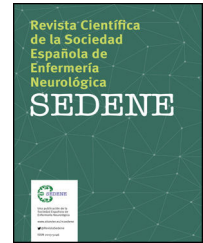




Enfermería Neurológica

www.elsevier.es/rcsedene



ORIGINAL

Evaluación de la calidad y manejo de la cefalea en un paciente ingresado en el área de Neurociencia. Estudio CALMA



Eulalia Gine-Cipres^{a,b}, Marta Torres Ferrus^{a,b}, Victor J. Gallardo^b,
Alicia Alpuente Ruiz^{a,b}, Edoardo Caronna^b y Patricia Pozo-Rosich^{a,b,*}

^a Unidad de Cefalea, Servicio de Neurología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^b Headache Research Group, Vall d'Hebron Institut de Recerca, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 10 de mayo de 2023; aceptado el 23 de enero de 2024

Disponible en Internet el 27 de marzo de 2024

PALABRAS CLAVE

Cefalea;
Prevalencia;
Ingreso hospitalario;
Cuidados de
enfermería

Resumen

Introducción: La cefalea es un síntoma neurológico muy común. En referencia a los pacientes hospitalizados, no disponemos de datos epidemiológicos de prevalencia global de cefalea en el paciente hospitalizado.

Objetivo: Describir la prevalencia de la cefalea en pacientes hospitalizados, sus desencadenantes y nivel de cumplimiento de los registros de enfermería.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal realizado en el área de neurociencias del Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH). Los datos recogidos fueron sociodemográficos, relacionados con el motivo de ingreso y el dolor durante el ingreso. El análisis estadístico se realizó con R v4.1.1.

Resultados: De los 45 pacientes ingresados, participó el 55% (25/45), 64% (16/25) eran mujeres; 60% (15/25) había presentado cefalea durante el ingreso, de los cuales el 73,3% (11/15) fue en las últimas 24 horas. Reconocían como posibles desencadenantes más frecuentes el estrés 33,3% (5/15), el ruido (5/15) y derivados por el ingreso (3/15). En cuanto al seguimiento diario por la enfermera, 100% (25/25) de los pacientes respondieron que se les había preguntado por el dolor en general, y en 32% (8/25) específicamente por la cefalea. No se había realizado ningún registro de cefalea en el programa informático de registro.

Conclusión: La cefalea es síntoma que se presenta de manera frecuente en los pacientes hospitalizados. El estrés y el ruido parecen ser desencadenantes de esta situación. Es importante la implementación de registros y estrategias específicas para minimizar el impacto de la cefalea durante el ingreso.

© 2024 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patricia.pozo@vallhebron.cat (P. Pozo-Rosich).

KEYWORDS

Headache;
Prevalence;
Hospitalization;
Nursing care

Quality evaluation and headache management in a patient admitted to the neuroscience area. CALMA study

Abstract

Introduction: Headache is a very common neurological symptom. It is the first reason for consultation in neurology. About hospitalized patients, we do not have epidemiological data on the global prevalence of headaches in hospitalized patients.

Objective: To describe the prevalence of headaches in hospitalized patients, their triggers, and the level of compliance with nursing records.

Methodology: This is a descriptive, observational, and cross-sectional study at the Vall d'Hebron University Hospital (HUVH). The data collected were sociodemographic, related to the reason for admission and pain during admission. Statistical analysis was performed with R v4.1.1.

Results: Of the 45 admitted patients, 55% (25/45) participated, 55% (25/45) participated, 64% (16/25) were women. 60% (15/25) had presented headaches during admission, of which 73.3% (11/15) occurred in the last 24 hours. The 33.3% (5/15) recognized stress as the most frequent trigger, noise (5/15), and income derivatives (3/15). During the daily follow-up by the nurse, 100% (25/25) of the patients answered that they had been asked about pain in general and 32% (8/25) specifically about headaches. No records were obtained due to the computer program's non-existence of nursing clinical variables.

Conclusion: Headache is a symptom that occurs prevalently in hospitalized patients. Stress and noise seem to be triggers of this situation. Certain behaviors on the part of health centers and professionals could help improve the care of these patients.

© 2024 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La cefalea es un síntoma neurológico muy común¹. En estudios poblacionales en países occidentales, se describen cifras de prevalencia de entre 73-89% en hombres y de entre 92-99% en mujeres².

