



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

VALORACIÓN DE LA APROXIMACIÓN ESTRUCTURADA DE LOS PACIENTES CON CEFALEA

ASSESSMENT OF THE STRUCTURED APPROACH ON PATIENTS WITH HEADACHE

Autor: Carlos Cabrillo Estévez

Director/es: Carmelo Sierra Piqueres

Santander, Junio 2015

AGRADECIMIENTOS

Mi mayor agradecimiento va dirigido al Doctor Héctor Alonso Valle, en quién desde el primer momento encontré un amigo con quién compartir este viaje. Gracias por haberme guiado y aconsejado en este proyecto, pero sobre todo por la cercanía y el cariño con que lo hizo.

Gracias a la futura Doctora Inés García González, por ser mi aliada y compañera. Por estar ahí en los momentos buenos, pero sobre todo gracias por estar en los no tan buenos.

Y por último, dar gracias a mis padres, pues sin su esfuerzo, amor, confianza e infinita generosidad no hubiera sido posible realizar el sueño que culmina con este trabajo.

ÍNDICE

Resumen	1
1. Introducción	2
1.1. Definición	2
1.2. Etiopatogenia	3
1.3. Anamnesis	3
1.4. Exploración física	5
1.5. Pruebas complementarias	6
1.6. Manejo en urgencias	8
1.7. Tratamiento	9
1.8. Profilaxis	10
1.9. Justificación	10
2. Objetivos	12
2.1. Principal	12
2.2. Secundarios	12
3. Material y Método	13
3.1. Tipo de estudio	13
3.2. Sujetos y lugar	13
3.3. Metodología	13
3.4. Análisis de datos	14
4. Resultados	15
5. Discusión	23
6. Conclusiones	25
7. Bibliografía	26

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

RESUMEN

La cefalea es un motivo de consulta importante en Urgencias, pero se desconocen datos sobre la clasificación y asignación inicial de un nivel de gravedad. En este trabajo se ha realizado un estudio de los pacientes que han acudido al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) con cefalea como motivo de consulta durante el año 2014. La cefalea ha supuesto el 1.5 % de los casos atendidos en este servicio, presentándose con más frecuencia en pacientes de entre 21 y 40 años de edad. De los 927 casos estudiados, el 63% fueron causados por procesos primarios, siendo la migraña el diagnóstico más frecuente con un 30.6% del total. Se ha analizado también la frecuencia de los casos más graves, como la hemorragia subaracnoidea y los tumores cerebrales. Además se ha estudiado la relación entre la clasificación asignada en el Área de Triage del Servicio de Urgencias con los diagnósticos de mayor gravedad, observándose concordancia en la mayoría de los casos.

ABSTRACT

Headache is an important reason for consultation in emergency department, but data on initial classification and assignment of a severity level are unknown. This paper provides a study of patients who were admitted to the emergency department of the Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) with headache as a reason for consultation during 2014. The headache represented 1.5% of patients treated in this service, appearing more frequently in patients between 21 and 40 years old. Of 927 cases studied, 63% were caused by primary processes, being migraine the most frequent with 30.6% of all diagnoses. The study has also analyzed the frequency of the most severe cases, as subarachnoid hemorrhage and brain tumors. It has also studied the relationship between the classification assigned in the triage area of the Emergency Department with more serious diagnoses, and the result showed concordance in most cases.

Palabras Clave: Cefalea. Servicio de Urgencias. Cefalea primaria. Cefalea secundaria.

Key Words: Headache. Emergency department. Primary headache. Secondary headache.

1.INTRODUCCIÓN

1.1 DEFINICIÓN

La cefalea es toda aquella sensación dolorosa que se localiza entre la región suboccipital y la orbitaria. Es uno de los motivos de consulta más frecuentes (entre el 1% y el 4.5% de las visitas a urgencias)^(1,2), así como una causa importante de absentismo laboral y de consumo de recursos sanitarios, ya que alrededor del 90% de la población sufre por lo menos un episodio de cefalea al año⁽³⁾.

En un primer momento es importante diferenciar las cefaleas primarias de las secundarias, ya que el manejo va a ser distinto debido a su potencial gravedad (Tabla 1)⁽⁴⁾.

Dentro de las cefaleas primarias, generalmente de carácter benigno, encontramos la migraña, la cefalea tensional, cefalea en racimos y otras trigémico-autonómicas. En la práctica clínica, el 90 % de las cefaleas se consideran dentro de este grupo. Las cefaleas secundarias son síntomas secundarios a un proceso intracraneal, como una hemorragia subaracnoidea, hipertensión intracraneal, tumor cerebral, meningitis, encefalitis, etc⁽³⁾.

Son un grupo pequeño, pero su diagnóstico es de vital importancia (en torno al 5% de pacientes que acuden a urgencias por cefalea sufren un trastorno neurológico grave).

Para ello es fundamental una anamnesis detallada y una exploración física completa, atendiendo al patrón temporal, duración, edad de comienzo, localización, factores desencadenantes o que alivien el dolor, síntomas acompañantes y respuesta a tratamientos previos, entre otros⁽³⁾.

CEFALEAS PRIMARIAS	CEFALEAS SECUNDARIAS
Migraña	Traumatismos de cabeza y/o cuello
Cefalea tensional	Trastorno de la vasculatura craneal o cervical
Neuralgia del trigémino	Trastorno intracraneal no vascular
Otras	Una sustancia o su suspensión
	Trastornos de la hemostasia
	Trastornos psiquiátricos
	Cefalea atribuida a patología de estructuras faciales o craneales.

Tabla 1. Clasificación de las cefaleas.

1.2 ETIOPATOGENIA DE LA CEFALEA⁽⁵⁾

La cefalea se produce como consecuencia del estímulo de receptores nociceptivos craneales extracerebrales.

La mayoría del tejido encefálico es insensible a la nocicepción.

El cuero cabelludo, el periostio, los músculos pericraneales, la arteria meníngea media, la parte proximal de las grandes arterias intracraneales, las arterias de la duramadre, los senos venosos, las tres primeras raíces cervicales y las ramas sensitivas de los nervios V, IX y X son las estructuras craneales sensibles al dolor.

La cefalea puede ser causa de:

- a) Distensión, tracción o dilatación de las arterias intra o extracraneales.
- b) Tracción o desplazamiento de las grandes venas intracraneales o de la duramadre.
- c) Compresión, tracción o inflamación de los pares craneales raquídeos.
- d) Espasmo, inflamación o traumatismo de los músculos craneales o cervicales.
- e) Irritación meníngea y aumento de la presión intracraneal.
- f) Otros mecanismos, como la activación de las estructuras del tronco del encéfalo.

1.3 ANAMNESIS

La anamnesis es la principal herramienta para distinguir entre las muchas causas de cefalea. El trabajo esencial en el servicio de urgencias es determinar qué pacientes tienen un alto riesgo de padecer una causa grave de cefalea y cuáles no⁽⁶⁾.

Para ello, se debe prestar atención los signos de alarma que nos advierten de la posibilidad de encontrarnos ante una cefalea secundaria a una causa potencialmente grave⁽⁶⁾.

Inicio súbito. Ante toda cefalea persistente que alcanza su máxima intensidad de dolor en pocos segundos o minutos es obligado realizar pruebas complementarias para determinar su origen. La hemorragia subaracnoidea (HSA) se presenta comúnmente como una cefalea de inicio súbito, con frecuencia secundaria a un esfuerzo. Otros ejemplos de cefaleas secundarias con inicio súbito son la disección de la arteria carótida o vertebral, la apoplejía pituitaria o la trombosis del seno venoso^(7,8).

Por otra parte, las cefaleas primarias no suelen aparecer de forma súbita. La migraña tiene un inicio gradual con dolor moderado, que alcanza su máximo en horas. La cefalea en racimos puede ser confundida con una cefalea secundaria ya que en ella se puede alcanzar la máxima intensidad de dolor en pocos minutos. Sin embargo, esta cefalea es transitoria (normalmente dura menos de 120 minutos), y va acompañada de unos signos autonómicos característicos en el lado del dolor, como enrojecimiento ocular, ptosis palpebral y lagrimeo⁽³⁾. (Tabla 2)

No cefaleas similares en el pasado. Las cefaleas referidas por los pacientes como “la peor de mi vida” nos deben hacer sospechar en un trastorno grave. Esta descripción es frecuente en la hemorragia intracraneal o en las infecciones del sistema nervioso central (SNC), prestando especial atención a los pacientes inmunodeprimidos. Sin embargo, en los pacientes con migraña tienen una historia de múltiples cefaleas en el pasado⁽⁷⁾.

