

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Práctica Clínica

Manejo de Cefalea tensional y
Migraña en el Adulto.

Evidencias y Recomendaciones

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-047-08

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

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 que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las 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

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: Manejo de Cefalea Tensional y Migraña en el Adulto., México: Secretaría de Salud; año de autorización para publicación

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

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

ISBN en trámite

G43 Migraña
G44 Otros Síndromes de Cefalea

Guía de Práctica Clínica
Manejo de Cefalea Tensional y Migraña en el Adulto.

Autores :

| | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|--------|--|
| Angélica Carbajal Ramírez | Neurologa | IMSS | UMAE Hospital de Especialidades, CMN SXXI |
| María del Rosario Cienfuegos Zurita | Medicina Familiar | IMSS | Coordinación de Atención Médica, Delegación Chihuahua |
| Rosa Márquez Huizar | Medicina Familiar | IMSS | UMF 55 Fresnillo, Zacatecas |
| Antonio Francisco Martínez Hernández | Medicina Familiar | IMSS | UMF 20 Huamantla, Tlaxcala |
| Andrés Rivera Lizárraga | Medicina Familiar | IMSS | UMF 23 DF Norte |
| Enrique Solares González | Urgencias Médico Quirúrgicas | ISSSTE | Subdirección General Médica ISSSTE |
| Patricia Constantino Casas | Medicina Familiar | IMSS | División de Excelencia Clínica, UMAE |
| Validación : | | | |
| María Magdalena Cruz Aragón | Medicina Familiar | IMSS | UMF 38 Oaxaca |
| Humberto Juárez Jiménez | Neurología | IMSS | UMAE Hospital de Especialidades CMN La Raza |
| Roberto Arias Reyes | Medicina Familiar | IMSS | HGZ/MF2 Irapuato, Guanajuato |

Índice:

| | |
|--|----|
| 1. Clasificación..... | 5 |
| 2. Preguntas a responder por esta Guía..... | 6 |
| 3. Aspectos Generales..... | 7 |
| 3.1. Justificación..... | 7 |
| 3.2. Objetivo de esta Guía..... | 7 |
| 3.3. Definición..... | 8 |
| 4. Evidencias y Recomendaciones..... | 9 |
| 4.1. Prevención Primaria..... | 10 |
| 4.1.1. Promoción de la Salud..... | 10 |
| 4.2. Prevención Secundaria..... | 11 |
| 4.1.2. Detección..... | 11 |
| 4.3. Diagnóstico..... | 12 |
| 4.3.1. Diagnóstico Clínico..... | 12 |
| 4.3.2. Pruebas Diagnósticas..... | 15 |
| 4.4. Tratamiento..... | 16 |
| 4.4.1. Tratamiento Farmacológico Cefalea Tensional..... | 16 |
| 4.4.2. Tratamiento No Farmacológico..... | 21 |
| 4.5. Criterios de Referencia y Contrarreferencia..... | 22 |
| 4.5.1. Criterios Técnicas Médicos de Referencia..... | 22 |
| 4.6. Vigilancia y Seguimiento..... | 25 |
| 4.7. Tiempo Estimado de Recuperación y Días de Incapacidad Cuando Proceda..... | 26 |
| Algoritmos..... | 27 |
| 5. Definiciones Operativas..... | 31 |
| 6. Anexos..... | 32 |
| 6.1. Protocolo de búsqueda..... | 32 |
| 6.2. Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la recomendación..... | 33 |
| 6.3. Clasificación O Escalas De La Enfermedad..... | 35 |
| 6.4. Medicamentos..... | 37 |
| 7. Bibliografía..... | 40 |
| 8. Agradecimientos..... | 42 |
| 9. Comité Académico..... | 43 |
| Comisionadas a la División de Excelencia Clínica..... | 43 |
| 10. Directorio..... | 44 |
| 11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica..... | 45 |

1. CLASIFICACIÓN

| Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-047-08 | |
|--|--|
| PROFESIONALES DE LA SALUD | Médicos familiares, Neurólogos, Médicos especialistas en urgencias médico quirúrgicas |
| CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD | G43 Migraña, G44 Otros síndromes de Cefalea |
| GRD | 564 Cefalea mayores de 17 años |
| CATEGORÍA DE GPC | Primer Nivel de Atención: Prevención, Diagnóstico Tratamiento |
| USUARIOS POTENCIALES | Personal de salud en formación y servicio social, Médico familiar, general, neurologo y especialistas en urgencias médico quirúrgicas |
| TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA | Instituto Mexicano del Seguro Social e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado Coordinación UMAE División de Excelencia Clínica, Coordinación de Atención Médica y Subdirección General Médica Delegación Coahuila, Zacatecas, Tlaxcala, 1 Norte DF, Oaxaca, Guanajuato Unidades Médicas participantes: UMAE Hospital de Especialidades, CMN SXXI, UMF 55, UMF 20, UMF23, UMF 38, UMAE Hospital de Especialidades CMN La Raza, HGZ/MF2 |
| POBLACIÓN BLANCO | Hombres y mujeres de 19 a 59 años |
| FUENTE DE FINANCIAMIENTO/PATROCINADOR | Instituto Mexicano del Seguro Social |
| INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS | Historia clínica completa con búsqueda intencionada de criterios diagnósticos, exploración física completa con enfoque neurológico (fondo de ojo y pares craneales). Laboratorio y rx no justificado para establecer diagnóstico, solo apoyo para diagnósticos excluyentes. Identificar situaciones de riesgo para envío a segundo nivel de atención. Manejo de tratamiento farmacológico a dosis y por tiempo establecido. Modificación del estilo de vida (alimentación, hábitos del sueño), manejo de estrés y ansiedad. Expedición de incapacidad de acuerdo a cuadro clínico y evolución. |
| IMPACTO ESPERADO EN SALUD | Disminución del número de cuadros agudos y recurrencias Disminución de los días de incapacidad Atención integral Referencia oportuna Satisfacción con la atención Mejorar la calidad de vida del paciente Prescripción justificada de medicamentos |
| METODOLOGÍA¹ | Definición del enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 5 Guías seleccionadas: 8 del periodo 1997-2008 Revisión sistemática Ensayos controlados aleatorizados Reporte de casos Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones * Ver Anexo 1 |
| MÉTODO DE VALIDACIÓN | Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica |
| CONFLICTO DE INTERES | Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica |
| REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN | Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-047-08 FECHA DE ACTUALIZACIÓN a partir del registro 2 a 3 años |

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. ¿Cuáles son los elementos para establecer el diagnóstico clínico de las principales clases de cefaleas: tensional y migraña?
2. ¿Cuáles son las medidas de prevención y tratamiento de la cefalea tensional?
3. ¿Cuáles son las medidas de prevención y tratamiento de la migraña?
4. ¿Cuáles son los criterios de envío a 2do nivel de los pacientes con cefaleas y migraña?
5. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico profiláctico de los ataques de migraña?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1. JUSTIFICACIÓN

La elaboración de una guía de práctica clínica (GPC) de cefalea/migraña se justifica por su alta prevalencia asociada a gran demanda de atención médica y afectación de la productividad y calidad de vida del paciente. Ya que la cefalea es un síntoma que puede acompañar a otros padecimientos, se requiere realizar un adecuado diagnóstico diferencial, manejo y prevención, cuando esta última sea posible. Las recomendaciones de la GPC ayudarán a disminuir el impacto económico asociado a consultas y medicamentos, así como los días de incapacidad, disminución de la productividad y afectación de la calidad de vida de los pacientes.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica para el **Manejo de Cefalea Tensional y Migraña en el Adulto** forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

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 nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Unificar criterios para el abordaje de la cefalea tensional y migraña en el primer nivel de atención.
2. Formular recomendaciones utilizando la evidencia y el consenso de expertos en los aspectos de la prevención, diagnóstico y tratamiento de cefalea tensional y migraña.
3. Establecer los criterios de referencia al segundo nivel de atención de cefalea tensional y migraña.

Lo que 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, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 DEFINICIÓN

Cefalea tensional: subtipo de cefalea que se presenta por episodios asociado a estrés, de calidad opresiva no pulsátil, intensidad leve a moderada, bilateral, sin fotofobia ni agravamiento por los esfuerzos.