El debut de la cefalea, sus características clínicas y los síntomas que la acompañan nos orientan a sus posibles causas: factores ambientales (como la cefalea atribuida al consumo de sustancias como el alcohol), factores genéticos o enfermedades que generan cefalea de forma recurrente (como la migraña o la cefalea en racimos) o enfermedades graves que pueden poner en riesgo la vida de la persona (como la hemorragia cerebral o la meningitis)³.

Según la Clasificación Internacional de Cefalea³, las cefaleas primarias son enfermedades neurológicas en las que la cefalea es el síntoma principal y se suelen acompañar de un conjunto de síntomas concomitantes que caracterizan a cada una de ellas. Las principales cefaleas primarias son la migraña, las cefaleas trigémino-autonómicas o la cefalea de tipo tensión^{3,4}.

En las cefaleas secundarias, el dolor de cabeza es un síntoma de otra enfermedad, neurológica o sistémica y en algunos casos puede ser grave. Las principales causas secundarias son las infecciones, tumores, ictus isquémicos o hemorrágicos, ictus, contusiones o traumatismos^{3,5}.

Debido a la alta prevalencia, gran heterogeneidad clínica y de sus causas, la cefalea constituye el primer motivo de consulta en neurología, tanto en urgencias como en consultas externas⁶.

En referencia a los pacientes hospitalizados, los datos son limitados, no disponemos de datos epidemiológicos de prevalencia global de cefalea en el paciente hospitalizado

y los escasos estudios publicados se centran en poblaciones especiales, como el periodo del posparto, siendo la migraña y las cefaleas secundarias las causas más frecuentes en este grupo de pacientes^{7,8}.

Además de la enfermedad y las causas médicas que propician el ingreso, otros factores como la luz, la temperatura, los ruidos o tener una habitación compartida pueden producir un aumento y/o ser desencadenante de la cefalea. Es importante tener en cuenta la propia situación del paciente ingresado y con un proceso de enfermedad le puede desencadenar malestar psicológico, tristeza o ansiedad y otros síntomas dolorosos que a su vez participarían empeorando la cefalea⁹.

Los profesionales de enfermería son responsables de evaluar, durante la estancia hospitalaria de los pacientes ingresados, la presencia de signos, síntomas y posibles complicaciones, entre ellos la cefalea¹⁰. El hospital dispone de protocolos y procedimientos estandarizados para valorar el dolor. Se describen, en función de la situación del paciente, los intervalos recomendables de valoración del dolor. En el mismo, se recomienda que se registre tanto la presencia como la ausencia de dolor en el aplicativo correspondiente. En estos protocolos no se especifica la valoración de cefalea.

El objetivo principal del estudio fue describir la prevalencia de la cefalea en pacientes hospitalizados, sus posibles desencadenantes y el nivel de cumplimiento de los registros de enfermería de la variable cefalea.

Métodos

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal realizado en el Hospital Universitario Vall

d'Hebron (HUVH), es un hospital universitario, público y terciario, ubicado en Barcelona (España).

Se incluyeron a todos los pacientes ingresados en la unidad de hospitalización del Servicio de Neurología y Neurocirugía, que comprenden un total de 54 camas, 27 por servicio.

Se excluyeron a los pacientes que no podían participar por motivos médicos (gravedad o aislamiento), por motivos limitantes en la comunicación (barrera idiomática, nivel de conciencia alterado, alteraciones de comprensión o expresión) y que no aceptaron participar o firmar el consentimiento informado.

Los datos fueron recogidos por la enfermera experta de la Unidad de Cefalea del HUVH en mayo de 2021.

Los datos de los pacientes que aceptaron participar, fueron obtenidos de tres fuentes: el programa informático del hospital (Systems, Applications, Products in Data Processing [SAP]), un cuestionario *ad hoc* y del programa informático de variables clínicas enfermeras (Gacela [Programa de armonización de estandar de cuidados de la Generalitat de Cataluña])¹¹.

Del programa SAP se obtuvo la información sobre la unidad de ingreso, servicio responsable, diagnóstico (se subdividió en neurovascular y no neurovascular), habitación, variables sociodemográficas (edad y sexo), fecha de admisión y días de ingreso.

