

Cefaleas en el Departamento de Emergencia

Dra Valeria Contreras*, Dra Cristina Pérez**

* Residente de Neurología. Servicio de Neurología del Hospital Maciel.

** Jefe de Servicio de Neurología del Hospital Maciel. Profesora Agregada de Clínica Médica 1, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Resumen: La cefalea es un motivo de consulta frecuente en Emergencia. La mayoría de las cefaleas son primarias (migraña, en racimo y tensional) y se diagnostican por la historia clínica, pero la cefalea puede ser secundaria y vinculada a una enfermedad que puede comprometer la vida del paciente.

El clínico frente a un paciente con cefaleas en la emergencia se plantea 3 preguntas: la cefalea, es primaria o secundaria?; qué exámenes debe solicitar? y ¿cuál es el tratamiento que debe realizar? En base a estas preguntas se presenta el siguiente encare clínico sobre cefaleas en la emergencia.

Palabras clave: cefalea, emergencia, tratamiento.

Abstract: Headache is a frequent reason for consultation in the Emergency. Most are primary (migraine, cluster and tension headache) and are diagnosed by the clinic history, but the headache may be secondary and related to a disease that may compromise the patient's life.

The clinician faced with a patient with headache in the emergency 3 questions arises: headache is primary or secondary?, what tests should apply? and what is the treatment to be performed? Based on these questions is this paper about headaches in the emergency.

Key words: headache, emergency, therapeutic.

Cefalea en el Departamento de Emergencia

La cefalea es un síntoma común en la población general. Da cuenta del 1 al 4,5% de las consultas en el Departamento de Emergencia (DE) y es la cuarta causa en los pacientes adultos que acuden a emergencia. (1-4).

Puede ser considerada dentro de dos categorías principales: cefalea **primaria y secundaria**. Las primarias incluyen diagnósticos tales como migraña, cefalea en racimos y tipo tensional. Se cree que traducen una activación anormal del sistema del dolor intrínseco que puede incluir mecanismos centrales y/o periféricos, relacionados con factores genéticos y ambientales.

La **mayoría de las cefaleas (90%) son primarias** y se diagnostican basándose en la historia clínica. (3). En la emergencia aumenta la proporción de cefaleas secundarias que llega hasta el 30% (2,3).

Según una revisión española del año 2008 (2) las preguntas que el clínico trata de responder frente a un paciente con cefalea en la Emergencia son tres:

- ¿Tiene una cefalea primaria o secundaria?
- ¿Es necesario solicitar exploración complementaria?
- ¿Cuál es el tratamiento de las cefaleas en la urgencia?

Por cuestiones didácticas utilizaremos este esquema para organizar el tema.

Al final se realizan consideraciones sobre algunas cefaleas, haciendo énfasis en algunas etiologías para las cuales la sospecha debe ser alta.

E-mail: perezlago@gmail.com

¿Tiene el paciente una cefalea primaria o secundaria?

Se define como cefalea primaria aquella en la que no existe una causa estructural o metabólica que explique la sintomatología, mientras que en la secundaria el dolor es el síntoma de una patología subyacente (2).

Anamnesis

En el caso de la cefalea la historia clínica orienta el diagnóstico en la mayoría de los casos. En primer lugar, debe conocerse la ficha patronímica; la cefalea que se inicia después de los 50 años debe hacer pensar que pueda ser secundaria. El inicio de crisis de migraña por encima de los 40 años es muy poco común (menos de 10%) (2).

Es de gran relevancia conocer el perfil temporal:

- forma de inicio,
- instauración súbita o no,
- duración de las crisis,
- desencadenantes,
- tipo de dolor,
- intensidad,
- localización,
- síntomas acompañantes.

El dolor de inicio súbito, alcanzando su máxima intensidad en menos de 1 minuto en “trueno” orienta a una *hemorragia subaracnoidea* y obliga a realizar exploraciones complementarias, dada su posibilidad que oscila entre un 11 a 25% (2).