Migraña: subtipo de cefalea que se presenta en ataques agudos que duran de 4 a 72 horas unilaterales, pulsátil, intensidad moderada a grave, que aumenta con los esfuerzos y estímulos, acompañada de náuseas y/o vómitos, fotofobia y fonofobia.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E. 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

2++
(GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada

la
[E: Shekelle]
Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:

| | |
|---|----------------|
|  | Evidencia |
|  | Recomendación |
|  | Buena Práctica |

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1. PROMOCIÓN DE LA SALUD

4.1.1.1. ESTILOS DE VIDA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



Los hábitos de sueño (exceso o muy pocas horas de sueño) pueden tener relación con la presentación de ataques de migraña

III
(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)



Orientación al paciente y familia sobre periodo de sueño reparador de 6 – 8 horas

C
(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)



Los factores ambientales (recreación y ocupación) pueden tener relación con la presentación de los ataques de migraña, tales como estímulos frecuentes e intensos de tipo:

- Luminoso
- Auditivo
-

III
(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)

R

Eliminación de estímulos luminosos y auditivos (disminución del tiempo de exposición en pantallas y sonidos fuertes)

C

(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)

4.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.1.2. DETECCIÓN

4.1.2.1. FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Se han identificado alimentos que son factores de riesgo para la presentación de ataques de migraña:

- Dieta con grasas insaturadas
- Quesos, embutidos y enlatados
- Cítricos
- Vino tinto
- Cafeína y chocolate

III

(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)

R

Disminuir o eliminar el consumo de grasas insaturadas, quesos y cítricos. Aumentar el consumo de alimentos ricos en fibras, identificar el alimento que produce cuadro agudo de migraña.

C

(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)

E

Se ha identificado que el consumo de alcohol y tabaco representa un factor de riesgo para la presentación de los ataques de migraña.

III

(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)

R

Disminuir o eliminar el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.

C

(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)

E

Se ha identificado que el estrés o estado de ansiedad representan factores de riesgo para la presentación de los ataques de migraña.

III

(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)

R

Manejo de estrés y ansiedad a través de terapias de relajación y consejos posturales así como terapia cognitiva (para problemas de adaptación).

C
(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)

E

Los cambios hormonales en peri-menopausia, peri-ovulatorios y peri-menstruales se han relacionado con los ataques de migraña.

III
(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)

R

Valorar dar terapia hormonal de reemplazo en casos necesarios.

C
(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)

4.3 DIAGNÓSTICO

4.3.1. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Evidencia / Recomendación

E

Existen criterios para realizar el diagnóstico de migraña sin aura a través de la historia clínica

Nivel / Grado

III
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

R

Realizar historia clínica completa y si presenta al menos 5 ataques que cumplan los siguientes criterios:

- 1.- Cada ataque sin tratar dura de 4 a 72 hrs.
- 2.- El ataque tiene al menos dos de las siguientes características:
 - Unilateral
 - Pulsátil
 - Moderado a severo
 - Se agrava con la actividad física
- 3.- Durante el ataque hay uno de los siguientes síntomas:
 - Náusea o vómito
 - Fotofobia, fonofobia y osmofobia

A
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

E

Existen criterios para realizar el diagnóstico de migraña con aura a través de la historia clínica

III
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

R

Realizar historia clínica completa y los criterios diagnósticos son los mismos que para la migraña sin aura pero incluyen síntomas de disfunción neurológica (como problemas visuales) durante el ataque. Se sugieren estas preguntas adicionales:

- Patrón de tiempo de los ataques o si son peri-menstruales o peri-ovulatorios
- Aparición gradual después de un esfuerzo sostenido
- Desaparición con el sueño
- Presencia de síntomas prodrómicos estereotipados tales como irritabilidad o variaciones en el estado de ánimo hiperactividad, incapacidad para pensar o concentrarse, antojos de comida e hiperosmia
- Historia familiar de migraña
- Desencadenamiento por alimentos, olores, cambios de clima o estrés
- Presentación en etapa de relajación después de un nivel alto de actividad física o estrés
- Alivio con ingesta de AINES o ergotamínicos
- Presencia de hipertensión, infección o endocrinopatía

A
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

E

Existen características que deben motivar la investigación de causas subyacentes más serias

III
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

R

Realizar historia clínica completa e investigación de criterios diagnósticos y causas subyacentes más serias, tales como:

- El primer o peor ataque en la vida del paciente, particularmente de inicio rápido
- Cambio en las características clínicas
- Inicio en la edad media o tardía
- La presencia de síntomas sistémicos como mialgias, fiebre pérdida de peso,

A
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

sensibilidad en el cuero cabelludo y mandibular

- Síntomas neurológicos focales, confusión, alteraciones del estado de alerta, convulsiones, signos de irritación meníngea
- Anormalidades en el fondo de ojo tales como papiledema

E

Existen datos en el examen físico en la primera consulta que ayudan a integrar el diagnóstico de migraña.

III

(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

R

Realizar exploración física de lo siguiente:

- Tensión arterial
- Frecuencia cardíaca
- Senos paranasales
- Arterias del cuero cabelludo (temporal)
- Músculos para-espinales cervicales
- Articulación temporo-mandibular
- Alteraciones en columna cervical

A

(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

E

El examen neurológico es capaz de detectar enfermedades intracraneales o sistémicas.

III

(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

R

Dirigir el examen neurológico:

- Flexión del cuello (irritación meníngea)
- Lesiones en cráneo orbitas y cuello
- Fondo de ojo, campos visuales, reflejos oculares
- Exploración de nervios craneales (oculomotores y porción sensorial del nervio trigémino)
- Función motora cara y extremidades
- Reflejos de estiramiento muscular
-

A

(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

E

Hay varios factores de riesgo sugestivos de que la causa de la cefalea sea seria (pruebas de función cerebelosa, marcha, signos patológicos tipo Babinsky) y requiera tratamiento urgente

IV

(Guías de manejo de cefalea en urgencias basadas en la evidencia Fundación Santa Fe Bogotá. 2004)

R

Debe ser manejado en el servicio de urgencias
(Ver cuadro 4.5.1.1: Criterios de referencia)

C

(Guías de manejo de cefalea en urgencias
basadas en la evidencia Fundación Santa Fe
Bogotá. 2004)

4.3.2. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

En algunos pacientes se requiere descartar
patología adyacente tal como:

- Hipertensión arterial sistémica
- Fiebre tifoidea
- Diabetes
- Insuficiencia renal
- Infección urinaria
- Parasitosis intestinal
- Dislipidemias
- Anemia

III

(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense
del Seguro Social. 2005)

R

Realizar exámenes de laboratorio:

- Biometría hemática completa
- Perfil de lípidos
- Glucosa
- Examen general de orina
- Coproparasitoscópico
- Reacciones febriles

C

(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense
del Seguro Social. 2005)

E

En algunos pacientes descartar otra patología:
Neurológicas:

- Masa intracraneal
- Parasitosis cerebral
- Infección del SNC
- Hemorragia o trombosis cerebral
- Fractura de cráneo

III

(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense
del Seguro Social. 2005)

No neurológicas:

- Rinosinusitis
- Otitis y/o mastoiditis
- Problemas dentales.

R

Realizar los siguientes estudios de acuerdo a la sospecha clínica:

- Rx simple de cráneo AP
- Rx simple de cráneo lateral
- Rx de senos paranasales

C
(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)

E

La mayoría de los pacientes no requieren pruebas diagnósticas para la cefalea primaria. A una baja proporción se le realizan estudios como punción lumbar, electroencefalograma y estos se realiza en 2do nivel de atención.

III
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

R

Valoración en el segundo nivel de:

- Punción lumbar
- Electroencefalografía
- Resonancia magnética
- Tomografía axial computarizada

A
D
C
D
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

4.4 TRATAMIENTO

4.4.1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CEFALEA TENSIONAL

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Paracetamol es el medicamento de primera línea para cefaleas leves a moderadas. Para la remisión del dolor, no se debe suspender su uso hasta que se logre su efecto máximo.

III
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

R

Prescribir paracetamol 650 - 1300 mg/cada 4 hrs en máximo 2 dosis en las crisis agudas de cefalea. (Nota: En el IMSS la tableta es de 500 mg).

C
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

E

Ibuprofeno es uno de los medicamentos de primera línea para cefaleas en casos moderados. (Nota: medicamento de segundo nivel de atención)

I
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)
I
(Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine. 2000)

R

Prescribir ibuprofeno de 400 a 1200 mg cada 6 hrs sin exceder 10 días

C
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

E

Ácido acetilsalicílico es uno de los medicamentos de primera línea para cefaleas.