Se preguntó de manera sistemática con un cuestionario *ad hoc* semiestructurado dividido en dos bloques: un bloque previo al ingreso y el segundo perteneciente al ingreso. Previo al ingreso: presencia de cefalea recurrente, presencia de diagnóstico de cefalea primaria, en caso afirmativo que cefalea primaria estaba diagnosticado (migraña, cefalea tensional, cefalea trigémico-autonómica, otro); medicación habitual para tratar el dolor y medicación preventiva para tratar la cefalea. Durante el ingreso: posibilidad de continuar con el tratamiento habitual para la cefalea, realización de interrogatorio diario de dolor y cefalea, presencia de cefalea durante el ingreso, presencia de cefalea las últimas 24 horas, intensidad de la cefalea, desencadenantes que le podrían haber producido la cefalea, medicación para tratar el dolor y si la medicación resolvió la cefalea en menos de dos horas.

Del programa informático de variables clínicas enfermeras Gacela, se obtuvieron los resultados registrados de la variable «Intensidad de Cefalea» mediante la escala visual analógica (EVA).

Los datos fueron registrados en la base de datos digital RedCAP®¹².

Análisis de los datos

El análisis descriptivo de las variables clínicas se realizó mediante tablas de frecuencia en las variables categóricas o de tipo nominal; la mediana como medida de tendencia central y el rango intercuartil (intervalo Q1-Q3) como medida de dispersión para las variables continuas.

Para evaluar las diferencias entre el grupo de pacientes que tuvieron cefalea y los que no durante el ingreso, se utilizó el *test* de *t* de Student en variables con distribución normal y la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon en caso de no cumplir este criterio. La normalidad de los datos

se realizó mediante *test* estadísticos (*test* Shapiro-Wilk) e inspección visual (gráficos Q-Q). Para variables categóricas, se empleó la prueba de bondad de ajuste χ^2 .

El análisis estadístico se realizó con R v4.1.1 y todas las pruebas se llevarán a cabo para un nivel de significación de 5%.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Vall d'Hebron PR(AG)424/2020. Los participantes fueron informados adecuadamente sobre el propósito de la investigación, para lo cual se solicitó el consentimiento informado por escrito. El grupo de investigación es responsable de recolectar y almacenar los datos en condiciones seguras y confidenciales, salvaguardando así la identidad del paciente, mediante la anonimización de los datos clínicos de acuerdo al cumplimiento de la Ley 3/2018 de protección de datos y garantía digital

Resultados

En el momento de la recogida de datos, en las unidades de hospitalización había 45 pacientes ingresados. De los pacientes estudiados, 55% (25/45) aceptaron participar, 45% (20/45) fueron excluidos por: 22% (10/45) imposibilidad de comunicación, 17,7% (8/45) no estar presencialmente en la habitación y 4,4% (2/45) por barrera idiomática.

La **tabla 1** muestra las principales variables demográficas y resultados de la encuesta. La edad media de los pacientes hospitalizados es de 69 años, el rango de edades (mínimo-máximo) de los pacientes ingresados que accedieron a participar en el estudio varía entre 28 y 89 años (rango intercuartil [RIQ]: 61,0; 75,0) y 64% (16/25) eran mujeres. De los pacientes, 48,0% (12/25) estaban ingresados en el Servicio de Neurología y 52,0% (13/25) en Neurocirugía. La media de días de ingreso de los pacientes entrevistados fue de 8,0 (RIQ:3,0; 15,0) días.

De los pacientes entrevistados, 60% (15/25) había presentado cefalea durante el ingreso, de los cuales 73,3% (11/15) fue en las últimas 24 horas. La intensidad del dolor en los pacientes que presentaron cefalea las últimas 24 horas fue leve en 18,2% (2/11), moderado en 54,5% (6/11) y severo en 27,3% (3/11) de los casos. Recibieron tratamiento para el dolor 72,7% (8/11), de los cuales les remitió el dolor en menos de dos horas a 50% (4/8).

De las personas ingresadas que tuvieron cefalea durante el ingreso, reconocían como posibles desencadenantes más frecuentes el estrés 33,3% (5/15), el ruido (5/15) y derivados por el motivo de ingreso (3/15).

En cuanto al seguimiento diario por la enfermera de referencia, 100% (25/25) de los pacientes respondieron que se les había preguntado por el dolor en general, y en 32% (8/25) específicamente por la cefalea.