Es importante definir cuánto dura el dolor, elemento diagnóstico de importancia para las cefaleas primarias: las crisis de *migraña* duran entre 4 y 72 h y las de la *cefalea en racimos* entre 30 y 180 min, sin tratamiento o con ineffectividad^(2,5).

Deben interrogarse *desencadenantes* del dolor. Una cefalea que se inicia con la actividad física obliga a descartar causas graves como la hemorragia subaracnoidea. La que aparece con maniobras de Valsalva nos orienta a alteraciones estructurales de fosa posterior como malformaciones de Chiari^(2,3).

Se indagará el tipo y las características de dolor, opresiva, tipo puntada, pulsátil, etc. dado que contribuyen al diagnóstico. La intensidad es de gran relevancia. Para poder definirla son útiles escalas, como la visual analógica. Las cefaleas muy intensas, así como la definida “el peor dolor de cabeza de mi vida” nos deben hacer sospechar que sea secundaria. Se interrogará consumo de fármacos y su respuesta⁽⁴⁾.

Se debe recoger también la *localización*, holocraneana, hemicránea, periocular, etc. y si el dolor se irradia.

No deben obviarse los *síntomas o signos acompañantes*, como náuseas, vómitos, hipersensibilidad a la luz y el ruido, empeoramiento con la actividad física, síntomas autonómicos, disminución de visión, u otros síntomas neurológicos que orientan al diagnóstico del tipo de cefalea⁽²⁾.

Debe interrogarse la presencia de *fiebre* o infección conocida, por la posibilidad de una infección de sistema nervioso central. La fiebre también puede aparecer en el contexto de vasculitis, hemorragia subaracnoidea, trombosis venosa cerebral y cáncer^(2,3).

Por último, en lo referente a la enfermedad actual, debe preguntarse qué motivó la consulta a la emergencia^(2,4).

Es importante conocer los antecedentes personales, en particular: inmunocompromiso, cáncer, embarazo, historia de trauma, fármacos. Los pacientes con VIH, inmunodeprimidos o con cáncer tienen una mayor incidencia de patología intracraneal, hasta 82 % en pacientes con VIH y cefalea de reciente aparición.

Debe investigarse la presencia de cefalea en familiares o compañeros de trabajo que oriente a infección o exposición a tóxicos como monóxido de carbono^(3,4).

Examen físico

El examen físico debe incluir:

- los parámetros vitales (frecuencia cardíaca, respiratoria, presión arterial y temperatura),
- examen general básico y
- neurológico completo^(2,4).

La fiebre o la presencia de un rash cutáneo obliga a considerar el diagnóstico de meningitis.

La presión arterial superior a 120 mm de Hg de diastólica y/o 200 mm de Hg de sistólica puede provocar cefalea por sí misma, además de asociarse a otras patologías que la causan⁽²⁾.

La realización del fondo de ojo es mandataria para ver si existe edema de papila o signos de hemorragia subhiáloidea^(2,3).

El síndrome de Horner (ptosis y miosis ipsilaterales al dolor) es característico de la cefalea en racimos, pero también de la disección carotídea^(2,3).

Se deben palpar las arterias temporales en pacientes mayores de 50 años (sospecha de arteritis temporal), y los senos paranasales si se considera que el origen del dolor es una sinusitis⁽²⁾.

La rigidez de nuca debe ser buscada en todos los casos, no sólo se asocia a procesos infecciosos, sino también a HSA, carcinomatosis meníngea y meningitis aséptica^(2,3).