C
(Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine. 2000)

R

Prescribir ácido acetilsalicílico de 650 a 1300 mg/cada 4 horas en 2 tomas al día en las crisis agudas de cefalea. (Nota: En el IMSS hay tableta de 500mg y tab. soluble de 300 mg).

I
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

E

Naproxeno es uno de los medicamentos de primera línea para cefaleas leves o moderadas.

C
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

R

Prescribir naproxeno 500 mg/día

2
(Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine. 2000)

E

Amitriptilina es útil cuando no hubo respuesta adecuada a los AINES
(Nota: medicamento fuera del Cuadro Básico del IMSS)

B
(Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine. 2000)

R

Indicar amitriptilina 25 mg/día y se sugieren dosis progresivas dependiendo de respuesta. (Puede administrarse por la noche)

I
(Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine. 2000)

I
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

A
(Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine. 2000)

A
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

E

Fluoxetina es de segunda elección en caso de respuesta inadecuada a AINES

2
(Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine. 2000)

R

Indicar fluoxetina de 20 a 40 mg/día

B
(Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine. 2000)

4.4.1.2 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO MIGRAÑA

Evidencia / Recomendación

Nivel/Grado

E

Ergotamina con cafeína para migraña moderada en el ataque agudo

II
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

R

Prescribir ergotamina de 1 a 2 mg, 3 veces al día, máximo 10 mg a la semana

C
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

E

Paracetamol es el medicamento de primera línea para migraña moderada. Para la remisión del dolor, no suspender hasta lograr su efecto máximo.

III
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

R

Prescribir paracetamol 650 a 1300 mg/cada 4 hrs en máximo 2 dosis. (Nota: En el IMSS la tableta es de 500 mg)

C
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

E

Ibuprofeno es uno de los medicamentos de primera línea para migraña.

I
(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

| | | |
|----------|--|--|
| R | Prescribir ibuprofeno 400-800 mg cada 2-6 hrs. en crisis agudas de migraña sin exceder 10 días | C (Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997) |
| E | Ácido acetilsalicílico es un medicamento de primera línea para migraña moderada | I (Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997) |
| R | Prescribir ácido acetilsalicílico 650-1300 mg cada 4 hrs. en 2 tomas/día en crisis agudas de migraña. (IMSS: tab soluble de 300 mg y tab de 500 mg). | C (Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997) |
| E | Naproxeno es uno de los medicamentos de primera línea para ataques de migraña leves o moderados | 2 (Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine. 2000) |
| R | Prescribir naproxeno de 500 mg/día | B (Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine. 2000) |
| E | Amitriptilina tratamiento de segunda elección en los ataques de migraña. | 1 (Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine. 2000) |
| R | Cuando no hubo respuesta adecuada a los AINES, indicar amitriptilina 25 a 150 mg/día | A (Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine. 2000) |
| E | Amitriptilina para profilaxis de ataques de migraña | I (Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997) I (Guías de manejo de cefalea en urgencias basadas en la evidencia, Fundación Santa Fe Bogotá. 2004) |

| | | |
|---|--|---|
| R | Amitriptilina 10 a 150 mg por las noches de 3 a 6 meses, máximo 9 meses | C (Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997) |
| E | Fluoxetina es de segunda elección en caso de respuesta inadecuada a AINES | A (Guías de manejo de cefalea en urgencias basadas en la evidencia, Fundación Santa Fe Bogotá. 2004) |
| R | Fluoxetina de 20 a 40 mg/día | 2 (Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine. 2000) |
| E | Metoprolol es útil para la profilaxis de ataques de migraña | B (Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine. 2000) |
| R | Metoprolol de 100 a 200 mg/día (vigilar efectos secundarios) | I (Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997) |
| E | Propranolol es útil para la profilaxis de ataques de migraña | C (Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997) |
| R | Propranolol de 40 mg/día e incrementar a dosis respuesta (vigilar efectos secundarios) | I (Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997) |
| E | Verapamilo es útil para la profilaxis de ataques de migraña | I (Guías de manejo de cefalea en urgencias basadas en la evidencia, Fundación Santa Fe Bogotá. 2004) |
| | | C (Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997) |
| | | A (Guías de manejo de cefalea en urgencias basadas en la evidencia, Fundación Santa Fe Bogotá. 2004) |
| | | I (Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997) |
| | | II (Guías de manejo de cefalea en urgencias |

R

Verapamilo de 240 a 320 mg/día

basadas en la evidencia, Fundación Santa Fe Bogotá. 2004)

C

(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

B

(Guías de manejo de cefalea en urgencias basadas en la evidencia, Fundación Santa Fe Bogotá. 2004)

E

Sumatriptán es útil en el alivio de los ataques de migraña en el transcurso de una hora (Nota: en el IMSS medicamento de segundo nivel).

I

(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

R

Sumatriptán 50-100 mg vía oral o 6 mg vía subcutánea. Si hay recurrencia repetir en 24 hrs una vez si es subcutánea o dos veces si es oral.

A

(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

E

Sumatriptán presenta interacción medicamentosa con dehidroergotamina o ergotamina

III

(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

R

No indicar sumatriptán dentro de las 24 horas posteriores de haber administrado dihidroergotamina o ergotamina

A

(Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. 1997)

4.4.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación

✓/R

Se han reportado alivio de síntomas con compresas frías en cabeza y cuello

Nivel / Grado

✓

Buena Practica

| | | |
|------------|---|---------------------|
| R | Se recomienda 3 veces al día, por 10 minutos en los días que presente el ataque agudo. | |
| ✓/R | Se ha reportado alivio de síntomas como fotofobia y / o fonofobia cuando se aísla el paciente y se evitan estos estímulos. | ✓ Buena Practica |
| R | Evitar lugares con ruido y / o luz intensa | |
| ✓/R | Incapacidad en pacientes asegurados dependiendo de la severidad | ✓ Buena Practica |
| R | Se recomienda otorgar incapacidad temporal para el trabajo de 1 a 3 días, sólo en los cuadros severos (ver Cuadro 10. Incapacidades). | |

4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

4.5.1 CRITERIOS TÉCNICAS MÉDICOS DE REFERENCIA

4.5.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

| Evidencia / Recomendación | Nivel / Grado |
|--|---|
| <div style="text-align: center; border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; background-color: #4a86e8; color: white; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;">E</div> <p>La cefalea con nivel de "estatus" (severa y mayor de 72 hrs.) se considera incapacitante y requiere manejo inmediato en urgencias.</p> | <p>III (GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)</p> |
| <div style="text-align: center; border: 1px solid green; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; background-color: #76e82a; color: white; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;">R</div> <p>Enviar al servicio de urgencias</p> | <p>C (GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)</p> |

E

Hay varios factores de riesgo sugestivos de que la causa de la cefalea sea seria y que requiera tratamiento urgente.

R

Enviar al servicio de urgencias cuando:

- Sea la primera cefalea o la peor en la vida del paciente, particularmente si es de inicio súbito.
- Un cambio en frecuencia, severidad o características clínicas del ataque al que el paciente está acostumbrado comúnmente
- Un nuevo ataque de cefalea en pacientes de edad media o mayores de 55 años o un cambio significativo en la cefalea de larga duración
- Cambios en la agudeza visual, campo visual o diplopia
- La ocurrencia de una cefalea nueva progresiva que persiste durante días
- La precipitación del dolor de cabeza con las maniobras de Valsalva (tos, estornudo o agacharse).
-

E

La presencia de los siguientes síntomas y signos son motivo de envío a otro servicio:

- Síntomas sistémicos; tales como: mialgias, fiebre, malestar general, pérdida de peso, claudicación mandibular.
- Síntomas y signos neurológicos focales o confusión, convulsiones o cualquier alteración de la conciencia.
-

R

Envió a urgencias

E

En ocasiones la cefalea se clasifica como secundaria y se sospecha una causa subyacente que amerita valoración urgente.

IV

(Guías de manejo de cefalea en urgencias basadas en la evidencia, Fundación Santa Fe Bogotá. 2004)

C

(Guías de manejo de cefalea en urgencias basadas en la evidencia, Fundación Santa Fe Bogotá. 2004)

II

(Guías de manejo de cefalea en urgencias basadas en la evidencia, Fundación Santa Fe Bogotá. 2004)

B

(Guías de manejo de cefalea en urgencias basadas en la evidencia, Fundación Santa Fe Bogotá. 2004)

Consenso del grupo que elaboró la presente guía

R

Valorar el realizar estudios complementarios para el diagnóstico o enviar a segundo nivel vía ordinaria o urgente.

