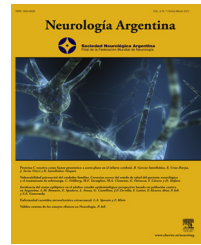




Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Casuística

Cefaleas en pacientes internados. Análisis de 35 casos

Sebastian Villate^a, Carlos Federico Buonanotte^{b,*} y Gustavo Ortiz^c

^a Servicio de Neurología, Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

^b Servicio de Neurología, Sede Cerro de las Rosas, Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

^c Servicio de Neurología, Sede Nueva Córdoba, Sanatorio Allende, Córdoba, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de noviembre de 2012

Aceptado el 26 de diciembre de 2012

On-line el 11 de julio de 2013

Palabras clave:

Cefaleas

Cefaleas primarias

Cefaleas secundarias

Cefaleas en pacientes internados

R E S U M E N

Introducción: La cefalea constituye un síndrome doloroso con múltiples causas secundarias, además de las formas primarias. En la urgencia y práctica ambulatoria es mayor la prevalencia de las cefaleas primarias. La cefalalgia que se presenta en un paciente internado puede ser un motivo de preocupación para el médico tratante, y más aún en el contexto de su enfermedad. No hay actualmente estudios reportados en nuestro medio sobre la prevalencia de cefaleas en pacientes internados.

Objetivo: Evaluar las causas de cefaleas en los pacientes hospitalizados.

Pacientes y métodos: Se evaluaron 1.324 pacientes ingresados en un hospital de la comunidad, entre mayo y octubre de 2011, de los cuales 35 cumplieron con los criterios de inclusión.

Resultados: El 45,7% de los pacientes presentó una cefalea primaria y el 54,3% restante fue de causa secundaria. La migraña fue la principal causa de cefalea primaria, y cefalea atribuida a hipoxia en las secundarias, hallándose en pacientes con motivo de ingreso quirúrgico y asociada a neumopatías infecciosas.

Conclusión: En nuestro estudio la frecuencia de cefaleas primarias y secundarias fue semejante en los pacientes internados.

© 2012 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Headache in hospitalized patients. Analysis of 35 cases

A B S T R A C T

Introduction: Headache is a pain syndrome secondary to multiple causes, in addition to the primary forms. In the ambulatory setting and urgent care, the prevalence of primary headaches is higher. Headache in an inpatient can be worrisome for the treating physician, even more in the context of an underlying cause of admission. Currently, there are no studies reporting the prevalence of headaches in inpatients.

Objective: To evaluate causes of headache in hospitalized patients.

Patients and methods: We evaluated 1.324 hospitalized patients in a community hospital, between May and October 2011, of which 35 fulfilled inclusion criteria.

Keywords:

Headaches

Primary Headaches

Secondary Headaches

Headaches in inpatients

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: federicobuonanotte@gmail.com (C.F. Buonanotte).

Results: Primary headache was diagnosed in 45.7%; whereas 54.3% had secondary headaches. Migraine was the main primary headache. Headache attributed to hypoxia was the most common secondary headache, found mostly in patients admitted for surgical reasons, or associated to pulmonary infections.

Conclusion: In our study, the frequency of primary and secondary headaches in hospitalized patients was similar.

© 2012 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La cefalea es uno de los motivos de consulta neurológica más frecuente, tanto en los Servicios de guardia como en los consultorios¹⁻⁵. El 90% de los adultos ha referido padecer cefalea alguna vez en su vida, y de estos el 50 a 60% sufre de cefaleas con una periodicidad variable².

Las cefaleas primarias no comprometen la vida de los pacientes, pero las cefaleas secundarias pueden deberse a un cuadro de mayor gravedad que necesite intervención médica^{2,6}.

Las características clínicas de las cefaleas secundarias están expresadas en la Clasificación de la *International Headache Society* (IHS)⁶ y se describen ampliamente como reporte de casos aislados, pero no hay series en la literatura sobre la prevalencia de cefaleas en pacientes internados. Por lo tanto las cefaleas en el paciente internado deben evaluarse en un contexto individual. No hay en nuestro medio estudios que evalúen su incidencia y prevalencia^{3,7}.

