

# Aproximación diagnóstica al paciente con cefalea

## INTRODUCCIÓN

En nuestro medio las cefaleas representan el principal motivo de asistencia para el neurólogo (uno de cada cuatro o cinco pacientes atendidos en nuestras consultas lo será por esta causa) así como el principal motivo de consulta neurológica para el médico de Atención Primaria. Ello no debe extrañarnos si tenemos en cuenta la alta prevalencia de cefalea en la población general. Baste recordar que el 90% de los adultos refiere haber tenido cefalea algún día del año precedente, que el 50-60% sufre cefaleas con una periodicidad variable, que el 12-13% de la población es migrañosa y que el 4-5% de la población general sufre cefaleas prácticamente a diario.

Es bien conocido que la mayoría de las consultas están motivadas por cefaleas primarias, en concreto por la migraña y por la cefalea de tipo tensión, en tanto en cuanto son, con mucho, las cefaleas más prevalentes. Ello no quita que el médico que se enfrenta a un paciente con cefalea asuma que estas también pueden ser debidas a otros problemas médicos, cuyo adecuado abordaje terapéutico dependerá, en buena medida, de un diagnóstico correcto y precoz.

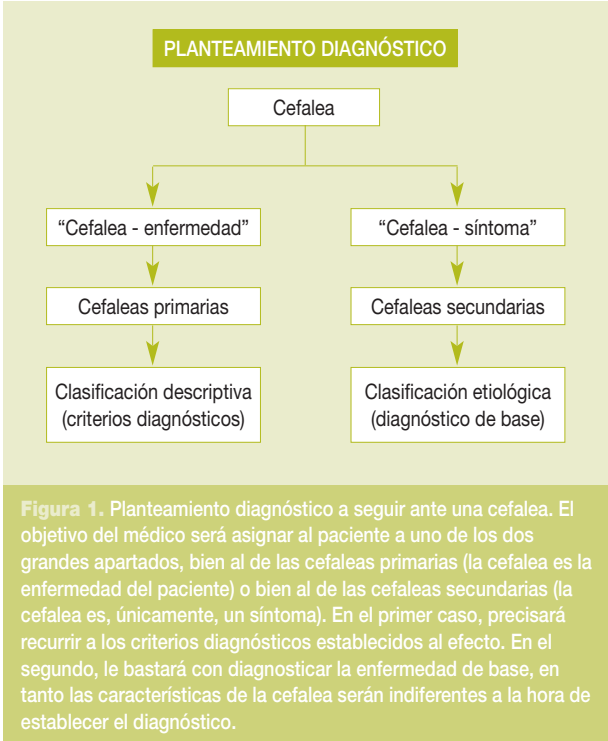
En definitiva, el primer paso a la hora de abordar el diagnóstico de una cefalea va a consistir en ubicar a esta entre aquellas entidades caracterizadas por su recurrencia en ausencia de otras patologías, es decir, que la cefalea representa en sí misma “la

enfermedad” del paciente (**cefaleas primarias**), o bien entre aquellas otras en las que la cefalea no es más que “un síntoma” de otro proceso (**cefaleas secundarias**). En las primeras, el diagnóstico se sustentará en la descripción que el propio paciente nos haga de “su” cefalea y en la comprobación, por nuestra parte, de que esa descripción se ajusta a los “criterios diagnósticos” oficialmente reconocidos por la *International Headache Society* (IHS). Por el contrario, en las cefaleas secundarias el diagnóstico no dependerá tanto de las características de la cefalea, sino que se establecerá en función de que exista una patología concreta a la que podamos atribuirle y que, como exige la IHS, exista también una clara relación temporal entre ambas. (Fig. 1)

A la hora de emitir el diagnóstico final es preciso recordar que la IHS clasifica cefaleas y no pacientes. Es decir, un mismo paciente puede (y de hecho así sucede en la práctica clínica) tener más de una cefalea y, por tanto, el diagnóstico que emitamos y la consiguiente actuación terapéutica deberán adecuarse a esa circunstancia.

## ANAMNESIS

Si en alguna patología neurológica la anamnesis cobra un protagonismo especial es en el abordaje del paciente con cefalea. La inmensa mayoría de ellas se diagnostican, simplemente, mediante la elaboración de una detallada historia clínica. Ello implica escuchar detenidamente el relato que el paciente nos haga de “su dolor de cabeza” y después, no antes, complementar este relato con una entrevista estructurada que nos permita recabar datos no aportados espontáneamente y/o matizar algunos de sus comentarios. En contra de lo que *a priori* nos pudiera parecer, el tiempo dedicado por el paciente a contarnos “su problema” suele ser muy breve, por lo que bien merece la pena escucharle sin interrupción y posteriormente proceder a la anamnesis dirigida.



Durante la realización de esta anamnesis hemos de prestar especial atención a algunos datos, como son: los antecedentes personales y familiares, la edad de inicio de las cefaleas, el carácter o cualidad del dolor, su localización (y en el caso de las cefaleas recurrentes su carácter alternante o no), la gravedad o intensidad, el perfil temporal (agudo-explosivo, subagudo, crónico), los factores precipitantes a agravantes (dietéticos, farmacológicos, físicos, psíquicos), la coexistencia de otros síntomas (precediendo o acompañando al dolor) y la discapacidad producida (personal, social, laboral). Nos será también de gran ayuda conocer las experiencias terapéuticas previas (sintomáticas o preventivas), así como si la automedicación

ción es una norma en ese paciente concreto, si existe una situación de abuso de analgésicos y, en su caso, con qué fármacos. También nos será muy útil conocer el estado anímico de la persona que nos consulta y el motivo por el que ha decidido hacerlo en ese momento concreto.

En definitiva, y a diferencia de otros problemas asistenciales en los que la exploración física o instrumental permite confirmar o descartar un diagnóstico, aquí lo fundamental es la descripción que el paciente nos haga de “su” dolor de cabeza, y que nosotros seamos capaces de enriquecer esa descripción espontánea con algunas preguntas dirigidas a testar aspectos semiológicos concretos. Si hacemos una buena historia clínica nos llevaremos la grata sorpresa de comprobar que al finalizar la anamnesis nos encontraremos ante una única posibilidad diagnóstica. Es decir, cada pregunta (y su correspondiente respuesta) debe ponerse en relación con las demás hasta llegar al diagnóstico (como si de componer un *puzzle* se tratase). Cada dato que el paciente nos aporte delimitará, en cierta medida, las posibles cefaleas, aunque ninguno sea en sí mismo patognomónico de entidad concreta alguna. Por ejemplo, y por citar solo el primero de la lista referida en la figura 2, la edad de inicio de una cefalea, aunque no sea diagnóstica *per se* de ningún tipo de cefalea, sí nos permite conjeturar qué entidades son más probables en cada segmento de edad. Así, una cefalea de inicio en la senectud es muy improbable que sea una migraña y, en consecuencia, nuestros esfuerzos diagnósticos deben ir dirigidos a identificar una posible patología asociada responsable. Por el contrario, una cefalea de inicio en la adolescencia tiene, de entrada, muchas probabilidades de ser una cefalea primaria. Este mismo planteamiento podemos extenderlo a todas y cada una de las cuestiones referidas en la figura 2 hasta completar, como antes se mencionaba, el *puzzle* diagnóstico.

## ANAMNESIS

- Edad de inicio (en los casos recurrentes-crónicos)
- Historia personal y familiar
- Modo de presentación (agudo-explosivo, subagudo, crónico)
- Cualidad del dolor (pulsátil, sordo, opresivo, lancinante)
- Intensidad del dolor (leve, moderado, incapacitante)
- Localización (periorcular, hemicraneal, occipucio...)
- Duración y frecuencia de los episodios (minutos, horas, días...)
- Factores precipitantes o agravantes (estrés, hormonales,...)
- Síntomas asociados (náuseas, foto-fonobia, crisis, fiebre...)
- Experiencias terapéuticas previas (positivas, negativas)
- Automedicación (fármacos y dosis)
- Estudios diagnósticos previos (neuroimagen...)
- Situación anímica del paciente
- Motivo por el que consulta "en ese momento concreto"

Figura 2. Anamnesis básica al paciente con cefaleas.

## EXPLORACIÓN

El complemento a una anamnesis correcta debe ser, como en todo proceso asistencial, una exploración meticulosa. Para muchos médicos no neurólogos la exploración neurológica pasa por ser difícil y complicada. Nada más lejos de la realidad en el caso que nos ocupa. La exploración propiamente dicha comienza desde el mismo instante en que el paciente entra por la puerta de nuestra consulta. Ya entonces veremos cómo camina hasta su asiento, cómo nos saluda, cómo habla, cómo mueve sus ojos, cómo gesticula, cómo se expresa, etc. Cuando termine la entrevista nos bastará, en la mayoría de las oca-

siones, con “asomarnos” a sus pupilas para ver el fondo de ojo, palpar sus arterias temporales caso de superar determinada edad, presionar los senos paranasales, movilizar su raquis cervical y comprobar la simetría “de las vías” y de sus reflejos para dar por completada una exploración neurológica que, aunque básica, cabe considerar suficiente.

Si de la anamnesis cabe deducir que estamos ante una cefalea primaria, nuestro objetivo será constatar la normalidad de esa exploración, requisito básico para mantener esa impresión clínica inicial. Por el contrario, si en la anamnesis nos surge la duda de que podamos encontrarnos ante una cefalea secundaria, la exploración debe dirigirse a documentar aquellas anomalías que nos permitan ratificarnos en esa presunción, ampliando aquellos aspectos exploratorios más acordes con la entidad clínica sospechada. En la figura 3 se enumeran los puntos esenciales de una exploración neurológica básica.

## APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

Una vez completadas la anamnesis y la exploración estaremos en condiciones de hacer una primera aproximación diagnóstica al problema, en el sentido de considerar si nuestro paciente cumple con los criterios diagnósticos de alguna cefalea primaria o si, por el contrario, su cefalea tiene algún rasgo que la haga sospechosa de ser sintomática. Lógicamente, para contestar adecuadamente a la primera pregunta es preciso que conozcamos (o tengamos a mano) el suplemento de *Cephalalgia* (2004; 24:1-160) con los criterios diagnósticos de la IHS (al respecto merece la pena recordar que existe una versión oficial traducida al español). Por su parte, para intentar “que no se nos escapen” cefaleas susceptibles de ser secundarias, es muy útil conocer los “criterios de alarma” que se encuentran enumerados en la figura 4. Estos criterios de alarma no deben ser tomados, desde el punto de vista de nuestra práctica asisten-

### EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA BÁSICA

- Nivel de conciencia (alerta, obnubilado, comatoso)
- Funciones intelectivas (preservadas, alteradas)
- Lenguaje (emisión, comprensión, repetición)
- Campimetría (por confrontación o por amenaza)
- Motilidad ocular (extrínseca e intrínseca)
- Fondo de ojo (delimitación papilar, hemorragias...)
- Pares craneales (facial, trigémino...)
- Signos de irritación meníngea (rigidez nuchal...)
- Vías motoras y sensitivas
- Coordinación, cerebelo y marcha
- Arteria temporal superficial

**Figura 3.** Exploración neurológica básica a realizar en el paciente con cefalea.

cial, como señal inequívoca de que existe una patología grave subyacente, sino que, simplemente, hemos de entenderlos como “una invitación a no dejar pasar por alto algún dato atípico para una cefalea primaria”. Así por ejemplo, todos conocemos pacientes con migrañas estrictamente unilaterales, sin alternancia de lado, pero no deja de ser una buena regla considerar esta circunstancia como una posible “alarma” a fin de descartar patologías estructurales que pueden cursar con cefaleas unilaterales de características migrañoideas (el prototipo lo serían las malformaciones vasculares).

### ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Si, como comentábamos en la introducción, la mayoría de las consultas por cefalea las realizan pacientes con cefaleas primarias, es decir, personas “normales” cuyo único problema es que, con una frecuencia variable, “les duele la cabeza”, será

- Cefalea intensa, de comienzo súbito
- Empeoramiento reciente de una cefalea crónica
- Cefalea de frecuencia y/o intensidad creciente
- Localización unilateral estricta (excepto cefalea en racimos, hemicránea paroxística, neuralgia occipital, neuralgia del trigémino, hemicránea continua y otras cefaleas primarias unilaterales)
- Cefalea con manifestaciones acompañantes:
  - Trastornos de conducta o del comportamiento
  - Crisis epilépticas
  - Alteración neurológica focal
  - Papiledema
  - Fiebre
- Náuseas y vómitos no explicables por una cefalea primaria (migraña) ni por una enfermedad sistémica
- Presencia de signos meníngeos
- Cefalea precipitada por un esfuerzo físico, tos o cambio postural
- Cefalea de características atípicas
- Cefalea refractaria a un tratamiento teóricamente correcto
- Cefalea en edades extremas de la vida
- Cefalea de presentación predominantemente nocturna
- Cefalea en pacientes oncológicos o inmunocomprometidos

**Figura 4.** Síntomas o signos que pueden considerarse indicativos de una posible cefalea secundaria (“criterios de alarma”).

fácil comprender que intentar sustituir la “historia clínica” por la realización de “pruebas diagnósticas” no conducirá a ninguna parte por cuanto estas serán normales o negativas en la inmensa mayoría de las ocasiones. Por el contrario, es obligado realizar los estudios complementarios que se estimen oportunos a todos aquellos pacientes en los que se sospeche

una patología subyacente. En definitiva, y como ya se ha comentado con anterioridad, en la inmensa mayoría de los pacientes el diagnóstico de su cefalea recae sobre una anamnesis dirigida apoyada en la normalidad de la exploración neurológica.

Nuestra realidad asistencial es bien diferente, y no es infrecuente que concurren otras circunstancias, que podríamos llamar “de índole social o educativa”, que contribuyen a que en muchas ocasiones pretendamos que los estudios complementarios tengan un fin más “terapéutico” que “diagnóstico”. El “temor” expresado por muchos pacientes (a veces de forma explícita, otras no tanto) a que tras su dolor de cabeza pueda esconderse un problema cerebral serio (“no sea que tenga algo malo”) altera sustancialmente la posición del médico con respecto a la conveniencia o necesidad de “solicitar pruebas”, en especial de neuroimagen, hasta el punto de que la mayoría de estos estudios se solicitan, hoy en día, “para confirmar normalidad” más que para encontrar patología. Una adecuada formación y conocimiento del tema y una buena capacidad para comunicar son requisitos imprescindibles para afrontar el reto de transmitir seguridad al paciente aprendiz.

### **Estudios analíticos**

El más importante y útil de todos es la determinación de la VSG en los pacientes mayores de 50 años a fin de descartar una eventual arteritis de la temporal. Aunque referido en todos los textos, no deja de ser sorprendente que su utilización quede con frecuencia restringida a pacientes con clínica arterítica o polimiálgica florida y que no se tenga en consideración cuando la cefalea es el único síntoma. En este apartado de pruebas de laboratorio también hemos de considerar el estudio de hipercoagulabilidad en pacientes con cefalea provocada por una flebotrombosis cerebral o en pacientes con auras migrañosas prolongadas o atípicas. Aparte de estas determinaciones, los estudios analíticos nos aportan, en general, más bien

poco en el estudio de los pacientes con cefalea (aunque, claro está, existirán casos en que serán necesarios para confirmar/descartar la existencia de un proceso sistémico, identificar un proceso hematológico, etc.).

### **Radiología simple**

Hoy en día, con las modernas técnicas de neuroimagen de que disponemos, las indicaciones de la radiología simple de cráneo son muy limitadas. Las indicaciones serían la sospecha de mastoiditis, sinusitis y malformaciones óseas de la charnela craneocervical. Consideraciones similares son aplicables a la radiología simple cervical.

### **Neuroimagen**

Su realización estará indicada siempre que exista alguno de los “criterios de alarma” referidos en la figura 4. La elección de la TC o la RM irá en función de la sospecha diagnóstica inicial. Así, ante una posible hemorragia subaracnoidea aguda nos decantaremos por una TC urgente. Por el contrario, si sospechamos una malformación de Chiari o una patología del seno cavernoso la indicación debe ser la RM. En la figura 5 reflejamos, a modo de resumen, cuáles son las circunstancias en las que estaría indicado, desde un punto de vista estrictamente médico, solicitar un estudio de neuroimagen a un paciente con cefalea, y en las figuras 6 y 7 los criterios que deben decantarnos por la TC o por la RM.

### **Angiografía carotídea o vertebral**

El estudio angiográfico es la prueba definitiva en el diagnóstico de las cefaleas secundarias a una hemorragia subaracnoidea por rotura de una malformación vascular, así como de la disección carotídea o vertebral o de la vasculitis cerebral. Sin embargo, la mayoría de las indicaciones clásicas de la arteriografía cerebral pueden estudiarse hoy en día de forma satisfactoria con los modernos equipos de angio-TC y/o angio-RM.

**NEUROIMAGEN, ¿SÍ O NO?**

- **Cuando ...**
  - ... la historia clínica es típica
  - ... se cumplen los criterios diagnósticos de la IHS
  - ... la exploración es normal

**NO**
  
- **Cuando ...**
  - ... la historia clínica es atípica
  - ... hay datos que sugieren, de entrada, cefalea secundaria
  - ... existen “criterios de alarma”
  - ... la exploración es anormal

**SÍ**

**Figura 5.** Circunstancias en que se aconseja realizar estudios de neuroimagen.

### **Electroencefalografía (EEG)**

La práctica de un EEG no está indicada en el diagnóstico de la cefalea. La utilización del EEG como despistaje de una lesión intracraneal ocupante de espacio o como “prueba terapéutica” para tranquilizar al paciente tampoco está justificada y debería quedar definitivamente desterrada. En no pocas ocasiones incluso lo único que aportan es confusión. Todavía vemos migrañosos que acuden a la consulta para realizarse “un electro de control” anual porque en un registro previo se interpretó como “foco epiléptico” lo que simplemente eran unas ondas lentas posteriores carentes de significado patológico.

### **Punción lumbar**

El análisis del LCR no forma parte de la sistemática de estudio del paciente con cefalea. Dado su carácter de procedimiento invasivo (y, por tanto, no exento de riesgos), su práctica debe quedar limitada a los pacientes en los que se precisa confir-

- Cefalea intensa de inicio explosivo (cefalea en estallido)
- Cefalea de evolución subaguda con curso evolutivo hacia el empeoramiento progresivo
- Cefalea asociada a síntomas o signos neurológicos focales diferentes del aura migrañosa
- Cefalea asociada a papiledema o rigidez nuchal
- Cefalea asociada a fiebre no explicable por enfermedad sistémica
- Cefalea y signos/síntomas de hipertensión endocraneal
- Cefalea no clasificable por la historia clínica
- Cefalea en pacientes que dudan del diagnóstico, en quienes existe una marcada ansiedad o que expresan temor ante un eventual proceso intracraneal serio

**Figura 6.** Indicaciones para la realización de una TC craneal en el estudio diagnóstico del paciente con cefalea.

mar/descartar una infección del SNC (meningitis o encefalitis), ante la sospecha de un sangrado subaracnoideo en el que la TC no haya sido concluyente o ante la aparición de una cefalea no explicada en un paciente oncológico y en el que se hayan descartado otras etiologías, como las metástasis cerebrales, mediante los pertinentes estudios de neuroimagen. En situaciones no urgentes la punción lumbar también puede utilizarse para el diagnóstico de las cefaleas secundarias a alteraciones en la dinámica del LCR (por hipo o hipertensión).

En cualquier caso, es obligado que la punción sea realizada con técnica aséptica, con aguja de bajo calibre y, a ser posible, por alguien suficientemente experimentado a fin de minimizar, entre otros, el riesgo de una punción traumática y las consecuencias que de ello pueden derivarse. Ante la sospecha de una lesión estructural, o si existe clínica de hipertensión endocraneal, será requisito previo disponer de un examen detallado del fondo de ojo y de una TC craneal. Con independencia del aspecto macroscópico del LCR todas las muestras deben ser

- Hidrocefalia en la TC, para delimitar el lugar de la obstrucción
- Sospecha de lesiones en zonas de difícil visualización mediante TC (fosa posterior, silla turca, seno cavernoso)
- Cefalea tusígena o desencadenada por otras maniobras de Valsalva, a fin de descartar malformación de Arnold-Chiari u otro tipo de lesiones estructurales
- Sospecha de trombosis venosa intracraneal
- Sospecha de cefalea secundaria a hipopresión licuoral (en este caso debe administrarse gadolinio)
- Sospecha de infarto migrañoso no objetivado mediante TC

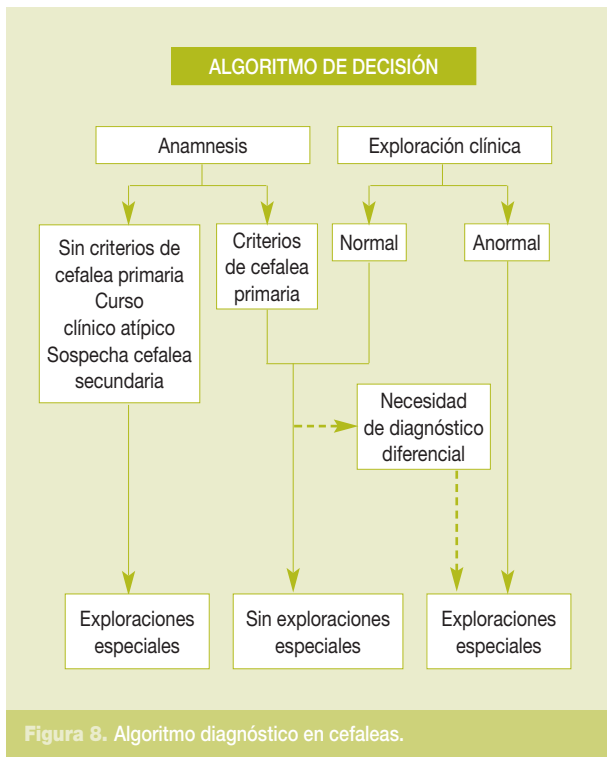
**Figura 7.** Indicaciones para la realización de una RM craneal en el estudio del paciente con cefalea.

procesadas con una sistemática básica que debe incluir la cuantificación y tipificación celular, así como la determinación de la gluco y proteinorraquia. Debe enviarse una muestra para su procesamiento bacteriológico (Gram, cultivos, serologías) cuando las circunstancias clínicas del caso así lo aconsejen.

En la figura 8 se indica, a modo de colofón de este capítulo, el algoritmo de decisión a seguir en el paciente que nos consulta por cefalea (en lo que a la necesidad de estudios complementarios se refiere).

## SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CON CEFALEA

En principio dependerá, como es lógico, del tipo de cefalea de que se trate. Obviamente, en el caso de cefaleas sintomáticas en las que la propia enfermedad de base exceda las capacidades de manejo (diagnóstico o terapéutico) del médico de Atención Primaria (MAP), corresponderá al neurólogo el control de ese paciente, a veces incluso en régimen de hospitalización. Por el contrario, en las cefaleas primarias el seguimiento



debe ser compartido entre el MAP y el neurólogo, de tal forma que el paciente sea atendido en el escalón asistencial “que mejor se adapte a sus necesidades”, pero con la posibilidad de saltar de uno a otro nivel si las circunstancias así lo aconsejan. En este sentido, la inmensa mayoría de pacientes con cefaleas primarias pueden ser adecuadamente manejados por el MAP aunque existen situaciones (pacientes rebeldes a tratamientos convencionales, formas atípicas de migraña, como la basilar o la hemipléjica, pacientes con cefalea en acúmulos, etc.) en las que es aconsejable la valoración y seguimiento conjunto o, incluso, el control y seguimiento continuado por parte del neurólogo.

go en tanto se consiga una estabilidad clínica duradera, que permita su vuelta al MAP. En este sentido, merece la pena comentar y consensuar cuáles son (deberían ser) los criterios de derivación del paciente con cefalea.

El principal motivo de derivación de un paciente con cefalea a otro nivel asistencial (consulta especializada o urgencias) debe ser la sospecha de una cefalea debida a una lesión estructural (cefalea secundaria). Esta duda deberíamos planteárnosla cuando las características de la cefalea no sugieren un síndrome típico, cuando se modifica la frecuencia, intensidad, duración o localización del dolor, cuando la cefalea surge de forma súbita y con gran intensidad, cuando es refractaria a los tratamientos sintomáticos y preventivos convencionales, cuando se observan signos o síntomas que sugieren alteraciones del sistema nervioso o sus envolturas, etc. En definitiva, siempre que esté presente alguno de los criterios de alarma antes enunciados.

En otras ocasiones, aun cuando el cuadro clínico y la evolución son característicos de una migraña o de una cefalea de tipo tensión, el paciente “demanda” la derivación a la consulta especializada con el objeto de que le confirmen el diagnóstico establecido por su MAP. En definitiva, el MAP se encuentra ante el paciente con cefalea en una situación singular, pues debe seleccionar a aquellos pacientes con “cefaleas de alto riesgo” dentro de un amplio grupo de pacientes con cefaleas recurrentes, quizás no disponga del tiempo necesario para realizar una correcta historia clínica, es posible que tenga dificultad en poner en evidencia e interpretar la semiología neurológica, y dispone de un difícil acceso a la realización de estudios complementarios de neuroimagen.

Los criterios de derivación del paciente con cefalea que propone el Grupo de Estudio de Cefaleas se encuentran recogidos en la figura 9. Por parte de nuestro Grupo también se asumen los criterios señalados en la figura 10 consensuados bajo

**A un nivel asistencial de urgencias:**

- Cefalea de presentación aguda de etiología no aclarada
- Sospecha clínica de cefalea secundaria grave
- Aparición de signos neurológicos focales, signos de irritación meníngea o alteración del nivel de conciencia
- Cefalea aguda que no cede al tratamiento sintomático adecuado

**A un nivel asistencial de consulta neurológica:**

- Cefalea con síntomas clínicos no característicos de cefaleas primarias (migraña o cefalea de tipo tensión)
- Presencia de signos anormales en la exploración neurológica o presencia de síntomas deficitarios neurológicos asociados a la cefalea
- Cefaleas con mala respuesta a tratamientos sintomáticos y preventivos adecuados
- Modificaciones no aclaradas en las características clínicas de la cefalea
- Sospecha clínica de cefalea secundaria

**Figura 9.** Criterios de derivación.

el amparo de la Sociedad Española de Neurología por un grupo de expertos de Atención Primaria y Neurología y recientemente actualizados.

Por último, también es importante reseñar las circunstancias en que debe considerarse (que no significa que tenga que hacerse obligatoriamente) la hospitalización de un paciente con cefaleas y que podríamos resumir en:

- Estatus migrañoso que no ha podido ser controlado en el servicio de urgencias.
- Casos concretos de cefalea crónica diaria refractaria.
- Cefalea complicada por abuso de medicación.
- Cefalea complicada por problemas medicoquirúrgicos de otra índole.

### Urgente

- Cefalea de inicio explosivo
- Cefalea de inicio agudo o subagudo
- Cefalea con fiebre y signos meníngeos
- Cefalea con edema de papila
- Cefalea con focalidad neurológica permanente
- Cefalea de *novo* de inicio > 50 años con VSG elevada

### Preferente

- Cefalea de *novo* de inicio > 50 años con VSG normal
- Cefalea de inicio reciente y evolución progresiva
- Cefalea con signos o síntomas focales neurológicos reversibles
- Cefalea en racimos

- Aportar datos básicos de la anamnesis y exploración
- Tratamientos realizados
- Motivo de la solicitud

### Definir prioridad

### Normal

- Cefalea primaria que no responde al tratamiento o cambia en sus características
- Primer episodio de migraña con aura
- Cefalea crónica diaria que cambia en sus características
- Unilateralidad estricta
- Cefalea sin hallazgos exploratorios y que no cumpla criterios diagnósticos de migraña, cefalea tensional o cefalea en racimos

**Figura 10.** Criterios de derivación urgente, preferente y normal de pacientes con cefalea a otro nivel asistencial desde Atención Primaria. Consenso entre Atención Primaria y Neurología. Tomado de Guía de Atención Continuada al paciente neurológico. Ed. Luzán, 2005.

- Formas resistentes de cefalea en racimos.
- Cefalea que interrumpe o compromete de forma muy importante las actividades personales, familiares y sociolaborales.

Lógicamente, con independencia de estas situaciones, el ingreso hospitalario estaría indicado siempre que la enfermedad de base que haya dado lugar a la cefalea (en el caso de las secundarias) así lo aconseje (sangrado subaracnoideo, infección del SNC, etc.).