Infección concomitante. Ante un paciente con cefalea e infección extracraneal concomitante se debe descartar siempre la posibilidad de una meningitis o absceso intracraneal secundarias a dicha infección⁽⁷⁾.

Localización del dolor. La localización del dolor, aunque un dato útil, no es siempre específico⁽³⁾. Algunas cefaleas secundarias producen un dolor bien localizado. Así, en la arteritis de la temporal, el dolor puede localizarse en la sien del lado afecto. Tanto la irritación meníngea como la hemorragia subaracnoidea pueden presentarse como cefalea occipitonucal⁽¹⁾. En cuanto a las cefaleas primarias, la localización holocraneal es sugestiva de cefalea tensional, la hemicraneal de la migraña y la periorcular es típica de la cefalea en racimos⁽³⁾.

Alteración del nivel de conciencia o convulsiones. Todo cambio en el nivel de conciencia en un paciente con cefalea debe alertar de un proceso potencialmente grave. Por ejemplo, el síncope o pre-síncope es sugestivo de HSA. Las convulsiones asociadas a cefalea nos orienta hacia una patología intracraneal⁽⁷⁾.

Cefalea con el esfuerzo. La cefalea de comienzo rápido secundaria a un esfuerzo, como el ejercicio o el acto sexual, puede estar causada por la disección de la arteria carótida o una hemorragia intracraneal, especialmente cuando hay un antecedente de traumatismo craneoencefálico menor. Ante una cefalea que aparece tras la tos, debe descartarse una malformación de Chiari tipo I⁽³⁾.

Edad mayor de 50 años. Una cefalea de reciente aparición en un paciente mayor de 50 años debe hacer pensar en una causa subyacente potencialmente grave, como un proceso expansivo intracraneal o una arteritis de células gigantes^(1,9). La cefalea en racimos y la tensional suelen aparecer en la tercera o cuarta década de la vida, mientras que la migraña puede presentarse a cualquier edad, siendo más frecuente su aparición en la infancia o adolescencia⁽³⁾.

Medicamentos. Debe investigarse el uso de medicamentos como anticoagulantes o anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs). Ambos incrementan el riesgo de sangrado intracraneal, por lo que interrogar sobre su uso es de obligado cumplimiento⁽⁷⁾. En caso de que haya habido episodios anteriores de cefalea, la respuesta a tratamientos ya ensayados debe quedar recogido, verificando dosis y vía de administración⁽³⁾.

Historia previa. El traumatismo craneoencefálico (TCE) o las comorbilidades del pacientes son otros datos a tener en cuenta en la aproximación a un paciente con cefalea. El diagnóstico de poliquistosis renal o de una enfermedad del tejido conectivo, aumentan el riesgo de aneurismas, causa potencial de HSA. Un cáncer conocido debe hacernos pensar en metástasis como causa de la cefalea⁽⁷⁾. Las comorbilidades que afectan a la coagulación también son factor de riesgo para

cefaleas secundarias, con un importante riesgo para el paciente. Por ejemplo, la enfermedad hepática predispone al sangrado intracraneal, mientras que los estados de hipercoagulabilidad aumentan el riesgo de padecer un ictus cerebral o trombosis venosa cerebral⁽⁷⁾.

	MIGRAÑA	TENSIONAL	EN RACIMOS
Edad comienzo	Adolescencia	30-40 años	30-40 años
Carácter dolor	Pulsátil	Opresivo	Intenso
Duración	4-72 h	Continuo	30-180 min
Localización	Hemicraneal	Bilateral	Unilateral(periocular)
Síntomas asociados	Fotofobia, sonofobia y vómitos	NO	Lagrimo, Horner, rinorrea e inyección conjuntival ipsilateral

Tabla 2. Anamnesis de las principales cefaleas primarias⁽³⁾

1.4 EXPLORACIÓN FÍSICA

Una vez realizada una completa anamnesis, se deberá llevar a cabo una exploración física general, recogiendo tensión arterial, pulso y temperatura, así como una exploración neurológica completa. Ambas serán rigurosamente normales en las cefaleas primarias. Al igual que en la anamnesis, en la exploración física hay una serie de hallazgos que nos harán pensar en una causa potencialmente grave de cefalea^(3,7).

Alteraciones en las constantes vitales. La fiebre puede reflejar tanto infecciones del SNC como infecciones sistémicas. Es común encontrar febrícula los días posteriores a una hemorragia subaracnoidea. La hipertensión severa, en la que la presión arterial diastólica supere los 120 mmHg, puede manifestarse como cefalea⁽⁸⁾.

Alteraciones neurológicas. Tanto las alteraciones neurológicas focales como las no focales de reciente aparición en un paciente con cefalea deben poner en alerta al médico de urgencias. Estas alteraciones pueden ser sutiles, como una asimetría pupilar o una respuesta plantar extensora, o pronunciadas, como la pérdida de visión unilateral, la ataxia o las convulsiones. Ante alteraciones neurológicas sin focalidad, se debe descartar HSA, procesos infecciosos como la meningitis o alteraciones metabólicas, como la hipoxia. Es importante destacar que en la migraña es posible encontrar sintomatología neurológica focal que precede al episodio de cefalea (aura), que característicamente es transitoria^(1,7,9).

Disminución del nivel de conciencia. La obnubilación u otra alteración del nivel de conciencia orienta la sospecha hacia una cefalea secundaria, tal como una lesión ocupante de espacio, encefalitis, meningitis o HSA⁽⁷⁾.

Meningismo. Es un signo indicativo de meningitis o de HSA. Debe tenerse en cuenta que tanto su sensibilidad como su especificidad bajan notablemente en mayores de 60 años.

Hallazgos oftalmológicos. El estudio del fondo de ojo puede revelar la existencia de papiledema, resultado del aumento de la presión intracraneal, como consecuencia de un tumor o de otra lesión ocupante de espacio. Las hemorragias subhialoideas son características de la HSA. Ante la sospecha de glaucoma agudo de ángulo estrecho debe medirse la presión intraocular, que estará aumentada si la causa de la cefalea es dicha patología⁽⁷⁾.

Hallazgos sugestivos de traumatismo. Laceraciones, contusiones, hemotímpano o equimosis periorbital o periauricular son datos sugestivos de traumatismo, pudiendo ser este la causa de la cefalea. En el caso de una cefalea secundaria a una hemorragia subdural crónica, el paciente tendrá una historia de traumatismo moderado en el pasado⁽⁷⁾.

1.5 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

Como norma general, las pruebas complementarias urgentes no están indicadas ante pacientes de bajo riesgo. Únicamente deberán considerarse estudios de neuroimagen cuando la cefalea se acompañe de uno o más signos de alarma (Tabla3)^(3,7,12).

PRINCIPALES SIGNOS DE ALARMA EN UNA CEFALEA
Inicio en mayores de 50 años
Inicio súbito y/o rápidamente progresivo
Vómito que precede a la cefalea
Enfermedad sistémica conocida (VIH, neoplasia, inmunodepresión...)
Síntomas neurológicos asociados (focalidad, meningismo, papiledema, fiebre, crisis comiciales o alteraciones del nivel de conciencia)
Ojo rojo
Cefalea con la tos

Tabla 3. Signos de alarma en una cefalea⁽¹²⁾.

Se considera paciente de bajo riesgo a aquel que tiene una historia típica de cefalea primaria y cumple los siguientes criterios⁽⁷⁾:

- No hay un cambio en el patrón de su cefalea habitual.
- La cefalea es de las mismas características que las anteriores.
- La exploración física y neurológica es normal.
- No existen comorbilidades de alto riesgo.

Neuroimagen y estudio del LCR

En estos pacientes no están indicados los estudios de neuroimagen ya que su rendimiento diagnóstico es muy bajo⁽¹⁰⁾.

En pacientes con historia y/o exploración física sugestiva de cefalea secundaria, la elección de las diferentes técnicas diagnósticas depende de la sospecha. Así, la TAC craneal sin contraste es útil en lesiones intracraneales o sangrados, mientras que la punción lumbar para el estudio del LCR lo es para el diagnóstico de infecciones.