La presentación de una cefalea en un paciente internado implica considerar entre las hipótesis diagnósticas la reactivación de una cefalea primaria o una cefalea secundaria como complicación de su cuadro patológico. La disquisición clínica motiva conductas terapéuticas diferentes para su resolución y evitar errores diagnósticos^{6,8}.

El objetivo de este estudio es evaluar las causas de cefaleas en pacientes hospitalizados.

Materiales y métodos

Pacientes

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes internados en sala común durante el periodo comprendido entre mayo y octubre de 2011 que presentaron durante su ingreso el síntoma cefalea. Los pacientes con dicho síntoma fueron evaluados por médicos neurólogos para confirmar el diagnóstico con los criterios de la IHS. Se estableció como criterio de exclusión los pacientes que presentaron cefalea como parte del motivo de ingreso. El total de pacientes internados durante el periodo fue de 1.324, de los cuales cumplieron los criterios de inclusión 35. La [tabla 1](#) muestra las características demográficas de la población estudiada.

El trabajo clínico estuvo sujeto a las reglas de buena práctica clínica, según la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial⁹. El consentimiento informado fue evaluado y

aprobado por el Comité Institucional de Ética de Investigación en Salud del Sanatorio Allende.

Métodos

Los pacientes incluidos fueron evaluados por anamnesis dirigida, para identificar señales de alarma en cefaleas¹⁰⁻¹², y se completó una encuesta semiestructurada que incluyó: edad, sexo, motivo de ingreso, antecedentes de cefaleas, consultas médicas por su dolor de cabeza, tratamiento de este en caso de que lo tuviese y si persiste durante el ingreso, procedimientos quirúrgicos recientes y tipo de anestesia empleada y antecedentes patológicos con su correspondiente medicación.

En el examen físico se consideró: signos vitales, fondo de ojo directo y examen neurológico completo con examen de sensibilidad, examen motor, reflejos, signos meníngeos y valoración del estado mental.

A todos los integrantes se les realizaron exámenes complementarios donde se evaluó la glucemia, el hematocrito, la hemoglobina, el dióxido de carbono, el oxígeno, el bicarbonato, el pH, la saturación de la hemoglobina y el ionograma durante el episodio de cefalea. La muestra se procesó en un analizador de gases Radio Meter ABC-800 (FLEX) equipado con electrodo ión selectivo.

Se consignó el tratamiento aplicado por el médico tratante y si requirió algún tipo de imágenes.

Los datos obtenidos para el diagnóstico fueron comparados con los requeridos por la Clasificación de la IHS 2004⁶.

Resultados

De los 1.524 pacientes incluidos 35 presentaron cefaleas durante el ingreso.

La edad promedio fue 44,8 años $\pm$ 2,9 (media $\pm$ error estándar [M $\pm$ EE]), el 48,6% fueron mujeres y el 51,4 fueron hombres. De los pacientes que presentaron cefaleas el 45,7% fueron cefaleas primarias y el 54,3% de tipo secundarias.

Las cefaleas primarias presentaron una distribución por edad de 43,4 $\pm$ 17,8. El principal diagnóstico fue migraña, seguido de cefaleas tensionales y cefaleas tensionales episódicas infrecuentes ([fig. 1](#)).

Las cefaleas secundarias mostraron un promedio de edad de 46,17 $\pm$ 17,02, 52,6% fueron hombres y 47,4% mujeres. La cefalea secundaria más frecuente fue por hipoxia relacionada con antecedente quirúrgico (57,1%), y asociada a neumopatías infecciosas (42,9%). Los resultados de laboratorio fueron

Tabla 1 – Características demográficas de la población estudiada, distribuidas en cefaleas primarias y secundarias

	Cefaleas primarias N	Cefaleas secundarias N	Total N
N Sexo masculino	8	10	18
N Sexo femenino	8	9	17
Motivo de ingreso quirúrgico	7	5	12
HTA	2	5	7
EPOC	1	0	1
Diabetes	1	2	3
Síndrome metabólico	2	1	3
Arritmias cardíacas	1	0	1
TEC	1	0	1
Hipotiroidismo	1	1	2
Preeclampsia	0	1	1
Asma	0	1	1
Osteoporosis	0	1	1
Apnea del sueño	0	1	1
Quimioterapia	1	0	1

normales en todos los casos, exceptuando aquellos que presentaron hipoxia.

datos de laboratorio mostraron una hipoxemia con un valor de presión parcial de oxígeno (pO_2) de 69 mm Hg en el momento del dolor.

