

MÉXICO  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA  
SECRETARÍA DE  
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR  
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización  
2016

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

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

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

Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.  
[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**, "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud  
2016

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña en el adulto. Primer y segundo nivel de atención, México, 2016**. seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **"Evidencias y Recomendaciones"** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:

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

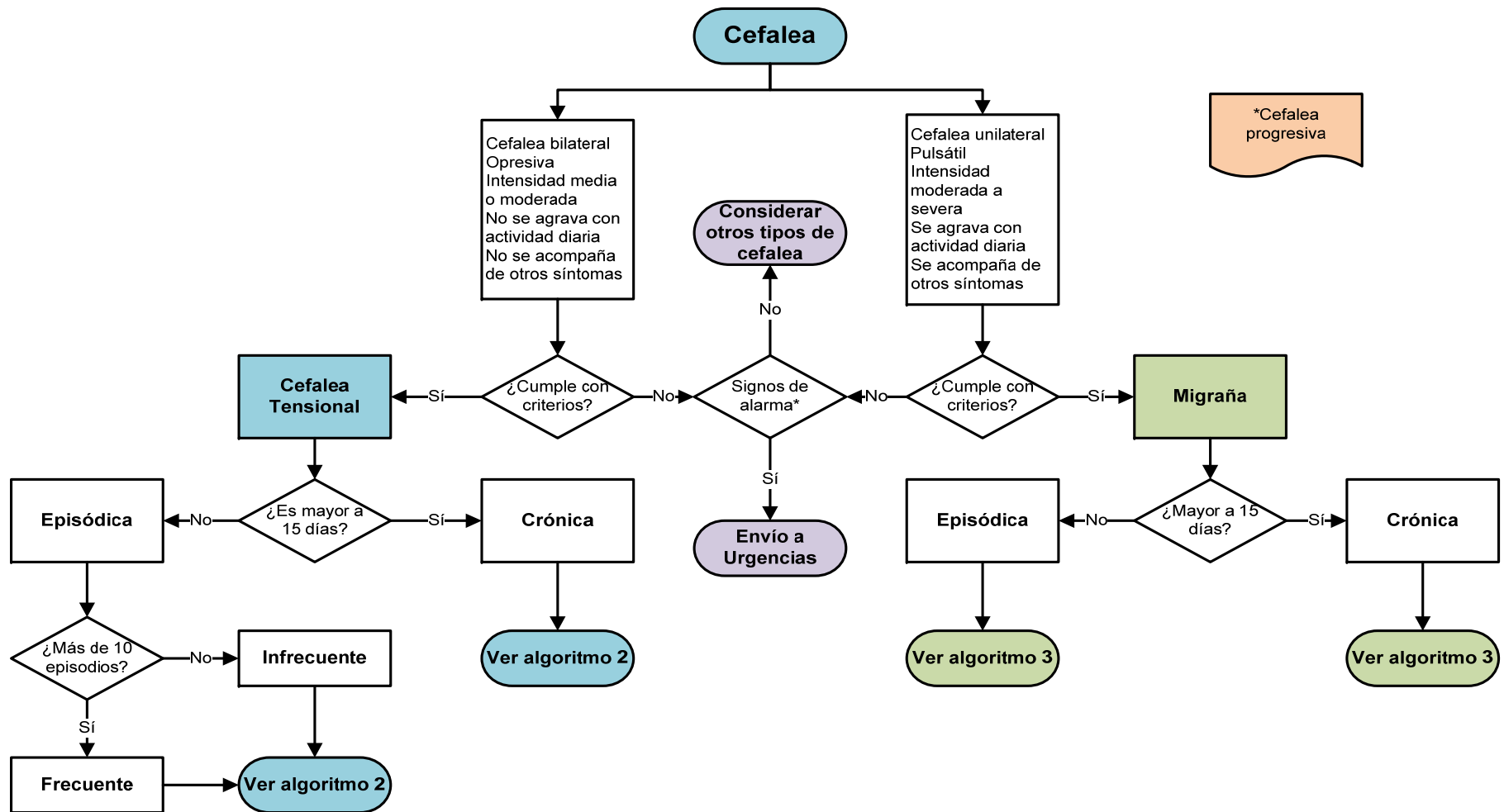
Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña en el adulto. Primer y segundo nivel de atención, México, 2016**.

