

**FALTA DE
SUEÑO**

**PARÁLISIS INDUCIDA
POR ESTRÉS
¿NO SE PUEDE
CONCENTRAR?**

**FUERTE IMPACTO
DURA DE HORAS A DÍAS**

VISIÓN

DOBLE

NÁUSEAS

MIGRAÑA

NO PUEDE FUNCIONAR

TENSIÓN

INSUFRIBLE

CEGUERA

**NO PUEDO VER BIEN
SENSACIÓN DE DESMAYO**

**YA NO SOY YO
FÍSICAMENTE ENFERMO**

**Protocolo de manejo
de la cefalea en adultos**

**#EscuchaElDolor
#ListenToPain**

ALGORITMO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ADULTOS

HALEON

PASO 1: EVALUAR LA CEFALEA

PREGÚNTELE AL PACIENTE SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA CEFALEA^{1,2}

Unilateral, bilateral u occipital	Aguda o gradual	Palpitaciones o presión	Tiempo/duración	Intensidad
-----------------------------------	-----------------	-------------------------	-----------------	------------

IDENTIFICAR LOS SÍNTOMAS QUE REQUIEREN INTERCONSULTA CON ESPECIALISTA¹

- Empeoramiento de la cefalea con fiebre
- Cefalea de aparición súbita que alcanza la intensidad máxima en 5 minutos
- Déficit neurológico de aparición reciente
- Disfunción cognitiva de aparición reciente
- Cambio de personalidad
- Alteración del nivel de conciencia
- Trauma craneoencefálico reciente (en los últimos 3 meses)

- Cefalea provocada por la tos o el estornudo
- Cefalea provocada por el ejercicio
- Cefalea que cambia con la postura
- Síntomas que sugieren arteritis de células gigantes (inflamación de las paredes de las arterias medianas y grandes)
- Síntomas y signos de glaucoma agudo de ángulo estrecho
- Cambio sustancial en las características de la cefalea

→ PASO 2: IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

IDENTIFICAR CUALQUIER AFECCIÓN O MEDICAMENTO QUE LIMITE LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO

Medicamentos que limitan el tratamiento^{5,6,7}

- AINEs*: riesgo de hemorragia, disminución de la eficacia de los antihipertensivos, aumento de los niveles de medicamentos, como metotrexato
- Acetaminofén: Aumento del riesgo de toxicidad por acetaminofén

Afecciones médicas que limitan el tratamiento^{5,8-11}

- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad hepática
- Enfermedad de úlcera péptica
- Enfermedad cardiovascular

AINEs, antiinflamatorios no esteroideos; * Solo con AINEs orales

IDENTIFICAR LO QUE EL PACIENTE HA USADO EN EL PASADO PARA TRATAR LA CEFALEA

→ PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

¿EL PACIENTE TIENE ALGUNA PREFERENCIA DE TRATAMIENTO BASADA EN LO QUE HA UTILIZADO ANTERIORMENTE?

SI ES ASÍ

Recomendar tratamiento no farmacológico^{1,12-14}

- Diario de cefalea
- Cambios en el estilo de vida
- Descansar en una habitación fresca, oscura y tranquila según sea necesario
- Usar estrategias de relajación para reducir el estrés
- Aplicar compresas frías en la frente o en las sienes

Y

Recomendar la preferencia del paciente si es posible, teniendo en cuenta el paso 2

SI NO

Recomendar tratamiento no farmacológico^{1,12-14}

- Diario de cefalea
- Cambios en el estilo de vida
- Descansar en una habitación fresca, oscura y tranquila según sea necesario
- Usar estrategias de relajación para reducir el estrés
- Aplicar compresas frías en la frente o en las sienes

Y

Recomendar tratamiento adecuado^{1,2, 4, 8,15-18, 20}

- | | |
|--------------------|---------------|
| • Acetaminofén | • Diclofenaco |
| • Aspirina | • Ketoprofeno |
| • Ibuprofeno | |
| • Naproxeno sódico | |

ALGORITMO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ADULTOS

PASO 1

EVALUAR LOS SÍNTOMAS

- Preguntas que deben formularse (Tabla 1)
- Evaluar el tipo de cefalea (Tabla 2)
(Nota: Las cefaleas primarias son trastornos de la cefalea que no se deben a otra afección médica subyacente. Incluyen migraña, cefalea tensional, cefalea en racimos y algunos trastornos de cefalea menos comunes. Las cefaleas secundarias son dolores de cabeza que se deben a otro trastorno médico definible (por ejemplo, dolor de cabeza debido a un traumatismo en la cabeza y el cuello).
- Síntomas o circunstancias que requieren consulta con especialista (Tabla 3)

→ PASO 2

IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

- Preguntas que se deben formular para personalizar el tratamiento de la cefalea (Tabla 4)
- Afecciones y medicamentos (Tablas 5 y 6)
- Evaluar el tratamiento previo (Tabla 7)
- Preguntas que se deben formular sobre el tratamiento anterior (Tabla 7)

→ PASO 3

RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

- Recomendaciones no farmacológicas (Tabla 8)
- Recomendaciones farmacológicas (Tabla 9)

PASO 1: EVALUAR LOS SÍNTOMAS

TABLA 1

PREGUNTAS PARA FORMULAR
¿Puede hablarme de sus síntomas de cefalea? ¿Cuál es la frecuencia de la cefalea (episódica o diaria, cantidad de días al mes)? ¿Dónde siente el dolor? ¿Se irradia a algún otro lugar? ¿Cuál es la intensidad del dolor en una escala de 0 a 10? (0 es sin dolor y 10 es el más intenso) ¿Puede describir la calidad del dolor (opresivo, pulsátil, punzante, etc.)?
¿Tiene algún otro síntoma? Buscar síntomas que requieran consulta con un médico (síntomas de alerta)
¿Le han diagnosticado previamente cefaleas tensionales, cefaleas en racimos o migrañas?

→ TABLA 2

RESUMEN DE LAS CARACTERÍSTICAS QUE DISTINGUEN LOS TRASTORNOS DE CEFALEA FRECUENTES (NB: DOS O MÁS PUEDEN OCURRIR CONCOMITANTEMENTE) ^{1,2}			
Característica de la cefalea	Cefalea tensional	Migraña (con o sin aura)	Cefalea en racimos
Localización del dolor (cabeza, cara o cuello)	Bilateral	Unilateral o bilateral	Unilateral (alrededor del ojo, por encima del ojo y a lo largo del lado de la cabeza/cara)
Calidad del dolor	Opresivo/ajustado (no pulsátil)	Pulsátil (en adolescentes puede describirse como 'golpeteo/latido')	Variable (punzante, perforante, urente, pulsátil u opresivo)
Intensidad del dolor	Leve o moderado	Moderado o intenso	Intenso o muy intenso
Efecto en las actividades	No se agrava con las actividades cotidianas	Se agrava o lleva a evitar actividades cotidianas	Agitación o inquietud

TABLA 2 CONTINÚA

PASO 1: EVALUAR LOS SÍNTOMAS

→ TABLA 2 CONTINUACIÓN

Otros síntomas	Ninguno	Sensibilidad inusual a la luz o al sonido o náuseas o vómitos Los síntomas del aura pueden ocurrir con o sin cefalea y: • son totalmente reversibles • se presentan durante al menos 5 minutos • duran de 5 a 60 minutos Los síntomas típicos del aura incluyen síntomas visuales como luces parpadeantes, manchas o líneas o pérdida parcial de la visión; síntomas sensoriales como entumecimiento u hormigueo, o trastornos del habla	Del mismo lado que la cefalea: • ojos rojos o llorosos • congestión nasal o secreción nasal • párpado hinchado • sudoración facial • pupila contraída o párpado caído
Duración de la cefalea	30 minutos a continuo	4 a 72 horas en adultos 1 a 72 horas en jóvenes de 12 a 17 años	15 a 180 minutos

Cefalea crónica

Migraña crónica o cefalea tensional crónica:

Al menos 15 días con cefalea al mes durante más de 3 meses con la descripción clínica anterior, en ausencia de uso excesivo de medicamentos

Cefalea en racimos crónica:

Crisis que ocurren durante más de 1 año sin remisión, o períodos de remisión que duran más de 3 meses

Cefalea por uso excesivo de medicamentos

El síndrome clínico de la cefalea exacerbada por el uso excesivo de medicamentos de alivio de las crisis es de tipo migrañoso o por tensión

Ergotamina, triptanos u opioides tomados 10 o más días al mes, o 15 días para los analgésicos simples, durante más de 3 meses.

-

PASO 1: EVALUAR LOS SÍNTOMAS

→ TABLA 3

SÍNTOMAS O CIRCUNSTANCIAS QUE REQUIEREN REMITIR CON ESPECIALISTA¹

Evaluar a las personas que presentan cefalea y cualquiera de las siguientes características, y considerar la necesidad de investigaciones adicionales y/o consulta con especialista:

- Empeoramiento de la cefalea con fiebre
- Cefalea de aparición súbita que alcanza la intensidad máxima en 5 minutos
- Déficit neurológico de aparición reciente
- Disfunción cognitiva de aparición reciente
- Cambio de personalidad
- Alteración del nivel de conciencia
- Traumatismo craneoencefálico reciente (por lo general en los últimos 3 meses)
- Cefalea desencadenada por tos, Valsalva (tratar de exhalar con la nariz y la boca tapadas) o estornudos
- Cefalea provocada por el ejercicio
- Cefalea ortostática (dolor de cabeza que cambia con la postura)
- Síntomas sugestivos de arteritis de células gigantes (*También conocida como arteritis temporal, la arteritis de células gigantes se caracteriza por la inflamación de las paredes de las arterias medianas y grandes. Las ramas de la arteria carótida y la arteria oftálmica están preferentemente afectadas, y causan síntomas de dolor de cabeza, alteraciones visuales y claudicación mandibular.*)
- Síntomas y signos de glaucoma agudo de ángulo cerrado (*una afección ocular poco frecuente que resulta de la obstrucción del drenaje del líquido del ojo*)
- Un cambio sustancial en las características de la cefalea

Considerar la posibilidad de realizar más investigaciones o consulta con especialista para las personas que presenten cefalea de aparición reciente y cualquiera de los siguientes:

- Inmunocompromiso, causado, por ejemplo, por el VIH o los medicamentos inmunosupresores
- Edad menor de 20 años y antecedentes de neoplasias malignas
- Antecedentes de neoplasias malignas con metástasis en el cerebro
- Vómitos sin otra causa evidente

CONSIDERACIONES

TABLA 4

PREGUNTAS PARA PERSONALIZAR EL TRATAMIENTO DE LA CEFALEA

- ¿Está tomando algún medicamento, tanto recetado como de venta libre? Si es así, ¿cuáles son y cuál es la dosis?
- ¿Tiene alguna afección médica?
- ¿Qué ha usado antes para el dolor de cabeza?
- ¿Cuáles son los desencadenantes de su dolor de cabeza?
- ¿Qué factores agravan o alivian los síntomas?
- ¿Hay antecedentes familiares de dolores de cabeza?

→ TABLA 5

MEDICAMENTOS PARA USAR CON PRECAUCIÓN CON ACETAMINOFÉN O AINEs ORALES^{5,6,7}

Preocupación	Posible interacción farmacológica
Aumento del riesgo de hemorragia con AINEs orales	• Algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) • Algunos antidepresivos tricíclicos • Ácido acetilsalicílico (AAS) • Corticosteroides • Warfarina • Ginkgo biloba
Disminución de la eficacia de los antihipertensivos con AINEs orales	• Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (iECA) • Bloqueadores de los receptores de angiotensina II (BRA) • Diuréticos • Betabloqueadores
Aumento de los niveles de fármacos con AINEs orales	• Litio • Metotrexato
Aumento del riesgo de toxicidad por acetaminofén	• Medicamentos para la epilepsia (por ejemplo, carbamazepina) • Otros inductores de la enzima P450 (por ejemplo, isoniazida, rifampicina) • Alcohol

PASO 2: IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

→ TABLA 6

CONSIDERACIONES AL SELECCIONAR ANALGÉSICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CONCURRENTES ⁸⁻¹¹	
Enfermedades concurrentes	Notas
Enfermedad renal crónica (ERC) ⁸	- Los AINEs tienen efectos de clase nefrotóxicos demostrados y deben evitarse siempre que sea posible en pacientes con síntomas de insuficiencia renal - El acetaminofén es el analgésico de primera línea preferido para el tratamiento episódico del dolor leve en pacientes con disfunción renal, ERC o que requieren diálisis. Sin embargo, a veces puede estar justificada la reducción de la dosis (se ha recomendado un máximo de 3 g/día para pacientes con insuficiencia renal avanzada).
Enfermedad hepática ^{8,9}	- AINEs: Los AINEs pueden causar daño hepático agudo con gravedad variable. - Acetaminofén: no está contraindicado en la enfermedad hepática. Puede causar toxicidad hepática si se toma en grandes cantidades.
Úlcera gastroduodenal ^{8,10}	- El uso crónico de AINEs se asocia con reacciones adversas potencialmente graves del aparato gastrointestinal superior, incluyendo úlcera péptica y hemorragia gastrointestinal. - Acetaminofén: menor riesgo de efectos adversos en comparación con los AINEs
Enfermedad cardiovascular ^{5,8,11}	- Todos los AINEs sin aspirina pueden estar asociados con un posible aumento del riesgo trombótico cardiovascular. - Los AINEs están contraindicados en pacientes que se han sometido a cirugía de revascularización miocárdica. - El uso de acetaminofén a las dosis recomendadas no se asocia con ningún riesgo adicional de acontecimientos cardiovascular importantes.

→ TABLA 7

PREGUNTAS QUE SE DEBEN HACER SOBRE EL TRATAMIENTO PREVIO
¿Qué ha usado antes para tratar la cefalea? ¿Qué dosis usó? ¿Fue eficaz? ¿Tuvo algún efecto secundario? ¿Tiene alguna preferencia por algún tratamiento específico?

PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

TABLA 8

RECOMENDACIONES NO FARMACOLÓGICAS PARA LA CEFALEA (TODOS LOS TIPOS) ^{1,12-14}
Evitar los desencadenantes Los desencadenantes comunes de la cefalea incluyen ciertos alimentos, falta de sueño, saltos de comidas, deshidratación, fumador pasivo, olores fuertes como perfumes
Uso del diario de cefaleas para registrar lo siguiente durante un mínimo de 8 semanas: • Frecuencia, duración y gravedad de las cefaleas • Cualquier síntoma asociado • Todos los medicamentos recetados y de venta libre que se toman para aliviar la cefalea • Posibles precipitantes • Relación de las cefaleas con la menstruación
Cambios en el estilo de vida • No saltarse comidas, especialmente el desayuno. • Dormir al menos siete horas todas las noches. • Hacer ejercicio durante 30 minutos al día. (Ejercicio aeróbico y entrenamiento de fuerza progresivo) • Tomar de seis a ocho vasos de agua al día. • Identificar y evitar los desencadenantes de la cefalea. Estos pueden incluir alimentos y bebidas con cafeína, así como muchos tipos de papas fritas y otros alimentos "chatarra".
Descansar en una habitación fresca, oscura y tranquila según sea necesario
Usar estrategias de relajación para reducir el estrés
Aplicar compresas frías en la frente o en las sienes

PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

→ TABLA 9

MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS CRISIS DE LA CEFALEA ^{1,2, 4, 8,15-24}			
Medicamentos para el tratamiento agudo de la cefalea por tensión			
Medicación y dosis única	Efectos adversos	Interacciones farmacológicas	Observaciones
Acetaminofén	Buen perfil de seguridad a nivel terapéutico. Puede causar toxicidad hepática si se toma en grandes cantidades.	Puede aumentar potencialmente el riesgo de hemorragia con warfarina.	Recomendado como terapia de primera línea por múltiples directrices. Para las personas con un mayor riesgo (como insuficiencia renal o riesgo de hemorragia digestiva), el acetaminofén puede considerarse como una opción preferida en lugar de ibuprofeno. Se puede usar en mujeres embarazadas si no se puede evitar la medicación. (recomendación de las directrices)
Aspirina	La aspirina aumenta el riesgo de hemorragia, incluso con dosis bajas de cardioprotección (por ejemplo, 75-300 mg). Reacciones de hipersensibilidad (enfermedad respiratoria, rinosinusitis, urticaria)	Es aconsejable evitar el uso crónico de AINEs en pacientes en tratamiento con aspirina cardioprotectora.	Puede aliviar la cefalea en más personas con cefalea por tensión episódica frecuente que con placebo, pero no hay suficiente evidencia.

TABLA 9 CONTINÚA

PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

→ TABLA 9 CONTINUACIÓN

Ibuprofeno	Efectos adversos gastrointestinales, riesgo de hemorragia.	Disminuye la depuración renal de metotrexato, que podría provocar toxicidad al menos cuando se utiliza en dosis altas.	La dosis más baja se debe utilizar durante el periodo de tiempo más corto.
Naproxeno sódico	Todos los AINEs que no contienen aspirina pueden estar asociados con un posible aumento del riesgo trombótico CardioVascular.	Aumento del riesgo de hemorragia gastrointestinal con la ingesta concomitante de antidepresivos, esteroides, antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes.	Se debe evitar la administración simultánea de anticoagulantes y corticosteroides.
Diclofenaco			
Ketoprofeno			
	Las personas mayores tienen un mayor riesgo inicial de complicaciones cardiovasculares, gastrointestinales, renales y hepáticas.		El diclofenaco se asocia con mayor frecuencia a hepatotoxicidad.
	Se han documentado reacciones de hipersensibilidad, especialmente con naproxeno, diclofenaco e ibuprofeno.		

Analgésicos combinados para el tratamiento de las crisis de la cefalea tensional

- Los analgésicos combinados que contienen cafeína son medicamentos de segunda elección.⁴
- La combinación de cafeína con ibuprofeno y acetaminofén aumenta la eficacia, pero posiblemente también el riesgo de presentar cefalea por uso excesivo de medicamentos.^{4,20}

Medicamentos recomendados para el tratamiento de la cefalea en racimos aguda²

- Considerar el uso de triptanes como el sumatriptán.
- El oxígeno de alto flujo, utilizando una máscara con reservorio, es eficaz para parar las crisis agudas de cefalea en racimos.
- El oxígeno se suele usar junto con triptanos en pacientes con varias crisis.

Medicamentos para la cefalea por uso excesivo de medicamentos²

- Se debe advertir a los pacientes que restringir sus medicamentos para la cefalea aguda a no más de 2 días en una semana minimiza el potencial de cefalea por uso de medicamentos.
- La intervención educativa es crucial y permite una mejora en la cefalea.
- La comparación del asesoramiento solo con un programa estructurado de desintoxicación en pacientes con cefalea por uso de medicamentos es igualmente eficaz.

Medicamentos para la migraña: (Consulte el Protocolo para la migraña)

MOH, cefalea por uso excesivo de medicamentos

REFERENCIAS

1. Headaches in over 12s: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 17 de diciembre de 2021. (Directriz NICE, No. 150.) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553317/>. Consultado el 6 de diciembre de 2023.
2. British Association for the study of Headache. (BASH) NATIONAL HEADACHE MANAGEMENT SYSTEM FOR ADULTS 2019. Disponible en <https://headache.org.uk/wp-content/uploads/2023/02/bash-guideline-2019.pdf>. Consultado el 6 de diciembre de 2023.
3. Headaches. Cleveland Clinic. Última revisión 29/08/2022. Disponible en <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9639-headaches>. Consultado en diciembre de 2023.
4. Toward Optimized Practice Institute of Health Economics. Primary care management of headache in adults: Clinical practice guideline, 2nd edn, pp.1-76, <https://actt.albertadoctors.org/media/uqlh1yin/headache-guideline.pdf> 2016, consultado en diciembre de 2023.
5. Moore N, Pollack C, Butkerait P. Adverse drug reactions and drug-drug interactions with over-the-counter NSAIDs. Ther Clin Risk Manag. 2015 Jul 15; 11:1061-75.
6. Vostinaru O. Adverse Effects and Drug Interactions of the Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs [Internet]. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. InTech; 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.68198>. Consultado en diciembre de 2023.
7. Agrawal S, Khazaeni B. Acetaminophen Toxicity. [Actualizado el 9 de junio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441917/>.
8. John Alchin, Arti Dhar, Kamran Siddiqui & Paul J. Christo (2022) Why paracetamol (acetaminophen) is a suitable first choice for treating mild to moderate acute pain in adults with liver, kidney or cardiovascular disease, gastrointestinal disorders, asthma, or who are older, Current Medical Research and Opinion, 38:5, 811-825, DOI: 10.1080/03007995.2022.2049551
9. Meunier L, Larrey D. Recent Advances in Hepatotoxicity of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs. Ann Hepatol. 2018 Mar 1;17(2):187-191.
10. McEvoy L, Carr DF, Pirmohamed M. Pharmacogenomics of NSAID-Induced Upper Gastrointestinal Toxicity. Front Pharmacol. 2021 Jun 21; 12:684162.
11. Ghlichloo I, Gerriets V. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) [Updated 2023 May 1]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547742/>. Consultado en diciembre de 2023.
12. Cleveland Clinic. Headache Medicine. Última revisión 24/11/2021. Disponible en <https://my.clevelandclinic.org/health/drugs/9652-headache-medicine>. Consultado el 7 de diciembre de 2023.

REFERENCIAS CONTINÚA

REFERENCIAS

13. Ford B, Dore M, Harris E. Outpatient Primary Care Management of Headaches: Guidelines from the VA/DoD. *Am Fam Physician*. 2021 Sep 1;104(3):316-320.
14. Pharmacy Times. Staying Ahead of Headache Management: Tips for Pharmacists on Patient Recommendations. Recisado el 6 de noviembre de 2023. Disponible en <https://www.pharmacytimes.com/view/staying-ahead-of-headache-management-tips-for-pharmacists-on-patient-recommendations>. Consultado el 7 de diciembre de 2023.
15. Hagen M, Alchin J. Nonprescription drugs recommended in guidelines for common pain conditions. *Pain Manag*. 2020 Mar;10(2):117-129
16. Alnasser, A., Alhumrran, H., Alfehaid, M. et al. Paracetamol versus ibuprofen in treating episodic tension-type headache: a systematic review and network meta-analysis. *Sci Rep* 13, 21532 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-48910-y>
17. Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Aspirin for acute treatment of episodic tension-type headache in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jan 13;1(1):CD011888. doi: 10.1002/14651858.CD011888.pub2
18. Vaz JM, Alves BM, Duarte DB, Marques LA, Santana RS. Quality appraisal of existing guidelines for the management of headache disorders by the AGREE II's method. *Cephalalgia*. 2022 Mar;42(3):239-249.
19. Bindu S, Mazumder S, Bandyopadhyay U. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) and organ damage: A current perspective. *Biochem Pharmacol*. 2020 Oct;180:114147
20. Bendtsen L, Evers S, Linde M, Mitsikostas DD, Sandrini G, Schoenen J; EFNS. EFNS guideline on the treatment of tension-type headache - report of an EFNS task force. *Eur J Neurol*. 2010 Nov;17(11):1318-25
21. Diclofenac oral tablets. 9 de diciembre de 2022 Disponible en <https://www.medicalnewstoday.com/articles/drugs-diclofenac-tablets#interactions>. Consultado en diciembre de 2023
22. What to know about ibuprofen. 8 de febrero de 2023 Disponible en <https://www.medicalnewstoday.com/articles/161071#interactions>. Consultado en diciembre de 2023.
23. What to know about naproxen. Actualizado el 27 de junio de 2023. Disponible en <https://www.medicalnewstoday.com/articles/324917#interactions>. Consultado en diciembre de 2023.
24. Ketoprofen-Interactions. Disponible en <https://www.webmd.com/drugs/2/drug-5995-8186/ketoprofen-oral/ketoprofen-oral/details>. Consultado en diciembre de 2023