



INSTITUTO NACIONAL
DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON CRISIS DE MIGRAÑA EPISÓDICA

GUÍA EN VERSIÓN CORTA



GPC N° 03
Julio 2018



A. CARRASCO



G. VARGAS



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARIA VALENCIA CHAVEZ
MEDICO NEUROLOGO
C.M.P. N° 23538 - R.M.E. N° 13422
Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
Especializada en Enfermedades Neurológicas y Psiquiátricas



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS

MC. Pilar Elena Mazzetti Soler

Director General, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

Dra. Lucia Rodriguez Miranda

Director Ejecutiva del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurología Clínica

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN ENFERMEDADES NEUROVASCULARES Y METABÓLICAS, INCN – MINSA

MC. Ana Maria Valencia Chavez

Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurovasculares y Metabólicas, INCN - MINSA



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARIA VALENCIA CHÁVEZ
MÉDICO NEURÓLOGO
C.M.P. N° 21439 R.N.E. N° 1422
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurovasculares y Metabólicas

Grupo elaborador

- MC. Pilar Elena Mazzetti Soler, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
- MC. Ana Maria Valencia Chavez, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
- MC. Maria Elena Novoa Mosquera, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
- MC. Darwin Alberto Segura Chavez, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
- MC. Yrma Soledad Quispe Zapana, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
- Lic. Gloria Amalia Vargas Nuñez, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
- Mg. Leonel Mario Lozano Vasquez, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
- MC. Carlos Alexander Alva Diaz, Consultor Metodológico, Servicio de Neurología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión y Red de Eficacia Clínica y Sanitaria.
- MC. Kevin A. Pacheco Barrios, Equipo Metodológico, Red de Eficacia Clínica y Sanitaria
- Wendy Nieto Gutierrez, Equipo Metodológico, Red de Eficacia Clínica y Sanitaria
- Victor A. Velazquez Rimachi, Equipo Metodológico, Red de Eficacia Clínica y Sanitaria
- Oscar O. Rivera Torrejón, Equipo Metodológico, Red de Eficacia Clínica y Sanitaria

Revisor externo

Dr. Carlos Alberto Bordini (Brasil), Maestro y Doctor en Neurología, Ex-Presidente de la Sociedad Brasileira de Cefalea, Ex- Presidente Asociación Latinoamericana de Cefalea, Fellow de la American Headache Society. Conferencista internacional sobre cefaleas, neurología y salud pública.

Conflicto de intereses

Los responsables de la elaboración del presente documento declaran no tener ningún conflicto de interés con relación a los temas descritos en el presente documento.

Financiamiento

Este documento técnico ha sido financiado por el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, MINSA, Perú.

Guía de Práctica Clínica

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica.

Citación

Este documento debe ser citado como: INCN. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del paciente con Crisis de Migraña Episódica. Guía en Versión Extensa. GPC 01 Perú, Julio 2018.

Datos de contacto

MC. Maria Elena Novoa Mosquera. Correo electrónico: maelnomo@gmail.com. Teléfono: 01-4117700. Jr. Ancash 1271 - Barrios Altos - Lima - Perú - 2018



A. CARRASCO



G. VARGAS



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARIA VALENCIA CHAVEZ
MEDICO-NEUROLOGO
C.M.P. N° 25538 - R.N.E. N° 13422
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurológicas y M...

Tabla de contenido

I. Finalidad.....	5
II. Objetivos.....	5
III. Ámbito de aplicación	5
IV. Proceso o procedimiento a estandarizar	5
V. Consideraciones Generales	6
5.1. Definición	6
5.2. Etiología	6
5.3. Fisiopatología	6
5.4. Aspectos epidemiológicos	6
5.5. Factores de riesgo asociados.....	6
VI. Consideraciones Específicas	7
6.1. Cuadro clínico	7
6.2. Diagnóstico	7
6.3. Exámenes auxiliares	12
6.4. Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive	12
6.5. Complicaciones	18
6.6. Criterios de referencia y contrareferencia	18
VII. Resumen de la GPC y flujogramas	19
VIII. Anexos	20
IX. Referencias bibliográficas	33



G. VARGAS



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARIA VALENCIA CHAVEZ
MEDICO NEUROLOGO
C.M.B. N° 22538 - D.N.E. N° 13422
Jefe del Departamento de Investigación, Enseñanza y Atención
especializada en Enfermedades Neurológicas y Metabólicas



A. CARRASCO



P. MAZZETTI

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON CRISIS DE MIGRAÑA EPISÓDICA

I. FINALIDAD

Elaborar una guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del paciente con crisis de migraña episódica siguiendo la Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica, RM 141-2015 del MINSA.1

II. OBJETIVOS

- Contribuir a disminuir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de las personas con crisis migraña episódica.
- Proporcionar a los profesionales de salud recomendaciones sustentadas en las mejores evidencias para optimizar el manejo integral de las personas con crisis de migraña episódica.
- Brindar recomendaciones de diagnóstico y tratamiento sustentadas en las mejores evidencias para optimizar el manejo integral de las personas con crisis de migraña episódica.
- Optimizar el gasto de recursos destinados a personas con crisis de migraña episódica.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

El ámbito asistencial incluye todos los servicios o unidades, en lo que corresponda a cada nivel de atención según su complejidad, disponibilidad de profesionales de salud, técnicas diagnósticas y medicamentos.

La guía está dirigida a los profesionales de la salud que participan en la atención de pacientes con migraña episódica a nivel ambulatorio y hospitalario, incluyendo médicos neurólogos, internistas, emergenciólogos, médicos de familia, enfermeras, químicos farmacéuticos, especialistas en salud pública, especialistas en efectividad clínica y administración en salud, así como servir de referencia a médicos generales en todos los niveles de atención de MINSA. Además esta guía servirá para personas con migraña, grupos de soporte y proveedores de salud.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR:

Diagnóstico y tratamiento de pacientes con migraña episódica. El desarrollo metodológico, la síntesis de la evidencia así como todos los puntos señalados en el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica, aprobado por Resolución Ministerial 141-2015-Ministerio de Salud Julio 2015¹ se encuentran en la Versión en Extenso y sus anexos. Para revisar este documento se debe dirigir a la siguiente dirección electrónica: <http://www.incn.gov.pe/index.php/menu-guia>

4.1. Nombre y código de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma. Versión (CIE 10): Migraña episódica (G43).



A. CARRASCO



G. VARGAS



P. LAZZETTI S

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARÍA VALENCIA CHÁVEZ
MEDICO NEUROLOGO
C.M.P. N° 23638 - R.N.E. N° 13422
Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
Especialista en Enfermedades Neurovasculares y U... .

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1. DEFINICIÓN

La migraña es un trastorno de cefalea primaria episódico que afecta a uno de cada nueve adultos en todo el mundo ². El subtipo más prevalente es la migraña sin aura, cuyos principales síntomas son dolor de cabeza, náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia. Los ataques de migraña no tratados o tratados sin éxito puede durar de 4-72 horas y puede requerir reposo en cama ³.

5.2. ETIOLOGÍA

La migraña es un trastorno sindrómico del cerebro que en la mayoría de los casos se hereda. La importancia de la herencia en la migraña ha sido reconocida desde hace tiempo ⁴. En un estudio basado en población general se encontró que el riesgo de migraña en los familiares de migrañosos era tres veces mayor que el de los familiares de sujetos control no migrañosos ⁵. Los grandes estudios gemelares basados en el registro nacional han confirmado una concordancia constantemente más alta de migraña en gemelos monocigóticos versus gemelos dicigóticos. En uno de esos estudios, utilizando un modelo multifactorial poligénico, los investigadores estimaron que la herencia representa del 40 al 50 por ciento de la susceptibilidad de un individuo a la migraña ⁶. Sin embargo como en las enfermedades más comunes, la base genética de la migraña es probable que sea compleja y en algunos individuos puede basarse en el efecto aditivo de más de una fuente genética ⁷.

5.3. FISIOPATOLOGÍA

La fase de dolor de cabeza de un ataque de migraña dependería de la sobreactivación de las vías de dolor trigeminovasculares y la liberación de neuropéptidos, como el péptido relacionado con el gen de calcitonina (CGRP, en sus siglas en inglés). Este proceso conduce a la activación y sensibilización de neuronas trigeminovasculares centrales de segundo orden y de tercer orden. Estas neuronas activan diferentes áreas del tallo encefálico y el cerebro anterior, lo que produce dolor y otros síntomas de migraña ⁸.

5.3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Escasos estudios epidemiológicos se han realizado en Perú. Un estudio epidemiológico poblacional puerta a puerta de la prevalencia de la migraña y el dolor de cabeza en una muestra de 3246 personas mayores de 15 años se llevó a cabo en Cuzco, ubicado a 3.380 metros. Se encontró 172 casos de migraña, arrojando una prevalencia de 5.3% (2.3% entre hombres y 7.8% entre mujeres). Estos resultados sugieren que una importante tasa de prevalencia de migraña en Cuzco que fue similar a la de otros países en desarrollo. Se determinó que el sexo femenino, la edad y la ansiedad y / o depresión se asociaban a la presencia o desarrollo de migraña, y que este trastorno es relativamente común en Cuzco ⁹.

5.4 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

No hay concordancia en cuanto a que factores de riesgo tienen las personas con migraña. La migraña con aura se ha relacionado con cortocircuitos cardíacos de derecha a izquierda, generalmente en el caso de un foramen oval permeable (FOP) o, con mucha menos frecuencia, un defecto del tabique auricular (TEA) o malformaciones arteriovenosas pulmonares en la angiectasia hemorrágica hereditaria (síndrome de Osler-Weber-Rendu) ⁷.



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARIA VALENCIA CHAVEZ
MEDICO NEUROLOGO
C.M.P. N° 23536 / R.N.E. N° 13422
Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
Especialista en Enfermedades Neurovasculares y Migraña

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y Síntomas

El subtipo más prevalente es la migraña sin aura, cuyos principales síntomas son dolor de cabeza, náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia. Los ataques de migraña no tratados o tratados sin éxito puede durar de 4-72 horas y puede requerir reposo en cama³. Alrededor de una de cada cuatro personas con migraña tiene un aura de síntomas neurológicos transitorios y completamente reversibles. El aura generalmente se resuelve antes del inicio del dolor de cabeza, y este puede ser leve o incluso no presentarse. El aura se experimenta típicamente como síntomas visuales denominados "espectros de fortificación" o un escotoma centelleante, que se inicia en el centro del campo visual y se extiende periféricamente durante 20-30 minutos. El aura sensorial, como la sensación de alfileres o agujas o el entumecimiento que se extiende por un brazo, en un lado de la cara o en la boca, es menos frecuente y, si está presente, casi siempre va acompañada de aura visual¹⁰.