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

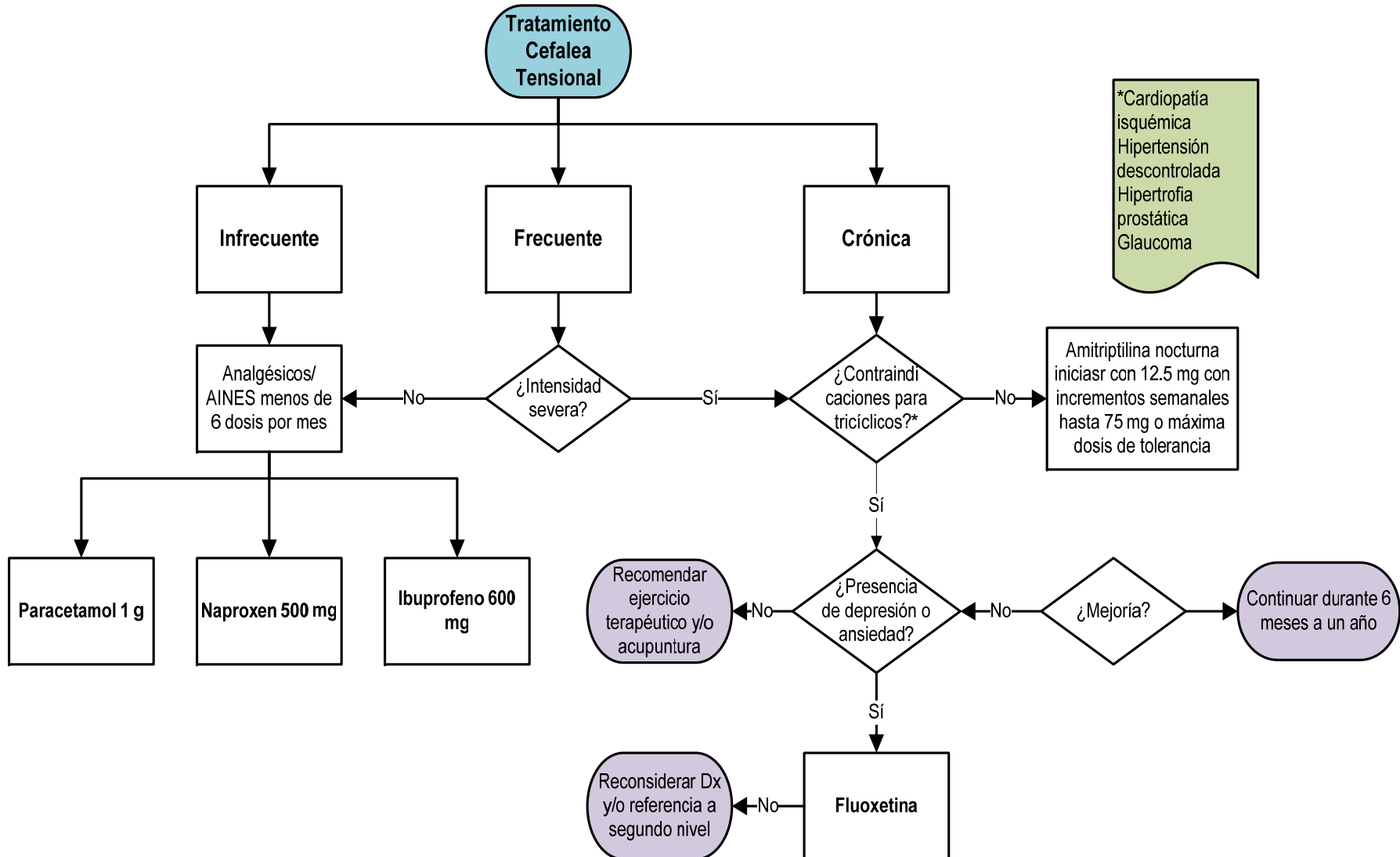
**ISBN: 978-607-7790-91-4**

