



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE URGENCIAS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE URGENCIAS

PRESENTA:

DR. SERGIO MAYER MIRANDA MALCA

FEBRERO 2020, SAN NICOLÁS DE LOS GARZA, NUEVO LEÓN, MÉXICO



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE URGENCIAS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE URGENCIAS

**“CEFALEA PRIMARIA, CLASIFICACIÓN Y ABORDAJE INICIAL EN UN
SERVICIO DE URGENCIAS.”**

PRESENTA:

DR. SERGIO MAYER MIRANDA MALCA

ASESORES DE TESIS:

DRA. MA. DEL CARMEN PÉREZ BOCANEGRA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 6

DRA. INDIRA ESCOBEDO LÓPEZ
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 6

FEBRERO 2020, SAN NICOLÁS DE LOS GARZA, NUEVO LEÓN, MÉXICO

PRESENTA:

DR. SERGIO MAYER MIRANDA MALCA

NOMBRE DE TESIS: "CEFALEA PRIMARIA, CLASIFICACIÓN Y ABORDAJE INICIAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS."

NUMERO DE REGISTRO: R-2017-1912-29

AUTORIZACIONES:

DR. CARLOS ALEJANDRO DELGADO CORTEZ

**DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/MF N° 6
SAN NICOLÁS DE LOS GARZA, NUEVO LEÓN.**

DRA. INDIRA ESCOBEDO LÓPEZ

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA DE URGENCIAS PARA MÉDICOS DE BASE EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 6

DRA. INDIRA ESCOBEDO LÓPEZ

**ASESOR DE TESIS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 6**

DR. EDGAR ANTONIO OJEDA AMBRIZ.

**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 6**

DRA. LAURA DE LA GARZA SALINAS

**COORDINADORAUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
DELEGACIÓN NUEVO LEÓN.**

DR. GUSTAVO VARGAS MACHADO

**COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN NUEVO LEÓN.**

SAN NICOLÁS DE LOS GARZA, NUEVO LEÓN, MÉXICO FEBRERO 2020

AGRADECIMIENTOS

Creyente de la obra maestra que Dios creó desde el principio de la humanidad, agradezco por haber mandado a mi vida tres seres humanos que cambiaron por completo el motivo de mi existir. Este proyecto de tesis la dedico a Elí Maír, Mayer Samuel y Priscilla; personas que son mi motor de vida. La satisfacción de alcanzar un logro más para la vida, lo complemento con el amor que recibo de mis hijos y esposa hacia mí.

Mis padres, Sergio y Raquel, quienes se esfuerzan por darme los medios de corrección y educación para ser el hombre que ahora soy. Su esfuerzo siempre será compensado por mi trabajo, para lograr metas específicas y ser un hombre de bien.

A todos los profesores y compañeros que se tomaron el tiempo de compartir todos los conocimientos necesarios para ayudarme a profundizar en la medicina de urgencias; en especial a la Dra. Indira Escobedo López ya que sin su perseverancia y dedicación este curso de especialidad no se hubiese podido consolidar.

“El principio del éxito está en cumplir metas basadas en sueños”

¡GRACIAS!

ÍNDICE

I.	Título	01
II.	Portada	02
III.	Agradecimientos	04
IV.	Índice general	05
V.	Resumen	07
VI.	Antecedentes Bibliográficos	08
	1.- Historia de la cefalea	08
	2.- Clasificación de cefaleas	10
	3.- Epidemiología y características de Cefaleas Primarias.....	11
	4.- Clasificación de cefaleas primarias	14
	4.1.- Migraña	14
	4.2.- Cefalea de tipo tensional	17
	4.3.- Cefalea en racimos	19
	5.- Diagnóstico	20
	6.- Tratamiento	21
VII.	Planteamiento del problema	25
VIII.	Justificación	26
IX.	Objetivo de la investigación	27
X.	Metodología de la investigación	28
XI.	Técnica Muestral	29
XII.	Variables de estudio	30

XIII.	Resultados	32
XIV.	Discusión	41
XV.	Conclusiones	44
XVI.	Bibliografía	45
XVII.	Instrumento de recolección.....	48
XVIII.	Concentrado de información	49
XIX.	Consentimiento informado	50
XX.	Dictamen de autorización	51

RESUMEN

“CEFALEA PRIMARIA, CLASIFICACIÓN Y ABORDAJE INICIAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.”

Sergio Mayer Miranda Malca¹, Indira Escobedo López².

El término cefalea proviene del latín *cephalaea*, y del griego cabeza, el cual hace referencia a dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza. Según la Clasificación Internacional de las enfermedades de la OMS refiere que las cefaleas primarias se dividen en: Migrañas, cefalea tipo tensional, cefalea trigémino autonómica y otras cefalea primaria. Más del 90% de las cefaleas primarias corresponden a migraña o cefalea por tensión; y el sexo femenino es el más prevalente.

Objetivo: Valorar la clasificación y abordaje inicial de los pacientes con cefalea primaria en un servicio de urgencias.

Metodología: Observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo.

Resultados: La Cefalea tensional se presentó en el 48.6%; el 47.1% relacionada a migraña; y 4.3% con cefalea en racimos. El género más prevalente fue el femenino (68.6%), reportándose una relación femenino / masculino de 2 /1. La media de edad fue de 35.4 años en un rango de 18 a 57 años. 11.4% de los pacientes con cefalea tensional tienen tabaquismo. El 49% niegan tener enfermedades crónicas degenerativas. El tratamiento en cefalea tensional fue más predominante con AINES y esteroides (28.5%), mientras que en migraña dominó el uso de AINE con procinético (27.1%) y se registró en un grupo menor el usos de benzodiazepinas en cefalea de racimos. El reporte de recurrencias al servicio de urgencias fue de 0.07%.

Conclusiones: Es importante tener más apego a las guías de práctica médica y proporcionar alternativas a los médicos tratantes en el cuadro básico para el tratamiento indicado de cefaleas primarias.

Palabras clave: Cefalea tensional, migraña, cefalea en racimos, tratamiento.

ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

El término cefalea proviene del latín *cephalaea*, y éste a su vez del griego cabeza, el cual hace referencia a los dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza; ya sea en los diferentes tejidos de la cavidad craneana, en las estructuras que lo unen a la base del cráneo, los músculos y vasos sanguíneos que rodean el cuero cabelludo, cara y cuello⁽¹⁾. Es muy importante determinar que no es un diagnóstico, sino un síntoma.

1.- Historia de la Cefalea

Los registros antiguos datan desde el año tres mil A. C., donde la literatura menciona situaciones que podrían corresponder a migraña con aura. La medicina egipcia tiene importantes testimonios sobre esto. El papiro de Ebers, que data de aproximadamente 1.200 a. C., menciona cuadros de dolor de cabeza, neuralgias, migraña, y al parecer se basa en documentos médicos de aproximadamente 1.550 años a. C.⁽²⁾.

En la antigua Grecia hay relatos mitológicos relacionados con esta entidad. Zeus, líder de todos los dioses del Olimpo, sufría de fuertes dolores de cabeza y en una ocasión hubo de recurrir a Hefesto para que con su hacha le abriera el cráneo para aliviarlo. El resultado de esta intervención quirúrgica fue el nacimiento de Pallas Atenea, diosa del derecho y de la sabiduría⁽³⁾.

Platón describe en su diálogo sobre la templanza, un apartado relacionado con el dolor de cabeza. Refiere Cármides, su protagonista debe creer primero que ha tratado su alma, para poder tomar la droga para aliviar sus dolores de cabeza, esto para restablecer la armonía entre el cuerpo y del alma⁽²⁾.

Hipócrates (460-375 a. C.), el gran médico de la isla Cos, en sus relatos dice: “Parece que ve algo delante de él, como si fuera una luz, generalmente en el ojo derecho; al cabo de un rato sobreviene un dolor violento en el lado derecho del cráneo, después en toda la cabeza y cuello [...] Tras el vómito el dolor se alivia”⁽⁴⁾.

La primera descripción confiable de migraña proviene de Arateo de Capadocia, quien vivió entre los siglos I y II de nuestra era, región que hoy en día corresponde a Turquía. Utilizó el término heterocranía para referirse a dolores de cabeza que se localizaban en una hemicránea. Sus descripciones permiten aseverar que distinguía tres tipos de dolores de cabeza:

1. La heterocranía, que corresponde a la migraña
2. La cefalalgia, de menor intensidad y sin la recurrencia de la anterior,
3. la cefalea, que corresponde a lo que hoy denominamos cefalea crónica diaria.

Esta clasificación fue de gran importancia, y permaneció sin mayores cambios hasta el siglo XVII⁽³⁻⁴⁾.

En el siglo XVII los fundadores de la neurología Charles le Pois (1563-1633), Ohan Jakob Wepfer de Shaffhausen (1620-1695) y *sir* Thomas Willis (1621-1675); dieron importantes aportaciones para la clasificación inicial de cefaleas⁽⁴⁾:

- Cefaleas de origen intracraneal frente a cefaleas de origen extracraneal.
- Cefaleas de origen universal frente a cefaleas de origen particular.
- Cefalea ocasional frente a cefalea habitual.
- Cefalea continuada frente a cefalea intermitente.

A la luz de las clasificaciones actuales, se puede mencionar que para este momento estaba descrita la migraña, con aura y sin aura, la migraña basilar, la neuralgia del trigémino y varios tipos de cefalea secundaria.

2.- Clasificación de Cefaleas

Fue en el año de 1983, cuando se creó La Sociedad Internacional de Cefaleas (International Headache Society), lo cual procedió a modificar clasificaciones antiguas. En 1985 se creó un Comité de Clasificación conformado por más de cien expertos de diferentes nacionalidades que después de tres años de intenso trabajo publicaron un extenso documento sobre el tema, en 1988. El documento, titulado “Clasificación de las cefaleas, neuralgias craneanas y dolor facial”, es utilizado en la Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y ha sido soportado por la Federación Mundial de Neurología, por grupos de investigadores en migraña y por la Asociación Estadounidense para el Estudio de la Cefalea⁽³⁾. Clasificación que usamos actualmente.