No se obtuvieron datos de la variable «Intensidad de Cefalea», medido por la escala EVA, en el programa informático de variables clínicas enfermeras Gacela por falta de registro.

Encontramos que la única variable asociada de manera estadísticamente significativa a la presencia de cefalea

Tabla 1 Datos demográficos, características clínicas y variables de hospitalización de los pacientes reclutados

Variable	Pacientes hospitalizados (n = 25)
Datos demográficos	
Edad, mediana [RIQ]; años	69,0 (61,0; 75,0)
Mujeres, % (n)	64,0% (16/25)
Antecedentes	
Cefalea recurrente, % (n)	64,0% (16/25)
Insomnio recurrente, % (n)	44,0% (11/25)
Características cefalea previa	
<i>Diagnóstico cefalea[†], % (n)</i>	
Sin diagnóstico	81,2% (13/16)
Migraña	6,3% (1/16)
Cefalea tensional	6,3% (1/16)
Otro diagnóstico	6,3% (1/16)
<i>Uso tratamiento agudo[‡], % (n)</i>	
Analgésicos simples	75,0% (12/16)
AINE	62,5% (10/16)
Triptanes	6,2% (1/16)
<i>Uso tratamiento preventivo[‡], % (n)</i>	
	0% (0/3)
Hospitalización	
<i>Servicio de hospitalización, % (n)</i>	
Neurología	48,0% (12/25)
Neurocirugía	52,0% (13/25)
Duración ingreso, mediana (RIQ); días	8,0 (3,0, 15,0)
Cefalea durante hospitalización, % (n)	60% (15/25)
<i>Desencadenantes cefalea hospitalización*, % (n)</i>	
Estrés	33,3% (5/15)
Ansiedad	13,3% (2/15)
Ruido	33,3% (5/15)
Motivo de ingreso	20,0% (3/15)
Frío/calor	13,3% (2/15)
Luces	13,3% (2/15)
Estado anímico	6,7% (1/15)
Tratamiento durante hospitalización	13,3% (2/15)
Dolor generalizado	6,7% (1/15)
Compañero de habitación	13,3% (2/15)
<i>Valoración diaria enfermería, % (n)</i>	
Dolor	100,0% (25/25)
Cefalea	32,0% (8/25)
<i>Presencia en las últimas 24 h, % (n)</i>	
Cefalea*	73,3% (11/15)
Insomnio	56,0% (14/25)
Características cefalea últimas 24 h	
<i>Intensidad cefalea[§], % (n)</i>	
Leve	18,2% (2/11)
Moderado	54,5% (6/11)
Severo	27,3% (3/11)
<i>Seguimiento cefalea[§], % (n)</i>	
	54,5% (6/11)
<i>Tratamiento agudo[§], % (n)</i>	
Utilizó tratamiento agudo	72,7% (8/11)
Dolor desapareció tras 2 h	50,0% (4/8)

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; RIQ: rango intercuartil (Q1-Q3).

[†] Datos reportados por pacientes con historia previa de cefalea recurrente (n = 16).

[‡] Datos reportados por pacientes con diagnóstico previo de cefalea (n = 3).

* Datos reportados por pacientes con presencia de cefalea durante hospitalización (n = 15).

[§] Datos reportados por pacientes con presencia de cefalea en las últimas 24h de hospitalización (n = 11)

Tabla 2 Diferencias demográficas, clínicas y de hospitalización entre pacientes con y sin cefalea durante su hospitalización

Variable	Sin cefalea (n = 10)	Con cefalea (n = 15)	Valor p
Datos demográficos			
Edad, mediana (RIQ); años	66,5 (61,2, 71.0)	69,0 (60,5, 82.5)	0,488 [†]
Mujeres, % (n)	70,0% (7/10)	60,0% (9/15)	0,691 [§]
Antecedentes			
Cefalea recurrente, % (n)	20,0% (2/10)	93,3% (14/15)	< 0,001[§]
Insomnio recurrente, % (n)	30,0% (3/10)	53,3% (8/15)	0,414 [§]
Hospitalización			
<i>Servicio de hospitalización, % (n)</i>			
Medicina	50,0% (5/10)	46,7% (7/15)	> 0,999 [§]
Cirugía	50,0% (5/10)	53,3% (8/15)	> 0,999 [§]
Duración, mediana (RIQ); años	8,0 (2,0; 14,5)	8,0 (5,0, 17,5)	0,781 [‡]
<i>Etiología motivo de ingreso, % (n)</i>			
Neurovascular	50,0% (4/10)	33,3% (4/15)	0,648 [§]
No neurovascular	12,5% (1/10)	41,7% (5/15)	0,325 [§]

Valor p en negrita indica $p < 0,050$.

