



CURSO ON-LINE
ACTUALIZACIÓN EN EL ABORDAJE DE LAS CEFALEAS

MÓDULO 3

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA



SUMARIO

1. Anamnesis básica

1.1 Anamnesis dirigida a las características del dolor

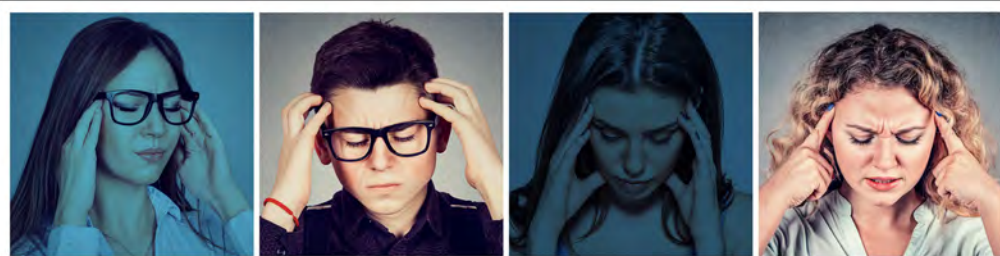
1.2 Anamnesis dirigida a las características del paciente

2. Exploración clínica

3. Pruebas complementarias

4. Criterios de derivación

Bibliografía



Como se ha indicado anteriormente, la cefalea es el motivo de consulta neurológico más prevalente en los distintos niveles asistenciales, en los que tanto la anamnesis como la exploración son fundamentales para realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado. En este capítulo, expondremos el abordaje recomendado del paciente que consulta por cefalea, tanto en el ámbito ambulatorio como en Urgencias. Para ello, nos basaremos fundamentalmente en las recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología.¹

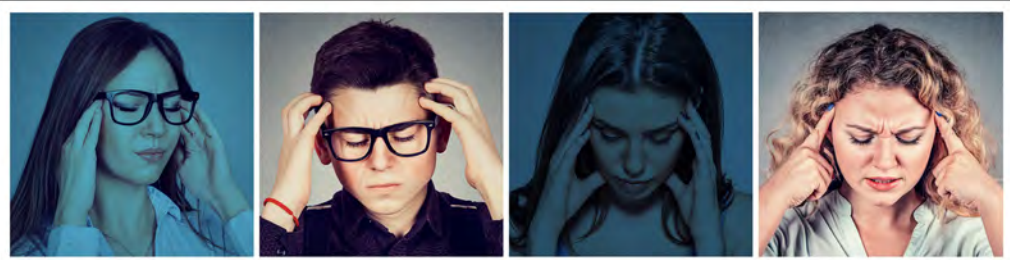
1. ANAMNESIS BÁSICA

La historia clínica del paciente debe ir encaminada tanto a describir las características del dolor como las características del propio paciente, que van a ser determinantes a la hora de valorar posibles causas y tratamiento óptimo de la cefalea.



1.1 ANAMNESIS DIRIGIDA A LAS CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

Es recomendable que el paciente describa al comienzo cómo es su dolor de cabeza de forma breve. Tras esto, se recomienda iniciar la anamnesis dirigida, que debe recoger los siguientes aspectos:¹



- **Características temporales:**

- Edad de inicio.
- Forma de instauración: brusca, progresiva, tiempo hasta el momento de mayor intensidad.
- Curso evolutivo: agudo (<72 h), subagudo (72 h-3 meses), crónico (>3 meses).
- Duración de los episodios de cefalea.
- Frecuencia de los ataques: diaria, semanal, mensual, periódica.
- Remisión: brusca, progresiva, persistente desde el inicio.
- Horario: matutino, vespertino, hora fija, ritmo circadiano y/o estacional.

- **Cualidad:** pulsátil, opresivo, eléctrico, punzante... Si bien hay que tener en cuenta que en un importante número de casos el paciente no es capaz de encuadrar el dolor según una característica fundamental.²

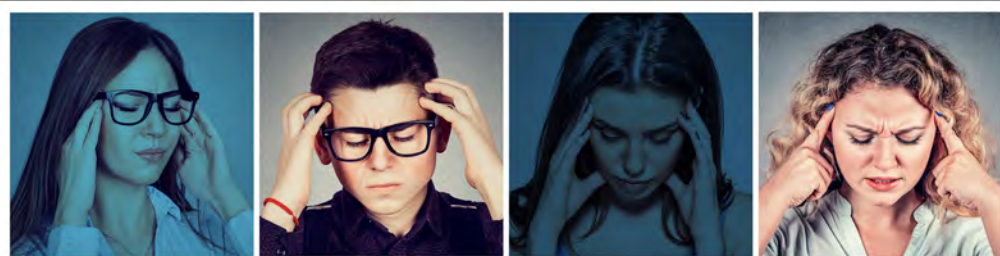
- **Intensidad:** se recomienda graduar el dolor en una escala de 0 a 10 (leve: 1-3, moderado: 4-6 y grave 7-10).^{1,3} En la intensidad es importante considerar si el dolor interrumpe la actividad física habitual (típico de la migraña) o si despierta al paciente por la noche.¹

- **Localización:** lugar de inicio del dolor y su posible irradiación a otras zonas, así como si sigue el trayecto de un nervio en concreto. Es muy importante discriminar el dolor estrictamente unilateral del que se inicia en un lado y se propaga.

- **Factores desencadenantes o agravantes:**

- Estrés.
- Patrón de sueño.
- Ejercicio físico.
- Factores hormonales (menstruación, anticonceptivos).
- Alcohol, consumo de determinados alimentos, consumo de bebidas estimulantes (café, té...).
- Cambios atmosféricos.
- Valsalva (tos, relaciones sexuales...).
- Cambios posturales.
- Movimientos cefálicos.

- **Factores atenuantes:** aquellos que mejoran el dolor: fármacos (como la indometacina en hemicránea), postura (decúbito en hipotensión intracraneal), descanso...



- **Síntomas acompañantes y momento de aparición (previo al dolor, durante el mismo o posteriormente):**

- Náuseas/vómitos.
- Sono/foto/osmofobia (este último muy específico de migraña).
- Fotopsias, escotomas, oscurecimiento visual, diplopía.
- Hemiparesia, hemihipoestesia, inestabilidad.
- Alteración de la emisión del lenguaje.
- Síntomas disautonómicos oculofaciales ipsilaterales al dolor.
- Confusión.
- Crisis comiciales.
- Fiebre.
- Síntomas constitucionales, claudicación mandibular.

Los síntomas de focalidad transitorios, fundamentalmente en forma de alteración sensitiva, visual y/o del lenguaje, de inicio y recuperación progresiva, suelen ser compatibles con aura migrañosa.

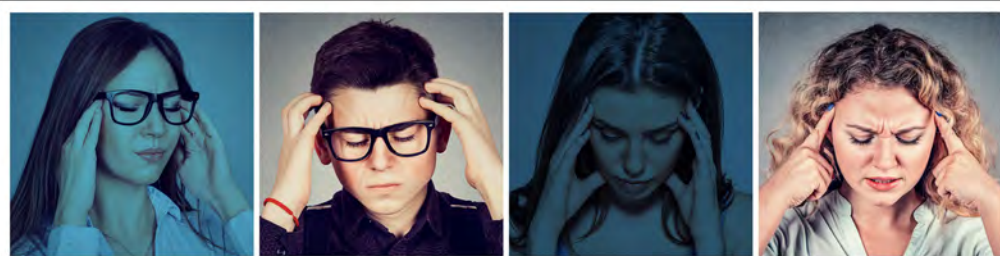
En este apartado es especialmente relevante detectar aquellos síntomas asociados que puedan ser sugestivos de causa secundaria de la cefalea. **(Tabla 1)**



Tabla 1.
Síntomas sugerentes de cefalea secundaria

Síntomas sugerentes de cefalea secundaria	
Inicio brusco +/- Valsalva	Fiebre sin foco +/- signos meníngeos
Inicio reciente con aumento progresivo de intensidad o frecuencia	Antecedente de neoplasia o inmunosupresión
Cambio llamativo de cefalea previa	Crisis epiléptica
Empeoramiento con decúbito	Exploración neurológica anómala
Cefalea que despierta por la noche	Papiledema
Localización estrictamente unilateral	Vómitos en escopetazo
Claudicación mandibular, síntomas sistémicos	Cefalea refractaria a analgesia convencional

Adaptado de Gago-Veiga AB, et al. ¿Qué preguntar, cómo explorar y qué escalas usar en el paciente con cefalea? Recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología.2020.

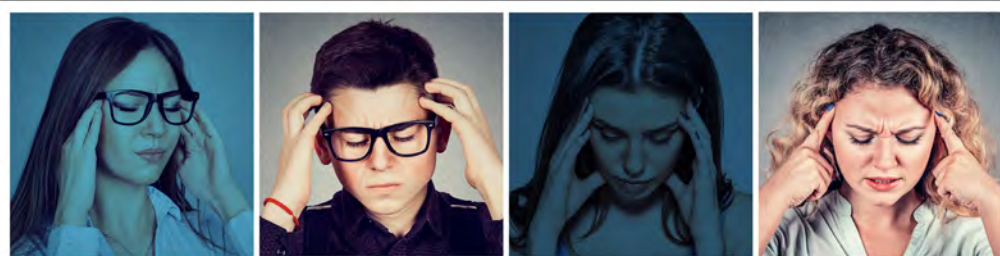


1.2 ANAMNESIS DIRIGIDA A LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

- **Antecedentes personales:** es fundamental para conocer posibles comorbilidades que puedan estar influyendo en su cefalea (síndrome de apnea-hipopnea, depresión, insomnio), así como para guiar la elección de fármacos, tanto para evitar fármacos que puedan empeorar patología previa (la flunarizina puede agravar cuadros depresivos o el topiramato una litiasis renal) como para elegir fármacos que puedan tener un efecto dual según las características del paciente.¹
- **Antecedentes familiares de cefalea:** se estima que un 40-60% de pacientes con migraña tienen antecedentes en la familia.⁴
- **Aspectos sociales:** es importante interrogar sobre un posible factor estresante o conflicto como factor precipitante de la cefalea, así como factores que puedan estar influyendo en la misma como horario laboral, tipo de trabajo, situación en domicilio, ingresos...
- **Factores de cronificación. Los más habituales son:**¹
 - Uso excesivo de medicación.
 - Obesidad.
 - Alteración anímica.
 - Alteración del ritmo del sueño.
 - Consumo de cafeína.
 - Estrés crónico.
 - Sedentarismo.
- **Medicación:** es útil conocer los fármacos que el paciente ha consumido con anterioridad, así como la dosis máxima alcanzada, la tolerancia y la respuesta adquirida. Asimismo, debe valorarse la toma de fármacos que puedan agravar la cefalea (anticonceptivos orales, terapia hormonal sustitutiva, vasodilatadores) o aquellos que con su suspensión puedan producir cefalea de rebote (cafeína, ergotamínicos).

2. EXPLORACIÓN CLÍNICA

La anamnesis del paciente con cefalea debe ir seguida de exploración física. El objetivo fundamental de ésta es descartar posibles causas secundarias de cefalea. La exploración debe ser sistemática e incluir exploración neurológica general, exploración neurooftalmológica básica y exploración de la zona craneocervical.¹ Asimismo, es de especial relevancia,



sobre todo si se trata de atención urgente, la toma de constantes vitales y la exploración del nivel de consciencia y de posibles signos meníngeos.⁵

Toda exploración de pacientes con cefalea debe constar de:

- Nivel de consciencia
- Signos vitales
- Exploración neurooftálmica (especial interés en la funduscopia)
- Signos meníngeos
- Inspección y palpación cráneo-cervical
- Exploración neurológica completa

- **Nivel de consciencia:** fundamental en la atención de cefaleas en Urgencias, puede cuantificarse mediante la Escala de Coma de Glasgow.⁶ (Tabla 2) Su afectación puede deberse a un origen infeccioso, tóxico o vascular (hemorragia o ictus isquémico) del cuadro.

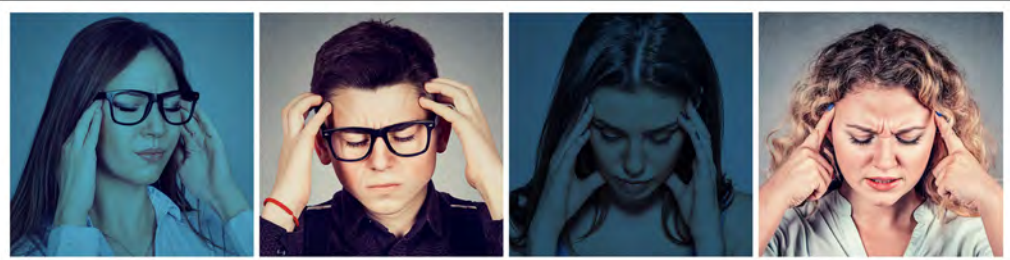


Tabla 2.
Escala de Coma de Glasgow

Apertura ocular (O)	Respuesta verbal (V)	Respuesta motora (M)
4= espontánea	5= orientado	6= obedece órdenes
3= a la llamada	4= confuso	5= localiza al estímulo doloroso
2= al dolor	3= palabras inapropiadas	4= retira ante estímulo doloroso
1 = no responde	2= sonidos incomprensibles	3= respuesta en flexión (decorticación)
	1= no responde	2= respuesta en extensión (descerebración)
Escala de Glasgow: 0+V+M (3-15)		1= no responde

Adaptado de Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. 1974.

- **Signos vitales:**
 - Temperatura: la existencia de fiebre debe orientar a la existencia de un proceso infeccioso. En el caso de cefalea en paciente con fiebre sin foco habrá que plantear la posibilidad de infección del sistema nervioso central como causa.



ACTUALIZACIÓN EN EL ABORDAJE DE LAS CEFALEAS

MÓDULO 3

- Presión arterial: generalmente la elevación de la tensión arterial (TA) es consecuencia y no causa de la cefalea.

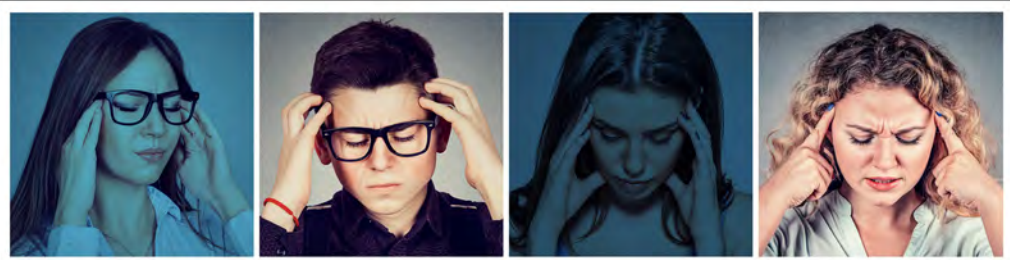
Se ha descrito cefalea por hipertensión arterial como aquella asociada al aumento brusco de TA sistólica (≥ 180 mmHg) o diastólica (≥ 120 mmHg), generalmente asociada a alteración del estado mental (en cuyo caso es mandatorio descartar causas secundarias de cefalea) y que mejora tras disminuir la TA.⁷

La cefalea es una de las manifestaciones principales de la preeclampsia o eclampsia (ver módulo V), que suele acompañarse de hipertensión arterial (HTA).

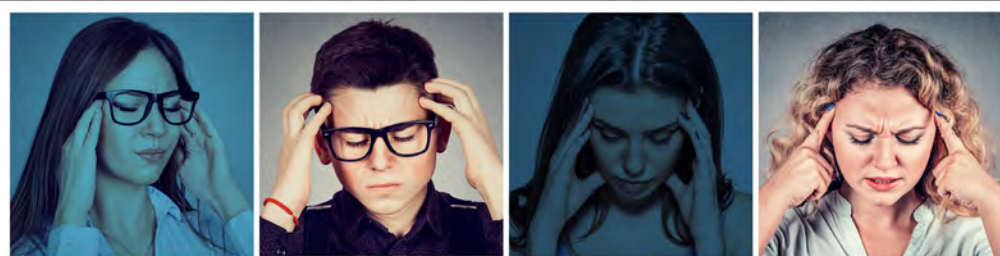
- **Exploración neuroftalmológica:**

- Fondo de ojo: no debe faltar en cualquier paciente que consulta por cefalea. El edema de papila orienta a la presencia de hipertensión intracraneal (en cuyo caso es mandatorio descartar causas secundarias de cefalea). Las hemorragias retinianas orientan a la presencia de hemorragia subaracnoidea.





- Tensión ocular: debe realizarse en aquellos pacientes que describan cefalea que aumenta en la oscuridad, o aquellos que asocien inyección conjuntival con edema corneal, pues son datos sugestivos de glaucoma agudo. En caso de inicio abrupto se recomienda derivación a Urgencias para valoración oftalmológica.
- Campo visual, motricidad ocular y reactividad pupilar: fundamentales dentro de la exploración neurológica. Una parálisis del VI par craneal (limitación para la abducción del ojo afecto) puede verse en pacientes con hiper o hipotensión intracraneal. Una alteración pupilar (miosis) asociada a ptosis ipsilateral debe hacernos pensar en un síndrome de Horner que, sobre todo, si se asocia a cefalea ipsilateral orienta a la presencia de disección carotídea y requiere derivación urgente a servicio de Urgencias.
- **Signos meníngeos:** es fundamental su exploración en aquellos pacientes con fiebre sin foco. Además de la rigidez de nuca, hay varios signos específicos:
 - Signo de Kernig: si se flexionan los muslos sobre el tronco, con el paciente en decúbito supino, y se intenta extender las rodillas, se produce dolor y de nuevo la flexión de las rodillas.
 - Signo de Brudzinski: con el paciente en decúbito supino, al intentar flexionar el cuello, levantando la cabeza con la mano en la nuca del paciente, se produce resistencia y, en caso de vencerla, al flexionar la cabeza hacia delante se produce la flexión de las rodillas.
 - Jolt Accentuation test: agravamiento de la cefalea al girar la cabeza en el plano horizontal. Es poco específico, pero parece más sensible.⁸
- **Inspección:** valorar cambios en la coloración o trofismo (como en cefalea numular) o presencia de síntomas trigémino autonómicos (lagrimeo, ptosis, miosis, rinorrea, etc).¹
- **Palpación cráneo-cervical:** debe realizarse en todo paciente que consulta por cefalea. Dentro de esta exploración destaca:
 - Palpación de arterias temporales superficiales, sobre todo si la cefalea es de nueva aparición en mayores de 50 años, para valorar la posibilidad diagnóstica de arteritis de la temporal.
 - Palpación de principales músculos cráneo-cervicales: en busca de posibles contracciones, dolorosas a la palpación, que puedan orientar a la presencia de cefalea cervicogénica.
 - Palpación de la articulación temporomandibular (ATM): si al tacto, sobre todo al abrir y cerrar la mandíbula, se produce dolor, orienta a disfunción de la ATM como causa de la cefalea.



ACTUALIZACIÓN EN EL ABORDAJE DE LAS CEFALEAS

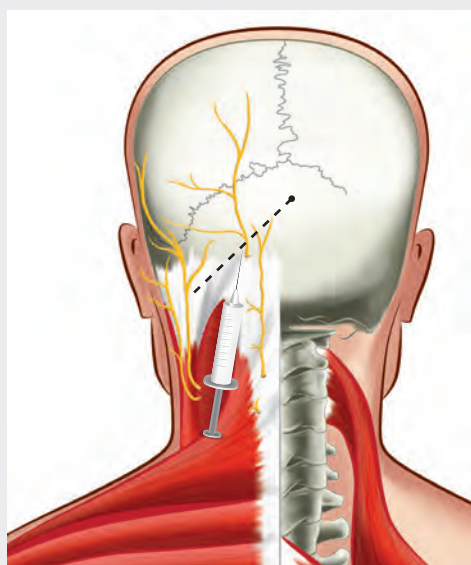
MÓDULO 3

- Palpación de la tróclea (en el canto interno superior del ojo): si produce dolor a la palpación o a la movilización del ojo orienta a la presencia de trocleitis.
- Palpación en la emergencia de los nervios pericraneales: fundamentalmente el nervio occipital mayor o GON, si se produce dolor a la palpación de su salida, orienta a la neuralgia del nervio occipital, en cuyo caso conviene derivar al paciente para plantear tratamiento con infiltración anestésica. **(Figura 1)**
- Palpación de senos paranasales: puede orientar al diagnóstico de sinusitis si presenta síntomas acompañantes.
- Y, por supuesto, todo lo anteriormente descrito se debe completar con una **exploración neurológica completa**.



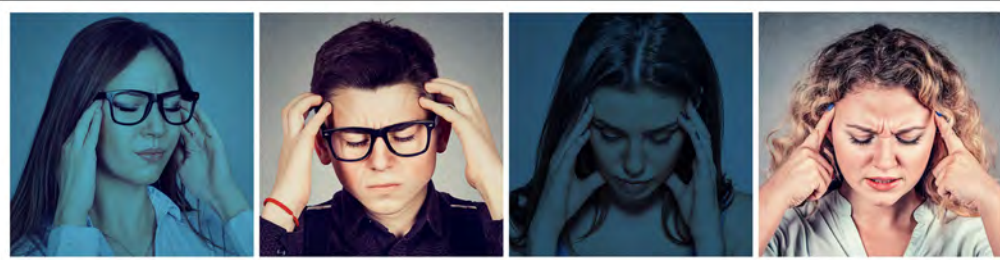
Figura 1.

Infiltración anestésica del nervio occipital mayor a su salida



Climent Barberá JM, et al. Lesiones y atrapamientos de los nervios periféricos: dolor neuropático. Enfoque Editorial S.C. 2017.

Como se ha comentado anteriormente, el objetivo principal de la anamnesis y exploración de la cefalea va encaminada inicialmente a la búsqueda de datos de alarma que nos orienten a pensar en una posible cefalea secundaria.



Los datos de alarma principales son recogidos en la **Tabla 3**.

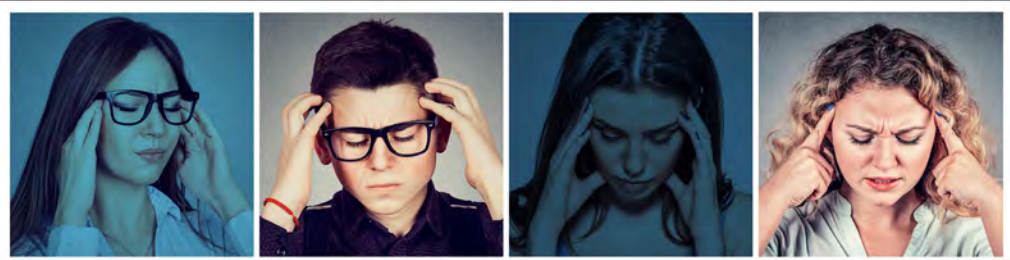


Tabla 3.

Datos de alarma de la cefalea

Cefalea de reciente inicio en pacientes con
≥ 50 años
Antecedentes de neoplasia o inmunosupresión
Aumento del riesgo de sangrado (anticoagulación, diátesis hemorrágica, etc)
Según inicio o evolución
Inicio brusco tras esfuerzo o Valsava
Inicio reciente con aumento progresivo de intensidad y/o frecuencia
Empeoramiento o falta de respuesta a analgesia previamente eficaz
Si el dolor:
• No responde a tratamiento adecuado • Cambia de características • Empeora o se desencadena por cambios posturales (decúbito) • Despierta por la noche o es de predominio nocturno • Tiene localización unilateral estricta
Según inicio o evolución
Fiebre sin foco
Vómitos no explicables por la cefalea primaria (migraña) o en escopetazo
Síndrome meníngeo
Papiledema (edema de papila bilateral)
Síntomas o signos neurológicos focales
Alteración del nivel de consciencia
Trastorno de conducta
Crisis epilépticas
Exploración sistémica anormal

Adaptado de Ezpeleta D, et al. Guía Oficial de práctica clínica en cefaleas. 2015.



3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La mayoría de los pacientes que consultan por cefalea se pueden diagnosticar mediante una buena anamnesis y exploración física, las cuales, como se ha descrito, deben ir encaminadas a descartar la existencia de datos de alarma y, tras ello, definir las características principales de la cefalea en cuestión. La necesidad de realizar pruebas complementarias dependerá de la sospecha diagnóstica. Las indicaciones principales para la realización de pruebas complementarias son las siguientes:

- Cefalea con datos de alarma. **(Tabla 3)**
- Cefalea de características atípicas (no sigue un patrón característico de cefalea primaria).
- Cefaleas primarias que se diagnostican por exclusión, fundamentalmente las cefaleas de esfuerzo (cefalea de la tos primaria, cefalea asociada al ejercicio físico y cefalea asociada a la actividad sexual) y cefalea en trueno.
- Todas las cefaleas trigémino-autonómicas.

Dentro de las pruebas complementarias que pueden estar indicadas en el estudio del paciente que consulta por cefalea, están las siguientes:

1. Análisis de sangre.
2. Neuroimagen (tomografía computarizada, resonancia magnética, arteriografía cerebral, radiografía simple, doppler/dúplex transcraneal).
3. Punción lumbar.

1. Análisis de sangre

Puede servir para apoyar un determinado diagnóstico y descartar algunas causas secundarias. **(Tabla 4)** Entre ellas cabe destacar la recomendación de solicitar reactantes de fase aguda (VSG y PCR) en paciente mayor de 50 años que consulta por cefalea, sobre todo, si asocia otros síntomas, para descartar arteritis de la temporal.

El análisis de sangre sirve para aumentar la sospecha de arteritis de la temporal si está alta.

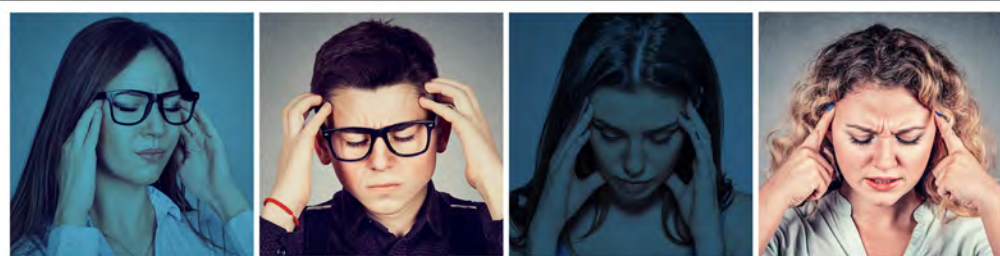


Tabla 4.

Recomendaciones analíticas en función de sospecha diagnóstica

Determinaciones analíticas en función de sospecha diagnóstica
Arteritis de células gigantes o de la temporal: PCR y VSG
Enfermedad reumatológica: VSG, PCR, FR, ANA
Origen infeccioso: transaminasas, serologías (VIH, enfermedad de Lyme, etc)
Alteraciones hormonales: hormonas hipofisarias y tiroideas
Feocromocitoma: catecolaminas y metabolitos en orina
Toma de sustancias: alcoholemia, niveles de fármacos, tóxicos en orina.
Aura atípica o numerosas lesiones vasculares en neuroimagen: estudio de coagulopatía

PCR: por sus siglas en inglés, reacción de cadena de polimerasa; VSG: velocidad de sedimentación globular; FR: factor reumatoideo; ANA: anticuerpos antinucleares; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

Adaptado de Ezpeleta D, et al. Guía Oficial de práctica clínica en cefaleas. 2015.

2. Neuroimagen

Son las pruebas principales a plantear en un paciente que consulta por cefalea y las más rentables en este escenario. Su principal indicación es la existencia de datos de alarma. Entre ellas destacan la tomografía (TC) y la resonancia magnética (RM) cerebral. La elección de una u otra dependerá de la sospecha diagnóstica, (Tabla 5) del nivel asistencial y de la demora en la realización de cada técnica. En general, en las cefaleas no agudas en que esté indicada una prueba de imagen se prefiere la realización de RM cerebral⁹ (por mayor sensibilidad diagnóstica y ausencia de radiación), en Urgencias la neuroimagen disponible suele ser la TC.

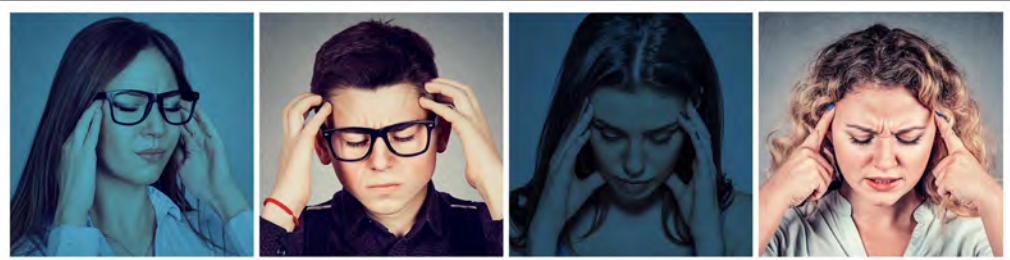


Tabla 5.

Técnica de imagen más rentable en función de patología

RM	TC
Lesiones de sustancia blanca	Estructuras óseas
Lesiones de fosa posterior	Sangre
Alteraciones venosas	Calcificaciones

Adaptado de Ezpeleta D, et al. Guía Oficial de práctica clínica en cefaleas. 2015.

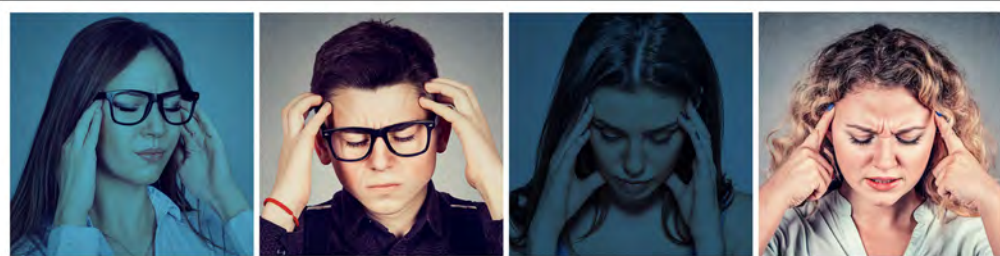


Con respecto a la neuroimagen:

- No se recomienda su realización rutinaria si no conlleva un cambio en la actitud terapéutica.
- No se recomienda su realización en pacientes con migraña con características típicas ni en aquellos con cefalea crónica sin criterios de alarma.
- Se recomienda su realización en todos los pacientes con cefalea que cumpla algunos de los criterios de alarma descritos en la **Tabla 3**.
- Se recomienda su realización al diagnóstico de pacientes con cefalea de características trigémino-autonómicas (como se ha descrito, aunque es poco frecuente, puede asociarse a causas secundarias).
- **Tomografía computarizada:** Es la prueba de elección en los siguientes casos:
 - Traumatismo craneoencefálico.
 - Sospecha de hemorragia intracraneal.
 - Alteraciones óseas.
 - Contraindicaciones para RM (marcapasos, paciente inestable).

Hay que tener en cuenta que hay algunas causas de cefalea secundaria no visibles en TC cerebral como:

- Malformaciones vasculares.
- Disección arterial.
- Trombosis venosa cerebral.
- Vasculitis.
- Neoplasias, fundamentalmente de fosa posterior.
- Tumores hipofisarios.
- Carcinomatosis meníngea.
- Lesiones infecciosas: sinusitis, meningitis, encefalitis y abscesos cerebrales.
- **Resonancia magnética:** presenta mayor sensibilidad y rentabilidad diagnóstica, por lo que suele ser la técnica de imagen de elección fuera del ámbito de Urgencias. Sus principales indicaciones son en caso de sospecha de:
 - Enfermedad neoplásica.
 - Afectación meníngea.



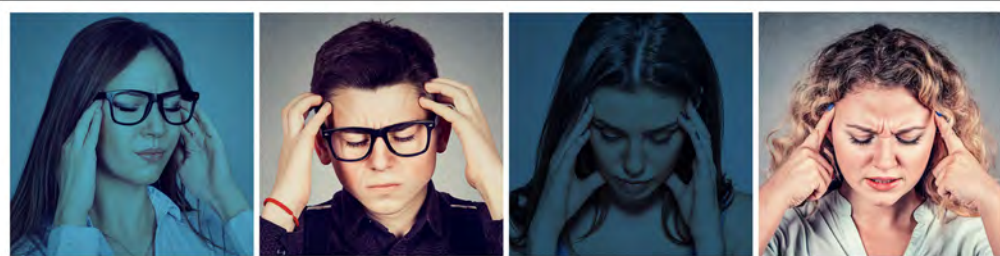
ACTUALIZACIÓN EN EL ABORDAJE DE LAS CEFALEAS

MÓDULO 3

- Lesiones localizadas en fosa posterior, hipófisis o seno cavernoso.
- Lesiones vasculares: malformaciones, sospecha de trombosis venosa.



- **Arteriografía cerebral:** es el gold estándar para el diagnóstico de malformaciones vasculares, vasculitis, vasoespasmo y síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (debe sospecharse ante la presencia de cefalea en trueno). No obstante, teniendo en cuenta que se trata de una técnica invasiva, en la actualidad suele ser sustituida por la realización de angio-TC o angio-RM cerebral.
- **Radiografía simple:** en la actualidad tiene indicaciones muy escasas, ya que la TC y la RM son mucho más sensibles. Puede indicarse si sospecha de sinusitis, malformaciones óseas o enfermedad de Paget.⁹
- **Doppler/dúplex transcraneal:** generalmente no indicado en el estudio de cefaleas. Puede utilizarse ante la sospecha de disección arterial si no se dispone de angioTC o angioRM cerebral, así como en la monitorización del vasoespasmo en pacientes con hemorragia subaracnoidea.



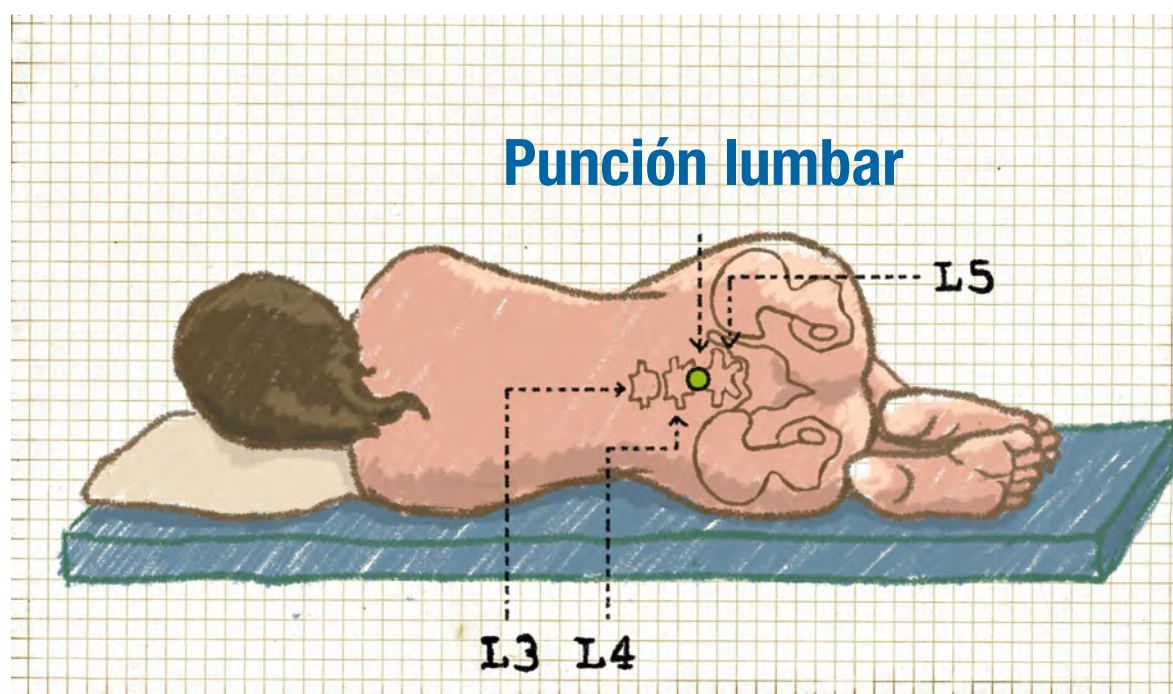
3. Punción lumbar:

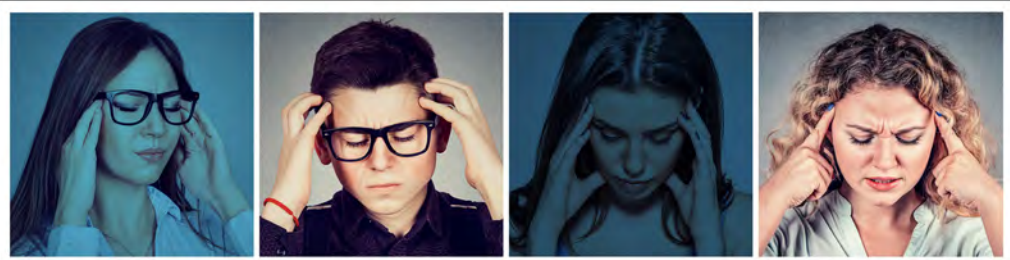
Está indicado en los siguientes casos:⁹

- Sospecha de meningoencefalitis infecciosa o inflamatoria.
- Sospecha de afectación metastásica leptomeníngea.
- Sospecha de hemorragia subaracnoidea si TC cerebral normal.
- Sospecha de hipertensión intracraneal idiopática.
- Sospecha de hipotensión del líquido cefalorraquídeo (LCR).

Previo a la realización de punción lumbar debe siempre haberse descartado la presencia de un proceso expansivo intracraneal subyacente, coagulopatía, trombopenia o toma de anticoagulantes.

Siempre se ha de medir la presión de LCR.





5. CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Los dos principales motivos de derivación de un paciente a otro nivel asistencial son:

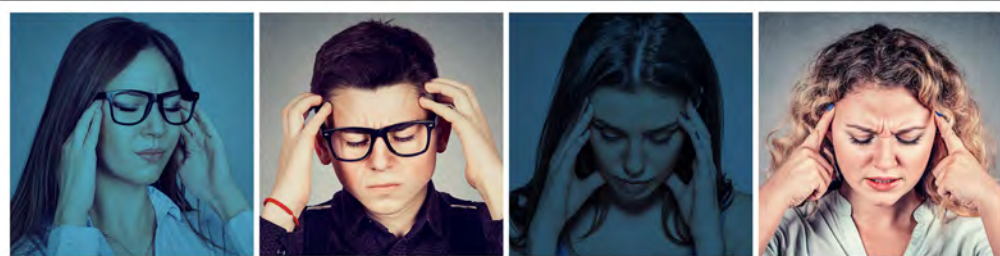
- Sospecha (o confirmación si se han solicitado pruebas desde Atención Primaria) de **cefalea secundaria**.
- **Refractariedad al tratamiento** de cefalea primaria o secundaria ya diagnosticada.



Los criterios de derivación de un paciente que recomienda el Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología son los siguientes:^{9, 10}

A. De Atención Primaria a Urgencias:

- Cefalea de presentación aguda, sobre todo si se sospecha hemorragia subaracnoidea
- Sospecha de cefalea secundaria grave.
- Cefalea con:
 - Signos neurológicos focales.
 - Signos de irritación meníngea.
 - Alteración del nivel de consciencia.
- Persistencia de cefalea intensa a pesar de tratamiento sintomático adecuado (por ejemplo: migraña grave o status migrañoso).



B. De Atención Primaria a Neurología General:

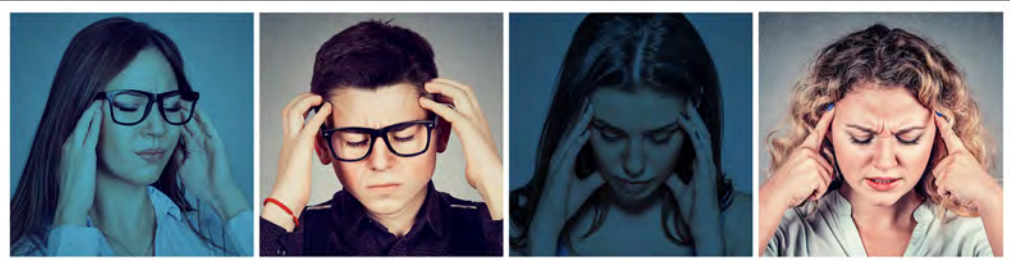
- Sospecha clínica (o confirmación si se han solicitado pruebas complementarias) de cefalea secundaria que no precise (por su gravedad o rápida aparición) derivación a Urgencias.
- Dificultad diagnóstica.
- Cefalea de características atípicas.
- Cefaleas trigémino-autonómicas.
- Neuralgias.
- Cefalea por abuso de analgesia, cuando resulta compleja su resolución desde Atención Primaria.
- Cefalea primaria o secundaria que no mejora tras al menos un intento terapéutico preventivo (migraña con crisis muy intensas o frecuentes, etc).

C. De Urgencias a Neurología General:

- Cefalea con problemas diagnósticos, como signos o síntomas no característicos de cefaleas primarias.
- Primer episodio de migraña con aura o auras atípicas.
- Resistencia a tratamiento sintomático o preventivo.
- Cambios en las características de cefaleas primarias.
- Sospecha de cefalea secundaria no subsidiaria de ingreso.

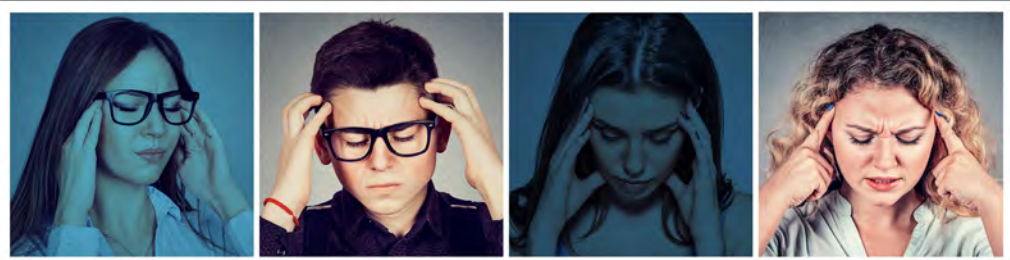
D. De Neurología General a consulta Especializada de Cefaleas:

- Dificultad diagnóstica.
- Refractoriedad a tratamiento estándar.
- Cefaleas de difícil manejo por su rareza o por asociarse a otras enfermedades.
- Necesidad de abordaje multidisciplinar.
- Cefaleas trigémino-autonómicas.
- Neuralgias: trigémino, glossofaríngeo, occipital, etc.
- Cefalea por abuso de analgesia .
- Necesidad de terapias especiales: infiltraciones, bloqueos, toxina, etc.



E. De Neurología a Atención Primaria:

- Cefaleas primarias o secundarias ya diagnosticadas, con pauta terapéutica y de seguimiento concreto, que se debe remitir en un informe a Atención Primaria. Se recomienda que la cefalea esté estabilizada o se presuma que lo va a estar en un plazo corto con el tratamiento prescrito.



BIBLIOGRAFÍA

1. Gago-Veiga AB, Muñiz J, García-Azorin D, Gonzalez Quintanilla V, Ordás CM, et al. ¿Qué preguntar, cómo explorar y qué escalas usar en el paciente con cefalea? Recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología. Neurología. 2020.
2. Morales Asín F. La historia clínica en cefaleas. En: Tratado de cefaleas. Madrid: Luzán 5, S.A. de Editores; 2009.
3. Hartrick CT, Kovan JP, Shapiro S. The numeric rating scale for clinical pain measurement: A ratio measure? Pain Pract. 2003;3:310—6.
4. Mulder EJ, van Baal C, Gaist D, Kallela M, Kaprio J, Svensson DA, et al. Genetic and environmental influences on migraine: A twin study across six countries. Twin Res. 2003;6:422—31.13.
5. Guerrero Peral AL, Sánchez Álvarez JM, Guillen Mesado A, Fernández Díaz A, Toribio Díaz E. Exploración clínica y síntomas de alarma de la cefalea en el adulto en Urgencias. En Fernández Fernández O, Macaya Ruiz A, Pozo Rosich P. Guía práctica diagnóstico terapéutica de la cefalea del adulto y niño en Urgencias. Madrid: Luzán 5; 2016. p 23-28.
6. Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet. 1974 Jul 13;2(7872):81-4.
7. Friedman BW, Mistry B, West JR, Wollowitz A. The association between headache and elevated blood pressure among patients presenting to an ED. Am J Emerg Med. 2014; 32:976-81.
8. Nakao JH, Jafri FN, Shah K, Newman DH. Jolt accentuation of headache and other clinical signs: poor predictors of meningitis in adults. Am J Emerg Med. 2014;31:24-8.
9. Sánchez del Río M, Medrano V, Pozo Rosich P, Ruiz L, Torres M. Fisiopatología. Métodos diagnósticos, criterios de derivación y criterios de hospitalización. En Ezpeleta D, Pozo Rosich P, Viguera Romero J, Gago Veiga A, Santos Lasasa S. Guía Oficial de práctica clínica en cefaleas. Ediciones Luzán S.A., Madrid, 2015.
10. Gago-Veiga AB, García-Azorín D, Mas-Sala, N, Ordás M, Ruiz-Piñero M, et al. Cómo y cuándo derivar un paciente con cefalea primaria y neuralgia craneofacial desde Urgencias y Atención Primaria: recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología. Neurología. 2017;35(3):176-184.