Banderas rojas

Del resultado de la anamnesis y el examen físico se podrán identificar las denominadas “*banderas rojas*”^(3,6) o criterios de alarma, sugerentes de una cefalea secundaria:

- Nueva cefalea o cambios en la cefalea en mayores de 50 años.
- Cefalea en estallido.
- Síntomas neurológicos focales.
- Síntomas neurológicos no focales (deterioro cognitivo).
- Cambios en la frecuencia de la cefalea, características y síntomas asociados.
- Examen neurológico anormal.
- Cefalea que cambia con la postura.
- Cefalea que despierta al paciente.
- Cefalea desencadenada por esfuerzos físicos o maniobras de Valsalva (tosar, reír).
- Pacientes con factores de riesgo de trombosis venosa.
- Claudicación mandibular o alteraciones visuales.
- Rigidez de nuca.
- Fiebre.
- Nueva cefalea en pacientes con historia de virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Nueva cefalea en paciente con historia de cáncer.

Cefaleas primarias

La mayoría de los pacientes que consultan en el servicio de Emergencia por cefalea serán de etiología primaria.

Se analizan brevemente las más relevantes por su frecuencia e importancia.

Migraña

Corresponde al 37 a 48% de los pacientes que acuden a Emergencia por cefalea. Se caracteriza por episodios recurrentes de 4 a 72 h de duración.

En general es *unilateral, pulsante*, de intensidad moderada o severa, se agrava por la actividad física habitual y se acompaña de *náuseas, vómitos y/o fotofobia y fonofobia*^(2,5).

Puede presentarse con o sin *aura*. Esta se define como una disfunción neurológica focal (visual, sensorial u otra), de minutos duración, reversible, de instalación y terminación gradual que en general antecede al dolor⁽⁵⁾. En el estatus migrañoso la crisis de migraña dura más de 72 h.

Cefalea tipo tensional

Se describe típicamente como un dolor *bilateral, opresivo* o tirante, de leve a moderada intensidad, con duración

de las crisis de entre 30 min a 7 días. No empeora con la actividad física habitual y no se asocia con náuseas, pero puede estar presente fotofobia o fonofobia⁽⁵⁾.

Cefalea en racimos y trigémico-autonómicas

Las cefaleas trigémico-autonómicas son de localización *unilateral*, acompañadas de prominentes *síntomas y signos autonómicos ipsilaterales* al dolor.

Son ataques severos, de localización orbitaria o supraorbital, temporal o combinación de estos sitios, con una duración 15-180 minutos, con una frecuencia que va de una cada dos días, a ocho veces al día.

Los elementos autonómicos que característicamente acompañan el cuadro comprenden *inyección conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración facial, miosis, ptosis y/o edema de párpados*.

La inquietud o agitación es frecuente durante las crisis a diferencia de lo que ocurre con otras cefaleas primarias⁽⁵⁾.

Cefaleas secundarias

Incluyen una amplia variedad de etiologías como muestra la clasificación (*Ver Cuadro 1*).

Se hará referencia a algunas entidades que pueden ofrecer alguna dificultad en su diagnóstico en el ámbito de la emergencia.

Hemorragia subaracnoidea

La hemorragia subaracnoidea es uno de los diagnósticos más graves a sospechar en la Emergencia, si bien representa sólo el 1% al 3%.

Se han intentado crear reglas que orienten a cuando buscarla⁽⁷⁾, debiendo plantearse en pacientes con cefalea intensa aguda o brusca sin signos focales, en particular si son mayores de 40 años, con dolor o rigidez en el cuello, pérdida de conocimiento, crisis epiléptica o inicio durante el esfuerzo y/o cefalea “*en trueno*”⁽⁴⁾.

Trombosis venosa cerebral

El síntoma más frecuente de esta entidad es la cefalea, que puede ser subaguda o crónica, pero también en trueno.

El aumento de la presión intracraneal puede determinar visión borrosa, náuseas/vómitos, dolor de cabeza posicional y/o parálisis del VI nervio craneal, su progresión, cambios en el estado mental y coma.

Pueden aparecer síntomas y/o signos neurológicos focales o convulsiones.