# 1. DIAGRAMAS DE FLUJO

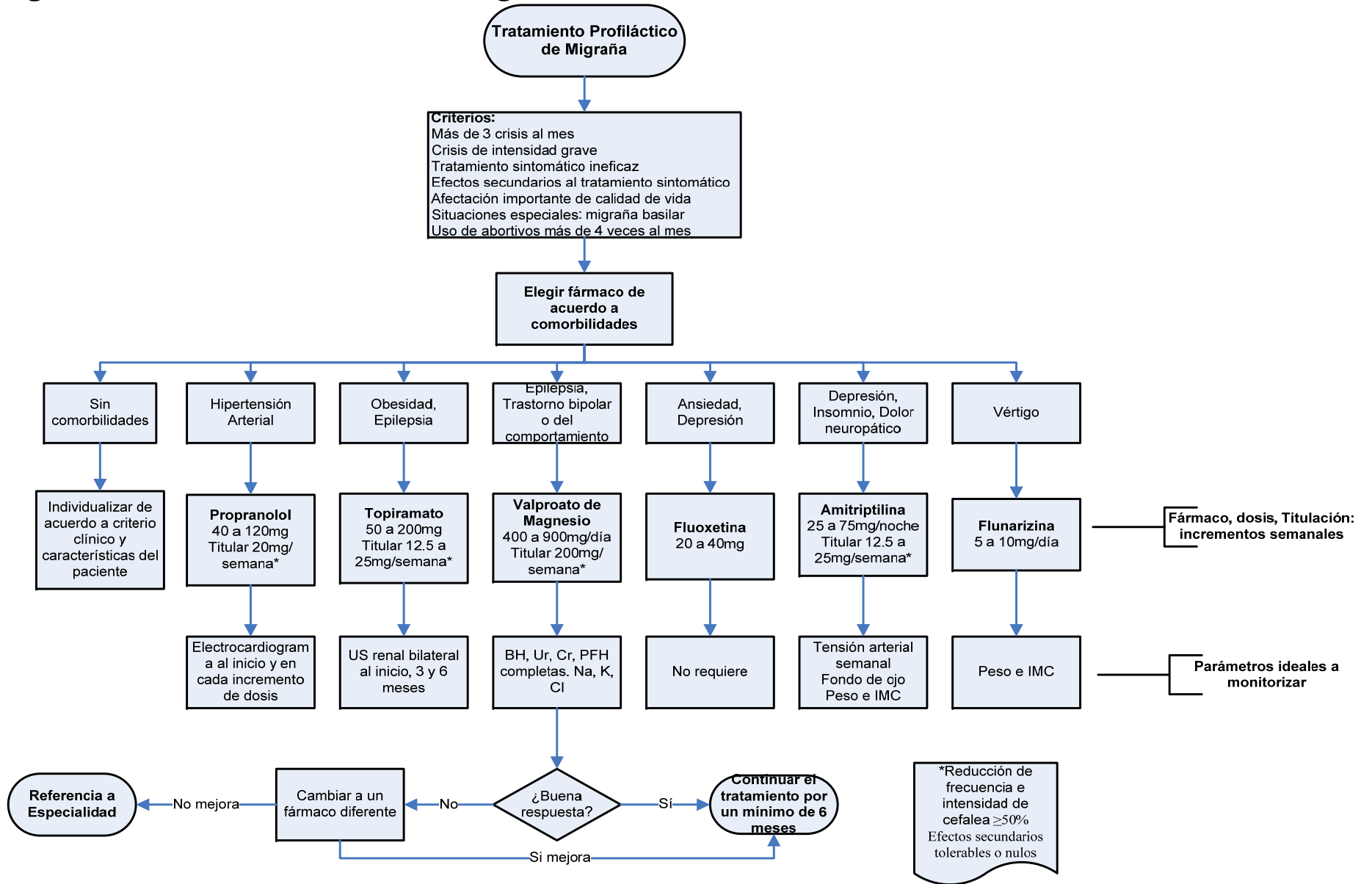
**Algoritmo 1. Diagnóstico de Cefaleas**