Estas guías se ha actualizado en tres ocasiones, la última ocasión en el año 2018 donde se describe clasificación actualiza de cefaleas primarias y secundarias. En la clasificación de cefaleas primarias los cuatro grupos principales son⁽⁵⁾:

1. Migrañas
2. Cefalea tipo tensional
3. Cefaleas trigémino autonómicas
4. Otras cefaleas primarias.

Mientras que la clasificación de las cefaleas secundarias se describen como: Cefaleas por trauma, enfermedad vascular cerebral, enfermedad cerebral no vascular, por sustancias, por infecciones, trastornos del metabolismo, dolores faciales (ojos, nariz, bucales, maxilares etc.) y secundarias a trastornos psiquiátricos. Y se agrega una tercera clasificación para neuralgias y otras cefaleas⁽⁵⁾.

3.- Epidemiología y características de Cefaleas Primarias

La cefalea se ha descrito como la forma más frecuente de expresión del dolor en el ser humano, más de la mitad de la población mundial en algún momento de su vida ha acudido a alguna consulta médica por cefalea. La Organización Mundial de la Salud menciona que en la población a nivel mundial el 91.3% ha sufrido en alguna ocasión un episodio de cefalea⁽¹⁾. Una persona de cada siete sufre migraña y una persona de cada veinte sufre cefalea crónica diaria o casi diaria⁽⁶⁾.

La definición principal de las cefaleas primarias son aquellas que no presentan alguna causa demostrable y cuyo diagnóstico se basa en criterios clínicos de anamnesis y exploración física normal, caracterizadas principalmente por la ausencia de enfermedades o condiciones anómalas que expliquen la cefalea como patología principal.

Las estructuras claves que se ven envueltas en el diagnóstico de cefalea primaria son^(9,12):

- Los vasos grandes intracraneales.
- La duramadre.
- Las ramas terminales del nervio trigémino que inervan éstas estructuras.

- La porción caudal de los núcleos trigeminales que se extienden hacia el haz posterior de la porción superior cervical de la médula espinal y reciben impulso de las raíces cervicales primera y segunda (complejo trigémino-cervical).
- El tálamo ventroposteromedial y la corteza.

Más del 90% de las cefaleas primarias corresponden a migraña o cefalea por tensión. La migraña es diagnosticada dos de tres veces más frecuente en el sexo femenino. La prevalencia de la migraña activa disminuye a partir de los 50 años de edad. En nuestro medio, la prevalencia de la migraña crónica es del 2,4% de la población, y la prevalencia de la migraña crónica con criterios de abuso de analgésicos es del 0,9%^(1,7).

En los documentos de la Organización Mundial de la Salud dicta que la mitad y las tres cuartas partes de los adultos de 18 a 65 años han sufrido una cefalea en el último año, y el 30% o más de este grupo han padecido migraña.

A pesar de las variaciones regionales, las cefaleas son un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, razas, estatus socioeconómico y zonas geográficas. En el Estudio de la "Carga Mundial de Morbilidad", actualizado en el año 2013, la migraña por sí sola representó la sexta causa mundial de los años perdidos por discapacidad. Y colectivamente, las cefaleas fueron la tercera causa de dicha discapacidad, generando múltiples pérdidas económicas para las empresas a nivel mundial⁽⁶⁾.

En la Revista Mexicana de Neurociencia, se describe que es nuestro país a nivel de Latinoamérica, el que cuenta con mayor prevalencia de cefaleas

primarias; detectándose hasta un 57% de las visitas de pacientes al servicio de urgencias^(6,7).

La migraña es más predominante en el género femenino en relación con el género masculino:17% vs 6%. Y la incidencia de por vida es casi tres veces mayor : 43% vs 18%. Algunos estudios han sugerido que entre el 3% y 14% de las personas que presentan patrones episódicos de migraña evolucionan a migraña crónica⁽⁷⁾.Se considera que las características principales de las cefaleas primarias en general son de intensidad variable, su duración poco predecible, frecuentes desencadenadas en ocasiones por algún estimulador y hasta cierto punto cada evento doloroso son uniformes ^(7,14).

La cefalea tipo tensional es una patología que presenta gran variabilidad en su frecuencia, duración y severidad. A nivel mundial se ha detectado que el 59% de las personas experimentó cefalea tipo tensional un día al mes o menos, y el 37% varias veces al mes, con una prevalencia anual del 63% (hombres 56%, mujeres 71%). La relación hombres:mujeres es 4:5. En ambos sexos se observó una prevalencia máxima a los 30-39 años que declinó con edades mayores. La edad promedio de inicio es a los 25-30 años, y el promedio de duración descrito es de 10,3-19,9 años⁽⁸⁾. A pesar de la alta prevalencia de cefalea tensional, no se le ha dado la suficiente importancia a su impacto individual y social, por lo que la mayoría de los pacientes no reciben tratamientos específicos. Esto se debe a la baja tasa de consulta médica y a la autoprescripción de fármacos. Adicionalmente, es muy difícil diferenciar la cefalea tipo tensional crónica de otras patologías como la migraña crónica y la cefalea secundaria al sobreuso de analgésicos. Debido a su alta prevalencia, el impacto socioeconómico es mayor que el de cualquier otra

cefalea. Los costos directos incluyen los gastos médicos y de los servicios de salud. De otro lado, los costos indirectos afectan la calidad de vida, disminuyen la capacidad de trabajo y generan ausentismo con la consiguiente pérdida de producción en la economía. La pérdida total de días de trabajo anual es de 820 días por 1000 empleados, y la secundaria a la migraña es mayor de 270 días por 1000 empleados⁽⁸⁾.

Hasta ahora, hay pocos estudios epidemiológicos en el mundo sobre la cefalea por racimos o también llamada Cluster headache. La Organización Mundial de la Salud establece una incidencia estimada de 9,8 por 100.000 anual⁽⁹⁾. Es más frecuente en hombres que en mujeres (3: 1). En la mayoría de los casos, las mujeres presentan síntomas de forma atípica. Se puede manifestar a cualquier edad, aunque generalmente se presenta por primera vez entre los 20 y 40 años^(9,13).

4.- Clasificación Cefaleas Primarias

4.1.- Migraña

La migraña puede causar un dolor pulsátil e intenso generalmente de un solo hemisferio del cráneo ó parte de la cara. Suele estar acompañada por náuseas, vómitos, fotofobia y misofonía^(7,9).

Las migrañas pueden ser evolutivas en cuatro etapas: Pródromo, aura, cefalea y pósdro, aunque puede ser posible que el paciente no curse con todas las etapas mencionadas⁽⁹⁾.

- a. Pródromo: Puede cursar con horas ó días antes de los síntomas que anteponen de la migraña como tal, por ejemplo los siguientes:

- ❖ Estreñimiento
- ❖ Fotofobia, acufenos y misofonía
- ❖ Labilidad emocional, desde depresión hasta euforia
- ❖ Antojos de alimentos
- ❖ Rigidez de cuello y fatiga muscular
- ❖ Polidipsia y poliuria
- ❖ Bostezos frecuentes
- ❖ Dificultad para concentrarse, leer ó hablar
- ❖ Insomnio

b. Aura: El aura puede ocurrir antes de la migraña o durante ella, aunque el 60% de la población no presenta aura. Los síntomas generalmente comienza en forma gradual, empeora durante pocos minutos y dura entre 20 y 60 minutos. Los síntomas relacionados con aura son los siguientes:

- ❖ Fenómenos visuales que van desde ceguera parcial o total temporal, acompañados de puntos brillantes o destellos de luz.
- ❖ Parestesias generalizadas en extremidades o cara.
- ❖ Hemifascia o plejías en extremidades no relacionadas con focalización corporal (migraña hemipléjica).
- ❖ Disartia, dislalia o incluso hasta afasia.
- ❖ Acufenos o tinnitus.
- ❖ Fasciculaciones de ciertos músculos, ya sea en cara o extremidades.

c. Crisis: Las migrañas generalmente duran entre 4 y 72 horas si no se tratan. La frecuencia con la cual aparecen las migrañas varía según el paciente. Durante la crisis, es posible se presente con los siguientes síntomas:

- ❖ Dolor en uno o ambos lados hemisferios de la cabeza.
- ❖ Dolor pulsátil o perforante.
- ❖ Fotofobia, misofonía, hiperosmia e hipersensibilidad.
- ❖ Congestión nasal.
- ❖ Náuseas y vómitos.
- ❖ Visión borrosa.
- ❖ Sensación de vértigo, algunas veces seguida por lipotimia.
- ❖ Insomnio acompañado de lapsus de depresión o ansiedad.

d. Pós-dromo: La fase final se produce después de una crisis migrañosa. Puede perdurar por 24 a 48 horas, y presentar síntomas relacionados con:

- ❖ Confusión, falta de concentración y comprensión.
- ❖ Mal humor y depresivo.
- ❖ Vértigo
- ❖ Astenia y adinamia
- ❖ Fotofobia y misofonía

La Sociedad Internacional de Cefaleas (International Headache Society) y su "Clasificación Internacional de Cefaleas", menciona que el diagnóstico de

migraña se da por interrogatorio integral y una exploración física completa, pero debe cumplir con alguno de los siguientes criterios^(7,11,16):

- A. Al menos cinco crisis que cumplen los criterios B-D.
- B. Episodios de cefalea de entre 4 y 72 horas (no tratados o tratados sin éxito).
- C. La cefalea presenta al menos dos de las siguientes cuatro características:
 - 1. Localización unilateral.
 - 2. Carácter pulsátil.
 - 3. Dolor de intensidad moderada-grave.
 - 4. Condicionada y agudizada por la actividad física habitual (caminar o subir escaleras, actividad sexual, etc.)
- D. Al menos uno de los siguientes durante la cefalea:
 - 1. Náuseas y/o vómitos.
 - 2. Fotofobia y fonofobia.
- E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico.