Los factores de riesgo incluyen infecciones, neoplasias, anticonceptivos orales, embarazo/puerperio y estado de hipercoagulabilidad⁽³⁾.

Meningitis

La presencia de *cefalea* asociada a *fiebre, rigidez de nuca o alteración del estado de conciencia* orienta a meningitis.

Desafortunadamente, la presentación puede ser sutil. Sólo el 44% de los pacientes presenta la tríada clásica arriba mencionada. Sin embargo, el 95% tiene al menos dos de los cuatro signos y síntomas^(3,4).

Disección arterial

Las disecciones carotídeas y vertebrales se asocian a menudo con cefalea o dolor en el cuello.

Se debe investigar su posibilidad en casos de cefalea aguda, en trueno o de una nueva cefalea progresiva, asociada a dolor en cuello, síndrome de Horner, parálisis de los nervios craneales, pérdida de visión monocular (amaurosis fugaz) u otros signos neurológicos focales. Una historia previa de trauma en el cuello aumenta la sospecha^(2,3).

En el caso de la disección de arterias vertebrales puede aparecer sensación de mareo y sintomatología por isquemia del territorio de la arteria cerebelosa postero inferior.

Ataque cerebro vascular (ACV)

La cefalea es frecuente como síntoma acompañante del ACV tanto isquémico como hemorrágico⁽³⁾.

Los elementos que llevan al diagnóstico son los síntomas y/o signos focales, claves en la presentación de esta entidad.

Si un paciente portador de migraña con aura tiene síntomas prolongados, mayores a una hora, debe sospecharse la posibilidad de un infarto migrañoso.

La Revista Médica para TODOS los Profesionales de la Salud



- Actualización médica continua
- Todas las especialidades médicas y quirúrgicas
- Escrita por destacados profesionales



Contactenos:
www.farmanuario.com - tendencias@farmanuario.com

Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible

Se expresa por una cefalea severa, repentina, en trueno vinculable al estrechamiento de los vasos del polígono de Willis y sus ramas. El dolor dura de minutos a horas, y puede repetirse durante días o semanas.

Debido a la vasoconstricción, la mayoría de los pacientes tienen déficits neurológicos focales y un tercio convulsiones. El líquido cefalorraquídeo es normal o casi normal. El estándar para el diagnóstico es la angiografía convencional que muestra vasoconstricción multifocal segmentaria, que es reversible dentro de las 12 semanas del inicio⁽³⁾.

Cefalea por hipotensión del LCR

Cuando hay una disminución en el volumen del LCR, los pacientes pueden desarrollar una cefalea ortostática que empeora en posición vertical, a menudo pulsátil, bilateral u holocraneana.

Esta cefalea puede presentarse en trueno y ocasionalmente sólo con el esfuerzo.

Los síntomas asociados incluyen mareos, cambios en el sentido de audición, visión borrosa, disminución de la consciencia, ataxia u otros trastornos de la marcha⁽³⁾.

Síndrome de encefalopatía posterior reversible

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es un cuadro determinado por edema vasogénico preferentemente de la sustancia blanca de los lóbulos posteriores del cerebro y cerebelo.

Puede ocurrir en el contexto de una encefalopatía hipertensiva, preeclampsia/eclampsia y por agentes inmunosupresores como ciclosporina, tacrolimus e inmunoglobulinas intravenosas.

Para el diagnóstico la RM es más sensible que la TC demostrando anormalidad de señal en T2. Puede presentarse con cefalea, náuseas, vómitos, convulsiones, alteración del estado mental y a veces otros signos neurológicos focales, como la pérdida de visión bilateral⁽³⁾.

Hipertensión intracraneal idiopática

El paciente típico corresponde a una mujer obesa con cefalea diaria, intensa, punzante, que dura horas y puede despertarla del sueño.

