

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Evaluación clínica en Atención Primaria de Salud del paciente con cefalea

Clinical evaluation in Primary Health Care of the patient with headache

Dra. Mirna Maylén Díaz Jiménez¹, Dr. Luis Felipe Díaz Ortiz², Dr. Salvador Vidal Revé³

¹ Especialista de I Grado en Ginecobstetricia. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

² Especialista de I Grado en Medicina Interna. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

³ Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

RESUMEN

La cefalea es un motivo frecuente de consulta. Describir la utilidad del método clínico para del paciente con cefalea en Atención Primaria de Salud y contextualizar los criterios de referencia al nivel secundario de atención es el objetivo de este trabajo. Para la realización de esta investigación se efectuó una revisión bibliográfica en las bases de datos COCHARNE, PUMED y MEDLINE en el período comprendido entre los años 2005 y 2014. Se describió la forma de inicio, edad de aparición, tiempo de evolución, curso evolutivo, frecuencia de los episodios, duración del episodio doloroso, carácter, localización del dolor, las circunstancias que desencadenan, alivian o modifican el dolor, síntomas acompañantes y hallazgos en el examen físico. La correcta utilización del método clínico es la herramienta fundamental en la aproximación diagnóstica al enfermo con cefalea. Los signos de alarma determinan la necesidad de referencia urgente al nivel secundario de atención y la indicación de estudios de neuroimagen. Pacientes de difícil diagnóstico o mal control a pesar del tratamiento adecuado deben ser referidos al nivel secundario de atención.

Palabras clave: cefalea, mareo, vértigo, atención primaria de salud

ABSTRACT

Headache is a common in consultation. Describing the clinical utility method for patient with headache in primary health care and contextualize the benchmarks to secondary care is the goal of this work. To carry out this research a literature review was conducted on the basis of COCHARNE, PUMED and MEDLINE from 2005 to 2014. Starting form, is described, age of onset, duration, clinical course, frequency of episodes, duration of the painful episode, character, location of pain, the circumstances that trigger, relieve or change the pain, associated symptoms and findings on physical examination. The correct use of the clinical method is the fundamental tool in the diagnostic approach to the patient with headache. Warning signs determine the need for urgent attention to the secondary level and neuro studies indicate reference image. Patients are difficult to diagnose or poorly controlled despite appropriate treatment they should be referred to secondary care.

Keywords: headache, dizziness, vertigo, primary health care

INTRODUCCIÓN

La cefalea constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en La Atención Primaria de Salud, un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2012 señala que el 47 % de los adultos sufre al menos un episodio de cefalea en el último año. Estudios realizados por diferentes autores en distintos países coinciden en señalar la alta prevalencia de la cefalea, como problema de salud afecta a individuos de todos los grupos etarios, condiciones socioeconómicas, zonas geográficas y razas.

La cefalea no solo por su alta prevalencia sino también por su elevado costo económico derivado de las horas laborales perdidas y la disminución de la productividad laboral de quienes la sufren constituye uno de los desafíos a los que tiene enfrentar el sistema de salud. Para la persona que sufre de cefalea esta origina importante discapacidad,

deterioro de su calidad de vida y pérdidas económicas de apreciable consideración.

La cefalea es un síntoma presente en disímiles enfermedades que afectan primariamente al sistema nervioso como también de enfermedades sistémicas. La mayoría de las oportunidades responde a causas que no comprometen la vida (migraña, cefalea tensional o cefaleas trigémico-autonómicas); solo en pocas ocasiones es expresión de una entidad grave que pone en peligro la vida: encefalopatía hipertensiva, accidente cerebro vascular, meningoencefalitis, traumatismo craneoencefálico, tumor cerebral o vasculitis cerebrales; el médico debe estar preparado para su correcta interpretación y rápido diagnóstico para su correcto tratamiento que redunde en la recuperación completa del paciente o minimice las secuelas que pueden originar.

La herramienta fundamental del médico en la evaluación y manejo del paciente con cefalea es el correcto uso del método clínico, la anamnesis y el examen físico posibilitan una certera aproximación al diagnóstico y el empleo juicioso de las investigaciones complementarias para corroborar el diagnóstico clínico.