En un paciente con sospecha de HSA en el que la TAC craneal es normal siempre se debe llevar a cabo una punción lumbar, ya que en estadios iniciales puede presentarse sin alteraciones neurológicas. Esto produce que no se trate a los pacientes con HSA incipiente, cuando son más susceptibles de beneficiarse de dicho tratamiento. La presencia de sangre en el LCR obtenido en dos punciones lumbares es sugestivo de HSA. En caso de que la TAC craneal no muestre alteraciones y los resultados de la punción lumbar sean difíciles de interpretar pero la sospecha de HSA es alta, se recomienda el ingreso del paciente para una evaluación posterior por neurología o neurocirugía⁽⁷⁾.

En pacientes en los que la sospecha de infección es mayor que la de lesión intracraneal, la punción lumbar debe ser la primera opción⁽⁷⁾. La American College of Emergency Physicians da una recomendación clase C a la realización de la punción lumbar sin neuroimagen previa en pacientes sin evidencia de aumento de la presión intracraneal (es decir, sin papiledema, ausencia del pulso venoso en el fondo de ojo, alteración del estado mental ni focalidad neurológica)⁽¹⁰⁾.

Analítica sanguínea con hemograma y bioquímica.

Deberá llevarse a cabo ante la sospecha de cefalea secundaria a un proceso sistémico. Cabe destacar la importancia de la VSG ante la sospecha de arteritis de células gigantes⁽³⁾.

1.6 MANEJO DE LA CEFALEA EN URGENCIAS.

TRIAJE

Al llegar al Servicio de Urgencias, el paciente es clasificado en el Área de Triage según la queja principal que refiere. Esta clasificación consta de tres niveles básicos (A, B y C) con un desdoblamiento de B y de C, lo que hace que dispongamos de 5 niveles de gravedad:

- Nivel A: situación de riesgo vital inmediato, que requiere resucitación.
- Nivel B1: Urgentes, de riesgo vital previsible.
- Nivel B2: Situaciones de urgencia, pero de riesgo vital no previsible.
- Nivel C1: Situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital.
- Nivel C2: Situaciones no urgentes.

La cefalea será clasificada entre los niveles B y C, según la valoración de la intensidad (escala de dolor) y de alteraciones asociadas como: Disminución del nivel de conciencia, inestabilidad, déficit neurológico o dolor muy intenso. En caso de que aparezca alguna de estas situaciones, se otorgará al paciente un nivel de gravedad B2.

Tras una valoración inicial del paciente, con una anamnesis y exploración física completas, debemos preguntarnos⁽³⁾:

1. ¿Cefalea primaria o secundaria?
2. ¿Aguda o Crónica?
3. ¿Signos de alarma?
4. ¿Pruebas complementarias?
5. ¿ingreso?

Criterios de hospitalización en el paciente con cefalea⁽¹¹⁾:

1. Estado migrañoso (más de 72 horas) que no responde a tratamiento en urgencias.
2. Infarto migrañoso. Cuando el aura con déficit neurológico dura más de 7 días o en la TAC se detecta infarto cerebral.
3. Cefalea crónica diaria refractaria. Es diaria, durante al menos 3 o 6 meses.
4. Cefalea complicada con abuso de fármacos. Diaria durante más de 15 días al mes y toma de medicación más de 15 días al mes.
5. Cefalea acompañada de importantes problemas médicos o quirúrgicos como VIH, insuficiencia renal, hepatopatía, asma, cardiopatía isquémica o enfermedades psiquiátricas.
6. Cefalea secundaria a enfermedad orgánica intracraneal.
7. Arteritis de células gigantes.
8. Formas resistentes de cefalea en racimos.
9. Cefalea que interrumpe y compromete de forma muy importante las actividades personales, familiares y/o sociolaborales.

1.7 TRATAMIENTO DE LA CEFALEA⁽³⁾

El alivio de la cefalea mediante un adecuado tratamiento sintomático debe ser prioritario de todo médico en el servicio de urgencias.

Cefalea en racimos.

El tratamiento está basado en oxígeno a 7-10 litros por minuto (lpm) durante 20 minutos, 6mg de sumatriptán subcutáneo o lidocaína nasal (1 ml al 4-10%), que es eficaz en un tercio de los casos. Los resultados son contradictorios con la ergotamina.

Migraña con o sin aura.

1. Medidas generales y tratamiento de los síntomas acompañantes con antieméticos, dejar al paciente en reposo en un lugar tranquilo y poco iluminado.
2. Tratamiento no específico vía oral con analgésicos o AINE (50-1000 mg de naproxeno o 400-800 mg de ibuprofeno) en caso de migraña de intensidad leve moderada .
3. Tratamiento específico en los episodios de intensidad moderada-severa o que no responden al tratamiento analgésico: oxígeno a 8 lpm, 6 mg de sumatriptán subcutáneo (20mg intranasal en adolescentes) o 2 mg de ergotamina rectal. Si el paciente sufre hipertensión arterial mal controlada, arteriopatía periférica, cardíaca o cerebrovascular, los dos últimos están contraindicados.
4. Si persiste la cefalea pasada una hora se repetirá el mismo tratamiento anterior, añadiendo 5-10 mg de diazepam oral.
5. Si no mejora, se probará de nuevo con 6mg de sumatriptán o 10 mg de rizatriptán.
6. Si no mejora, se administrarán 30 mg de ketocorolaco intramuscular, 60 mg de codeína, neurolépticos (clorpromacina 10-15 mg vía oral).
7. Si no mejora, se considerará estado migrañoso, precisando ingreso para la administración de oxígeno, reposo, sueroterapia, antieméticos, ansiolíticos y corticoides intravenosos (40-80 mg de prednisona).

Cefalea tensional.

Tratamiento analgésico (1gr de paracetamol o 500 mg de AAS) o antiinflamatorio (ibuprofeno 800 mg), ansiolíticos y técnicas de relajación.

Cefaleas secundarias.

En caso de tratarse de una cefalea secundaria, por una parte se llevará a cabo el tratamiento sintomático de la cefalea y los síntomas acompañantes, y por otro el tratamiento específico de la causa subyacente origen de la cefalea.

1. Medidas generales y tratamiento de los síntomas asociados, como fiebre o vómitos, o tratamiento de la hipertensión intracraneal. Además, tratamiento analgésico no específico con analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos para el alivio de la cefalea.
2. Tratamiento específico según la patología subyacente
 - Antibioterapia en caso de infecciones intracraneales.
 - Trombólisis o antiagregación en los ictus isquémicos según el caso.
 - Cirugía en los casos de lesiones ocupantes de espacio según los pacientes seleccionados.
 - Prednisona en caso de arteritis de células gigantes (1mg/kg/día vía oral inicialmente).
 - Pérdida de peso, dieta hiposódica, acetazolamida 250 mg/8 horas o derivación quirúrgica del LCR en la hipertensión intracraneal benigna.

1.8 PROFILAXIS⁽³⁾

Migraña. El objetivo será la reducción de la intensidad, la frecuencia y la duración de los ataques, así como mejorar la respuesta al tratamiento. Consiste en dosis bajas con aumento lento de: propanolol (40-160 mg al día); amitriptilina (10-75 mg al día) o valproato sódico (400-1500 mg al día). Indicaciones:

- Número de episodios mensuales igual o mayor de tres.
- Interferencia en la vida del paciente a pesar del tratamiento.
- Contraindicación, fallo o poca tolerancia al tratamiento en fase aguda.
- Migraña poco común con mayor riesgo de complicaciones.

Cefalea en racimos. Consiste en una profilaxis transitoria con esteroides durante tres días (60 mg al día) con disminución progresiva, hasta inicio de profilaxis de mantenimiento con verapamilo (240-320 mg al día) o litio (600-1500 mg al día).

Cefalea tensional. Las posibilidades son antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina (10-75 mg al día), ISRS como la fluoxetina (20 mg al día), 30 mg de mirtazapina nocturna, olanzapina e inyección de toxina botulínica. La profilaxis tiene una pauta de 6 meses con retirada posterior de forma progresiva, y además se han de incluir técnicas de relajación y fisioterapia.

1.9 JUSTIFICACIÓN

Quedan no obstante apartados no totalmente definidos en torno a la evolución estacional o distribución horaria de los pacientes con cefalea. Tampoco hay excesivos artículos que describan las características clínicas de los pacientes vistos con cefalea en el Servicio de Urgencias. No hay tampoco claras correlaciones descritas entre la clasificación realizada en el Área de Triage en cuanto a gravedad del paciente y los diagnósticos finales. Esto sería de especial importancia cuando la causa de cefalea es

secundaria a un proceso potencialmente grave y cuya identificación precoz influye decisivamente en el tratamiento y pronóstico.

Por lo anteriormente descrito está justificado estudiar las características demográficas y clínicas de pacientes que acuden al Servicio de Urgencias con dolor de cabeza en el HUMV.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Analizar la aproximación de los pacientes con cefalea atendidos en el Servicio de Urgencias del HUMV.

2.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

Identificar las características demográficas del paciente con cefalea.

Determinar los diagnósticos más frecuentes y los más graves relacionados a la cefalea.

Estudiar los niveles de gravedad asignados a estos pacientes.

3.MATERIAL Y MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal de carácter retrospectivo.

3.2 SUJETOS Y LUGAR DEL ESTUDIO

Los sujetos del estudio son los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del HUMV entre Enero y Diciembre del 2014 con cefalea como motivo de consulta.

3.3 METODOLOGÍA

Como fuente de información, se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica sobre la cefalea. Para ello se utilizaron recursos como Pubmed o Uptodate.

La base de datos fue creada a partir del programa de gestión de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del HUMV en 2014 y consta de un total de 1831 pacientes. Se decidió analizar solo 927 casos debido a ser los únicos en los que se disponía de un diagnóstico final.

Las variables seleccionadas son:

- Edad.
- Hora del día a la que se acudió al Servicio de Urgencias.
- El mes del año.
- El nivel de gravedad asignado en el Área de Triage:
 - A-Grave
 - B1-Urgente
 - B2-Urgente demorable
 - C1-Leve
 - C2-No urgente
- Diagnóstico final.
- Categoría de la cefalea, diferenciando cefalea primaria (migraña, cefalea tensional y neuralgia del trigémino) y cefalea secundaria, definida como

síntomas secundarios a procesos intracraneales, como una hemorragia subaracnoidea, un tumor cerebral o una sinusitis.

Con el fin de que la privacidad de los pacientes fuera conservada, la base de datos ha sido creada con carácter anónimo, recogiendo como único dato referente al paciente su número de historia clínica.

3.4 ANÁLISIS DE DATOS

Se ha utilizado el programa SPSS v.15.0 para llevar a cabo el análisis de los datos, que ha consistido en estadística descriptiva de todas las variables, continuas mediante medias y desviaciones típicas, mediana y percentiles. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias.

4.RESULTADOS

En el año 2014, un total de 1831 pacientes acudieron al Servicio de Urgencias del HUMV con cefalea como motivo de consulta, lo que supone alrededor del 1,5% del total de consultas a este servicio.

La media de edad en estos pacientes fue de 45.5 años, siendo la mediana 43 años y la moda 35 años. Los percentiles se muestran en la Tabla 4. Según intervalos de edad, observamos que entre los 21 y los 40 años es la franja de edad en la que más se presentó la cefalea. (Figura 1)

Edad del paciente		
Media		45,50
Mediana		43,00
Moda		35
Mínimo		14
Máximo		98
Percentiles	25	31,00
	50	43,00
	75	59,00
Total	Válidos	927
	Perdidos	0

Tabla 4. Estadísticos de edad

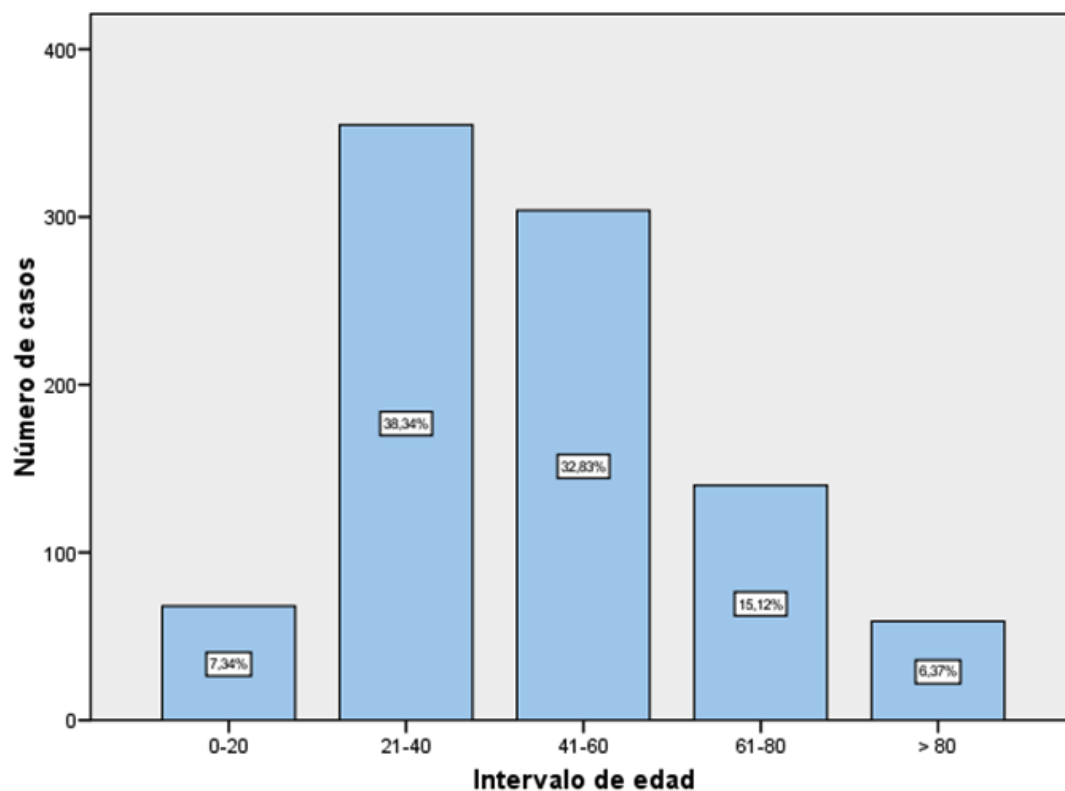
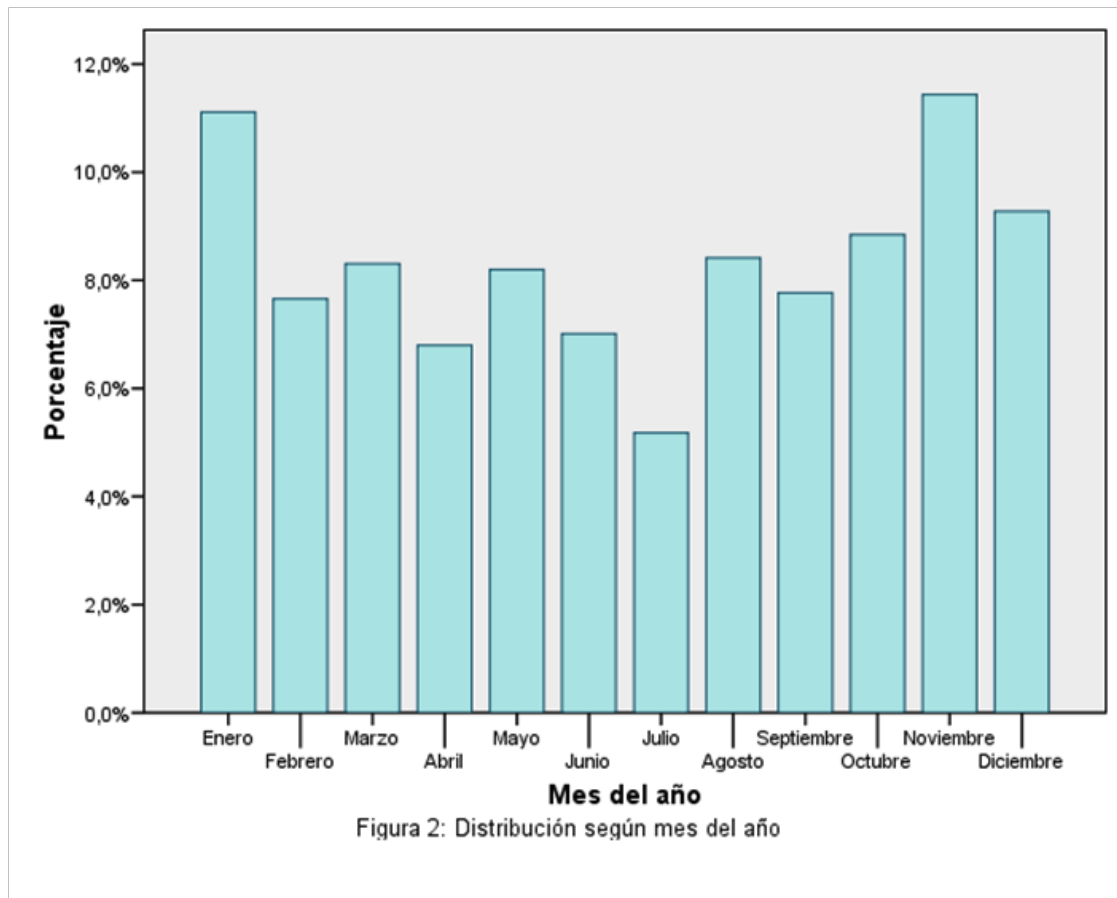


Figura 1: Distribución por grupos de edad.

Los meses del año en los que más se ha solicitado asistencia por cefalea se relacionan con los meses más fríos: Noviembre, Diciembre y Enero. Por otro lado, Julio y Abril son los meses en los que menos cefaleas consultaron (Figura 2).



En cuanto a la distribución por horas, la mayor parte de los casos acudieron al Servicio de Urgencias entre las 11:00 y las 21:00 horas, siendo el mayor pico a las 14:00 horas, como se muestra en la Figura 3. La estancia media en el Servicio de Urgencias, desde que el paciente es atendido hasta que se le da el alta a domicilio o ingresa en otra unidad fue de $8,69 \pm 4.49$ horas.

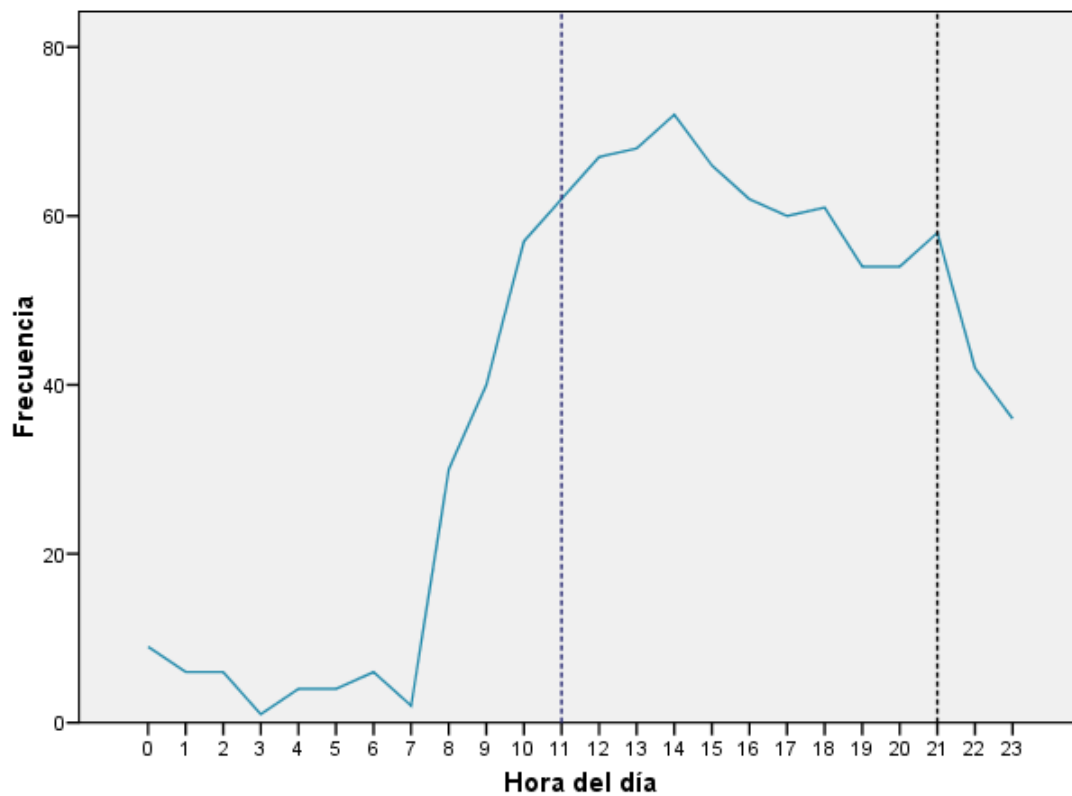


Figura 3: Distribución por horas.

El 63% de las consultas fueron debidas a una cefalea primaria, siendo casi un 30% cefaleas secundarias. (Figura 4)

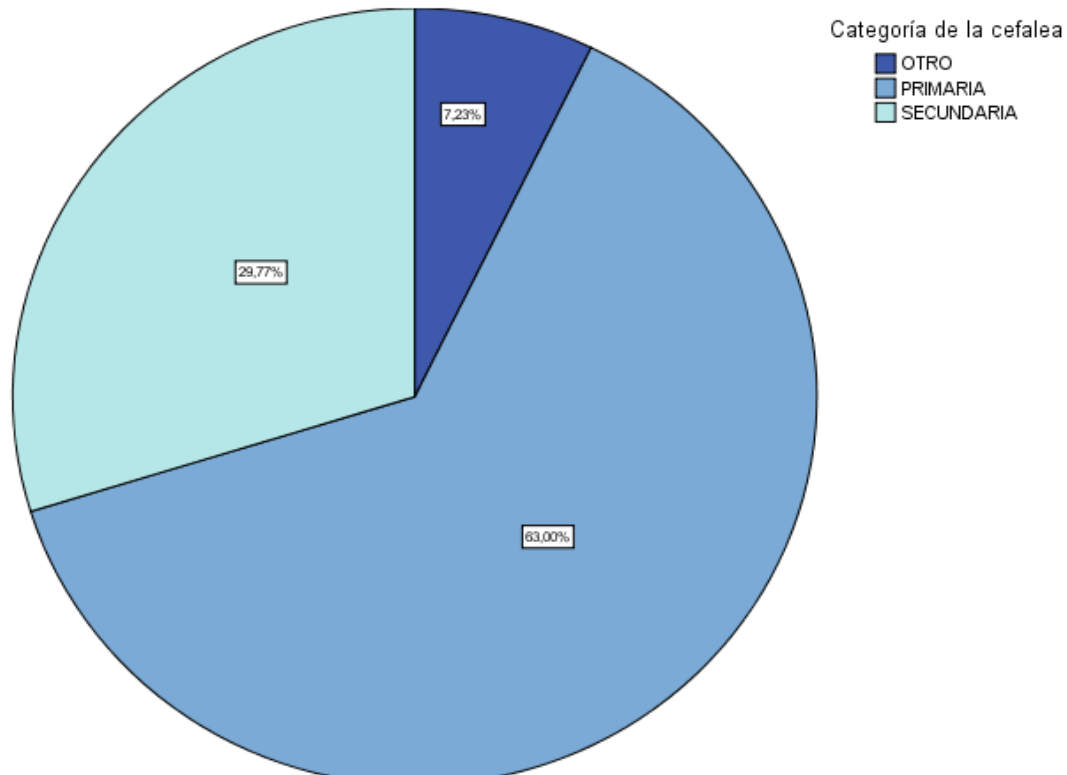


Figura 4: Distribución según categoría de la cefalea.

La migraña es el diagnóstico más frecuentemente encontrado con un 30.6% de los casos, seguida de la cefalea tensional con un 24.9%. Entre las cefaleas secundarias que más se presentaron, la crisis hipertensiva representa un 7.4% del total de casos, seguida de la sinusitis con un 4.3%. (Figura 5).

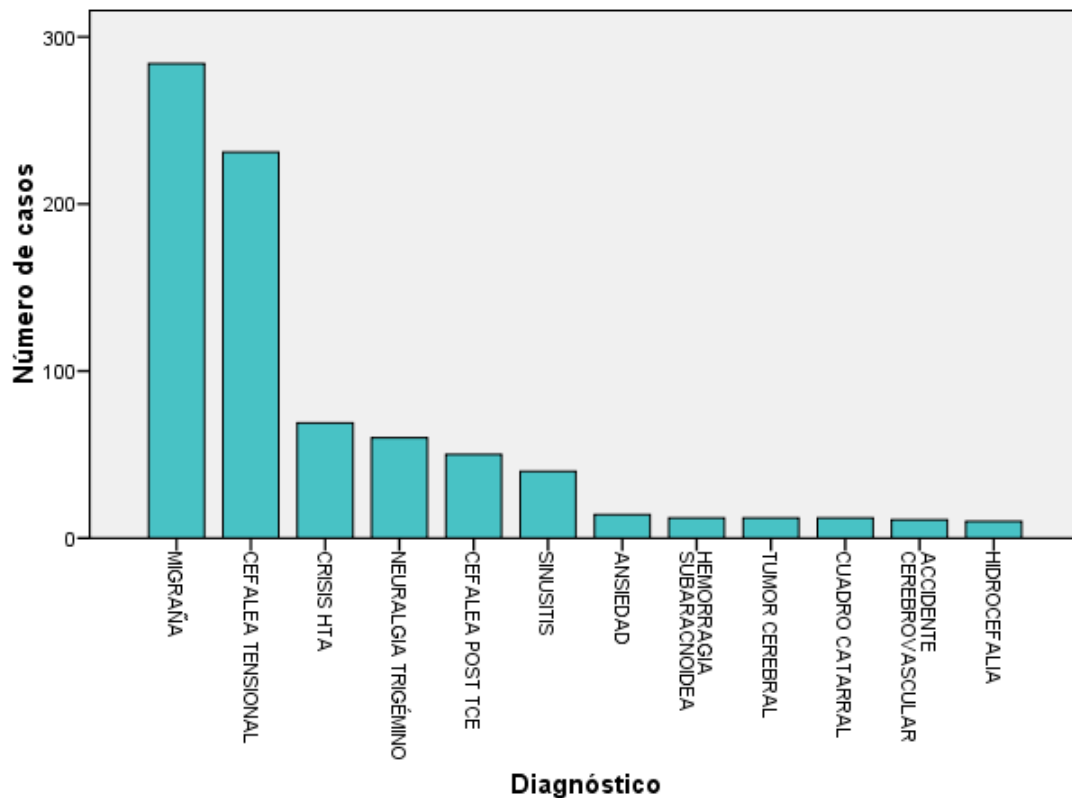


Figura 5: Diagnósticos más frecuentes.

Los cuadros más graves identificados se muestran en la Figura 6. Aunque no son muy frecuentes, se debe mantener siempre una actitud de alerta ante signos o síntomas que nos hagan pensar en ellos. La hemorragia subaracnoidea es el motivo grave de cefalea que más frecuentemente se ha presentado (1.3%), seguido de los tumores cerebrales (1.3%) y de los accidentes cerebrovasculares (1.2%) (Tabla 5).

Diagnóstico

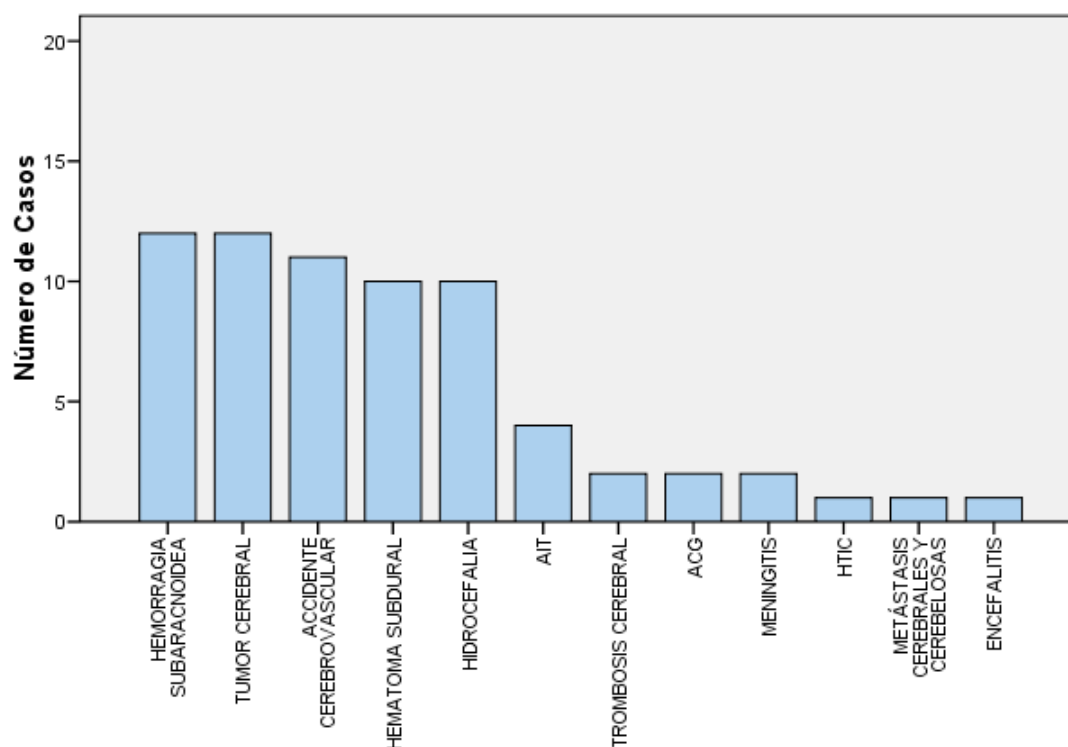


Figura 6: Diagnósticos más graves.

Diagnóstico	Estadísticos	
	Frecuencia	Porcentaje
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	12	1,3
TUMOR CEREBRAL	12	1,3
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	11	1,2
HEMATOMA SUBDURAL	10	1,1
HIDROCEFALIA	10	1,1
AIT	4	,4
ACG	2	,2
MENINGITIS	2	,2
TROMBOSIS CEREBRAL	2	,2
ENCEFALITIS	1	,1
HTIC	1	,1
METÁSTASIS CEREBRALES Y CEREBELOSAS	1	,1

Tabla 5. Diagnósticos más graves.

Al analizar los diagnósticos más graves, encontramos que todos ellos pertenecen a la categoría de cefalea secundaria. Por ello se ha determinado el porcentaje de cada diagnóstico dentro de esta categoría, que supone un total de 276 casos. De ellos, 12 presentaron HSA, y otros 12 un tumor cerebral, en consecuencia cada uno representa

un 4.35% de las cefaleas secundarias. Les siguen en frecuencia los accidentes cerebrovasculares, con 11 casos, un 3.99%, y el hematoma subdural y la hidrocefalia con 10, un 3.62% cada una.

Atendiendo a la clasificación realizada en el Área de Triage, de los 927 casos analizados, 671 fueron clasificados como B2-Urgente demorable (72.4%). De ellos, 456 corresponde a cefaleas primarias, mientras que 169 a cefaleas secundarias. 20 casos fueron considerados como C2-No urgente (2.2%) y solamente 3 como A-Graves (0.3%), precisando una atención inmediata. (Tabla 6 y 7)

Nivel de gravedad

Nivel de gravedad	Estadísticos	
	Número de casos	Porcentaje
Válidos A-Grave	3	,3
B1-Urgente	63	6,8
B2-Urgente demorable	671	72,4
C1-Leve	170	18,3
C2-No urgente	20	2,2
Total	927	100,0

Tabla 6: Frecuencias según nivel de gravedad

		Categoría de la cefalea			Total
		OTRO	PRIMARIA	SECUNDARIA	
A-Grave	Recuento	2	1	0	3
	% de Nivel de gravedad	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
	% del total	,2%	,1%	,0%	,3%
B1-Urgente	Recuento	7	29	27	63
	% de Nivel de gravedad	11,1%	46,0%	42,9%	100,0%
	% del total	,8%	3,1%	2,9%	6,8%
B2-Urgente demorable	Recuento	46	456	169	671
	% de Nivel de gravedad	6,9%	68,0%	25,2%	100,0%
	% del total	5,0%	49,2%	18,2%	72,4%
C1-Leve	Recuento	10	91	69	170
	% de Nivel de gravedad	5,9%	53,5%	40,6%	100,0%
	% del total	1,1%	9,8%	7,4%	18,3%
C2-No urgente	Recuento	2	7	11	20
	% de Nivel de gravedad	10,0%	35,0%	55,0%	100,0%
	% del total	,2%	,8%	1,2%	2,2%
Total	Recuento	67	584	276	927
	% de Nivel de gravedad	7,2%	63,0%	29,8%	100,0%
	% del total	7,2%	63,0%	29,8%	100,0%

Tabla 7: Distribución según nivel de gravedad y categoría de cefalea

Al analizar el nivel de gravedad asignado junto con los diagnósticos de cefaleas primarias y los diagnósticos más graves, se encontraron los resultados que se muestran en las Figuras 7 y 8, así como en la Tabla 5

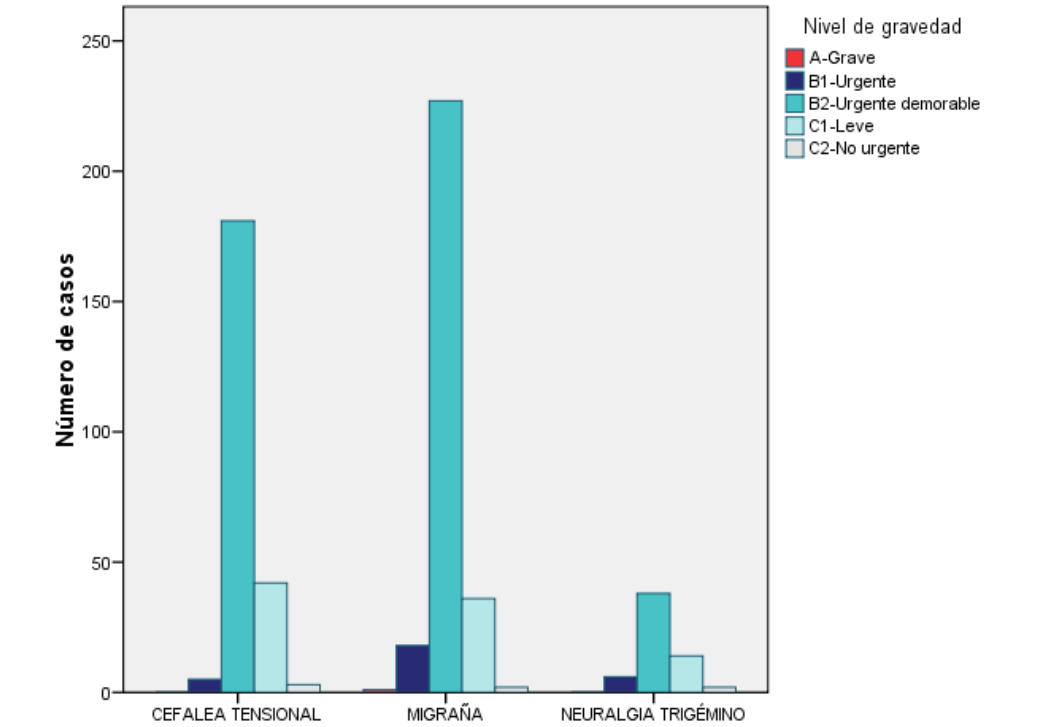


Figura 7: Nivel de gravedad en cefaleas primarias.

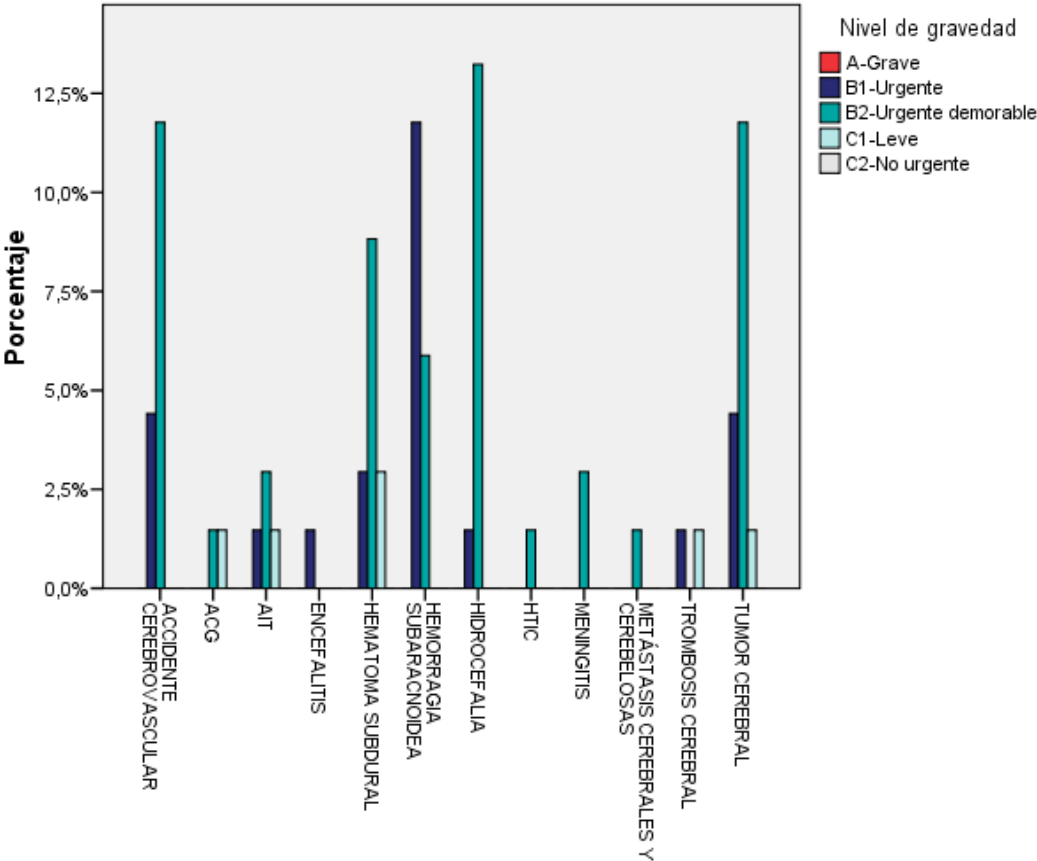


Figura 8: Nivel de gravedad en diagnósticos más graves.

												Total
		A-Grave		B1-Urgente		B2-Urgente demorable		C1-Leve		C2-No urgente		
		N	% de Diagnóstico	N	% de Diagnóstico	N	% de Diagnóstico	N	% de Diagnóstico	N	% de Diagnóstico	
	ACG	0	,0%	0	,0%	1	50,0%	1	50,0%	0	,0%	2
	AIT	0	,0%	1	25,0%	2	50,0%	1	25,0%	0	,0%	4
	ENCEFALITIS	0	,0%	1	100,0%	0	,0%	0	,0%	0	,0%	1
	HEMATOMA SUBDURAL	0	,0%	2	20,0%	6	60,0%	2	20,0%	0	,0%	10
	HSA	0	,0%	8	66,7%	4	33,3%	0	,0%	0	,0%	12
	HIDROCEFALIA	0	,0%	1	10,0%	9	90,0%	0	,0%	0	,0%	10
	HTIC	0	,0%	0	,0%	1	100,0%	0	,0%	0	,0%	1
	MENINGITIS	0	,0%	0	,0%	2	100,0%	0	,0%	0	,0%	2
	METÁSTASIS	0	,0%	0	,0%	1	100,0%	0	,0%	0	,0%	1
	MIGRAÑA	1	,4%	18	6,3%	227	79,9%	36	12,7%	2	,7%	284
	NEURALGIA TRIGÉMINO	0	,0%	6	10,0%	38	63,3%	14	23,3%	2	3,3%	60
	TROMBOSIS CEREBRAL	0	,0%	1	50,0%	0	,0%	1	50,0%	0	,0%	2
	TUMOR CEREBRAL	0	,0%	3	25,0%	8	66,7%	1	8,3%	0	,0%	12

Tabla 8. Distribución según nivel de gravedad y diagnóstico

5. DISCUSIÓN.

La atención al paciente con cefalea en el Servicio de Urgencias es un tema de gran interés e importancia, debido a la gran demanda asistencial de estos pacientes y la necesidad de reconocer los casos graves para una llevar a cabo una rápida actuación.

En el Servicio de Urgencias del HUMV, la cefalea representa alrededor del 1.5% de todas las visitas, lo que coincide con la frecuencia encontrada en la bibliografía, que oscila entre el 1 y el 4.5% ⁽⁷⁾.

El perfil demográfico de la población estudiada en este trabajo es un paciente con una edad media de 45 años que acude al Servicio de Urgencias refiriendo cefalea, mayoritariamente entre las 11:00 y las 21:00 horas, y que permanece en dicho servicio 8.69 ± 4.49 horas. En la literatura, la media de edad oscila entre los 37 y los 41 años ^(14,15) y el tiempo medio de estancia en Urgencias es de 4.42 horas ⁽¹⁵⁾. Además, en el estudio de Figuerola y colaboradores, se pone de manifiesto una atención máxima entre las 14:00 y las 20:00 horas ⁽¹³⁾.

Estos datos nos permiten afirmar que no se encuentran grandes diferencias entre el perfil del paciente con cefalea que acude al HUMV y el perfil encontrado en la literatura.

La mayoría de los pacientes con cefalea, hasta el 90%, presentan un proceso primario como causante de ésta ⁽³⁾. En nuestro estudio, el 63% de los casos se trataba de cefaleas primarias y tan solo un 30% secundarias.

Como ya se ha dicho, el diagnóstico más frecuentemente encontrado en la población estudiada es el de migraña, con un 30.6% de los casos, seguido de la cefalea tensional con un 24.9%. La neuralgia del trigémino es considerablemente menos frecuente que el resto de cefaleas primarias, presentándose solo en el 6.5% de los casos. Sin embargo, en la literatura se encuentra que el porcentaje en el que se sitúa esta patología es de en torno al 2% ⁽¹⁶⁾. En el estudio de Zebenholzer et al, el porcentaje de migraña es del 48.5% y el de cefalea tensional del 6.3% ⁽¹⁴⁾. Así, podemos concluir que en el Servicio de Urgencias del HUMV se atiende un mayor número de casos de cefalea tensional y de neuralgia del trigémino en comparación con otros centros, no siendo así en el caso de la migraña.

Al analizar los diagnósticos más graves encontrados, la hemorragia subaracnoidea y los tumores cerebrales son los más frecuentes, con 12 casos cada uno de los 927 estudiados, lo que representa el 1.3% del total. En la literatura revisada, se pone de manifiesto que la hemorragia subaracnoidea puede llegar a representar hasta un 3% de los casos de cefalea, lo que supone una ligera diferencia con respecto a nuestro estudio.

Al analizar los datos referentes al nivel de gravedad junto con la categoría de la cefalea, cabría esperar que hubiera un gradiente en el que a medida que avanzamos a los niveles menos graves, el porcentaje de cefaleas secundarias disminuyera y el de cefaleas primarias aumentara. Sin embargo se observó que 69 de los 170 casos

clasificados como C1-Leve pertenecían al grupo de cefaleas secundarias, así como 11 de los 20 casos clasificados como C2-No urgente.

Una posible explicación a esto es que dentro del grupo de cefaleas secundarias se encontraron muchos diagnósticos banales que bajarían el nivel de gravedad de dicho grupo, tales como cefaleas secundarias a procesos virales, sinusitis o ansiedad. Otra explicación posible es que la clasificación según la gravedad, realizada en el Área del Triage, no fuera la adecuada.

Por ello, se decidió analizar el nivel de gravedad asignado a los diagnósticos más graves y a las cefaleas primarias, para determinar si fue o no correcto.

En general, la clasificación fue correcta en todos los diagnósticos a excepción de la hemorragia subdural y la neuralgia del trigémino, en las que hasta un 20% y un 23% de los casos, respectivamente, fueron clasificados como C1-Leve, siendo ambos procesos potencialmente graves.

Por lo que podemos concluir que el gran número de procesos no graves pertenecientes a la categoría de cefaleas secundarias, puede ser la causa de que esta categoría presente un nivel de gravedad por debajo de lo esperado.

6.CONCLUSIONES

- La cefalea es un motivo frecuente de consulta en el Servicio de Urgencias del HUMV, representando un porcentaje importante del total de las atenciones.
- El paciente con cefalea de nuestro estudio presenta unas características similares en cuanto a edad y horario de atención a la de otros estudios, permaneciendo en el Servicio de Urgencias en torno a 8 horas.
- En la gran mayoría de los casos se trató de una cefalea de características primarias, donde la migraña es el diagnóstico más frecuente.
- La hemorragia subaracnoidea y los tumores cerebrales son los diagnósticos graves que más se han presentado.
- La mayoría de los casos fueron clasificados con un grado medio de gravedad siendo muy poca la proporción de procesos graves.
- Esta clasificación se ajustó a la gravedad de los diagnósticos finales en la mayoría de los pacientes, exceptuando los casos de hematoma subdural y de neuralgia del trigémino.
- El gran número de cefaleas secundarias producidas por procesos leves, puede enmascarar la verdadera gravedad que tienen algunos procesos pertenecientes a esta categoría.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ramirez-Lassepas M, Espinosa CE, Cicero JJ, et al. Predictors of intracranial pathologic findings in patients who seek emergency care because of headache. Arch Neurol 1997; 54:1506.
- (2) Torelli P, Campana V, Cervellin G, Manzoni GC. Management of primary headaches in adult Emergency Departments: a literature review, the Parma ED experience and a therapy flow chart proposal. Neurol Sci 2010; 31:545.
- (3) Fernández Jimenez P. Cefalea aguda. Mecanismos etiopatogénicos. Actitud diagnóstica y terapéutica en Urgencias. MedicineOnline [revista en Internet]; 2007[acceso 19 de Diciembre de 2015]; 9(87):5610-5617. Disponible en: <http://www.medicineonline.com>
- (4) Headache Classification Committee. The International Classification of Headache Disorders. 2nd ed. Cephalalgia. 2004; 24:1-160.
- (5) Raskin NH. Cefalalgia. En Harrison, editor. Principios de Medicina Interna. 16^a. ed. McGrawHill interamericana 2005. p. 98-108.
- (6) Edmeads J. Emergency management of headache. Headache 1988; 28:675.
- (7) Cutrer MF, Hockberger RS, Swanson JW. Evaluation of the adult with headache in the emergency department. [Monografía en Internet]. UpToDate; Nov 2014 [acceso 18 de Diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
- (8) Ward TN, Levin M, Phillips JM. Evaluation and management of headache in the emergency department. Med Clin North Am 2001; 85:971.
- (9) Locker TE, Thompson C, Rylance J, Manson SM. The utility of clinical features in patients presenting with nontraumatic headache: an investigation of adult patients attending an emergency department. Headache 2006; 46:954.
- (10) American College of Emergency Physicians. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of patients presenting to the emergency department with acute headache. Ann Emerg Med 2002; 39:108.
- (11) Lacasa Vidal N, Arrazubi Galant A, Yusta Izquierdo A. Protocolo de manejo de las cefaleas en el Servicio de Urgencias. Medicine. 2007; 9(71):4459-4562.
- (12) Pascual J, Oterino A. Cefalea. En Riancho. Introducción a la práctica clínica. 1^a ed. Elsevier; 2014. P.274-278.
- (13) Figuerola A, Vivancos J, Monforte C, Segura T, León T, Ramos LF, et al. Records of neurological emergencies in a tertiary hospital. Rev Neurol. 1998 Nov;27 (159):750-4.
- (14) Zeppenholzer K, Andree C, Lechner A, Broessner G, Lampl C, Luthringshausen G, et al. Prevalence, management and burden of episodic and chronic headaches-a cross-

sectional multicentre study in eight Austrian headache centres. J Headache Pain. 2015 Dec;16(1):531.

(15) Morgenstern LB, Huber JC, Luna-Gonzales H, Sardin KR, Grotta JC, Shaw SG, et al. Headache in the emergency department. Headache. 2001 Jun;41(6):537-41.

(16) Di Sabato F, Giacobazzo M. Management of cluster headache in the Emergency Department. J Headache Pain. 2005 Sep;6(4):294-7.