6.1.2. Interacción cronológica

Tal como se establece en los criterios diagnósticos los episodios de migraña pueden durar entre 4 y 72 horas. (ver Tabla 3 y 4)

6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías

No aplica

6.2. DIAGNÓSTICO

En pacientes con sospecha de migraña episódica no se recomienda utilizar imágenes de resonancia magnética o tomografía computarizada si no tienen otras indicaciones para toma de imágenes. (Recomendación fuerte en contra, calidad de evidencia: muy baja). (ver Tabla 1 y recomendación de pregunta clínica 1)

Tabla 1. Cuestionario ID Migraine para sospecha de Migraña

Durante los últimos tres meses, tuvo lo siguiente con sus cefaleas?		
1.- ¿Se sintió nauseoso o enfermo del estómago?	Sí	No
2.- ¿La luz le molestaba? (Mucho más que cuando no tenía cefaleas)	Sí	No
3.- Las cefaleas limitaban su habilidad para trabajar, estudiar, o hacer lo que necesitaba?	Sí	No

Con 2 de 3 : Sensibilidad de 0.81 (95% IC, 0.77-0.85) y Especificidad de 0.86 (95% IC, 0.64-0.84)

Versión traducida de Lipton RB, et al. *Neurology*. 2003; 61:375-382

6.2.1. Criterios de Diagnóstico

La clasificación de los tipos de migraña se establece en la Tabla 2 y los criterios de clasificación de migraña se establecen en las Tablas 3 y 4.



A. CARRASCO



VARGAS



P. MAZZETTI S

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

Dra. ANA MARIA VALENCIA CHAVEZ
MEDICO NEUROLOGO
C.M.P. N° 23531 - R.M.E. N° 13422
Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurológicas y M...
7

Tabla 2. Clasificación de migraña

1.1 Migraña sin aura
1.2 Migraña con aura
1.2.1 Migraña con aura típica
1.2.1.1 Aura típica con cefalea
1.2.1.2 Aura típica sin cefalea
1.2.2 Migraña con aura atípica
1.2.3 Migraña hemipléjica
1.2.3.1.1 Migraña hemipléjica familiar
1.2.3.1.2 Migraña hemipléjica familiar de tipo 1
1.2.3.1.3 Migraña hemipléjica familiar de tipo 2
1.2.3.1.4 Migraña hemipléjica familiar de tipo 3
1.2.3.2 Migraña hemipléjica esporádica
1.2.4 Migraña retiniana
1.3 Migraña crónica
1.4 Complicaciones de la Migraña
1.4.1 Estado migrañoso
1.4.2 Aura persistente sin infarto
1.4.3 Infarto migrañoso
1.4.4 Crisis epiléptica desencadenada por aura migrañosa
1.5 Migraña probable
1.5.1 Migraña sin aura probable
1.5.2 Migraña con aura probable
1.6 Síndromes episódicos que pueden asociarse a la migraña
1.6.1 Trastorno gastrointestinal recurrente
1.6.1.1 Síndrome de vómitos cíclicos
1.6.1.2 Migraña abdominal
1.6.2 Vértigo paroxístico benigno
1.6.3 Tortícolis paroxística benigna

Tomado de la 3a Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (versión beta) marzo de 2013, International Headache Society³.



A. CARRASCO



G. VARGAS



P. MAZZETTI S

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARIA VALENCIA CHAVEZ
MEDICO NEURÓLOGO
C.M.P. N° 23538 - R.N.E. N° 13422
Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
Especialista en Enfermedades Neurovasculares y Afines

Tabla 3. Criterios diagnósticos de migraña sin aura y con aura

Migraña sin Aura	Migraña con Aura
Criterios Diagnósticos	Criterios Diagnósticos
A. Al menos cinco crisis que cumplen los criterios B-D.	A. Al menos dos crisis que cumplen los criterios B y C.
B. Episodios de cefalea de entre 4 y 72 horas de duración (no tratados o tratados sin éxito)	B. Uno o más de los síntomas de aura siguientes totalmente reversibles: 1. Visuales 2. Sensitivos 3. De habla o del lenguaje 4. Motores 5. Troncoencefálicos 6. Retinianos
C. La cefalea presenta al menos dos de las siguientes cuatro características: 1. Localización unilateral 2. Carácter pulsátil 3. Dolor de intensidad moderada o severa 4. Empeorada con ó condiciona el abandono de la actividad física habitual (p. ej., andar o subir escaleras)	C. Al menos dos de las siguientes cuatro características: 1. Progresión gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un periodo > 5 min y/o dos o más síntomas se presentan consecutivamente. 2. Cada síntoma de aura tiene una duración de entre 5 y 60 minutos. 3. Al menos uno de los síntomas de aura es unilateral. 4. El aura se acompaña, o se sigue antes de 60 min, de cefalea.
D. Al menos uno de los siguientes durante la cefalea: 1. Náuseas y/o vómitos 2. Fotofobia y fonofobia	D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III y se ha descartado un accidente isquémico transitorio
E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III	

Tomado de la 3a Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (versión beta) marzo de 2013, International Headache Society³.



A. CARRASCO



G. VARGAS



P. MAZZETTI



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARIA VALENCIA CHAVEZ
MEDICO NEUROLOGO
C.M.P. N° 23538 / R.N.E. N° 13422
Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
Especialista en Enfermedades Neurovasculares y Miel

Tabla 4. Criterios diagnósticos de migraña crónica y probable

Migraña Crónica	Migraña probable
A. Cefalea (tipo tensional o migrañoso) durante un periodo de 15 o más días al mes durante más de 3 meses que cumple con los criterios B y C.	A. Las crisis cumplen todos los criterios A-D para la Migraña sin aura o todos los criterios A-C para Migraña con aura, excepto por uno.
B. Aparece en un paciente que ha sufrido al menos cinco crisis que cumplen los criterios B-D para la Migraña sin aura y/o los criterios B y C de la Migraña con aura.	B. No cumplen los criterios de la ICHD-III de ninguna otra cefalea.
C. Durante un periodo de 8 o más días al mes por espacio de más de 3 meses cumple cualquiera de los siguientes: 1.- Criterios C y D para la Migraña sin aura 2.- Criterios B y C para la Migraña con aura 3.- En el momento de la aparición el paciente cree que es migraña, y se alivia con un triptán.	C. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.
D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.	

Tomado de la 3a Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (versión beta) marzo de 2013, International Headache Society³.



A. CARRASCO



G. VARGAS



P. MAZZEPA S



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARIA VALENCIA CHAVEZ
MEDICO NEUROLOGO
C.M.P. N° 23538 - R.N.E. N° 13422
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Asesoría
Especialista en Enfermedades Neurológicas y G.

6.2.2. Diagnóstico diferencial

Como se establece en la recomendación de la pregunta clínica 1, se podría establecer otras causas de la crisis de migraña episódica si el paciente presenta signos y/o síntomas de alarma:

- Signos o síntomas neurológicos focales
- Inicio de dolor de cabeza con esfuerzo, tos o actividad sexual
- Soplo orbitario
- El inicio es nuevo (particularmente para la edad > 40 años) o repentino (p. Ej., "cefalea en trueno")
- Cambios significativos recientes en el patrón, la frecuencia o la gravedad de los dolores de cabeza
- Empeoramiento progresivo de la cefalea a pesar de la terapia apropiada
- Síntomas, enfermedad o afección sistémica (p. Ej., Fiebre, pérdida de peso, cáncer, embarazo, estado inmunocomprometido, incluido el VIH).
- Otras condiciones o características (p. Ej., Traumatismo craneoencefálico, uso de drogas ilegales o exposición tóxica; dolor de cabeza que despierta al paciente durante del sueño).

- Para Intensidad de la crisis de migraña

En pacientes con crisis de migraña episódica, se sugiere usar la escala "MIGSEV" para evaluar la severidad de la crisis y monitorizar la respuesta al tratamiento.

Tabla 5. Cuestionario MIGSEV para severidad de crisis de migraña

Intensidad del dolor	Ptos	Náuseas	Ptos	Discapacidad en actividad diaria	Ptos	Tolerabilidad	Ptos
Leve	1	Ninguno	1	Ninguna	1	Tolerable	1
Moderado	2	Leve	2	Leve	2	Apenas Tolerable	2
Intenso	3	Intenso	3	Marcada	3	Intolerable	3
Muy Intenso	4	Vómitos	4	Confinado en cama	4		

Modo de uso:

- Se les pide a los pacientes que califiquen tres dominios de las crisis de migraña (intensidad de dolor, náuseas, discapacidad de la actividad diaria y tolerabilidad) de acuerdo al nivel de intensidad, en un puntaje de 1 a 4; y de tolerabilidad de 1 a 3

Sistema de puntuación

- **Crisis de migraña leve** (Grado 1): al menos **uno** de los cuatro elementos con un **puntaje mínimo (1 punto)**, y **ningún** elemento con un **puntaje máximo (4 puntos)**
- **Crisis de migraña severa** (Grado 3): al menos **uno** de los cuatro elementos con un **puntaje máximo**, y **ningún** elemento con un **puntaje mínimo 0** al menos **dos** elementos con un **puntaje máximo** con o sin **puntajes mínimos**.
- **Crisis de migraña moderada** (Grado 2): todos los demás casos.

Ptos: puntos. Adaptado de El Hasnaoui A.¹²



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

Dra. ANA MARÍA VALENCIA CHÁVEZ
MEDICO NEURÓLOGO

C.M.P. N° 23536 - R.N.E. N° 13422

Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
Especializada en Enfermedades Neurovasculares y Miel.

A. CARRASCO

6.3. EXAMENES AUXILIARES

6.3.1 De patología clínica:

No aplica

6.3.2 De imágenes:

En pacientes con sospecha de migraña episódica no se recomienda utilizar imágenes de resonancia magnética o tomografía computarizada si no tienen otras indicaciones para toma de imágenes. (ver recomendación de pregunta clínica 1)

6.3.3 Exámenes complementarios:

No aplica

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1. Medidas generales y preventivas

En pacientes con migraña episódica la elección de las alternativas de tratamiento se haría en función de la severidad de la crisis, síntomas acompañantes (náuseas y/o vómitos) o ausencia de respuesta al tratamiento; además se tomará en cuenta otras características del paciente como la gestación, lactancia o presencia de comorbilidades.

6.4.2. Terapéutica (ver tablas de 6 a 9)

- *En pacientes con crisis de migraña episódica, se sugiere usar tanto metoclopramida como AINES para el control de los síntomas, según disponibilidad.*
- *En pacientes con migraña episódica se prefiere el uso de metoclopramida o AINES para crisis leve a moderada.*
- *En pacientes con migraña episódica, metoclopramida (dosis de 10 a 20 mg) puede usarse como adyuvante a los AINES para el manejo de crisis de migraña con síntomas de náuseas y/o vómitos.*
- *En pacientes con crisis de migraña episódica se sugiere usar tanto metoclopramida en bolo endovenoso (EV) como triptanes para el control de los síntomas, según disponibilidad.*
- *En pacientes con migraña episódica se prefiere el uso de metoclopramida en bolo EV o triptanes para crisis moderada a severa.*
- *En pacientes con migraña episódica con crisis moderada a severa el uso de metoclopramida en bolos EV es de la siguiente manera: 20 mg EV en 5ml de suero fisiológico, cada 30 minutos hasta cuatro veces.*
- *En pacientes con crisis de migraña episódica se sugiere usar tanto acetaminofén como triptanes para el control de los síntomas, según disponibilidad.*
- *En pacientes con migraña episódica se prefiere el uso de acetaminofén para crisis leve a moderada y triptanes para moderadas a severas.*
- *En pacientes con migraña episódica la elección de triptanes no se debería aconsejar cuando exista contraindicación al uso de vasoconstrictores como en cardiopatas o gestantes.*



A. CARRASCO



G. VARGAS



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARÍA VALENCIA CHAVEZ
MÉDICO NEURÓLOGO
C.M.P. N° 23538 / R.N.E. N° 13422
Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
Clínica en Enfermedades Neurovasculares y Movilizables



12 MAZZETTI S

- En pacientes gestantes y en lactancia con migraña episódica, durante las crisis podría usarse acetaminofén.
- En pacientes con crisis de migraña episódica se sugiere usar tanto AINES como triptanes para el control de los síntomas, según disponibilidad.
- En pacientes con migraña episódica se prefiere el uso de AINES para crisis leve a moderada y triptanes para moderada a severa.
- En pacientes con migraña episódica, al recomendar AINES se pueden elegir tanto los que actúan inhibiendo la ciclooxigenasa (COX) 1 y 2 como los que son específicos de COX-2.
- En pacientes gestantes con migraña episódica el uso de AINES debería evitarse sobre todo en el primer trimestre y después de la semana 32 de gestación.
- En pacientes con crisis de migraña episódica se recomienda usar tanto acetaminofén más metoclopramida como triptanes para el control de los síntomas, según disponibilidad.
- En pacientes con migraña episódica tanto la combinación de acetaminofén (1000 mg EV) más metoclopramida (10 mg EV) como los triptanes (oral, parenteral o intranasal) se podrían usar en pacientes con crisis moderada a severa.
- En pacientes con migraña episódica, metoclopramida (dosis de 10 a 20 mg) puede usarse como adyuvante al paracetamol para el manejo de crisis de migraña con síntomas de náuseas y/o vómitos.
- En pacientes gestantes y en lactancia con migraña episódica y crisis de migraña podría usarse el acetaminofén más metoclopramida.
- En pacientes con migraña episódica y crisis de migraña podrían utilizarse otros tipos de antieméticos como adyuvantes al tratamiento como clorpromazina, proclorperazina, prometazina, hidroxizina, domperidona, dimenhidrinato u otros según disponibilidad aunque se debería valorar su perfil de riesgo y contraindicaciones de cada uno de acuerdo al paciente.
- En pacientes con crisis de migraña episódica se sugiere usar triptanes tanto como AINES más metoclopramida para el control de los síntomas.
- En pacientes con migraña episódica se prefiere usar tanto AINES más metoclopramida como triptanes (oral, parenteral o intranasal) para crisis moderada a severa.
- En pacientes con crisis de migraña episódica se recomienda el uso de triptanes más AINES frente a AINES para el control de los síntomas, según disponibilidad.
- En pacientes con migraña episódica se prefiere el uso de triptanes más AINES (oral, parenteral o intranasal) para crisis moderada a severa.
- En pacientes con migraña episódica la combinación de triptanes con AINES más estudiada es sumatriptán (50 a 85 mg) y naproxeno (500 mg).
- En pacientes con crisis de migraña episódica se recomienda usar triptanes más AINES frente a triptanes solo para el control de los síntomas, según disponibilidad.
- En pacientes con crisis de migraña episódica no se recomienda usar ergotamínicos (DHE o ergotaminas más cafeína) para el control de los síntomas.
- En pacientes con crisis de migraña episódica no se recomienda usar opioides (combinados o solos) para el control de los síntomas.



A. CARRASCO



G. VARGAS

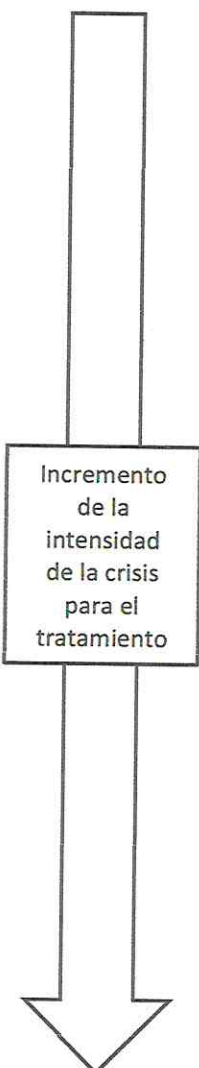


MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARÍA VALENCIA CHÁVEZ
MÉDICO NEURÓLOGO
C.M.P. N° 23638 / R.N.E. N° 13422
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
Especialista en Enfermedades Neurovasculares y Mieloma



13

Tabla 6. Manejo de la crisis de migraña episódica según intensidad

Intensidad de la crisis	Intensidad de la crisis	Medicación
	Leve a moderada <i>Nota: se prefiere el tratamiento ambulatorio y por VO.</i>	• Acetaminofén* • AINES*: - Ibuprofeno - Diclofenaco - Naproxeno - Ácido acetil salicílico o - Del tipo inhibidores de COX-2 • Metoclopromida <i>* Estos tratamientos se podrían combinar con metoclopromida.</i>
	Moderada a severa <i>Nota: el tratamiento puede ser ambulatorio u en observación. Si no hay respuesta a una segunda dosis de la misma medicación debería ser tratado en observación (medicación de rescate). En observación u hospitalización se prefiere el tratamiento EV.</i>	• AINES + metoclopromida • Triptanes: - Sumatriptan (SC, nasal, oral) - Zolmitriptan (nasal, oral) - Rizatriptan (oral) - Naratriptan (oral) - Eletriptan (oral) - Almotriptan (oral) - Fravotriptan (oral) • Triptanes combinados con AINES*. • Metoclopromida en bolos EV.

Tomado y modificado de "Canadian Headache Society Guideline: acute drug therapy for migraine headache"¹³. VO: Vía Oral. EV: Endovenoso.



A. CARRASCO



G. VARGAS



P. MAZZETH S

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARÍA VALENCIA CHÁVEZ
MEDICO NEUROLOGO
C.M.P. N° 23538 - R.N.E. N° 13422
Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
Especialista en Enfermedades Neurovasculares y Metabólicas

Tabla 7. Manejo de la crisis de migraña episódica según fenotipo del paciente

Fenotipos clínicos	Medicación sugerida
Contraindicación para el uso de vasoconstrictores	• Acetaminofén • AINES ○ Ibuprofeno ○ Diclofenaco ○ Naproxeno ○ Ácido acetil salicílico ○ Del tipo inhibidores de COX-2 • Acetaminofén o AINES también se podrían combinar con metoclopramida o con cafeína. • Una o más de: ○ Ketorolaco IM ○ Indometacina (oral o rectal) ○ Proclorperazina (oral o rectal) ○ Clorpromazina (oral) ○ Dexametasona o prednisona
Crisis de migraña asociada a la menstruación	• Similar a la estrategia según intensidad de crisis. • Continuar el uso de anticonceptivos (observar las contraindicaciones)
Crisis de migraña durante el embarazo	Evitar la medicación cuando sea posible • Acetaminofén • AINES: ibuprofeno (evitar el 1er trimestre/ después de la semana 32 de gestación) • Metoclopramida sola o combinada con los anteriores.
Crisis de migraña durante la lactancia	Evitar la medicación cuando sea posible • Acetaminofén • AINES: ibuprofeno • Triptanes: sumatriptan, • Metoclopramida sola o combinada con los anteriores.

Tomado y modificado de "Canadian Headache Society Guideline: acute drug therapy for migraine headache" ¹³.



A. CARRASCO



G. VARGAS



P. MAZZETTA

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

Dra. ANA MARIA VALENCIA CHÁVEZ
MÉDICO-NEURÓLOGO
C.M.P. N° 23538 - R.N.E. N° 13422
En el Departamento de Investigación, Docencia y Atención
en el Instituto de Enfermedades Neurovasculares y 11.

Tabla 8. Tratamiento con acetaminofén y antiinflamatorios no esteroideos para ataques de leve a moderada severidad^a

Medicación	Dosis usual y dosis máxima diaria ^c
Acetaminofén (principalmente para ataques leves) ^d	1000 mg Máximo 4000 mg/d
Tabletas de ibuprofeno	400 mg Máximo 2400 mg/d
Tabletas de ibuprofeno solubilizado (líquido)	400 mg Máximo 2400 mg/d
Tabletas de diclofenaco potásico	50 mg Máximo 150 mg/d
Diclofenaco en polvo para solución oral	50 mg Dosis única máxima recomendada por día
Naproxeno sódico	500 – 550 mg (hasta 825 mg) Máximo 1375 mg/d
Ácido acetilsalicílico	975 – 1000 mg Máximo 4000 mg/d
Ácido acetilsalicílico efervescente	975 – 1000 mg Máximo recomendado hasta 2000 mg/d
^a Para acetaminofén y todos los antiinflamatorios no esteroideos, el límite de uso es de 14 días a un mes o menos para evitar cefalea por sobreuso de medicación. ^b Los pacientes pueden experimentar irritación gastrointestinal, incremento de la presión sanguínea, y toxicidad renal con el uso excesivo de antiinflamatorios no esteroideos. Evitar el uso de estos fármacos si están presentes úlceras gastrointestinal o si el paciente tiene asma con ácido acetilsalicílico. ^c Las dosis son para adultos. Para tratamiento de migraña aguda, solo una o dos dosis son usualmente recomendadas. ^d Toxicidad hepática con dosis excesivas o uso concomitante de alcohol.	
Tomado de Becker W. Acute migraine treatment. Continuum (Minneapolis). 2015; 21(4): 953–972 (27).	



A. CARRASCO



G. VARGAS



P. MAZZETTI S

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARIA VALENCIA CHÁVEZ
MEDICO-NEURÓLOGO
C.M.P. N° 23538 • R.N.E. N° 13422
Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
en Enfermedades Neurovasculares y 11

Tabla 9. Tratamiento con triptanes para ataques moderados a severos^{a,b,c}

Medicación	Dosis usual y dosis máxima diaria ^d
Tabletas de almotriptan ^e	12.5 mg Máximo 25 mg/d
Tabletas de eletriptan	40 mg Máximo 80 mg/d
Tabletas de frovatriptan	2.5 mg Máximo 5 mg/d
Tabletas de naratriptan	2.5 mg Máximo 5 mg/d
Tabletas de rizatriptan ^{e,f}	10 mg Máximo 20 mg/d
Tabletas de rizatriptan (de dispersión oral) ^{e,f}	10 mg Máximo 20 mg/d
Tabletas de sumatriptan ^e	100 mg (50 mg también usada) Máximo 200 mg/d
Sumatriptan intranasal ^e	20 mg Máximo 40 mg/d
Sumatriptan inyectable ^e	4 - 6 mg Máximo 12 mg/d
Tabletas de zolmitriptan ^e	2.5 - 5 mg Máximo 10 mg/d
Tabletas de zolmitriptan (de dispersión oral) ^e	2.5 mg Máximo 10 mg/d
Zolmitriptan inyectable ^e	5 mg Máximo 10 mg/d

^a Los efectos secundarios seleccionados de los triptanos incluyen enrojecimiento, sensación de calor, parestesia y malestar u opresión en el pecho o la mandíbula.

^b El límite de uso de triptanos es de 10 días o menos por mes para evitar cefalea por sobreuso de medicación.

^c Los triptanos están contraindicados en pacientes con trastornos cerebrovasculares, cardiovasculares y vasculares periféricos; en hipertensión no controlada y enfermedad intestinal isquémica; y en uso concomitante dentro de las 24 horas con medicamentos que contienen ergotaminas.

^d Las dosis son para adultos. Para el tratamiento de la migraña aguda, generalmente solo se recomienda una dosis, seguido de una segunda dosis (2 horas o más después de la primera dosis) si la crisis vuelve a ocurrir después del alivio inicial.

^e Evite el uso de almotriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptán concomitante al uso de inhibidores monamina oxidasa (IMAO) y dentro de las 2 semanas posteriores a la interrupción de los IMAO.

^f Para rizatriptán, reduzca la dosis a 5 mg (máximo 10 mg por día) si el paciente usa propranolol.

Tomado de Becker W. Acute migraine treatment. Continuum (Minneapolis). 2015; 21(4): 953-972 (27).



A. CARRASCO



G. VARGAS



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

Dra. ANA MARIA VALENCIA CHAVEZ
MEDICO NEUROLOGO
C.M.P. N° 23538 - R.N.E. N° 13422
del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
Clínica en Enfermedades Neurovasculares y Metabólicas



F. MAZZETTI S

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

Ver recomendaciones en la sección "tratamiento para pacientes con crisis de migraña episódica".

6.4.4. Signos de alarma

En pacientes con sospecha de migraña episódica, se sugiere tomar imágenes cuando el paciente presenta signos y/o síntomas de alarma:

- Signos o síntomas neurológicos focales
- Inicio de dolor de cabeza con esfuerzo, tos o actividad sexual
- Soplo orbitario
- El inicio es nuevo (particularmente para la edad > 40 años) o repentino (p. Ej., "cefalea en trueno")
- Cambios significativos recientes en el patrón, la frecuencia o la gravedad de los dolores de cabeza

Empeoramiento progresivo de la cefalea a pesar de la terapia apropiada

- Síntomas, enfermedad o afección sistémica (p. Ej., Fiebre, pérdida de peso, cáncer, embarazo, estado inmunocomprometido, incluido el VIH).
- Otras condiciones o características (p. Ej., Traumatismo craneoencefálico, uso de drogas ilegales o exposición tóxica; dolor de cabeza que despierta al paciente durante del sueño).

6.4.5. Criterios de Alta

Esta guía no establece recomendaciones referidas a criterios de alta. Sin embargo los pacientes que se encuentren estables luego del conjunto de intervenciones diagnósticas y terapéuticas realizadas podría ser referido para continuar su atención en el primer y segundo nivel de atención, o ser tratados de manera ambulatoria. (ver Tabla N° 6)

6.4.6. Pronóstico

Esta guía no establece recomendaciones referidas al pronóstico. Sin embargo los pacientes con crisis de migraña episódica suelen tener buen pronóstico.

6.5. COMPLICACIONES

Las complicaciones pueden estar referidas a las consecuencias del dolor como son la discapacidad que produce o las referidas al tratamiento. Para evitar complicaciones ver recomendaciones en la sección "tratamiento para pacientes con crisis de migraña episódica".

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

En esta guía se establece que el manejo de las crisis de migraña episódica se debe realizar usando el criterio de severidad, prefiriendo la atención ambulatoria para pacientes con crisis de intensidad leve a moderada y en áreas de observación u hospitalización para las crisis moderadas a severas. (ver Tabla N° 6)



A. CARRASCO



G. VARGAS



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

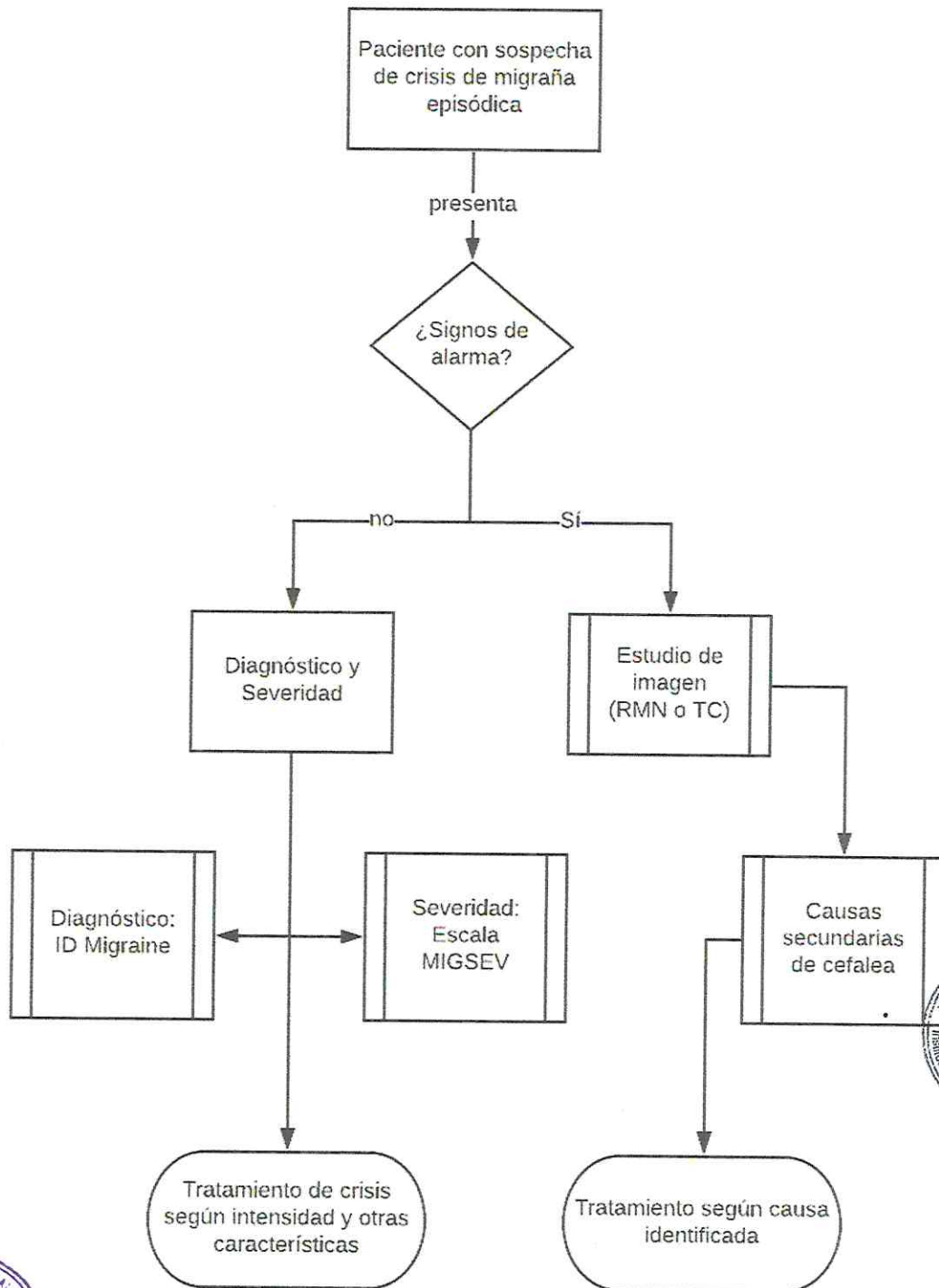
Dra. ANA MARÍA VALENCIA CHAVEZ
MÉDICO NEURÓLOGO
C.M.P. N° 23635 • R.N.E. N° 13422
Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
Hospital en Enfermedades Neurológicas y Afines



P. MUZZETIS

VII. Resumen de la GPC y flujogramas

Flujograma N°1: Diagnóstico de crisis de migraña episódica



A. CARRASCO



G. VARGAS



P. MAZZETTI S

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARÍA VALENCIA CHÁVEZ
MÉDICO NEURÓLOGO
C.M.P. N° 23538 - R.N.E. N° 13422
Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Enfermedades Neurovasculares

VIII. ANEXOS

Anexo N°1: Lista de recomendaciones y puntos de buena práctica clínica

N° Pregunta	Recomendaciones o puntos de buena práctica clínica	Tipo *	Fuerza y dirección **	Calidad de la evidencia **
Diagnóstico				
1. En pacientes con sospecha de crisis de migraña episódica ¿Debería solicitarse imagen cerebral (Resonancia Magnética o Tomografía Computarizada con o sin contraste) en lugar de no solicitarlo?	En pacientes con sospecha de migraña episódica no se recomienda utilizar imágenes de resonancia magnética o tomografía computarizada si no tienen otras indicaciones para toma de imágenes.	R	fuerte en contra	muy baja (⊕○○○)
	En pacientes con sospecha de migraña episódica se podría usar la escala "ID Migraine" para precisar el diagnóstico de migraña. (ver tabla 1)	BPC		
	En pacientes con sospecha de migraña episódica, se sugiere tomar imágenes cuando el paciente presenta signos y/o síntomas de alarma: • Signos o síntomas neurológicos focales • Inicio de dolor de cabeza con esfuerzo, tos o actividad sexual • Soplo orbitario • El inicio es nuevo (particularmente para la edad > 40 años) o repentino (p. Ej., "cefalea en trueno") • Cambios significativos recientes en el patrón, la frecuencia o la gravedad de los dolores de cabeza • Empeoramiento progresivo de la cefalea a pesar de la terapia apropiada • Síntomas, enfermedad o afección sistémica (p. Ej., Fiebre, pérdida de peso, cáncer, embarazo, estado inmunocomprometido, incluido el VIH). • Otras condiciones o características (p. Ej., Traumatismo craneoencefálico, uso de drogas ilegales o exposición tóxica; dolor de cabeza que despierta al paciente durante del sueño).	BPC		
	En pacientes con crisis de migraña episódica, se podría usar la escala "MIGSEV" para evaluar la severidad de la crisis y monitorizar la respuesta al tratamiento. (ver tabla 5)	BPC		
Tratamiento				
Enfoque en el tratamiento	En pacientes con migraña episódica la elección de las alternativas de tratamiento se haría en función de la severidad de la crisis, síntomas acompañantes (náuseas y/o vómitos) o ausencia de respuesta al tratamiento; además se tomará en cuenta otras características del paciente como la gestación, lactancia o presencia de	BPC		



A. CARRASCO



G. VARGAS



P. MAZZETTI S

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias NeurológicasDra. ANA MARÍA VALENCIA CHÁVEZ
MÉDICO NEURÓLOGO
C.M.P. N° 23538 - R.N.E. N° 13422
Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Asesoría
Especialista en Enfermedades Neurovasculares

2020

	comorbilidades.			
2. En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Debería usarse la metoclopramida en comparación a AINES?	En pacientes con crisis de migraña episódica, se sugiere usar tanto metoclopramida como AINES para el control de los síntomas, según disponibilidad.	R	condicional a favor	baja (⊕⊕○○)
	En pacientes con migraña episódica se prefiere el uso de metoclopramida o AINES para crisis leve a moderada.	BPC		
	En pacientes con migraña episódica, metoclopramida (dosis de 10 a 20 mg) puede usarse como adyuvante a los AINES para el manejo de crisis de migraña con síntomas de náuseas y/o vómitos.	BPC		
3. En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Deberían usarse metoclopramida en comparación a triptanes?	En pacientes con crisis de migraña episódica se sugiere usar tanto metoclopramida en bolo endovenoso (EV) como triptanes para el control de los síntomas, según disponibilidad.	R	condicional a favor	baja (⊕⊕○○)
	En pacientes con migraña episódica se prefiere el uso de metoclopramida en bolo EV o triptanes para crisis moderada a severa.	BPC		
	En pacientes con migraña episódica con crisis moderada a severa el uso de metoclopramida en bolos EV es de la siguiente manera: 20 mg EV en 5ml de suero fisiológico, cada 30 minutos hasta cuatro veces.	BPC		
4. En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Deberían usarse acetaminofén en comparación a triptanes?	En pacientes con crisis de migraña episódica se sugiere usar tanto acetaminofén como triptanes para el control de los síntomas, según disponibilidad.	R	condicional a favor	muy baja (⊕○○○)
	En pacientes con migraña episódica se prefiere el uso de acetaminofén para crisis leve a moderada y triptanes para moderadas a severas.	BPC		
	En pacientes con migraña episódica la elección de triptanes no se debería aconsejar cuando exista contraindicación al uso de vasoconstrictores como en cardiopatas o gestantes.	BPC		
	En pacientes gestantes y en lactancia con migraña episódica, durante las crisis podría usarse acetaminofén.	BPC		
5. En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Deberían usarse AINES en comparación a triptanes?	En pacientes con crisis de migraña episódica se sugiere usar tanto AINES como triptanes para el control de los síntomas, según disponibilidad.	R	fuerte a favor	moderada (⊕⊕⊕○)
	En pacientes con migraña episódica se prefiere el uso de AINES para crisis leve a moderada y triptanes para moderada a severa.	BPC		
	En pacientes con migraña episódica, al recomendar AINES se pueden elegir tanto los que actúan inhibiendo la ciclooxigenasa (COX) 1 y 2 como los que son	BPC		



A. CARRASCO



G. VARGAS



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARÍA VALENCIA CHÁVEZ
MEDICO NEUROLOGO
C.M.P. N° 23538 - R.M.E. N° 13422
Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
Especialista en Enfermedades Neurovasculares y M...



	específicos de COX-2.			
	En pacientes gestantes con migraña episódica el uso de AINES debería evitarse sobre todo en el primer trimestre y después de la semana 32 de gestación.	BPC		
6. En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Deberían usarse acetaminofén más metoclopramida en comparación a triptanes?	En pacientes con crisis de migraña episódica se recomienda usar tanto acetaminofén más metoclopramida como triptanes para el control de los síntomas, según disponibilidad.	R	fuerte a favor	moderada (⊕⊕⊕⊖)
	En pacientes con migraña episódica tanto la combinación de acetaminofén (1000 mg EV) más metoclopramida (10 mg EV) como los triptanes (oral, parenteral o intranasal) se podrían usar en pacientes con crisis moderada a severa.	BPC		
	En pacientes con migraña episódica, metoclopramida (dosis de 10 a 20 mg) puede usarse como adyuvante al paracetamol para el manejo de crisis de migraña con síntomas de náuseas y/o vómitos.	BPC		
	En pacientes gestantes y en lactancia con migraña episódica y crisis de migraña podría usarse el acetaminofén más metoclopramida.	BPC		
	En pacientes con migraña episódica y crisis de migraña podrían utilizarse otros tipos de antieméticos como adyuvantes al tratamiento como clorpromazina, proclorperazina, prometazina, hidroxizina, domperidona, dimenhidrinato u otros según disponibilidad aunque se debería valorar su perfil de riesgo y contraindicaciones de cada uno de acuerdo al paciente.	BPC		
7. En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Deberían usarse AINES más metoclopramida en comparación a triptanes?	En pacientes con crisis de migraña episódica se sugiere usar triptanes tanto como AINES más metoclopramida para el control de los síntomas.	R	condicional a favor	baja (⊕⊕⊖⊖)
	En pacientes con migraña episódica se prefiere usar tanto AINES más metoclopramida como triptanes (oral, parenteral o intranasal) para crisis moderada a severa.			
8. En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Deberían usarse triptanes más AINES en comparación a AINES?	En pacientes con crisis de migraña episódica se recomienda el uso de triptanes más AINES frente a AINES para el control de los síntomas, según disponibilidad.	R	fuerte a favor	P. MAZZETTI S moderada (⊕⊕⊕⊖)
	En pacientes con migraña episódica se prefiere el uso de triptanes más AINES (oral, parenteral o intranasal) para crisis moderada a severa.	BPC		
	En pacientes con migraña episódica la combinación de triptanes con AINES más estudiada es sumatriptán (50 a	BPC		



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARÍA VALENCIA CHÁVEZ
MEDICO NEURÓLOGO
C.M.P. N° 25538 - R.N.E. N° 13422
Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
en Enfermedades Neurológicas y Metabólicas

A. CARRASCO

	85 mg) y naproxeno (500 mg).			
9. En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Deberían usarse triptanes más AINES en comparación a triptanes?	En pacientes con crisis de migraña episódica se recomienda usar triptanes más AINES frente a triptanes solo para el control de los síntomas, según disponibilidad.	R	fuerte a favor	moderada (⊕⊕⊕⊕)
10. En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Deberían usarse ergotaminas?	En pacientes con crisis de migraña episódica no se recomienda usar ergotamínicos (DHE o ergotaminas más cafeína) para el control de los síntomas.	R	fuerte en contra	baja (⊕⊕⊕⊕)
11. En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Deberían usarse opioides?	En pacientes con crisis de migraña episódica no se recomienda usar opioides (combinados o solos) para el control de los síntomas.	R	fuerte en contra	moderada (⊕⊕⊕⊕)

* Recomendación (R) o punto de buenas prácticas clínicas (BPC)

** La fuerza, dirección y calidad de la evidencia solo se establecen para las recomendaciones, mas no para los puntos de BPC



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARIA VALENCIA CHAVEZ
MEDICO NEUROLOGO
C.M.P. N° 23538 - R.N.E. N° 13422
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
- a cargo del Departamento de Neurociencias y Neurología



Anexo N°2: Desarrollo metodológico

El desarrollo metodológico, la síntesis de la evidencia así como todos puntos señalados en el Documento Técnico: Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica, aprobado con Resolución Ministerial 141-2015-MINSA Julio 2015 se encuentran en la Versión en Extenso y sus anexos de esta guía. Para revisar estos documentos dirigirse a la siguiente dirección electrónica: <http://www.incn.gob.pe/index.php/menu-guia>

A. Conformación del Grupo elaborador de guías (GEG)

La oficina de calidad y el Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurovasculares y Metabólicas del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas (INCN) del MINSA conformó el GEG mediante invitaciones a expertos en la metodología de elaboración de GPC, expertos neurólogos y en calidad de servicio de salud.

El GEG quedó conformado por los siguientes miembros:

Tabla N° 10: Roles de los miembros del Grupo Elaborador de Guías

Nombre	Institución	Profesión/Cargo	Conformación del GEG
MC. Pilar Elena Mazzetti Soler	INCN, MINSA	Directora General	Experta Clínica/Decisora
MC. Ana Maria Valencia Chavez	INCN, MINSA	Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurovasculares y Metabólicas	Experta Clínico/Decisora
MC. Yrma Soledad Quispe Zapana	INCN, MINSA	Jefa de la Oficina de Epidemiología	Experta Clínico/Decisora
MC Maria Elena Novoa Mosquera	INCN, MINSA	Médico Neuróloga	Lider/Experta Clínico
MC. Darwin Alberto Segura Chavez	INCN, MINSA	Médico Neurólogo	Experto Clínico
MC. Joel Mario Sequeiros Chirinos	HNDAC, MINSA	Médico Neurólogo	Experto Clínico
Lic. Gloria Amalia Vargas Nuñez	INCN, MINSA	Licenciada en Administración	Decisora
Mg. Leonel Mario Lozano Vasquez	INCN, MINSA	Médico Cirujano	Coordinador del GEG
MC. Carlos Alexander Alva Diaz	Equipo Metodológico, INCN, MINSA	Médico Neurólogo y Epidemiólogo Clínico	Lider del equipo Metodólogo
MC. Kevin Pacheco Barrios	Equipo Metodológico, INCN, MINSA	Médico Cirujano	Equipo Metodológico
Wendy Nieto Gutierrez	Equipo Metodológico, INCN, MINSA	Médico Cirujano (e)	Equipo Metodológico, INCN, MINSA
Victor A. Velazquez Rimachi	Equipo Metodológico, INCN, MINSA	Médico Cirujano (e)	Equipo Metodológico, INCN, MINSA
Oscar O. Rivera Torrejón	Equipo Metodológico, INCN, MINSA	Médico Cirujano (e)	Equipo Metodológico, INCN, MINSA



Los roles en el GEG son los siguientes:

Tabla N° 11: Roles de los miembros del Grupo Elaborador de Guías

Nombre	Rol en el GEG
MC. Pilar Elena Mazzetti Soler MC. Ana Maria Valencia Chavez Lic. Gloria Amalia Vargas Nuñez Mg. Leonel Mario Lozano Vasquez	Planificación del desarrollo de la guía, colaboró en la revisión y contextualización de recomendaciones, colaboró en la evaluación de aceptabilidad y aplicabilidad de las recomendaciones y colaboró en la redacción del borrador de GPC.
MC Maria Elena Novoa Mosquera MC. Darwin Alberto Segura Chavez MC. Yrma Soledad Quispe Zapana	Planificación del desarrollo de la guía, colaboró en la validación de preguntas o ítems clínicos de la GPC, validación de criterios preliminares de evaluación de GPC, validación y contextualización de las recomendaciones, evaluación de aceptabilidad y aplicabilidad de las recomendaciones y colaboró en la redacción del borrador de GPC.
MC. Carlos Alexander Alva Diaz MC. Kevin Pacheco Barrios Wendy Nieto Gutierrez Victor A. Velazquez Rimachi Oscar O. Rivera Torrejón	Planificación del desarrollo de la guía, colaboró en la búsqueda y Evaluación de las GPC existentes, colaboró en la validación de criterios preliminares de evaluación de GPC, colaboró en la evaluación de aceptabilidad y aplicabilidad de las recomendaciones y redactó el borrador final de GPC.

B. Declaración de conflictos de intereses

La declaración del conflicto fue firmada por todos los integrantes del equipo elaborador de la GCP. No hubieron conflictos de interés declarados por los integrantes del equipo elaborador de la GCP con relación a los temas descritos en el presente documento.

C. Formulación de Preguntas clínicas

En concordancia con los objetivos y alcances de esta GPC, el GEG-Local formuló un listado de preguntas clínicas mediante discusiones periódicas, intentando incluir las decisiones más importantes que debe tomar el personal de salud con respecto a la condición abordada.



Tabla N° 12: Preguntas Clínicas para la guía

Temas	N°	Preguntas
Diagnóstico	Pregunta 1	En pacientes con sospecha de crisis de migraña episódica ¿Debería solicitarse imagen cerebral (Resonancia Magnética o Tomografía Computarizada con o sin contraste) en lugar de no solicitarlo?
Tratamiento simple	Pregunta 2	En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Debería usarse la metoclopramida en comparación a AINES?
	Pregunta 3	En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Deberían usarse metoclopramida en comparación a triptanes?
	Pregunta 4	En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Deberían usarse acetaminofén en comparación a triptanes?
	Pregunta 5	En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Deberían usarse AINES en comparación a triptanes?
Tratamiento combinado	Pregunta 6	En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Deberían usarse acetaminofén mas metoclopramida en comparación a triptanes?
	Pregunta 7	En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Deberían usarse AINES mas metoclopramida en comparación a triptanes?
	Pregunta 8	En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Deberían usarse triptanes más AINES en comparación a AINES?
	Pregunta 9	En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Deberían usarse triptanes más AINES en comparación a triptanes?
Riesgo de tratamiento	Pregunta 10	En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Deberían usarse ergotaminas?
	Pregunta 11	En pacientes con crisis de migraña episódica ¿Deberían usarse opiodes?

Una vez elaborada la lista definitiva de preguntas clínicas, se formularon las preguntas PICO (*Population, Intervention, Comparator, Outcome*) para cada pregunta clínica, teniendo en cuenta que cada pregunta clínica puede albergar a una o más preguntas PICO.

Finalmente, el GEG-Local, en base a la revisión de la literatura y su experiencia, elaboró una lista de desenlaces por cada pregunta PICO, los cuales fueron calificados de la siguiente forma:

- Desenlaces poco importantes: aquellos con puntaje promedio <4
- Desenlaces importantes: aquellos con puntaje promedio ≥4 pero <7
- Desenlaces críticos: aquellos con puntaje promedio ≥7

Para el proceso de elaboración de esta guía fueron seleccionados los desenlaces importantes y críticos. Las preguntas PICO y sus desenlaces seleccionados para cada pregunta clínica se muestran en la sección "Desarrollo de las preguntas y recomendaciones basadas en la evidencia."



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARÍA VALENCIA CHÁVEZ
MÉDICO NEURÓLOGO
C.M.P. N° 23538 - R.N.E. N° 13422
Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
en Enfermedades Neurovasculares y Mentales



A. CARRASCO

D. Búsqueda y selección de Guías de Práctica Clínica

Con la finalidad de encontrar revisiones sistemáticas (RS) recientes que hayan respondido a nuestras preguntas de interés, se realizaron búsquedas de GPC (que hayan realizado RS) y de RS publicadas como artículos científicos, como se detalla a continuación:

Búsqueda y selección de GPC

La búsqueda de GPC se realizó de manera sistemática para recolectar GPC de los últimos 10 años (periodo 2007-2017). Esta búsqueda se realizó en diversos buscadores y bases de datos, durante noviembre a diciembre del 2017. Los buscadores utilizados, las estrategias de búsqueda, y el número de resultados en cada buscador se exponen en el **Anexo N° 1 de la versión extensa**.

Se encontraron 12 GPC que abordaran el ámbito de la presente GPC, de las cuales se preseleccionaron las 3 GPC que cumplieron con:

1. Realizar RS para al menos una de las preguntas formuladas por el GEG-Local, la cual cumpla con las siguientes características:
 - a. Se especifica en qué bases de datos se realizó
 - b. Se especifican los términos de búsqueda utilizados
 - c. Se especifica los criterios de inclusión de los estudios encontrados
 - d. Es posible identificar todos los estudios incluidos

Seguidamente, dos metodólogos procedieron a evaluar las GPC preseleccionadas en forma independiente utilizando el instrumento AGREE-II (<http://www.agreetrust.org/agree-ii/>). Se discutieron los ítems de AGREE-II con diferencias mayores a 2 puntos en cada GPC para llegar a un consenso, y un tercer consultor participó cuando no hubiese acuerdo. Se seleccionaron aquellas GPC con un puntaje mayor de 60% en el dominio 3 (rigor metodológico):

Tabla N° 13: Evaluación AGREE de las GPC identificadas

Guía de Práctica Clínica	DOMINIO 1. Alcance y Objetivos	DOMINIO 2. Participación de los Implicados	DOMINIO 3. Rigor en la elaboración	DOMINIO 4. Claridad en la presentación	DOMINIO 5. Aplicabilidad	DOMINIO 6. Independencia editorial	Evaluación global
AS-14	83%	81%	77%	89%	65%	71%	SI
CENETEC-16	89%	47%	28%	78%	6%	63%	NO
TOP-15	78%	47%	24%	69%	29%	25%	NO

GPC AS-14: *Migraine Headache: Diagnosis & Management. McMaster University Working Group 2014. Arabia Saudita*¹⁴.

GPC CENETEC-16: *Diagnóstico y tratamiento de cefalea tensional y migraña. 2016. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud – México*¹⁵.

GPC TOP-15: *Primary care management of headache in adults. 2016. Canada*¹⁶.



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dr. ANA MARÍA VALENCIA CHAVEZ
MEDICO NEUROLOGO
C.M.P. N° 23538 - R.N.E. N° 13422
Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
en Enfermedades Neurovasculares y M...



Finalmente se seleccionó 1 guía para ser utilizada debido a que presentó una mejor puntuación en todos los dominios del instrumento AGREE II:

Tabla N° 14: Guías de práctica clínica seleccionadas

Nombre de la guía	Año	País o región	Institución
Migraine Headache: Diagnosis & Management ¹⁴ .	2014	Arabia Saudita	McMaster University Working Group 2014

E. Búsqueda de RS publicadas como artículos científicos

Para los desenlaces de interés de cada pregunta PICO planteada, se realizó una búsqueda sistemática de RS publicadas como artículos científicos. Esta búsqueda fue realizada en las bases de datos Medline y CENTRAL. Los términos de búsqueda y otros detalles de cada búsqueda se encuentran en el **Anexo N° 2 de la versión extensa**.

F. Selección de evidencias para la toma de decisiones para cada pregunta:

Una vez que se contaron con RS (ya sea la RS de una GPC, o una RS publicada como artículo científico, o realizada de novo o artículos individuales), se realizó lo siguiente para cada pregunta:

1) Para formular recomendaciones basadas en evidencia:

Para las preguntas para las que el GEG-Local consideró que era posible y necesario basarse en evidencias para responder dicha pregunta:

- Para las preguntas para las cuales no encontró ninguna RS: se realizaron RS de novo de estudios primarios para los desenlaces de interés de dicha pregunta
- Para las preguntas para las cuales se encontró alguna RS: Se evaluaron todas las RS y se determinó si al menos una cumplió con los criterios mínimos de calidad de acuerdo a los metodólogos para ser utilizada para la toma de decisiones. Si alguna RS cumplió con los criterios de calidad:
 - Se realizó una selección de una RS a ser utilizada para cada desenlace de interés, considerando para ello: la calidad evaluada con AMSTAR-II ¹⁷, la fecha en la que realizó la búsqueda, y el número de estudios encontrados.
 - Asimismo, se decidió si era pertinente actualizar la RS seleccionada, considerando para ello: el tiempo que ha transcurrido desde la búsqueda realizada por la RS, la actualidad de la pregunta, la consistencia y precisión de los resultados de la RS, y la velocidad de producción científica de estudios en el tema.
 - Si para algún desenlace de interés no existiera una RS, y el GEG-Local consideró importante tener información al respecto, se realizó una RS de novo de estudios primarios para dicho desenlace.
- Para cada pregunta, una vez que se definió la evidencia para evaluar cada desenlace de interés, se decidió si era necesario realizar un metaanálisis para dicho desenlace considerando para ello: la existencia de un metaanálisis previo realizado por la RS



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARÍA VALENCIA CHÁVEZ
MÉDICO NEURÓLOGO
C.M.P. N° 23538 - R.N.E. N° 13422
Instituto de Investigación, Docencia y Asesoría
en Enfermedades Neurovasculares y I.

seleccionada, la posibilidad de realizar metaanálisis con los estudios recolectados, y la utilidad que tendría contar con un metaanálisis.

- Para cada pregunta, cuando para cierto desenlace los estudios seleccionados no se pudieron metaanalizar, se consideró el o los estudios más representativos para la toma de decisiones. Cuando solo se contó con un estudio, se consideró dicho estudio para la toma de decisiones.

2) Para formular Puntos de Buena Práctica:

Para las preguntas para las que el GEG-Local consideró que no era necesario o no era posible basarse en evidencias para responder dicha pregunta (debido a que la pregunta no podía responderse en base a evidencias, a que el contexto local para esta pregunta era tan particular que la evidencia disponible no sería útil, u otros motivos): se decidió no formular recomendaciones para responder esta pregunta, sino puntos de buena práctica clínica.

Los procesos de actualización de la evidencia de alguna RS y de realización de RS de novo serán detallados a continuación:

G. Actualización de la evidencia de alguna RS

Cuando se decidió que era pertinente actualizar alguna RS (ya sea para uno o varios desenlaces de interés) se realizó una búsqueda sistemática de estudios primarios en Medline y CENTRAL. Los términos de búsqueda, criterios de inclusión, y número de estudios encontrados de las actualizaciones realizadas para cada pregunta se detallan en el **Anexo N° 2**.

1) Realización de RS de novo

Cuando se decidió realizar una RS de novo para alguna pregunta o para algún desenlace en particular, se realizó una búsqueda sistemática de estudios primarios en Medline y CENTRAL. Los términos de búsqueda, criterios de inclusión, y número de estudios encontrados en estas RS se detallan en el **Anexo N° 2 de la versión extensa**.

Evaluación de la calidad de la evidencia.

Para evaluar la calidad de la evidencia, se siguieron los siguientes pasos:

1. Evaluación del riesgo de sesgo
2. Evaluación de la calidad de la evidencia

Evaluación de riesgo de sesgo

Para cada uno de los estudios primarios seleccionados, se evaluó la necesidad de realizar la evaluación de riesgo de sesgo. Esta fue por lo general realizada cuando la RS seleccionada no contó con dicha evaluación, o cuando la RS contó con dicha evaluación pero ésta no era de calidad o esperablemente cambiaría con respecto al desenlace que se estuviera evaluando (por ejemplo, el riesgo de sesgo por no realizar el cegamiento de los evaluadores sería diferente para el desenlace dolor que para el desenlace muerte).

Las evaluaciones realizadas para identificar el riesgo de sesgo de los estudios se muestran en el **Anexo N° 3 de la versión extensa**. Las herramientas usadas para evaluar el riesgo de sesgo fueron:

1. Los ECA fueron evaluados usando la herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane¹⁸



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARIA VALENCIA CHAVEZ
MEDICO NEUROLOGO
C.M.P. N° 23538 - R.N.E. N° 13422
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
- Jefe en Enfermedades Neurovasculares y Metabólicas

2. Los estudios observacionales fueron evaluados usando la herramienta de Newcastle-Ottawa¹⁹

Evaluación de la calidad de la evidencia

Para evaluar la calidad de la evidencia, se siguió la metodología GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*). La calidad de la evidencia según esta metodología se basa en 5 puntos: riesgo de sesgo, inconsistencia de los resultados, evidencia no directa, imprecisión y sesgo de publicación²⁰.

Para ello, se elaboraron tablas de perfiles de evidencia para cada pregunta PICO (*Anexo N° 4 de la versión extensa*):

1. Para aquellos desenlaces para los cuales no contó con una tabla de perfil de evidencias GRADE anterior, se elaboraron estas tablas.
2. Para aquellos desenlaces para los cuales se contó con una tabla de perfil de evidencias GRADE anterior, se evaluó si se podían usar estas tablas o se debían elaborar nuevas tablas. Se elaboraron nuevas tablas cuando se sospechó que la tabla original no correspondía a nuestro contexto o presentaba inconsistencias.

H. Formulación de las recomendaciones.

Para la formulación de las recomendaciones, el GEG-Local evaluó la evidencia recolectada para cada una de las preguntas clínicas PICO en reuniones periódicas.

La elaboración de las recomendaciones de la presente GPC estuvo en base a la metodología GRADE. De acuerdo a esta metodología, las recomendaciones de las GPC se basan en: el balance entre efectos deseables e indeseables, la calidad de la evidencia, los valores y preferencias de los pacientes, y el uso de recursos²⁰. Además, para esta GPC se evaluó la aceptabilidad y factibilidad de las recomendaciones, con miras a su implementación.

Se estableció la dirección y la fuerza de cada recomendación. La dirección pudo ser a favor o en contra, y la fuerza pudo ser fuerte o condicional²¹. Además de las recomendaciones, se establecieron puntos de buena práctica clínica (BPC).

Tabla N° 15: Significado de fuerza y dirección de la recomendación, así como de los puntos de buena práctica clínica

Características	Significado
Fuerza de la recomendación	
Recomendación fuerte	El GEG-Local cree que todos o casi todos los profesionales que revisan la evidencia disponible seguirían esta recomendación. En la formulación de la recomendación se usa el término "se recomienda"
Recomendación condicional o débil	El GEG-Local cree que la mayoría de los profesionales que revisan la evidencia disponible seguirían esta recomendación, pero un grupo de profesionales podrían no seguirla. En la formulación de la recomendación se usa el término "se sugiere"
Dirección de la recomendación	
A favor	Se recomienda a favor de realizar cierta acción
En contra	Se recomienda en contra de realizar cierta acción
Punto de buena práctica clínica (BPC)	Para formular los puntos de buenas prácticas clínicas no se han realizado búsquedas ni evaluaciones de la evidencia. El GEG-Local emite estos puntos en base a su experiencia clínica



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARÍA VALENCIA CHÁVEZ
MÉDICO NEURÓLOGO
N° 25535 R.N.E. N° 13422
Investigación, Docencia y Atención
Asesorías y Maestrías



I. Validación de la Guía de Práctica Clínica.

1) Validación con expertos

En esta etapa se realizó una reunión con expertos temáticos donde, en primer lugar, se expusieron los objetivos y alcances de la presente GPC y luego se procedió a exponer las preguntas clínicas PICO y las recomendaciones. Como siguiente paso, se procedió a realizar una discusión con preguntas y observaciones de los expertos. Todas las preguntas fueron respondidas por el grupo expositor. Como último paso, se procedió a sintetizar las observaciones que se tomaron en cuenta.

Se realizó la técnica Delphi para establecer el consenso y recoger los aportes de los expertos temáticos en relación a las recomendaciones basadas en buenas prácticas clínicas.

Tabla N° 16: Asistentes a la reunión de validación de expertos

Nombre	Institución	Profesión/Cargo
Dr. Segundo Carlos Abanto Argomado	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas	Médico Neurológico
Dra. Rosa Lizbeth Ecos Quispe	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas	Médico Neurológico
Dr. Joel Mario Sequeiros Chirinos	Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión	Médico Neurológico
Dr. Luis Novoa Millones	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	Médico Internista
Dra. Mary Luz Mamani Limachi	Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega de Abancay	Médico Cirujano
Henry Daniel Marigorda Castro	Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren	Médico Cirujano

2) Validación con tomadores de decisiones.

La metodología utilizada para este propósito fue, en primer lugar, exponer los objetivos y alcances de la Guía, seguido de las preguntas y recomendaciones. En segundo lugar, se procedió a abrir la discusión con preguntas y observaciones de los expertos, las cuales fueron respondidas por el grupo expositor. Se solicitó que los participantes completaran una matriz de aceptabilidad/aplicabilidad. En tercer lugar, se procedió a sintetizar las observaciones que se consideraron puedan aportar a la Guía. Los asistentes a la reunión de validación con decisores fue la siguiente:

Tabla N° 17: Asistentes a la reunión de tomadores de decisiones

Nombre	Institución
Dra. Pilar Mazzetti	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dr. Leonel Lozano	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. Ana Valencia	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
M.C. Rodolfo Badillo	Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARÍA VALENCIA CHÁVEZ
MÉDICO NEUROLÓGO
G.M.P. N° 23538 - R.N.E. N° 13422
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
Académica en Enfermedades Neurológicas y Metabólicas



A. CARRASCO

3) Revisión externa.

El GEG-Local decidió que la revisión externa se llevaría a cabo convocando al prestigioso Dr. Carlos Alberto Bordini (Brasil), Maestro y Doctor en Neurología, Ex-Presidente de la Sociedad Brasileira de Cefalea, Ex- Presidente Asociación Latinoamericana de Cefalea, Fellow de la American Headache Society. Conferencista internacional sobre cefaleas, neurología y salud pública.



G. VARGAS



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARÍA VALENCIA CHÁVEZ
MEDICO NEUROLOGO
C.M.P. Nº 23898 - R.N.E. Nº 13422
Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
... lista en Enfermedades Neurológicas y Metabólicas



P. NAZZETTI S



A. CARRASCO

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de salud del Perú. Documento técnico: Metodología para la elaboración de guías de práctica clínica. Resolución ministerial 141-2015-minsa. 2015
2. Stovner L, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, et al. The global burden of headache: A documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia : an international journal of headache*. 2007;27:193-210
3. The international classification of headache disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia : an international journal of headache*. 2013;33:629-808
4. Lance JW, Anthony M. Some clinical aspects of migraine. A prospective survey of 500 patients. *Archives of neurology*. 1966;15:356-361
5. Merikangas KR, Risch NJ, Merikangas JR, Weissman MM, Kidd KK. Migraine and depression: Association and familial transmission. *Journal of psychiatric research*. 1988;22:119-129
6. Honkasalo ML, Kaprio J, Winter T, Heikkila K, Sillanpaa M, Koskenvuo M. Migraine and concomitant symptoms among 8167 adult twin pairs. *Headache*. 1995;35:70-78
7. Cutrer M, Bajwa ZH. Pathophysiology, clinical manifestations, and diagnosis of migraine in adults. 2017
8. Ferrari MD, Klever RR, Terwindt GM, Ayata C, van den Maagdenberg AM. Migraine pathophysiology: Lessons from mouse models and human genetics. *The Lancet. Neurology*. 2015;14:65-80
9. Jaillard AS, Mazetti P, Kala E. Prevalence of migraine and headache in a high-altitude town of Peru: A population-based study. *Headache*. 1997;37:95-101
10. Vetvik KG, MacGregor EA. Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. *The Lancet. Neurology*. 2017;16:76-87
11. Lipton RB, Dodick D, Sadovsky R, Kolodner K, Endicott J, Hettiarachchi J, et al. A self-administered screener for migraine in primary care. *The ID Migraine™ validation study*. 2003;61:375-382
12. El Hasnaoui A, Vray M, Richard A, Nachit-Ouinekh F, Boureau F. Assessing the severity of migraine: Development of the migsev scale. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2003;43:628-635
13. Worthington I, Pringsheim T, Gawe MJ, Gladstone J, Cooper P, Dilli E, et al. Canadian headache society guideline: Acute drug therapy for migraine headache. *Can J Neurol Sci*. 2013;40:S1-s80
14. Migraine headache: Diagnosis & management.
15. Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de la cefalea tensional y migraña en el adulto. Primer y segundo nivel de atención, México, Secretaría de salud. 03/11/2016. disponible en: <http://www.Cenetec.Salud.Gob.Mx/contenidos/gpc/catalogomaestro/gpc.htm>
16. Primary care management of headache in adults. *Clinical Practice Guideline*. 2016
17. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of amstar: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC medical research methodology*. 2007;7:10
18. Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The cochrane collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *Bmj*. 2011;343:d5928



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dra. ANA MARÍA VALENCIA CHAVEZ
MÉDICO NEUROLOGO
C.M.P. Nº 25538 - R.N.E. Nº 13422
Jefe del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
Unidad de Enfermedades Neurovasculares y Migraña



A. CARRASCO

19. Stang A. Critical evaluation of the newcastle-ottawa scale for the assessment of the quality of nonrandomized studies in meta-analyses. *European journal of epidemiology*. 2010;25:603-605
 20. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. Grade guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation's direction and strength. *Journal of clinical epidemiology*. 2013;66:726-735
 21. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. Grade guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: The significance and presentation of recommendations. *Journal of clinical epidemiology*. 2013;66:719-725
- 1.



A. CARRASCO



G. VARGAS



MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas

Dra. ANA MARIA VALENCIA CHAVEZ
MEDICO NEUROLOGO
C.M.P. N° 23538 - R.N.E. N° 13422
Jefa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención
Especialista en Enfermedades Neurovasculares y Miel...



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 31 de Diciembre de 2018

VISTO:

El expediente N° 18-014305, sobre Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente con Crisis de Migraña Episódica en su Versión Corta y en su Versión Extensa, conteniendo el Memorando N° 06-2018-COMITÉ EVALUACION GPC-INCEN del Presidente del Comité de Evaluación de Guías de Práctica Clínica, el Informe N° 0197-2018-INCEN/OGC del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Informe N° 057-2018-LMLV que contiene el Proveído N° 041-2018-UO/OEPE/INCEN de la Unidad de Organización de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Nota Informativa N° 142-2018-OEPE/INCEN de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, el Informe N° 042-2018-DEIDAENC/INCEN de la Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurología Clínica y los Informes N° 411-2018-OAJ-INCEN y N° 456-2018-OAJ/INCEN del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, y;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", que en el numeral V.- Disposiciones Generales 5.1 define a las Guías de la Práctica Clínica como un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica;

Que, el numeral 6.7.2. de la Norma Técnica de Salud en referencia, dispone que: Los Establecimientos de Salud categoría II-1 al III-2 podrán elaborar las Guías de Práctica Clínica de acuerdo al perfil epidemiológico de su demanda, siempre y cuando no se cuente con las Guías de Práctica Clínica del nivel nacional o regional, siguiendo lo establecido en la presente NTS en lo que corresponda. Se aprueba con Resolución Directoral del Establecimiento de Salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local; y con el objetivo de estandarizar la metodología para la generación de GPC en los establecimientos de salud públicos del Sector Salud a través de un marco y herramientas



metodológicos necesarios, que permitan la elaboración de una GPC de calidad, basada en la mejor evidencia disponible;

Que, por Resolución Directoral N° 151-2018-INCEN-DG de fecha 18 de junio de 2018 se reforma el Equipo que evaluará las Guías de Práctica Clínica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas;

Que, de los antecedentes se aprecia igualmente, que la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente con Crisis de Migraña Episódica en su Versión Corta y en su Versión Extensa, tiene como objetivos: Contribuir a disminuir la morbilidad y mejorar la calidad de vida de las personas con crisis migraña episódica; proporcionar a los profesionales de salud recomendaciones sustentadas en las mejores evidencias para optimizar el manejo integral de las personas con crisis de migraña episódica; brindar recomendaciones de diagnóstico y tratamiento sustentadas en las mejores evidencias para optimizar el manejo integral de las personas con crisis de migraña episódica y optimizar el gasto de recursos destinados a personas con crisis de migraña episódica;



Que, la Guía de Práctica Clínica bajo análisis, ha sido objeto de opinión favorable por parte de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, quién mediante Nota Informativa N° 142-2018-OEPE/INCEN de fecha 16 de noviembre de 2018, eleva la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente con Crisis de Migraña Episódica en su Versión Corta y en su Versión Extensa del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, informando que cumple con los criterios de estructuración de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, reproducido en el sustento del Proveído N° 041-2018-UO/OEPE/INCEN que contiene el Informe N° 057-2018-LMLV, asimismo se tiene en consideración el Informe N° 042-2018-DEIDAENC/INCEN de la Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurología Clínica, informando que se ha levantado las observaciones específicas de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente con Crisis de Migraña Episódica en su Versión Corta y en su Versión Extensa, ajustándose así a los conceptos, procedimientos y condiciones contenidas en la totalidad de las disposiciones legales que la norman y que se encuentran reseñadas en los numerales precedentes, por lo que corresponde expedir la Resolución Directoral respectiva;



A. CARRASCO

Que, estando a lo informado y con la opinión favorable del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

Con las visaciones de la Directora Adjunta, de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, de la Directora Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Neurología Clínica, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas;



G. VARGAS

De conformidad con lo dispuesto por el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 "Ley del Procedimiento Administrativo General", aprobado por el Decreto Supremo N° 006-2017-JUS, la Ley N° 26842, Ley General de Salud, Resolución Ministerial N° 302-2006/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud N° 117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, aprueba el Documento Técnico "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica" y el "Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas", aprobado por Resolución Ministerial N° 787-2006/MINSA.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente con Crisis de Migraña Episódica, Guía en su Versión Corta del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurovasculares y



P. MAZZETTI

Ministerio de Salud
Instituto Nacional
de Ciencias
Neurológicas



N° 272 -2018-DG-INCN

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 31 de Diciembre de 2018

Metabólicas del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, que consta en un total de treinta y cuatro (34) folios, que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- APROBAR la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Paciente con Crisis de Migraña Episódica, Guía en su Versión Extensa del Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurovasculares y Metabólicas del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas que consta en un total de ochenta y tres (83) folios y cinco (05) anexos que consta en un total de cuarenta y cinco (45) folios, que forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 3°.- ENCARGAR al Departamento de Investigación, Docencia y Atención Especializada en Enfermedades Neurovasculares y Metabólicas del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas como responsable de la difusión, monitoreo, implementación, aplicación y supervisión de las presentes Guías en el ámbito de su competencia.

Artículo 4°.- ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones la difusión y publicación de la presente Resolución Directoral, en el portal de la página web del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas
Dirección General
Med. Cir. Pilar Elena Mazzetti Soler
Directora de Instituto Especializado (e)

PEMS/ACH
Visaciones- copias:
DG
D Adjunta
OEA
OP
OAJ