La Headache Classification of the International Headache Society (IHS). The International Classification of the Headache Disorders, 3rd edition (beta version) publicada en el año 2013 clasifica a las cefaleas en:

- a) Cefaleas primarias
 - Migraña
 - Cefalea tensional
 - Cefaleas trigémico-autonómicas
 - Otras cefaleas primarias

- b) Cefaleas secundarias.
 - Cefalea atribuida a traumatismo craneal y cervical
 - Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal y cervical
 - Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular
 - Cefalea atribuida a administración o supresión de una sustancia
 - Cefalea atribuida a infección
 - Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis
 - Cefalea o dolor facial atribuido a trastornos del cráneo, 273 cuellos, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dientes, boca o de otras estructuras faciales o cervicales
 - Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico

- c) Neuropatías craneales dolorosas, otros dolores faciales y otras cefaleas
 - Neuropatías craneales dolorosas y otros dolores faciales
 - Otras

Para la realización de la investigación se efectuó revisión bibliográfica en las base de datos COCHARNE, PUMED y MEDLINE en el periodo comprendido entre los años 2005 y 2014. En la identificación de las diferentes formas clínicas de presentación de las cefaleas empleamos los criterios diagnósticos de Headache Classification of the International Headache Society (IHS). The International Classification of the Headache Disorders, 3rd edition (beta version) publicada en el año 2013.

DESARROLLO

Se define como cefalea cuando el paciente localiza el dolor por encima de la línea orbitomeatal, que va desde ambos cantos oculares externos hasta el centro del canal auditivo externo; cuando lo localiza por debajo de esta línea imaginaria se denomina dolor facial.

Al ser la cefalea un síntoma presente en diferentes afecciones puede presentarse formando parte de un síndrome bien establecido (síndrome meníngeo, de hipertensión endocraneana, déficit neurológico focal u otro) o presentarse como el síntoma que domina el cuadro clínico del paciente. La correcta utilización del método clínico el herramienta fundamental en la aproximación diagnóstica al enfermo con cefalea, mediante el interrogatorio y el examen físico general y neurológico en particular obtenemos los datos clínicos para identificar el diagnóstico presuntivo y emplear de manera racional las investigaciones complementarias para corroborar el diagnóstico de la causa, así se puede establecer si la cefalea es primaria o secundaria.

Las cefaleas primarias no obedecen a un daño estructural subyacente constituyendo por si mismas reconocidas enfermedades, mientras las cefaleas secundarias obedecen a un daño orgánico de base que puede ser de causa neurológica tales como procesos vasculares y tumores o de causa sistémicas entre las cuales se encuentran infecciones sistémicas, alteraciones metabólicas, alteraciones miofasciales.

Los síntomas y signos presentes que expresan la existencia de una enfermedad grave como causa de la cefalea son denominados signos de alarma de la cefalea.

Interrogatorio

El interrogatorio es vital, debemos precisar los antecedentes personales (APP) y familiares del paciente (APF) y las características semiológicas del dolor.

APP

Es importante determinar si el paciente tiene historia personal de padecer de episodios recurrentes y de ser así establecer si el episodio actual es de similares características que los precedentes o por el contrario se diferencia de los episodios anteriores y en que consistentes las diferencias o por el contrario es una cefalea de reciente inicio.

Recoger la existencia de las patologías que padece el enfermo tales como hipertensión arterial, hiper e hipotiroidismo, afecciones oftalmológicas (glaucoma y defectos refractivos) enfermedades odontológicas y de los senos paranasales, afecciones miofaciales y cervicales u otras que presente el paciente.

Es de valor indagar la existencia de un traumatismo craneoencefálico previo al inicio de la cefalea, el trauma puede ser leve sin que el paciente haya demandado atención médica.

De importancia es también conocer el consumo de medicamentos bien sea por prescripción médica o automedicación del paciente, además el consumo de otras sustancias como el alcohol y drogas ilícitas.