4.2.- Cefalea Tipo Tensional

La cefalea tipo tensional es una patología cuyo diagnóstico se basa en la presencia de dolor en ausencia de otros hallazgos que se observan en otras cefaleas primarias.

El hallazgo clínico más importante es el aumento de la sensibilidad miofascial y pericraneal a la palpación, la cual se asocia con la intensidad y la frecuencia de la cefalea por tensión. Se sugieren como hipótesis el incremento de la actividad muscular como una adaptación normal protectora contra el dolor, la isquemia del músculo o la presencia de anomalías en el flujo sanguíneo. Esto

desencadena liberación de neuropéptidos como la sustancia P y el péptido relacionado con el gen de la calcitonina, lo cual intensifican el dolor miofascial. También se menciona puede ser el resultado de cambios en la interrelación del control descendente de las fibras trigeminales de segundo orden del tallo cerebral con la integración de la nocicepción periférica, lo que se manifiesta contracción muscular ó dolor pericraneal. Adicionalmente se propone que la hipersensibilidad miofascial puede ser el resultado de un bajo umbral doloroso a la presión, una sensibilización central o la combinación de ambos factores. Es importante considerar los factores emocionales que aumentan la tensión muscular a través del sistema límbico con una reducción simultánea del tono antinociceptivo endógeno⁽⁸⁾.

Se caracteriza clínicamente por ser una cefalea de intensidad leve a moderada; según la clasificación de cefaleas de la Sociedad Internacional de Cefaleas acepta que la cefalea tensional se puede presentar en tres formas^(9,10):

- Infrecuente (menos de 1 día al mes o menos de 12 días al año).
- Frecuente (más de 1 día al mes pero menos de 15, o más de 12 días al año y menos de 180).
- Crónica (más de 15 días al mes, o más de 180 días al año).

En un estudio clínico realizado durante diez años, el 75%de los pacientes con cefalea por tensión continúa con un patrón episódico, y el 25 % evoluciona al patrón crónico de presentación. El 21% desarrolla cefalea secundaria al sobreuso de analgésicos. La presencia de depresión, ansiedad y sobreuso de medicamentos son factores predictores de un pobre pronóstico⁽¹¹⁾.

Los Criterios principales, según la última actualización Sociedad Internacional de Cefaleas utilizados para el diagnóstico de cefalea por tensión, son los siguientes ^(9,14):

- Localización bilateral.
- El dolor puede ser opresivo.
- La intensidad puede presentarse de leve a moderada.
- La duración estimada se puede presentar entre 30 minutos a 7 días.
- No empeora con la actividad física.
- No se encuentra asociada a náuseas o vómito.
- Puede presentarse relación con fotofobia o fonofobia leve.

4.3.- Cefalea en Racimos

La cefalea en racimos o también llamada “Cluster headache”, es catalogada como una cefalea neurovascular. Se conoce poco sobre su etiología y patología. La explicación para la aparición cíclica de los ataques, a una hora determinada del día o en cierta época del año, puede estar relacionado a alteraciones en el sistema nervioso central ⁽⁷⁾.

El dolor durante un ataque de cefalea en racimos es causado probablemente por la activación del sistema trigémino-vascular. Esto lo indica el aumento en la concentración del neuropéptido CGRP (calcitonin gene related - peptide) que se encontró durante los ataques de la cefalea en racimos en pacientes ⁽⁹⁾. La forma típica de presentación se puede dar de la siguiente manera ^(7,8):

- Ataques de dolor intensidad severa estrictamente unilateral en región de la orbitaria, supraorbitaria ó temporal. En otra instancia se puede presentar en cualquier combinación de estos lugares.
- Una duración de 15-180 minutos, que se presentan con una frecuencia variable desde un ataque cada dos días hasta ocho ataques al día, con poca respuesta al tratamiento.
- El dolor está asociado a inyección conjuntival homolateral, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración frontal o facial, miosis, ptosis ó edema palpebral y agitación psicomotriz.

Se pueden distinguir varias formas de cefalea en racimos ⁽⁹⁾:

1. Tipo episódico: Son ataques frecuentes durante algunas semanas o meses ("clusters"), con períodos libres de ataques, de semanas, meses o incluso años. La mayoría de los pacientes (cerca del 80%) padece este tipo de cefalea en racimos, de ahí el nombre de la patología.
2. Tipo crónico: Sin períodos libres de ataques, los pacientes casi cada día sufren ataques durante al menos 6 meses y con una ausencia de ellos de no más de dos semanas seguidas. Alrededor del 10 al 20% de los pacientes sufren esta forma crónica. En la práctica, tales ataques parecen ser más difíciles de tratar, puesto que responden con menos éxito a los medicamentos.

5-. Diagnóstico

Como ya hemos mencionado, el diagnóstico de cefalea primaria es netamente clínico, por lo tanto dependemos de un buen interrogatorio clínico y una

exploración física completa. Como parte del apoyo diagnóstico, se pueden realizar laboratorios de gabinete relacionados a descartar alguna patología metabólica adjunta; o bien, estudios de imagen como Tomografías Axial Computarizada de cráneo ó una Resonancia Magnética, con el principal objetivo de descartar cefaleas secundarias.

La Escala Analógica Visual (EVA) es el mejor parámetro con que contamos para medir la intensidad del dolor con la máxima reproductibilidad entre los observadores, cuantificando del 1 al 10 según su intensidad ^(9,19).

Tras el diagnóstico de cefalea primaria debemos ofrecer una explicación comprensible del proceso al paciente. Es importante explicarle que la cefalea primaria es una enfermedad recurrente y episódica para la que no existe curación, pero que en general, puede ser controlada. Y clarificar los factores desencadenantes como dieta, hormonas, estímulos sensoriales, cambios de hábitos o ambientales y estrés, para disminuir recurrencias. Por lo tanto, enfatizar en llevar un estilo de vida saludable fuera de los vicios como el alcohol, tabaco y toxicomanías es fundamental para evitar recurrencias de las cefaleas primarias^(1,10).

6.- Tratamiento

Al ser una patología de alto impacto a nivel mundial, se han puesto en práctica diferentes tratamientos que van desde lo farmacológico, hasta la parte de apoyo conductual.

La terapia conductual ha tomado mayor importancia en las consultas de neurología o bien psicología. En la actualidad se practican principalmente las siguientes tendencias conductuales ⁽¹²⁾:

- a) Terapia de relajación
- b) Biofeed-back
- c) Manejo del estrés
- d) Terapia cognitivo-conductual.

Al adquirir estas habilidades, se capacita a los pacientes a controlar las respuestas psicológicas relacionadas con sus cefaleas. Estos tratamientos tienen una recomendación tipo A por la “American Academy of Neurology Practice Parameter”⁽¹⁰⁾. Aparte se han reportado beneficios en cefaleas primarias con técnicas como la acupuntura o terapias manuales pero no se reportan resultados concluyentes ^(11,15).

La terapia farmacológica se basa en el tratamiento abortivo de las crisis y en el tratamiento preventivo de las mismas. Éste deberá ser individualizado para cada caso por paciente, evaluando las circunstancias de las cefaleas primarias y las vitales de cada uno de ellos⁽¹⁹⁾. La elección del tratamiento y la ruta de administración dependerán de la intensidad, frecuencia de las crisis y la aparición e intensidad de los síntomas asociados.

El abordaje con analgésicos inespecíficos como son los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (ácido acetilsalicílico, naproxeno, ibuprofeno, dexketoprofeno, ketorolaco), son el tratamiento de elección en primera estancia principalmente para control domiciliario. Su aporte solo ó en combinación con analgésico tales como paracetamol y metamizol, se han demostrado efectivos para el control del dolor de cabeza⁽¹³⁾. Es especialmente útil la asociación de ácido acetilsalicílico a dosis de 1000 mg vía oral acompañado de medicamentos pro cinéticos, tales como metoclopramida a dosis de 10 mg, ya sea por vía oral,

intramuscular o intravenosa, teniendo en cuenta los efectos extra piramidales que pudiese presentar el paciente antes la aplicación por vía intravenosa⁽¹⁴⁾.

Los analgésicos específicos para abortar las crisis relacionadas con cefalea primaria son los ergotamínicos y los triptanes. Aunque debemos hacer una mención especial a los medicamentos ergotamínicos, ya que en los últimos años han sido discontinuados en la práctica médica por sus efectos secundarios⁽¹⁶⁾. Los triptanes cuentan con la característica principal que son agonistas específicos de los receptores para la 5-hidroxitriptamina subclase 1/D (5HT-1D); en la actualidad, es el tratamiento estándar para la migraña⁽¹⁸⁾.

La estrategia para el manejo abortivo ante una crisis de cefalea primaria (en este caso migraña), se basa en un modelo estratificado en vez del modelo escalonado. Así, el tratamiento específico de una crisis de migraña tendrá en cuenta la intensidad de la cefalea de cada crisis, medida por la escala EVA, y la incapacidad que produce, evitando el escalonamiento del tratamiento en cada ataque. Si una crisis es muy intensa se deberán utilizar inicialmente los triptanes y no escalar el tratamiento comenzando con un analgésico inespecífico y pasar al siguiente si a las pocas horas no ha sido efectivo⁽¹⁸⁾. Se ha demostrado que la estrategia de estratificación tiene mejor pronóstico y efectividad que la escalonada⁽²¹⁾.

En la Guías de Práctica Médica Clínica, nos menciona la buena efectividad en las crisis de migraña, el abordaje con sumatriptán a dosis de 6 mg por vía subcutánea como terapia inicial^(19,20).

Como parte del complemento del tratamiento farmacológico al atender a un paciente en el servicio de urgencias, se recomienda el aporte de oxígeno por

puntas nasales a flujo intermedio, que el paciente se encuentre en un área tranquila donde no haya exceso de ruido, luz o estrés y en posición cómoda para el paciente.

