

Cefalea: primero, buscar peligro

Inicio → patrón → exploración → estudio dirigido → tratamiento. Selección de causas frecuentes y causas graves en adultos.

EMERGENCIA: TRUENO, DÉFICIT, FIEBRE O VISIÓN AMENAZADA

Dolor máximo en segundos/minutos, déficit focal, alteración de conciencia, convulsión, meningismo o pérdida visual: **evaluación hospitalaria inmediata**. Una respuesta al analgésico no excluye una causa secundaria. [1,9,18]

BANDERAS ROJAS · RECORDATORIO SNOOP(4)E [1]

Clave	Qué buscar
S · Sistémico	Fiebre, cáncer, inmunosupresión, pérdida de peso; embarazo o puerperio.
N · Neurológico	Déficit focal, confusión, somnolencia, convulsión o marcha anormal.
O · Onset / inicio	Comienzo explosivo o “peor cefalea” de inicio reciente.
O · Older / edad	Nueva cefalea después de los 50 años.
P × 4	Patrón que cambia/progresa; provocada; postural; papiledema.
E · Esfuerzo	Nueva con ejercicio, sexo, tos o Valsalva: investigar antes de llamarla primaria.

HISTORIA QUE CAMBIA LA DECISIÓN

- ¿Cuándo empezó y cuánto tardó en ser máxima? ¿Es la primera o cambió la habitual?
- Duración, días/mes, lateralidad, actividad, postura, síntomas visuales/autonómicos.
- Trauma, anticoagulantes, infección, embarazo, sustancias y **días de analgésicos al mes**. [1,17]

EXPLORACIÓN MÍNIMA

- Signos vitales: PA y temperatura; conciencia y examen neurológico completo.
- Pupilas, agudeza/campos visuales, fondo de ojo, meningismo y marcha.
- Según contexto: ojo rojo, arterias temporales, cuello y exploración sistémica. [1,17]

SIN ALARMAS + PATRÓN TÍPICO + EXAMEN NORMAL

Clasificar la cefalea primaria y acordar tratamiento/seguimiento. Usar un diario: días de cefalea, intensidad, discapacidad y medicación. **No pedir neuroimagen solo para tranquilizar**. [2,18]

Reconocer el patrón clínico

La duración ayuda a ordenar el diferencial; los signos acompañantes y los criterios completos confirman el diagnóstico.

Diagnóstico	Duración típica	Pistas que distinguen	Tratamiento clave
Migraña sin aura	4-72 h	≥2: unilateral, pulsátil, moderada/intensa, empeora con actividad; además náusea/vómito o foto + fonofobia.	Crisis: AINE/triptán. Prevención si procede. Láminas 4-5.
Tensional episódica	30 min-7 días	Bilateral, opresiva, leve/moderada; no empeora con actividad. Sin vómito/náusea; como máximo foto O fonofobia.	Analgésico puntual; prevención en crónica. Lámina 6.
En racimos	15-180 min	Orbitaria/temporal unilateral, muy intensa; lagrimeo, congestión, ptosis/miosis ipsilateral o inquietud.	Oxígeno o sumatriptán SC; verapamilo preventivo. Lámina 6.
Hemicránea paroxística	2-30 min; habitualmente >5/día	Unilateral, orbitaria/temporal, con signos autonómicos. Respuesta completa a indometacina.	Indometacina supervisada. Lámina 7.
Hemicránea continua	Continua >3 meses	Siempre unilateral, con exacerbaciones; signos autonómicos/inquietud. Respuesta completa a indometacina.	Indometacina supervisada. Lámina 7.
Neuralgia del trigémino	Fracción de segundo a 2 min	Descargas faciales intensas, por tocar, hablar, masticar o lavarse; territorio trigeminal.	Carbamazepina u oxcarbazepina. Lámina 7.

AURA TÍPICA ≠ TODO DÉFICIT FOCAL

Síntomas visuales, sensitivos o del lenguaje **reversibles**, con evolución gradual; cada síntoma suele durar **5-60 min**.

Primera presentación, comienzo súbito, debilidad, pérdida visual monocular o persistencia: descartar EVC u otra causa. No etiquetar automáticamente como aura. [2,3]

CUANDO SE VUELVE FRECUENTE

Migraña crónica: ≥15 días de cefalea/mes durante >3 meses; ≥8 con características migrañosas.

Sobreuso: cefalea ≥15 días/mes + exceso de medicación durante >3 meses.

Pueden coexistir ambos diagnósticos. Ver lámina 7. [3]

Estudios: responder una pregunta

No existe un “panel de cefalea” universal. Elegir estudio, contraste y urgencia según la sospecha clínica.

Escenario	Estudio dirigido	Decisión práctica
Primaria estable, examen normal	Habitualmente ninguno.	No TC/RM de rutina sin alarmas. [2,18]
Trueno / hemorragia	TC de cráneo SIN contraste urgente.	Si se detecta HSA: estudio vascular y equipo neurovascular. [9]
Progresiva, cáncer, focalidad o patrón atípico	RM cerebral; con/sin contraste según sospecha.	Si es agudo/inestable, la TC suele ser el primer estudio disponible. [18]
Papiledema / sospecha de trombosis venosa	RM + venografía por RM, o TC + venografía.	Excluir masa y trombosis antes de PL por sospecha de hipertensión intracraneal. [12,13]
Fiebre / meningismo	Hemocultivos + PL si es segura: células, glucosa pareada, proteínas, Gram/cultivo y pruebas dirigidas.	No retrasar antibiótico por TC o PL. Imagen previa solo si hay indicación. [10]
Sospecha de arteritis / ojo rojo	VSG, PCR, hemograma; US/biopsia temporal. Agudeza visual y tonometría si ojo rojo.	Los estudios no deben retrasar la protección de la visión. [11,16]

TRUENO + TC NEGATIVA: EL TIEMPO IMPORTA

Más de 6 h desde el inicio o déficit neurológico nuevo: si se sospecha HSA, AHA/ASA recomienda PL tras TC negativa, si es segura.

Dentro de 6 h y sin déficit: una TC de alta calidad, interpretada por personal experto, puede bastar en casos seleccionados. Si persiste sospecha o no se cumplen condiciones, continuar el estudio. [9]

IMAGEN VASCULAR

Angio-TC/angio-RM si se sospecha causa arterial; venografía si causa venosa. Una TC simple normal no excluye ambas. [12,18]

ANTES DE UNA PL

Valorar estabilidad, efecto de masa, coagulación, anticoagulantes e infección local. La indicación depende de la pregunta clínica. [10,13]

Fuentes clínicas verificables

Guías de práctica clínica, consensos de sociedades y criterios ICHD-3. Pulsa una referencia del PDF para abrirla.

- 1

VA/DoD · 2023

Clinical Practice Guideline for Management of Headache. Evaluación, prevención y dosis. Resumen para profesionales.
- 2

NICE CG150 · actualización 2025

Headaches in over 12s: diagnosis and management. Recomendaciones revisadas el 3 de junio de 2025.
- 3

International Headache Society · ICHD-3, 2018

Criterios diagnósticos: migraña, tensional, cefaleas autonómicas, neuralgia y sobreuso. La tabla resume, no reproduce todos los criterios.
- 4

American Headache Society · 2024

Charles et al. CGRP-targeting therapies are a first-line option for prevention of migraine. Position statement. DOI: 10.1111/head.14692.
- 5

American Headache Society · actualización 2025 / revista 2026

Robblee et al. Acute treatment of migraine for adults in the emergency department. DOI: 10.1111/head.70016.
- 6

European Academy of Neurology · 2023

May et al. European Academy of Neurology guidelines on the treatment of cluster headache. DOI: 10.1111/ene.15956.
- 7

European Academy of Neurology · 2020

Diener et al. Guideline on the management of medication-overuse headache. DOI: 10.1111/ene.14268.
- 8

European Academy of Neurology · 2019

Bendtsen et al. Guideline on trigeminal neuralgia. Diagnóstico por RM y tratamiento médico/quirúrgico. DOI: 10.1111/ene.13950.
- 9

AHA/ASA · 2023

Hoh et al. Guideline for the management of patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage. DOI: 10.1161/STR.0000000000000436.

Alcance: revisión realizada el 18/09/2026. Se conserva el año real de cada guía; no todas son de 2026. Dosis, disponibilidad y autorizaciones varían entre países. Consultar la guía completa y el protocolo local.

Fuentes clínicas verificables

Guías de práctica clínica, consensos de sociedades y criterios ICHD-3. Pulsa una referencia del PDF para abrirla.

10 Organización Mundial de la Salud · 2025

WHO guidelines on meningitis diagnosis, treatment and care. Tratamiento empírico, PL y corticoides.

11 British Society for Rheumatology · 2020

Mackie et al. Guideline on diagnosis and treatment of giant cell arteritis. DOI: 10.1093/rheumatology/kez672.

12 Canadian Stroke Best Practices · 2024

Cerebral Venous Thrombosis, 7.ª edición. Diagnóstico, venografía y anticoagulación en fase aguda.

13 Austrian IIH Network · consenso 2025

Bsteh et al. Diagnosis, treatment and monitoring of idiopathic intracranial hypertension. DOI: 10.1177/03331024251391374.

14 Consenso multidisciplinario · 2023

Cheema et al. Diagnosis and management of spontaneous intracranial hypotension. DOI: 10.1136/jnnp-2023-331166.

15 NICE NG133 · actualización 2023

Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. Preeclampsia grave y eclampsia.

16 Royal College of Ophthalmologists · 2022

The Management of Angle-Closure Glaucoma. Diagnóstico y tratamiento del cierre angular agudo.

17 Danish Headache Society · edición 2020, publicada 2021

Schytz et al. Reference programme: diagnosis and treatment of headache disorders and facial pain. DOI: 10.1186/s10194-021-01228-4.

18 American College of Radiology · 2022

ACR Appropriateness Criteria: Headache. Selección de imagen por escenario clínico.

Alcance: revisión realizada el 18/09/2026. Se conserva el año real de cada guía; no todas son de 2026. Dosis, disponibilidad y autorizaciones varían entre países. Consultar la guía completa y el protocolo local.

TU PRÓXIMO REPASO

Cefaleas · abordaje y repaso

Un recorrido por las banderas rojas, los patrones clínicos, los estudios y el tratamiento de las cefaleas.

3 páginas de contenido en esta muestra. La guía completa contiene 13 páginas.

LO QUE ENCONTRARÁS EN LA VERSIÓN COMPLETA

- Banderas rojas y patrones clínicos
- Estudios según la sospecha
- Migraña: crisis y prevención
- Cefalea tensional, racimos y sobreuso
- Cefaleas secundarias y contextos especiales

Precio individual: \$160 MXN

Leer versión completa

Abre la ficha de la guía para preparar tu compra. Las promociones vigentes se aplican en el carrito.