

¡El peor dolor de cabeza de mi vida!

- **Autores:** de Dios Rodríguez, E. (1); Rosario Mena, A. (1); Montañez Gómez Beatriz (2); Marques Barbosa, V. (1) ; Curto Alonso, C.(2); Fuentetaja Sanz, F (3);
- **Centro de trabajo:** (1): Centro de salud Miguel Armijo de salamanca, (2): Centro de Salud La Alamedilla de Salamanca, (3): Hospital Virgen de la Cocha de Zamora.

- Introducción:

La cefalea es un motivo de consulta muy frecuente en la consulta de atención primaria. El 47% de la población presenta al menos un episodio en el último año. Durante la crisis lo más importante es descartar los signos de alarma y realizar una correcta exploración neurológica.

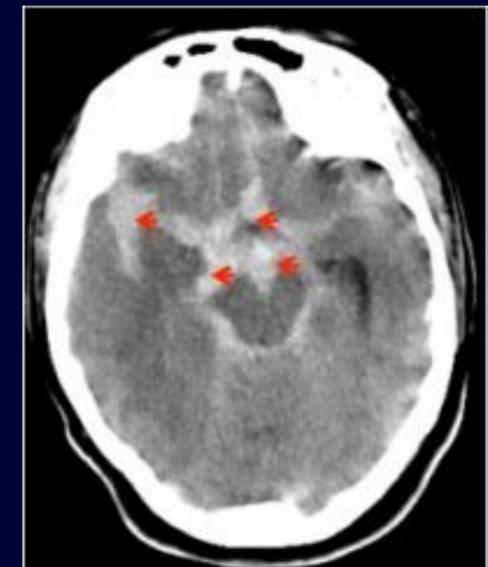
Descripción sucinta del caso:

Mujer de 37 años, sin antecedentes personales, acude a urgencias de atención primaria por cefalea de 5 días de evolución que no cede a tratamiento analgésico con Paracetamol e Ibuprofeno. Refiere intensa cefalea holocraneal, fotofobia y náuseas. En la exploración física la paciente presenta constantes normales. Consciente y orientada. Glasgow 15/15. La paciente lo refiere como el peor dolor de cabeza de su vida. Resto de exploración anodina incluida exploración neurológica. Pruebas complementarias: ECG, Rx Tórax y analítica normales. Inicialmente la tratamos con medicación intravenosa con Diazepam 5mg, Paracetamol 1g, Dexketoprofeno 50 mg y Metamizol 2g y logramos controlar parcialmente el dolor. Ante la refractariedad al tratamiento decidimos trasladarla a urgencias hospitalarias para realización de TAC craneal que resulta compatible con HSA subaguda. La paciente ingresa en Neurología.

Estrategia práctica de actuación:

Ante una cefalea desde atención primaria es muy importante descartar los signos de alarma:

- Cefalea intensa, de comienzo súbito
 - Empeoramiento reciente de una cefalea crónica
 - Cefalea de frecuencia y/o intensidad creciente.
 - Localización unilateral, siempre en el mismo lado
 - Manifestaciones acompañantes: alteración psíquica progresiva, crisis epilépticas, alteración neurológica focal, papiledema, fiebre, náuseas y vómitos no explicables por una cefalea primaria ni por una enfermedad sistémica , presencia de signos meníngeos.
 - Cefalea precipitada por un esfuerzo físico, tos o cambio postural.
- De este modo sospechar una posible HSA y derivar a urgencias al paciente.



Palabras clave: Cefalea, Hemorragia subaracnoidea

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. Bigal ME, Lipton RB. Ex