

Cefaleas en el Servicio de Emergencias

Leonardo Cemborain, Alejandra Hintze, Karina Lozano, Martín Wallberg

La cefalea es uno de los 10 motivos más frecuentes de consultas en los Servicios de Emergencias y representa del 2 al 5% de todas las consultas. En nuestro Servicio es el séptimo motivo de consulta.

Lo primero que debemos realizar ante un paciente que consulta por cefalea es evaluar de manera lógica, práctica y precisa para distinguir a los pacientes que presentan una enfermedad severa de la mayoría que no la tiene (primarias de secundarias).

Clasificación de las cefaleas

Primarias (sin alteración estructural subyacente)

- Migraña.
- Cefalea de tensión.
- Cefalea en acúmulos.
- Hemicránea paroxística.
- Cefalea primaria punzante.
- Cefalea primaria de la tos.
- Cefalea primaria por esfuerzo físico.
- Cefalea primaria asociada a actividad sexual.
- Cefalea crónica diaria.

Secundarias (evidencia de alteración estructural, tóxica o metabólica)

- Traumatismo craneoencefálico.
- Trastornos vasculares.
- Enfermedad intracraneal de origen no vascular.
- Infección.
- Ingesta o supresión de sustancias.
- Trastornos metabólicos u homeostasis.
- Alteración de estructuras faciales o craneales.
- Trastorno psiquiátrico.

Diagnóstico

En primer término debemos realizar una historia clínica minuciosa, para posteriormente realizar un reevalua-

ción estructurada y así obtener aquellos datos que no aportó el paciente en su primer relato.

Anamnesis

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

Examen físico

Debemos realizar una evaluación sencilla clínica y neurológica, dirigida a descartar procesos y signos de anormalidad a saber:

- Fondo de ojo para descartar papiledema, atrofia óptica, hemorragia retiniana.
- Signos focales neurológicos (agudos, subagudos o crónicos).
- Rigidez de nuca y/o signos meníngeos.
- Soplo craneal y/o carotídeo.
- Epífora, rinorrea, síndrome de Horner, puntos dolorosos faciales o craneales.
- Articulación temporomandibular.
- Exploración de senos paranasales y oído externo y medio.
- Examen de la columna cervical: dolor, limitación movilidad.

Además debemos evaluar aquellos **signos que nos indiquen gravedad inmediata**, a saber:

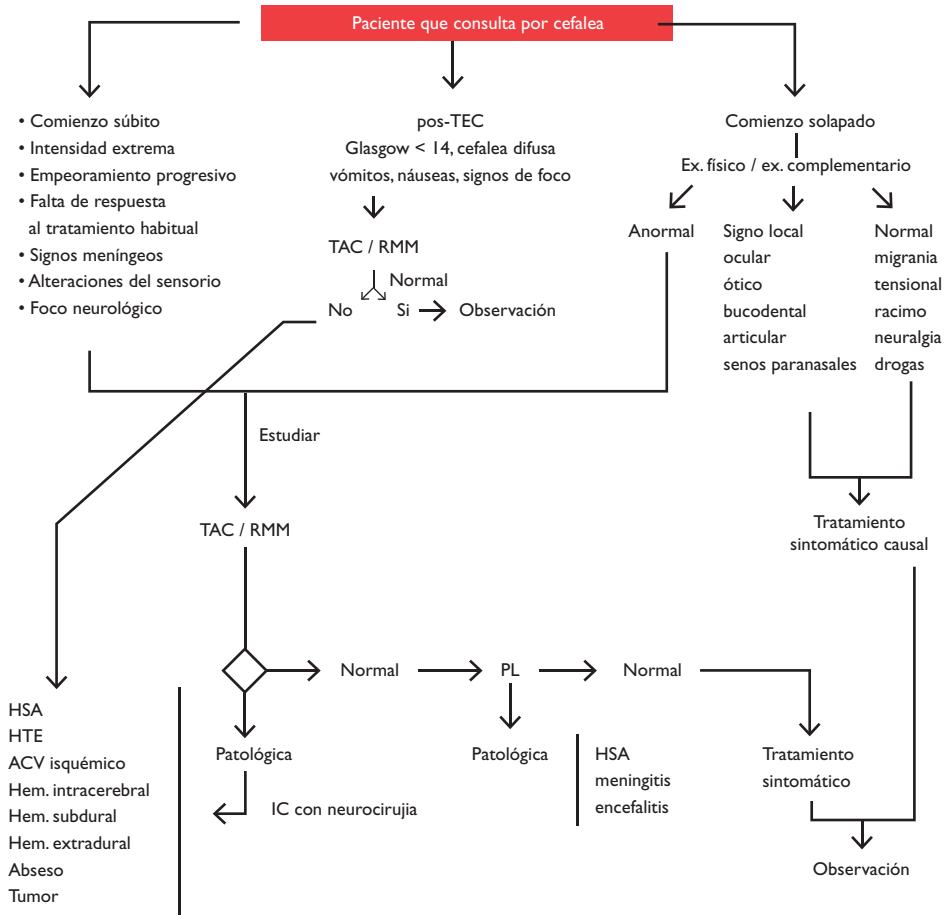
- Cefalea intensa, de comienzo súbito (la peor de la vida).
- Empeoramiento reciente de una cefalea crónica.
- Cefalea de frecuencia y/o intensidad creciente.

Hospital Británico de Buenos Aires. CABA, Argentina

Correspondencia: lcemborain@hbritanico.com.ar

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Figura 1. Valoración y tratamiento iniciales de la cefalea. TEC: traumatismo encéfalo craneano. TAC: tomografía axial computarizada. RMN: resonancia magnética nuclear. HSA: hemorragia subcraneoa. HTE: hipertensión endocraneana.



- 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 refractaria a un tratamiento teóricamente correcto.
- Cefalea en edades extremas de la vida.
- Cefalea de presentación predominantemente nocturna.
- Cefalea en pacientes oncológicos o inmuno comprometidos.

Manejo

Ante la sospecha de una cefalea secundaria grave debemos poner en marcha rápidamente nuestra experiencia y comenzar a tratar el síntoma a la vez que comenzamos a estudiarla correctamente: debemos colocar una vía periférica con extracción de sangre para laboratorio que incluya subunidad b en mujeres de edad fértil y, ante la sospecha de consumo de drogas, solicitar *screening* toxicológico, además de hemograma, función renal, coagulograma, glucemia e ionograma.

Indicamos a su vez AINE ev (ketorolac 30 a 60 mg ev), antiácidos bloqueantes H1 (ranitidina 150 mg) y, ante la presencia de náuseas y/o vómitos, reliverán (metoclopramida) ev. Oxigenoterapia con cánula nasal a 2-3 l/minuto.

A su vez, debemos ingresar al paciente en una unidad de observación para evaluar la evolución sintomática y la terapéutica, además de continuar con los estudios de neuroimagen correspondientes y la futura evaluación neurológica de ser necesaria.

Criterios de ingreso a Unidad de Observación:

- Estatus migrañoso.
- Aura prolongada (más 60 minutos).
- Cefalea crónica diaria refractaria a tratamiento ambulatorio.
- Sospecha cefalea secundaria.

Ante la no mejoría sintomática, debemos solicitar una tomografía de encéfalo simple (salvo sospecha de enfermedad tumoral secundaria y/o Infectología).

Criterios de consulta con el especialista en el Servicio de Emergencias:

- Incertidumbre diagnóstica.
- Cefaleas primarias sin respuesta al tratamiento.
- Cefalea crónica diaria sin o con abuso de medicación.
- Tratamiento complejo por la interferencia de la medicación con otros problemas médicos del paciente.
- Cefalea en racimos.
- Neuralgia del trigémino.
- Hemicránea paroxística crónica.
- Cambios en las características habituales de una cefalea.

Bibliografía

1. Fábrega C, Garrido Robres JA. Cefalea. En: Julián Jiménez A, coordinador: Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias, 2ª ed. Madrid: Nilo Gráficas; 2005:467-476.
2. Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN: Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2006. Sociedad Española de Neurología. Madrid. 2006.
3. Leal Sanz P. Cefalea en Urgencias. En: Cano Vargas-Machuca EF, Garrido Robres JA, MarsalAlonso C, editores. Actualización en Cefalea para Atención Primaria. Madrid: Aula Médica. Ediciones; 2007:301-330.
4. Laínez JM, Pascual J, Velasco F, Zarranz JJ. Cefaleas y algias craneofaciales. En: Zarranz JJ, editor. Neurología. Madrid: Elsevier España, SA; 2008:145-175.