

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN
POR CEFALEA AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA NÚMERO 9 DE CIUDAD GUZMAN JALISCO.

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA Y TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD EN:
URGENCIAS MÉDICAS

PRESENTA:

DOCTOR GABRIEL RENE CARRILLO MORENO

Ciudad Guzmán, Jalisco, Febrero 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES

Director de Tesis

Dra. María Adela Anaya Barrigüete.

Profesor del curso de especialización en medicina de Urgencias para médicos de Base del IMSS. Adscrito al Hospital General de Zona con MF 9. Matricula: 8665877. Teléfono: 341-43-90521. Correo: mariaadela@prodigy.net.mx

TESISTA

Dr. Gabriel René Carrillo Moreno.

Alumno del tercer año del curso de especialización en Medicina de Urgencias para médicos de Base del IMSS. En el Hospital General de Zona con MF 9. Matricula: 99149888 Teléfono: 33-14-05-969. Correo electrónico: doctor_24hrs@hotmail.com

ASESOR METODOLOGICO:

Doctor Rafael Bustos Saldaña

Especialista en Medicina Familiar. Maestro en Ciencias. Correo electrónico: rafaelb@cusur.udg.mx. Teléfono: 5752 222.

ASESOR CLINICO:

Doctora Teresa Gutiérrez Deniz

Coordinador Clínico de Educación en Investigación en Salud en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar 9, matricula: 99144358. Correo electrónico: teresa.gutierrezd@imss.gob.mx Teléfono 4126060 extensión 31315

SEDE DE LA INVESTIGACION:

Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.9 en Ciudad Guzmán.

AGRADECIMIENTOS

Quiero dedicar esta tesis, infinitamente a todas esas personas que me apoyaron con sus palabras, su paciencia y tolerancia. En este duro camino de mi carrera, no hubiera sido posible realizarla sin su apoyo.

A mi esposa, Alma Angelina, que juntos pasamos momentos difíciles, durante el trayecto de mi formación como médico especialista. Te agradezco, por haberme apoyado en todo momento, y haber realizado la labor de padre y madre mientras estuve ausente, espero que el tiempo nos recompense.

A mis hijas Danna Estefania y Renata Anleli, mi principal motivación de seguir adelante, de seguir esforzándome para ser mejor y que yo espero en un futuro puedan sentirse orgullosas de su padre, que tanto las ama, y que a pesar de esos momentos de mi ausencia los hemos sabido superar. Un enorme beso para mis hermosas bebes.

Hoy orgullosamente recuerdo esos momentos de desvelos, cansancio, alegrías, aprendizaje y formación como médico, durante mi rotación por el hospital, y por supuesto agradezco de manera infinita, todas las atenciones que me brindaron mis médicos adscritos, con los que aprendí, todo lo que hoy soy. No tengo las suficientes palabras para agradecerles y decirles todo lo que de ellos aprendí, pero con una oración que les dedique desde donde quiera que me encuentre, espero contribuir para que durante su trayecto de vida Dios me los siga conservando como hasta hoy.

El departamento de Urgencias, represento mi segunda casa, ya que ahí fue donde conocí a mis maestros, y amigos y representaron una gran familia para mí, espero no haberlos defraudado y al contrario me quedo en deuda con todos mis adscritos por su valioso apoyo.

Agradezco también a mi asesora de Tesis Doctora María Adela Anaya Barriguete, por su esfuerzo que puso ante mí, su dedicación y todo su empeño, durante este trayecto de mi especialidad, y forjarme a ser un mejor médico y una mejor persona.

Doctora Teresita Gutiérrez, a quien sin ella no sería posible haber concluido mi

especialidad, ya que también fue parte de mi formación, y le agradezco por haber estado al pendiente de invitarnos al aprendizaje mediante sus sesiones médicas, mismas que aproveche y que espero siga siendo el motor de nuestra enseñanza por mucho tiempo más.

Doctor Rafael Bustos, estoy agradecido con usted de por vida, por toda esa paciencia que nos tuvo, un millón de gracias por su paciencia, sus enseñanzas y por todo su tiempo que nos dedicó sin esperar nada a cambio. Le reitero un millón de gracias por todo y que Dios me lo bendiga por muchos años más.

A todos, a todos mis compañeros de generación, que juntos vivimos momentos emocionantes, y que nos vimos con caras de desvelos en cada guardia, que disfrutamos a cada momento ante el paciente que siempre nos ocupaba, no importando la hora ni el momento, simplemente ahí estábamos unidos haciendo nuestra labor. Gracias por compartir esos bellos momentos en el cuarto de residentes, especialmente a Luisito que me compartió en cada momento sus ronquidos, y el “chas chas de sus sandalias” además de compartir sus bocinas para escuchar un rato de música. A Mario o “Mariecillo como” le digo, lo recordare por su impecable tendido de cama que no dejaba ni una arruga a la hora de levantarse. A mi compañero José, le voy agradecer que nunca me despertó mientras yo dormía en la habitación, aunque duraba sus 40 minutos de baño, mientras yo quería pasar. Alejandra, pues no le puedo comentar mucho porque no dormíamos en la misma habitación, pero le agradezco infinitamente que me apoyara a prender la luz del pasillo cada que lo necesitaba, ya que prácticamente fue la dueña de los apagadores.

Por último, quiero dedicar este esfuerzo, no solo de mi tesis, sino de toda mi carrera y lo que conllevo, a esas personas que siempre estuvieron apoyándome, y que por cuestiones de superación tuve que descuidar por un momento. A mi mama Gloria Carrillo, a mis tíos Rosenda Meza y Víctor Meza quienes a través de su apoyo, yo logre salir adelante una vez más. Ahora que ya culmino esta etapa de mi vida, espero poder convivir con ustedes más tiempo y ser una mejor familia. Gracias también por dedicarles el tiempo a mis hijas mientras permanecí ausente. Que Dios me los ilumine, me los bendiga y me los deje muchos, pero muchos años más.

INDICE

Contenido

RESUMEN ESTRUCTURADO	8
TITULO.....	8
ANTECEDENTES	8
OBJETIVO GENERAL.....	8
MATERIAL Y MÉTODO	8
EXPERIENCIA DEL GRUPO	9
RECURSOS E INFRAESTRUCTURA.....	9
TIEMPO A DESARROLLARSE.....	9
MARCO TEORICO.....	10
DEFINICIÓN.....	10
EPIDEMIOLOGIA.....	10
MECANISMOS DEL DOLOR CRANEAL.....	11
CLASIFICACION	12
CEFALEAS PRIMARIAS.....	12
CEFALEAS SECUNDARIAS	12
CUADRO CLINICO CEFALEAS PRIMARIAS.....	14
CEFALEA TENSIONAL.....	14
MIGRAÑA.....	14
CEFALEA EN RACIMOS.....	15
CUADRO CLINICO DE CEFALEAS SECUNDARIAS.....	15
CEFALEA POSTRAUMÁTICA.....	15
CEFALEA POR TOS.....	16
CEFALEA POR ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES.....	16
CEFALEA POR MASAS INTRACRANEALES	17
CEFALEA POR ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES.....	17
CEFALEA POR OTRAS CAUSAS NEUROLÓGICAS.....	18
DIAGNÓSTICO CLINICO.....	18

CEFALEAS PRIMARIAS.....	18
CEFALEAS SECUNDARIAS	18
CEFALEA POSTRAUMÁTICA	18
CEFALEA POR TOS.....	19
CEFALEA POR MASAS INTRACRANEALES	19
CEFALEA POR OTRAS CAUSAS NEUROLÓGICAS.....	19
JUSTIFICACION	27
MAGNITUD.....	27
TRASCENDENCIA	28
VULNERABILIDAD.....	28
FACTIBILIDAD	29
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	29
OBJETIVOS.....	30
OBJETIVO GENERAL.....	30
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
MATERIAL Y METODOS.....	30
TIPO DE ESTUDIO.....	30
UNIVERSO Y MUESTRA	30
CRITERIOS DE INCLUSION	30
CRITERIOS NO INCLUSION	30
VARIABLES.....	31
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	33
ASPECTOS ETICOS	37
PROCEDIMIENTO	38
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	39
RECURSOS.....	39
MATERIALES	39

HUMANOS	39
FINANCIAMIENTO	39
RESULTADOS	40
CONCLUSIONES	47
CONCLUSIÓN GENERAL.....	47
DISCUSIÓN	47
SUGERENCIAS	49
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	51
ANEXOS	53

RESUMEN ESTRUCTURADO

TITULO

Características clínicas de los pacientes adultos que acuden por cefalea al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar Número 9 de Ciudad Guzmán Jalisco.

ANTECEDENTES

La cefalea es un problema común por lo cual los pacientes acuden a urgencias y representan hasta el 4% de las consultas al año. El médico de urgencias debe de buscar las características clínicas de la cefalea que orienten hacia una etiología secundaria y potencialmente letal por lo que la intervención oportuna a estos pacientes es de vital importancia. Es un síntoma muy frecuente, se estima que en los países occidentales la presenta al menos una vez al año el 50% de la población.

OBJETIVO GENERAL

Identificar las características clínicas de los pacientes adultos que acuden por cefalea al Servicio de urgencias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar Número 9 en Ciudad Guzmán Jalisco.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en donde se incluyeron todos los pacientes adultos, derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudieron al servicio de Urgencias por Cefalea, durante el período del 1 de Julio al 31 de Octubre del 2015. La factibilidad de este estudio fue posible ya que se contó con los recursos tanto materiales como humanos. Dentro de los recursos materiales, se obtuvieron del investigador y del tesista y de la propia Institución y los humanos de los pacientes adultos que acudieron al de Servicio de urgencias del Hospital General de Zona Número 9 de Ciudad Guzmán Jalisco, además se solicitó el consentimiento informado del paciente y/o familiar para incluirlo en el estudio, y se realizó el interrogatorio del cuadro clínico para recopilar las características clínicas que presentan, y posteriormente se vació la información en la hoja de recolección de datos y finalmente se realizó el análisis estadístico mediante frecuencia simple y porcentaje en las variables categóricas y con media y desviación estándar en las

numéricas.

EXPERIENCIA DEL GRUPO

La responsable de la investigación es urgencióloga ha sido asesora en protocolos de investigación. El tesista es estudiante de tercer año del curso de especialización en medicina de urgencias para Médicos de base del IMSS.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA

Hospital General de Zona con Medicina Familiar N° 9 de Ciudad Guzmán Jalisco en el servicio de urgencias mediante la recolección de los datos clínicos a los pacientes que acudieron por cefalea al servicio de Urgencias.

TIEMPO A DESARROLLARSE

Se llevo a cabo la recolección de datos en un período de 4 meses.

MARCO TEORICO

DEFINICIÓN

La cefalea (dolor de cabeza) es una molestia o dolor de intensidad variable localizada en la bóveda craneal, parte alta del cuello y mitad superior de la cara (frente), es un síntoma común a cualquier edad. ⁽¹⁾

EPIDEMIOLOGIA

La cefalea es un síntoma muy frecuente, se estima que en los países occidentales la presenta al menos una vez al año el 50% de la población, aunque solo el 20% ha presentado cefalea intensa en alguna ocasión a lo largo de su vida. ⁽²⁾

La Sociedad Internacional de Cefaleas a partir del año de 1988 realizó una clasificación que ha permitido tener una idea más precisa de la incidencia y prevalencia de los diferentes tipos de cefalea. De acuerdo a esta sociedad, las cefaleas primarias (aquéllas no debidas a causas secundarias como neoplasias, neuroinfecciones, infecciones sistémicas, abuso de medicamentos, etc.) son más frecuentes que las secundarias. ⁽²⁾

De éstas, la cefalea tipo tensional es la más frecuente abarcando 69%, seguidas por la migraña con un 15% y el restante 16% lo tienen las cefaleas hemicraneanas-trigeminales (por ejemplo, cefalea en racimos) y el grupo de cefaleas misceláneas. ⁽²⁾

Según datos conjuntos de estudios epidemiológicos la prevalencia de por vida de la cefalea en brotes es del 0.12%. Tiene tendencia hereditaria en algunas familias y los familiares de primer grado de personas afectadas tienen 14-48 veces mayor riesgo de sufrirla. ⁽³⁾ El índice hombre: mujer varía entre 2.5:1 y 3.5:1. Los pacientes en general comienzan con los episodios en la tercera a quinta década de la vida, aunque pueden aparecer antes. Alrededor del 65% de los pacientes son fumadores, aunque no parece haber un vínculo causal con el tabaquismo, ya que su supresión no altera el curso del trastorno. ⁽³⁾

MECANISMOS DEL DOLOR CRANEAL.

Los estudios de Ray Wolff setenta años atrás demostraron también que operan relativamente pocos mecanismos en la génesis del dolor craneal. De manera más específica, las lesiones intracraneales que ocupan espacio, producen cefalea en una posición que deforma, desplaza y ejerce tracción, sobre los vasos sanguíneos y las estructuras dúrales en la base del cerebro, y esto puede ocurrir mucho antes que se eleve la presión intracraneal. La dilatación de las arterias intracraneales, extracraneales y posiblemente la sensibilización de esos vasos, cualquiera que sea la causa, tiende a producir cefalea. ⁽⁴⁾

En las cefaleas pulsátiles intensas y bilaterales, relacionadas con elevaciones extremas de la presión sanguínea, pueden presentarse un mecanismo similar, como ocurre en el feocromocitoma, en la hipertensión maligna, en la actividad sexual y en los pacientes tratados con inhibidores de la monoaminoxidasa. Las llamadas cefaleas por tos y por ejercicios también pueden provenir de distensión de los vasos intracraneales. En lo que se refiere a enfermedades cerebro vasculares que causan dolor de cabeza, las arterias extracraneales temporales y occipitales cuando las afecta la inflamación de las células gigantes (arteritis craneal o temporal), pueden originar dolor intenso y persistente, que en primer lugar se localiza en el cuero cabelludo y después se vuelve más difuso. ⁽⁴⁾

Como ya se mencionó, la cefalea migrañosa se puede desencadenar por vasodilatación de los vasos largos de la duramadre, que son inervados por el nervio trigémino; este es parte del sistema trigémino-vascular. Los péptidos vasodilatadores (péptido relacionado con el gen de la calcitonina) –PRGG-, la sustancia P y la neuroquinina A, se encuentran en los cuerpos celulares de las neuronas trigeminales. El PRGG está presente en las fibras no mielinizadas (fibras C) del ganglio trigeminal y recibe información primaria aferente de las regiones terminales, es decir, nociceptoras. ⁽⁵⁾

CLASIFICACION

Cefaleas primarias. ⁽⁶⁾

Cefalea tensional.

Migraña.

Cefalea en racimos.

Cefaleas secundarias. ⁽⁶⁾

Cefalea postraumática.

Cefalea por tos.

Cefalea por arteritis de células gigantes (temporal o craneal).

Cefalea por masas intracraneales.

Cefalea por otras causas neurológicas

Abordaje de pacientes con cefalea en el servicio de Urgencias

Antecedentes:

Las características clínicas más importantes son: es la primera cefalea intensa, el peor dolor de cabeza, empeoramiento progresivo en el transcurso de varios días o diferencias significativas con respecto a cefaleas anteriores en términos de duración, intensidad o síntomas asociados. ⁽⁷⁾

Inicio: La cefalea de inicio súbito, en especial si comienza durante un esfuerzo (como tos, defecación, etc.), es un factor pronóstico independiente de patología intracraneal y hasta 25% de estas cefaleas son causadas por hemorragia subaracnoidea ⁽⁷⁾

Localización: la localización de la cefalea no es específica y el diagnóstico no debe basarse en ella. Las migrañas son casi siempre unilaterales y las cefaleas tensionales bilaterales, pero a veces también sucede lo contrario. ⁽⁷⁾

Una localización occipitonucal de la cefalea es un factor pronóstico independiente de la patología intracraneal y es la localización más frecuente de la cefalea por hemorragia subaracnoidea, a pesar de que su valor pronóstico positivo en caso de enfermedad grave es sólo del 16%.⁽⁷⁾

Síntomas asociados: otras características importantes son un antecedente de síncope, alteración del nivel de conciencia, confusión, dolor o rigidez de nuca, alteraciones visuales persistentes, fiebre y convulsiones.⁽⁷⁾

En los antecedentes también se debe incluir la búsqueda de síntomas de enfermedades no neurológicas causantes de cefalea, como cambios visuales y dolor ocular, que indican glaucoma o iritis, claudicación mandibular, que sugiere arteritis de la temporal o congestión y dolor facial que indican sinusitis.⁽⁷⁾

Si se observan cuatro de los cinco criterios definidos por la mnemotecnica "Pounding": Calidad pulsátil, duración de 4 a 72 horas, localización unilateral, náusea o vómito, intensidad incapacitante [del inglés pulsatile quality, duration of 4 to 72 hours, unilateral location, nausea or vomiting, disabling intensity], entonces el cociente de verosimilitudes es de 24 para el diagnóstico de migraña.⁽⁷⁾

Otros antecedentes: los fármacos (nitroglicerina, analgésicos de uso prolongado, inhibidores de la monoaminoxidasa o los anticoagulantes), antecedente lejano de traumatismo o las exposiciones tóxicas (monóxido de carbono) pueden asociarse de manera importante a la cefalea. Se deben de buscar antecedentes de cefalea, presencia de comorbilidades como neoplasias, sida, coagulopatias o hipertensión.⁽⁷⁾

Poblaciones especiales

Mujeres: las migrañas son más frecuentes en mujeres y en ellas influyen factores hormonales. La menarquía, menstruación, uso de anticonceptivos orales, embarazo y menopausia pueden influir en las migrañas. Mayores concentraciones de estrógenos en general se asocian a un mejoramiento de los síntomas.⁽⁷⁾

Embarazadas: se debe de considerar pre eclampsia en embarazadas. El embarazo mejora los síntomas de migraña en 60 a 70% de las pacientes. La trombosis venosa debe considerarse como una causa de cefalea durante el embarazo y el posparto.⁽⁷⁾

Ancianos: el inicio de cefaleas en pacientes mayores de 50 años es preocupante y puede avisar de una causa secundaria, a pesar de que los síndromes de cefalea primaria aún son el diagnóstico más frecuente. ⁽⁷⁾

Pacientes con VIH y otras causas de inmunosupresión: hay que sospechar en lesiones expansivas como la toxoplasmosis y el linfoma del sistema nervioso central en pacientes inmunodeprimidos. La alteración del estado mental, convulsiones nuevas y más de tres días de cefalea son criterios que indican alto riesgo. ⁽⁷⁾

CUADRO CLINICO CEFALIAS PRIMARIAS

Cefalea tensional.

La cefalea tensional se caracteriza por la presencia de dolor bilateral (en la mayor parte de las veces), de tipo opresivo, no pulsátil, que lo distingue de la migraña, además de ser menos frecuente la presencia de síntomas acompañantes característicos de la migraña, no incrementa con la actividad física y es de intensidad leve a moderada. Por lo anterior se podría decir, que los criterios diagnósticos de cefalea tipo tensional indican que el paciente no padece migraña. Puede presentarse de forma episódica (<15 días al mes o <180 días al año) o de forma crónica (>15 días al menos por > 3 meses o >180 días al año), así como asociado o no a dolor de la musculatura pericraneal. ⁽²⁾

Migraña.

La cefalea migrañosa clásica es lateralizada y pulsátil, ocurre en forma episódica después de su inicio en la adolescencia o edad adulta temprana, aunque no todas las cefaleas pulsátiles son de origen migrañoso. En el sentido más amplio la migraña puede ser lateralizada o generalizada, de carácter sordo o pulsátil y a veces se acompaña de anorexia, náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia, y visión borrosa. Por lo general se intensifica en forma gradual y puede durar varias horas o más. Los trastornos visuales son muy frecuentes, consisten, en defectos en el campo visual, alucinaciones visuales, luminosas como estrellas, fulgores o destellos luminosos sin forma (fotopsia), patrones geométricos, luces en zigzag o alguna combinación de defectos en el campo y alucinaciones visuales (escotomas centellantes). Los ataques

pueden iniciarse por estrés emocional o físico, falta o exceso de sueño, omisión de comidas, alimentos específicos (por ejemplo; chocolate), bebidas alcohólicas, menstruación o uso de anticonceptivos orales. ⁽⁸⁾

Una variante poco frecuente es la migraña de la arteria basilar, en la que hay ceguera o trastornos en ambos campos visuales que al principio, se acompañan o van seguidos de disartria, desequilibrio, acufenos, parestesias peribucales y distales que a veces tiene como consecuencia pérdida transitoria o alteración de la conciencia o estado de confusión. A su vez este cuadro precede a la cefalea pulsátil (casi siempre occipital), a menudo con náuseas y vómitos. ⁽⁸⁾

Cefalea en racimos.

La cefalea en racimos causa dolor severo, unilateral, temporal o periorbital, desde 15 a 180 minutos y síntomas acompañantes autonómicos en nariz, ojos y cara. Los dolores de cabeza suelen ser recurrentes a la misma hora cada día, y pueden ser de semanas a meses. Algunos pacientes tienen dolor de cabeza en racimos sin periodos de remisión. La fisiopatología de dolor de cabeza en racimos, no es bien entendida pero pueden estar incluidos factores genéticos. El dolor de cabeza en racimos tiene más prevalencia en hombres y típicamente benignos entre los 20 y 40 años. ⁽⁹⁾

CUADRO CLINICO DE CEFALIAS SECUNDARIAS

Cefalea postraumática.

Después de una lesión craneoencefálica cerrada, pueden aparecer diversos síntomas inespecíficos, sin importar si hubo pérdida de la conciencia. A menudo la cefalea es rasgo sobresaliente. La cefalea misma casi siempre aparece un día después de la lesión, puede agravarse en las semanas siguientes y luego cede en forma gradual. Por lo general es un dolor sordo, constante con pulsaciones superpuestas que pueden ser localizadas, lateralizadas o generalizadas. En ocasiones se acompaña de náuseas, vómitos o fosfenos. También es posible que haya desequilibrio, a veces con un componente rotatorio y a menudo se intensifica con cambios posturales o movimiento de la cabeza. En la población adulta, el 18% a 33% de los que sufren una lesión cerebral traumática (LCT), reportan cefaleas un año después de la lesión, con

mayor frecuencia después de una LCT leve (LCTL), que luego de una LCT moderada/grave. Más de 500.000 niños son evaluados en los hospitales por LCT anualmente en los Estados Unidos. Sin embargo, hay pocos datos sobre la presencia de cefaleas después de una LCT en niños. Estudios recientes han revelado que el 14% de los niños en edad escolar permanecieron "sintomáticos" 3 meses después de una LCTL y que el 2,3% de todos los niños, mantuvieron los síntomas 12 meses después de la LCTL, pero pocos estudios se han centrado en la cefalea. ⁽¹⁰⁾

La mayoría de los estudios sobre cefalea post-traumática en pediatría han sido pequeños, retrospectivos, sin población de control, y/o solo con seguimiento a corto plazo. En los niños, las cefaleas crónicas interfieren con la actividad escolar, la función social, la productividad de los padres, y se asocian con una pobre calidad de vida. La discapacidad debido a cefalea post-traumática es probable que sea de mayor importancia a medida que los niños con LCT, puedan sufrir concomitantemente de déficit cognitivo y otros síntomas neuro-conductuales, relacionados directamente con la injuria cerebral inicial. ⁽¹⁰⁾

Cefalea por tos.

El dolor intenso de la cabeza puede producirse por tos (y por esfuerzo, estornudo y risa), pero por fortuna casi siempre dura solo unos cuantos minutos o menos. En cerca del 10% se observan lesiones intracraneales, por lo general en la fosa posterior. Por lo general el trastorno cede en forma espontánea pero puede persistir varios años. ⁽⁶⁾

Cefalea por arteritis de células gigantes. (Temporal o craneal)

Las características clínicas de arteritis de células gigantes son las siguientes:

1. Se observa una amplia gama de síntomas, pero en la mayoría de pacientes se encuentran relacionados con arterias involucradas. ⁽¹⁰⁾
2. Características frecuentes incluyen, fatiga, dolor de cabeza, claudicación mandibular, disminución de la visión, polimialgia reumática, y síndrome aórtico (disminución o ausencia de pulsos periféricos, discrepancias de la presión sanguínea).

3. Otras formas de presentación de vasculitis, raramente involucran a la piel, riñones, pulmones.
4. El valor de sedimentación eritrocitaria, esta usualmente incrementada pero puede ser infrecuentemente normal. ⁽¹⁰⁾

Cefalea por masas intracraneales

Las masas intracraneales pueden causar cefaleas de todos tipos, por el desplazamiento de estructuras vasculares. Los tumores de las fosa posterior a menudo producen dolor occipital y las lesiones supratentoriales tienden a causar cefalea frontal, pero estos datos varían mucho, por lo que no son de utilidad durante los intentos por localizar el proceso patológico. La cefalea tiene características inespecíficas y la intensidad va de leve a intensa. Es probable que se agrave con esfuerzos y cambios de postura y que se acompañe de náuseas y vómitos, pero esto también se aplica a la migraña ⁽⁶⁾. Los pacientes con glioma maligno pueden presentarse con una variedad de síntomas, incluyendo dolores de cabeza, convulsiones, déficit neurológico focal, confusión, pérdida de la memoria, y cambios en la personalidad. Sin embargo el dolor de cabeza clásico es sugestivo de aumento de la presión intracraneal más severo en la mañana y puede despertar al paciente al estar dormido, los pacientes pueden experimentar dolor de cabeza que son indistinguibles del dolor de cabeza tipo tensional. Cuando son severos los dolores de cabeza pueden asociarse a náuseas y vómitos. ⁽¹¹⁾

Cefalea por arteritis de células gigantes.

Los corticoides son obligados en el tratamiento de las cefaleas por células gigantes por arteritis; ellos reducen las incidencias de las complicaciones tales como, ceguera y síntomas de rápida relevancia, los fármacos antiinflamatorios no esteroideos disminuyen en el dolor de algunos síntomas, pero estos no previenen las complicaciones de la arteritis. Recientes estudios enfatizan la importancia de adoptar precauciones y tratamientos individuales. ⁽¹²⁾

Los pacientes con gliomas malignos pueden presentar una variedad de síntomas, incluyendo dolores de cabeza, convulsiones, déficits neurológicos focales, confusión, pér

dida de memoria y cambios de personalidad. Aunque los dolores de cabeza clásicos que son sugestivos de hipertensión intracraneal son más graves en la mañana y pueden despertar al paciente del sueño, muchos pacientes experimentan cefaleas que no se distinguen de los dolores de cabeza por tensión. Cuando es grave, los dolores de cabeza pueden estar asociados con náuseas y vómitos. ⁽¹³⁾

Cefalea por otras causas neurológicas

La localización de las hemorragias intracraneales es importante para determinar la evolución y el tratamiento potencial. La hemorragia pontina, tiene la mortalidad más elevada, mientras que las hemorragias más accesibles para eliminar por vía quirúrgica son las superficiales. Según la localización, el sangrado de una hemorragia intracraneal podría extenderse hacia el sistema ventricular. Estas hemorragias intraventriculares, están presentes en casi el 40% de los casos con mala evolución. En casi el 8% de los pacientes que sufren una hemorragia intracraneal, se producen convulsiones, principalmente dentro de los tres primeros días (casi el 90%). Aun no se sabe cuál es su efecto sobre la evolución clínica. ⁽¹⁴⁾

DIAGNÓSTICO CLINICO.

Cefaleas primarias.

Las cefaleas primarias, se diagnostican clínicamente y no necesitan de estudios adicionales, por lo que el interrogatorio y exploración física, revelaran datos para su diagnóstico. ⁽⁶⁾

Cefaleas secundarias

Cefalea postraumática

Aunque el monitoreo de la presión intracraneal es ampliamente reconocida como la atención estándar para los pacientes con traumatismo craneo encefálico grave, su uso en la terapia de orientación tiene aceptación incompleta incluso en los países de altos ingresos. Nuestra hipótesis principal era que un protocolo de gestión basado en el uso de la monitorización de presión intracraneal, daría lugar a reducción de la mortalidad y mejorar la recuperación neuropsicológica y funcional a los 6 meses.

También que la incorporación de monitoreo de la presión intracraneal en el manejo de la lesión cerebral traumática severa tendría beneficios para el sistema de atención en salud, incluida la reducción del riesgo de complicaciones y una menor estancia en unidad de cuidados intensivos (UCI). Por lo general, los estudios especiales son inútiles ⁽¹⁵⁾.

Es factible que el electroencefalograma, muestre cambios inespecíficos menores, en tanto el electronistagmograma a veces sugiere alteración vestibular, ya sea central o periférica. La TAC y la RM de la cabeza casi nunca muestran datos anormales. ⁽⁶⁾

Cefalea por tos.

Algunos tumores cerebrales u otras lesiones que ocupan espacio, pueden manifestarse de esta forma. Con base en esto deben obtenerse imágenes por TAC o RM anuales en todos los pacientes durante varios años, ya que es posible que una lesión estructural pequeña pase desapercibida al principio. ⁽⁶⁾

Cefalea por masas intracraneales

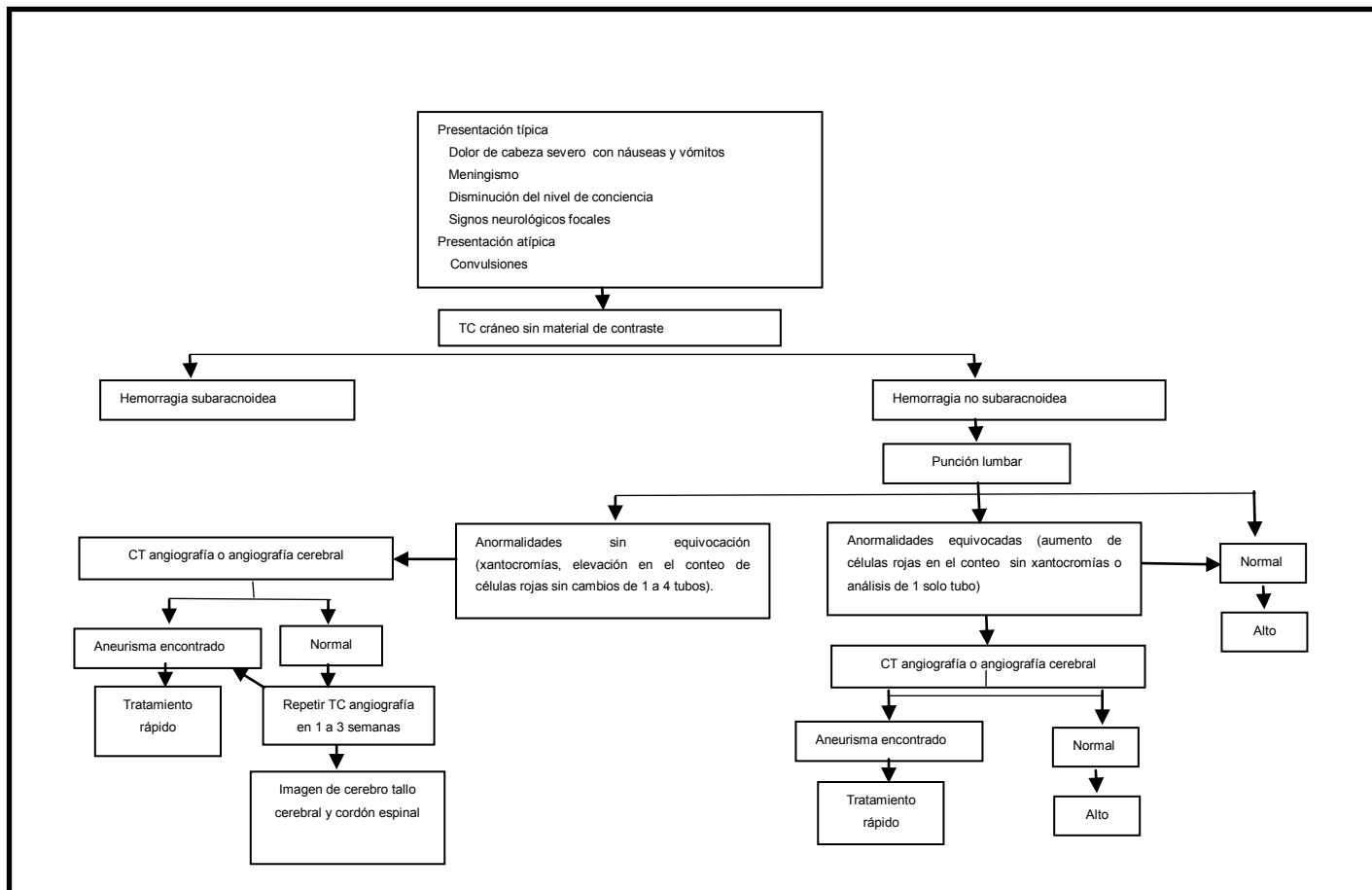
La cefalea también, es una manifestación del pseudotumor cerebral. Los signos de disfunción focal o difusa, o de aumento en la presión intracraneal indican la necesidad de estudio adicional. De igual manera, un trastorno con cefalea progresiva, o el inicio nuevo de cefaleas en la edad madura o avanzada, amerita estudio si no hay una causa aparente ⁽⁶⁾. El diagnóstico de tumores cerebrales es sugestivamente diagnosticada por resonancia magnética (MRI) o tomografía computada. Estas típicas imágenes muestran típicamente masas heterogéneas con edema circundante. Frecuentemente, los glioblastomas tienen áreas centrales de necrosis y edema peritumoral más extensa cuando se asocia a gliomas anaplasticos. La MRI funcional, puede definir la relación de área motora y sensitiva así como planificar la cirugía. Las imágenes potenciadas, y las imágenes por tensión, han mejorado la dinámica de contraste de la MRI, para la medición de la permeabilidad vascular, y la imagen de perfusión para medir el volumen sanguíneo cerebral, como las medidas de monitorización a la respuesta terapéutica. ⁽¹³⁾

Cefalea por otras causas neurológicas

La hemorragia subaracnoidea siempre debe sospecharse en pacientes con una

presentación típica (Figura 1 Algoritmo diagnóstico de hemorragia subaracnoidea.), que incluye un inicio repentino de dolor de cabeza intenso (que se describe con frecuencia como el "peor"), con náuseas, vómitos, dolor de cuello, fotofobia y pérdida del conocimiento. El examen físico puede revelar hemorragias retinianas, meningismo, una disminución del nivel de conciencia y de localización de signos neurológicos. El último hallazgo por lo general incluye la parálisis del tercer nervio (aneurisma comunicante posterior), la parálisis del sexto nervio (aumento de la presión intracraneal), debilidad bilateral de las extremidades inferiores (aneurisma comunicante anterior), y la combinación de hemiparesia y la afasia (aneurisma en la arteria cerebral media ⁽¹⁶⁾)

Figura 1. Algoritmo diagnóstico para hemorragia subaracnoidea.



Cuadro 1. Cefalea en racimos. (17)

Características	Criterios.
Síntomas Asociados	Síntoma ipsilateral en ojos, nariz o cara; inquietud o agitación.
Duración	15 a 180 minutos (sin tratamiento).
Frecuencia	Desde un episodio por día hasta ocho por día.

Localización	Unilateral en área temporal o periorbital.
Calidad del dolor	Severo, “dolor de cabeza suicida”.

Cuadro 2. Anamnesis y búsqueda de factores de riesgo para causa secundaria
(17)

Anamnesis o preguntas clave del paciente con cefalea
<ol style="list-style-type: none"> 1.- Tipo y forma de inicio. 2.- Características. 3.- Actividad al momento de inicio. 4.- Intensidad. 5.- Localización. 6.- Factores que lo alivian y que lo exacerban. 7.- Signos acompañantes y factores de riesgo. 8.- Cefaleas previas.

Cereceres, JI. Apuntes en Medicina de Urgencias: Safe Creative; 2011.

Cuadro 3. Factores de riesgo para etiología secundaria o signos de alarma ⁽¹⁷⁾

Factores de riesgo para etiología secundaria o signos de alarma para cefalea

- 1.- Cefalea progresiva que empeora al paso del tiempo (meses).
- 2.- Peor cefalea de la vida.
- 3.- Cefalea súbita de máxima severidad desde el inicio.
- 4.- Cefalea de primera vez en pacientes mayores de 50 años
- 5.- Cefalea persistente precipitada por maniobras de valsalva como tos, esfuerzo o al ejercicio.
- 6.- Fiebre, hipertensión, mialgias, pérdida de peso.
- 7.- Signos neurológicos (estado mental alterado, meningismo, focalización, etc.)
- 8.- Convulsiones.
- 9.- Signos vitales anormales inexplicables.
- 10.- Cefalea que empeora durante la observación en urgencias.

Cereceres, JI. Apuntes en Medicina de Urgencias: Safe Creative; 2011.(17)

La cefalea es un padecimiento ampliamente generalizado en la población y representa uno de los principales motivos de consulta tanto general como neurológica. La prevalencia de la cefalea es muy alta, se sabe que sólo del dos al cinco por ciento de las personas no ha sufrido cefalea en su vida (Espir, Thomason). Otros estudios reportan que su frecuencia es de 1.3 a 65 por ciento en varones, y de 2.7 a 86 por ciento en mujeres, y que, al parecer, su incidencia aumenta en relación con el nivel de escolaridad en ambos sexos. Como motivo de consulta, la cefalea tiene una incidencia de 16 a 30 por ciento (Sánchez-Migallón); algunos autores han encontrado un mayor porcentaje de cefalea tensional, aunque otros consideran que la migraña es más común. ⁽¹⁸⁾

La meningitis bacteriana aguda es al menos 10 veces más frecuente en los países en desarrollo que en el resto del mundo y es casi siempre mortal sin tratamiento adecuado. La supervivencia depende del diagnóstico precoz y de la inmediata administración de antibióticos, dos aspectos muy limitados en muchas zonas del planeta. La tríada rigidez de la nuca, fiebre y estado mental alterado son frecuentes, aunque uno o dos de estos síntomas pueden estar ausentes. Sin embargo, la ausencia de los 3 descarta la meningitis bacteriana aguda con un 99% de certeza. La rigidez de la nuca es un síntoma muy característico de meningitis bacteriana aguda, pero puede estar ausente en el paciente comatoso y por otro lado puede estar presente en otros cuadros como la hemorragia subaracnoidea, el tétanos y otras infecciones con fiebre alta. ⁽¹⁹⁾

La migraña es una enfermedad cerebral crónica influenciada genéticamente marcada por ataques paroxísticos de moderada a severa intensidad, dolor de cabeza palpitante con síntomas asociados que pueden incluir náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia. En hasta un tercio de los pacientes con migraña, los dolores de cabeza se acompañan de síntomas neurológicos focales (a menudo visual) conocido como aura (Tabla 1 Criterios diagnósticos de migraña). La Organización Mundial de la Salud estima que 324 millones de personas en todo el mundo tienen migrañas ⁽²⁰⁾

Tabla 1 ⁽²⁰⁾ Criterios diagnósticos de la migraña

<p>1. Migraña sin aura</p> <ul style="list-style-type: none">A. Al menos 5 ataques que cumplan B-D.B. El ataque de cefalea dura entre 2 y 48 horas.C. La cefalea cumple al menos dos de los siguientes:<ul style="list-style-type: none">1. Localización unilateral.2. De calidad pulsátil.3. Intensidad de moderada a severa (inhibe o impide la actividad diaria).4. Se agrava subiendo escaleras o con una actividad física rutinaria similar.D. Durante el episodio se da al menos una de las siguientes:<ul style="list-style-type: none">1. Náusea o vómitos.2. Fotofobia o fonofobia. <p>2. Migraña con aura (descrita como un trastorno recurrente idiopático en el que el dolor dura entre 2 y 48 horas)</p> <ul style="list-style-type: none">A. Al menos 2 ataques que cumplan B.B. Al menos 3 de las siguientes:<ul style="list-style-type: none">1. Uno o más síntomas de aura reversibles en su totalidad, indicando una disfunción cortical focal y/o disfunción del tronco cerebral.2. Al menos un aura desarrollado gradualmente durante más de 4 minutos o dos o más síntomas que ocurran sucesivamente.3. Que ningún aura dure más de 60 minutos.4. El dolor sigue al aura con un intervalo libre menor de 60 minutos (puede incluso comenzar antes o simultáneamente al aura).

La historia clínica de los niños migrañosos a menudo se caracteriza por síntomas que pueden preceder o coexistir con dolor de cabeza. Conocido como "equivalentes de migraña", "Síndromes periódicos de la infancia" y, más recientemente, "síndromes episódicos". La Clasificación Internacional de Cefaleas, tercera edición (ICHD-III) describe sólo cuatro equivalentes de migraña. Estos son "síndrome de vómitos cíclicos", "migraña abdominal", "el vértigo paroxístico benigno y" tortícolis paroxística benigna". Todavía no hay acuerdo sobre la prevalencia de los equivalentes de

migraña y síntomas *relacionados migraine equivalents and related symptoms (MERS)* Aunque no es universalmente aceptado, otras entidades clínicas (por ejemplo, el mareo y dolor en las extremidades) son muy comunes entre los niños de dolor de cabeza. En un estudio reciente, se encontró una alta prevalencia (70,3%) de MERS en niños / adolescentes que sufren de dolor de cabeza primario con migraña abdominal (48,9%), dolor en las extremidades (43,9%) y mareo (40,5%) como los más comunes. Por otra parte, la relación entre la frecuencia de los ataques de dolor de cabeza y la presencia de MERS sugirió que estos síntomas no son sólo los precursores de dolor de cabeza, pero que puede ser considerado como parte del síndrome migrañoso en niños. ⁽²¹⁾

La cefalea tensional es una condición con alta prevalencia. Debido a que se han realizado pocos estudios basados en la población, se sabe poco sobre su epidemiología. Para estimar la prevalencia en el periodo de 1 año de cefalea episódica tensional (ETTH) y de cefalea tensional crónica (CTTH) se realizó un estudio basado en la población; para describir las diferencias por sexo, edad, educación y raza; y describir la frecuencia de ataque y la intensidad del dolor de cabeza. ⁽²²⁾

Hubo una fuerte asociación entre la prevalencia y la educación; la prevalencia aumenta con el aumento de los niveles educativos, alcanzando un pico en los sujetos con educación en la escuela de posgrado de 48,5% en hombres y 48,9% en mujeres. La prevalencia alcanzó su punto máximo en el grupo de edad de 30 a 39 años de edad, tanto en hombres (42,3%) como en mujeres (46,9%). Los blancos tenían una mayor prevalencia, que los afroamericanos en los hombres (40,1% frente a 22,8%) y mujeres. Los sujetos con CTTH reportaron más días de trabajo perdidos, (media de 27,4). ⁽²²⁾

La prevalencia de vida de dolor de cabeza es más del 90%. En encuestas poblacionales recientes de adultos en Estados Unidos, casi el 25% anual reportan episodios recurrentes de dolor de cabeza intenso y 4% diario o dolor de cabeza casi diariamente. Productos de venta con receta o de venta libre son utilizado por el 9% de los adultos estadounidenses cada semana para tratar el dolor de cabeza, igualando la

hipertensión como la razón principal para el uso de medicamentos. La mayoría de los pacientes que acuden a los médicos tendrá síndromes de dolor de cabeza primarios como de tipo tensional, y la migraña. ⁽²³⁾

El síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR) se caracteriza por cefaleas intensas con otros síntomas neurológicos agudos o sin ellos y constricción segmentaria difusa de las arterias cerebrales que se resuelve espontáneamente dentro de los tres meses. El cuadro clínico se atribuye a una alteración transitoria de la regulación del tono arterial cerebral. La cefalea en trueno- dolor intenso que alcanza su máximo en segundos- suele ser el primer síntoma y recidiva durante 1-2 semanas. El accidente cerebrovascular (ACV), tanto isquémico como hemorrágico es la principal complicación del síndrome. ⁽²⁵⁾. Si bien el SVCR se describió en personas de 10 a 76 años, es más frecuente alrededor de los 42 años y en mujeres. ⁽²⁴⁾

Las manifestaciones clínicas típicamente siguen un curso agudo y auto limitado sin nuevos síntomas después del primer mes. La cefalea es el síntoma principal y a menudo el único. El comienzo es agudo con cefalea en trueno - dolor de cabeza extremo que llega a su máximo en menos de un minuto, similar al de la ruptura de un aneurisma. Llanto, gritos, agitación, confusión y colapso son frecuentes debido al dolor lancinante. La cefalea típica es bilateral (aunque puede ser unilateral) y al dolor inicial le sigue un dolor difuso. Con frecuencia hay náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia. ⁽²⁴⁾

JUSTIFICACION

Magnitud

La cefalea es una de las causas por la cual los pacientes acuden a urgencias. Un conjunto considerable de investigaciones documenta la gran frecuencia de la migraña y los graves trastornos funcionales que esta genera. Las tasas de migraña y otros subtipos de cefalea son muy semejantes en todo el mundo. Las estimaciones generales de la prevalencia en un año son del 10% para la migraña y el 38% para la cefalea tensional en adultos. La migraña con aura es menos frecuente, con

prevalencia de vida del 2,0-2,3%. Las cefaleas y las migrañas intensas no solo tienen un efecto considerable sobre la persona afectada, sino también un impacto económico importante debido a los gastos médicos y los costos para los empleadores. ⁽²⁵⁾

TRASCENDENCIA

La cefalea crónica diaria no es un diagnóstico, sino una categoría que contiene muchos trastornos que representan cefaleas primarias y secundarias. Las causas secundarias deben descartarse antes de hacerse el diagnóstico de un trastorno de cefalea primaria. Aproximadamente el 3 al 5% de la población en todo el mundo presentan un dolor de cabeza diario o casi diario. La discapacidad asociada a este trastorno es considerable e incluye una disminución en la calidad de vida relacionada con la salud física y mental, así como problemas físicos, sociales y el funcionamiento ocupacional ⁽²⁶⁾.

Las guías de consenso de la Academia de Neurología para el manejo de la migraña crónica recomiendan “protección contra cefalea por abuso de medicación, evitando la escalada de medicamentos y el inicio de la medicación preventiva en pacientes con dolor de cabeza frecuente o en aquellos que abusan de terapias agudas” ⁽²⁷⁾

VULNERABILIDAD

Es primordial un interrogatorio adecuado para el abordaje diagnóstico de los pacientes con cefalea. En el servicio de Urgencias es frecuente recibir pacientes con este síntoma, como médicos debemos realizar una semiología correcta la cual nos orientará sobre la etiología y nos descartará patologías secundarias, lo cual se reflejará en la mejor atención al derechohabiente.

Actualmente, es muy común que la persona con cefalea recurrente o con dolor facial intenso se haga autodiagnóstico (incluso que investigue en Internet) y acuda a diversos especialistas (oftalmólogo, odontólogo, cardiólogo, psiquiatra, anestesiólogo); además, se practica algunos exámenes de laboratorio y de imagen;

se auto medica; solicita nueva graduación de lentes; le extirpan piezas dentarias o hasta llegan a efectuarle una rinoplastia sin que note alguna mejoría del dolor. De ahí la gran importancia de llevar a cabo una valoración clínica muy detallada antes de solicitar exámenes complementarios que se justifiquen en cada caso en particular ⁽²⁷⁾

FACTIBILIDAD

La presente investigación es factible ya que se cuenta con los pacientes atendidos en el servicio de atención médica continua del Hospital General de Zona con Medicina Familiar Numero 9 de Ciudad Guzmán Jalisco.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La cefalea es un síntoma muy frecuente, se estima que en los países occidentales la presenta al menos una vez al año el 50% de la población. En la zona sur de Jalisco no se cuenta con información precisa sobre el índice de pacientes con cefalea, por lo que se requiere realizar un estudio en el Hospital General de Zona Número 9 de Ciudad Guzmán Jalisco, ya que no existen datos que especifiquen el impacto de las cefaleas en los servicios de Atención Medica Continua, así, que la presente investigación, tuvo como fin dar a conocer información precisa sobre las características clínicas de los pacientes que acuden con cefalea al servicio de atención medica continua, y esto dio a conocer el impacto de las cefaleas y sus características clínicas además de los factores precipitantes.

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes adultos que acuden por cefalea al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona con Medicina Familiar número 9 de Ciudad Guzmán Jalisco?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las características clínicas de los pacientes adultos que acuden por cefalea al Servicio de urgencias del Hospital General de Zona Número 9 de Ciudad Guzmán Jalisco.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Identificar características sociales y demográficas de las personas con cefalea.
- 2.- Señalar los síntomas de cefaleas, mediante el tipo de dolor, el tiempo de evolución, la frecuencia, su duración, la localización del dolor y síntomas acompañantes.
- 3.- Determinar, los factores precipitantes que se presenten en los pacientes que acuden por cefalea.
- 4.- Identificar los factores de riesgo para etiología secundaria

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo, observacional, descriptivo, y transversal.

UNIVERSO Y MUESTRA

Todos los pacientes adultos que acudieron al Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar N° 9 al servicio de Urgencias por presentar Cefalea del 1 de Julio al 31 de Octubre del 2015.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes adultos, derechohabientes que acudieron al servicio de urgencias del H.G.Z C/MF 9 de Ciudad Guzmán con cefalea.

CRITERIOS NO INCLUSION

- Pacientes que no aceptaron el consentimiento voluntario

- Pacientes con afectaciones neurológicas o psiquiátricos que no pudieron cooperar.

VARIABLES

1.- Edad; Se determinó la edad, en años transcurridos desde el nacimiento hasta la fecha actual de la entrevista.

2.- Sexo; Se determinó el fenotipo de una persona mediante masculino y femenino.

3.- Ocupación; Indagamos sobre la labor que realizó esa persona, ya que en muchas situaciones, estaría implicado su ocupación, para producir cefalea.

4.-Estudios Terminados; Se determinó si un cierto nivel de preparación de estudios fue detonante para la aparición de cefalea.

5.-Tiempo de evolución del dolor; Se determinó el tiempo de evolución por minutos, horas o días, para determinar la gravedad de la cefalea, ya que al ser agudas con signos neurológicos focales pueden orientar a una expresión de gravedad, y al contrario de un dolor crónico el cual generalmente corresponde a cefaleas funcionales benignas.

6.-Frecuencia; Indagamos sobre el número de ocasiones que presenta cefalea al menos de un mes.

7.- Duración; indagamos sobre la duración en tiempo, de la misma.

8.- Tipo de dolor; Indagamos para conocer si este es de tipo, punzante, sordo u opresivo.

9.- Localización del dolor. Se pregunto, para conocer el punto anatómico del dolor, como pudiera ser, frontal, parietal, temporal u occipital, o que abarque más de una región anatómica.

10.- Irradiación del dolor. Se interrogó si el dolor permaneció en el sitio afectado o irradia hacia otro espacio.

11.- Síntomas acompañantes; comúnmente se observan síntomas acompañantes en la mayoría de las cefaleas, sin ser específicas de alguna, por lo que se integraron los síntomas, como náuseas, vómitos, fotofobia, acúfenos.

12.- Relación con actividad física; en algunas ocasiones, los pacientes podrán manifestar el dolor de cabeza, relacionado a alguna actividad física.

13.- Causa desencadenante; El estado emocional es un factor que puede estar presente en un paciente con cefalea tipo tensional, y esto sirvió para diferenciar de otros tipos de cefalea. La migraña en algunos casos está relacionada con el consumo de alimentos y otros detonantes.

14.- Traumatismos; algunas cefaleas pueden manifestarse posterior a presentar un traumatismo craneoencefálico, y/o de cuello, por lo que se indagó sobre esta información.

Comórbidos; Hipertensión arterial sistémica, Diabetes Mellitus, Coagulopatías.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES

Titulo	Definición	Tipo	Indicador	Estadístico
Edad	Años transcurridos desde el nacimiento, hasta la fecha actual de la entrevista	Cuantitativa	Años	Media y desviación estándar
Sexo	Tipo de género registrado ante el Instituto Mexicano del Seguro Social	Cualitativa	Masculino/Femenino	Frecuencia simple y porcentaje
Ocupación	Acción o función que se desempeña para ganar el sustento	Cualitativa	Oficio, profesión, labor que desempeña	Frecuencia simple y porcentaje
Estudios terminados	Periodo de tiempo que dura la estancia de una persona en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza	Cualitativo	Sin estudios, primaria, secundaria, preparatoria y nivel licenciatura	Frecuencia simple y porcentaje

	adecuada			
Tiempo de evolución del dolor de cabeza	Tiempo transcurrido desde el inicio del dolor, hasta el termino del mismo	Cuantitativa	Horas, minutos	Media y desviación estanda
Frecuencia del dolor de cabeza	Cantidad de veces que se repite el dolor de cabeza	Cuantitativa	De cero al infinito.	Media y Desviación estándar
Duración del dolor de cabeza	Tiempo que permanece el dolor de cabeza	Cuantitativa	Del cero al infinito.	Media y Desviación estándar
Tipo de dolor de cabeza	Variedad, de dolor de cabeza.	Cualitativa	Sordo, punzante, opresivo, lacerante.	Frecuencia simple y porcentaje
Localización del dolor de cabeza	Zona del cráneo donde se percibe el dolor	Cualitativa	Frontal, parietal, temporal, occipital o mixto	Frecuencia simple y porcentaje
Irradiación del dolor de cabeza	Dolor que difunde a otro espacio, respecto a su punto de inicio.	Cualitativa	Frontal, temporal, parietal, occipital u otro sitio alejado de la cabeza.	Frecuencia simple y porcentaje

Síntomas acompañantes del dolor de cabeza.	Otros malestares asociados al dolor de cabeza	Cualitativa	Si/No	Frecuencia simple y porcentaje
Síntomas Agregados	Otros malestares asociados al dolor de cabeza	Cualitativo	Nauseas, vómitos, fotofobia, fonofobia, acufenos., mareos	Frecuencia simple y porcentaje
Relación con actividad física	Cuando el dolor pueda o no, desencadenarse tras una actividad física.	Cualitativo	Esfuerzos, ejercicio, actividad sexual.	Frecuencia simple y porcentaje
Causa desencadenante referida por el paciente	Mecanismo de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o demanda incrementada.	Cualitativo	Emocional, ingesta de alimento, etc.	Frecuencia simple y porcentaje
Traumatismo de cabeza y cuello	Lesión de órganos, o los tejidos que se produce por una acción mecánica externa en cabeza y/o cuello	Cualitativa	Presencia o ausencia de este factor	Frecuencia simple y porcentaje

Enfermedades comórbidas	Presencia de uno o más trastornos (enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Cualitativa	Si/No	Frecuencia simple y porcentaje
Tipo de enfermedad	Enfermedad o trastorno diferente a la enfermedad primaria.	Cualitativa	Hipertensión Arterial Sistémica, Diabetes Mellitus tipo 1 o 2. Coagulopatías	Frecuencia simple y porcentaje

ASPECTOS ETICOS

El protocolo de investigación fue autorizado por el CLIEIS 1304 en Guadalajara, Jalisco.

El presente proyecto está determinado en la Ley General de Salud en México como con riesgo menor al mínimo.

El presente estudio de investigación, trato de mantener los conceptos de privacidad, confidencialidad de los datos, tanto de particular del paciente como en general de la institución.

El presente proyecto tuvo un consentimiento el cual debido a que es un procedimiento de rutina de la institución se conseguirá de manera verbal de los pacientes o familiares del mismo donde se preciso el objetivo del trabajo, la actividad que iba a realizar el individuo estudiado y sus riesgos, y su beneficio y justicia.

El presente estudio estuvo normado bajo los preceptos de la convención de HELSINSKI y sus enmiendas posteriores para estudios descriptivos.

Articulo 100.- (fracción I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII).

ARTÍCULO 15.- Se debe garantizar la compensación y el tratamiento adecuado a los pacientes que han sufrido daños como resultado de su participación en la investigación adecuada.

ARTÍCULO 20.- La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable solo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de la salud de esta población, o comunidad y la investigación no puede realizarse en una población no vulnerable. Además, la población o comunidad deberá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones que resulten de la investigación.

ARTÍCULO 23.- El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y deberá ser debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como

también de las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que estas disminuyan, o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecida en esta declaración.

El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información de control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité. Al final de la investigación, el investigador debe presentar un reporte final al comité con un resumen de los hallazgos y conclusiones.

ARTÍCULO 33.- Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacias de toda la intervención nueva deben ser evaluados mediante comparación con la mejor intervención(es) probada, excepto en las siguientes circunstancias:

- El uso de placebo, o ninguna intervención, es aceptable en estudios para los que no hay una intervención probada existente.
- Cuando por razones metodológicas científicas y apremiantes, el uso de cualquier intervención menos efectiva que la ya probada, un placebo o ningún tratamiento son necesarios para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención.
- Que no implique un riesgo adicional, efectos adversos graves o daño irreversible como resultado de no haber recibido la mejor intervención probada, para los pacientes que reciben cualquier intervención menos efectiva que la ya probada, el placebo o ningún tratamiento.

PROCEDIMIENTO

1. Previa autorización del CLIES 1304 se procedió a:
2. Localización de pacientes: Pacientes que acudieron al Servicio de Atención Medica Continua del Hospital General de Zona Número 9 de Cd Guzmán Jalisco, en el periodo del 1º de Julio al 31 de Octubre del 2015.
3. Localización de datos del paciente: En primer lugar, el paciente firmo el consentimiento informado (anexo 1) y posteriormente, se le realizo el

interrogatorio para recabar los datos (anexo 2), como son, tiempo de evolución del dolor, frecuencia y duración, tratamientos previos, tipo de dolor, localización del dolor y síntomas acompañantes.

4. Extracción de variables del estudio
5. Vaciamiento de datos en hoja electrónica (Excel).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de las variables cualitativas, se realizaron con frecuencia simple y porcentaje y para las variables cuantitativas se utilizaron la media y desviación estándar.

RECURSOS

Materiales

Lápices, hojas, fotocopias, impresora, computadora, baumanómetro, reloj de pulso, termómetro.

Humanos

Investigador Dra. María Adela Anaya Barriguete, Matricula 8665877, Médico Adscrito al Hospital General de Zona con Medicina Familiar Número 9, del Servicio de Urgencias.

Tesista; Gabriel René Carrillo Moreno, Matricula 99149888. Alumno de tercer año del curso de especialización en medicina de urgencias para médicos de base del IMSS.

FINANCIAMIENTO

Los recursos fueron administrados por el tesista, Gabriel René Carrillo Moreno, estudiante del tercer año de Urgencias Médicas, del Hospital General de Zona con Medicina Familiar N°9 de Ciudad Guzmán Jalisco y por la propia Institución.

RESULTADOS

A continuación mencionamos los resultados obtenidos en el presente estudio representados en tablas

EDADES DE LOS ESTUDIADOS

El promedio de edad fue de 51.160. La edad mínima fue de 17 años y la máxima de 91 años y una desviación estándar de 20.475.

La tabla #1 muestra la frecuencia de edad entre las personas entrevistadas

TABLA #1.- Grupos de edades.

GRUPO DE EDAD ES	NUMERO DE PERSONAS	%
17 a 27	11	14,7%
18 a 38	16	21,3%
39 a 49	9	12,0%
50 a 60	14	18,7%
61 a 71	10	13,3%
72 a 82	8	10,7%
83 a 93	7	9,3%

DISTRIBUCION POR GÉNERO.

La tabla #2 nos muestra la distribución por género.

TABLA #2 DISTRIBUCION POR GENERO

SEXO	NUMERO DE PERSONAS	%
FEMENINO	50	66,7%
MASCULINO	25	33,3%

OCUPACION

La tabla #3 nos muestra la ocupación de las personas entrevistadas.

TABLA#3 OCUPACION.

OCUPACION	NUMERO DE PERSONAS	%
Comerciante	1	1,3%
Empleado	22	29,3%
Estudiante	7	9,3%
Hogar	28	37,3%
Pensionado	14	18,7%
Sin oficio	3	4,0%

NIVEL DE ESCOLARIDAD.

La tabla #4 muestra el nivel de escolaridad en la población entrevistada.

TABLA#4 NIVEL DE ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD	NUMERO DE PERSONAS	%
Licenciatura	6	8,0%
Preparatoria	14	18,7%
Primaria	33	44,0%
Secundaria	15	20,0%
Sin estudios	7	9,3%
TOTAL	75	100,0%

TIEMPO DE EVOLUCION.

La tabla #5 muestra el tiempo de evolución del dolor de cabeza desde el inicio hasta el término del mismo.

TABLA #5 TIEMPO DE EVOLUCION

TIEMPO	NUMERO DE PERSONAS	%
1	5	6,7%
2	15	20,0%
3	6	8,0%
4	2	2,7%
6	1	1,3%
8	2	2,7%
12	1	1,3%
24	4	5,3%
48	8	10,7%
72	15	20,0%
96	7	9,3%
120	3	4,0%
168	2	2,7%
312	1	1,3%
360	1	1,3%
960	1	1,3%
2160	1	1,3%
TOTAL	75	100,0%

CANTIDAD DE VECES QUE SE REPITE EL DOLOR DE CABEZA.

La tabla #6 muestra la cantidad de veces que se repite el dolor de cabeza.

TABLA #6 CANTIDAD DE VECES QUE SE REPITE EL DOLOR DE CABEZA.

FRECUENCIA	NUMERO DE PERSONAS	%
0	1	1,3%
1	27	36,0%
2	19	25,3%
3	15	20,0%
4	7	9,3%
5	2	2,7%
6	1	1,3%
7	2	2,7%
10	1	1,3%
TOTAL	75	100,0%

TIEMPO QUE PERMANECE EL DOLOR DE CABEZA.

La tabla # 7 muestra el tiempo que permanece el dolor de cabeza en horas.

TABLA #7 TIEMPO QUE PERMANECE EL DOLOR DE CABEZA

DURACION	NUMERO DE PERSONAS	%
1	15	20,0%
2	36	48,0%
3	16	21,3%
4	4	5,3%
5	1	1,3%
6	1	1,3%
8	1	1,3%
10	1	1,3%
TOTAL	75	100,0%

VARIEDAD DE DOLOR DE CABEZA

La tabla #8 muestra la variedad del dolor de cabeza.

TABLA #8 VARIEDAD DEL DOLOR DE CABEZA

TIPO	NUMERO DE PERSONAS	%
Opresivo	30	40,0%
Punzante	38	50,7%
Punzante y opresivo	2	2,7%
Sordo	5	6,7%
TOTAL	75	100,0%

LOCALIZACION DEL DOLOR DE CABEZA

La tabla #9 muestra la zona del cráneo en donde se percibe el dolor de cabeza.

TABLA #9 LOCALIZACION DEL DOLOR DE CABEZA

LOCALIZACION	NUMERO DE PERSONAS	%
Frontal	33	44,0%
Frontal y occipital	1	1,3%
Frontal y parietal	5	6,7%
Mixto	24	32,0%
Occipital	3	4,0%
Parietal	3	4,0%
Parietal y temporal	1	1,3%
Temporal	5	6,7%
TOTAL	75	100,0%

IRRADIACION DEL DOLOR

La tabla #10 muestra si el dolor de cabeza difunde a otro espacio respecto de su inicio.

TABLA #10 IRRADIACION DEL DOLOR

SE IRRADIA	NUMERO DE PERSONAS	%
No	46	61,3%
Si	29	38,7%
TOTAL	75	100,0%

IRRADIACION DEL DOLOR DE CABEZA.

La tabla #10.1 muestra el o los puntos hacia donde se irradia el dolor de cabeza.

TABLA 10.1 IRRADIACION DEL DOLOR DE CABEZA

IRRADIACION	NUMERO DE PERSONAS	%
--------------------	---------------------------	----------

Frontal	3	4,0%
Frontal y occipital	1	1,3%
No aplica	46	61,3%
Occipital	3	4,0%
Otro	3	4,0%
Parietal	7	9,3%
Temporal	7	9,3%
Temporal y otro	1	1,3%
Temporal y parietal	4	5,3%
TOTAL	75	100,0%

SINTOMAS AGREGADOS

La tabla #11 muestra si existen o no, otros malestares asociados al dolor de cabeza.

TABLA #11 SINTOMAS AGREGADOS

SAGREGADOS	NUMERO DE PERSONAS	%
NO	16	21,3%
SI	59	78,7%
TOTAL	75	100,0%

SINTOMAS ASOCIADOS AL DOLOR DE CABEZA

La tabla #11.1 muestra los síntomas asociados al dolor de cabeza.

TABLA#11.1 SINTOMAS ASOCIADOS AL DOLOR DE CABEZA

SINTOMAS	NUMERO DE PERSONAS	%
NAUSEAS	44	26,2%
VOMITOS	19	11,3%
FOTOFOBIA	32	19,0%
FONOFOBIA	27	16,1%
ACUFENOS	18	10,7%
MAREOS	28	16,7%
TOTAL	168	100,0%

DESENCADENANTES ANTE ACTIVIDAD FISICA

La tabla #12 muestra si el dolor de cabeza se desencadena tras, alguna actividad física.

TABLA #12 DESENCADENANTES ANTE ACTIVIDAD FISICA

RELACION	NUMERO DE PERSONAS	%
No	71	94,7%
Si	4	5,3%
TOTAL	75	100,0%

DESENCADENANTES DEL DOLOR DE CABEZA

La tabla #12.1 muestra la causa desencadenante.

TABLA # DESENCADENANTES DEL DOLOR DE CABEZA

ACTIVIDAD FISICA	NUMERO DE PERSONAS	%
Ejercicio	4	5,3%
No aplica	71	94,7%
TOTAL	75	100,0%

DESENCADENANTE ANTE INGESTA DE ALIMENTOS O ESTADO EMOCIONAL

La tabla #13 muestra si existe o no, una causa desencadenante de dolor de cabeza ante la ingesta de alimentos o estado emocional.

TABLA # 13 DESENCADENANTE ANTE INGESTA DE ALIMENTOS O ESTADO EMOCIONAL

CAUSA	NUMERO DE PERSONAS	%
Emocional	12	16,0%
Ingesta de alimento	6	8,0%
No aplica	57	76,0%
TOTAL	75	100,0%

LESION TRAUMATICA

La tabla #14 muestra si existe una lesión externa de cabeza y/o cuello.

TABLA #14 LESION TRAUMATICA

TRAUMA	NUMERO DE PERSONAS	%
No	72	96,0%
Si	3	4,0%
TOTAL	75	100,0%

COMORBIDOS

La tabla #15 muestra si existe o no, la presencia de comórbidos.

TABLA #15 COMORBIDOS

COMORBIDOS	NUMERO DE PERSONAS	%
No	34	45,3%
Si	41	54,7%
TOTAL	75	100,0%

TIPO DE ENFERMEDAD

La tabla #15.1 muestra el tipo de enfermedad presente.

TABLA #15.1 TIPO DE ENFERMEDAD

TIPO DE ENFERMEDAD	NUMERO DE PERSONAS	%
Diabetes Mellitus	11	26,8%
Hipertensión arterial	13	31,7%
Hipertensión arterial y Diabetes Mellitus.	17	41,5%
TOTAL	41	100,0%

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente estudio, se mostro que el dolor de cabeza tuvo mayor predominancia en adultos jóvenes, misma que se encontró con tendencia al dolor de tipo tensional en el sexo femenino del total de los participantes.

Se encontró que el dolor de cabeza tiene mayor incidencia en personas dedicadas al hogar y empleados con un tiempo de evolución en promedio de 2.3 días , en un periodo de 30 días.

Así mismo, el tipo de dolor que predominó fue tipo punzante y opresivo más localizado en zona frontal, y mixto. En estos pacientes se presentaron síntomas agregados al dolor de cabeza de los cuales se apreció una inclinación hacia náuseas, y fotofobia, y cabe mencionar que dentro del estudio algunos pacientes presentaron comórbidos, como Diabetes Mellitus e Hipertensión arterial sistémica.

CONCLUSIÓN GENERAL

En el presente estudio se encontró que la cefalea sigue teniendo una gran concurrencia en el servicio médico de urgencias, siendo mayor la cefaleas de origen primario, por lo que falta continuar con protocolos de investigación para que se dé continuidad y disminuir la incidencia de cefaleas en servicios de urgencias, así como su mejor atención y buscando detonantes potenciales que de ella puedan desprender.

DISCUSIÓN

Estudios reportan que la cefalea en general tiene una frecuencia de 1.3 a 65 por ciento en varones, y de 2.7 a 86 por ciento en mujeres, y que, al parecer, su incidencia aumenta en relación con el nivel de escolaridad en ambos sexos. Como motivo de consulta, la cefalea tiene una incidencia de 16 a 30 por ciento (Sánchez-Migallón); algunos autores han encontrado un mayor porcentaje de cefalea tensional, aunque otros consideran que la migraña es más común. ⁽¹⁸⁾ En nuestro estudio

realizado se encontró una incidencia de cefalea del 66.7% para las mujeres y 33.3% para los hombres como consulta.

Se menciona en un estudio que la cefalea tensional se caracteriza por la presencia de dolor bilateral (en la mayor parte de las veces), de tipo opresivo, no pulsátil, que lo distingue de la migraña, además no incrementa con la actividad física y es de intensidad leve a moderada, según estudios puede presentarse de forma episódica (<15 días al mes o <180 días al año) o de forma crónica (>15 días al menos por > 3 meses o >180 días al año), así como asociado o no a dolor de la musculatura pericraneal. (2) de acuerdo a nuestro estudio realizado se encontró que el 50.7 % de los pacientes tiene dolor tipo punzante y un 40 % de tipo opresivo, con localización de tipo mixto en el 83.8%, mismo que se presentó con una frecuencia del dolor en promedio de 2.37% en 30 días.

La cefalea migrañosa clásica es lateralizada y pulsátil, ocurre en forma episódica después de su inicio en la adolescencia o edad adulta temprana, aunque no todas las cefaleas pulsátiles son de origen migrañoso. En el sentido más amplio la migraña puede ser lateralizada o generalizada, de carácter sordo o pulsátil y a veces se acompaña de anorexia, náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia, y visión borrosa. Por lo general se intensifica en forma gradual y puede durar varias horas o más. Los ataques pueden iniciarse por estrés emocional o físico, falta o exceso de sueño, omisión de comidas, alimentos específicos (por ejemplo; chocolate), bebidas alcohólicas, menstruación o uso de anticonceptivos orales. (8) mientras que en el presente estudio el 26% de las cefaleas se acompañan de náusea 26.2%, fotofobia 19%, mareos 16.7%, fonofobia 16.1%, vómitos 11.3 % y solo el 10.7 % con acúfenos y en cuanto al desencadenante se presentó que el estado emocional represento un 16% y por ingesta de alimento un 8%.

Aunque no se cuenta con estudios que hablen sobre si las cefaleas están asociados a comórbidos como las enfermedades crónico degenerativas, en nuestro estudio se encontró que es más común asociarlos a hipertensión arterial con un 31.7%.

SUGERENCIAS

Como resultado de este trabajo de investigación me permito proponer como sugerencia, que se debe realizar una intervención educativa acerca de la información de los dolores de cabeza, con fin de que los pacientes identifiquen con más certeza los que de alguna manera pueden exponer la vida de un paciente, de otros que pueden ser auto limitados.

El dolor de cabeza más común es el dolor tipo tensional, y en muchas ocasiones exacerbado por estrés laboral, emocional, situaciones económicas, etc. En general la población debería identificar sus problemas, para yugular de fondo dicha situación. Por lo anterior es importante, llevar una vida plena, dormir las horas necesarias, comer sanamente, y buscar ayuda médica ante la primera molestia para que sea el médico quien revise, diagnostique y oriente a la población.

La automedicación de analgésicos convencionales, y la polifarmacia en general, es un problema común, del cual se desprenden los dolores de cabeza, y que muchas veces es subestimada, tanto de la población como del personal sanitario, por lo que se debería de concientizar acerca de este problema tan común, y sensibilizar de manera correcta el uso de ellos. Los medicamentos deben ser prescritos por el personal médico, ya que una historia clínica detallada, y una buena exploración física y complementaria, permitirá conocer mejor el tipo de cefalea buscando intencionadamente situaciones de gravedad, y por lo tanto el mejor manejo terapéutico ante cada situación en especial.

Tener los recursos necesarios en una institución siempre será de vital importancia, ya que permitirá diagnosticar a los pacientes, clasificarlos, y por lo tanto dar el manejo más apropiado para cada uno de los individuos. Además implica que el personal de la salud, este en constante desarrollo y adquiera habilidades clínicas, mismas que en este contexto, permitan la experiencia y por lo tanto el mejor desarrollo laboral.

De acuerdo a la literatura revisada y a los resultados obtenidos del presente estudio, consideramos que el dolor de cabeza de tipo tensional sigue siendo el más frecuentemente encontrado, por lo que sugerimos abordar, tanto a la población en general, como al personal sanitario, conocer más acerca de su fisiopatología, el

abordaje clínico, sus implicaciones y la manera más adecuada en el manejo de esta patología, y seguir con las expectativas para futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rubinstein A, Terrasa S. Medicina Familiar y Practica Ambulatoria 2da ed. Buenos Aires Argentina Estañol: Panamericana; 2006: p.1319-1328.
2. Senties MH, VB. Cefalea tipo tensional. Rev. Eviden Invest Clin. 2008;1(1):15-24.
3. Nesbitt A. D, Goasby P.J. Cefalea en Brotes [en línea]. Intramed, 2012.
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=75703>. [Consulta 1 Sep 2014].
4. Allan H, Martin A. Cefalea. Mecanismos de dolor craneal. 6ta ed. United States America: McGraw Hill; 2009: p.164-80.
5. Rodriguez V, Vargas C, Martínez C, Zermeño F. Cefalea . Dolor Clínica y Terapia 2009;6(2):4-24.
6. Stephen J, Maxine A, Lawrence M. Cefalea. 46 ed. San Francisco, California: McGraw Hill; 2006: p.998-1002.
7. Tintinalli JE, Stapczynski S, David M, Cline O. Medicina de Urgencias 7a ed. Editor: McGraw Hill; 2013
8. Deza BL. La Migraña. Acta Med Per. 2010;27(2): 129 - 136.
9. Weaver A, Cluster Headache. American Family Physician. 2013, 88(2):122-128.
10. Corey W, Waldwan, Stewen D. Management of acute and Chronic Headache Pain Giant Cell Arteritis. Med Clin North Am. 2013;(2):329-35
11. Heidi K, Vavilala S, Kenneth M, Thomas K, Jin Wang, Temkin N, et al. Cefalea por Lesión Pediátrica.[en línea].2012 [Consulta 2 sep2014]; Disponible en:
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=7449> .
12. Waldwan CW, Waldman SD, Waldman RA. Giant Cell Arteritis. Medical Clinics of North American. 2013;97(2):329-335.
13. Patrick YW. Santosh K. Malignant Gliomas in Adults. The N Engl J Med. 2008;359:492-507.
14. Keep R, Guohua X. Hemorragia Intracerebral. [Intramed]. 2012 [Consulta 1 sep2014]; Disponible en:
<http://www.intramed.net/m/contenidover.asp?contenidoID=76957>
15. Chesnut RM, Temkin N, Carney N, Dikmen S, Rondina C, Videtta W, et al. A Trial of Intracranial-Pressure Monitoring **Traumatic** Brain Injury. The N **Engl J Med**. 2012;367(26): 2471-81

16. Jose I, Suarez MD, Robert W, Warren R. Aneurismal subarachnoid Hemorrhage
The N Engl J Med. 2006;354:387-96.
17. Cereceres, JI. Apuntes en Medicina de Urgencias: Mexico: Safe Creative; 2011:
p.232-33.
18. Kassian A, Gordillo A. Principales aspectos de la cefalea tensional. [en línea].
Intramed. 2003 [consulta 12jun2015]; Disponible en:
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=32165&pagina=1>
19. Scarborough M, Thwaites G. Diagnostico y tratamiento de la meningitis bacteriana
aguda. [en línea]. Intramed. 2008 [consulta 12jun2015]; Disponible en:
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=58122>
20. Elizabeth L. Triptan Therapy in Migraine. The N Engl J Med. 2010;363:63-70
21. Samuela T, Cristiana D, Dionisi C, Valentina G, Capuano A, Vigevano F. et al.
Migraine equivalents and related symptoms, psychological profile and headache
features. [en línea]. J Headache Pain. 2015 [consulta 12jun2015]; Disponible en:
<http://www.thejournalofheadacheandpain.com/content/16/1/54>
22. Brian S, Schwartz, Walter F, David S, Richard B. Epidemiology of Tensión Type
Headache. JAMA 1998;279(5):381-83
23. Robert K. Headache Assessment and Management. JAMA 2003; 289(11):1430-
33
24. Ducros A. Síndrome de vasconstricción cerebral reversible. [Intramed] 2012
[consulta 16jun2015]; Disponible en:
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=78009>
25. Merikangas K, Cui L, Kalaydjian A. Magnitud e impacto de los distintos subtipos de
cefalea. 2011 [consulta 16jun2015]; Disponible en:
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=72612>
26. David W. Dodick MD. Chronic Daily Headache. The N Engl J Med. 2006;354:158-
65.
27. Martinez C. Cefaleas. [Intramed]. 2009 [consulta 12jun2015]; Disponible en:
<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=61363>

ANEXO 1



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: CARACTERISTICAS CLINICAS DE
LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN POR CEFALEA AL
SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
NÚMERO 9 DE CIUDAD GUZMAN JALISCO.

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Presentar información certera sobre las características clínicas de los pacientes adultos e Identificar las características clínicas de los pacientes adultos que acuden por cefalea al Servicio de urgencias del Hospital General de Zona Número 9 de Ciudad Guzmán Jalisco.

Procedimientos:

Previa autorización del CLIES se procederá a:

Localización de pacientes: Pacientes que acudirán al Servicio de Atención Medica Continua del Hospital General de Zona Número 9 de Cd Guzmán Jalisco, en el periodo del 1º de Julio al 31 de Octubre del 2015.

Localización de datos del paciente: En primer lugar, el paciente firmara el consentimiento informado (anexo 1) y posteriormente, se le realizara el interrogatorio para recabar los datos (anexo 2), como son, tiempo de evolución del dolor, frecuencia y duración, tratamientos previos, tipo de dolor, localización del dolor y síntomas acompañantes.

1. Extracción de variables del estudio
2. Vaciamiento de datos en hoja electrónica (Excel).

Posibles riesgos y molestias: Riesgo mínimo: ya que se evaluara a los pacientes mediante un cuestionario, y exploración física, además de la toma de signos vitales en los cuales podría surgir un efecto indeseado al momento de realizarse, por lo que en caso de este, procederemos al manejo dentro de la unidad hospitalaria de acuerdo al estado clínico del paciente.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Conocimiento sobre su situación clínica

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: No aplica

Participación o retiro: Voluntario en cualquier momento

Privacidad y confidencialidad: Se mantendrán los principios de privacidad y confidencialidad

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.
Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: No aplica

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Gabriel René Carrillo Moreno. Tel 01-33(36-07-12-09) y/o doctor_24hrs@hotmail.com

Colaboradores: Dra. María Adela Anaya Barriguete. Tel. 3414390521 y/o mariaadela@prodigy.net.mx

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

Hoja de recolección de los datos		
VARIABLE	INDICADOR	
Edad	Años	
Sexo	Masculino	
	Femenino	
Ocupación		
Estudios Terminados	Analfabeta	
	Primaria	
	Secundaria	
	Preparatoria	
	Licenciatura	
Tiempo de Evolución	Días	
	Horas	
Frecuencia	En 30 días	
Duración	Horas	
Tipo de dolor de cabeza	Punzante	
	Opresivo	
	Otro	
Localización del dolor de cabeza	Frontal	
	Parietal	
	Temporal	
	Occipital	
	Mixto	
Se irradia el dolor de cabeza	Si	
	No	
Irradiación del dolor de cabeza	Frontal	
	Parietal	

	Temporal	
	Occipital	
	Otro sitio	
Síntomas acompañantes del dolor de cabeza	Si	
	No	
Síntomas	Nauseas	
	Vómitos	
	Fotofobia	
	Fonofobia	
	Acufenos	
	Mareos	
Se relaciona con alguna actividad física	Si	
	No	
Actividad	Ejercicio	
	Esfuerzos	
	Sexual	
Causa desencadenante referida por el paciente.	Si	
	No	
Causa.	Alimento	
	Emocionales	
	Otros	
Traumatismo de cabeza y cuello	Si	
	No	
Enfermedades comórbidas	Si	
	No	
Enfermedad	Diabetes Mellitus Tipo 1 o 2	
	Hipertensión Arterial Sistémica Coagulopatias	

ANEXO 3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	MARZO A JUNIO 2015	JULIO A OCTUBRE 2015	NOVIEMBRE DEL 2015	DICIEMBRE DEL 2015
Envío del protocolo para su autorización por el CLIES	X			
Ejecución		X		
Análisis			X	
Interpretación			X	
Difusión				X

ANEXO 4

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1304
H GRAL ZONA NUM 89, JALISCO

FECHA 20/07/2015

DRA. MARIA ADELA ANAYA BARRIGUETE

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Características clínicas de los pacientes adultos que acuden por cefalea al servicio de Urgencias del Hospital General de Zona Número 9 de Ciudad Guzmán Jalisco

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-1304-12

ATENTAMENTE


DR.(A). MARÍA GUADALUPE BRAVO VIGIL

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1304

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

ANEXO 5

Ciudad Guzmán Jalisco a Marzo 2016

Asunto: Carta de terminación de la tesis

Dra. Teresa Gutiérrez Deniz:

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ c/MF 9

Presente:

Por medio de la presente informo a usted de la terminación del proyecto de tesis titulado:
CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES ADULTOS QUE ACUDEN
POR CEFALEA AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE
ZONA NÚMERO 9 DE CIUDAD GUZMAN JALISCO.

Con número de Registro:


R-2015-1304-12



Dr. Gabriel René Carrillo Moreno

Alumno del tercer año del curso de especialización en Medicina de Urgencias para
médicos de Base del IMSS.

Atentamente:



Dra. María Adela Anaya Barriguete
Director de Tesis

IDENTIFICACION DE LOS INVESTIGADORES

Director de Tesis

Dra. María Anela Anaya Barriguete.

Profesor del curso de especialización en medicina de Urgencias para médicos de Base del IMSS. Adscrito al Hospital General de Zona con MF 9. Matricula: 8665877. Teléfono: 341-43-90521. Correo: mariaadela@prodigy.net.mx

TESISTA

Dr. Gabriel René Carrillo Moreno.

Alumno del tercer año del curso de especialización en Medicina de Urgencias para médicos de Base del IMSS. En el Hospital General de Zona con MF 9. Matricula: 99149888 Teléfono: 33-14-05-969. Correo electrónico: doctor_24hrs@hotmail.com

ASESOR METODOLOGICO:

Doctor Rafael Bustos Saldaña

Especialista en Medicina Familiar Maestro en Ciencias. Correo electrónico: rafaelb@cusur.udg.mx. Teléfono: 5752 222.

ASESOR CLINICO:

Teresa Gutiérrez Deniz
Doctora Teresa Gutiérrez Deniz

Coordinador Clínico de Educación en Investigación en Salud en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar 9, matricula: 99144358. Correo electrónico: teresa.gutierrezd@imss.gob.mx Teléfono 4126060 extensión 31315

SEDE DE LA INVESTIGACION:

Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.9 en Ciudad Guzmán.