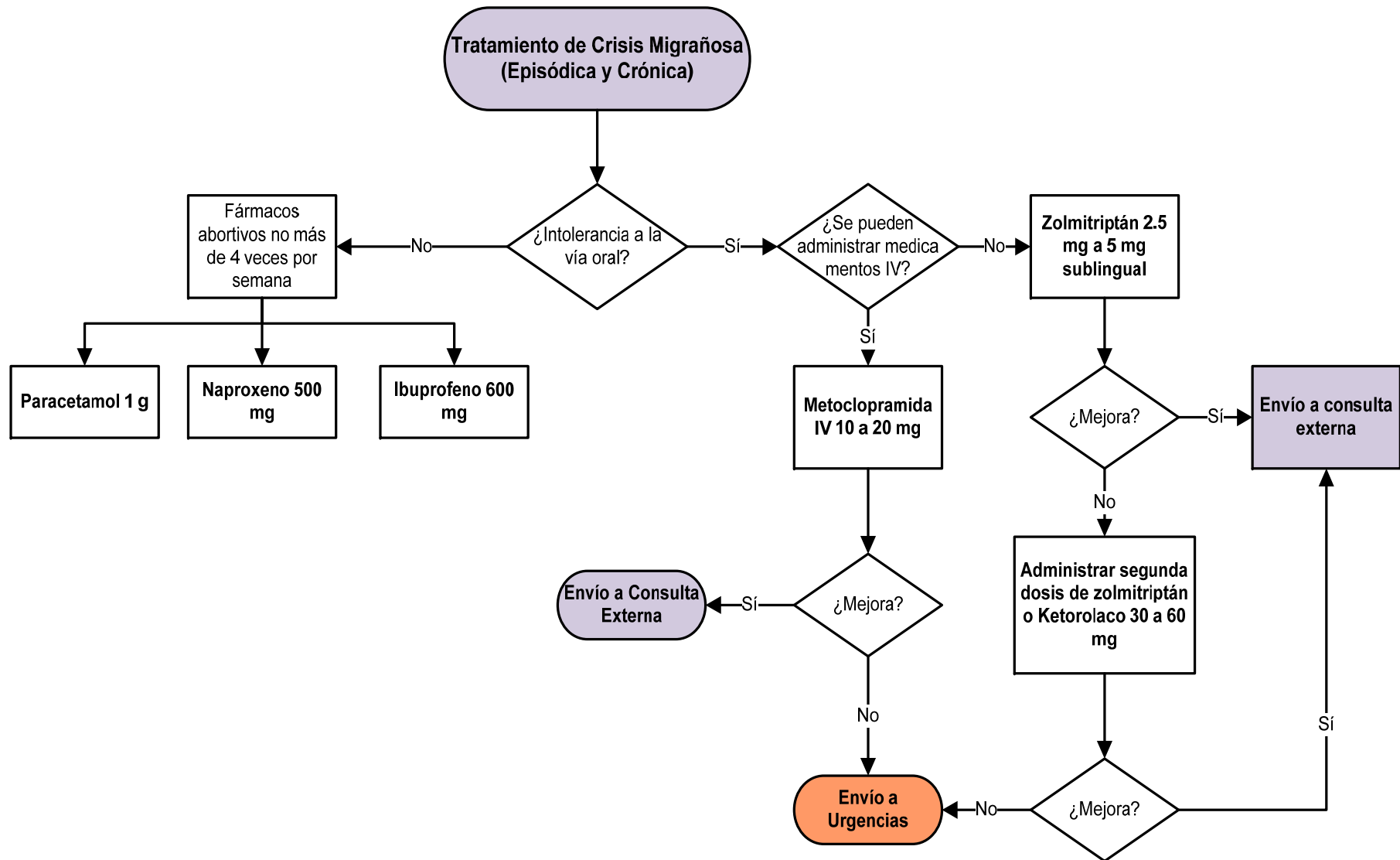
**Algoritmo 2. Tratamiento de Cefalea Tensional**



**Algoritmo 3. Tratamiento Profiláctico de Migraña**



**Algoritmo 4. Tratamiento de Migraña**



## 2. INTERVENCIÓN

### DIAGNÓSTICO

Recomendación Clave	GR*
Se recomienda diagnosticar cefalea tensional en los pacientes que presenten cefalalgia bilateral no incapacitante y con un examen neurológico normal.	<b>D NICE</b>
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 NICE</b>
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.	<b>A NICE</b>
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.	<b>A NICE</b>
Se recomienda aplicar el test ID Migraine en todo paciente en que se sospeche migraña en el primer nivel de atención.	<b>A NICE</b>
Se sugiere utilizar MIDAS para diferenciar entre pacientes con cefalea episódica y pacientes con cefalea crónica.	<b>A NICE</b>

### TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
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>
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>

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>
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>
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 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>
Se recomienda el uso de Amitriptilina como tratamiento profiláctico en pacientes con cefalea tensional episódica frecuente o crónica.	<b>A NICE</b>
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>
No se sugiere usar propranolol en pacientes con depresión y cefalea tensional ya que aumenta los síntomas depresivos.	<b>A NICE</b>
Se recomienda tomar Paracetamol 1000 mg solo o combinado con Metoclopramida de 10 mg para los ataques agudos de migraña.	<b>A NICE</b>
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>
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>
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>
Se recomienda el uso de Zolmitriptán de 2.5 y 5 mg para el tratamiento abortivo de pacientes con migraña.	<b>A NICE</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>
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.	<b>A NICE</b>
Se recomienda el ejercicio terapéutico para el tratamiento de pacientes con migraña.	<b>A NICE</b>
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.	<b>A NICE</b>
Se recomienda la utilización de 40 mg diarios de propranolol como tratamiento profiláctico de pacientes con migraña.	<b>A NICE</b>
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>
Se recomienda usar Topiramato 100 mg /día en el tratamiento profiláctico de pacientes con migraña.	<b>A NICE</b>
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>
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>
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>

### 3. CUADROS O FIGURAS

**CUADRO 1.  
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 cumplan 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 2.**  
**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 fofobia, fonofobia o náuseas leves 2. Ni náuseas moderadas o intensas ni vómitos.			
E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.			

**CUADRO 3.**  
**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 4.**  
**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS 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.	

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

**CUADRO 5.  
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.*