Presentación de 3 casos clínicos de la serie

Caso 1

Paciente de sexo femenino, de 32 años de edad, que ingresa por histerectomía, con antecedentes de migraña, tratada sintomáticamente con antimigrañosos. No continuó con el tratamiento sintomático habitual en el ingreso. Se sometió a cirugía y presentó la cefalea durante las primeras 48 h del postoperatorio, que fue de tipo frontal, pulsátil, holocraneana de intensidad 5/10, sin síntomas autonómicos asociados. El examen físico y los signos vitales fueron normales, pero los

Caso 2

Paciente de sexo femenino de 48 años de edad, que ingresa para nefrectomía, con antecedentes de migraña, hipotiroidismo y síndrome metabólico, tratada con levotiroxina, metformina y estatinas. No estaba bajo tratamiento por su migraña esporádica. Se le realizó anestesia general. Presentó la cefalea durante las primeras 48 h del postoperatorio, que fue de tipo frontal, constante, holocraneana de intensidad 6/10 sin síntomas asociados. El examen físico y los signos vitales fueron normales; tuvo hipoxemia de 57 mm Hg de pO_2 en el momento del dolor.

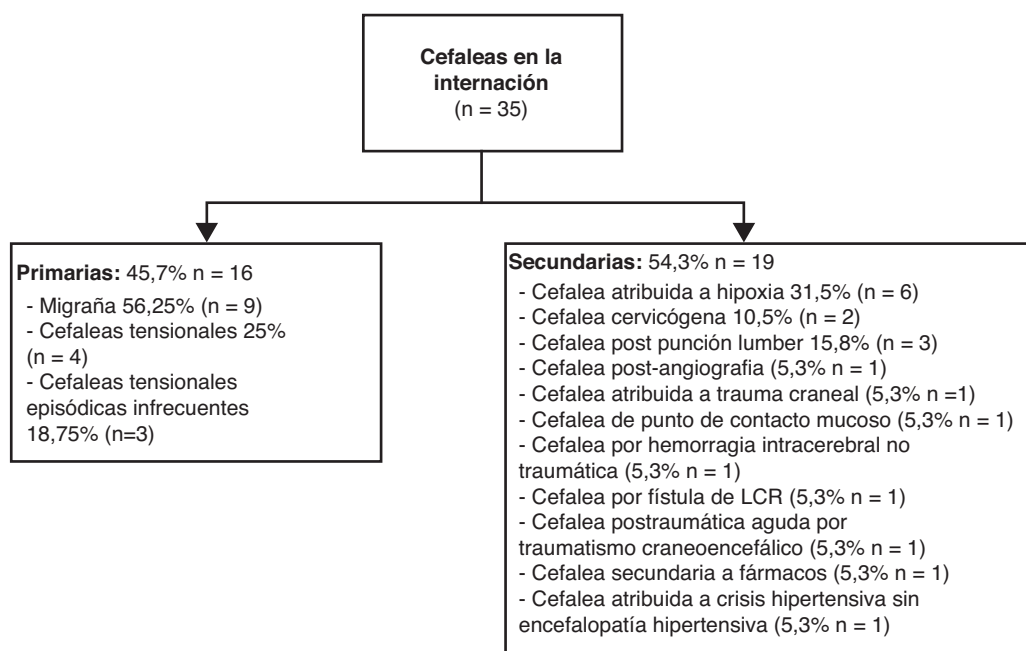


Figura 1 – Clasificación y subtipos de cefaleas primarias y secundarias en la población estudiada.

Caso 3

Paciente de 89 años de edad de sexo femenino, que ingresa por síndrome febril, con antecedentes de hipertensión arterial (HTA) y osteoporosis, tratada con enalapril e ibandronato. Presentó un episodio de cefalalgia frontal, pulsátil, holocraneana de 5/10 de intensidad sin síntomas asociados. El examen físico fue normal, pero su tensión arterial fue de 180/100 y el laboratorio arrojó un valor de pO_2 de 51 mm Hg de pO_2 . La paciente fue tratada con enalapril de 10 mg por su presión arterial (PA) elevada, y su cefalea mejoró antes de los 60 min.

