

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN



"DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LAS CEFALÉAS PRIMARIAS EN EL ADULTO EN EL HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN"

	Nombre	Cargo	Fecha	Firma
Elaborado por:	Dr. Guillermo Orozco	MD, Neurólogo	5 /07/2019	
Revisado por:	Dr. Anibal Andrade	MD, Neurólogo	14/08/2019	
	Dr. Pablo Bastidas	MD, Neurólogo	14/08/2019	
	Dr. Ricardo Bedón,	MD, Internista	14/08/2019	
	Dr. Silvano Bertozzi	Coordinador Técnico de Áreas Clínicas.	14/08/2019	
	Dra. Gladys Quevedo	Directora Asistencial	26/08/2019	
Aprobado por:	Dr. Jorge Peñaherrera	Gerente General	30/09/2019	

"Los autores y los revisores declaran no tener conflictos de interés en la elaboración / revisión de este protocolo"



CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN:	3
2. OBJETIVO	4
OBJETIVO GENERAL	4
3. ALCANCE	4
4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS:	5
5. DIAGNOSTICO	7
6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	10
7. TRATAMIENTO	10
8. CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO	13
CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO	13
CRITERIOS DE INGRESO A TERAPIA INTENSIVA	13
8. BIBLIOGRAFÍA	14
9. ANEXOS	15
10. CONTROL DE CAMBIOS	15



1. INTRODUCCIÓN:

Las cefaleas son un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, razas, estatus económicos y zonas geográficas. La cefalea es uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso. Mientras que la cefalea tipo tensión episódica es la más común en estudios poblacionales, la migraña es el diagnóstico más común en pacientes que acuden a los médicos generales por cefalea. La prevalencia de un año de cefalea tipo tensión episódica es de aproximadamente 65 por ciento, pero la mayoría de ellos no acude al médico. Un estudio de dos centros de atención primaria en Brasil se encontró que la migraña fue la cefalea primaria más frecuente, con un 45% de pacientes que reportaron cefalea como síntoma aislado.

En un estudio poblacional hecho en 6 países de Latinoamérica, que estudió 8618 personas, residentes de comunidades urbanas de 15 o más años de edad, el 62% reportó cefalea, y la punto prevalencia ajustada a la edad a 1 año de migraña fue (mujeres/varones, %): Argentina 6.1/3.8, Brasil 17.4/7.8, Colombia 13.8/4.8, Ecuador 13.5/2.9, México 12.1/3.9, y Venezuela 12.2/4.7. La prevalencia de migraña fue más alta en mujeres entre 30 a 50 años. En el año previo al estudio, 42% de personas migrañosas reportaron haber consultado a un profesional de la salud a causa de sus cefaleas, más frecuentemente a un médico general. 65% de migrañosos no estaban diagnosticados como tales.

La migraña es una cefalea primaria que comúnmente causa discapacidad. Muchos estudios epidemiológicos han documentado su alta prevalencia e impactos socio-económico y personal. En el Estudio de Carga Global de Enfermedad 2010 (GBD2010), fue clasificada como el tercer desorden más prevalente en el mundo. En el GBD2015, fue la tercera causa más alta de discapacidad en el mundo tanto en varones como en mujeres por debajo de los 50 años.

Las cefaleas primarias más importantes son: la migraña, la cefalea tensional y la cefalea en racimos. En conjunto, son responsables de la mayoría de cefaleas y su tratamiento se centra en el manejo del dolor; las cefaleas secundarias son aquellas que pueden atribuirse directamente a enfermedades específicas tales como,



traumatismos infecciones eventos vasculares, malignidad, etc., y el manejo depende de las patología subyacente.

Las mujeres pierden en promedio hasta seis días al año por reposo en cama a causa de la migraña y el 93 por ciento de los días laborales perdidos se debe a ataques de dolor de cabeza, mientras que en los hombres la cifra es menor con un promedio de cuatro días perdidos al año, atribuyendo el 85 por ciento de su pérdida de días laborales a crisis de migraña.

Se realiza este protocolo para guiar a los médicos del Hospital General Docente de Calderón en el diagnóstico y manejo de las cefaleas primarias, cuando deban proceder a la toma de decisiones terapéuticas sin el soporte de un especialista en Neurología.

2. OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

- Estandarizar criterios para diagnóstico y tratamiento de las cefaleas primarias en el Hospital General Docente de Calderón.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir los criterios diagnósticos para las principales cefaleas primarias (IHCD3)
- Establecer criterios de alerta en pacientes con cefalea.
- Señalar las estrategias para el manejo

3. ALCANCE

Este documento está dirigido a los médicos generales y especialistas del área de hospitalización de medicina interna que atienden a pacientes adultos con cefalea primaria.



4. DEFINICIONES Y CONCEPTOS:

Cefalea: Es un síntoma que incluye a todo dolor localizado en el cráneo, la cefalea en la mayoría de los casos es una condición benigna, pero puede ser la manifestación inicial de una patología con riesgo vital.

Cefalea primaria: Son un grupo de cefaleas recurrentes y benignas, constituyen el principal campo de acción del médico de atención primaria. Las más frecuentes son migraña y cefalea tensional.

Cefalea secundaria: Son aquellas cefaleas atribuidas a una causa subyacente como enfermedades infecciosas, neoplásicas, inflamatorias, cerebrovasculares o traumáticas.

Migraña: Cefalea recurrente que se manifiesta con ataques que duran de 4 a 72 horas, de localización unilateral, calidad pulsátil, intensidad moderada a severa, que se agrava por la actividad física de rutina y se asocia a náusea, y/o fotofobia y fonofobia.

Cefalea tipo tensión: Subtipo de cefalea primaria más común. El dolor es típicamente bilateral, opresivo, y de intensidad leve a moderada. No se presentan náuseas y no se agrava con la actividad física.

Cefalea en racimos: Subtipo de cefalea primaria que predomina en varones, generalmente entre los 20 a los 50 años, la forma de presentación es de ataque de dolor unilateral de localización orbitaria, de intensidad muy alta.

AINES: Antiinflamatorios no esteroides, inhiben la actividad tanto de la ciclooxigenasa – 1 (COX-1) como ciclooxigenasa – 2 (COX-2) y por lo tanto la síntesis de prostaglandina y tromboxanos.

CÓDIGO: HGDC-PROT-DMCP

Paracetamol: Fármaco analgésico y antipirético perteneciente a la familia paraminofenoles, reduciéndose la síntesis de prostaglandina e inhibiendo la ciclooxigenasa, utilizado con frecuencia.

Opiáceo/opioide: Fármacos similares a la morfina con propiedades analgésicas.

Triptano: Agonista selectivo del receptor 5-HT que interviene en la contracción vascular craneal.

Antidepresivo tricíclico: Fármacos que interrumpen la recaptación de serotonina y norepinefrina

Betabloqueante: Producen un bloqueo de los receptores beta del sistema adrenérgico inhibiendo a la actividad simpática

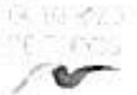
Ácido valproico: Antiepiléptico, aumenta los niveles cerebrales de GABA, disminuye los aminoácidos excitadores y modifica la conductancia del potasio.

Signos de alarma: Signos de alerta de compromiso vital del paciente o de la posibilidad de que exista una causa subyacente grave de la cefalea

Tomografía computarizada (TC): Técnica de imagen que usa rayos X y análisis computarizado de los mismos para la obtención de imágenes anatómicas en distintos planos de corte.

Imagen por resonancia magnética (IRM): Es una prueba de difícil acceso y realización en situaciones de urgencia. Como todas las técnicas de neuroimagen, estaría indicada en caso de sospecha de cefalea secundaria

Signos de focalidad neurológica: Signos de daño en un sitio específico del sistema nervioso



Aura: Síntomas o signos neurológicos focales que preceden a la instauración de la cefalea.