Puede asociar náuseas/vómitos, oscurecimiento visual transitorio o pérdida de visión, fosfenos y diplopía horizontal. Es necesario excluir una lesión estructural por imagenología. La punción lumbar demuestra aumento de la presión del LCR, mayor a 20 cm H₂O en no obesos, mayor a 25 cm H₂O en los obesos⁽³⁾.

Glaucoma

El glaucoma de ángulo agudo puede presentarse con cefalea y dolor ocular.

El de ángulo cerrado presenta un intenso dolor en ojo y órbita y suele asociar síntomas vegetativos con importante pérdida de la agudeza visual. A la exploración se obser-

va ojo rojo, pupila media arreactiva y un aumento de la presión intraocular^(2,3).

Sinusitis aguda

La constelación de *fiebre, malestar general, cefalea y rinorrea purulenta* son características de sinusitis aguda.

Característicamente, la intensidad del dolor aumenta al inclinarse hacia delante y su localización varía en función del seno implicado, siendo frontal en caso del seno frontal, antral con irradiación frontal en caso de los senos maxilares, retroorbitario y línea media en la etmoiditis y en el caso esfenoidal puede ser tanto posterior como anterior^(2,3).

Otras causas

La *hipertensión arterial de nueva aparición* puede ser una causa de cefalea y en las embarazadas debe realizarse una medición de presión arterial ante la aparición de cefalea⁽²⁾.

La presencia de una VES elevada (mayor de 50) en pacientes mayores de 50 años, debe hacernos sospechar una *arteritis de la temporal*, que suele cursar con *cefalea hemicraneal de predominio frontotemporal, claudicación mandibular, síntomas constitucionales* (astenia, anorexia, sudoración) y *alteraciones de la visión* que pueden derivar en ceguera permanente si la corticoterapia no se inicia precozmente. En la exploración puede presentar endurecimiento de la arteria, ausencia de pulso palpable y dolor a la palpación^(2,4).

Existen también cefaleas inducidas por determinados *fármacos* como nifedipina, nitroglicerina, dipiridamol o sildenafil⁽²⁾.

En ocasiones, la cefalea puede ser un síntoma acompañante o el único de una *isquemia miocárdica*. Típicamente esta cefalea se desencadena por el ejercicio y desaparece en reposo o tras la administración de nitroglicerina sublingual^(2,3).

¿Es necesario solicitar exploraciones complementarias?

En opagunas ortunidades es necesario. Los exámenes serán solicitados en base a la sospecha clínica de la afección causante (anamnesis, examen físico, elementos de alarma).

Cefaleas secundarias Internacional Headache Society

- Cefalea por trauma o lesión en la cabeza y / o cuello.
- Cefalea por trastorno vascular craneal o cervical
- Cefalea por trastorno intracraneal no vascular.
- Cefalea atribuida a una sustancia o su abstinencia.
- Cefalea atribuida a infección.
- Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis.
- Dolor de cabeza o dolor facial atribuido a trastorno del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otra estructura facial o craneal.
- Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico.

Modificado de: *Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia. 2013;33(9):629-808.*

Se jerarquizan a continuación algunos exámenes que se consideran trascendentes para afirmar o descartar enfermedades que pueden ser potencialmente graves para el paciente que consulta en la Emergencia.

Neuroimagen

Tomografía computarizada de cráneo^(2-4, 8,9)

Se solicitará ante la sospecha de una hemorragia subaracnoidea o de un accidente cerebrovascular (ACV). La sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la primera es de 90-98% en las primeras 12 h⁽³⁾.

La TC tiene menor rendimiento en caso de lesiones de fosa posterior, silla turca, seno cavernoso y en algunas entidades específicas, como las secundarias a hipotensión licuoral o por una trombosis venosa cerebral. En estos casos estaría indicado realizar una *resonancia magnética cerebral*⁽²⁾.

A la hora de solicitar una tomografía debe tomarse en consideración el riesgo proveniente de la radiación, siendo para la de cráneo equivalente a 150 radiografías de tórax⁽¹⁾.

Resonancia Magnética (RM)

No es de fácil acceso a los Servicios de Emergencia por su costo y disponibilidad. Sin embargo, estaría indicada en algunos casos como en un paciente con cefalea en trueno con TC de cráneo y punción lumbar negativos para hemorragia subaracnoidea. Ofrece mejor visualización de la fosa posterior, y podrá demostrar infartos cerebrales o encefalopatía posterior reversible. Los tumores pituitarios y quistes coloides pueden ser más visibles en la RM^(3,6).

Radiología simple

Está indicada en caso de sospecha de mastoiditis o sinusitis⁽²⁾.

Punción lumbar - Estudio de LCR

En caso de sospecha de meningitis, encefalitis o hemorragia subaracnoidea con TC normal, está indicado realizar una punción lumbar y estudio del líquido cefalorraquídeo⁽²⁻⁴⁾.

En pacientes con convulsiones, conciencia alterada o hallazgos focales neurológicos se sugiere realizar una TC cerebral previa para descartar una lesión ocupante de espacio, cuya presencia aumentaría el riesgo de herniación al realizar el procedimiento.

Estudios analíticos

En pacientes mayores de 50 años se solicitará Hemograma, proteína C reactiva y velocidad de eritrosedimentación (VES) por la posibilidad de una arteritis de la temporal⁽²⁻⁴⁾.

En menores de 50 años sin antecedentes no suele solicitarse analítica, salvo que exista sospecha de un proceso infeccioso -en cuyo caso se hará Hemograma, reactantes de fase aguda, hemocultivos y resto de paraclínica pertinente.

Ante una historia de vómitos repetidos y sospecha de deshidratación o alteraciones hidroelectrolíticas se solicitará al menos ionograma y función renal⁽²⁻⁴⁾.

Se debe indicar el estudio de la crisis sanguínea en pacientes anticoagulados^(3,4).

Si se sospecha intoxicación se realizará dosificación de drogas y/tóxicos. La búsqueda de monóxido de carbono puede realizarse mediante la medición de carboxihemoglobina⁽³⁾.

Otros estudios, como glucemia y funcional hepático serán solicitados de acuerdo a la sospecha clínica.

Electrocardiograma

Aunque es poco frecuente, la cefalea puede ser una manifestación de la isquemia cardíaca. Debe considerarse en pacientes con factores de riesgo vascular, disnea asociada o cefalea inducida por el esfuerzo⁽³⁾.

¿Cuál es el tratamiento de las cefaleas en la emergencia?

Las cefaleas secundarias se tratan de acuerdo a la causa que las origine.

En el presente artículo se revisa el tratamiento para las cefaleas primarias que motivan consulta en Emergencia.

Migraña

Los siguientes principios generales son útiles para tratar a pacientes con migraña en la emergencia^(3,10):

- Colocar al paciente en una habitación tranquila y oscuras.
- Hidratación intravenosa.
- Tratar náuseas y vómitos.
- Implementar el tratamiento farmacológico lo antes posible.

Si el paciente tolera medicación vía oral puede administrarse un *triptán*⁽²⁾. Los triptanes son agonistas de los receptores de serotonina 5HT_{1B/1D}⁽¹⁰⁾. Están catalogados como de Nivel A (eficaces para el tratamiento agudo en base a la evidencia disponible) por la Sociedad Americana de Cefalea⁽¹¹⁾.

Si no hay posibilidad de administrar fármacos por vía oral está indicado el tratamiento mediante triptanes por vía subcutánea (sumatriptán 6 mg) o inhalada (sumatriptán o zolmitriptán).

Los triptanes no deben administrarse en caso de que exista una toma reciente de ergóticos u otros triptanes y están contraindicados en pacientes con cardiopatía isquémica, claudicación intermitente, embarazo, hipertensión arterial no controlada y migraña basilar o hemipléjica^(2,3,10).

Los *antiinflamatorios no esteroideos* (AINEs) son generalmente seguros y bien tolerados. Entre los más utilizados se encuentra el diclofenac (nivel A), ketorolac, y ketoprofeno (nivel B, probablemente eficaces)⁽¹¹⁾. Se pueden combinar con triptanos para mejorar la efectividad. La úlcera péptica activa sería contraindicación para su uso y se debe tener precaución en pacientes con insuficiencia renal o con asma grave. En el embarazo debe tenerse

precaución con los AINEs, estando contraindicados en el tercer trimestre⁽¹⁰⁾.

Varios **agentes dopaminérgicos** tienen aplicación en la migraña. Entre estos se incluyen las fenotiazinas, las butirofenonas y la metoclopramida (nivel B)^(10, 11). Las propiedades antieméticas de la **metoclopramida** la hacen muy útiles en el tratamiento de las náuseas que frecuentemente acompañan la migraña. La Academia Americana de Neurología recomienda tratar las náuseas significativas con antieméticos en pacientes con migraña, incluso en ausencia de vómitos. La metoclopramida además tiene efecto analgésico per se en la migraña^(2, 10-12).

De las **fenotiazinas**, clorpromazina y procloperazina son las más utilizadas y estudiadas. La **clorpromazina** tiene efecto analgésico, y se utiliza en pacientes con migraña de larga duración o estatus migrañoso. Se ha utilizado la administración por vía intravenosa (nivel B, 12,5 mg) o intramuscular (1 mg/kg), pero se prefiere la primera, ya las últimas evidencias muestran menor efectividad de la vía intramuscular⁽¹¹⁾. Entre sus efectos secundarios se encuentran la somnolencia y la hipotensión arterial, por lo que cuando se administra por vía intravenosa (I/V) se recomienda administrar previamente 500 mL de suero fisiológico e infundir la medicación de forma lenta, en al menos 15 minutos.

La **dihidroergotamina** (DHE) se puede usar por vía intravenosa, intramuscular o subcutánea (nivel B) en la sala de Emergencia para la migraña aguda. Se tolera mejor que otros alcaloides del cornezuelo de centeno, pero las náuseas son comunes con la administración I/V y se necesita tratamiento previo con un antiemético. Los efectos adversos graves de DHE son raros. Las contraindicaciones para DHE incluyen el embarazo y antecedentes de enfermedad cerebrovascular o hipertensión no controlada^(10, 11).

Si el paciente tiene mucha ansiedad o importantes trastornos del sueño deberá valorarse el uso de benzodiazepinas, como el diazepam a dosis bajas (5-10 mg)⁽²⁾.

Los **opiáceos** no deberían usarse de forma rutinaria.^(2, 11) Son menos efectivos que los fármacos específicos para migraña (nivel C, posiblemente eficaces)^(10, 11), pueden reducir la efectividad de triptanes y fármacos preventivos, tienen riesgo de dependencia, sedación y pueden aumentar las náuseas y vómitos. Pueden llegar a utilizarse en embarazadas, en primer o segundo trimestre, con cefalea

que no mejora con primeras medidas y en quienes están contraindicadas otras opciones⁽¹⁰⁾.

Otra posibilidad de tratamiento en urgencias es el ácido valproico (nivel C), que generalmente se administra en una sola carga I/V, desde 400 hasta 1000-1200 mg. Se recomienda una prueba de embarazo en orina antes de indicarlo a una mujer en edad reproductiva, dada su teratogenicidad. Como contraindicaciones para el uso de valproato de sodio encontramos hepatopatías y alteraciones del ciclo de la urea^(10, 11).

En caso de estatus migrañoso, o en migrañas de larga duración podrían utilizarse esteroides como la dexametasona o metilprednisolona, o cursos cortos de corticoides orales. Este tratamiento no ha sido estudiado y la dosis no está bien establecida, utilizándose entre 4-20 mg en bolus de dexametasona^(2, 10).

Una vez el paciente está libre de dolor o con franca mejoría y se decide el alta deben indicarse estrategias para tratar futuros episodios en domicilio, como utilizar fármacos como naproxeno por vía oral o supositorios (si asocia náuseas o vómitos) y explicar riesgos de abuso de fármacos de venta libre^(10, 13).

Cefaleas trigémino autonómicas: cefalea en racimos

Para las crisis agudas está indicado el tratamiento con **sumatriptán subcutáneo, sumatriptán o zomitriptán inhalados y el uso de oxígeno**.

El oxígeno es eficaz en aproximadamente 80% de los pacientes. Debe utilizarse inhalado a más de 9 litros por min. El tiempo necesario para que sea efectivo es variable, en general se recomienda durante unos 10-15 min⁽²⁾.

Es recomendable derivar a los pacientes con cefalea en racimos a un neurólogo para establecer el tratamiento preventivo más adecuado y realizar estudios de neuroimagen.

Si el diagnóstico de cefalea en racimos es claro podría iniciarse el tratamiento preventivo a corto plazo con prednisona oral a dosis de 1 mg/kg/día por la mañana (máximo 80 mg) durante 5 días, con una pauta descendente⁽²⁾

Recibido: 13/04/2015

Aprobado: 27/04/2015

Bibliografía

- Gaughran G, Tubridy N. Headaches, Neurologists and the Emergency Department. *Ir Med J*. 2014; 107(6):168-71.
- Toledo J, Riverol M, Martínez-Vila E, Irimia P. Cefalea en urgencias. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2008; 31 (Supl. 1): 75-85.
- Robertson C, Black D, Swanson J. Headache in the Emergency Department. En: Roos K. *Emergency Neurology*. Nueva York: Springer Science Media; 2012: p.1-31.
- Leizagoyen F, Maiche M, Ambrosioni F, Carrera M, Ganon J. Cefalea en la emergencia. *Arch Med Interna*. 2007; XXIX (Supl2):19-32.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013; 33(9): 629-808.
- Millán-Ortuondo E, Cabrera-Zubizarreta A, Muñiz-Saitua J, Sola-Sarabia C, Zubia-Arratibel J. Indicación de resonancia magnética ante cefalea en adultos: resultados siguiendo el método RAND/UCLA de uso apropiado. *Rev Neurol*. 2013; 57: 258-64.
- Perry J; Stiell G, Sivillotti M, Bullard M, et al. Clinical Decision Rules to Rule Out Subarachnoid Hemorrhage for Acute Headache. *JAMA*. 2013; 310(12):1248-1255.
- Friedman B, Lipton R. Headache in the Emergency Department. *Curr Pain Headache Rep*. 2011; 15: 302-307.
- Rizka B, Platonb A, Tasua J-P, Beckerb C, Mendes V, Perneger T, et al. The role of unenhanced CT alone for the management of headache in an emergency department. A feasibility study. *Journal of Neuroradiology*. 2013; 40: 335-341
- Gelfand, A, Goadsby P. A Neurologist's Guide to Acute Migraine Therapy in the Emergency Room. *The Neurohospitalist*. 2012; 2(2): 51-59.
- Marmura M., Silberstein S, Schwedt T. The Acute Treatment of Migraine in Adults: The American Headache Society Evidence Assessment of Migraine Pharmacotherapies. *Headache*. 2015; 55: 3-20.
- Griffith J, Mycyk M, Kyriacou D. Metoclopramide Versus Hydromorphone for the Emergency. *The Journal of Pain*. 2008; 9 (1): 88-94.
- Loder E, Weizenbaum E, Frishberg B, Silberstein S. Choosing Wisely in Headache Medicine: The American Headache Society's List of Five Things Physicians and Patients Should Question. *Headache*. 2013; 53(10):1651-9.