E

Son criterios de envío a la consulta de segundo nivel:

- Cefalea con síntomas clínicos no característicos de cefaleas crónicas primarias (migraña o cefalea de tensión).
- Presencia de síntomas anormales en la exploración neurológicas o presencia de síntomas deficitarios neurológicos asociados a cefalea
- Persistencia de cefalea tras la administración de tratamientos sintomáticos y preventivos adecuados.
- Modificaciones no aclaradas de las características clínicas de la cefalea.
- Sospecha clínica de cefalea secundaria.
- Cefalea complicada con abuso de fármacos.

R

Envío a medicina interna o neurología con Rx cráneo-cervical y estudios de laboratorio básico (biometría y química sanguíneas).

E

El apoyo psicológico en estados de ansiedad y depresión ayuda al manejo integral de la cefalea tensional y migraña.

R

Envío a psicología y/o psiquiatría.

III
(Guía de actuación clínica en A. P. Pedrera. 2006)

C
(Guía de actuación clínica en A. P. Pedrera. 2006)

Consenso del grupo que elaboró la presente guía

4.6 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



En cefalea tensional el seguimiento es abierto y dependerá de la evolución, recurrencia y demanda de servicio del paciente.

✓
Buena Practica



Orientar al paciente para que acuda a consulta en caso de cefalea y explicar signos de alarma y medidas de prevención.



En cefalea sin respuesta al tratamiento descartar causa subyacente

✓
Buena Practica



Considerar estudios de laboratorio y gabinete y/o envío a segundo nivel a la brevedad posible (Ver cuadro 8.- Referencias).



El paciente con migraña requiere tratamiento de profilaxis para disminuir la frecuencia y severidad de los ataques. Se sugieren algunas opciones que quedan a criterio y disponibilidad de recursos del médico y paciente.

✓
Buena Practica



Se proponen algunas opciones:
1. Cita de 24 a 48 hrs. después del ataque migrañoso
2. Cita al mes del ataque migrañoso (con Rx y laboratorio de control)
3. Cita abierta o cuando se presente el próximo ataque migrañoso.



El manejo profiláctico de los ataques de migraña se realiza con citas periódicas (cada 2 a 3 meses).

✓
Buena Practica

R

Citar al paciente con migraña para la prescripción farmacológica profiláctica durante 6-9 meses (Ver cuadro 6.-Tratamiento farmacológico)

4.7 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La cefalea “severa” o “estatus” (severa y mayor de 72 hrs.) se considera incapacitante para las actividades de la vida diaria y laborales.

III
(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)

R

Expedir certificado de incapacidad temporal para el trabajo de 1 a 3 días dependiendo de la severidad

C
(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)

E

En cuadros severos y con falta de respuesta a tratamiento (que no se recuperan después de 72 hrs.) se considera incapacitante.

III
(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)

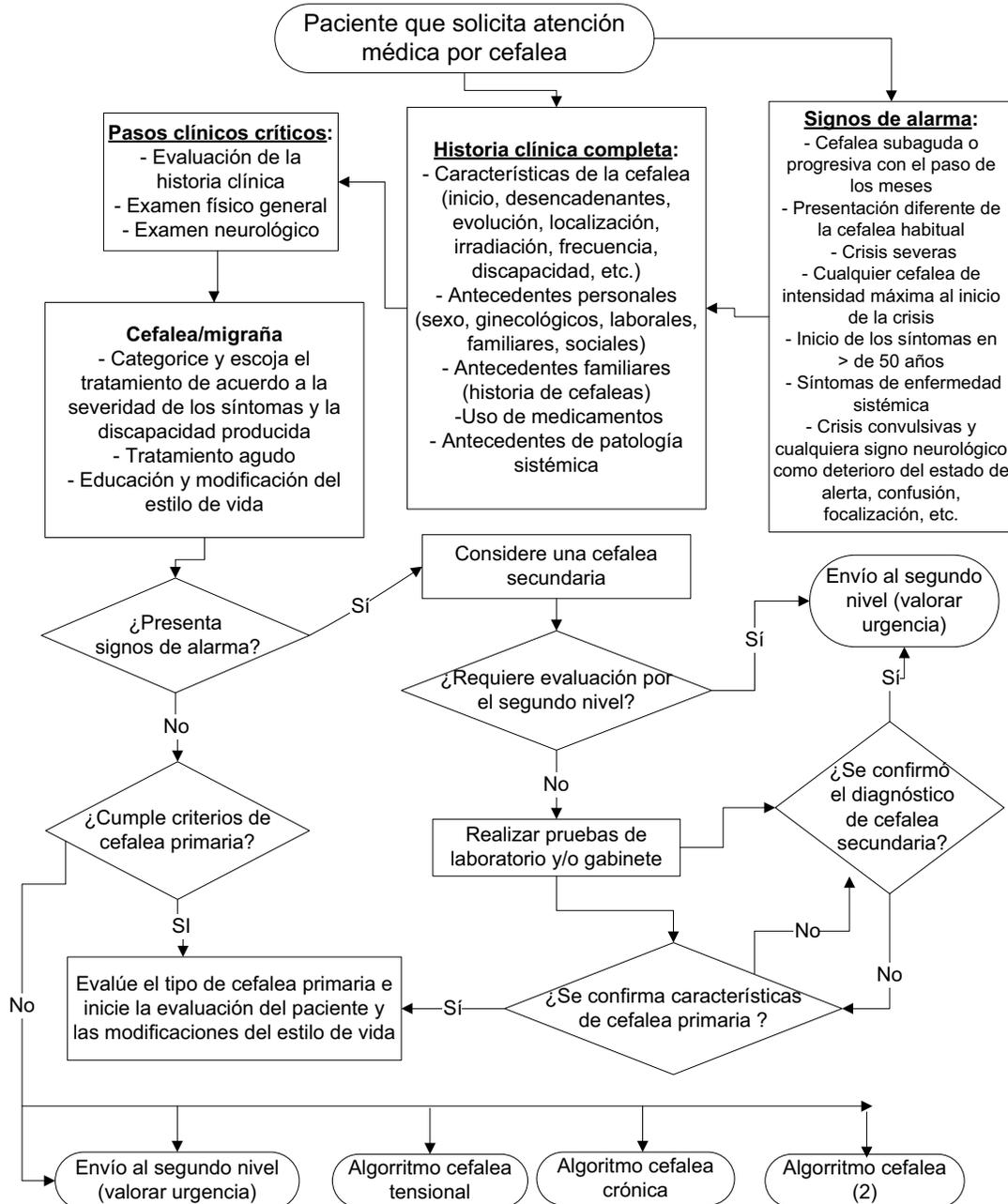
R

Revalorar la continuidad de incapacidad y valorar envío a segundo nivel (ver cuadro 8 referencias). Los días dependerán de la severidad y de la proximidad de su cita al segundo nivel (cita preferente/urgente).

C
(GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social. 2005)

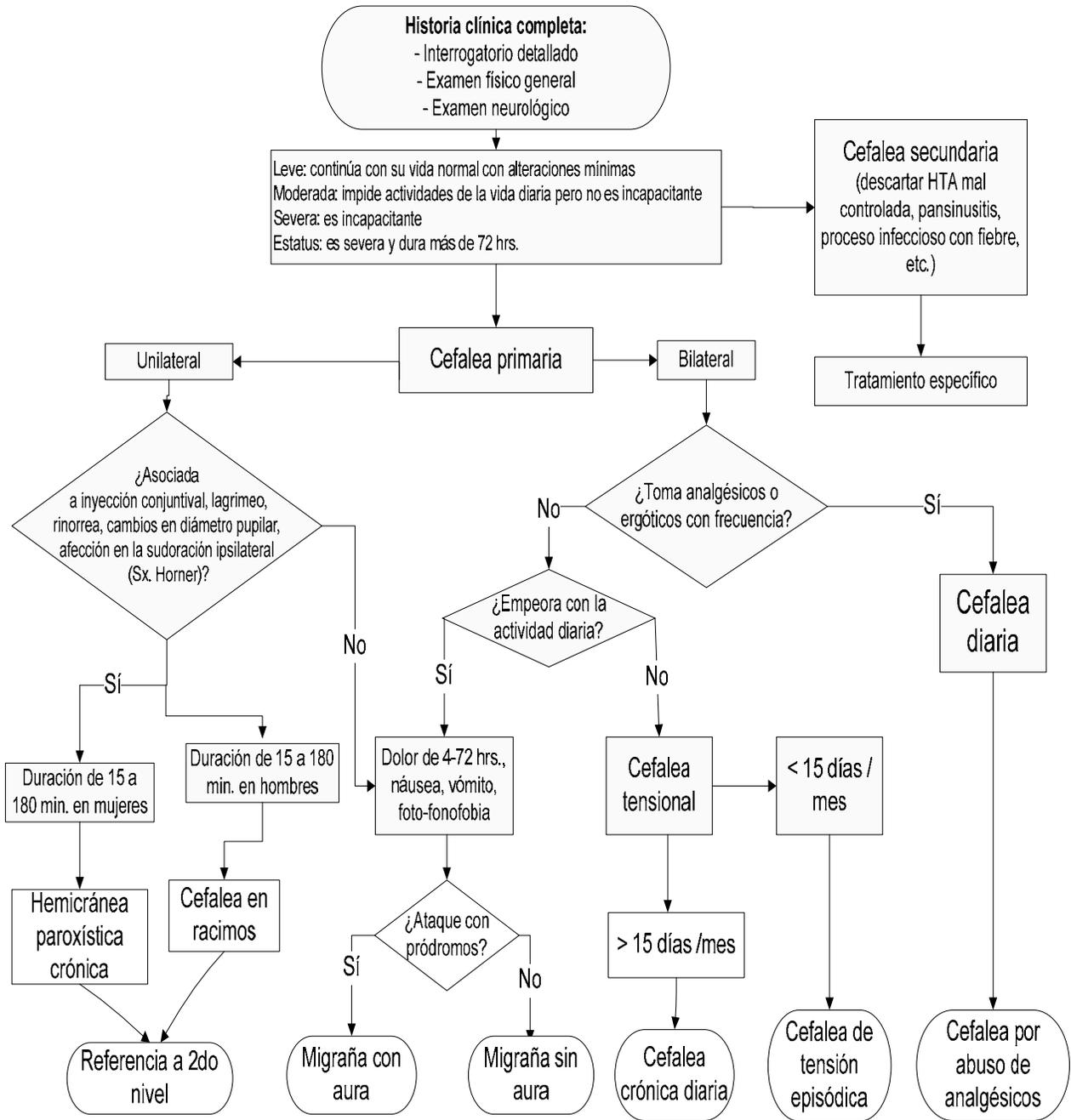
ALGORITMOS

Algoritmo 1
Diagnóstico de las crisis de cefalea



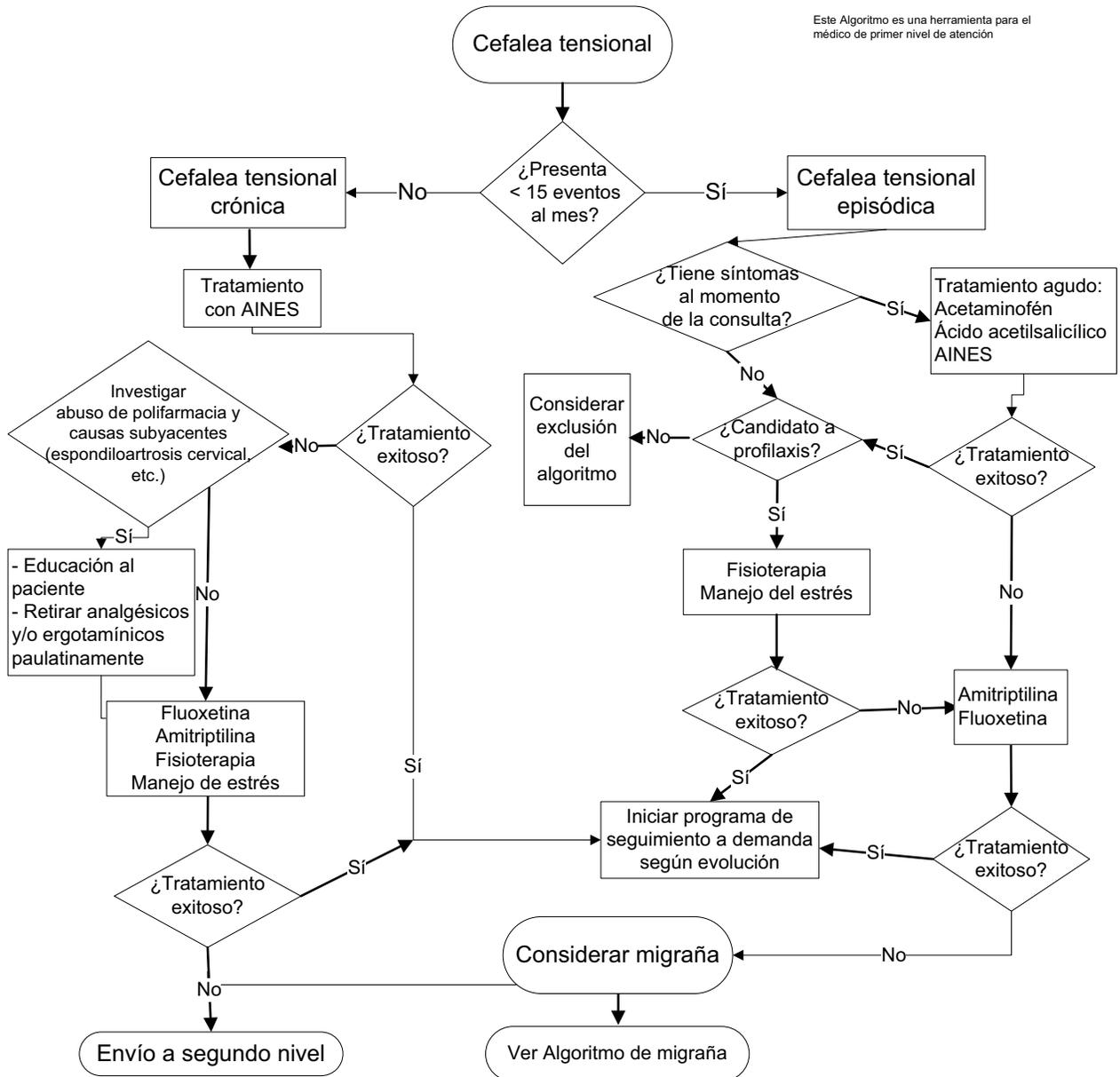
Tomado y adaptado: Tratamiento de cefalea & migraña de CCSS, 2005
Consenso de expertos IMSS Oaxtepec, 2008

Algoritmo 2 Diagnóstico de cefalea/migraña



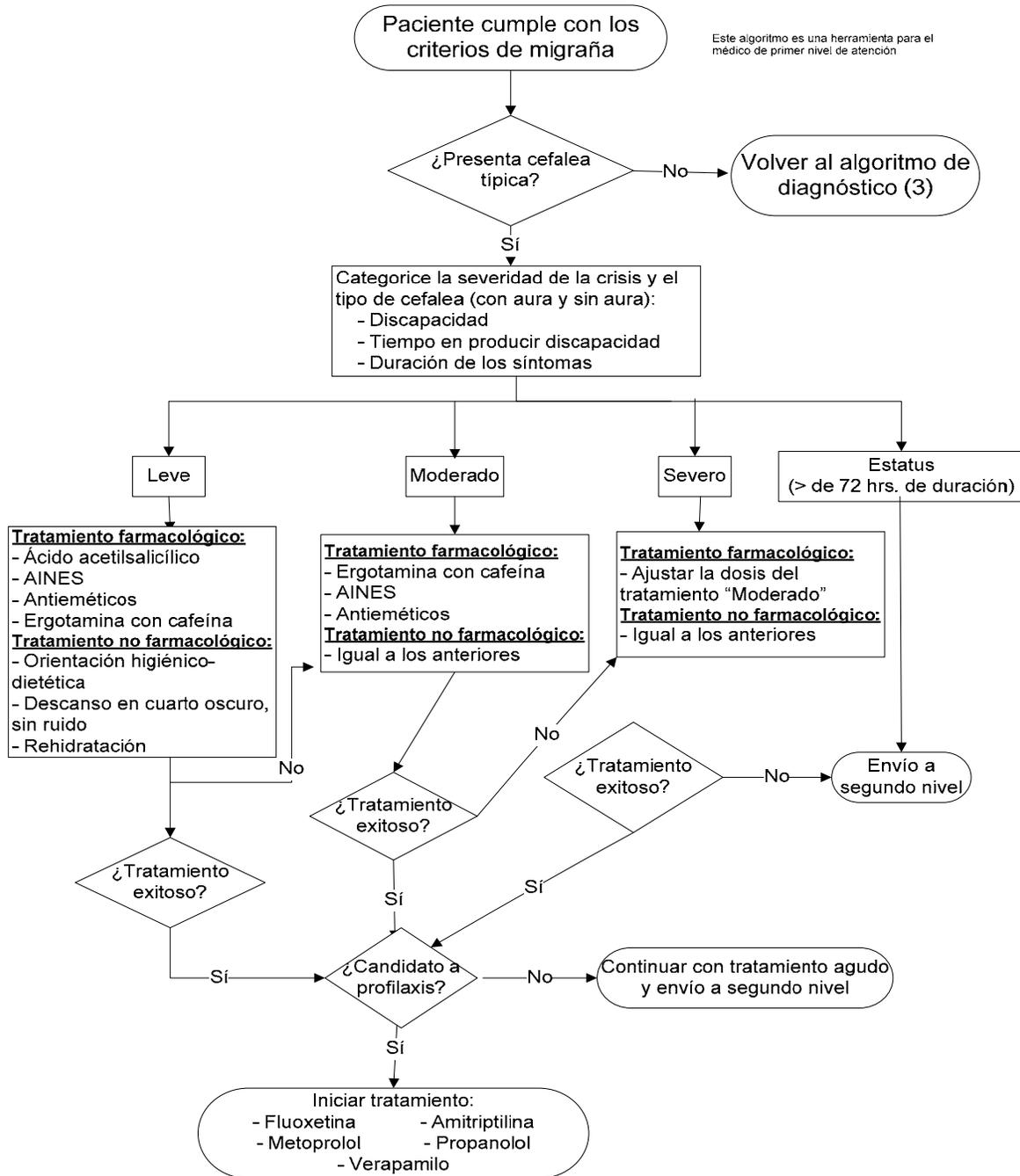
Adaptado de: Guías de Actuación Clínica en A.P. Pedrera CV, et al 2006
Consenso de expertos IMSS, Oaxtepec 2008

Algoritmo 3 Tratamiento de cefalea tensional



Adaptado de: Diagnosis and Treatment of Headache (ICSI), 2007
 Consenso de expertos IMSS, Oaxtepec 2008

Algoritmo 4 Tratamiento de migraña



Tomada y adaptado Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la construcción de Guías de Práctica Clínica y Guía de Actuación Clínica en AP. Cefaleas.

5. DEFINICIONES OPERATIVAS

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 en racimos: subtipo de cefalea con dolor intenso, unilateral, supraorbitario o sobre la región temporal que dura de 15 a 180 minutos (sin tratamiento del dolor) y que se acompaña de al menos un signo clínico homolateral al dolor: hiperemia conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración en frente y cara, miosis, ptosis, edema palpebral.

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.

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

6. ANEXOS

6.1 PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre abordaje, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de cefalea en población mayor de 18 años.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre cefalea y migraña en las siguientes bases de datos: Fistera, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

Idioma inglés y español

Metodología de medicina basada en la evidencia

Consistencia y claridad en las recomendaciones

Publicación reciente

Libre acceso

Se encontraron guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

GPC de Cefalea & Migraña, Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS, 2005).

Pryse-Phillips WEM, et al. Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice (1997).

Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Health care guideline for patients and families (2007).

Ramadan NM, for US Headache Consortium (USEC). Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine (2000).

Pedraza CV, et al Cefaleas. Guía de Actuación Clínica en A. P. (2006).

MIPCA guidelines for the management of migraine in primary care (2004).

British Association for the Study of Headache (BASH). Guidelines for all healthcare professionals in the diagnosis and management of migraine, tension-type, cluster and medication overuse headache (2007).

Guías de manejo de cefalea en urgencias basadas en la evidencia, Fundación Santa Fe Bogotá (2004).

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: headache, migraine, cefalea, migraña, tensional headache

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

Sin embargo, ninguna información de las referencias más actualizadas fue necesario incluir para cambiar algunas de las recomendaciones de las versiones actuales de las guías.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo ✓ y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

6.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

Buena práctica clínica

| | |
|---|---|
| ✓ | Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor. Para la elaboración y modificación de la presente guía se reunió un grupo de expertos médicos familiares y un equipo redactor-editorial del 21 al 25 de abril en Oaxtepec, Morelos. |
|---|---|

Niveles de evidencia para tratamiento Guía Tratamiento de cefalea & migraña, CCSS 2005

| Grado de recomendación | Nivel de evidencia | Fuente |
|------------------------|--------------------|---|
| A | 1a | Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios |
| | 1b | Ensayo clínico aleatorio individual |
| | 1c | Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación (all or none*) |
| B | 2a | Revisión sistemática de estudios de cohorte |

| | | |
|---|----|---|
| | 2b | Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad |
| | 2c | Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos |
| | 3a | Revisión sistemática de estudios caso-control, con homogeneidad |
| | 3b | Estudios de caso-control individuales |
| C | 4 | Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad |
| D | 5 | Opinión de expertos sin valoración crítica explícita |

* Todos o ninguno: se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

Definición de niveles de evidencia y clases de recomendaciones utilizadas
Pryse-Phillips WEM, et al. Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice

| Nivel de evidencia | Definición |
|-------------------------|--|
| I | Evidencia de al menos 1 ensayo clínico aleatorizado |
| II - 1 | Evidencia de estudios de cohorte o casos y controles bien diseñados, generalmente de más de un centro o grupo de investigación |
| II - 2 | Evidencia de ensayos controlados bien diseñados pero sin aleatorización |
| II - 3 | Resultados dramáticos de experimentos no controlados |
| III | Opiniones de expertos, hallazgos de estudios descriptivos o reportes de comités de expertos |
| Clases de recomendación | Definición |
| A | Buena evidencia para apoyar el procedimiento o la intervención |
| B | Evidencia moderada para apoyar el procedimiento o la intervención |
| C | Evidencia pobre para apoyar el procedimiento o la intervención |
| D | Evidencia moderada de que el procedimiento o tratamiento no debe usarse |
| E | Buena evidencia de que el procedimiento o tratamiento no debe usarse |

Definición de niveles de evidencia y clases de recomendaciones utilizadas
Guías de Manejo de Cefaleas en Urgencias basadas en la evidencia. Fundación Santa Fé, Bogotá, 2004.

| Nivel de evidencia | Definición |
|---|---|
| I | Evidencia basada en un experimento clínico aleatorizado que tenga adecuado control de errores, además de intervalos de confianza aceptables; también de un meta-análisis de calidad, con estudios homogéneos. |
| II | Evidencia proveniente de un experimento clínico aleatorizado sin control adecuado de errores, o sin intervalos de confianza aceptables o también a partir de meta-análisis en el que los estudios no sean homogéneos o no sean de alta calidad. |
| III - 1 | Experimentos clínicos controlados pero no aleatorizados |
| III - 2 | Estudios de casos y controles o estudios de cohortes |
| III - 3 | Estudios de cohortes con controles históricos o series de tiempo |
| IV | Opinión de autoridades respetadas, o con base en experiencia clínica no cuantificada, o informes de comités de expertos. Igualmente proveniente de series de casos. |
| Grados de recomendación | |
| Evidencia satisfactoria que sustenta la recomendación del tratamiento. Basada en nivel de evidencia I. | |

| |
|---|
| Evidencia razonable que sustenta la recomendación del tratamiento. Basada en nivel II de evidencia. |
| Poca o pobre evidencia que sustenta la recomendación del tratamiento. Basada en niveles III o IV de evidencia. |
| Evidencia razonable que sustenta la recomendación de no realizar tratamiento. Basada en niveles II, III-1 o III-2. |
| Evidencia satisfactoria que sustenta la recomendación de no realizar tratamiento. Basada en nivel de evidencia I. |

Cuadro I. La Escala Modificada de Shekelle y Colaboradores

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

| Categoría de la evidencia | Fuerza de la recomendación |
|---|---|
| Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios | A. Directamente basada en evidencia categoría I |
| Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios | |
| IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoridad | B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I |
| IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte | |
| III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas | C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II |
| IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas | D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III |

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

6.3. CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

Tabla 1. Clasificación Internacional de Cefaleas, 2da edición

| | | |
|--------------------|--|---|
| Cefaleas primarias | <ol style="list-style-type: none"> Migraña, incluyendo: Migraña sin aura Migraña con aura Cefalea tensional, incluye: Episódica no frecuente Episódica frecuente Tensional crónica | <ol style="list-style-type: none"> Cefalea en racimos y otras cefaleas trigeminales autonómicas, incluye: Cefalea en racimos Otras cefaleas primarias |
|--------------------|--|---|

| | | |
|-----------------------------|--|---|
| Cefaleas secundarias | <p>4. Cefalea atribuida a traumas de cabeza y/o cuello, incluye: Crónica postraumática</p> <p>6. Atribuida a desorden vascular craneal o cervical, incluye: 6.1 Hemorragia subaracnoidea 6.2 Arteritis de células gigantes</p> <p>7. Atribuida a desorden intracraneal no vascular, incluye: 7.1 Hipertensión intracraneal idiopática 7.2 Neoplasia intracraneal</p> <p>8. Atribuida a una sustancia o a su retiro, incluye:</p> | <p>8.1 Monóxido de carbono</p> <p>8.2 Alcohol</p> <p>8.3 Abuso de medicamentos (ergotamina, triptanos, analgésicos)</p> <p>9. Atribuida a infección, incluye: 9.1 Infección intracraneal</p> <p>10. Atribuida a desorden de homeostasis</p> <p>11. Cefalea o dolor facial atribuidos a desorden del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales, incluye: 11.1 Cefalea cervicogénica 11.2 Glaucoma agudo</p> <p>12. Desorden psiquiátrico</p> |
| Neuralgias y otras cefaleas | <p>13. Neuralgias craneales, dolor facial central y primario y otras cefaleas, incluye: 13.1 Neuralgia del trigémino</p> | <p>14. Otras cefaleas, neuralgias craneales, dolores faciales centrales o primarios</p> |

Fuente: Tabla simplificada y modificada a partir de la Clasificación IHS.

Tabla 2. Clasificación de la migraña

| | |
|---|--|
| 1.- Migraña | |
| 1.1 Migraña sin aura | 1.3 Migraña oftalmopléjica |
| 1.2 Migraña con aura | 1.4 Migraña retinal |
| 1.2.1 Migraña con aura típica | 1.5 Síndromes periódicos infancia precursores asociados de migraña |
| 1.2.2 Migraña con aura prolongada | 1.5.1 Vértigo paroxístico benigno de la infancia |
| 1.2.3 Migraña familiar hemipléjica | 1.6 complicaciones de la migraña |
| 1.2.4 Migraña Basilar | 1.6.1 Status migrañoso |
| 1.2.5 Migraña aura sin cefalea | 1.6.2 Infarto migrañoso |
| 1.2.6 Migraña con aura de inicio súbito | |

Fuente: Headache classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988; 8 (supp. 7):196.

6.4. MEDICAMENTOS

Cuadro II. Medicamentos Indicados en el Tratamiento de Cefalea Tensional y Migraña

| Clave | Principio Activo | Dosis recomendada | Presentación | Tiempo de uso (período de uso) | Efectos adversos | Interacciones | Contraindicaciones |
|-------|--|--|------------------------------|--------------------------------|---|--|--|
| 0104 | Paracetamol | 650 a 1300 mg/cada 4 hrs; máximo dos dosis en crisis aguda | Tabletas de 500 mg. | El indicado (promedio 10 días) | Reacciones de hipersensibilidad: erupción cutánea, neutropenia, pancitopenia, necrosis hepática, necrosis tubulorrenal e hipogluceemia | El riesgo de hepatotoxicidad al paracetamol aumenta en pacientes alcohólicos y en quienes ingieren medicamentos inductores del metabolismo como: fenobarbital, fenitoína, carbamazepina | Hipersensibilidad al fármaco, disfunción hepática e insuficiencia renal grave. |
| | Ibuprofeno para cefalea tensional | 400 a 1200 mg/día 2 a 6 hrs sin exceder de 10 días | Tabletas de 400 mg. | 24 a 48 hrs. | Erupción cutánea, cefalea, vértigo, somnolencia, diarrea, náusea, vómito | Administración conjunta con otros AINES incrementa riesgo de úlcera y sangrado. Disminuye efecto antihipertensivo de IECA y diuréticos | Hipersensibilidad al fármaco, úlcera péptica activa |
| | Ibuprofeno para migraña en crisis agudas | 400 a 1200 mg cada 2 a 6 hrs sin exceder de 10 días | Tabletas de 400 mg. | Hasta 10 días. | Erupción cutánea, cefalea, vértigo, somnolencia, diarrea, náusea, vómito | Administración conjunta con otros AINES incrementa riesgo de úlcera y sangrado. Disminuye efecto antihipertensivo de IECA y diuréticos | Hipersensibilidad al fármaco, úlcera péptica activa |
| 0103 | Ácido acetilsalicílico | 650 a 1300 mg cada 4 hrs en dos tomas | Tabletas solubles de 300 mg. | 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. | Prolongación del tiempo de sangrado, tinnitus, pérdida de la audición, náusea, vómito, hemorragia gastrointestinal, hepatitis tóxica, equimosis, exantema, asma bronquial, reacciones de hipersensibilidad | Hipersensibilidad al fármaco, úlcera péptica o gastritis activas, hipoprotrombinemia |

Manejo de Cefalea Tensional y Migraña en el Adulto

| | | | | | | | |
|------|------------------------|--|-----------------------------------|--------------------------------|--|--|---|
| 0101 | Ácido acetilsalicílico | 650 a 1.300 mg cada 4 hrs en dos tomas | Grageas con capa entérica 500 mg. | 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 | Prolongación del tiempo de sangrado, tinnitus, pérdida de la audición, náusea, vómito, hemorragia gastrointestinal, hepatitis tóxica, equimosis, exantema, asma bronquial, reacciones de hipersensibilidad | Hipersensibilidad al fármaco, úlcera péptica o gastritis activas, hipoprotrombinemia, |
| 3407 | Naproxeno | 500 mg/día | Tabletas de 250 mg. | 24 a 48 hrs. | 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 | Hipersensibilidad al fármaco, hemorragia gastrointestinal, úlcera péptica, insuficiencia renal y hepática, lactancia. |
| 3305 | Amitriptilina | 25 a 150 mg/día para cefalea tensional y migraña aguda | Tabletas de 25 mg | 3 a 4 semanas | Xerostomía, hiperpirexia, retención urinaria, dilatación del tracto urinario, constipación, visión borrosa, trastornos en la acomodación visual, midriasis | Alcohol etílico, anticolinérgicos, antiirróideos, antidepresivos IMAO, antihistamínicos, antihipertensivos, antipsicóticos, barbitúricos, carbamazepina, dextrop ropoxifeno, diazepam | Hipersensibilidad a los antidepresivos tricíclicos; así como, durante la administración simultánea con inhibidores de la monoaminooxidasa, ingesta de alcohol, lactancia y embarazo |
| 3305 | Amitriptilina | 10 a 150 mg por las noches como profiláctico. | Tabletas de 25 mg | 3 a 6 meses, máximo 9 meses | Xerostomía, hiperpirexia, retención urinaria, dilatación del tracto urinario, constipación, visión borrosa, trastornos en la acomodación visual, midriasis | Alcohol etílico, anticolinérgicos, antiirróideos, antidepresivos IMAO, antihistamínicos, antihipertensivos, antipsicóticos, barbitúricos, carbamazepina, dextrop ropoxifeno, diazepam | Hipersensibilidad a los antidepresivos tricíclicos; así como, durante la administración simultánea con inhibidores de la monoaminooxidasa, ingesta de alcohol, lactancia y embarazo |
| 4483 | Fluoxetina | 20 a 40 mg/día | Tabletas 20 mg. | 3 a 4 semanas | Cefalea, nerviosismo, insomnio, somnolencia, agitación. ataxia, apatía | Aumenta efecto con otros antidepresivos. No dar con triptófano o litio | Administrar conjuntamente con otro medicamento inhibidor de la monoaminooxidasa (IMAO) No administrar en menores de 14 años, lactancia y embarazo |

Manejo de Cefalea Tensional y Migraña en el Adulto

| | | | | | | | |
|------|------------------------|-------------------------|---------------------|---|---|---|---|
| 2673 | Ergotamina con cafeína | 1 a 2 mg 3 veces al día | Tabletas 1 mg/100mg | En el ataque agudo máximo 10 tabletas en una semana | Náusea, vómito, taquicardia, parestias en las extremidades inferiores, dolor precordial y edema. | Con adrenérgicos aumentan sus efectos adversos. | Hipersensibilidad al fármaco. Enfermedad vascular periférica, hipertensión arterial, septicemia, insuficiencia hepática o renal, enfermedad coronaria. |
| 0572 | Metoprolol | 100 a 200 mg/día | Tabletas 100 mg | 3 a 6 meses | Hipotensión arterial, bradicardia, fatiga, depresión, diarrea, cefalea. | Bradicardia y depresión de la actividad miocárdica con digitalicos. Verapamilo disminuye su biotransformación hepática. Indometacina reduce el efecto hipotensor. | Hipersensibilidad fármaco, retardo en la conducción aurículoventricular, insuficiencia cardiaca. |
| 0530 | Propranolol | 40 a 240 mg/día | Tabletas 40 mg | 3 a 6 meses | Bradicardia, hipotensión, estreñimiento, fatiga, depresión, insomnio, alucinaciones, hipoglucemia, broncoespasmo, hipersensibilidad | Con anestésicos, digitalicos o antiarrítmicos aumenta la bradicardia. Con anticolinérgicos se antagoniza la bradicardia. AINES bloquean el efecto hipotensor. | Hipersensibilidad al fármaco, insuficiencia cardiaca, asma, retardo de la conducción aurículoventricular, bradicardia, diabetes, síndrome de Reynaud, hipoglucemia. |
| 0596 | Verapamilo | 240 a 320 mg/día | Tabletas 80 mg. | 3 a 6 meses | Náusea, mareo, cefalea, rubor, hipotensión arterial, estreñimiento, edema. | Con betabloqueadores se favorece la hipotensión e insuficiencia cardiaca; la ranitidina y eritromicina disminuye su biotransformación. | Hipersensibilidad al fármaco, lactancia, choque cardiogénico, bloqueo aurículoventricular, hipotensión arterial, asma y betabloqueadores. |
| 4357 | Sumatriptán | 6 mg/día | Jeringas con 6 mg | Dosis única (máximo 2, vía subcutánea) | Somnolencia, náusea, vómito, taquicardia, eritema, vértigo. | Puede aumentar la concentración plasmática de fenitoina, no ingerir simultáneamente con alcohol ó depresores del sistema nervioso central. | Hipersensibilidad al fármaco. |

7. BIBLIOGRAFÍA

1. British Association for the Study of Headache (BASH). Guidelines for all healthcare professionals in the diagnosis and management of migraine, tension-type, cluster and medication overuse headache. www.bash.org.uk 2007 (consultada el 3 de abril de 2008). Writing Committee: Steiner TJ, MacGregor EA, Davies PTG, 2007.
2. Criterios Técnicos y Recomendaciones basados en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica para el Primer y Segundo Nivel de Atención. Tratamiento de Cefalea & Migraña. Dirección de Medicamentos y Terapéutica, Caja Costarricense de Seguro Social, 2005.
3. Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
4. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-2425.
5. Fundación Santa Fé de Bogotá. Guías de manejo de cefalea en urgencias basadas en la evidencia, 2004
http://www.abcmedicus.com/articulo/medicos/id/292/pagina/1/guias_manejo_cefalea.html (consultada en abril 2008)
6. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 1996;107:377-382.
7. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. *JAMA* 1993; 270 (17): 2096-2097.
8. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ*. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006]
9. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 1988; 8 (supp. 7):196.
10. IMSS Base SUI-27 del 2006, Estadísticas del IMSS.
11. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Health care guideline for patients and families. www.icsi.org 2007 (consultada el 3 de abril de 2008).
12. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 1995;105:740-743.
13. Lainez JM. Prevalencia de la migraña en el medio laboral y su repercusión económica. *Rev. Esp. Med. Trab.* 1995; (Supl 1):3-9.

14. MIPCA guidelines for the management of migraine in primary care. MIPCA, number 8, January 2004.
15. Morillo LE, Alarcon F, Aranaga N, Aulet S, Chapman E, Conterno L, Estevez E, Garcia-Pedroza F, Garrido J, Macias-Islas M, Monzillo P, Nunez L, Plascencia N, Rodriguez C, Takeuchi Y; Latin American Migraine Study Group. Prevalence of migraine in Latin America. *Headache*. 2005 Feb; 45(2):106-17.
16. National Institute for Clinical Excellence (NICE), 2005.
17. Pedrera CV, Miralles PMJ, Lainez AJM. Cefaleas. Guía de Actuación Clínica en Atención Primaria. <http://www.san.gva.es/docs/dac/guiasap09cefaleas.pdf> 2006 (consultada el 3 de abril de 2008).
18. Prat J, Baos V, Castillo J, Ezpeleta D, García ML, Jauma S et al. MSD. Taller de Migrañas, 1999.
19. Pryse-Phillips WEM, et al. Guidelines for the diagnosis and management of migraine in clinical practice. *Can Med Assoc J* 1997;156:1273-87.
20. Ramadan NM, Silberstein SD, Freitag FG, Gilbert TT, Frishberg BM, for the US Headache Consortium. Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management for prevention of migraine. *American Academy of Neurology*, April 25, 2000. www.aan.com/professionals/practice/pdfs/g0086.pdf (consultada el 3 de abril de 2008).
21. Rasmussen BJ, Jensen R, Schroll M, Obsen J. Epidemiology of headache in a general population - a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991;44:1147-1157.
22. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-72.
23. Steiner TJ, Scher AI, Stewart WF, Kolochner K, Liberman J, Lipton PB. The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity. *Cephalalgia* 2003;23:519-527.
24. Subcomité para la Clasificación de la Sociedad Internacional de Cefalea. The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. *Cephalalgia* 2004;24(Suppl 1):1-160.
25. Titus F, Acarín N, Dexeus S. Cefalea. 2 ed. 1999. Ediciones Harcourt, S.A.

8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

| | |
|---------------------------------|---|
| Srita. Laura Fraire Hernández | Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE |
| Srita. Alma Delia García Vidal | Secretaria División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE |
| Sr. Carlos Hernández Bautista | Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE |
| Lic. Cecilia Esquivel González | Analista UMAE HE CMNR |
| Lic. Uri Iván Chaparro González | Analista UMAE HO CMN SIGLO XXI |

9. COMITÉ ACADÉMICO

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE
División de Excelencia Clínica
Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS

| | |
|--|---|
| Dr. Alfonso A. Cerón Hernández | Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad |
| Dr. Arturo Viniegra Osorio | Jefe de División |
| Dra. Laura del Pilar Torres Arreola | Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica |
| Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores | Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos |
| Dra. Rita Delia Díaz Ramos | Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos |
| Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra | Jefe de Área |
| Dra. María Luisa Peralta Pedrero | |
| Dr. Antonio Barrera Cruz | |
| Dra. Aidé María Sandoval Mex | |
| Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro | |
| Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete | Coordinadores de Programas Médicos |
| Dra. Yuribia Karina Millán Gámez | |
| Dr. Carlos Martínez Murillo | |
| Dra. Sonia P. de Santillana Hernández | |
| Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez | |
| Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez | Comisionadas a la División de Excelencia Clínica |
| Lic. María Eugenia Mancilla García | Coordinadora de Programas de Enfermería |
| Lic. Héctor Dorantes Delgado | Analista Coordinador |

10. DIRECTORIO

DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Francisco Javier Méndez Bueno
Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández
Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez
Coordinadora de Áreas Médicas

C.P. José Antonio García Aguirre
Delegado Estatal, Delegación Chihuahua, Ciudad Juárez Chihuahua

11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

| | |
|---|-----------------------------------|
| Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Innovación y Calidad | Presidenta |
| Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud | Titular |
| Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad | Titular |
| Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud | Titular |
| Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud | Titular |
| Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General | Titular |
| Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional | Titular |
| Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México | Titular |
| Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social | Titular |
| Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado | Titular |
| Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos | Titular |
| Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia | Titular |
| Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico | Titular |
| Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud | Titular |
| Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño | Titular |
| Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud | Titular |
| M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud | Titular y suplente del presidente |
| Dr. Franklin Libenson Violante Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México | Titular 2008-2009 |
| Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco | Titular 2008-2009 |
| Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas | Titular 2008-2009 |
| Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina | Titular |
| Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía | Titular |
| Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. | Asesor Permanente |
| Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC | Asesor Permanente |
| Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales | Asesor Permanente |
| Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C. | Asesor Permanente |
| Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C. | Asesor Permanente |
| Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud | Secretario Técnico |