5. DIAGNOSTICO.

Cuadro clínico

El diagnóstico de las cefaleas primarias es eminentemente clínico. Al recopilar la historia clínica deben valorarse:

- Modo de inicio
- Agravantes
- Atenuantes
- tratamientos previos y respuesta a los mismos,
- frecuencia de uso de analgésicos
- calidad o carácter del dolor
- Periodicidad
- frecuencia
- Duración
- Síntomas acompañantes
- Antecedentes personales y familiares
- Medicamentos habituales
- Traumatismos
- Localización e irradiación
- Criterios diagnósticos para migraña, tensión y en racimos

Aura: Ataques recurrentes, que duran minutos, de síntomas del sistema nervioso central, completamente reversibles, unilaterales, de tipo visual, sensorial u otros, que se desarrollan gradualmente y que son usualmente seguidos de síntomas migrañosos.

Migraña sin aura

- A. Haber tenido por lo menos 5 ataques de cefalea que cumplan los criterios B-D
- B. Duración 4-72 h
- C. Al menos 2 de las siguientes:
 - 1) Localización unilateral
 - 2) Calidad pulsátil
 - 3) Intensidad moderada a severa
 - 4) Agravamiento por la actividad física de rutina
- D. durante la cefalea por lo menos 1 de los siguientes:
 - 1) Náusea y/o vómito



2) Fotofobia y fonofobia

E. No explicada por otro diagnóstico.

Migraña con aura

Criterios diagnósticos aura migrañosa

A. al menos 2 ataques que cumplan los criterios B a C

B. uno o más de los siguientes completamente reversibles síntomas de aura:

- 1) Visual
- 2) Sensorial
- 3) Habla y/o lenguaje
- 4) Motor
- 5) Tallo encefálico
- 6) Retiniano

C. al menos 3 de las siguientes 6 características:

- 1) Al menos 1 de los síntomas aurales se difunde en 5 o más minutos
- 2) 2 o más síntomas ocurren en sucesión
- 3) Cada síntoma individual de aura dura de 5 a 60 minutos
- 4) Al menos 1 síntoma es unilateral
- 5) Al menos 1 síntoma es positivo
- 6) El aura es acompañada, o seguida dentro de 60 minutos por cefalea

D. No explicado por otro diagnóstico.

Cefalea tipo tensión episódica infrecuente

Episodios infrecuentes de cefalea, típicamente bilateral, presionante en calidad y de intensidad leve a moderada, que dura minutos a días. El dolor no se empeora con la actividad física de rutina y no se asocia con náusea, aunque fotofobia o fonofobia pueden estar presentes.

Cefalea tipo tensión episódica infrecuente Criterios diagnósticos

A. Al menos 10 episodios de cefalea que ocurren menos de 1 día al mes en promedio y que cumplen los criterios B a D

B. Duración 30 minutos a 7 días

C. Al menos 2 de las siguientes características:

- 1) Bilateral
- 2) Opresiva (no pulsátil)
- 3) Intensidad leve a moderada
- 4) No agravada por la actividad física

D. ambos:

- 1) No náusea ni vómito
- 2) Fotofobia o fonofobia



- E. No explicada por otro diagnóstico

Cefalea tensional episódica frecuente Criterios diagnósticos:

1. Al menos 10 episodios de cefalea que ocurren de 1-14 días al mes por >3 meses y que cumplen los criterios B a D
2. Resto igual que cefalea tensión episódica infrecuente

Cefalea tensional crónica Criterios Diagnósticos :

1. Cefalea que ocurre ≥ 15 días al mes por >3 meses, cumpliendo criterios B-D
2. Dura horas a días, o es continua
3. Resto igual que cefalea tipo tensión episódica infrecuente

Cefalea en racimos

Ataques de dolor orbitario, supraorbitario, temporal o en cualquier combinación de estos sitios, que dura 15-180 minutos y que ocurre desde una vez pasando un día a ocho veces al día. El dolor está asociado a eritema conjuntival ipsilateral, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración de la frente o facial, miosis, ptosis y/o edema palpebral y/o con inquietud y agitación psicomotriz.

Cefalea en racimos Criterios diagnósticos:

- A. Al menos 5 ataques que cumplan criterios B a D
- B. Dolor severo unilateral orbitario, supraorbitario y/o temporal que dura 15-180 minutos (no tratado)
- C. Uno o ambos de los siguientes:
 1. Al menos uno de los siguientes síntomas o signos, ipsilaterales a la cefalea:
 - Eritema conjuntival y/o lagrimeo
 - Congestión nasal y/o rinorrea
 - Edema palpebral
 - Sudoración de la frente o facial
 - Miosis y/o ptosis
 2. Una sensación de inquietud o agitación psicomotriz
- D. Ocurred con una frecuencia de entre una pasando un día y 8 por día
- E. No mejor explicado por otro diagnóstico.

EXAMEN FÍSICO

Examen general completo.

Examen neurológico: estado mental, nervios craneales, fuerza, sensibilidad, reflejos, coordinación, signos de irritación meníngea

Examen cefálico (percusión de senos paranasales, palpación craneal, auscultación del cuello y cráneo en busca de soplos)



EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

Las migrañas y cefaleas tipo tensión no requieren exámenes para su diagnóstico. Los exámenes se pedirán solamente cuando haya duda diagnóstica y/o presencia de signos de alarma. En el caso de cefalea en racimos es necesario solicitar un estudio de imagen cerebral, preferiblemente resonancia magnética, debido a que en algunas circunstancias la cefalea en racimos podría tener una etiología específica. Considérese, en los casos que ameriten, pedir tomografía simple / contrastada / angiogramografía, resonancia magnética, punción lumbar, hemocultivos, u otros exámenes de acuerdo a la sospecha clínica de posible cefalea secundaria.

ESCALAS DE ESTRATIFICACIÓN

No aplica.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El punto más importante es diferenciar la cefalea primaria de la secundaria. Esto puede hacerse, en primer lugar, en base al cuadro clínico, y en segundo lugar, tomando en cuenta la presencia de "signos de alarma", es decir, características del paciente que sugieran la posibilidad de una etiología subyacente potencialmente grave, como una enfermedad vascular intracraneal grave, una masa cerebral o una infección del sistema nervioso. Estas son:

- Síntomas de una enfermedad o condición sistémica (fiebre, pérdida de peso, antecedentes de neoplasia maligna, embarazo, inmunodepresión, incluyendo HIV)
- Síntomas neurológicos o signos anormales (confusión, deterioro del estado de conciencia, papiledema, síntomas o signos neurológicos focales, meningismo, o crisis epilépticas)
- Inicio nuevo (particularmente en mayores de 50 años) o súbito (cefalea "relámpago")
- Otras condiciones o características asociadas (trauma craneal, uso de drogas ilícitas, o exposición a tóxicos; cefalea que despierta del sueño o que empeora con la maniobra de Valsalva, o es precipitada por la tos, el ejercicio, o la actividad sexual)
- Historia previa de cefalea con progresión o cambio en la frecuencia, severidad o características clínicas de los ataques.

7. TRATAMIENTO

Migraña: Medidas generales

- Higiene del sueño
- Horario regular de comidas



- Ejercicio regular aeróbico
- Manejo de desencadenantes migrañosos: vino tinto, chocolate, glutamato monosódico, nitritos, ayuno, irregularidades en el sueño.
- Terapias relajantes
- Terapia cognitivo conductual
- Acupuntura

Migraña:

Tratamiento agudo:

- Dolor leve a moderado, sin náusea o vómito severos: Dar medicación por vía oral.- AINES: ácido acetilsalicílico (aspirina) 650 a 1000 mg, ibuprofén 400 a 1200 mg, naproxén 750 a 1250 mg, diclofenaco 50 a 100 mg, paracetamol (acetaminofén) 1000 mg, o combinaciones de estos, por vía oral.
- Dolor moderado a severo, sin náusea o vómito severos: Dar medicación por vía oral.- sumatriptán 50 a 100 mg, si es necesario repetir la dosis inicial 2 horas después, máximo 200 mg en 24 horas; combinación de sumatriptán 100 mg con naproxén 550 mg.

EN PACIENTES QUE TENGAN CONTRAINDICACIÓN PARA AINES: paracetamol, metoclopramida, ergotamina 2mg con cafeína 100 mg, tramadol 50-100 mg (los opioides no deben ser usados para el tratamiento de la migraña, excepto como último recurso).

Una dosis grande, administrada tempranamente, al inicio del dolor, funciona mejor que múltiples dosis pequeñas.

Para pacientes con que tengan dolor moderado a severo, con náusea o vómito severos: sumatriptán 6 mg subcutáneo o metoclopramida 10 mg intravenoso (es recomendable, junto con metoclopramida, dar difenhidramina 12.5 a 20 mg intravenoso hasta 2 dosis para prevenir la acatisia o reacciones distónicas agudas); ketorolaco 30 mg intravenoso o 60 mg intramuscular para pacientes que son tratados en emergencias. Junto con los tratamientos anteriores, se puede adicionar como tratamiento adyuvante, en el ámbito de la atención de pacientes con migraña en emergencias, dexametasona 10 a 25 mg intravenoso o intramuscular, para disminuir el riesgo de cefalea temprana recurrente.

Tratamiento preventivo:

Indicación: cefaleas frecuentes, o de larga duración, o migrañas que causen discapacidad significativa o disminución en la calidad de vida; para reducir el riesgo de daño neurológico en presencia de tipos infrecuentes de migraña como migraña hemipléjica, migraña con aura del tallo encefálico, o migraña con aura prolongada. Usualmente este tipo de tratamientos son necesarios por meses, hasta conseguir una mejoría significativa del dolor. No se deben suspender abruptamente.

- Propranolol: 20 mg, por vía oral, cada 12 horas, aumentando hasta 160 mg/día; evitar su uso en pacientes mayores de 60 años o fumadores, disfunción eréctil, enfermedad vascular periférica, bradicardia, hipotensión, asma, diabetes, depresión, bloqueos cardíacos.

- Amitriptilina, iniciando con 12.5 mg en la noche, por vía oral, hasta 50 mg al día, efectos adversos: somnolencia, boca seca, constipación, taquicardia, palpitaciones, hipotensión ortostática aumento de peso, visión borrosa, retención urinaria, confusión en ancianos.
- Venlafaxina iniciando con 37.5 mg al día, por vía oral, hasta 150 mg al día.
- Valproato, de 500 a 1500 mg/día, por vía oral, no en embarazo y evitar su uso en mujeres en edad fértil, por el riesgo teratogénico.
- Topiramato, iniciar con 25 mg/día, por vía oral, hasta 100 mg/día, no usar en embarazo.
- Verapamilo 40 mg tid, por vía oral, hasta 240 mg/día
- Flunarizina 5 a 10 mg /día, por vía oral, (los calcioantagonistas tienen evidencia de efectividad débil o conflictiva, sin embargo, tienen un perfil favorable de tolerabilidad)

Cefalea tipo tensión

Medidas generales

Biorretroalimentación

Relajación

Terapia cognitivo conductual

Evitación de desencadenantes

Acupuntura

Tratamiento agudo

Episódica: dosis única, por vía oral.- AINES: ibuprofén 400 mg, naproxén 275 a 500 mg, aspirina 650 a 1000 mg; el paracetamol (acetaminofén) 1000 mg es probablemente menos efectivo que la aspirina, pero es preferible en embarazo. La combinación de los anteriores con cafeína es más efectiva que el analgésico solo.

Tratamiento preventivo

Indicación: cefaleas frecuentes, de larga duración, asociadas con discapacidad significativa

Amitriptilina, dosis iguales a migraña, por 3 a 6 meses, o más de acuerdo al criterio médico; evitar en obesos, con trastorno bipolar, defectos de la conducción cardíaca

Cefalea en racimos

Medidas generales

Evitar la ingesta de alcohol y, posiblemente, evitar la exposición a humo de tabaco.

Tratamiento agudo

Oxígeno al 100% por mascarilla facial, 12 a 15 L/min x 15 minutos, sin recirculación de aire, con paciente sentado; amerita tratamiento en emergencias.

Sumatriptán 6 mg SC o 20 mg intranasal contralateral al lado del dolor

Lidocaína 5% 1 ml intranasal ipsilateral al lado del dolor, con la cabeza en extensión y rotación hacia el lado doloroso

Ergotamina 2 mg por vía oral, se puede repetir cada 30 minutos, máximo hasta 6 dosis en un día, máximo 12 mg a la semana, contraindicado en embarazo



Dihidroergotamina 1 mg por vía intravenosa, se puede repetir cada hora máximo hasta por 3 dosis en un día, máximo 6 mg en la semana, contraindicado en embarazo

Octreótido 100 ug por vía subcutánea dosis única.

Tratamiento preventivo

Indicación: siempre, durante el tiempo de duración esperado del racimo

Verapamilo 80 mg tid, hasta 960 mg/día

Prednisona 60-100 mg/día x 5 días, con disminución posterior de 10 mg/día

8. CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

- Cefalea migrañosa que no responden al tratamiento convencional
- Migrañas complicadas: definir
- Necesidad de tratamiento parenteral
- Fracaso del manejo ambulatorio
- Importante disrupción en la vida cotidiana del paciente que supone el dolor.
- Estado migrañoso refractario a tratamiento en el ámbito de Urgencias
- Crisis migrañosa que, sin cumplir criterios de estado migrañoso (< 72 horas) sea incapacitante y disruptiva y no responda al tratamiento en Urgencias
- Deshidratación importante, desequilibrio hidroelectrolítico, presencia de vómitos o diarrea continuados o signos vitales inestables
- Migraña con pleocitosis en LCR
- Migraña hemipléjica, especialmente primer episodio o episodio no resuelto en la observación en Urgencias
- Migraña complicada con sospecha de ictus o con aura prolongada o atípica, especialmente en el primer episodio
- Trastorno médico, quirúrgico o psiquiátrico asociado que complique el manejo del paciente
- Cefalea en racimos con mala respuesta a terapias ambulatorias
- Pacientes que requieran de forma transitoria tratamiento parenteral frecuente
- Persistencia de una cefalea intensa a pesar del tratamiento sintomático adecuado

CRITERIOS DE INGRESO A TERAPIA INTENSIVA

No aplica.

CRITERIOS DE REFERENCIA

No aplica.



CRITERIOS DE ALTA

- Haber descartado cefalea secundaria causada por un proceso potencialmente grave, no resuelto y que amerite tratamiento urgente intrahospitalario
- Cefaleas secundarias puede subyacer un proceso potencialmente grave
- Cefaleas en racimos en fase activa
- Haber superado el cuadro doloroso.

CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA:

Cefaleas primarias o secundarias ya diagnosticadas, con una pauta terapéutica y de seguimiento concretas, que estén estabilizadas o se presuma que lo vayan a estar a corto plazo con el tratamiento prescrito por el especialista.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Bajwa ZH Smith JH. Preventive treatment of migraine in adults. Swanson JW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Acceso el 15 de Agosto de 2019).
2. Bajwa ZH, Wootton RJ, Wippold FJ. Evaluation of headache in adults. Swanson JW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Acceso el 15 de Agosto de 2019).
3. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Etiology and distribution of headaches in two Brazilian primary care units. *Headache*. 2000;40(3):241.
4. IHS Classification ICHD3. (International Headache Society, third edition of the International Classification of Headache Disorders). [Documento de Internet disponible en: <https://ichd-3.org/>].
5. May A. Cluster headache: Treatment and prognosis. Swanson JW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Acceso el 15 de Agosto de 2019).
6. Morillo LE, Alarcon F, Aranaga N, Aulet S, Chapman E, Conterno L, Estevez E, Latin American Migraine Study Group. Prevalence of migraine in Latin America. *Headache*. 2005 Feb;45(2):106-17.
7. Smith JH. Acute treatment of migraine in adults. Swanson JW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Acceso el 15 de Agosto de 2019).
8. Taylor FR. Tension-type headache in adults: Acute treatment. Swanson JW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Acceso el 15 de Agosto de 2019).



FECHA APROBACIÓN: 30/09/2019

VERSIÓN: 001

PÁGINA: 15 DE 15

CÓDIGO: HGDC-PROT-DMCP

9. Taylor FR. Tension-type headache in adults: Preventive treatment. Swanson JW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (Acceso el 15 de Agosto de 2019).
10. Uribe GB. The impact of migraine. Acta Neurol Colomb 2008;24:S28-S33

9. ANEXOS

No aplica.

10. CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	SECCIÓN QUE CAMBIA	VERSIÓN
30/09/2019	Versión Inicial	N/A	001