En los servicios de urgencias del Instituto Mexicano del Seguro Social, el cuadro básico de medicamentos consta de antiinflamatorios no esteroideos, algunos agentes esteroideos, procinéticos como metoclopramida y algunos opiáceos ó benzodiacepinas; por lo que se ha tomado la práctica de realizar combinaciones entre ellos para abordar principalmente las crisis de cefaleas primarias.

Los analgésicos opiáceos o barbitúricos deberían ser evitados en las crisis de migraña o solo pautados en pequeñas cantidades y con muy poca frecuencia ⁽¹⁸⁾.

Entre tratamiento profiláctico podemos mencionar el uso de Verapamil 80-120 mg diarios, beta bloqueador como propanolol a 10-20 mg día y uso de esteroides como prednisona hasta dosis máxima de 60 mg pero de corta duración ⁽²²⁾.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Tras el estilo de vida que ha tomado la población en general, ha ido en aumento el índice y prevalencia de cefaleas primarias. Cada vez son más los pacientes que llegan en crisis al servicio de urgencias no importando la edad, sexo ó estatus socioeconómico.

Vivimos rodeados de constantes factores coadyuvantes que hacen se potencialicen los síntomas y signos relacionados a cefaleas primarias.

El servicio de Urgencias de nuestra entidad médica no es la excepción. La atención de los casos con cefalea primaria han ido en aumento y, como factor importante, los pacientes presentan una disminución en su calidad de vida, afectando su productividad laboral y familiar.

Al acudir el paciente con cefalea primaria al servicio de urgencias, muchas veces se hace un diagnostico muy rápido, confundiéndose con una cefalea de tipo secundaria, lo cual a la larga puede tener repercusiones en el bienestar del paciente.

La cefalea primaria, en ocasiones, no es clasificada de la mejor manera y por consecuencia no tratada con la eficacia necesaria; dando lugar a un abuso de los medicamentos analgésicos, por parte del médico y /o del paciente, y un aumento en el número de visitas subsecuentes al servicio de urgencias.

De acuerdo a lo anterior, nuestra pregunta es:

¿Cuál es la clasificación y el abordaje inicial en los pacientes diagnosticados con cefalea primaria en el servicio de urgencias del HGZ N° 6?

JUSTIFICACIÓN

La mayoría de los pacientes con cefalea que acuden al servicio de urgencias, son catalogados como cefaleas primarias; que por su definición se les considera sin causa demostrable y cuyo diagnóstico se basa en criterios clínicos de anamnesis y exploración normal. Más del 90% de las cefaleas primarias corresponden a migraña o cefalea tensional. Las cefaleas son un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, razas, niveles de ingresos y zonas geográficas.

Para este estudio se consideró necesario valorar la clasificación que se realiza de las cefaleas primarias y, a su vez el abordaje inicial de éstas en servicio de urgencias adultos, principalmente en el área de primer contacto.

El médico que labora en el servicio de urgencias, debe estar capacitado para diferenciar y clasificar las cefaleas primarias, ya que aquí es donde radica el fundamento para el inicio del abordaje inicial y el tratamiento subsecuente.

Es importante que exista el conocimiento de la “Guía de Práctica Clínica de las Cefaleas Primarias”, de parte de todo el profesional de la salud en urgencias, ya que esto nos lleva a dar una mejor atención al derechohabiente, disminuye la consulta subsecuente por tal problema, mejora la calidad de vida del paciente y, consecuentemente, abatir los costos económicos institucionales.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

- Valorar la clasificación y abordaje inicial de los pacientes con cefalea primaria en un servicio de urgencias.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Determinar la prevalencia según su clasificación de cefalea primaria que acuden a urgencias.
- Identificar el tratamiento inicial según su clasificación.
- Conocer la población de estudio según sexo, edad, antecedentes patológicos y no patológicos.
- Analizar las recurrencias del mismo paciente con diagnóstico de cefalea primaria en un año.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

CLASIFICACIÓN DEL DISEÑO DEL ESTUDIO

Observacional, transversal, retrospectivo, descriptivo.

POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Pacientes derechohabientes que acudieron al servicio de urgencias del Hospital General de Zona N°6, y se realiza diagnóstico de Cefalea primaria según sus clasificaciones, en San Nicolás de los Garza, Nuevo León, durante el 1 de Enero de 2017 al 31 de Diciembre del 2017.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con cefalea primaria
- Pacientes con edades entre 18 años y más.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes con alguna enfermedad crónica degenerativa
- Pacientes de primera vez y subsecuentes.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes embarazadas
- Paciente que al final se corrobora diagnóstico de cefalea secundaria

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Expediente incompletos.

TÉCNICA MUESTRAL

El presente estudio previa aceptación del protocolo y con la autorización del Director de la HGZ N°6, se llevó a cabo mediante la elaboración de una cédula de identificación por paciente, donde se realizó la captura de información de los pacientes que acudieron al servicio de urgencias con Diagnóstico de Cefalea Primaria, en el período comprendido entre el 1° de Enero al 31 de Diciembre del 2017.

Se estudió a todo paciente diagnosticado con cefalea primaria, con edades entre 18 y 80 años, que cumplieron con los criterios e inclusión.

Se registraron los antecedentes personales patológicos y no patológicos, signos vitales, tiempo de evolución del paciente al ingreso al servicio de urgencias, el tratamiento administrado en cada paciente y, si hubo o no recurrencia de la cefalea.

La información se recabó, y se procesó mediante un programa de base de datos.

VARIABLES DE ESTUDIO

Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Fuente de Información
Cefalea Primaria	Síntoma relacionado con dolor continuo intracraneal, localizado o difuso, sin causa demostrable y cuyo diagnóstico se basa en criterios clínicos de anamnesis y exploración normal.	Es el síntoma de dolor a nivel de la cabeza, que manifestó el paciente al médico tratante durante su interrogatorio y exploración neurológica.	Nominal a)Cefalea Tensional b)Cefalea Migrañosa c)Cefalea Racimos	Expediente médico
Abordaje Inicial	Es un conjunto de evaluaciones que consta de : Primera (identificación y tratamiento rápido de lesiones que constituyan una amenaza vital) Segunda , es el empleo de tratamientos inmediatos y especiales (permanente o intermitente; curativo o de sostén vital) Tercera , ejercer una serie de controles estrictos (<i>monitoreo</i>) destinados a detectar cambios en el estado clínico para su corrección oportuna.	Es la evaluación que identifica la cefalea primaria y realiza un tratamiento, ya sea farmacológico o no.	Nominal -AINES -Analgésicos Esteroides -Triptanos -Opioides Benzodiazepinas. Procinéticos Otros.	Expediente médico
Cefalea recurrente	Síntomas relacionados con dolor de cabeza que hace reingresar al paciente a un servicio de urgencias	Cefalea que aparece posterior a tratamiento realizado en el Servicio de Urgencias	Nominal Si<24hrs >24hrs No	Expediente médico
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un Individuo.	Edad en años del paciente registrada en el expediente	Cuantitativa Razón 18-28 años 29-38 años 39-48 años 49-58 años 59 y más	Expediente médico

Sexo	Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética.	Genotipo caracterizado por femenino y masculino registrado en expediente médico.	Nominal -Femenino -Masculino	Expediente médico
Antecedentes personales patológicos	Enfermedades de un paciente antes de una enfermedad actual.	Enfermedades del paciente previo a la cefalea primaria.	Nominal -Hipertensión Arterial -Diabetes Mellitus -Otros	Expediente médico
Antecedentes no patológicos	Factores de riesgo en el paciente relacionados con sus hábitos del diario vivir.	Factores relacionados con los hábitos diarios del paciente con Diagnóstico de cefalea primaria.	Nominal Tabaquismo Alcoholismo Toxicomanía	Expediente médico

RESULTADOS

El Hospital General de Zona N°6 es una entidad de salud pública catalogada de segundo nivel, el cual atiende a población en general.

Se realizó la revisión de expedientes clínicos de los pacientes diagnosticados con cefalea primaria, registrándose un total de 83 pacientes según su clasificación.

De los pacientes con este diagnóstico, se excluyeron en total, 13 pacientes; siete de ellos fueron porque se constató un diagnóstico de cefalea secundaria; los otros 6 pacientes restantes, se excluyeron por tener expedientes incompletos; en la muestra final del estudio quedaron 70 pacientes en total.

Según la clasificación de cefaleas primarias en el HGZ N°6, el resultado de los tres grupos fue el siguiente: La Cefalea tensional se presentó en el 48.6% (n=34) de los casos; el 47.1% (n=33) fue relacionada con migraña; y por último el 4.3% (n=3) tuvo un diagnóstico de cefalea en racimos (Gráfica 1).

