

# ¿Es necesario un protocolo de cefaleas en urgencias?

A. Sánchez García<sup>1</sup>; E. Añorbe Mendibil<sup>1</sup>; X. Olasagasti Sampedro<sup>1</sup>;  
I. Redero Sanchón<sup>1</sup>; S. Beltrán de Otálora García<sup>1</sup>; R. González Serrano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Álava, Vitoria-Gasteiz

# Objetivo

La cefalea no traumática es el motivo del 1- 4,5% de las asistencias a urgencias

## **CAUSAS:**

- **Primarias**: Son la gran mayoría, de naturaleza benigna:
  - \* Migraña, cefalea tensional, cefalea en racimos...
- **Secundarias**: Ocasionadas por enfermedades potencialmente graves:
  - \* Infecciones (meningitis, encefalitis...)
  - \* Neurológicas (hemorragia subaracnoidea, tumores, accidentes cerebrovasculares...)
  - \* Vasculares (hipertensión...)
  - \* Metabólicas, etc.

# Objetivo

Para diferenciar entre cefalea primaria y secundaria es fundamental tanto la anamnesis como la exploración clínica.

## Factores de riesgo:

- Cambios en la cefalea habitual.
- Cefalea de inicio súbito y gran intensidad.
- Tras un esfuerzo, tos o maniobra de Valsalva.
- Cefalea de nueva aparición en mayores de 40 o 50 años.
- Primer episodio en grupos de riesgo (inmunodeprimidos, VIH, oncológicos y anticoagulados).
- Meningismo.
- Focalidad neurológica, deterioro del nivel de conciencia, alteración de la conducta o convulsión.
- Papiledema.
- Fiebre no justificada en el contexto clínico con sospecha de infección intracraneal.
- Sospecha de complicación intracraneal de infección concomitante.

# Objetivo

Se han propuesto diversos algoritmos para determinar si es necesario realizar una prueba de imagen, normalmente TC.

El más conocido es la regla de Ottawa dirigida a la cefalea ocasionada por HSA. Este algoritmo ha sido validado mostrando alta sensibilidad y especificidad.

Otros autores establecen diferentes escenarios clínicos para valorar la indicación de TC.

# Objetivo

La **Sociedad Española de Radiología de Urgencias (SERAU)** ha creado un algoritmo que engloba las tres principales situaciones clínicas potencialmente graves (sospecha de sangrado, infección o tumor) con dos premisas iniciales:

- Cefalea severa diferente a episodios previos en pacientes con cefalea habitual.
- Cefalea sin antecedente traumático.

Para pacientes adultos con cefalea (no similar a previos), sin traumatismo craneoencefálico que acuden al servicio de urgencias

1. Edad > 40
2. Dolor de cuello o rigidez
3. Pérdida de consciencia/focalidad neurológica
4. Inicio durante el ejercicio
5. Dolor súbito, máximo casi instantáneo
6. Fiebre (no explicada en contexto clínico)
7. Meningismo (en exploración física)
8. VIH
9. Empeoramiento progresivo/cefalea persistente
10. Primer episodio en paciente oncológico
11. Otros

Marcando una del 1-10

TC

Marcando nº 11

Llamar al  
radiólogo

Antes de introducir este algoritmo en nuestro hospital, se realiza un estudio de la atención prestada a los pacientes que acuden a urgencia por cefalea

# Material y método

Estudio retrospectivo de pacientes que acudieron al servicio de urgencias por cefalea a lo largo de 3 meses.

Se distinguen dos tipos de pacientes:

- Aquellos pacientes a los que se le realizó TC craneal durante su episodio en urgencias: se revisa asistencia previa a urgencias durante los 6 meses anteriores.
- Aquellos pacientes a los que no se realizó TC craneal durante su episodio en urgencias: se revisa si en los siguientes 6 meses fueron ingresados o se les realizó finalmente una prueba de imagen.

**La indicación de TC fue establecida por los médicos de urgencias basándose en su criterio clínico y siempre tras comentarla con el radiólogo de guardia.**

# Material y método

Un total de **562** pacientes acudieron al servicio de urgencias por cefalea durante 3 meses.

**98** de ellos (17,4 %) se les realizó TC craneal durante el episodio de cefalea.

40 habían acudido a urgencias al menos una vez durante los 6 meses anteriores: 16 por cefalea y 24 por otros motivos no relacionados con este Estudio.

**464** pacientes (82,6 %) no se les realizó TC durante el episodio de cefalea.

# Material y método

Una única paciente que había acudido previamente a urgencias presentó posteriormente un **hematoma subdural subagudo** de 17 mm de espesor (**Fig. 1**). Se trataba de una paciente de 19 años sin antecedentes traumáticos con cefalea de varios meses de evolución que se había intensificado y no disminuía con la analgesia, motivo por el que acudió a urgencias. Se acompañaba de aura con visualización de destellos. La exploración neurológica fue normal. Tras tratamiento sintomático y mejoría fue dada de alta. Posteriormente fue vista en la consulta de neurología donde tampoco se detectaron alteraciones significativas. El estudio radiológico que permitió el diagnóstico de hematoma subdural se realizó 43 días después de acudir a urgencias.

# Material y método

A 464 pacientes que acudieron por cefalea durante los 3 meses de estudio no se les realizó prueba de imagen durante su estancia en el servicio de urgencias. De ellos, 444 no fueron ingresados ni se les realizó estudio radiológico cerebral durante los siguientes 6 meses. Los 20 restantes fueron estudiados o ingresados. En una paciente se descubrió un quiste aracnoideo de 2 cm de diámetro localizado en la fosa posterior sin relación con su cuadro clínico ([Fig 2](#)). En los otros 19 pacientes los estudios posteriores fueron normales.

La [figura 3](#) resume estos hallazgos.

# Resultados

Figura 1

Hematoma subdural  
izquierdo con varias  
densidades en su  
interior



# Resultados

## Figura 2

Quiste aracnoideo en el  
ángulo pontocerebeloso  
derecho



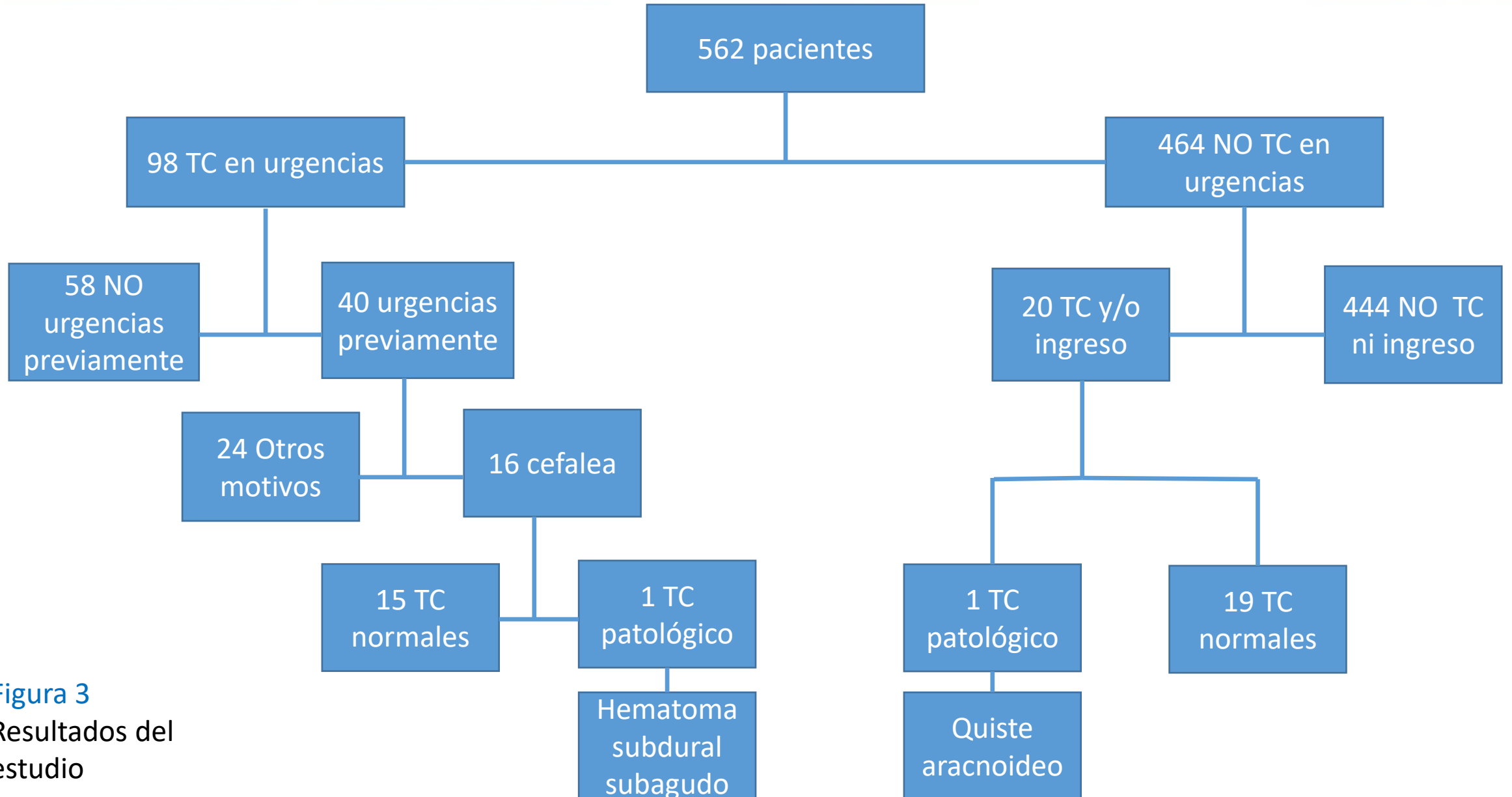


Figura 3  
Resultados del estudio

# Conclusiones

En esta revisión se realizó TC cerebral al 17% de los pacientes que acudieron a urgencias por cefalea. Esta cifra es similar a otros estudios publicados.

Los criterios para realizar una prueba de imagen están basados en la anamnesis y en datos clínicos que sugieren gravedad. Hay situaciones clínicas claras (focalidad neurológica, meningismo, cefalea provocada por el esfuerzo...) en las que es imprescindible realizar un estudio radiológico. En nuestro centro, son los médicos de urgencias los que determinan la necesidad de realizar estudios complementarios basándose en su criterio clínico y tras consulta con el servicio de radiología.

# Conclusiones

De los 562 pacientes que fueron atendidos por cefalea no traumática en el servicio de urgencias de nuestro hospital durante 3 meses, solo uno de ellos tuvo cefalea secundaria que pasó desapercibida (0,18% del total de pacientes). Este paciente no cumplía los criterios clínicos de los diversos protocolos incluyendo la edad (19 años). La asistencia basada en algoritmos no hubiese modificado estos resultados.

Los pacientes con cefaleas frecuentes pueden tener otras enfermedades concomitantes responsables de la cefalea en un momento determinado.

# Conclusiones

Algunos algoritmos plantean la necesidad de realizar pruebas de imagen ante una nueva cefalea en pacientes mayores de 40 o 50 años con una alta sensibilidad y baja especificidad.

Este trabajo tiene dos limitaciones: se circunscribe a un único hospital y por un periodo de 3 meses. Es posible que un estudio multicéntrico y más prolongado en el tiempo aporte otros resultados.

Según nuestros resultados, la implantación de un algoritmo de imagen no mejoraría la atención médica a estos pacientes.

# Bibliografía

1. Cutrer FM, Wippold FJ, Edlow JA. Evaluation of the adult with nontraumatic headache in the emergency department. Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. Disponible en <https://www.uptodate.com> (Consultado 2 abril 2020).
2. Perry JJ, Sivilotti ML, Sutherland J, Hohl CM, Émond M, Calder LA, et al. Validation of the Ottawa subarachnoid hemorrhage rule in patients with acute headache. CMAJ, 2017; 189: 1379 – 85.
3. Godwin SA, Cherkas DS, Panagos PD, Shih RD, Byyny R, Wolf SJ. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with acute headache. Annals of Emergency Medicine, 2019; 74: 41- 74.
4. Perry JJ, Stiell IG, Sivilotti ML, Bullard MJ, Hohl CM, Sutherland J, et al. Clinical decision rules to rule out subarachnoid hemorrhage for acute headache. JAMA, 2013; 310: 1248 – 55.
5. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria®: Headache. Disponible en: <https://acsearch.acr.org/docs/69482/Narrative/> . (Consultado 2 abril 2020).
6. Romera R, Abad C, García R, Royuela A, Zamora J, Vicente A. Algoritmo de imagen ante cefalea en urgencias. SERAU. Disponible en: <http://serau.org/2018/10/algoritmo-de-imagen-ante-cefalea-en-urgencias/>. (Consultado 3 de febrero 2026).
7. Friedman BW, Lipton RB. Headache emergencies: diagnosis and management. Neurol Clin, 2012; 30: 43 – 59.
8. Giamberardino MA, Affaitati G, Costantini R, Guglielmetti M, Martelletti P. Acute headache management in emergency department. A narrative review. Internal and Emergency Medicine, 2020;15: 109-17.