APF

Los antecedentes familiares son de gran valor en el diagnóstico de algunos tipos de cefalea, en la migraña es uno de los factores de riesgo más potentes y consistentes. Investigaciones realizados en gemelos sugieren que los factores genéticos subyacen a aproximadamente un tercio de la agrupación familiar de la migraña.

Características semiológicas de la cefalea

Al efectuar la anamnesis debemos puntualizar los siguientes datos: forma de inicio, edad de aparición, tiempo de evolución, curso evolutivo, frecuencia de los episodios, duración del episodio doloroso, carácter, localización del dolor, las circunstancias que desencadenan, alivian o modifican el dolor y los síntomas acompañantes

- Inicio del dolor:

Agudo: la instalación aguda de intenso dolor de cabeza la llamada cefalea en trueno es siempre motivo de alarma porque es la forma habitual de presentación de enfermedades graves potencialmente mortales como la hemorragia subaracnoidea (HSA), hemorragia intraparenquimatosa cerebral, disección de arterias intra y extracraneales, meningoencefalitis, trombosis de los senos venosos, encefalopatía hipertensiva entre otros. Todo paciente con cefalea en trueno debe ser derivado a los servicios de urgencia y amerita la realización de estudios de neuroimagen de urgente. El diagnóstico de cefalea en trueno primaria es siempre un diagnóstico de exclusión.

Gradual: la aparición de la cefalea puede ser gradual hasta alcanzar su máxima intensidad.

- Edad de aparición: cuando la cefalea aparece por encima de 50 años constituye un signo de alarma porque orienta al diagnóstico de arteritis de células gigantes.
- Tiempo de evolución: aguda, subaguda y crónica.
- Curso evolutivo:

Crónico recurrente. Las cefaleas primarias (migraña, cefalea tensional y las cefaleas trigémino-autonómicas) se caracterizan por episodios recurrentes de cefaleas.

Curso al empeoramiento progresivo. La historia de un paciente con antecedentes de padecer de cefalea el dolor se torna progresivamente más intenso, duradero y difícil de aliviar con analgésicos habituales o sin historia previa de cefalea desde su inicio está sigue este curso evolutivo hay que pensar en la presencia de un proceso expansivo intracraneal.

Crónico. La cefalea puede tornarse crónica por la transformación de una cefalea episódica o desde el inicio ser crónica desde su inicio con dolor diario sin períodos de remisión la denominada cefalea crónica de novo.

- Frecuencias de los episodios

La frecuencia de los episodios puede ser diaria, semanal, mensual. Las cefaleas primarias pueden tener frecuencias típicas de

recurrencia que ayudan a su diagnóstico así en la cefalea hemicránea paroxística los episodios pueden repetirse desde varios a muchos en el día, en la cefalea en racimo la frecuencia es desde 8 episodios al día hasta 1 episodio cada dos días, en la migraña menstrual la frecuencia de presentación es cíclica.

- Duración

La duración del dolor puede ser de segundos, minutos, hora, días, semanas, meses o años. Otras de las características clínicas que ayudan a identificar el diagnóstico del paciente con cefalea es la duración del episodio doloroso. La cefalea punzante es de muy breve duración solo segundos, la cefalea hemicránea paroxística dura minutos entre 2 y 30 minutos, la duración de la cefalea en racimos se extiende de minutos a unas pocas horas de 15 minutos a 3 horas, clásicamente los episodios de migraña tienen una duración de 4 horas hasta 72 horas. La cefalea tensional se caracteriza por la variabilidad en la duración de los episodios de dolor pudiendo durar minutos o días. En la cefalea crónica diaria el dolor dura meses pudiendo llegar a durar años.

- Carácter

La descripción del carácter del dolor por el paciente orienta al diagnóstico, en la migraña es pulsátil mientras en la cefalea tensional extensivo u opresivo, punzante en la cefalea punzante primaria. En ocasiones el dolor es descrito como urente lancinante o tenebrante.

- Localización

El dolor puede tener diferentes sitios de localización. En la migraña es hemicránea, en la cefalea tensional es bilateral, la localización en las cefaleas trigémino-autonómicas es siempre unilateral situándose en las regiones orbitarias, supraorbitaria o temporal. La localización de la cefalea numular está a un área circunscrita del cuero cabelludo, en ausencia de lesiones estructurales subyacentes.

- Circunstancias que desencadenan, alivian o modifican el dolor

La aparición del dolor en la migraña está relacionado con diferentes circunstancias tales como la privación del sueño, estrés físico y emocional, ingestión de ciertos alimentos entre los que se encuentran el chocolate, queso, cítricos y otros, las actividades físicas habituales, los ruidos y la luminosidad intensifican el dolor migrañoso mientras

que el reposo en ambientes oscuros y silenciosos alivian el dolor. La tos, el esfuerzo físico y la actividad sexual pueden desencadenar la aparición de la cefalea en trueno. Estímulos físicos directos como la criostimulopresión y tracción pueden originar la aparición de la cefalea. En las cefaleas con incremento de la presión del líquido cefalorraquídeo (LCR) las maniobras de Valsalva desencadenan o empeoran el dolor, mientras que en las cefaleas con disminución de la presión del LCR el dolor aparece o se intensifica cuando el enfermo se sienta o se incorpora de la cama. La cefalea que aparece durante el sueño y despierta al paciente aunque puede ser una cefalea hípica primaria siempre hay que descartar un proceso expansivo intra craneal.

- **Síntomas acompañantes**

La migraña se acompaña de náuseas y vómitos, fotofobia y fonofobia, en la migraña con aura aparecen precediendo o acompañando a la cefalea síntomas neurológicos focales reversibles: visuales, sensitivos, motores y del lenguaje. En la cefalea tensional es frecuente encontrar ansiedad y depresión. La presencia de síntomas autonómicos: inyección conjuntival o lagrimeo, congestión nasal y rinorrea, edema palpebral, sudoración frontal y facial, rubefacción frontal y facial, sensación de taponamiento en los oídos, miosis y ptosis caracterizan a las cefaleas trigémino-autonómicas. La inquietud o agitación están presentes en pacientes con cefalea en racimos. En la arteritis de células gigantes los enfermos aquejan dolores osteomioarticulares, claudicación mandibular y episodios de amaurosis fugaz. La fiebre hace sospechar un proceso infeccioso como causa de la cefalea.

En ocasiones la descripción hecha por el paciente del episodio doloroso no permite identificar con certeza la causa de la cefalea porque no es una historia típica, en estas circunstancias es de mucho valor que el enfermo lleve un diario donde detalle las características de cada episodio de dolor. El registro diario de la cefalea permite aclarar el diagnóstico del paciente.

Examen físico

El examen físico del paciente con cefalea debe ser completo tanto general como neurológico en particular, es clave para el reconocimiento de las cefaleas secundarias. Los datos aportados por la exploración física pueden constituir signos de alarma al estar asociados a serias afecciones neurológicas y sistémicas potencialmente fatales.

- Examen físico general

El registro de los signos vitales aporta elementos de interés. Al mensurar la temperatura corporal se comprueba la existencia de fiebre, cuando está a un foco séptico establecido la cefalea obedece a una infección sistémica, en ausencia de un foco séptico aun sin la presencia de signos de irritación meníngea puede traducir la existencia de una meningoencefalitis o absceso cerebral. El registro de cifras elevadas de presión arterial corrobora la existencia de hipertensión arterial, en el contexto de una elevación aguda con signos de disfunción neurológica permite el diagnóstico de una emergencia hipertensiva, la hipertensión arterial en pacientes con cefalea puede ser parte del síndrome de hipertensión endocraneana. La bradicardia es un signo presente en el síndrome de hipertensión endocraneana.

El examen de piel y mucosas puede mostrar la presencia de petequias, que como expresión de una enfermedad hemorrágica de base puede sospecharse una hemorragia intracerebral, cuando aparecen en un paciente febril hay que descartar una meningoencefalitis causada por meningococo.

El examen del cráneo y el cuello es relevante en el paciente con cefalea. La sensibilidad de la musculatura pericraneal a la palpación manual en la cefalea tensional, esta se manifiesta a la palpación manual mediante movimientos giratorios y presión firme. El dolor a la palpación de la proyección de los senos paranasales indica la posibilidad de una sinusitis como causa de la cefalea. El dolor y disfunción de la articulación temporomandibular y sensibilidad a nivel de la región temporal aparecen en la arteritis de células gigantes. La presencia de contractura de la musculatura paravertebral cervical, el dolor y limitación de la movilidad cervical son hallazgos relevantes.

- Examen neurológico

El examen neurológico debe ser exhaustivo, abarcando estado mental, pares craneales, taxia, motilidad, sensibilidad y reflexividad, enfocado a:

Alteraciones del nivel de consciencia, atención, orientación, memoria y lenguaje.

Presencia de signos de daño focal neurológico: paresia o plejia, hemianestesia o hemihipoestesia, hemianopsia u otro defecto de campo visual toma de par craneal u otro.

Constatar signos clínicos de hipertensión endocraneana: examen del fondo de ojo en busca de papiledema, peresia o plejia del sexto par de nervio craneal, hipertensión arterial y bradicardia.

Buscar la existencia de signos de irritación meníngea: rigidez de nuca, signo de Kernig y Brudzinski.

El sexo es de valor dado que algunas de las causas de cefaleas primarias tienen mayor prevalencia en un determinado sexo. La migraña y la cefalea tensional son más frecuentes en las mujeres mientras que las cefaleas trigémino-autonómicas predominan entre los hombres.

Investigaciones complementarias

Las investigaciones complementarias en el estudio del enfermo con cefalea se indicaran basadas en el diagnóstico presuntivo planteado tras haber efectuado el interrogatorio y examen físico del paciente.

- Hemograma y velocidad de sedimentación celular (VSC)

En la sospecha clínica de clínica de una arteritis de células gigantes aparece disminución de las cifras de hemoglobina y hematocrito como expresión de anemia y VSC elevada. Cuando la cefalea es originada por una infección si es bacteriana el recuento leucocitario muestra un leucocitosis de predominio polimorfonuclear y cuando es viral el número total de leucocitos es normal pero con una linfocitosis relativa.

- Estudio del LCR

La realización de la punción lumbar no debe ser diferida ante la sospecha de una meningoencefalitis (cefalea, fiebre, signos de irritación meníngea o alteración del estado mental) a la muestra obtenida se le indica estudio citoquímico y microbiológico. Cuando la sospecha clínica es una HSA (inicio súbito de intenso dolor de cabeza desencadenado o no con el esfuerzo físico, alteración del estado mental con signos o no de irritación meníngea, sin fiebre) la punción lumbar se realiza solamente después de haberse hecho una tomografía axial computarizada (TAC) y su resultado no evidencie la presencia de colección sanguínea en el espacio subaracnoideo dado a que mínimas cantidades de sangre tiñen el LCR tornándolo xantocrómico y no son detectables por la TAC.

En presencia de hipertensión endocraneana la punción lumbar solo se hará luego de la realización del fondo de ojo en busca de papiledema y de un estudio de neuroimagen, esta indicada para determinar la presión del LCR en pacientes con hipertensión endocraneal benigna.

- Estudios de neuroimagen: TAC y resonancia magnética nuclear (RMN)

La TAC y RMN permiten diagnosticar las lesiones estructurales cerebrales de naturaleza vascular, tumoral o de otra etiología. Son imprescindibles en el diagnóstico de la HSA, HIC, infarto cerebral isquémico, absceso cerebral, traumatismo cráneo encefálico, hematoma subdural crónico, hematoma epidural, tumores cerebrales, hipertensión endocraneana.

Los estudios de neuroimagen no están indicados en pacientes que cumplen los criterios diagnósticos de cefalea primaria con examen neurológico normal de The International Classification of the Headache Disorders de la International Headache Society con una evolución clínica estable sin modificación.

Los estudios de neuroimagen están indicados ante la presencia de signos de alarma:

- Cefalea de instalación aguda de gran intensidad o desencadenada por la tos, esfuerzo físico o actividad sexual (cefalea en trueno).
- Cefalea que aparece durante el sueño y despierta al paciente.
- Cefalea que aparece o se intensifica con maniobras de Valsalva
- Empeoramiento progresivo de la cefalea.
- Hallazgos físicos positivos en el examen físico general y neurológico.
- Cefalea con convulsiones.
- Inicio de la cefalea después de los 50 años.
- Pacientes con cefalea con cáncer o inmunodepresión.

Referencia al nivel secundario

El médico de APS necesita referir al nivel secundario determinados pacientes con cefalea de manera urgente porque la situación clínica del enfermo amerite su evaluación en el servicio de emergencia para establecer el diagnóstico y tratamiento oportuno de una patología grave que compromete la vida dígase una hemorragia subaracnoidea, hemorragia o intracerebral o meningoencefalitis o referir de forma no

urgente a pacientes de difícil diagnóstico o mal control a pesar del tratamiento adecuado a interconsulta con el neurólogo.

En el año 2012 la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía) y Grupo de trabajo de Neurólogos de la Sociedad Andaluza de Neurología (SAN) en España publicaron las Guía rápida de cefaleas estableciendo criterios para la derivación. Sobre la base de estas pautas se propone contextualizar al entorno de los centros de Atención Primaria de Salud de los criterios de referencia a la consulta especializada de Neurología al nivel Secundario de Atención.

Criterios de Referencia Urgente

- Cefaleas con manifiesta anormalidad en el examen neurológico (alteración del estado mental, focalidad neurológica reciente, evidencias clínicas de hipertensión endocraneana o signos de irritación meníngea).
- Cefalea con fiebre sin un foco séptico bien definido.
- Cefalea en paciente con cáncer o sida.
- Cefalea en trueno.

Procedimiento para la referencia urgente

Informe de APS confeccionado por médico de familia con los siguientes datos mínimos: antecedentes personales, anamnesis, exploración física general y neurológica, impresión diagnóstica, investigaciones y tratamiento realizados previos a la referencia y motivo de referencia.

Criterios referencia no urgente

- Cefaleas de difícil diagnóstico que no cumplen los criterios de la International Headache Society para el diagnóstico de cefalea primaria.
- Migraña o cefalea tensional mal controladas a pesar del empleo de una correcta medicación preventiva.
- Migraña con aura prolongada o atípica.
- Cefaleas trigémico-autonómicas.
- Cefalea que inicia en pacientes de más con 50 años de edad.

Procedimiento para la referencia no urgente a interconsulta de neurología

- Informe de APS confeccionado por médico de familia con los siguientes datos mínimos: antecedentes personales, anamnesis,

exploración física general y neurológica, resultado de las investigaciones realizadas, impresión diagnóstica, tratamiento actual y previos empleados y motivo de referencia.

- Valoración con el especialista de Medicina Interna del Grupo Básico de Trabajo previa a su referencia.

CONSIDERACIONES FINALES

La correcta utilización del método clínico, herramienta fundamental en la aproximación diagnóstica al enfermo con cefalea.

El registro diario de la cefalea permite reconocer el diagnóstico en aquellos pacientes con una historia no típica.

Las investigaciones complementarias se indican en base a los datos obtenidos el interrogatorio y examen físico.

La cefalea en trueno y la presencia datos positivos en el examen físico general y neurológico constituyen signos de alarma determinando la necesidad de referencia urgente al nivel secundario de atención y la indicación de estudios de neuroimagen.

Los pacientes de difícil diagnóstico o mal control a pesar del tratamiento adecuado deben ser referidos al nivel secundario de atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Botargues M. Cefaleas y cefalea inducida por drogas: ¿Tratar con analgésicos o suspenderlos? Evid Actual Pract Ambul [Internet]. 2005 [citado 20 nov 2014]; 8:57-58. Disponible en: <http://www.foroaps.org/files/cefalea%20repetido.pdf>
2. Carod-Artal FJ, Irimia P, Ezpeleta D. Migraña crónica: definición, epidemiología, factores de riesgo y tratamiento. Rev Neurol [Internet]. 2012[citado 20 nov 2014]; 54(10):629-637. Disponible en: <http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?id=2012170>
3. Denza Bringa L. La migraña. Acta Med Per [Internet]. 2010 [citado 20 nov 2014]; 27(2):129-136. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/2010_n2/pdf/a09v27n2.pdf
4. Evans R, Rozen T, Mechtler L. Neuroimaging and the other diagnostic testing in headache. En: Silberstein S, Lipton R, Dodick D. Wolff's

- Headache. 8^a ed. Estados Unidos: Oxford University Press; 2001.p.63-93.
5. Fontanillas Garmilla N, Pascual Gómez J, Colas Chacartegui R. Cefalea crónica diaria con abuso de analgésicos. Rev Clín Med Fam [Internet] 2009[citado 20 nov 2014]; 2(8):400-406. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n8/especial1.pdf>
 6. Gil Campoy JA, González Oria C, Fernández Recio M, Gómez Aranda F, Jurado Cobo CM, Heras Pérez JA. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurología (SAN) y Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía) Criterios de derivación. SEMERGEN [Internet].2012 [citado 20 nov 2014]; 38(4):241-244. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90134149&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=40&ty=49&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&ichero=40v38n04a90134149pdf001.pdf
 7. Headache Classification of the International Headache Society (IHS). The International Classification of the Headache Disorders. Cephalalgia. 2013; 627-808. Pubmed PMID: 23771276
 8. Leonardi M, Steiner TJ, Scher AT, Lipton RB. The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). J Headache Pain. 2005; 6(6):429-440. Pubmed PMID: 16388337
 9. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders 3rd edition (beta version).-Changes and Challenges. Cephalalgia. 2013 jul.; 33(9):629-808. Pubmed PMID: 27711276
 10. Loreto Cid M. Cefaleas, evaluación y manejo inicial. Rev Med Clin Las Condes [Internet]. 2014 [citado 20 nov 2014]; 25(4):651-657. http://ac.els-cdn.com/S0716864014700860/1-s2.0-S0716864014700860-main.pdf?tid=34350ef2-88a3-11e5-8ee1-00000aab0f6b&acdnat=1447267204_42a5da473309725f2cc2b029efaa30d6
 11. Lucas Pérez-Romero J, Lucas Pérez Romero J, Pérez Romero ML, Hernández Fernández F, Pérez Romero Martínez L, Pérez Romero Martínez J. Cefalea con signos de alarma. Rev Clín Med Fam [Internet].2013 [citado 20 nov 2014]; 6(1):47-50. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v6n1/paciente2.pdf>
 12. Ochoa-Guzmán A, Chiquete E, Vargas-Sánchez A, Zúñiga-Ramírez C, Ruiz-Sandoval JL. Prevalencia y factores de riesgo demográficos para cefalea frecuente en pacientes ambulatorios que acuden a consulta no neurológica. Rev Mex Neuroci [Internet]. 2011[citado 20 nov 2014]; 12(6):352-357. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2011/rmn116d.pdf>

13. Organización Mundial de la Salud. Cefaleas. OMS [Internet]. 2012 [citado 20 nov 2014]; 277. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/es/>
14. Revilla Marugán L, Ramada Soriano A, González Rodríguez VM, Arrieta Antón E. Cefalea crónica diaria y por abuso de analgésicos. SEMERGEN [Internet]. 2008 [citado 20 nov 2014]; 34(6):291-296. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-cefalea-cronica-diaria-abuso-analgescicos-13123339>
15. Volcy Gómez M. Cefalea en el servicio de urgencias: nuevos conceptos en el diagnóstico, la epidemiología y el tratamiento. Acta Neurol Colomb [Internet]. 2008 [citado 20 nov 2014]; 24 (4 supl 3):118-133. Disponible en: http://www.acnweb.org/acta/2008_24_S4_118.pdf

Recibido: 24 de enero de 2015

Aprobado: 10 de junio de 2015

Dra. Mirna Maylén Díaz Jiménez. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. **Email:** svidal@infosol.gtm.sld.cu