Discusión

A diferencia de la práctica ambulatoria y por sistema de emergencias las cefaleas en pacientes ingresados presentaron una baja prevalencia¹⁻⁵. La relación es proporcional entre las primarias y secundarias. Los criterios diagnósticos son útiles, pero no siempre es práctica la evaluación en este contexto agudo con un perfil temporal y multifactorial.

El diagnóstico de cefalea primaria y secundaria puede ser complejo en pacientes internados^{2,6}.

De acuerdo con la clasificación, cuando una cefalea con características migrañosas ocurre por primera vez en estrecha relación temporal con otra enfermedad causante de cefalea, se clasifica como una cefalea secundaria, cefalalgia nueva que ocurre con otro trastorno reconocido como capaz de causarla². Cuando una migraña preexistente empeora en relación cercana con otro trastorno que también es causante de cefaleas hay 2 posibilidades y se requiere una valoración clínica². Se puede clasificar como migraña, o como migraña más cefalea secundaria al trastorno acompañante². Los factores que apoyan el añadir el segundo diagnóstico son: una relación temporal muy próxima, un empeoramiento marcado de la migraña, la evidencia de que el trastorno puede agravar la migraña y una mejoría o remisión de la migraña después de la resolución de la causa agravante².

La cefalea atribuida a hipoxia y/o hipercapnia exige para su diagnóstico que la cefalea ocurra en 24 h tras el inicio agudo de la hipoxia con una PO_2 menor a 70 mm Hg². Los casos 1 y 2 cumplen con dicho requisito.

De lo anterior surge que en estos casos la hipoxia fue el gatillo o episodio que desató las crisis migrañosas.

Las evidencias indican que el síntoma que los pacientes hipertensos refieren con mayor frecuencia es el dolor de cabeza^{13,14}. La relación entre hipertensión y cefalea ha estado presente en la literatura médica desde hace casi un siglo, desde que Janeway estudio pacientes hipertensos que frecuentemente informaban de padecer cefaleas, y la describió como «cefalea típica del hipertenso»¹³. No obstante, numerosos estudios han estudiado el problema revelando ausencia de relación entre los informes de cefalea y los valores de la PA¹⁴⁻¹⁷. No encontraron episodios de cefaleas en las fases hipertensivas 1 y 2 ni en episodios de niveles de PA superiores a 180/110 mm Hg. De hecho, los valores de PA registrados antes y después de la ocurrencia de los episodios de cefalea no resultaron significativamente diferentes, e incluso en la mayoría de los pacientes los valores máximos de PA se registraron en periodos sin cefalea^{17,18}. También se evaluó la presión

arterial ambulatoria en el ámbito laboral mediante monitorización de 24 de la presión arterial, y se demostró que la hipertensión no está asociada con dolor de cabeza¹⁹. En cambio, el trabajo publicado por Ramos acerca de los síntomas más frecuentemente asociados a la HTA severa sin daño de órgano blanco en el Servicio de Urgencias, posicionó la cefalea en tercer lugar después de la inestabilidad postural y la sensación de desasosiego²⁰.

La clasificación propone que la HTA leve (140-159/90-99 mm Hg) o moderada (160-179/100-109 mm Hg) no es causa de cefalea. Si la hipertensión moderada predispone a la cefalea sigue siendo un tema controvertido, pero hay poca evidencia al respecto. Sin embargo, la cefalea atribuida a crisis hipertensiva sin encefalopatía hipertensiva tiene como uno de sus criterios diagnósticos presión sanguínea sistólica (a > 160 mm Hg) o diastólica (> 120 mm Hg) pero sin características clínicas de encefalopatía hipertensiva^{2,21}. Valores de PA entre 161 y 179 mm Hg de presión sistólica quedan en una zona de incertidumbre en el momento de hacer el diagnóstico por superponerse en 2 criterios diagnósticos distintos, de modo que en el ejemplo 3 la cefalea fue atribuida a crisis hipertensiva sin encefalopatía hipertensiva.