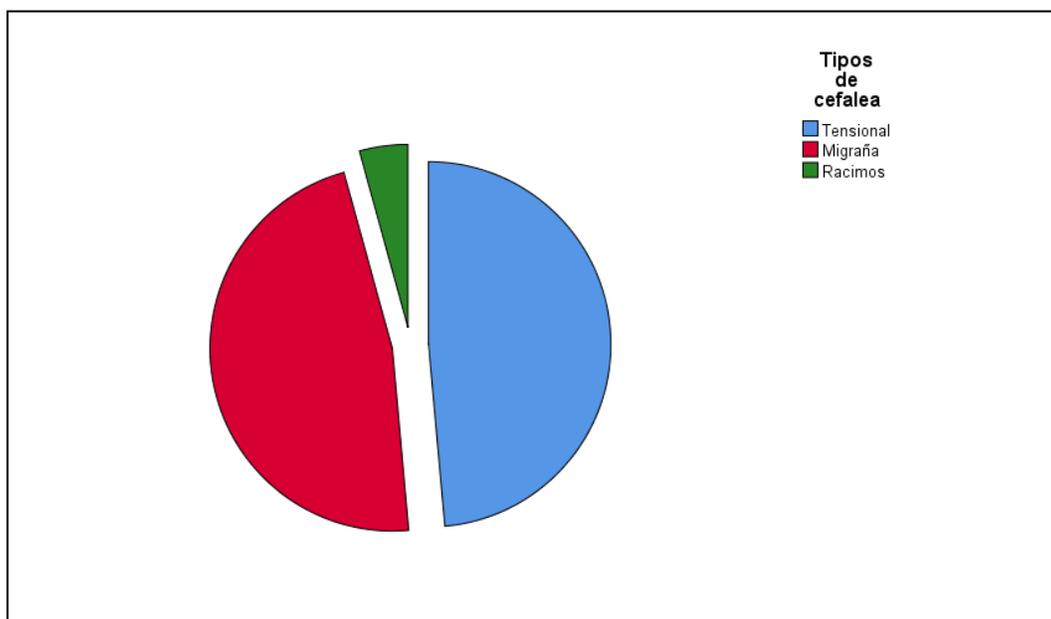
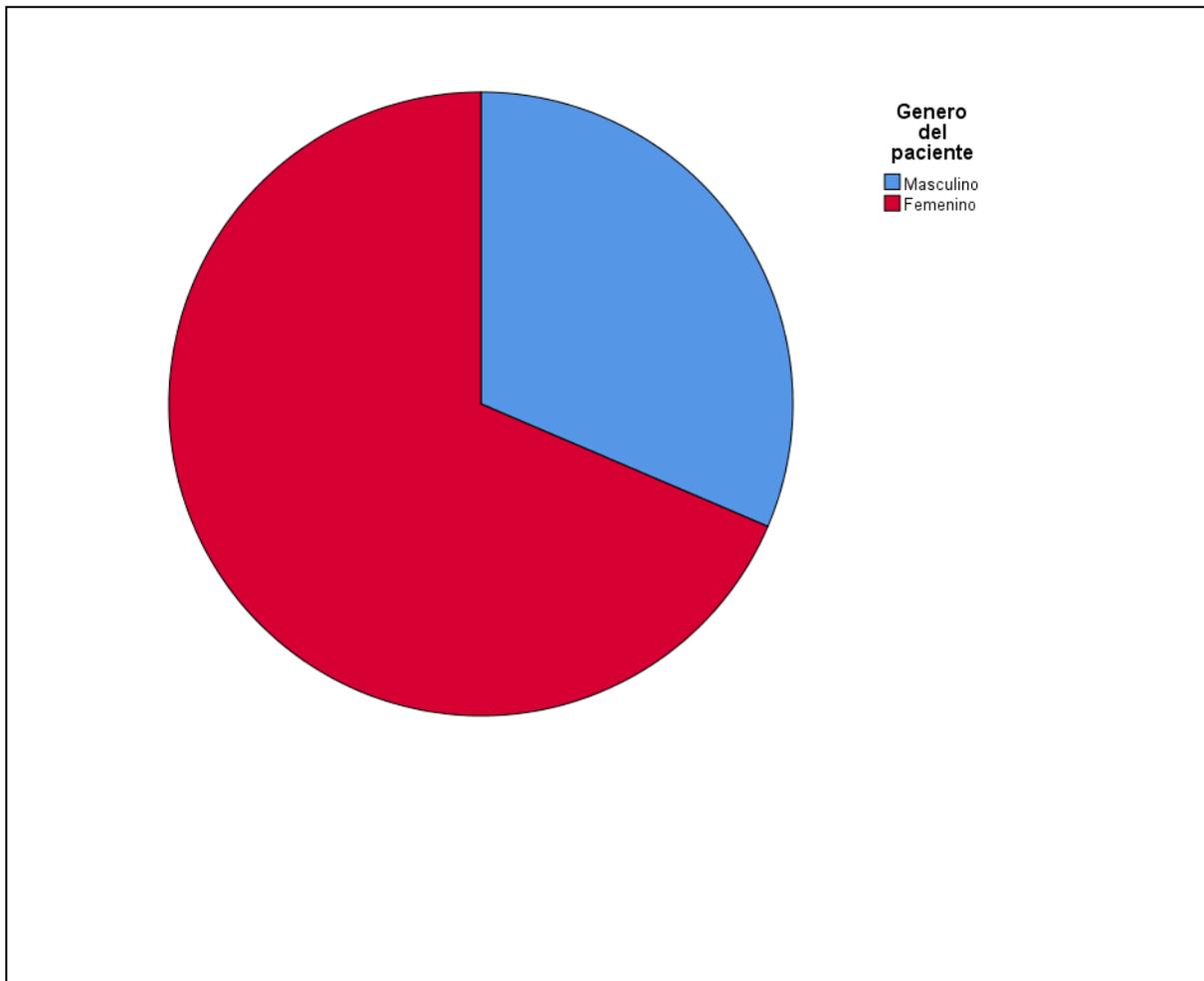


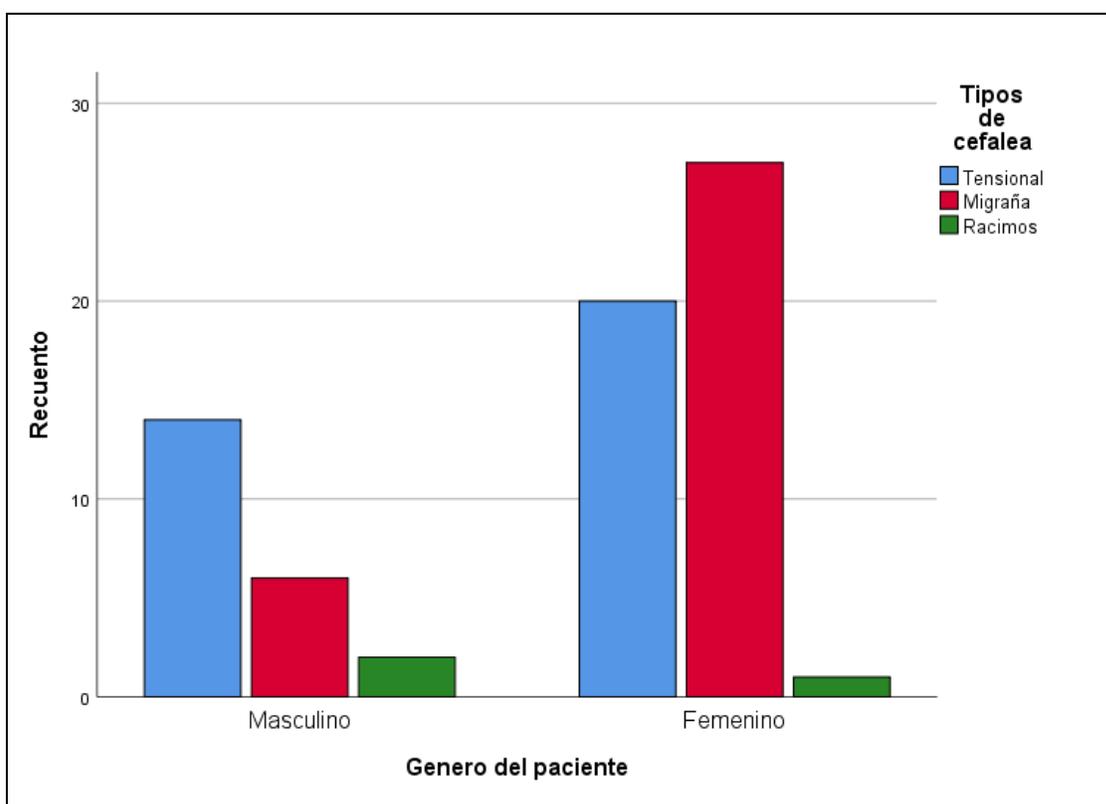
Gráfico 1. Clasificación de Cefaleas Primarias en pacientes del HGZ N°6

En la población de estudio el género más prevalente con diagnóstico de cefaleas primarias fue el sexo femenino con 68.6% (n=48) y el sexo masculino con el 31.4% (n=22) del total de los casos, reportándose una relación femenino / masculino de 2 /1(Gráfica 2).



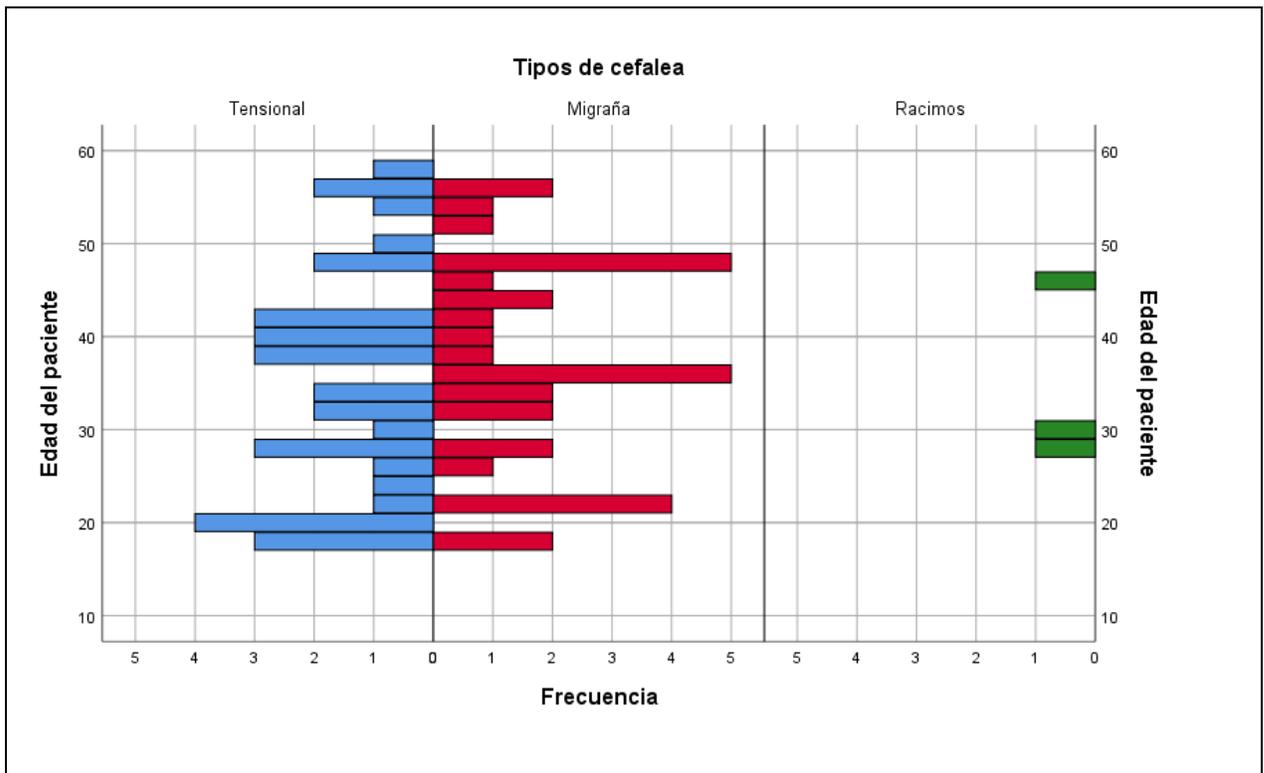
Gráfica 2. Relación cefaleas primarias y género

En relación con la clasificación de cefaleas primarias, en el sexo masculino es más predominante la cefalea tensional con el 63.6% (n=14), 27.2% (n=6) para migraña y 0.9% (n=2) para cefalea en racimos. Mientras en el sexo femenino la migraña es la que más predomina con un 56.2% (n=27) de las cefaleas primarias, seguida por cefalea tensional con 41.6% (n=20) y por último la cefaleas en racimo con el 0.02% (n=1) (Gráfica 3).



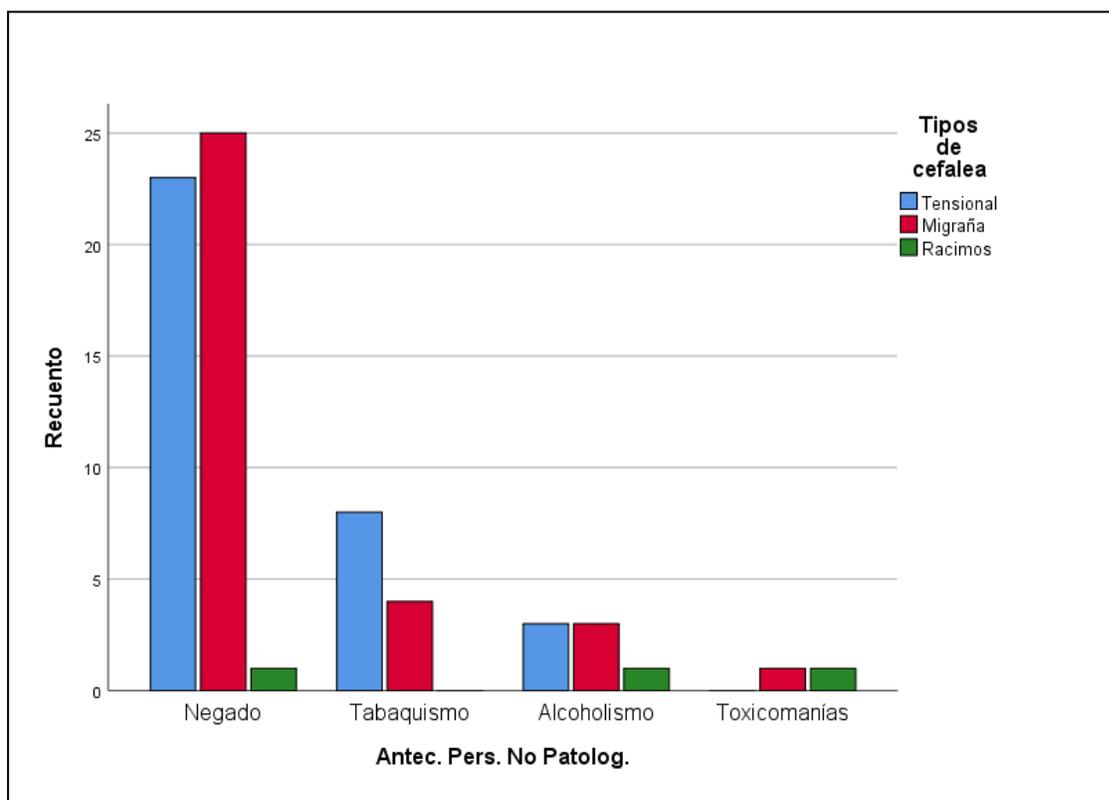
Gráfica 3. Relación género y cefaleas primarias.

La media de edad en nuestro estudio fue de 35.4 años en un rango de 18 a 57 años. La relación entre edad y cefaleas primarias, se reportó que la migraña se presenta más comúnmente en la tercera y cuarta década, a diferencia de la cefalea tensional, que es al inicio de la segunda década. La muestra de cefalea por racimos es más pequeña, pero según este estudio estuvo más presente en la tercera década (Gráfica 4).



Gráfica 4. Relación entre edad y cefaleas primarias.

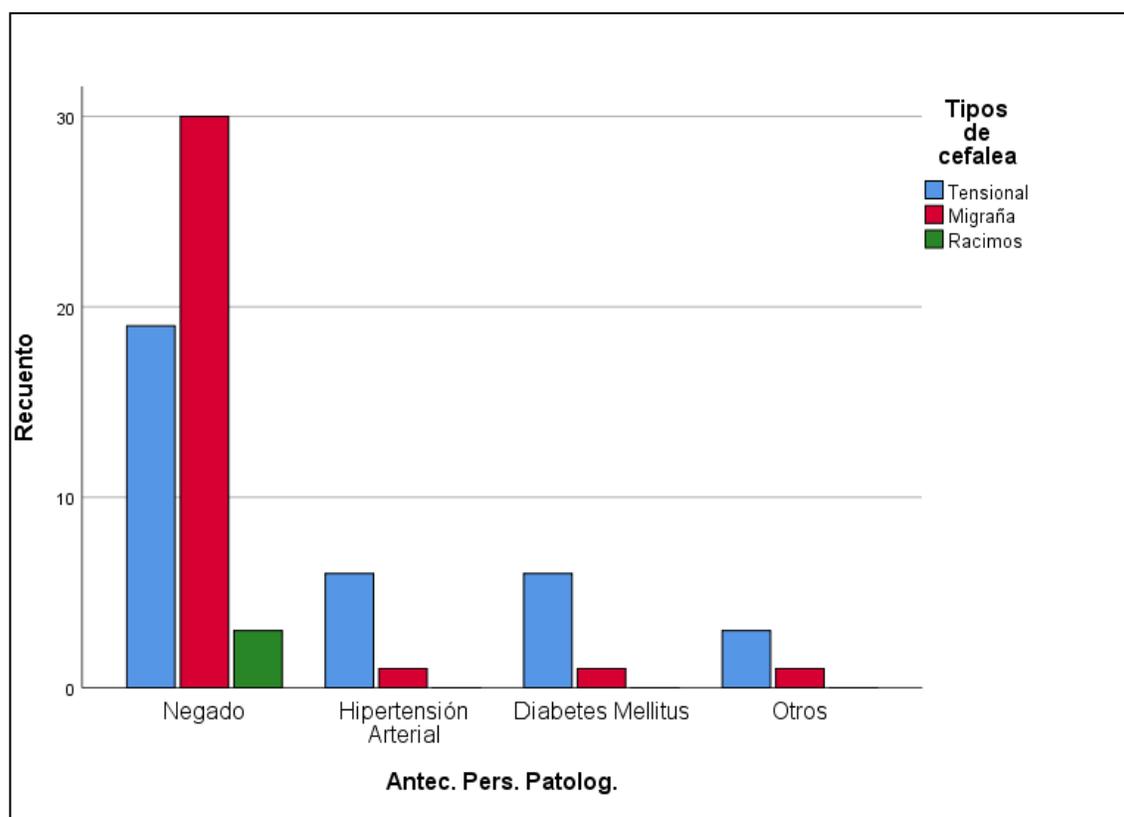
Se realizó una comparativa entre los Antecedentes Personales No Patológicos (APNP) y su relación con las cefaleas primarias. Según los resultados adquiridos por revisión de expedientes, se detecta que el 32.8% (n=23) de los pacientes con cefalea tensional no cuentan con APNP, mientras que el 35.7% (n=25) diagnosticados con migraña no cuentan con APP. Es relevante mencionar que el 11.4% (n=8) de los pacientes con diagnóstico de cefalea tensional están relacionado con el tabaquismo. Mientras en los pacientes con uso de bebidas alcohólicas se comparte el porcentaje de 0.4% (n=3) para cefalea tensional y migrañas respectivamente. En un porcentaje muy bajo en el caso de las toxicomanías, solo se reportó en un paciente con cefalea de racimos y un paciente con diagnóstico de migraña (Gráfica 5).



Gráfica 5. Antecedentes Personales No Patológicos y Cefaleas primarias

Respecto a los Antecedentes Personales Patológicos (APP) se reportó solo 0.08% (n=6) de nuestra población con diagnóstico de cefaleas primarias, está relacionada la cefalea tensional con Hipertensión Arterial Sistémica y el 0.08% (n=6) con Diabetes Mellitus.

El 49% (n=52) de la población muestra, en general niegan tener enfermedades crónicas degenerativas relacionadas a cefaleas primarias; ya sea migraña, cefalea tensional o en racimos (Gráfica 6).



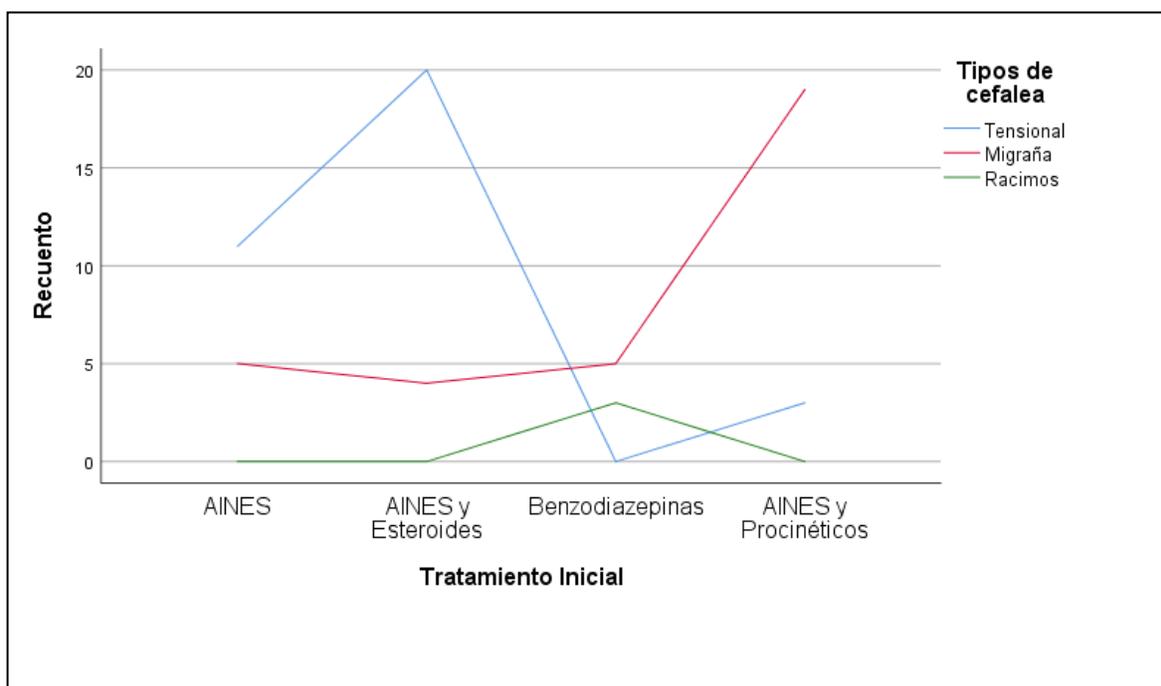
Gráfica 6. Antecedentes Personales Patológicos y Cefaleas Primarias.

Según la clasificación de cefaleas primarias, el tratamiento administrado se aplica de la siguiente manera:

1. **Cefalea Tensional:** En la población en general se muestra, que el 15.7% (n=11) fueron tratados solo con AINES. Mientras que en un porcentaje mayor 28.5% (n=20) se recetaron medicamentos conjuntos con AINES y esteroides, y solo al 0.4% (n=3) se les aplicó tratamiento conjunto con AINES y pro cinético, en este caso la metoclopramida. No se detecta aplicación de benzodiacepinas en este grupo de pacientes.
2. **Migraña:** La combinación de medicamentos que más se utilizó en esta clasificación de cefaleas primarias fue: De AINES con procinéticos (metoclopramida) en el 27.1% (n=19) de los pacientes. Los AINES junto con las benzodiacepinas, fueron utilizadas en el 0.07% (n=5) de la población muestra; y en un porcentaje menor 0.05% (n=4) se indicaron AINES más esteroides.
3. **Cefalea en Racimos:** El tratamiento único utilizado en este grupo de pacientes fueron, las benzodiacepinas en un 0.04% (n=3), ya que la muestra de este grupo fue menor a las anteriores (Gráfica 7).

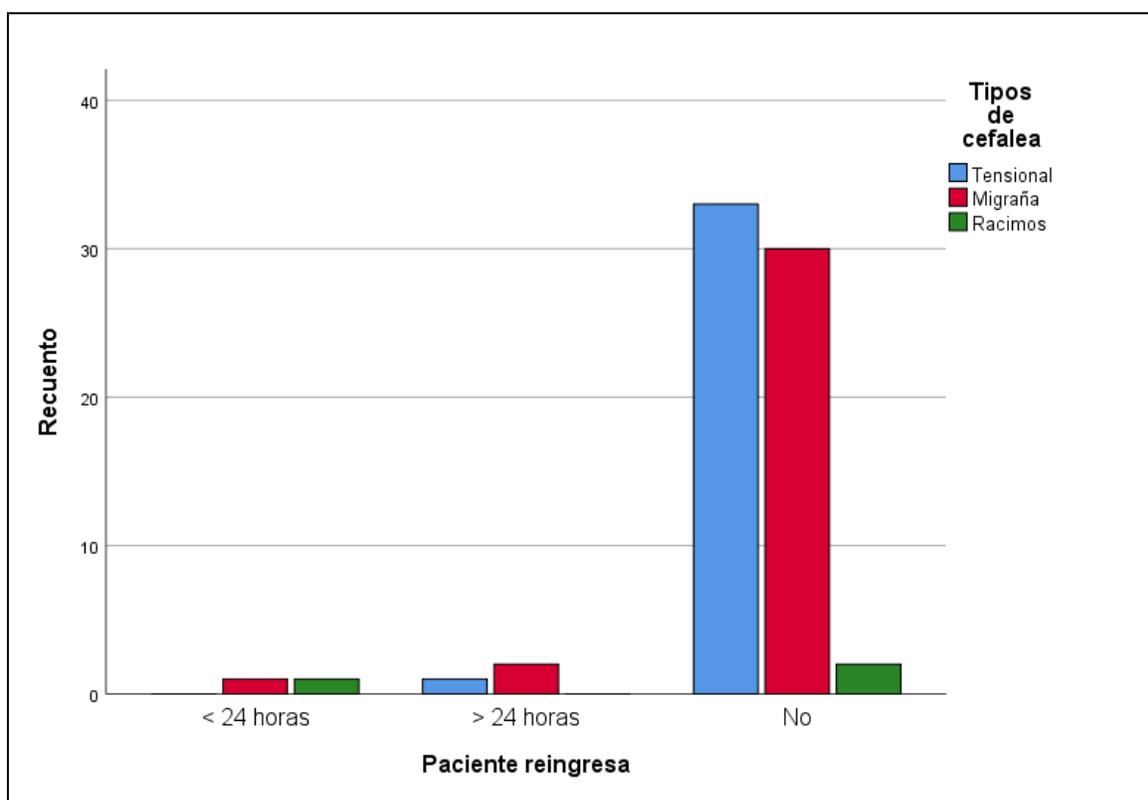
Se debe tomar en cuenta que según la revisión de expediente, que entre los AINES más utilizados se reportó el ketorolaco, a dosis de 30 a 60 mg vía intramuscular ó intravenosa. Otro AINES recetados por nuestro personal de salud fue naproxeno sódico ó diclofenaco el cual se otorgó para tratamiento domiciliario.

Dentro de los esteroides utilizados se encuentra la dexametasona el cual se administró a dosis de 8 mg vía intramuscular o intravenosa. El pro cinético utilizado en la mayoría de los pacientes fue metoclopramida a dosis de 10 mg vía intramuscular ó intravenosa. En pocas ocasiones fue utilizada alguna benzodiacepina; pero cuando se indicó, el medicamento que se recetó fue diazepam a dosis de 3 a 5 mg vía intramuscular ó intravenosa.



Gráfica 7. Tratamiento y Cefaleas Primarias.

Respecto a las recurrencias o reingresos de pacientes al servicio de urgencias, los resultados que arrojó este estudio son escasos. El 92.8% (n=65) de los casos con cefalea primaria no presentaron recurrencia. Solo un paciente con migraña y uno con diagnóstico de cefalea en racimos respectivamente reingresó en las 24 horas posteriores a su alta en el servicio de urgencias. Por otro lado se presentaron 2 casos para migraña y solo un caso para cefalea tensional que reingresó posterior a las 24 horas de haberse dado de alta (Gráfica 8).



Gráfica 8. Reingreso a urgencias por cefalea primaria

DISCUSIÓN

Actualmente en la literatura, se han descrito múltiples estudios relacionados a las cefaleas primarias y su clasificación, dada la afectación tan importante que tienen estos padecimientos en la vida del individuo de forma profesional, psicológica y emocional. Se menciona una gran pérdida de dinero en las empresas por faltas justificadas de este padecimiento, además de conjuntarse el asechamiento y la carga laboral para el paciente, y por consecuencia, agregándose diversos problemas económicos, emocionales y familiares⁽⁸⁾. Recientemente en investigaciones de Ruiz Cabrera⁽²²⁾, donde realizó un recuento de pacientes durante los años 2016 al 2017, donde se refiere que la prevalencia de cefalea tensional es levemente mayor a la migraña, y en un porcentaje casi inexistente, se encuentra la cefalea en racimos, fue la misma prevalencia que se obtuvo en nuestro estudio.

El género femenino fue el más predominante en nuestro estudio, con relación de 2:1 respecto del género masculino, tanto para cefaleas tensionales como para migrañas, al igual que la relación al género publicado por la revista mexicana de neurología en el año 2015⁽⁷⁾.

Hay estudios que mencionan la relación de un estilo de vida desordenado con cefaleas recurrentes. El tabaquismo activo, el exceso de alcohol y algunos estupefacientes, son principales factores de riesgo para cursar con cefaleas tensionales y migraña recurrente, con mayoría en pacientes jóvenes⁽¹⁵⁾. En el estudio que realizamos en el Hospital, la mayoría de pacientes negaron

antecedentes personales no patológicos, relacionado con toxicomanías, a excepción de un porcentaje importante que tuvo relación con tabaquismo activo.

Respecto al tratamiento, las guías de práctica clínica mencionan que, relacionado a la migraña, que en una revisión sistemática Cochrane de 10 estudios con 2769 participantes; mostró que el paracetamol en dosis de 1000 mg, solo o combinado con metoclopramida, en comparación contra placebo y sumatriptan 100 mg, es más eficaz para quitar el dolor a las 2 horas de la ingesta del medicamento⁽¹⁸⁾.

En este Hospital General de Zona donde se realizó este estudio, al no contar con algunos medicamentos en el cuadro básico, el uso de AINES con pro cinéticos demostró el control del dolor, y fue poca la recurrencia del dolor relacionado a cefalea primaria y sus clasificaciones.

Mientras que para la cefalea tensional en una revisión sistemática de diferentes estudios, concluyeron que el uso de AINES, como el ácido acetilsalicílico a dosis altas de 1000 mg., otorga un mejor control para el alivio del dolor⁽²¹⁾., también recomienda el uso combinado de AINE, como ibuprofeno más paracetamol, y en caso de recurrencia deben utilizarse los triptanos nocturnos ó bien los antidepresivos tricíclicos⁽²⁰⁾.

En nuestro estudio se demostró, que el uso de esteroides en pacientes con eventos tensionales, presentaron una mejoría del dolor por cefalea, por lo cual la recurrencia en el servicio de urgencias fue mínima.

Es importante mencionar que el área de urgencias de éste hospital cuenta con alta carga de trabajo, por lo que en ocasiones se otorga un alta precipitada, o bien, el paciente ya no regresa aunque tenga recurrencia, debido a la comodidad de poder acudir a otra entidad médica, para su atención.

CONCLUSIONES

Las cefaleas primarias son causantes del gran porcentaje de las consultas en el servicio de urgencias. Es esencial que nuestras entidades de salud vayan evolucionando en tecnología, y como parte de ésta tecnología médica es importante implementar mejoras en el manejo del expediente clínico, lo cual ayudaría de una forma más eficaz, la captura de los diagnósticos, disminuyendo la fuga de información esencial para realizar diferentes tipos de investigación, como el correspondiente. También al instruir al personal que realiza la captura de la información, habría menos fuga de los diferentes diagnósticos hechos por el personal médico, se catalogaría en forma correcta su clasificación, como ejemplo: los casos de cefaleas primarias, del presente estudio.

La jefatura de urgencias pudiese realizar revisión sistemática de las Guías de Práctica Médica para unificar criterios en el personal que labora en el área de urgencias, para determinar la clasificación, abordaje inicial y tratamiento de las cefaleas primarias.

A pesar de que la recurrencia por cefaleas primarias es casi nula, resulta importante que nuestros directivos, pudiesen proporcionar en el cuadro básico el tratamiento indicado para los pacientes; ya que, como se mencionó en la literatura en caso de que el paciente llegue por una crisis por cefalea primaria, el tratamiento de elección son los triptanos, y en nuestro cuadro básico de urgencias no se cuenta con tal medicamento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nuria Riesco, C. García-Cabo, J. *Medicina Clínica* (English Edition). Volume 146, Issue 1, 2016, pág. 35-39.
2. Hr, Shott. *Crónica de la medicina*. Plaza y Janés, 1993: pág. 2-28.
3. Palacios L. *Historia de la cefalea y el dolor craneofacial*. Bogotá: McGraw Hill Editor; 2000.
4. García-Albea E. *Historia de la jaqueca*. Barcelona: Masson; 1998.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalgia* 1988;7(Suppl 8): pág. 1-96.
6. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/es/>
7. Gómez-Otálvaro M, Serna-Vélez L. *Revista Mexicana de Neurociencia*. México, 2015; 16(6): pág. 41-53.
8. Volcy Gómez, M. *Cefalea tipo tensional: diagnóstico, fisiopatología y tratamiento*. *Acta Neurología Colombiana* 2008; 24: pág. 14-27.
9. Comité de Clasificación de Cefalea de la International Headache Society. III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas. Versión beta, Marzo 2013.
10. Diezgranados Sánchez JS, et al. *Cefalea crónica tipo tensión: Una nueva experiencia de tratamiento*. *Acta Neurológica Colombiana*. 2015; 31(3):240-245.

11. A. Yusta Izquierdo, M.A. Cubilla Salinas, M.J. Sánchez Palomo y F. Higes Pascual. *Cefalea Medicine*. España. 2015;11(70):4147-66.
12. Caballero-Calixto L, Antón-Puescas P, Reyna-Ormeno J. *Efecto de la terapia manual en la cefalea tensional*. Neurología. España. 2017;32: 201—202.
13. Aguirre Sánchez JJ, et al. *Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas*. Extremadura. España. 2015.
14. Gil Gómez F.J, et al. *Actualización del manejo de las cefaleas en urgencias*. Medicine. España. 2015;11(89):5331-6.
15. Pedraza Hueso MI, et al. *Cefalea en jóvenes: características clínicas en una serie de 651 casos*. Neurología. 2016.
16. Pedraza MI, Mulero P, Ruíz M, de la Cruz C, Herrero S, Guerrero AL. *Características de los 2.000 primeros pacientes registrados en una consulta monográfica de cefaleas*. Neurología. 2015;30:208—213.
17. Amodeo Arahal MC, et al. *Neuralgia occipital y su manejo en Atención Primaria*. Semergen. 2016.
18. *Diagnóstico y Tratamiento de cefalea tensional y migraña en Primer y Segundo Nivel de Atención*. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-047-08. 2016.
19. Herrero-Velázquez S, Pedraza MI, Ruiz-Piñero M, Muñoz I, Posadas J, De la Torre P, et al. *Derivaciones de atención primaria a una consulta monográfica de cefaleas: análisis de los 1.000 primeros pacientes*. RevNeurol 2014; 58: 487-92.

20. Sánchez Martín-Moreno B. et al. *Protocolo diagnóstico y terapéutico de la cefalea de reciente aparición en Urgencias*. Medicine. España. 2015;11(70):4198-202
21. López Mata R.E. *Perlas clínicas y tratamiento de la cefalea en atención primaria*. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI (613) 703 - 711, 2014.
22. Ruiz Cabrera, W. *Frecuencia y características clínicas de las cefaleas primarias clasificadas en el consultorio de neurología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el periodo 2016-2017*. REPOSITORIO ACADEMICO USMP, 2019.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Nombre _____ Afiliación _____

Edad _____ Sexo _____ Ocupación _____

Antecedentes No patológicos:

Tabaquismo: _____ Alcoholismo: _____ Toxicomanías: _____

Antecedente personales patológicos:

Hipertensión Arterial _____ Diabetes Mellitus _____ Otros: _____

Signos vitales

Presión arterial _____ Frecuencia Cardíaca _____ Frecuencia Respiratoria _____

Temperatura _____

Cefalea Primaria:

Clasificación: Cefalea Tensional _____ Migraña _____

Cefalea en racimos _____

Tiempo de evolución _____

Tratamiento utilizado:

AINES _____ Esteroides _____ Triptanos _____

Opioides _____ Benzodiacepinas _____

Procinéticos _____ Otros _____

Cefalea recurrente: Si _____ <24hrs _____ >24hrs _____

No _____

Observaciones: _____

CONCENTRADO DE INFORMACIÓN

EDAD	18-28	29-38	39-48	49-58	58-MAS		
SEXO	MASCULINO			FEMENINO			
ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS	TABAQUISMO	ALCOHOLISMO		TOXICOMANÍAS			
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS	DIABETES MELLITUS	HIPERTENSIÓN ARTERIAL		OTROS			
SIGNOS VITALES	TENSIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDÍACA	FRECUENCIA RESPIRATORIA		TEMP.		
NORMAL							
ANORMAL							
CEFALEA PRIMARIA	C. TENSIONAL		C. MIGRAÑOSA		C. EN RACIMOS		
ABORDAJE INICIAL	AINES	ESTEROIDE	TRIPTANO	OPIOIDE	BENZ.	PROCINET	OTRO
CEFALEA RECURRENTE	SI				NO		
	< 24 HORAS						
	>24 HORAS						



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

NO APLICABLE

Nombre del estudio: "Cefalea Primaria, Clasificación y abordaje inicial en un servicio de urgencias".

Patrocinador externo (si aplica): No se cuenta con patrocinador externo

Lugar y fecha: San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México. Mayo 2017.

Número de registro: Pendiente por SIRELCIS

Justificación y objetivo del estudio: Valorar la clasificación y abordaje inicial de los pacientes con cefalea primaria en un servicio de urgencias para mejorar la calidad de vida del paciente.

Procedimientos: Se realizara una cédula de captura de información, se solicita a la dirección del HGZ N°6 la autorización para la revisión de los expedientes y se realizará los análisis de los datos obtenidos.

Posibles riesgos y molestias: Ninguna

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Tener mejor abordaje de tratamiento ante crisis de cefalea primaria, con disminución de recaídas.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se dará información sobre los resultados del estudio al cuerpo médico y directivo de la HGZ N° 6 para proponer la unificación de Criterios en la clasificación y abordaje adecuado en la cefalea primaria.

Participación o retiro: Se respetara el criterio a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar.

Privacidad y confidencialidad: Se protegerá la individualidad de la persona a investigar, identificándolo solo cuando los resultados los requieran y este lo autorice.

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): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Investigador Responsable: Dr. Sergio Mayer Miranda Malca
Colaboradores: Dra. Ma. Carmen Pérez Bocanegra./ Dra. Indira Escobedo López

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

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

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

MÉXICO

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



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1912 con número de registro 17 CI 19 046 129 ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 6, NUEVO LEÓN

FECHA 24/08/2017

DRA. INDIRA ESCOBEDO LOPEZ

PRESENTE

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

Cefalea Primaria, clasificación y Abordaje Inicial, en un Servicio de Urgencias.

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-2017-1912-29

ATENTAMENTE

DR.(A). CARLOS ALEJANDRO DELGADO CORTEZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1912

IMSS

SEGURIDAD SOCIAL



Dictamen de Modificación Autorizada

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1912** con número de registro **17 CI 19 046 129** ante COFEPRIS

H GRAL ZONA -MF- NUM 6, NUEVO LEÓN

FECHA **31/07/2019**

DRA. INDIRA ESCOBEDO LOPEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que la modificación al protocolo de investigación en salud con título: **Cefalea Primaria, clasificación y Abordaje Inicial, en un Servicio de Urgencias.** y con número de registro institucional: **R-2017-1912-29** y que consiste en:

Cambio metodológico

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 **MODIFICACION AUTORIZADA.**

ATENTAMENTE

DR.(A). CARLOS ALEJANDRO DELGADO CORTEZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD No.1912

Imprimir

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL