



DOCUMENTO DE CONSENSO

Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurología (SAN) y Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía). Criterios de derivación

J.A. Gil Campoy^{a,*}, C. González Oria^b, M. Fernández Recio^b, F. Gómez Aranda^b, C.M. Jurado Cobo^b y J.A. Heras Pérez^b

^a Medicina de Familia, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía), España

^b Neurología, Grupo de trabajo de Neurólogos de la Sociedad Andaluza de Neurología (SAN), España

Disponible en Internet el 12 de abril de 2012

PALABRAS CLAVE

Migraña;
Cefalea;
Criterios de alarma
cefaleas;
Criterios de
derivación cefaleas

KEYWORDS

Migraine;
Headache;
Alarm criteria
headaches;
Headaches referral
criteria

Resumen La cefalea es uno de los motivos más frecuentes de consulta en nuestros centros de salud, algo que no nos debe extrañar si tenemos en cuenta que es uno de los síntomas que con más frecuencia padece la población.

La mayor preocupación del médico de familia, y del médico de urgencias, es llegar a un diagnóstico correcto mediante una adecuada historia clínica y una exploración neurológica básica y adaptada al tiempo y los medios de que dispone.

En caso de dudas diagnósticas o sospecha de una cefalea secundaria el médico de atención primaria o del servicio de urgencias tendrán que derivar al paciente para que sea estudiado y/o tratado en los servicios de Neurología correspondientes, dicha derivación se hará con mayor o menor urgencia en función de la presencia, o no, de los síntomas o los signos de alarma.

Un grupo de trabajo constituido por neurólogos de la Sociedad Andaluza de Neurología (SAN) que prestan sus servicios en diferentes hospitales de Andalucía y por Médicos de Familia representantes de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC) y de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN Andalucía), han elaborado una «Guía rápida» de cefaleas, en la que se abordan los aspectos más prácticos, para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente con cefalea.

Presentamos en este artículo el capítulo que se ocupa de los criterios de alarma y derivación.
© 2012 Publicado por Elsevier España, S.L.

Rapid headache guidelines. Neurology consensus between Neurology (SAN) and Primary Care (SEMERGEN Andalucía). Referral criteria

Abstract Headache is one of the most frequent reasons for consultation in our health centers, something which should not be surprising if we consider that is one of the most common symptoms experienced by the population.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jagilcamp@gmail.com (J.A. Gil Campoy).

The main concern of the family physician and emergency physician is to reach a correct diagnosis by clinical history and a basic neurological examination and adapted to the time and means at its disposal.

In case of diagnostic doubts or suspected secondary headache, the primary care physician or emergency medical have to refer the patient to be studied and/or treated for Neurology services, such referral shall be made with varying degrees of urgency depending on the presence, or not, of symptoms or signs of alarm.

A working group consisting of Neurologists of *Sociedad Andaluza de Neurología* (SAN) to provide services in different hospitals in *Andalucía* and Family Physicians representatives of the *Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria* (SAMFyC) and the *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria* (SEMERGEN *Andalucía*), has developed a Quick Guide headache, which addresses the more practical aspects for the diagnosis, treatment and monitoring of patients with headache.

We show you in this paper, the chapter that deals the alarm criteria and referral.

© 2012 Published by Elsevier España, S.L.

Criterios de alarma de las principales cefaleas

El diagnóstico de las cefaleas primarias, requiere realizar una correcta anamnesis y exploración general y neurológica, de tal forma que confirmemos que se cumplen los criterios diagnósticos definidos en la Clasificación de la IHS y que la exploración física sea normal, o bien si es anormal, esta alteración se encuentre definida en los mismos (p. ej., aura migrañosa, síndrome de Horner de la cefalea en racimos, etc.). Si una cefalea no cumple claramente los criterios definidos por la IHS 2004 para las cefaleas primarias, debemos descartar otras causas^{1,2}.

Se deben realizar estudios complementarios en aquellas cefaleas que se acompañen de los llamados síntomas de alarma, debido a la alta posibilidad de encontrarnos ante una cefalea secundaria. Estos criterios se exponen en la [tabla 1](#).

Protocolo de derivación de Atención Primaria a Neurología

Pacientes que deben ser remitidos desde Atención Primaria a Neurología de forma normal

Tiempo recomendado < 60 días.

Criterios de derivación

- Cefaleas de diagnóstico problemático, que no cumplen todos los criterios IHS².
- Migrañas con o sin aura típica y cefalea tensional, con mal control a pesar del uso de tratamientos preventivos adecuados³⁻⁵.
- Migrañas con auras atípicas o prolongadas^{6,7}.
- Cefalea unilateral de corta duración con signos autonómicos, compatibles con cefalea trigémino autonómicas (no en fase activa).
- Cefalea de aparición tardía (> 45 años).

- Cefaleas por abuso de analgésicos, con mal control a pesar del tratamiento preventivo⁵⁻⁷.
- Cefaleas recurrentes con la tos, el ejercicio o la actividad sexual.
- Cefalea episódica recurrente que ocurre durante el sueño.
- Neuralgias faciales.
- Migrañas crónicas³⁻⁵.

Procedimiento de derivación y seguimiento

- Derivación a consulta general de Neurología (hospital o centro periférico de especialidades).
- Informe de Atención Primaria (AP) con los siguientes datos mínimos, antecedentes personales, tratamiento actual general y previo realizado para su cefalea, anamnesis, exploración física y neurológica, juicio clínico y motivo de derivación.
- Aportará informes previos del especialista y pruebas complementarias si fuese el caso.

Tabla 1 Criterios de alarma ante una cefalea^{1,4,6}

- Cefalea intensa de comienzo agudo, insólita
- Empeoramiento reciente de cefalea crónica
- Cefaleas de frecuencia o intensidad crecientes
- Cefalea siempre del mismo lado, excepto: cefalea en racimos, hemicránea paroxística, neuralgia trigeminal, hemicránea continua
- Con manifestaciones acompañantes: alteración psíquica, crisis comiciales, focalidad neurológica, papiledema, fiebre, signos meníngeos, náuseas y vómitos que no se puedan explicar por enfermedad sistémica (excepto migraña)
- Precipitada por esfuerzo, tos o cambio postural
- Cefalea en edades extremas
- Características atípicas o sin respuesta al tratamiento correcto
- Presentación predominantemente nocturna, salvo cefalea en racimos
- Cefalea en pacientes oncológicos o inmunodeprimidos

- El seguimiento se realizará en la consulta de Neurología o en AP, según la adaptación del caso a los criterios de seguimiento posteriormente descritos.

Pacientes que deben ser remitidos a Neurología de forma preferente

Tiempo recomendable < 15 días, previo contacto telefónico o correo electrónico con la persona responsable de Neurología.

Criterios de derivación

- Cefaleas trigeminoautónomas en fase activa.
- Sospecha de arteritis de la temporal (anciano, cefalea de nueva aparición, claudicación mandibular, cuadro constitucional). Si amaurosis fúgax, derivar a urgencias.
- Paciente diagnosticada de hipertensión intracraneal benigna, con empeoramiento de la cefalea y/o síntomas visuales.

Procedimiento de derivación

- Derivación a consulta general de Neurología (hospital o centro periférico de especialidades) o a consulta de cefaleas si ya realizaba previamente seguimiento en dicha consulta.
- Informe de AP con los siguientes datos mínimos: antecedentes personales, anamnesis, exploración física y neurológica, juicio clínico, tratamiento actual general y previos realizados para su cefalea y motivo de derivación.
- Aportará informes previos del especialista y pruebas complementarias si fuese el caso.
- El seguimiento se realizará en la consulta de Neurología o en AP, según la adaptación del caso a los criterios de seguimiento posteriormente descritos.

Pacientes que deben ser remitidos desde Atención Primaria al servicio de Urgencias

Criterios de derivación

- Cefaleas con claros signos de alarma:
- Datos de hipertensión endocraneal (dolor persistente, náuseas, vómitos, aumento con el Valsalva y el decúbito, síntomas visuales, etc.)
- Focalidad neurológica de inicio reciente (sensitiva, motora, lenguaje, visual, etc.)

Sospechando

- Procesos vasculares de aparición aguda: hematoma cerebral, ACVA isquémico, Hemorragia subaracnoidea, trombosis venosa, etc.
- LOE cerebral.
- Meningitis o encefalitis (fiebre).
- Migraña complicada (estatus migrañoso, infarto migrañoso).
- Arteritis de la temporal (anciano con cefalea y alteración visual unilateral)^{1,4,6,8,9}.

Procedimiento de derivación y seguimiento

- Derivación al servicio de urgencias de hospital de referencia.
- Informe de AP con los siguientes datos mínimos: antecedentes personales, tratamiento actual general y previo realizado para su cefalea, anamnesis, exploración física y neurológica, juicio clínico y motivo de la derivación.
- Informe de urgencias con antecedentes personales, tratamiento actual, anamnesis, exploración física y neurológica, resultados de las pruebas complementarias, el juicio clínico y el tratamiento.
- Consulta con diferentes especialistas según sospecha diagnóstica y resultado de las pruebas complementarias solicitadas.
- Se planteará ingreso o derivación a consulta de Neurología según cada caso.

Pacientes que pueden ser seguidos en Atención Primaria sin necesidad de derivación a Neurología

- Pacientes con cefaleas primarias episódicas (tensional o migraña) con aumento de frecuencia de las crisis y sin criterios de alarma. Considerar uso de tratamientos preventivos y TAC craneal si fuese necesario^{1,6,7}.
- Pacientes con cefaleas primarias episódicas, con tratamiento sintomático no efectivo. Optimizar el tratamiento de las crisis probando otras categorías de fármacos o cambio de producto dentro de la misma categoría (p. ej., triptanes).
- Pacientes con cefaleas secundarias a procesos tratables:
 - TA no controlada.
 - Glaucomas o afección refractiva.
 - Sinusitis.
 - Disfunción de la articulación temporomandibular.
 - SAOS.
 - Fármacos que puedan causar cefaleas (nitritos, antagonistas del calcio, etc.).

Seguimiento de pacientes remitidos desde Atención Primaria a Neurología

Las cefaleas derivadas a la consulta de Neurología, una vez realizados un diagnóstico y tratamiento adecuados serán revisadas posteriormente por su médico de AP.

Se remitirán los pacientes con los siguientes datos mínimos: antecedentes, anamnesis y exploración, pruebas complementarias realizadas, juicio clínico y tratamiento y las recomendaciones del seguimiento.

Bibliografía

1. Heras Pérez JA, editor. Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas 2009. Grupo de Estudio de Cefaleas. Sociedad Andaluza de Neurología.
2. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalalgia. 2004;24 Suppl 1:59-160.
3. Pascual J, Aguirre Sánchez JJ, García Moncó JC. Migraña y cefalea de tensión. En: Mateos V, editor. Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. Barcelona: Prous Science; 2006. p. 37-66.

4. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2006. Grupo de Estudio de Cefalea. Barcelona: Ergon S.A.; 2006.
5. Díaz Insa S. Migraña crónica. En: Mateos V, editor. Migraña y otras cefaleas. Barcelona: Elsevier Masson; 2011. p. 43-166.
6. Calero Muñoz S, Castillo Obeso J, Martínez Eizaguirre JM, García Fernández ML, Moreno Álvarez P, Tranche Iparraguirre S. Cefaleas en Atención primaria. FMC (Formación Médica Continuada en Atención Primaria). 2008; 15 (Protocolo 3):1-32.
7. Aguirre Sánchez JJ. Cefalea tensional. En: Mateos V, Pareja J, Pascual J, editores. Tratado de cefaleas. Madrid: Ediciones Luzan; 2009. p. 249-66.
8. VA: Los Síndromes Neurológicos. Guía de Ayuda en Atención Primaria, 2005.
9. Yusta Izquierdo A. Guía de Neurología para Atención Primaria, 2004.