Conclusión

En nuestro estudio la relación cefaleas primarias y secundarias se equiparó en los pacientes internados. La migraña fue la principal causa de cefaleas primarias, mientras que el grupo de mayor frecuencia dentro de las cefaleas secundarias fue debido a hipoxia en pacientes con motivo de ingreso quirúrgico y asociado a neumopatías infecciosas. La hipertensión se relacionó con cefaleas, pero la confirmación del diagnóstico es discutible. La correcta evaluación diagnóstica de las cefaleas en pacientes internados es importante y a veces compleja.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Agradecimientos

Dr. de Elias, jefe del laboratorio central del Sanatorio Allende, Sede de Nueva Córdoba, por el análisis de muestras sanguíneas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Argente H, Alvarez M. Semiología médica. 1.^a ed. 198 Argentina; 2006. p. 1227-33.
2. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011. Italy. ISBN 978 92 4 156421 2.
3. Micheli F, Fernandez Pardal M. Fundamentos de neurología. 2.^a ed. Buenos Aires, Argentina; 2010. p. 131-43.
4. Busto Galego J, Moraes A. Chronic daily headache. Stress and impact on the quality of life. Arq Neuropsiquiatr. 2007;65:1126-9.

5. Colás R, Muñoz P, Temprano R. Chronic daily headache with analgesic overuse. *Epidemiology and impact on quality of life. Neurology.* 2004;62:1338.
6. The International Classification of Headache Disorders (TICHD). *Cephalalgia.* 2004;24 Suppl 1:1-160.
7. DeMeyer W. Técnica del examen neurológico. 3.^a ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana; 1987. p. 160-73.
8. Otman Fernández C, Cabrera A. Diagnóstico de las cefaleas. Trabajo de revisión. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999;15:555-61.
9. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59^a Asamblea General. Seúl, Corea, octubre de 2008.
10. Cefalea en el área de urgencias. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. Recomendaciones Madrid: Copyright: 2006.
11. Toledo JB, Riverol M. Cefalea en urgencias. *An Sist Sanit Navar Universidad de Navarra Pamplona.* 2008;31 Supl 1:75-85.
12. Bonamico I, Figuerola O, Buonanotte F. Guía de práctica clínica sobre el rol de las neuroimágenes en cefalea. Grupo de trabajo de cefaleas. *Rev Neurol Arg.* 2006;31:7-73.
13. Friedman D. Headache and hypertension: Refusing the myth. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2002;72, 431-431.
14. Granados Gámez G, Gil Roales-Nieto J. Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión. Universidad de Almería, España. *Rev Int Psychol Ther Psychol.* 2005;5:165-206.
15. Friedman R, Schwartz JE, Schnall PL, Landsbergis PA, Pieper C, Gerin W, et al. Psychological variables in hypertension: Relationship to casual or ambulatory blood pressure in men. *Psychosom Med.* 2001;63:19-31.
16. Cirillo M, Stellato D, Lombardi C, de Santo NG, Covelli V. Headache and cardiovascular risk factors: positive association which hypertension. *Headache.* 1999;39:409-16.
17. Kruszewski P, Bieniaszewski JN, Krupa-Wojciechowska B. Headache in patients with mild to moderate hypertension is generally not associated with simultaneous blood pressure elevation. *J Hypertens.* 2000;18:437-44.
18. Gus M, Fuchs FD, Pimentel MD, Rosa MD, Melo AG, Moreira LB. Behavior of ambulatory blood pressure surrounding. Episodes of headache in mildly hypertensive patients. *Arch Intern Med.* 2001;161:252-5.
19. Muiesan ML, Padovani A. Headache: Prevalence and relationship with office or ambulatory blood pressure in a general population sample (the Vobarno Study). *Blood Press.* 2006;15:14-9.
20. Ramos F. Medición convencional de la presión arterial. El monitoreo ambulatorio de presión arterial y otras técnicas de medición de la presión arterial en clínica y en investigación. Buenos Aires, Argentina: American Marketing & Communication SRL; 1999. p. 14-48.
21. Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens.* 2007;25:1105-87.