice Guideline [ptyp]
- 17.- Systematic [sb]
- 18.- Meta-Analysis [ptyp]
- 19.- Randomized Controlled Trial [ptyp]
- 20.- Validation Studies [ptyp]
- 21.- #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20
- 22.- #15 OR #21
- 23.- #1 AND (#2 OR #3 OR #4 OR #5) AND #8 AND #10 AND #12 AND #14 AND (#16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20)

### Algoritmo de búsqueda

- 1.- Tension-Type Headache [MeSH]
- 2.- Classification [Subheading]
- 3.- Diagnosis [Subheading]
- 4.- Drug Therapy [Subheading]
- 5.- Prevention and Control [Subheading]
- 6.- #2 OR #3 OR #4
- 7.- #1 AND #5
- 8.- "13/06/2006" [PDAT]: "13/06/2016" [PDAT]
- 9.- #6 AND #7
- 10.- Humans [MeSH]
- 11.- #9 AND #10
- 12.- English [Lang]
- 13.- #11 AND #12
- 14.- Adult [MeSH]
- 15.- #13 AND #14
- 16.- Practice Guideline [ptyp]
- 17.- Systematic [sb]
- 18.- Meta-Analysis [ptyp]
- 19.- Randomized Controlled Trial [ptyp]
- 20.- Validation Studies [ptyp]

21.- #16 OR #17 OR #18 Or #19 Or #20

22.- #15 OR #21

23.- #1 AND (#2 OR #3 OR #4 OR #5) AND #8 AND #10 AND #12 AND #14 AND (#16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20)

### 5.1.1.2 Segunda Etapa

(Aplica en caso de tener acceso a bases de datos por suscripción).

### 5.1.1.3 Tercera Etapa

(En caso de no tener acceso a base de datos y se aplica como Segunda Etapa).

En esta etapa se realizó la búsqueda en sitios Web en los que se buscaron Guías de Práctica Clínica con el tema **Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña**. A continuación se presenta una tabla que muestra los sitios Web de los que se obtuvieron los documentos que se utilizaron en la elaboración de la guía.

SITIOS WEB	# DE RESULTADOS OBTENIDOS	# DE DOCUMENTOS UTILIZADOS
NGC	65	1
TripDatabase	10	0
NICE	1	0
SIGN	1	0
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>1</b>

En resumen, de **77** resultados encontrados, **1** fue útil para el desarrollo de esta guía.

## 5.2 Escalas de Gradación

NIVELES DE EVIDENCIA NICE PARA ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN	
<b>1++</b>	Meta análisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados, o ensayos clínicos aleatorizados con muy bajo riesgo de sesgos.
<b>1+</b>	Meta análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados, o ensayos clínicos aleatorizados con un bajo riesgo de sesgos.
<b>1-</b>	Meta análisis de gran calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con un alto riesgo de sesgos
<b>2++</b>	Revisiones sistemáticas de alta calidad de casos y controles o estudios de cohortes Casos y controles de alta calidad o estudios de cohortes con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que la relación sea causal
<b>2+</b>	Estudios de cohortes o casos y controles bien conducidos con un bajo riesgo de sesgo y una probabilidad moderada de que la relación sea causal.
<b>2-</b>	Caso control o estudios de cohortes, con alto riesgo de sesgo y un riesgo significativo de que la relación no sea causal
<b>3</b>	Estudios no analíticos, Ej. Serie de casos, reporte de casos
<b>4</b>	Opinión de Expertos

<b>GRADOS DE RECOMENDACIÓN NICE PARA ESTUDIOS DE INTERVENCIÓN</b>	
<b>A</b>	Al menos un meta análisis, o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población diana, o Una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados, Evidencia a partir de la apreciación de NICE
<b>B</b>	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+
<b>C</b>	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 2++
<b>D</b>	Evidencia nivel 3 o 4 Extrapolación de estudios calificados como 2+ o Consenso formal
<b>D (BPP)</b>	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía
<b>IP</b>	Recomendación a partir del manual para procedimientos de intervención de NICE

<b>NIVELES DE EVIDENCIA NICE PARA ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO</b>	
<b>Ia</b>	Al menos un meta análisis, o un ensayo clínico aleatorio categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población diana, o Una revisión sistemática o un ensayo clínico aleatorio o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados Evidencia a partir de la apreciación de NICE
<b>Ib</b>	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 1++ o 1+
<b>II</b>	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o Extrapolación de estudios calificados como 2++
<b>III</b>	Evidencia nivel 3 o 4, o Extrapolación de estudios calificados como 2+ o Consenso formal
<b>IV</b>	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elaboró la guía
<p>*Homogeneidad significa que no hay variaciones o estas son pequeñas en la dirección y grado de los resultados entre los estudios individuales que incluye la revisión sistemática.</p> <p>+Estudios de nivel 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-aquellos que utilizan una comparación ciega de la prueba con un estándar de referencia validado (gold standard)</li> <li>-en una muestra de pacientes que refleja a la población a quien se aplicaría la prueba</li> </ul> <p>++Estudios nivel 2 son aquellos que presentan alguna de estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-población reducida (la muestra no refleja las características de la población a la que se le va a aplicar la prueba)</li> <li>-utilizan un estándar de referencia pobre (definido como aquel donde la prueba es incluida en la referencia, o aquel en que "las pruebas" afectan a la "referencia")</li> <li>-la comparación entre la prueba y la referencia no está cegada</li> </ul> <p>-Estudios de casos y controles</p> <p>+++Estudios de nivel 3 son aquellos que presentan al menos dos o tres de las características señaladas anteriormente</p> <p>Adaptado de The Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (2001) and the Centre for Reviews and Dissemination Report Number 4 (2001).</p>	

<b>CLASIFICACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES PARA LOS ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS</b>
A (ED) Estudios con un nivel de evidencia Ia o Ib
B (ED) Estudios con un nivel de evidencia II
C (ED) Estudios con un nivel de evidencia III
D (ED) Estudios con un nivel de evidencia IV
ED=Estudios diagnósticos

## EFNS NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN

<b>Niveles de Evidencia para intervenciones terapéuticas</b>	
Clase I: Un ensayo clínico controlado, aleatorizado, prospectivo, con evaluación de resultados cegada en una población representativa o una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados prospectivos con evaluación cegada de resultados en poblaciones representativas. Se requiere lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Cegamiento aleatorizado</li> <li>b) Los resultados primarios están claramente definidos</li> <li>c) Los criterios de inclusión/exclusión están claramente definidos</li> <li>d) Conteo adecuado de abandonos/ cruzamientos con números lo suficientemente bajos para tener un potencial mínimo de sesgos</li> <li>e) Las características base relevantes son presentadas y sustancialmente equivalentes entre los grupos de tratamiento o existe un ajuste estadístico apropiado para las diferencias</li> </ul>	
Clase II: Estudios de cohorte prospectivos en una población representativa con evaluación de resultados cegada que cumple con criterios a-e o más, o un ensayo aleatorizado controlado en una población representativa al que le falta un criterio del a-e	
Clase III: Todos los demás ensayos controlados (incluyendo controles de historia natural bien definidos, o pacientes que sirvan como controles propios) en una población representativa, donde la evaluación del resultado es independiente del tratamiento del paciente	
Clase IV: Evidencia de estudios no controlados, serie de casos, reporte de casos, u opiniones de expertos	
<b>Grados de Recomendación:</b>	
Nivel A: (establecido como efectivo, no efectivo, o dañino) requiere al menos un estudio Clase I o al menos dos estudios Clase II consistentes, convincentes	
Nivel B: (probablemente efectivos, no efectivos o dañinos) requiere al menos un estudio convincente Clase II, o evidencia clase III abrumadora	
Nivel C: (posiblemente efectivo, no efectivo, o dañino) se requiere al menos dos estudios Clase III convincentes	

## MÉTODO GRADE

<b>Tipos de Recomendación</b>	<b>Definición</b>
<b>Fuerte</b>	El grupo colaborador confía en que los efectos beneficiosos que se pueden dar como resultado de adherirse/llevar a cabo una recomendación son mayores que los efectos perjudiciales
<b>Débil (Condicional, Discrecional)</b>	El grupo colaborador concluye, aunque no está completamente seguro, que los potenciales efectos beneficiosos de llevar a cabo una recomendación probablemente son mayores que los potenciales efectos perjudiciales



## 5.3 Cuadros o figuras

### CUADRO 1. CLASIFICACIÓN DE CEFALEA TENSIONAL

<b>2. Cefalea Tensional</b>
<b>2.1 Cefalea tensional episódica infrecuente</b>
2.1.1 Cefalea tensional episódica infrecuente con hipersensibilidad pericraneal
2.1.2 Cefalea tensional episódica infrecuente sin hipersensibilidad pericraneal
<b>2.2 Cefalea tensional episódica frecuente</b>
2.2.1 Cefalea tensional episódica frecuente asociada a alteración de los músculos pericraneales
2.2.2 Cefalea tensional episódica frecuente sin hipersensibilidad pericraneal
<b>2.3 Cefalea tensional crónica</b>
2.3.1 Cefalea tensional crónica con hipersensibilidad pericraneal
2.3.2 Cefalea tensional crónica sin hipersensibilidad pericraneal
<b>2.4 Cefalea tensional probable</b>
2.4.1 Cefalea tensional episódica infrecuente probable
2.4.2 Cefalea tensional episódica frecuente probable
2.4.3 Cefalea tensional crónica probable

Tomado de la 3ª Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (versión beta) marzo de 2013, International Headache Society

### CUADRO 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE CEFALEA TENSIONAL

<b>Cefalea tensional episódica infrecuente</b>	<b>Cefalea tensional episódica frecuente</b>
<b>Criterios Diagnósticos</b>	<b>Criterios Diagnósticos</b>
A. Al menos 10 episodios de cefalea que aparezcan de media menos de un día al mes (menos de 12 días al año) y que cumplen los criterios B-D.	A. Al menos 10 episodios de cefalea que ocurran de media 1-14 días al mes durante más de 3 meses (>12 y <180 días al año) y que cumplan los criterios B-D
B. Cefalea con duración de 30 minutos a 7 días	B. Cefalea con duración de 30 minutos a 7 días
C. Al menos dos de las siguientes cuatro características: 1. Localización bilateral 2. Calidad opresiva o tensiva 3. Intensidad leve o moderada 4. No empeora con la actividad física habitual, como andar o subir escaleras	C. Al menos dos de las siguientes cuatro características: 1. Localización bilateral 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil) 3. Intensidad leve o moderada 4. No empeora con la actividad física habitual, como andar o subir escaleras
D. Ambas características siguientes: 1. Sin náuseas ni vómitos 2. Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas)	D. Ambas de las siguientes: 1. Sin náuseas ni vómitos 2. Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas)
E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III	E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III

Tomado de la 3ª Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (versión beta) marzo de 2013, International Headache Society.

**CUADRO 3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE CEFALEA TENSIONAL CRÓNICA Y PROBABLE**

<b>Cefalea Tensional Crónica</b>	<b>Cefalea tensional episódica infrecuente probable</b>	<b>Cefalea tensional episódica frecuente probable</b>	<b>Cefalea tensional crónica probable</b>
<b>Criterios Diagnósticos</b>			
A. Cefalea que se presenta en promedio > o = 15 días al mes durante más de 3 meses (> o = 180 días por año) y cumplen los criterios B-D.	A. Una o más crisis de cefalea cumplen todos menos uno de los criterios A-D de la cefalea tensional episódica infrecuente, salvo por uno.	A. Episodios de cefalea que cumplen todos menos uno de los criterios A-D de la cefalea tensional episódica frecuente, salvo por uno.	A. Cefalea que cumple todos menos uno de los criterios A-D de la cefalea tensional crónica.
B. Duración de minutos a días, o sin remisión.	B. No cumple los criterios de la ICHD-III de ninguna otra cefalea.	B. No cumple los criterios de la ICHD-III de ninguna otra cefalea.	B. No cumple con los criterios de la ICHD-III de otra cefalea.
C. Al menos dos de las siguientes cuatro características: 1. Localización bilateral 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil) 3. De intensidad leve o moderada 4. No empeora con la actividad física habitual, como andar o subir escaleras.	C. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.	C. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.	C. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.
D. Ambas de las siguientes: 1. Solamente una de fotofobia, fonofobia o náuseas leves 2. Ni náuseas moderadas o intensas ni vómitos.			
E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.			

3ª Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (versión beta) marzo de 2013, International Headache Society

## CUADRO 4. CLASIFICACIÓN DE MIGRAÑA

<p><b>1.1 Migraña sin aura</b></p>
<p><b>1.2 Migraña con aura</b></p> <p>1.2.1 Migraña con aura típica</p> <p>1.2.1.1 Aura típica con cefalea</p> <p>1.2.1.2 Aura típica sin cefalea</p> <p>1.2.2 Migraña con aura atípica</p> <p>1.2.3 Migraña hemipléjica</p> <p>1.2.3.1.1 Migraña hemipléjica familiar</p> <p>1.2.3.1.2 Migraña hemipléjica familiar de tipo 1</p> <p>1.2.3.1.3 Migraña hemipléjica familiar de tipo 2</p> <p>1.2.3.1.4 Migraña hemipléjica familiar de tipo 3</p> <p>1.2.3.2 Migraña hemipléjica esporádica</p> <p>1.2.4 Migraña retiniana</p>
<p><b>1.3 Migraña crónica</b></p>
<p>1.4 Complicaciones de la Migraña</p> <p>1.4.1 Estado migrañoso</p> <p>1.4.2 Aura persistente sin infarto</p> <p>1.4.3 Infarto migrañoso</p> <p>1.4.4 Crisis epiléptica desencadenada por aura migrañosa</p>
<p><b>1.5 Migraña probable</b></p> <p>1.5.1 Migraña sin aura probable</p> <p>1.5.2 Migraña con aura probable</p>
<p><b>1.6 Síndromes episódicos que pueden asociarse a la migraña</b></p> <p>1.6.1 Trastorno gastrointestinal recurrente</p> <p>1.6.1.1 Síndrome de vómitos cíclicos</p> <p>1.6.1.2 Migraña abdominal</p> <p>1.6.2 Vértigo paroxístico benigno</p> <p>1.6.3 Tortícolis paroxística benigna</p>

Tomado de la 3ª Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (versión beta) marzo de 2013, International Headache Society

**CUADRO 5. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE MIGRAÑA SIN AURA Y CON AURA**

<b>Migraña sin Aura</b>	<b>Migraña con Aura</b>
<b>Criterios Diagnósticos</b>	<b>Criterios Diagnósticos</b>
A. Al menos cinco crisis que cumplen los criterios B D.	A. Al menos dos crisis que cumplen los criterios B y C
B. Episodios de cefalea de entre 4 y 72 horas de duración (no tratados o tratados sin éxito)	B. Uno o más de los síntomas de aura siguientes totalmente reversibles: 1. Visuales 2. Sensitivos 3. De habla o del lenguaje 4. Motores 5. Troncoencefálicos 6. Retinianos
C. La cefalea presenta al menos dos de las siguientes cuatro características 1. Localización unilateral 2. Carácter pulsátil 3. Dolor de intensidad moderada o severa 4. Empeorada por ó condiciona el abandono de la actividad física habitual (p. ej., andar o subir escaleras)	C. Al menos dos de las siguientes cuatro características: 1. Progresión gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un periodo > 5 min y/o dos o más síntomas se presentan consecutivamente 2. Cada síntoma de aura tiene una duración de entre 5 y 60 minutos 3. Al menos uno de los síntomas de aura es unilateral 4. El aura se acompaña, o se sigue antes de 60 min, de cefalea
D. Al menos uno de los siguientes durante la cefalea: 1. Náuseas y/o vómitos 2. Fotofobia y fonofobia	D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III y se ha descartado un accidente isquémico transitorio
E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III	

*3ª Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (versión beta) marzo de 2013, International Headache Society*

### CUADRO 6. CRITERIOS DIAGNÓSTICO MIGRAÑA CRÓNICA Y PROBABLE

<b>Migraña Crónica</b>	<b>Migraña probable</b>
A. Cefalea (tipo tensional o migrañoso) durante un periodo de 15 o más días al mes durante más de 3 meses que cumple con los criterios B y C.	A. Las crisis cumplen todos los criterios A-D para la Migraña sin aura excpeto uno, o todos los criterios A-C para Migraña con aura, salvo por uno.
B. Aparece en un paciente que ha sufrido al menos cinco crisis que cumplen los criterios B-D para la Migraña sin aura y/o los criterios B y C de la Migraña con aura	B. No cumplen los criterios de la ICHD-III de ninguna otra cefalea.
C. Durante un periodo de 8 o más días al mes por espacio de más de 3 meses cumple cualquiera de los siguientes: 1.- Criterios C y D para la Migraña sin aura 2.- Criterios B y C para la Migraña con aura 3.- En el momento de la aparición el paciente cree que es migraña, y se alivia con un triptán o derivados ergóticos.	C. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.
D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.	

### CUADRO 7. CUESTIONARIO ID MIGRAINE

Durante los últimos tres meses, tuvo lo siguiente con sus cefaleas?

1.- ¿Se sintió nauseoso o enfermo del estómago?

Sí	No
----	----

2.- ¿La luz le molestaba? (Mucho más que cuando no tenía cefaleas)

Sí	No
----	----

3.- Las cefaleas limitaban su habilidad para trabajar, estudiar, o hacer lo que necesitaba?

Sí	No
----	----

**Con 2 de 3 positivos:**

**Sensibilidad de 0.81 (95% IC, 0.77-0.85)**

**Especificidad de 0.75 (IC 95%, 0.64-0.84)**

*Lipton RB, et al. Neurology. 2003; 61:375-382.*

### CUADRO 8. CUESTIONARIO HIT-6 (HEADACHE IMPACT TEST-6).

Considerando el último mes:

1.- ¿Con qué frecuencia su dolor de cabeza es intenso?				
Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre

2.- ¿Con qué frecuencia el dolor limita su capacidad para realizar sus actividades habituales (domésticas, trabajo, estudios, ocio)?				
Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre

3.- ¿Con qué frecuencia desearía poder acostarse?				
Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre

4.- En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido demasiado cansado/a para trabajar o realizar sus actividades diarias debido a su cefalea?				
Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre

5.- En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido harto/a o irritado/a debido a su dolor de cabeza?				
Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre

6.- ¿Con qué frecuencia el dolor le ha dificultado concentrarse en sus actividades?				
Nunca	Pocas veces	A veces	Muy a menudo	Siempre

<b>Evaluación (puntos):</b>				
<b>Nunca : 6.</b>	<b>Pocas veces: 8.</b>	<b>A veces: 10.</b>	<b>Muy a menudo: 11.</b>	<b>Siempre: 13.</b>

> 60 puntos: Uso de triptanos y medicación profiláctica.

*Si usted considera que sus episodios de cefalea o dolor de cabeza son frecuentes y de alguna manera piensa que pueden deberse a Migraña debe ser evaluado(a) por un Neurólogo para descartar o confirmar sus sospechas.*

Referencia:

Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. Qual Life Res 2003; 12: 963–974

### CUADRO 9. CUESTIONARIO MIDAS

1. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses ha tenido usted que faltar a su trabajo o lugar de estudios a causa de un dolor de cabeza?	<b>Días:</b> _____
2. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses su rendimiento en el trabajo o lugar de estudios se ha visto reducido a la mitad o más a causa del dolor de cabeza? (No incluya los días que ha contabilizado en la pregunta 1, en los cuales faltó al trabajo o al lugar de estudios)	<b>Días:</b> _____
3. ¿Cuántos días en los últimos tres meses no ha podido realizar sus labores de hogar a causa del dolor de cabeza?	<b>Días:</b> _____
4. ¿Cuántos días en los últimos tres meses, su rendimiento en las labores de hogar se ha visto reducido a la mitad o más a causa del dolor de cabeza? (No incluya los días que usted contabiliza en la pregunta 3, en los cuales no podía realizar las tareas del hogar).	<b>Días:</b> _____
5. ¿Cuántos días en los últimos tres meses no ha podido asistir a actividades familiares, sociales o de ocio, a causa del dolor de cabeza?	<b>Días:</b> _____
	<b>Total:</b> _____
<b>Lo que su médico debe saber sobre su cefalea:</b>	
A. ¿Cuántos días en los últimos tres meses ha sufrido usted de dolor de cabeza? (Si duró más de un día cuente cada día)	<b>Días:</b> _____
B. En una escala de 0 a 10, ¿Cómo valoraría sus dolores de cabeza? (En donde 0 significa que no hay dolor y 10 que el dolor es tan fuerte como puede serlo)	<b>Total:</b> _____

*MIDAS Score*

*Grado I: Incapacidad mínima o infrecuente: 0-5*

*Grado II: Incapacidad infrecuente o moderada: 6-10*

*Grado III: Incapacidad moderada: 11-20*

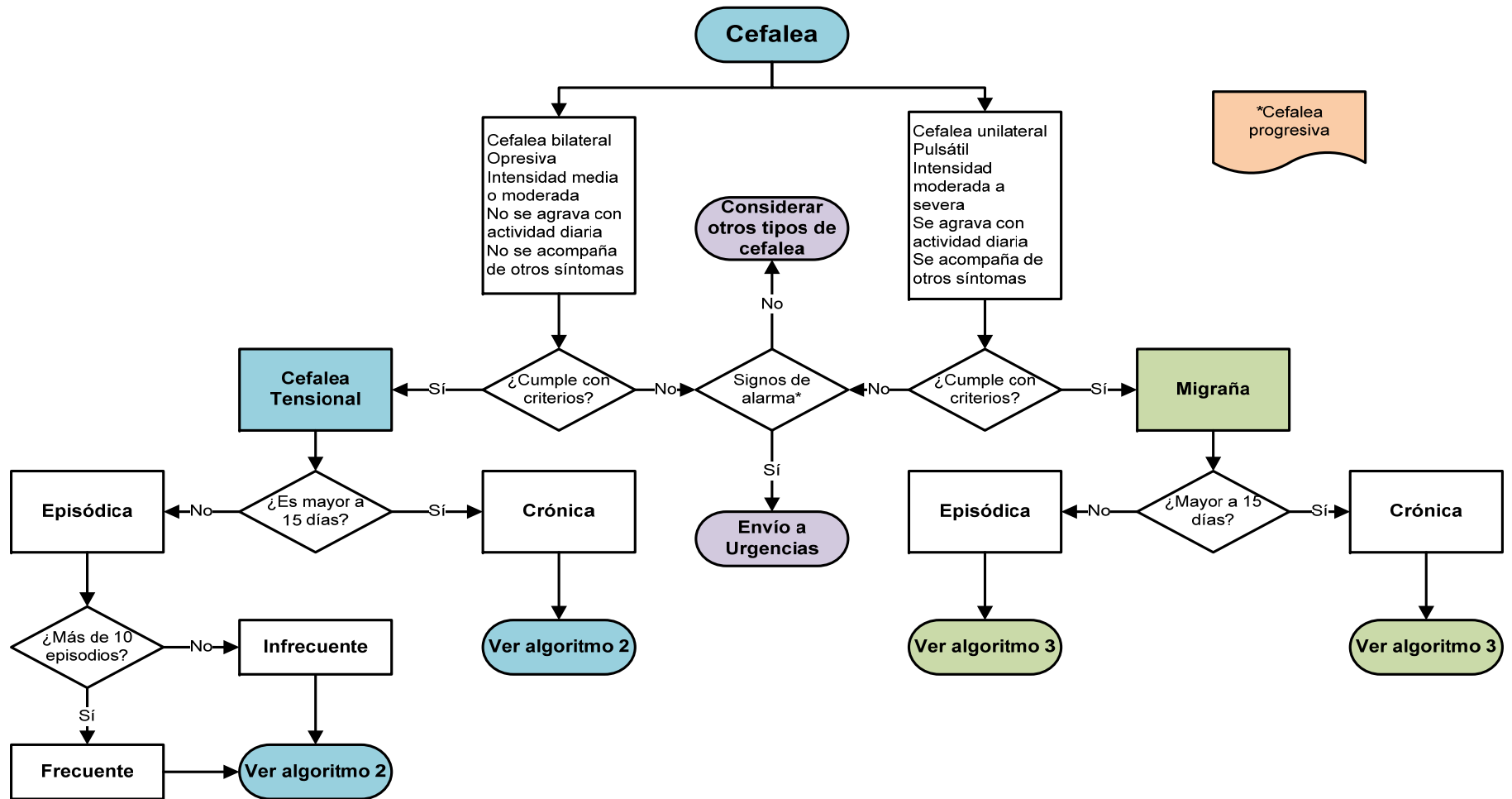
*Grado IV: Incapacidad severa: >20*

Stewart, WF (2001). "Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability.(Abstract)". *Neurology* 56 (6 Suppl 1): S20–8.

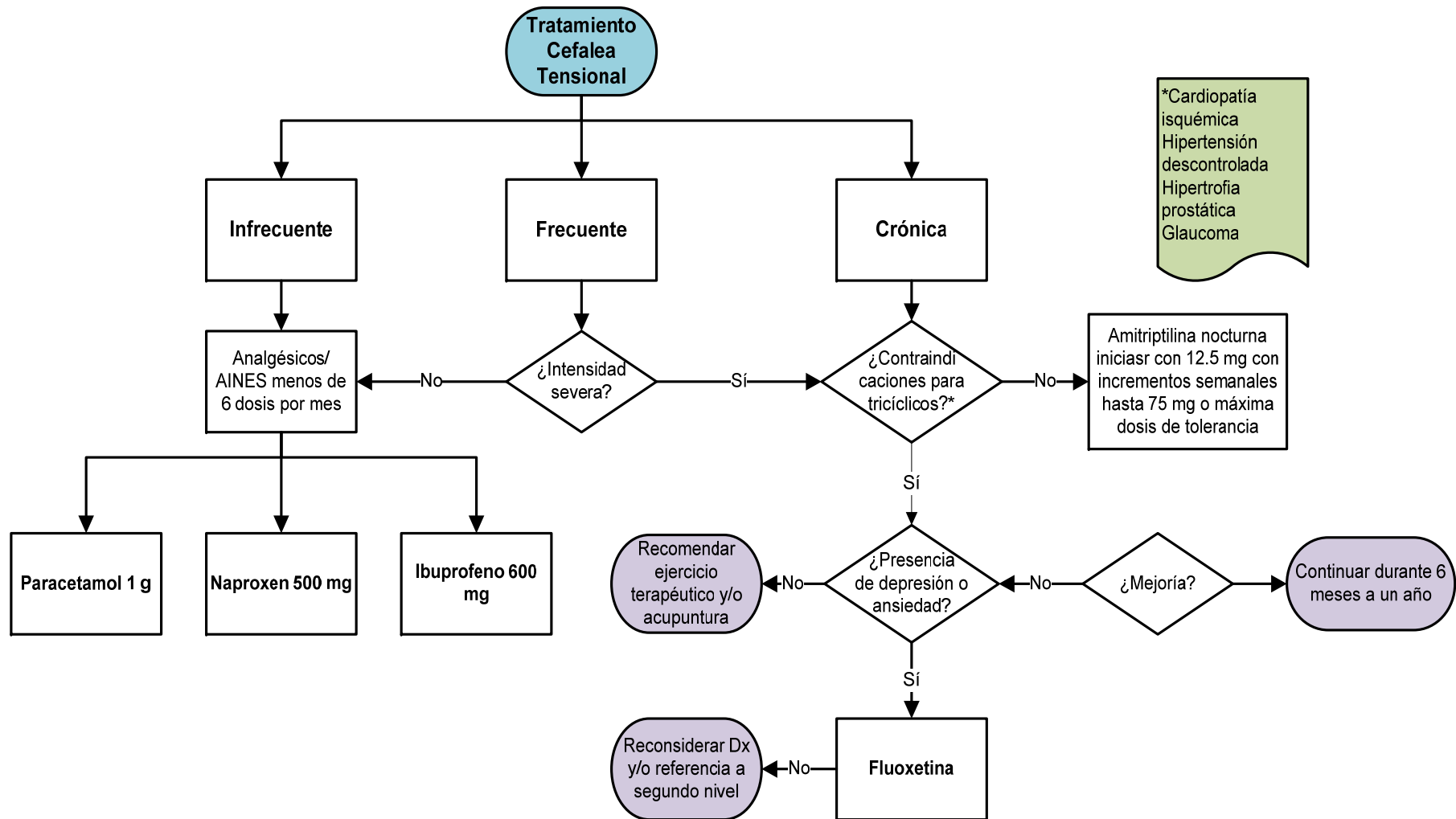


## 5.4 Diagramas de Flujo

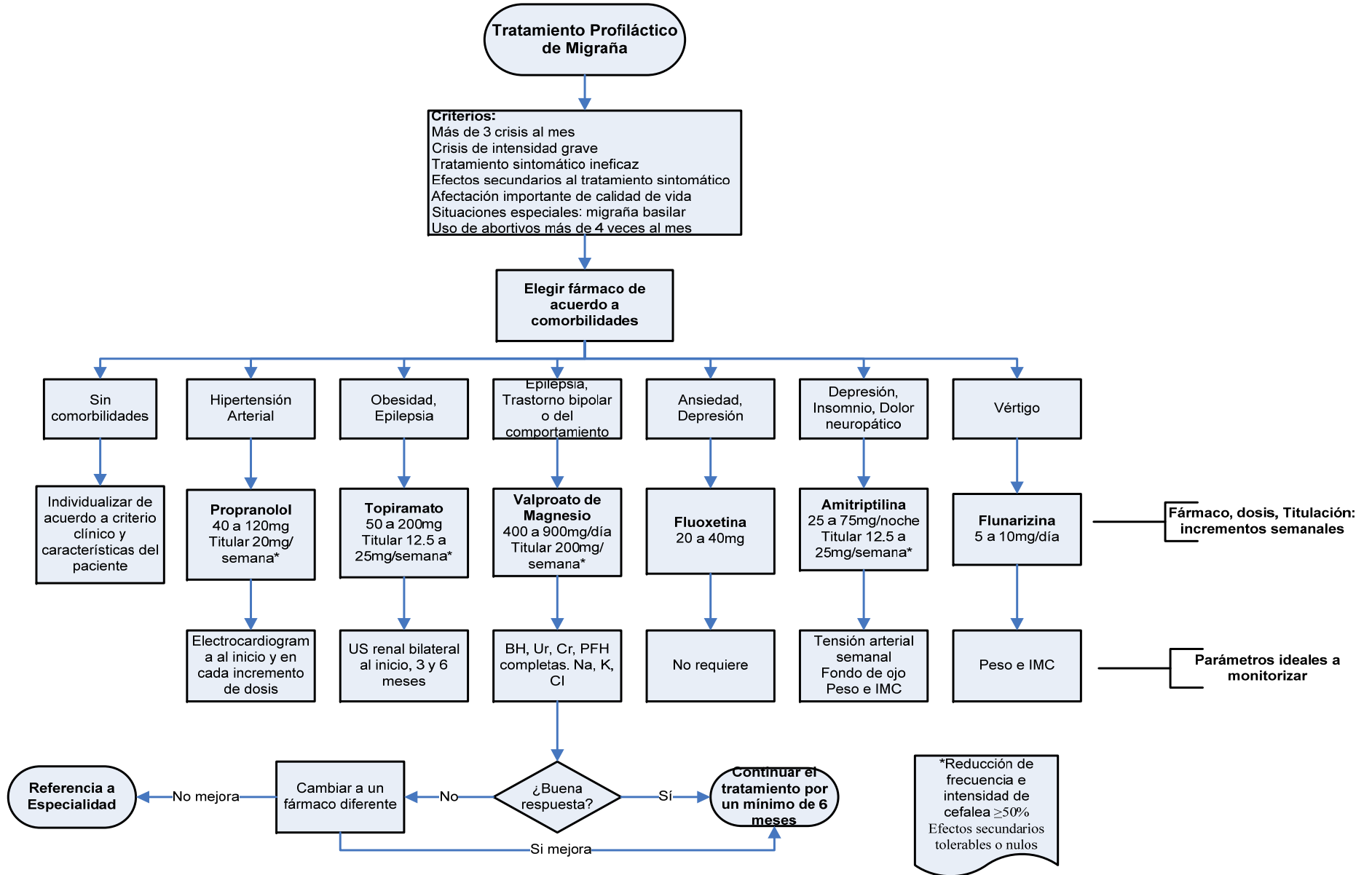
Algoritmo 1. Diagnóstico de Cefaleas



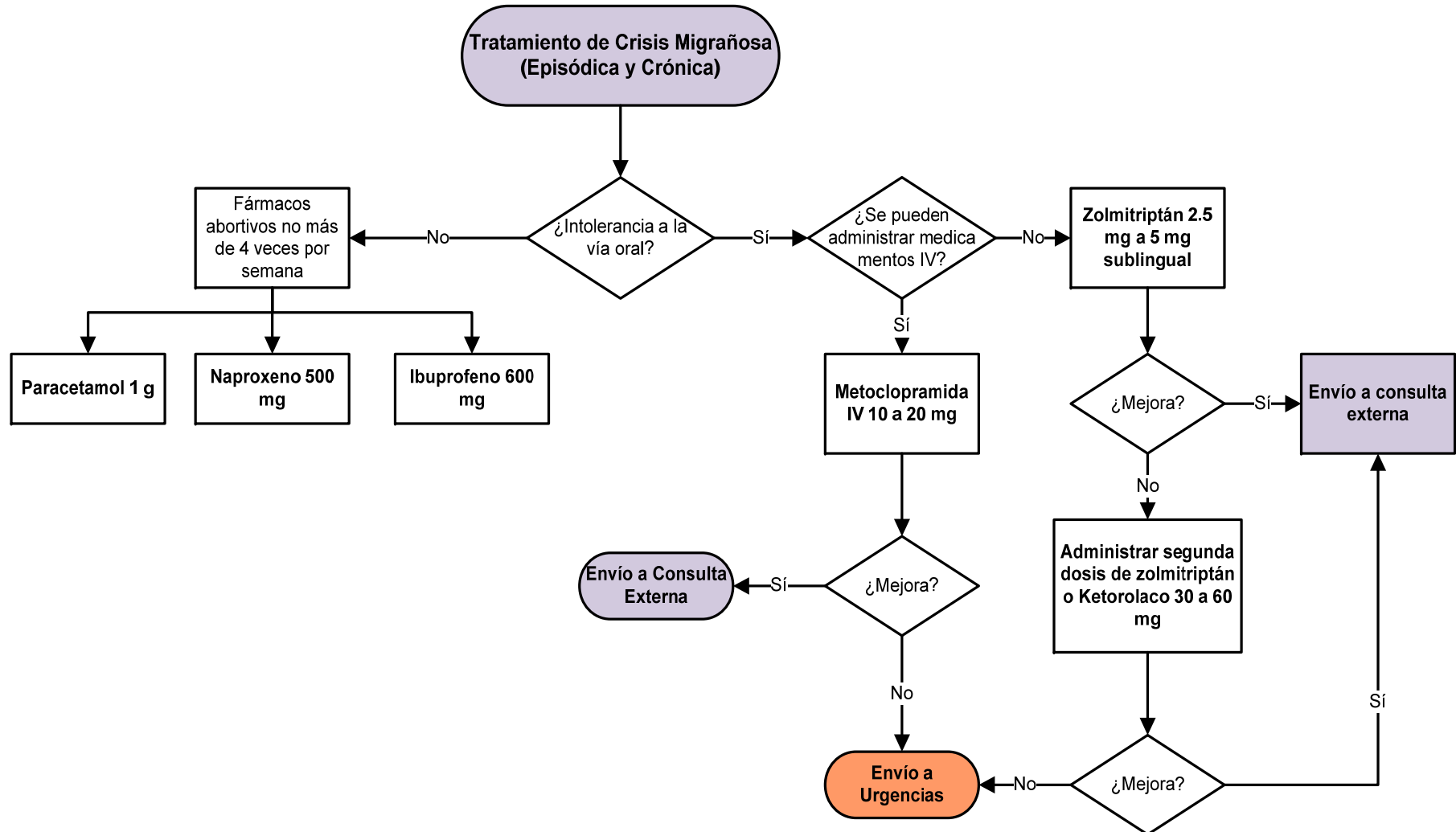
**Algoritmo 2 Tratamiento de Cefalea Tensional**



### Algoritmo 3 Tratamiento Profiláctico de Migraña



**Algoritmo 4 Tratamiento de Migraña**



## 5.5 Listado de Recursos

### 5.5.1 Tabla de Medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **Cefalea tensional y Migraña del Adulto** del **Cuadro Básico del Instituto Mexicano del Seguro Social:**

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS

CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
<b>010.000.0103.00</b>	Acido Acetilsalicílico	<b>Adultos:</b> Dolor o fiebre: 250-500 mg cada 4 horas. Artritis: 500-1000 mg Cada 4 o 6 horas.	<b>TABLETA SOLUBLE O EFERVESCENTE</b> Cada tableta soluble o efervescente contiene: Ácido acetilsalicílico 300 mg. Envase con 20 tabletas solubles o Efervescentes.	El indicado (promedio 10 días)	Prolongación del tiempo de sangrado, tinnitus, pérdida de la audición, náusea, vómito, hemorragia gastrointestinal, hepatitis tóxica, equimosis, exantema, asma bronquial, reacciones de hipersensibilidad. Síndrome de Reye en niños menores de 6 años.	La eliminación del ácido acetilsalicílico aumenta con corticosteroides y disminuye su efecto con Antiácidos. Incrementa el efecto de hipoglucemiantes orales y de anticoagulantes orales o heparina.	Hipersensibilidad al fármaco, úlcera péptica o gastritis activas, Hipoprotrombinemia, niños menores de 6 años.
<b>040.000.3305.00</b>	Amitriptilina	<b>Oral.</b> <b>Adultos:</b> Inicial: 25 mg cada 6 a 12 horas y aumentar paulatinamente. Mantenimiento. 150 mg en 24 horas.	<b>TABLETA</b> Cada tableta contiene: Clorhidrato de Amitriptilina 25 mg Envase con 20 tabletas.	Hasta 6 meses	Estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa, somnolencia, Sedación, debilidad, cefalea, hipotensión ortostática.	Aumenta el efecto hipertensivo con adrenalina. Disminuye su efecto con los Barbitúricos. Con inhibidores de la monoaminooxidasa puede ocasionar excitación grave, hipertermia y Convulsiones.	Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos.
<b>010.000.4366.00</b> <b>010.000.4367.00</b>	Eletriptan	<b>Oral.</b> Adultos: Dosis inicial: 40 a 80 mg. Dosis máxima 160 mg.	<b>TABLETA</b> Cada tableta contiene: Bromhidrato de eletriptán equivalente a 40 mg de eletriptán	Dosis única	Sequedad bucal, sudoración, astenia, dolor, opresión, somnolencia, mareos, Parestesia, hipertonia muscular, cefalea, bochornos, palpitaciones,	No administrar con inhibidores potentes de CYP3A4, como ketoconazol, itraconazol, Eritromicina, claritromicina, iosimicina e	Hipersensibilidad al fármaco. Insuficiencia hepática severa, hipertensión no controlada, insuficiencia coronaria, enfermedad vascular periférica, antecedentes de eventos

			Envase con 2 tabletas. <b>TABLETA</b> Cada tableta contiene: Bromhidrato de eletriptán equivalente a 80 mg de eletriptán Envase con 2 tabletas.		taquicardia, miastenia, mialgias.	inhibidores de proteasa (ritonavir, indinavir y nalfinavir) ya que pueden interferir con su metabolismo. Síndrome Serotoninérgico grave con el uso simultáneo de antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina.	vasculares cerebrales, administración de ergotamina o derivados. Precauciones:. No indicado para el tratamiento de migraña hemipléjica, oftalmopléjica o bacilar. Valorar riesgo-beneficio en pacientes que utilizan antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina. En dado caso utilizarlos en forma intermitente y no simultánea.
<b>010.000.4483.00</b> <b>010.000.4483.01</b>	Fluoxetina	<b>Oral.</b> Adultos: Inicial: 20 mg en la mañana, con aumento progresivo de acuerdo a la respuesta. Dosis máxima 80 mg/día.	<b>CÁPSULA O TABLETA</b> Cada cápsula o tableta contiene: Clorhidrato de fluoxetina equivalente a 20 mg de fluoxetina. Envase con 14 cápsulas o tabletas. Envase con 28 cápsulas o tabletas.	Hasta 6 meses	Nerviosismo, ansiedad, insomnio, bradicardia, arritmias, congestión nasal, Trastornos visuales, malestar respiratorio, disfunción sexual, retención urinaria, reacciones de hipersensibilidad.	Con warfarina y digitoxina se potencian sus efectos adversos. Incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Hipersensibilidad al fármaco.
<b>010.000.0108.00</b>	Metamizol sódico	<b>Oral.</b> <b>Adultos:</b> De 500-1000 mg cada 6 u 8 horas.	<b>COMPRIMIDO</b> Cada comprimido contiene: Metamizol sodico 500 mg Envase con 10 comprimidos.	El indicado	Reacciones de hipersensibilidad: agranulocitosis, leucopenia, trombocitopenia, anemia hemolítica.	Con neurolepticos puede ocasionar hipotermia grave.	Hipersensibilidad al farmaco y a pirazolonas. Insuficiencia renal o hepatica, discrasias sanguineas, ulcera duodenal.
<b>010.000.1241.00</b> <b>010.000.1243.00</b>	Metoclopramida	<b>Intramuscular o intravenosa.</b> Adultos: 10 mg cada 8 horas. Niños: Menores de 6 años. 0.1/kg de peso corporal/día, dividida	<b>SOLUCIÓN INYECTABLE</b> Cada ampollita contiene: Clorhidrato de metoclopramida 10 mg Envase con 6	Dosis única	Somnolencia, astenia, fatiga, lasitud, con menor frecuencia puede aparecer, insomnio, cefalea, mareos, náuseas, síntomas extrapiramidales,	Anticolinérgicos y opiáceos antagonizan su efecto sobre la motilidad. Se potencian los efectos sedantes con bebidas alcohólicas, hipnóticos, tranquilizantes y otros	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, obstrucción mecánica o perforación intestinal

		la dosis cada 8 horas. De 7 a 12 años 2 a 8 mg/ kg de peso corporal/día, dividida la dosis cada 8 horas.	ampolletas de 2 ml. <b>SOLUCIÓN</b> Cada ml contiene: Clorhidrato de metoclopramida 4 mg Envase frasco gotero con 20 ml.		galactorrea, ginecomastia, "rash", urticaria o trastornos intestinales.	depresores del sistema nervioso central.	
<b>010.000.3407.00</b>	Naproxeno	<b>Oral.</b> Adultos: 500 a 1500 mg en 24 horas. <b>Oral.</b> Niños: 10 mg/kg de peso corporal dosis inicial, seguida por 2.5 mg/kg de peso corporal cada 8 horas. Dosis máxima 15 mg/kg de peso corporal/día.	<b>TABLETA</b> Cada tableta contiene: <b>Naproxeno 250 mg</b> <b>Envase con 30 tabletas.</b>	Máximo 15 días.	Náusea, irritación gástrica, diarrea, vértigo, cefalalgia, hipersensibilidad cruzada con aspirina y otros antiinflamatorios no esteroides.	Compite con los anticoagulantes orales, sulfonilureas y anticonvulsivantes por las proteínas plasmáticas. Aumenta la acción de insulinas e hipoglucemiantes y los antiácidos disminuyen su absorción.	Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, insuficiencia renal y hepática, lactancia.
<b>010.000.0104.00</b>	Paracetamol	<b>Oral.</b> <b>Adultos:</b> 250-500 mg cada 4 o 6 horas.	<b>TABLETA</b> Cada tableta contiene: Paracetamol 500 mg Envase con 10 tabletas.	El indicado	Reacciones de hipersensibilidad: erupcion cutanea, neutropenia, pancitopenia, necrosis hepatica, necrosis tubulorrenal e hipoglucemia.	El riesgo de hepatotoxicidad al paracetamol aumenta en pacientes alcoholicos y en quienes ingieren medicamentos inductores del metabolismo como: fenobarbital, fenitoina y carbamazepina. El metamizol aumenta el efecto de anticoagulantes orales.	Hipersensibilidad al farmaco, disfuncion hepatica e insuficiencia renal grave.
<b>010.000.0530.00</b>	Propranolol	<b>Migraña:</b> menores de 35 kg 10 a 20 mg cada 8 horas, más de 35 kg; 20 a 40 mg cada 8 horas.	<b>TABLETA</b> Cada tableta contiene: Clorhidrato de propranolol 40 mg Envase con 30 tabletas	3 a 6 meses	Bradycardia, hipotension, estrenimiento, fatiga, depresion, insomnio, alucinaciones, hipoglucemia, broncoespasmo, hipersensibilidad. La supresion brusca del medicamento puede	Con anestésicos, digitalicos o antiarrítmicos aumenta la bradicardia. Con anticolinérgicos se antagoniza la bradicardia. Antiinflamatorios no esteroideos bloquean	Hipersensibilidad al farmaco, insuficiencia cardiaca, asma, retardo de la conduccion auriculoventricular, bradicardia, diabetes, síndrome de Reynaud e hipoglucemia.



					ocasionar angina de pecho o infarto del miocardio.	el efecto hipotensor. Incrementa el efecto relajante muscular de pancuronio y vecuronio.	
<b>010.000.5363.00</b> <b>010.000.5363.01</b>	Topiramato	Epilepsia: Crisis parciales y focales con o sin generalización secundaria Crisis generalizadas tónico clónicas. Síndrome Lennox-Gastaut. Síndrome de West. Coadyuvante en la terapia integral de la adicción al alcohol.	<b>TABLETA</b> Cada tableta contiene: Topiramato 100 mg Envase con 60 tabletas. Envase con 100 tabletas.  <b>TABLETA</b> Cada tableta contiene: Topiramato 25 mg Envase con 60 tabletas. Envase con 100 tabletas.	Hasta 6 meses	Somnolencia, ataxia, alteraciones del habla, disminución actividad psicomotora, nistagmus, parestesias, astenia, nerviosismo, confusión, anorexia, ansiedad, depresión, alteraciones cognitivas, pérdida de peso.	Potencia el efecto de inhibidores de anhidrasa carbónica, puede aumentar la concentración plasmática de fenitoína, no ingerir simultáneamente con alcohol ó depresores del sistema nervioso central.	Hipersensibilidad al fármaco.
<b>010.000.5359.00</b>	Valproato de Magnesio	<b>Oral.</b> <b>Adultos y niños:</b> <b>Dosis inicial:</b> 15 mg/día, dividir cada 8 o 12 horas; posteriormente puede aumentarse de 5 a 10 mg/kg/día, en dos a cuatro semanas, hasta alcanzar el efecto terapeutico. <b>Dosis máxima:</b> 60 mg/kg/día	<b>TABLETA DE LIBERACION PROLONGADA</b> Cada tableta contiene: Valproato de magnesio 600 mg Envase con 30 tabletas.	Hasta 6 meses	Nausea, vomito, sedacion, hepatitis, cefalea, ataxia, somnolencia, debilidad.	Con fenobarbital y fenitoína disminuye su concentración plasmática.	Hipersensibilidad al fármaco. Embarazo, insuficiencia hepática.
<b>010.000.2622.00</b>	Valproato de Magnesio	<b>Oral.</b> <b>Adultos y niños:</b> <b>Dosis inicial:</b> 15 mg/día, dividir cada 8 o 12 horas; posteriormente puede aumentarse de 5 a 10 mg/kg/día, en dos a cuatro	<b>TABLETA CON CUBIERTA O CAPA ENTÉRICA O TABLETA DE LIBERACIÓN RETARDADA</b> Cada tableta contiene: Valproato de	Hasta 6 meses	Nausea, vomito, sedacion, hepatitis, cefalea, ataxia, somnolencia, debilidad.	Con fenobarbital y fenitoína disminuye su concentración plasmática.	Hipersensibilidad al fármaco. Embarazo, insuficiencia hepática.

		semanas, hasta alcanzar el efecto terapeutico. <b>Dosis máxima:</b> 60 mg/kg/día	magnesio 200 mg. equivalente a 185.6 mg. de ácido valproico o Valproato de magnesio 200 mg Envase con 40 tabletas				
<b>010.000.5488.00</b>	Valproato Semisódico	<b>Oral.</b> <b>Adultos:</b> Mania: 250 mg cada 8 horas. <b>Migraña:</b> 250 mg cada 12 o 24 horas.	<b>COMPRIMIDO CON CAPA ENTERICA</b> Cada comprimido contiene: Valproato semisodico equivalente a 250 mg de ácido valproico. Envase con 30 comprimidos.	El indicado	Nausea, anorexia, letargia, temblor fino, edema, hepatotoxicidad.	Puede potenciar la actividad depresora del alcohol sobre el sistema nervioso central: produce un aumento en los niveles sericos de fenobarbital y primidona, que condiciona depresion grave del sistema nervioso central. El uso simultaneo de ácido valproico y clonazepam puede producir un estado de ausencia.	Hipersensibilidad al farmaco, embarazo, insuficiencia hepatica.
<b>010.000.4361.00</b> <b>010.000.4361.01</b>	Zolmitriptano	<b>Oral (disolver en la lengua).</b> <b>Adultos:</b> 2.5 mg, dejar pasar 2 horas antes de otra dosis, Dosis maxima 10 mg/ cada 24 horas.	<b>TABLETA DISPERSABLE</b> Cada tableta dispersable contiene: Zolmitriptano 2.5 mg Envase con 2 tabletas dispersables. Envase con 3 tabletas dispersables.	Dosis única	Espasmo coronario, parestesias, astenia, nausea, dolor toracico o cervical, somnolencia, sensacion de calor, boca seca, dispepsia, temblor, vertigo, palpitaciones, mialgias, diaforesis.	Con ergotamina, otros agonistas de serotonina e inhibidores de la MAO, aumentan los efectos cardiovasculares. Síndrome Serotoninergico grave con el uso simultaneo de antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina.	Hipersensibilidad a los agonistas de serotonina, cardiopatia isquemica, angina de Prinzmetal, hipertension arterial sistemica, lactancia y en niños.

## 5.6 Cédula de Verificación de Apego a las Recomendaciones Clave de la Guía de Práctica Clínica

<b>Diagnóstico(s) Clínico(s):</b>		Cefalea tensional y Migraña	
<b>CIE-9-MC / CIE-10</b>		CIE-10 G44.2 Cefalea tensional, CIE-10 G43 Migraña	
<b>Código del CMGPC:</b>			
TÍTULO DE LA GPC			Calificación de las recomendaciones
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	
Hombres y mujeres >19 años	Médico General, Médico Familiar, Médicos en Formación, Médico Internista, Neurólogo	Primer y segundo nivel de Atención	<b>(Cumplida: SI=1, NO=0, No Aplica=NA)</b>
DIAGNÓSTICO			
Se recomienda diagnosticar cefalea tensional en los pacientes que presenten cefalalgia bilateral no incapacitante y con un examen neurológico normal.			
Se debe diagnosticar cefalea tensional crónica cuando se presentan episodios de cefalea en más de 15 días al mes durante más de tres meses y cumple con el resto de criterios de cefalea tensional.			
Se debe diagnosticar migraña cuando se cumplen los siguientes requisitos: 5 ataques con duración de 4-72 horas, unilaterales, pulsátiles, de intensidad moderada a severa, ocasionados por la actividad física u ocasionan que ésta se evite, y se acompañen de náusea y/o vómito, fotofobia o fonofobia.			
Se debe diagnosticar migraña crónica cuando se reportan 15 ataques de migraña al mes durante más de 3 meses y ésta resulta en mayor incapacidad funcional comparada con la episódica.			
TRATAMIENTO			
Se recomienda el uso de aspirina a dosis de 1000 mg y paracetamol 1000 mg en el tratamiento agudo de pacientes con cefalea tensional moderada a severa.			
Se debe considerar el uso de aspirina, paracetamol, o AINES como fármacos de primera elección para el tratamiento agudo de cefalea tensional, tomando en cuenta las preferencias personales, comorbilidades y el riesgo de eventos adversos.			
Se debe considerar utilizar amitriptilina a dosis inicial de 10 mg en el tratamiento de pacientes con cefalea tensional; se debe tomar en cuenta que la efectividad aumenta con el tiempo de administración.			
Se sugieren dosis de Amitriptilina nocturna que oscile entre 25 y 75mg con incrementos semanales de 12.5 a 25mg hasta llegar a la dosis efectiva o a la máxima dosis tolerada para reducir la frecuencia e intensidad de los efectos adversos.			
Se debe considerar el uso de la combinación de metoclopramida 10 mg más difenhidramina 25 mg vía parenteral sobre el ketorolaco 30 mg en el tratamiento del ataque agudo en pacientes con cefalea tensional.			
Se sugiere iniciar Amitriptilina a dosis de 10 a 12.5 mg por las noches e ir incrementando la dosis en 10 a 12.5 mg cada dos o tres semanas de acuerdo a respuesta y tolerancia; se deben tomar en consideración los efectos adversos.			
No se sugiere usar propranolol en pacientes con depresión y cefalea tensional ya que aumenta los síntomas depresivos.			
Se recomienda tomar Paracetamol 1000 mg solo o combinado con Metoclopramida de 10 mg para los ataques agudos de migraña.			

Se recomienda utilizar ácido acetilsalicílico de 1000 mg más metoclopramida de 10 mg en pacientes con migraña para reducir los síntomas de náuseas, vómito, fotofobia y fonofobia.	
Se recomienda el uso de Zolmitriptán de 2.5 y 5 mg para el tratamiento abortivo de pacientes con migraña.	
Se recomienda el uso de metoclopramida 20 mg IV en el contexto de Urgencias para reducir el dolor y el vómito en pacientes con ataques agudos de migraña.	
Se debe considerar la educación terapéutica en pacientes con migraña para disminuir los días de incapacidad y la frecuencia del dolor y para mejorar la calidad de vida de los pacientes.	
Se recomienda la utilización de 40 mg diarios de propranolol como tratamiento profiláctico de pacientes con migraña.	
Se recomienda usar Topiramato 100 mg /día en el tratamiento profiláctico de pacientes con migraña. Se sugiere iniciar con una dosis de 25 mg /día, e ir aumentando la misma 25 a 50 mg por semana hasta alcanzar un máximo de 100 mg dos veces al día o la dosis máxima tolerada y vigilar eventos adversos.	
Se recomienda la utilización de valproato para reducir la frecuencia de cefaleas y es razonablemente bien tolerado en adultos con migraña episódica. No se debe utilizar en mujeres en edad gestacional por su teratogenicidad.	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	
<b>Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)</b>	
<b>Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)</b>	

## 6 GLOSARIO

**Anti-inflamatorios no esteroideos (AINES):** grupo de medicamentos utilizados como analgésicos, antipiréticos y, en dosis altas, con efectos antiinflamatorios.

El término “no esteroideos” se usa para distinguirlos de los esteroides. Los más conocidos son ácido acetil-salicílico, ibuprofeno y naproxen. El paracetamol no tiene actividad anti-inflamatoria y no es un AINE.

**Cefalea:** dolor de cabeza o sensación dolorosa localizada en la bóveda craneal, aunque también se aplica a regiones cervical y facial. Puede presentarse solo o acompañado de otros síntomas y signos. Puede ser continuo o por episodios recurrentes con o sin patrón y relacionado con estímulos (estrés y estilo de vida, hormonas, alimentos).

**Cefalea tensional crónica:** Esta modalidad crónica evoluciona desde una cefalea tensional episódica frecuente, con episodios de cefalea diarias o muy frecuentes, de localización típicamente bilateral, con dolor opresivo o tensivo de intensidad leve a moderada y con una duración de minutos a días, o sin remisión. Este dolor no empeora con la actividad física habitual, pero podría estar asociado con náuseas leves, fotofobia o fonofobia.

**Cefalea tensional probable:** Crisis de cefalea tensional que carecen de una de las características exigida para cumplir todos los criterios de uno de los subtipos de cefalea tensional clasificados anteriormente, y que no cumplen los criterios de ninguna otra cefalea.

**Migraña sin aura:** Cefalea recurrente con episodios de 4-72 horas de duración. Las características típicas del dolor son las siguientes: localización unilateral, carácter pulsátil, intensidad moderada o severa, empeoramiento con la actividad física y asociación con náuseas o fotofobia y fonofobia.

**Migraña con aura:** Episodios recurrentes de varios minutos de duración con síntomas sensitivos o del sistema nervioso central unilaterales, transitorios y visuales, que se desarrollan progresivamente y suelen preceder a una cefalea y a síntomas asociados a migraña.

**Migraña crónica:** Cefalea que aparece durante 15 días o más al mes durante más de tres meses, y que, al menos durante 8 días al mes, presenta características de cefalea migrañosa.

**Migraña probable:** Cefalea que asemeja a la cefalea tipo migraña secundaria a otro trastorno (migraña sintomática) debe ser clasificada conforme a dicho trastorno.

**Opiaceos menores:** Son un grupo de sustancias, la mayoría sintéticas como el tramadol que imitan, con menor poder analgésico, la acción de los opioides. Corresponden al segundo escalón analgésico de la OMS.

**Opiáceos Mayores:** grupo de fármacos, unos naturales (opiáceo) como la morfina y otros artificiales (opioide) como el fentanilo, que actúan sobre los receptores opioides de las neuronas del sistema nervioso, imitando el poder analgésico de los opiáceos endógenos. Son los fármacos analgésicos más potentes conocidos y corresponden al tercer escalón analgésico de la OMS. Se pueden asociar y potencian su acción con los AINE, pero no es biológicamente correcto asociarlos a opiáceos menores.

Los opiáceos mayores no presentan techo terapéutico, por lo que se puede aumentar la dosis según la presencia de dolor y tolerancia del paciente. Presenta el inconveniente de que son sustancias estupefacientes y deprimen el sistema nervioso central en las primeras dosis.

**Pródromos:** sintomatología precursora de un evento, malestar que precede a una enfermedad, ataque o crisis. En la migraña se presenta depresión, hiperactividad, euforia, irritabilidad, contractura cervical, anorexia, diarrea y dentro de los síntomas neurológicos se encuentran la fotofobia, alteración en la concentración, fonofobia, disfasia, hipersomnia.

**Triptanes:** son un grupo de fármacos que se emplean en el tratamiento del ataque agudo de migraña. No son útiles en otro tipo de cefaleas (salvo en las cefaleas en racimos histaminérgicas tipo cluster), ni como preventivos para evitar los episodios migrañosos.

## 7 BIBLIOGRAFÍA

1. Agosti R., Dukeb R. K., J.E., et al., Effectiveness of Petasites hybridus preparations in the prophylaxis of migraine: A systematic review, *Phytomedicine*, Vol. 13, (9–10), 24 Nov 2006, pp: 743–746
2. Banzi R, Cusi C, Randazzo C, Sterzi R, Tedesco D, Moja L. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotoninnorepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) for the prevention of tension-type headache in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 5.
3. Bendtsen L, Evers S, Linde M, et al. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2010; 17:1318.
4. Bigal M, Lipton R, Stewart W. The epidemiology and impact of migraine. *Neurol Neurosci Rep* 2004; 4(2):98-104.
5. Bird S, Derry S, Moore RA. Zolmitriptan for acutemigraine attacks in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 5. Art. No.: CD008616. DOI: 10.1002/14651858.CD008616.pub2.
6. Cameron C, et al, Triptans in the Acute Treatment of Migraine: A Systematic Review and Network Meta-Analysis, *Headache* 2015; 55: 221-235
7. Chen Y-F, Bramley G, Unwin G, Hanu-Cernat D, Dretzke J, Moore D, et al. Occipital Nerve Stimulation for Chronic Migraine—A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 2015, 10(3)
8. Cousins G, Hijazze S, Van de Laar FA, Fahey T. Diagnostic accuracy of the ID migraine: a systematic review and meta-analysis. *Headache* 2011; 51(7): 1140-1148.
9. Derry S, et al, Paracetamol (acetaminophen) with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults, *Cochrane Database, Systematic Review*, Sep 11, 2014
10. Derry S, Rabbie R, Moore RA. Diclofenac with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 4. Art. No.: CD008783.
11. Diener et al.: Use of a fixed combination of acetylsalicylic acid, acetaminophen and caffeine compared with acetaminophen alone in episodic tension-type headache: meta-analysis of four randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover studies. *The Journal of Headache and Pain* 2014 15:76.
12. Friedman BW, Garber L, Yoon A, et al. Randomized trial of IV valproate vs metoclopramide vs ketorolac for acute migraine. *Neurology*. 2014; 82:976-983.
13. Gil-Martínez A, Kindelan-Calvo P, Agudo-Carmona D, Muñoz-Plata R, López-de-Uralde-Villanueva I, La Touche R. Ejercicio terapéutico como tratamiento de las migrañas y cefaleas tensionales: revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. *Rev Neurol* 2013; 57: 433-43.
14. Gómez-Otálvaro M, Serna-Vélez L, Revisión. Cefalea: Más que un simple dolor, *Revista Mexicana de Neurociencia*, Nov-Dic, 2015; 16(6): 41-53
15. Halker R, Hastriter E, Dodick D. Chronic daily headache: an evidence-based and systematic approach to a challenging problem. *Neurology*. 2011; 76 (7 suppl 2): S37-S43.

16. Harris P, Loveman E, Clegg A, Easton S, Berry N, Systematic review of cognitive behavioural therapy for the management of headaches and migraines in adults, *British Journal of Pain* 2015, Vol. 9(4) 213–224
- 17.** Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. *Cephalalgia*. 2004; 24 suppl 1:9-160.
18. ICHD III (beta), IHS 2013, “The international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version),” *Cephalalgia*, 2013 vol. 33, no.33, pp.629–808.
19. Jackson J, Shimeall W, Sessums L, et al. Tricyclic antidepressants and headaches: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010; 341
20. Kindelan-Calvo P, et al, Effectiveness of Therapeutic Patient Education for Adults with Migraine. A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials, *Pain Medicine* 2014; 15: 1619–1636.
21. Kirthi et al, Aspirin with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults, *Cochrane Database Systematic Review*, September 13, 2014.
22. Latinovic R, Gulliford M, Ridsdale L. Headache and migraine in primary care: consultation, prescription, and referral rates in a large population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77:385–7.
23. Law S, Derry S, Moore RA. Naproxen with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 10. Art. No.: CD009455.
- 24.** Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Shin BC, Vickers A, White AR. Acupuncture for the prevention of tension-type headache. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 4.
- 25.** Linde K, Rosznagel K. Propranolol for migraine prophylaxis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 2.
26. Lindelof K, Bendtsen L. Memantine for prophylaxis of chronic tension-type headache—a double-blind, randomized, crossover clinical trial. *Cephalalgia* 2009; 29: 314–321.
27. Linde M, Mulleners W M, Chronicle E P, McCrory D C. Valproate (valproic acid or sodium valproate or a combination of the two) for the prophylaxis of episodic migraine in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6.
- 28.** Linde M, Mulleners WM, Chronicle EP, McCrory DC. Topiramate for the prophylaxis of episodic migraine in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6.
29. Lipton R, Stewart W, Diamond S, et al. Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache* 2001;41:646–657. *ANNALS of Neurology* 430 Volume 74, No. 3
30. Maizels M, Blumenfeld A, Burchette R. A combination of riboflavin, magnesium, and feverfew for migraine prophylaxis: a randomized trial. *Headache* 2004; 44:885– 890.
- 31.** Moore R, Derry S, Wiffen P, et al. Evidence for efficacy of acute treatment of episodic tension-type headache: methodological critique of randomised trials for oral treatments. *Pain* 2014; 155:2220.



32. Murray C, Vos T, Lozano R, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380:2197–2223.
33. Natoli J, Manack A, Dean B, Butler Q, Turkel CC, Stovner L, Lipton RB., Global prevalence of chronic migraine: a systematic review. *Cephalalgia*. 2010 May; 30 (5):599-609.
34. Olesen J, Bousser MG, Diener HC, et al. New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. *Cephalalgia* 2006; 26:742-46. (Low Quality Evidence)
35. Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, et al. The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol* 2012; 19:155–162.
36. Olesen J, Leonardi M. The burden of brain diseases in Europe. *Eur J Neurol* 2003; 10: 471–77.
37. Posadzki P., Ernst E., Spinal manipulations for tension-type headaches: A systematic review of randomized controlled trials, *Complementary Therapies in Medicine*, 2012, 20: 232-239.
38. Steiner T, Lange R, Voelker M. Aspirin in episodic tension-type headache: placebo-controlled dose-ranging comparison with paracetamol. *Cephalalgia* 2003;23(1):59-66.
39. Steiner T, Scher A, Stewart W, Kolodner K., Liberman J., and Lipton R. B., “The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity,” *Cephalalgia*, 2003 vol. 23, no. 7, pp. 519–527.
40. Steiner T, Stovner L, and Birbeck G, “Migraine: the seventh disabler,” *The Journal of Headache and Pain*, 2013, vol. 14, article 1.
41. Stewart W., Lipton R., Kolodner K., Sawyer J., Lee C., Liberman J, “Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers,” *Pain*, 2000, vol. 88, no. 1, pp. 41–52.
42. Stewart W, Ricci J, Chee E, et al. Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce. *JAMA* 2003; 290:2443–2454.
43. Stovner L, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007; 27(3):193-210.
- 44.** Talabi S, Masoumi B, Azizkhani R, Esmailian M. Metoclopramide versus sumatriptan for treatment of migraine headache: A randomized clinical trial. *J Res Med Sci*. 2013; 18:695-698.
45. Thorlund K, Mills EJ, Wu P, et al. Comparative efficacy of triptans for the abortive treatment of migraine: a multiple treatment comparison meta-analysis. *Cephalalgia* 2014; 34:258.
- 46.** Van Ettekovén H, Lucas C. Efficacy of physiotherapy including a craniocervical training programme for tension type headache; a randomized clinical trial. *Cephalalgia* 2006; 26:983-91.
47. Verhagen A, et al, Lack of benefit for prophylactic drugs of tension-type headache in adults: a systematic review. *Fam Pract*. 2010 Apr; 27(2):151-65.
48. Verhagen A, Damen L, Berger M, et al. Treatment of tension type headache: paracetamol and NSAIDs work: a systematic review. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010; 154:A1924.
49. Weinman D, Nicastro O, Akala O, Friedman BW. Parenteral treatment of episodic tension-type headache: a systematic review. *Headache* 2014; 54:260.
50. Yang M., Rendas-Baum R., Varon S., Kosinski M., Validation of the Headache Impact Test (HIT-6™) across episodic and chronic migraine, *Cephalalgia*, 2010, 31(3), 357–367.

51. Zandifar A, et al, Reliability and Validity of the Migraine Disability Assessment Scale among Migraine and Tension Type Headache in Iranian Patients, BioMed Research International, Volume 2014, Article ID 978064, 7 pages, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/978064>

## 8 AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades de **Instituto Mexicano del Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto Mexicano del Seguro Social**, y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

### **Instituto Mexicano de Seguro Social**

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria Coordinación Técnica Coordinación de UMAE	de	Excelencia	Clínica.
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero Coordinación Técnica Coordinación de UMAE	de	Excelencia	Clínica.

## 9 COMITÉ ACADÉMICO

### INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

Dr. Gilberto Pérez Rodríguez	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniestra Osorio	Coordinador Técnico de Excelencia Clínica
Dr. Antonio Barrera Cruz	Jefe del Área del Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa del Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa del Área de Innovación de Procesos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfin Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Socorro Azarell Anzures Gutiérrez	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Brendha Rios Castillo	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Manuel Vázquez Parrodi	Coordinador de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador