

F. Casado Martínez y J. J. Cota Medina

CONOCIMIENTOS BÁSICOS

La cefalea representa uno de los motivos de consulta más frecuentes en las urgencias hospitalarias y extrahospitalarias. De hecho, el 95 % de la población va a sufrir un episodio de cefalea a lo largo de su vida. Es una entidad muy prevalente, por tanto muy conocida a nivel profesional y a nivel de usuario, con dos características negativas, según los autores: todos saben qué es una cefalea y con qué tratamientos convencionales se obtiene una respuesta aceptable u óptima en el momento agudo. En todos los procesos que son frecuentes y conocidos, se corre el riesgo de no realizar una valoración adecuada de estos. Es frecuente encontrar pacientes que sufren cefalea de larga evolución, que no definen qué tipo de cefalea sufren y cuyos tratamientos son muy diversos y a veces insuficientes, o simplemente no son los indicados.

La cefalea de reciente comienzo provoca en el paciente y en su entorno familiar un estado de gran ansiedad que con frecuencia es transmitido al médico. Esto condiciona que muchas veces predomine el diagnóstico de exclusión (lo que el paciente no tiene) y la aplicación de medidas terapéuticas generales que logren un rápido alivio de la sintomatología sobre el diagnóstico de confirmación (lo que el paciente tiene) y la instauración de un tratamiento específico.

Un concepto que hay que tener muy claro y se debe saber diferenciar es la *cefalea síntoma*, que forma parte de la *cefalea secundaria* y la *cefalea enfermedad* o *cefalea primaria*, que es la más frecuente.

Por tanto en este capítulo se pretende establecer cómo se debe realizar la valoración en urgencias, de

un paciente que consulta por cefalea, por primera vez o por cefalea ya conocida.

En la evaluación de toda cefalea se debe aspirar a alcanzar *siete objetivos*:

1. Diferenciar entre cefalea primaria (sin alteración cerebral subyacente) y una cefalea secundaria (hay alteración cerebral subyacente).
2. Establecer un diagnóstico preciso.
3. Establecer un diagnóstico sindrómico preciso cuando no se alcance el diagnóstico.
4. Ofrecer un tratamiento adecuado.
5. Tener claro cuándo se debe solicitar la realización de pruebas complementarias.
6. Conocer los criterios de ingreso hospitalario de una cefalea.
7. Saber qué tipo de cefaleas se deben derivar al neurólogo o internista.

Estos objetivos se alcanzarán basándose en cuatro pilares fundamentales:

1. **Conocimiento teórico** de la enfermedad.
2. Una **correcta anamnesis**.
3. Una **exploración física y neurológica precisa**.
4. Un **conocimiento de los signos de alarma** en toda cefalea.

Clasificación de las cefaleas

Las cefaleas más frecuentes que se pueden ver en urgencias se clasifican y se definen por la Sociedad Española de Neurología en:

- **Primarias:**
 - Migraña con/sin aura: se trata de un sín-

- drome de prevalencia familiar consistente en ataques o crisis recurrentes de dolor de cabeza, muy variables en intensidad, frecuencia y duración, que suele ser unilateral, asociado a fotofobia y fonofobia, con náuseas y/o vómitos y con importante exacerbación ante movimientos cefálicos o esfuerzos.
- Cefalea tensional: se describe como una opresión o “peso” cefálico, sin carácter pulsátil en la mayoría de los pacientes. Por lo general, no se acompaña de náuseas, vómitos, sino ni fotofobia. La localización del dolor es holocraneal en la inmensa mayoría de los sujetos y, a diferencia de la migraña, no suele agravarse con los esfuerzos o la actividad física. La intensidad del dolor es leve-moderada.
 - Cefalea en racimos: cursa con ataques de dolor estrictamente unilateral, no cambiante de lateralidad durante cada racimo, intenso, peri o supraorbitario, temporal o sobre todas estas regiones, con una duración habitual de 15 a 180 minutos y con una frecuencia variable, que puede oscilar entre una crisis cada dos días hasta varios episodios al día. Se suelen acompañar de alteraciones autonómicas, como inyección conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudación frontal y facial, miosis, ptosis o edema palpebral, así como de una inquietud motora y marcado desasosiego.
 - Cefalea paroxística: Se manifiesta como ataques de cefalea, cuyo dolor es de características similares a la cefalea en racimos (unilateral grave o muy grave, orbitario, supraorbitario y/o temporal), con similares signos y síntomas acompañantes, pero de duración más breve (de 2 a 30 minutos), mayor frecuencia de los ataques (más de 5 al día, al menos la mitad del tiempo que dure), mayor predominancia del sexo femenino y respuesta absoluta a la indometacina a dosis terapéuticas.
 - Otras:
 - o Cefalea punzante: dolor punzante cefálico, que dura unos pocos segundos, predominantemente en el área de la primera división trigeminal (orbitaria, frontal o temporal), cuya localización puede desplazarse.
 - o Cefalea tusígena: está provocada por la tos y ocurre solo en asociación con ella, el esfuerzo físico y/o la maniobra de Valsalva, es de inicio súbito y corta duración.
 - o Cefalea del ejercicio: cefalea pulsátil que dura entre 5 minutos y 2 días que sólo se presenta durante o al final del ejercicio físico.
 - o Cefalea hípnic: se caracteriza por ataques de dolor de cabeza, generalmente sordo, que se desarrolla únicamente durante el sueño y despierta al paciente. Suele aparecer más de 15 días al mes, durar más de 15 minutos e iniciarse tras los 50 años.
 - o Cefalea «en estallido» (thunderclap o en trueno): es una cefalea cuyas características principales son su gran intensidad y su comienzo brusco. La cefalea en trueno se asocia con frecuencia con hemorragia subaracnoidea.
 - o Hemicránea continua: es una cefalea estrictamente unilateral, persistente durante más de 3 meses, diaria, de intensidad moderada, pero con exacerbaciones de dolor grave en las que aparece ipsilateralmente alguno de los siguientes signos y síntomas: inyección conjuntival, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, ptosis y miosis.
 - o Cefalea crónica desde el inicio: cefalea crónica, de más de tres meses de evolución, en general bilateral, opresiva y de intensidad leve o moderada, pudiendo existir fotofobia, sonofobia o náuseas leves, de características con frecuencia similares a la cefalea de tensión, pero cuyo inicio o desarrollo rápido para hacerse no remitente debe ser claramente recordado y descrito sin ambigüedad o duda por parte del paciente.
- **Secundarias:**
 - Arteritis de células gigantes o arteritis de la arteria temporal: es una vasculitis sistémica que afecta los vasos de mediano y gran calibre, y característicamente, a la arteria temporal superficial. Tiene 3 formas clínicas de presentación que no son excluyentes entre sí:
 - o Cefalea frontoparietal de aparición reciente, continua, que no cede con AINE, con hiperestesia del cuero cabelludo, claudicación mandibular, con alteraciones visuales como amaurosis fugaz o pérdida definitiva, expresión de isquemia por arteritis.
 - o Síndrome de polimialgia reumática: dolor en ambas cinturas musculares con imposibilidad funcional y rigidez matutina.

- Síndrome general tóxico o febril que induce a pensar en la existencia de un proceso infeccioso o neoplásico subyacente.
- Traumatismo craneal.
- Trastorno vascular craneal o cervical.
- Trastorno intracraneal no vascular.
- Trastorno secundario a sustancia o a su supresión.
- Infección.
- Trastorno de la homeostasis.
- Trastorno de cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales.
- Trastorno psiquiátrico.
- **Cefaleas por abuso de medicación.**
- **Neuralgias craneales y dolor facial:**
 - Neuralgia del trigémino: dolor unilateral, paroxístico, de muy corta duración (de una fracción de segundo a dos minutos), en el territorio de una o más divisiones del trigémino, generalmente segunda y tercera. El dolor suele ser de carácter fulgurante, referido como eléctrico, de inicio y final bruscos.
 - Neuralgia del glossofaríngeo: el dolor se distribuye en la pared posterior de la lengua, fosa amigdalina, faringe, ángulo de la mandíbula y/o oído, y se precipita al masticar, tragar, hablar, toser o bostezar.
 - Neuralgia del occipital: dolor punzante, paroxístico, en la distribución del nervio occipital mayor o menor o del tercer nervio occipital, con o sin persistencia de dolor entre los paroxismos, que a veces se acompaña de una hipoestesia o disestesia en el área afectada, con frecuente hipersensibilidad al tacto sobre el territorio del nervio afectado. El dolor se puede desencadenar por presión, extensión cervical o rotación.
 - Neuralgia posherpética: si el dolor persiste más allá de 2 meses. El riesgo de neuralgia posherpética es mayor cuanto mayor es la edad, en el sexo femenino y si la erupción o el dolor son severos.
 - Dolor facial persistente: dolor de duración y frecuencia variable aunque suele ser persistente, diario, profundo, inicialmente en un área hemifacial y pobremente localizado, sin zonas gatillo.

Axiomas en las cefaleas

1. El 90 % de los pacientes que consultan por cefalea padece migraña o cefalea tensional.

2. Salvo la cefalea en racimos, las cefaleas primarias son más frecuentes en mujeres.
3. El aumento en la frecuencia de la cefalea puede deberse a un proceso secundario subyacente.
4. Puede afirmarse que las cefaleas no progresivas de larga evolución tienen un carácter primario, mientras que las cefaleas de inicio reciente e instauración más tardía suelen obligar a un estudio orientado a descartar una cefalea secundaria.
5. Por regla general no hay una relación directa entre la intensidad del dolor y la gravedad del proceso.
6. Una de las cuestiones más difíciles de valorar en los pacientes es la cualidad del dolor.
7. Un mismo paciente puede tener crisis de cefalea primaria de diferentes tipos.
8. Un 30 % de las migrañas se manifiestan bilateralmente y el dolor puede cambiar de lado de un episodio a otro.
9. El alivio de la cefalea con el sueño y el reposo es propio de las cefaleas primarias.
10. El aura de una migraña dura minutos.
11. Sólo las cifras de presión diastólica muy elevadas causan directamente cefalea.
12. En las cefaleas primarias no está indicado la realización de pruebas complementarias.

VALORACIÓN DE UNA CEFALEA

El orden a seguir en todo paciente con cefalea es el siguiente:

1. Descartar la existencia de signos de alarma.
2. Anamnesis.
3. Exploración física y neurológica.
4. Solicitar o no pruebas complementarias.
5. Establecer un diagnóstico preciso o un diagnóstico sindrómico.
6. Tratamiento.
7. Valorar si tiene criterios de ingreso hospitalario.
8. Valorar si el paciente tiene que ser derivado a neurología o medicina interna.

SIGNOS DE ALARMA

Es lo primero que hay que valorar en toda cefalea y son los siguientes:

1. Cefalea intensa de inicio agudo.
2. Cefalea de comienzo reciente en pacientes mayores de 50 años.

3. Cambio reciente de una cefalea crónica, sin motivo aparente en su frecuencia, intensidad, duración o localización.
4. Cefalea de frecuencia y/o intensidad creciente.
5. Unilateralidad estricta (excepto cefalea en racimos, hemicránea paroxística crónica, neuralgia occipital, neuralgia del trigémino y hemicránea continua).
6. Cefalea asociada a signos de disfunción neurológica (alteraciones del comportamiento y carácter, focalidad neurológica, crisis epilépticas, papiledema, fiebre, rigidez de nuca y/o signos meníngeos positivos, náuseas o vómitos no explicables por una cefalea primaria o una enfermedad sistémica).
7. Cefalea que empeora con el sueño, decúbito o con maniobras de Valsalva. Cefaleas de aparición nocturna.
8. Cefalea desencadenada exclusivamente por los tos o el esfuerzo.
9. Falta de respuesta a tratamientos correctos.
10. Migraña con aura cuyo déficit neurológico no es cambiante en lateralidad ni en expresividad clínica.

Si apareciese alguno de estos síntomas se debe empezar a sospechar que se está ante un cefalea secundaria.

ESCUCHAR Y PREGUNTAR

Anamnesis general

- **Motivo de consulta:** cefalea o dolor de cabeza.
- **Inicio y cronología:**
 - *Reciente:* siempre hay que pensar que puede haber una causa orgánica subyacente.
 - Inicio súbito: «como si me hubiesen dado un palo en la cabeza» o «como si algo hubiese estallado en mi cabeza».
 - Hemorragia subaracnoidea.
 - Hipertensión intracraneal (se producen aumentos bruscos de la presión intracraneal con las maniobras de Valsalva o con los cambios posturales, por lo tanto un aumento de la intensidad de la cefalea).
 - Inicio agudo (minutos u horas):
 - Migraña, cefalea tensional, son las más frecuentes, pero la mayoría se presentan así.
 - Inicio subagudo (días o semanas):
 - Si es progresiva: proceso expansivo intracraneal.
 - Arteritis de la temporal, neuralgia.
 - *Crónica* (el paciente sufre de cefaleas de larga evolución):
 - ¿Han cambiado las características de la cefalea?:
 - Sí: valorar nuevamente los signos de alarma.
 - No: la cefalea es de características similares, pero han aumentado en frecuencia (que suele ser lo habitual en estos pacientes) por lo que hay que pensar que sufre:
 - ▲ Cefalea mixta: migraña y cefalea tensional.
 - ▲ Cefalea tensional: la cefalea pasa de episódica a crónica, manifestando dolor de forma diaria.
 - ▲ Ambas situaciones pueden ser debidas a un abuso de analgésicos.
 - Se establece la frecuencia de la cefalea en brotes, recurrente, diaria o continua, y la duración del episodio en minutos, horas y días.
- **Localización e irradiación:**
 - *Unilateral:*
 - Migraña: 85 % unilateral, y un 30 % puede ser bilateral.
 - Cefalea en racimos: 100 % unilateral y retroorbitaria.
 - Neuralgia del trigémino (más frecuente la 2ª y 3ª ramas).
 - Hemicránea paroxística crónica: orbitaria o temporal.
 - Hemicránea continua.
 - *Variable:* causa orgánica.
 - *Holocraneal:*
 - Cefalea tensional: en banda.
 - Cefalea crónica diaria.
 - Hemorragia subaracnoidea aguda: de predominio occipital.
 - *Temporal:* arteritis de la temporal.
 - *Frontal:* sinusitis.
- **Características:**
 - *Pulsátil:* migraña.
 - *Opresiva:* cefalea tensional.
 - *Lancinante:* cefalea en racimos, hemicránea paroxística crónica.
 - *Eléctrica:* neuralgia del trigémino.

- *Punzante*: hemicránea continua.
- *Explosiva*: hemorragia subaracnoidea aguda.
- *Constante sorda*: orgánica.
- *Variable*: cefalea crónica diaria, arteritis de la temporal.
- **Intensidad:**
 - *Leve a moderada*: no interfiere en su actividad diaria.
 - *Intensa*: sí interfiere en su actividad diaria.
- **Factores que alivian o empeoran la cefalea:**
 - Maniobras de Valsalva, cambios posturales son signos de alarma.
 - Ejercicio, tos, relaciones sexuales son cefaleas primarias.
 - Estrés: cefalea tensional.
 - La luz, los ruidos: migraña.
- **Otros síntomas asociados:**
 - *Fiebre*: meningitis, encefalitis.
 - *Rigidez de nuca, náuseas y vómitos*: causa orgánica.
 - *Aura, sonofobia y fotofobia, náuseas y vómitos*: migraña. En la cefalea tensional muy intensa puede acompañarse de sonofobia y fotofobia, náuseas y vómitos.
 - *Lagrimeo y rinorrea*: cefalea en racimos.
 - *Arterias doloridas, polimialgia reumática*: arteritis de la temporal.
 - *Inyección conjuntival, lagrimeo y rinorrea*: hemicránea paroxística crónica.
 - *Fotofobia, lagrimeo, congestión nasal*: hemicránea crónica.
 - *Cervicalgia*: cefalea tensional.
- Nivel de consciencia, atención, orientación, memoria y lenguaje.
- Palpación y auscultación de arteria carótida y arterias temporales.
- Exploración de senos paranasales y oído externo y medio.
- Exploración de columna cervical, rigidez de nuca, dolor y limitación de la movilidad.
- Pares craneales:
 - Fondo de ojo, campimetría por confrontación, motilidad ocular externa y pupilas.
 - Potencia de musculatura de maseteros y temporales, sensibilidad facial, reflejo corneal.
 - Motilidad facial.
 - Audición: prueba de Rinne y de Weber.
 - Pares bajos: movilidad del velo del paladar, reflejo nauseoso, fuerza del esternocleidomastoideo y trapecio, motilidad lingual.
- Extremidades: fuerza muscular, reflejos tendinosos profundos, reflejo cutáneo-plantar.
- Sensibilidad dolorosa y posicional.
- Marcha, prueba de equilibrio, y coordinación.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Sólo se solicitarán cuando a través de la anamnesis y la exploración física se sospeche de: cefalea secundaria, cefalea que no cumple criterios de una primaria, curso atípico de la cefalea, cuando la exploración física sea anormal:

- **Hematimetría.**
- **Bioquímica:** glucosa, urea, creatinina, sodio y potasio.
- **Velocidad de sedimentación globular (VSG):** si se sospecha de arteritis de la temporal.
- **Estudio de coagulación:** si se sospecha causa secundaria.
- **Rx de tórax:** si se sospecha causa secundaria.
- **Rx de columna cervical:** si el paciente manifiesta cervicalgia y cefalea holocraneal y occipital.
- **Rx de senos paranasales:** si hay cefalea frontal con rinorrea.
- **Tomografía axial computarizada (TC) craneal:** sus indicaciones son:
 - Intensa de inicio hiperagudo (cefalea «en estallido»).
 - De evolución subaguda que empeora progresivamente.
 - Asociada a síntomas, signos compatibles con focalidad neurológica.

EXPLORAR

Exploración física general

- **Constantes vitales:** presión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), temperatura, glucemia capilar.
- **Aspecto general.**
- **Auscultación cardíaca.**
- **Auscultación respiratoria.**
- **Exploración abdominal.**
- **Exploración de extremidades.**

Exploración física específica

Se ha de prestar atención a la exploración física del paciente y según los síntomas descritos por el paciente hay que valorar:

- Asociada a papiledema o rigidez de nuca.
- Asociada a fiebre que no es explicable por una enfermedad sistémica.
- Asociada a náuseas o vómitos que no son explicables por una cefalea primaria o una enfermedad sistémica.
- Que no responde a su tratamiento correcto.
- No clasificable por la historia clínica.
- **Punción lumbar:** siendo sus indicaciones:
 - Sospecha de hemorragia subaracnoidea con TC de cráneo normal.
 - Sospecha de meningitis, meningoencefalitis o aracnoiditis leptomenígea.
 - Ocasionalmente, la punción lumbar puede plantearse en aquellos pacientes con cefalea crónica desde el inicio de reciente comienzo, sin abuso de fármacos y estudio etiológico negativo.

DIAGNÓSTICO

Después de la realización de la anamnesis y exploración física adecuada se puede establecer el diagnóstico de la cefalea (Tabla 136-1). Si a pesar de todo no se puede llegar a un diagnóstico preciso de la cefalea, sí se estará en condiciones de establecer un *diagnóstico sindrómico preciso inicial* (Tabla 136-2):

- **Cefalea aguda de reciente comienzo.**
- **Cefalea aguda recurrente.**
- **Cefalea crónica progresiva.**
- **Cefalea crónica no progresiva.**
- **Neuralgia.**
- **Algía facial.**
- **Cervicalgia.**

MANEJO DE LA CEFALEA

Véase algoritmo 136-1.

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

Criterios de ingreso hospitalario

- Estado de mal migrañoso (> 72 horas): tratar en urgencias, y si no responde valorar el ingreso.
- Cefalea crónica diaria refractaria.
- Cefalea complicada con abuso de fármacos.
- Cefalea acompañada de importantes problemas médicos o quirúrgicos.

- Cefalea secundaria a enfermedad orgánica intracranial.
- Arteritis de células gigantes.
- Formas resistentes de cefalea en racimos.
- Cefalea que interrumpe y compromete de forma muy importante las actividades personales, familiares y sociolaborales.

Criterios de derivación a especialista

- Cefalea clínicamente no primaria.
- Exploración neurológica anormal.
- Persistencia de cefalea tras tratamientos sintomáticos y preventivos adecuados.
- Modificaciones características de cefalea.
- Sospecha clínica de cefalea secundaria.

Migraña

Tratamiento de las crisis

Las crisis de migraña no ocurren generalmente más de una o dos veces a la semana. En caso de presentar un mayor número de episodios habría que replantearse el diagnóstico.

• **Analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE):**

- Se recomienda evitar las asociaciones de analgésicos y emplear de forma preferente los que presenten menor riesgo y mejor tolerabilidad.
- Naproxeno sódico: 550-1.100 mg, oral.
- Ibuprofeno: 600-1.200 mg, oral.
- Dexketoprofeno: 25-50 mg, oral; ampolla 50 mg/2 mL en 100 mL de suero fisiológico (SF) a pasar en 15 minutos.
- Ketorolaco (ampolla de 30 mg/2 mL): 30-60 mg en 100 mL de SF a pasar en 15 minutos.
- Paracetamol solución para perfusión 1 g/100 mL en 15 minutos.

• **Agonistas 5-HT_{1B/1D} (triptanes):**

- Sumatriptán: 50-100 mg, oral; 10-20 mg, nasal; 6 mg, subcutáneo. No superar 300 mg oral; 40 mg nasal o 12 mg parenteral en 24 horas.
- Zolmitriptán: 2,5 mg, oral (comprimidos); 2,5-5 mg, oral (dispersables); 5 mg, nasal. No superar 10 mg en 24 horas.
- Naratriptán: 2,5-5 mg, oral. No superar 5 mg en 24 horas.

Tabla 136-1. Diagnóstico de cefaleas

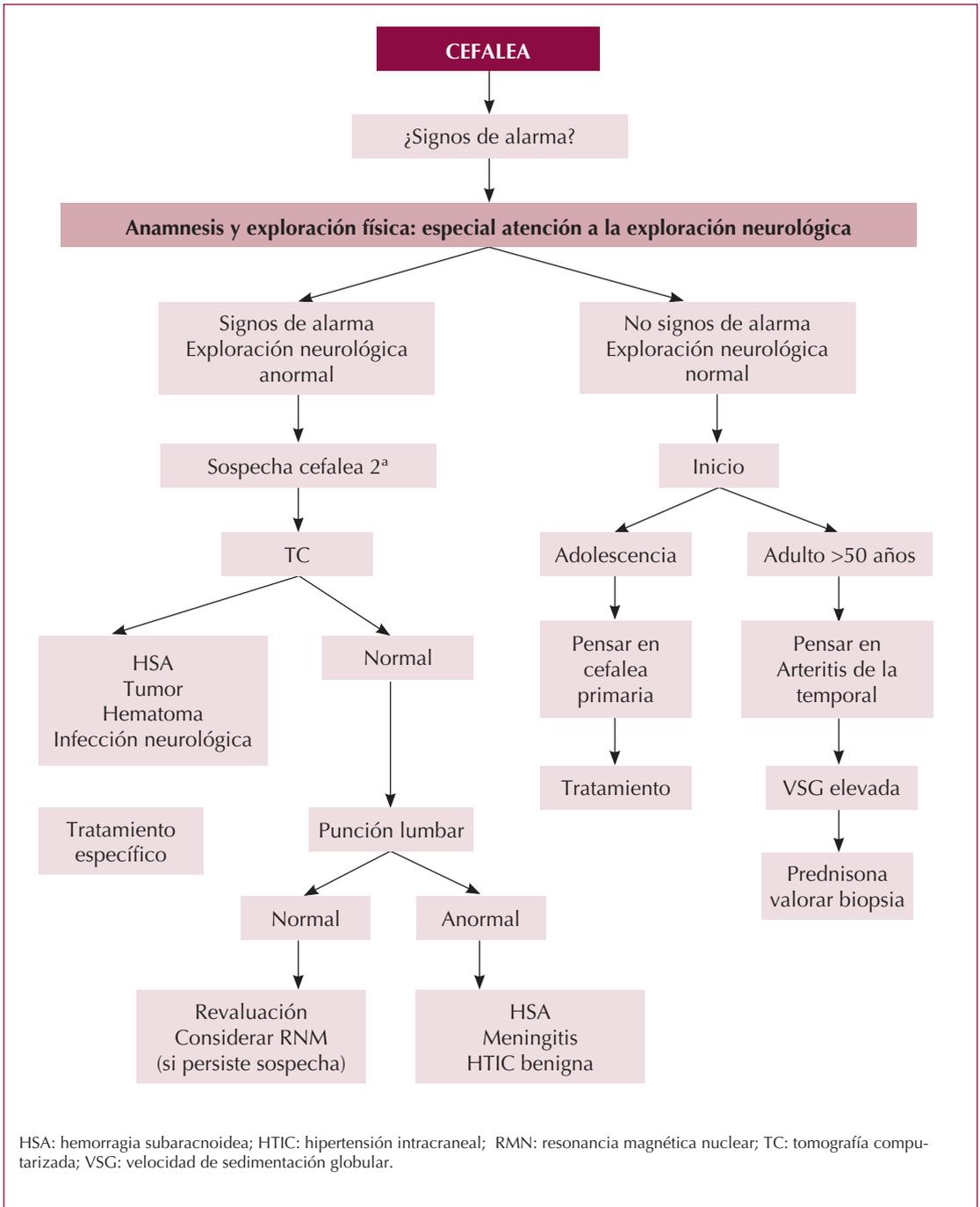
	Edad inicio	Localización	Calidad	Intensidad	Duración	Frecuencia	Sexo	Síntomas asociados
Migraña	10-35 años	85 % unilateral 30 % bilateral	Pulsátil	Moderada Grave Necesita reposo	4-72 horas	Variable e irregular	Mujer	Aura Fotofobia N-V
Cefalea tensional	Cualquier edad	Holocraneal En banda	Opresivo	Leve Moderada	Continua durante días	1-3 días al mes Episódica <15 días; crónica >15 días	Mujer	Pocos En casos graves N-V, fotofonofobia
Cefalea racimos	15-40 años	100 % unilateral, re-troorbitaria	Lancinante	Muy intenso Grave Inquietud	15 minutos a 3 horas	Brotos: 1-3 episodios/día 2 meses/1-2 años	Varón	Lagrimo Rinorrea Síndrome de Horner
Arteritis de la temporal	> 55 años	Temporal	Variable	Variable	Intermitente y luego continua	Continua	M=V	Arterias doloridas, Polimialgia reumática
Neuralgia trigémino	50-70 años	Unilateral 2ª-3ª > 1ª rama	Eléctrico	Muy intensa	Segundos	Variable	M=V	Trigger (factores desencadenantes) tics, focalidad
Hemicránea paroxística crónica	Adulto	Unilateral orbitaria o temporal	Lancinante	Muy intensa	2-45 minutos	> 5 veces al día	Mujer	Inyección conjuntival, lagrimo, rinorrea
Cefalea crónica diaria	30-40 años	Variable Holocraneal	Variable	Leve Moderada	> 15 días al mes	Diaria o todo el día	Mujer	Historia migraña, cefalea tensional, abuso de analgésicos
Hemicránea continua	11-58 años	Unilateral	Punzante	Moderada	Todo el día con exacerbaciones	Diaria o constante	Mujer	Fotofobia, lagrimo, congestión nasal
Orgánica	Cualquier edad	Variable	Constante, sorda, apagada	Moderada	Variable	Intermitente, nocturna o al despertar	M=V	Focalidad, rigidez de nuca, vómitos
HSA	Cualquier edad	Global, occipital	Explosiva	Agudísima	Variable	Única	M=V	N-V, rigidez de nuca, pérdida de consciencia

HSA: hemorragia subaracnoidea.

Tabla 136-2. Criterios diagnósticos y diagnóstico diferencial

Criterios diagnósticos	Diagnóstico diferencial
Cefalea aguda de reciente comienzo	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Inicio súbito (segundos hasta 30 minutos) 2. Intensidad muy grave 3. Ausencia de episodios similares previos 4. Localización bilateral y difusa o frontooccipital 5. Relación con la maniobra de Valsalva 6. Rigidez de nuca 7. Náuseas y vómitos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hemorragia subaracnoidea 2. Meningitis y encefalitis agudas 3. ACVA 4. Cefalea vascular (primeros episodios) 5. Ingesta excesiva de alcohol 6. Asociada a procesos febriles 7. Cefalea pospunción lumbar 8. Cefalea coital benigna y tusígena 9. Arteritis de la arteria temporal 10. Encefalopatía hipertensiva 11. Trombosis de senos venosos 12. Causa ocular u ORL (glaucoma, otitis)
Cefalea aguda recurrente	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Inicio agudo o subagudo 2. Intensidad grave 3. Cefaleas similares previas 4. Predominantemente hemicraneal 5. Carácter pulsátil 6. Asociada a uno o varios de: fotofobia, fonofobia, náuseas y/o vómitos, lagrimeo, rinorrea o taponamiento nasal 7. Primer episodio a los 15-40 años 8. Exploración neurológica normal 9. Duración con o sin tratamiento: min-72 horas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Migraña 2. Cefalea en racimos 3. Neuralgia del trigémino
Cefalea crónica progresiva	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Inicio subagudo, desde molestia leve 2. Progresión lenta en días-semanas 3. Localización bilateral frontooccipital u holocraneal 4. Intensidad moderada 5. Cefalea continua más intensa por las mañanas 6. Presencia de papiledema en los estadios más avanzados 7. Puede haber déficit neurológico focal en la exploración 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tumores supratentoriales e infratentoriales 2. Hematoma subdural 3. Absceso cerebral 4. Seudotumor cerebral 5. Trombosis de los senos venosos 6. Fármacos: retirada de la medicación esteroidea, intoxicación por plomo, vitamina A y tetraciclinas
Cefalea crónica no progresiva	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Inicio subagudo 2. No hay progresión en la intensidad 3. Localización holocraneal («en casco») 4. Intensidad leve-moderada 5. Carácter opresivo 6. Asociada generalmente a cuadros (ansioso-depresivos) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cefalea tensional episódica (menos de 15 días al mes) 2. Cefalea tensional crónica (más de 15 días al mes) asociada o no a abuso de analgésicos

ACVA: accidente cerebrovascular agudo o ictus; ORL: otorrinolaringológica.



HSA: hemorragia subaracnoidea; HTIC: hipertensión intracraneal; RMN: resonancia magnética nuclear; TC: tomografía computarizada; VSG: velocidad de sedimentación globular.

Algoritmo 136-1. Manejo de la cefalea.

- Rizatriptán: 10 mg, oral, comprimidos y dispersables. No superar 20 mg en 24 horas.
- Almotriptán: 12,5, mg oral. No superar 25 mg en 24 horas.
- Eletriptán: 40 mg, oral. No superar 80 mg en 24 horas.
- Frovatriptán: 2,5 mg, oral. No superar 7,5 mg en 24 horas.
- Se administrará una segunda dosis de estos fármacos si la cefalea reaparece entre 4 y 24 horas después de la primera dosis.
- No se administrará una segunda dosis si la primera no fue eficaz.
- **Antieméticos:**
 - Pueden emplearse de forma precoz para evitar las náuseas y mejorar la motilidad gastrointestinal.
 - Metoclopramida: 10 mg, oral; 20 mg, rectal; 10 mg, parenteral.
 - Domperidona: 10-30 mg, oral; 30-60 mg, rectal.
 - Ondansetrón ampolla de 4 mg en 100 mL de SF a pasar en 15 minutos.
- 8. Cuando existe riesgo de abuso de fármacos o ya presente.
- 9. Cuando el control de las crisis no es bueno a pesar de tratamiento adecuado.
- **Betabloqueantes:** indicados en pacientes con ansiedad o estrés, hipertiroidismo, hipertensión arterial (HTA):
 - Propranolol: 40-160 mg diarios, oral, en 2-3 tomas.
 - Metoprolol: 100-200 mg diarios.
 - Atenolol: 50-100 mg diarios, oral, en una toma diaria.
- **Bloqueantes de los canales del calcio:** están contraindicados en casos de depresión, insuficiencia cardíaca, hipotensión, alteraciones en la conducción cardíaca y en insuficiencia renal o hepática.
 - Flunarizina: 2,5-5 mg diarios, oral, en una sola toma por la noche.
- **Neuromoduladores:**
 - Valproato y topiramato se utilizan principalmente en las migrañas con aura, en la aura migrañosa sin cefalea y en la migraña basilar.
 - Valproato sódico: 300-1.500 mg diarios, oral, repartidos en 1-2 tomas.
 - Topiramato: 75-150 mg diarios, oral, en 1-2 tomas.
- **Antidepresivos:**
 - Están indicados especialmente cuando la migraña se asocia a cefalea de tensión. Si coexiste depresión puede ser necesario emplear dosis superiores.
 - Amitriptilina: 10-75 mg diarios, oral, en una toma por la noche.

Tratamiento preventivo

Está indicado cuando la frecuencia o intensidad de las crisis es alta o si la respuesta al tratamiento sintomático es débil. Como norma general, se recomienda su empleo en monoterapia y durante 6 meses. Se dice que un fármaco no es eficaz cuando después de 2 meses de tratamiento no se consigue el resultado esperado. Si el tratamiento es efectivo, el tratamiento mínimo son 6 meses y después se mantiene durante un año.

Las *indicaciones precisas* hay que conocerlas, ya que hay muchos pacientes migrañosos que a pesar de tener indicaciones de tratamiento preventivo, no lo realizan:

1. Crisis con recurrencia del dolor o intensas y prolongadas.
2. Frecuencia de crisis superior a 3-4/mes.
3. Pacientes con contraindicación para el tratamiento sintomático.
4. Por efectos adversos de los tratamientos sintomáticos.
5. Preferencia del paciente (lo pide).
6. Por razones de coste (tratamientos sintomáticos caros).
7. Episodios de migraña atípicos (p. ej.: migraña hemipléjica).

Estado de mal migrañoso

- Es una situación clínica infrecuente.
- Es necesario realizar un diagnóstico correcto antes de instaurar el tratamiento.
- Considerar el ingreso hospitalario si la cefalea es muy intensa y ha persistido más de 5 días en ausencia de abuso de medicación.
- Tratamiento: fluidoterapia intravenosa, sedación, antieméticos, analgésicos o sumatriptán subcutáneo y esteroides (dexametasona: 8-16 mg, i.v. inicialmente y 4 mg, i.v. cada 8 horas; metilprednisolona: 60-120 mg, i.v.).

Cefalea de tensión

Tratamiento sintomático

- Analgésicos o AINE, según la pauta aconsejada en la migraña.
- Si el paciente toma tratamiento sintomático más de 8 días al mes se recomienda tratamiento preventivo.

Tratamiento preventivo

- Antidepresivos, en pautas no inferiores a 3 meses. Al inicio del tratamiento puede ser útil en algunos casos asociar benzodiazepinas.
- **Antidepresivos tricíclicos:**
 - Amitriptilina: 10-75 mg diarios, oral, en una toma por la noche.
- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina**, como alternativa a los tricíclicos.

Cefalea en racimos

Tratamiento de las crisis

- Combinar desde el inicio el tratamiento de las crisis con el tratamiento preventivo.
- Sumatriptán: 6 mg, subcutáneo, en cada ataque.
- Oxígeno en mascarilla al 100 %, inhalado a 15 L/min durante un 15-20 minutos.

Tratamiento preventivo

- Como norma general, el tratamiento preventivo debe mantenerse durante todo el racimo y suprimirse gradualmente tras un mes sin ataques.
- Prednisona: 1-1,5 mg/kg/día, oral, en una toma matutina y posterior supresión gradual en 2-3 semanas. Generalmente se administra asociada a topiramato.
- Topiramato: 100-200 mg diarios en dos tomas, con escalada progresiva de la dosis.

Hemicránea paroxística

- El tratamiento preventivo de elección es indometacina: 50-150 mg, v.o al día.
- Si se sospecha esta entidad, es preciso remitir al enfermo al neurólogo.

Neuralgia del trigémino y del glossofaríngeo

- Debido a la breve duración de los episodios, no existe tratamiento para los ataques de dolor, así que es necesario iniciar un tratamiento preventivo.
- El fármaco de primera elección es carbamazepina (comprimidos de 200 y 400 mg) en monoterapia, comenzando con 100-200 mg cada 12-24 horas hasta llegar progresivamente a 600 mg/día, en tres tomas.
- Deben de derivarse al neurólogo de manera preferente para que evalúe la respuesta al fármaco, descarte una cefalea secundaria y valore otros posibles tratamientos si el primero fallase.
- Como fármaco alternativo se encuentra pregabalina 150-600 mg diarios, oral, en dos tomas.

Cefalea por abuso de medicación

- Es imprescindible la supresión brusca de los analgésicos, ergóticos o ambos.
- En caso de que coexista abuso de psicofármacos, la retirada de éstos deberá hacerse de forma gradual.
- Como medicación de ayuda para el síndrome de abstinencia se recomienda:
 - Naproxeno, 1.000 mg diarios, oral o rectal, en dos tomas, durante 15 días.
 - Amitriptilina: 20-75 mg diarios, durante 2-3 meses.
 - Metoclopramida o domperidona: si hay náuseas o vómitos.
- Cuando esté indicado, puede asociarse el tratamiento preventivo correspondiente a la cefalea de origen.

Arteritis de células gigantes

- Ante esta sospecha diagnóstica: ingreso hospitalario para inicio de estudio.
- Tratamiento inicial: prednisona a dosis de 1 mg/kg/día.
- Si el paciente presenta alguna complicación neurooftalmológica (p. ej.: neuropatía óptica isquémica anterior), se recomienda administrar metilprednisona a dosis de 1 g, i.v./día durante 3 días.

Cefalea postraumática

- El dolor suele responder a los analgésicos habituales.

- Siempre hay que valorar si existen signos o síntomas de alarma que hagan pensar en una complicación intracraneal.

Cefalea pospunción lumbar

- Tratamiento sintomático inicial: paracetamol o AINE (ketorolaco o dexketoprofeno, i.v.) + reposo

horizontal durante al menos 24 horas y la administración abundante de líquidos.

Cefaleas secundarias

- Tratamiento de la enfermedad causante de la cefalea, por lo que el diagnóstico ha de ser preciso.

ANEXO 1: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA MIGRAÑA SIN AURA

1. Al menos cinco ataques que cumplan los criterios B, C y D.
2. Los ataques de cefalea duran entre 4 y 72 horas (cuando no han sido tratados o el tratamiento no ha tenido éxito).
3. La cefalea tiene, al menos, dos de las siguientes características:
 - a. Localización unilateral.
 - b. Pulsatilidad.
 - c. Intensidad del dolor moderada o grave.
 - d. Se agrava por la actividad física rutinaria o condiciona que se evite dicha actividad.
4. Durante el dolor se asocia, al menos, uno de los siguientes síntomas:
 - a. Náuseas, vómitos o ambos.
 - b. Fotofobia y fonofobia.
5. El dolor no se atribuye a otra enfermedad.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA MIGRAÑA CON AURA

1. Al menos dos ataques que cumplan los criterios B, C y D.
2. El aura consiste en, al menos, uno de los siguientes (si el paciente tiene debilidad motora su migraña debe clasificarse como migraña hemipléjica):
 - a. Síntomas visuales completamente reversibles con características positivas (luces,

manchas o líneas parpadeantes), características negativas (pérdida de visión) o ambas.

- b. Síntomas sensitivos completamente reversibles con características positivas (hormigueo, pinchazos), características negativas (entumecimiento, adormecimiento) o ambas.
 - c. Trastorno del habla disfásico completamente reversible.
3. Al menos dos de los siguientes:
 - a. Síntomas visuales homónimos, síntomas sensitivos unilaterales o ambos.
 - b. Al menos uno de los síntomas de aura se desarrolla gradualmente durante > 5 minutos, y/o diferentes síntomas de aura se suceden durante > 5 minutos.
 - c. Cada síntoma dura > 5 minutos y < 60 minutos.
 4. Cefalea que cumpla los criterios B, C y D de migraña sin aura y que comience durante el aura o durante los 60 minutos que siguen a su terminación.
 5. Los síntomas no se atribuyen a otra enfermedad.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CEFALEA A TENSIÓN

Al menos 10 episodios de cefalea que duren entre 30 minutos y 7 días y que tengan al menos dos de las siguientes características:

- Calidad opresiva (no pulsátil).
- Intensidad leve o moderada.
- Localización bilateral.

- No agravada con esfuerzos físicos.
- Sin náuseas ni vómitos.
- Fotofobia o fonofobia (no más de uno).

Según el número de episodios se diferencia:

- **Cefalea de tensión episódica infrecuente:** el número de episodios es < 1 día/mes (menos de 12 días/año).
- **Cefalea de tensión episódica frecuente:** el número de episodios es < 15 días/mes durante al menos 3 meses.
- **Cefalea de tensión crónica:** el número de episodios es > 15 días/mes durante más de 3 meses.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CEFALEA EN RACIMOS

1. Se necesitan al menos cinco crisis que cumplan los criterios B, C y D.
2. Dolor intenso o muy intenso unilateral; orbitario; supraorbitario, temporal o ambos; que dura entre 15 y 180 minutos sin tratamiento.
3. La cefalea se acompaña de, al menos, uno de los siguientes signos:
 - a. Inyección conjuntival ipsilateral, lagrimeo o ambos.
 - b. Congestión nasal ipsilateral, rinorrea o ambos.
 - c. Edemas palpebral ipsilateral.
 - d. Sudación en la frente y cara ipsilateral.
 - e. Miosis o ptosis ipsilateral o ambos.
 - f. Inquietud motora y desasosiego.
4. Frecuencia de las crisis entre una cada 2 días y 8 al día.
5. La dolencia no se puede atribuir a otra enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

Mateos V (coord.). Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2006. Grupo de Estudio de la Cefalea. Sociedad Española de Neurología. Madrid: Ergón; 2006. <http://www.cefaleas.sen.es/profesionales/rec2006/prefacio.pdf>

Lewis DW, Ashwal S, Dahl G, et al. Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headaches: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*. 2002;59:490-8. <http://www.childneurologysociety.org/docs/default-source/default-document-library/recurrent-headaches-cpg.pdf?sfvrsn=0>

Pérez AF, Roche M, Larrañaga C. Patología médica y embarazo. Trastornos gastrointestinales, neurológicos, cardiovasculares y dermatológicos. *An Sist Sanit Navar*. 2009;32(Suppl 1):135-57.

www.cefaleasib.com/cefaleasib/content/104/?s=19

www.dep19.san.gva.es/servicios/urgencias/files/protocolos/cefaleas.htm