[†] Significancia estadística evaluada mediante la prueba t de Student para datos no apareados.

[‡] Significancia estadística evaluada mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para datos no apareados.

[§] Significancia estadística evaluada mediante la prueba exacta de Fisher.

RIQ: rango intercuartil (Q1-Q3).

Tabla 3 Diferencias demográficas, clínicas y de hospitalización entre pacientes con y sin cefalea durante las 24 h previas a la inclusión

Variable	Sin cefalea 24 h (n = 4)	Con cefalea 24 h (n = 11)	Valor p
Edad, mediana (RIQ); años	83,5 (75,8, 89,0)	67,0 (58,5, 76,0)	0,047[†]
Mujeres, % (n)	50,0% (2/4)	63,6% (7/11)	> 0,999 [§]
Cefalea recurrente, % (n)	100,0% (4/4)	90,9% (10/11)	> 0,999 [§]
Insomnio recurrente, % (n)	50,0% (2/4)	54,5% (6/11)	> 0,999 [§]
Hospitalización			
<i>Servicio de hospitalización, % (n)</i>			
Neurología	75,0% (3/4)	36,4% (4/11)	0,282 [§]
Neurocirugía	25,0% (1/4)	63,6% (7/11)	0,282 [§]
Duración, mediana (RIQ); días	7,5 (5,5; 8,0)	13,0 (5,5; 22,5)	0,148 [‡]
<i>Etiología motivo de ingreso, % (n)</i>			
Neurovascular	25,0% (1/4)	27,3% (3/11)	> 0,999 [§]
No neurovascular	50,0% (2/4)	27,3% (3/11)	0,523 [§]
<i>Desencadenantes cefalea, % (n)</i>			
Estrés	25,0% (1/4)	36,4% (4/11)	> 0,999 [§]
Ansiedad	0,0% (0/4)	18,2% (2/11)	> 0,999 [§]
Ruido	50,0% (2/4)	27,3% (3/11)	0,560 [†]
Motivo de ingreso	0,0% (0/4)	27,3% (3/11)	0,516 [§]
Frío/calor	25,0% (1/4)	9,1% (1/11)	0,476 [§]
Luces	75,0% (3/4)	90,9% (10/11)	0,476 [†]
Estado anímico	75,0% (3/4)	100,0% (11/11)	> 0,999 [†]

Valor p en negrita indica $p < 0,050$.

[†] Significancia estadística evaluada mediante la prueba t de Student para datos no apareados.

[‡] Significancia estadística evaluada mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para datos no apareados.

[§] Significancia estadística evaluada mediante la prueba exacta de Fisher.

RIQ: rango intercuartil (Q1-Q3).

durante el ingreso fue la presencia de cefalea recurrente previa al ingreso: 93,3% (14/15) con cefalea previa vs. 20% (2/10) sin cefalea previa ($p < 0,001$) con un riesgo relativo (RR) asociado de 1,46 (IC 95%: 1,01-2,11). No hubo diferen-

cias estadísticamente significativas entre las variables de edad, sexo, presencia de insomnio recurrente, servicio de ingreso, duración del ingreso en días o el motivo de ingreso (tabla 2).

Las variables analizadas entre los pacientes que tuvieron cefalea durante el ingreso y los que tuvieron cefalea las últimas 24 horas (tabla 3), la única variable asociada estadísticamente significativa a la presencia de cefalea en las últimas 24 horas fue la edad media (83,5 años de edad media sin cefalea las últimas 24 horas; 67,0 años de edad media con cefalea las últimas 24 horas; $p=0,047$). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre sexo, la cefalea recurrente, el insomnio, el servicio de ingreso, la duración de ingreso, el motivo de ingreso, ni los desencadenantes de cefalea.

Discusión

Presentamos los resultados realizados en el área de hospitalización de Neurociencias, de un estudio realizado en un hospital terciario con el objetivo principal de determinar la prevalencia de cefalea en los pacientes hospitalizados.

El estudio revela que, entre aquellas personas que pueden participar en un estudio que exige la colaboración del paciente, la cefalea es un síntoma frecuente, y es que hasta el 60% de los pacientes ingresados en los servicios de Neurología y Neurocirugía habían presentado cefalea durante el ingreso. Por tanto, aunque la cefalea es un síntoma frecuente en la población general², presenta una prevalencia especialmente elevada en las unidades de neurología.

En las guías y protocolos clínicos se recomienda la valoración del dolor con una escala validada¹⁰, como la EVA. Observamos que el interrogatorio y registro sobre el dolor general se realiza de forma correcta, pero la cefalea no se pregunta ni se registra en la historia clínica del paciente.

Observamos que los pacientes con cefalea recurrente previa, tenían 50% más de probabilidades de presentar cefalea durante el ingreso hospitalario que pacientes sin cefalea recurrente previa. Por este motivo, en la valoración por el personal enfermero al ingreso debería preguntarse de forma específica por los antecedentes de cefalea recurrente previa y el tratamiento habitual, tanto agudo como preventivo. Además de realizar el interrogatorio diario de la presencia de cefalea. Todo ello, puede prever y fortalecer los cuidados entono a este síntoma en el paciente a lo largo del ingreso¹¹.

Conforme a la bibliografía consultada, muy pocos pacientes de los que manifestaron tener cefalea de manera recurrente, tenían un diagnóstico definido previamente. La cefalea como síntoma discapacitante y recurrente está muy infradiagnosticada e infratratada, quizá por el estigma, poco interés, poca priorización por parte de los sistemas de salud^{13,14}.

En cuanto a los desencadenantes más frecuentes, hay un grupo de ellos que los consideramos no modificables, otros que pueden ser modificables y un tercer grupo intermedio. El grupo de los no modificables son el motivo de ingreso y el estrés. Los factores que pueden ser modificables son ciertos aspectos ambientales como el ruido, la luz y el clima¹⁵⁻¹⁷. Una mayor sensibilización del personal enfermero puede facilitar que se eviten estímulos en el ambiente del paciente con cefalea, además el centro hospitalario podría poner a disposición del paciente en las habitaciones reguladores de luz o de temperatura para que las personas lo puedan acondicionar a su estado óptimo de comodidad, entendiendo que

en ciertos momentos se pueda modificar por las necesidades sanitarias. Hay dos factores que podrían considerarse intermedios: el estado anímico de un paciente durante el ingreso o procedimiento quirúrgico y la ansiedad (ciertos grados no patológicos), se podrían incluir en el grupo de no modificables, pero con educación sanitaria y aprendizaje previos al ingreso y/o durante el ingreso, pueden modificar el afrontamiento de la enfermedad por conocimiento de los procesos sanitarios, el conocimiento de evolución y del proceso de enfermedad¹⁸.

Para poder realizar una atención de excelencia, centrada en la persona, es necesario que el personal sanitario esté formado y con ello concienciado que la cefalea es un síntoma muy prevalente en los pacientes hospitalizados. Consideramos que ciertos programas formativos podrían aumentar la concienciación sobre la importancia de la cefalea como síntoma altamente prevalente en los pacientes hospitalizados, y que la valoración puede llevar a una mejora de la calidad de vida del paciente ingresado. Podría ser de ayuda, disponer de un procedimiento de enfermería en el hospital que recomendara la valoración y registro de la cefalea de manera estandarizada¹⁸⁻²⁰.

Como puntos fuertes de este estudio podemos mencionar que se trata del primer estudio de prevalencia de cefalea hospitalaria llevado a cabo en el área de neurociencias por una enfermera experta en cefalea.

La principal limitación es que es un estudio realizado en el área de neurociencias, el tamaño y selección de la muestra es limitada. Además, existe un sesgo de selección, ya que un número importante de pacientes presentaban como patología primaria trastornos e intervenciones neurológicas con posibilidad de presentar una mayor prevalencia de causas secundarias que en otras áreas hospitalarias.

Creemos que es importante llevar a cabo el estudio completo, en más unidades del centro hospitalario, para poder presentar una mayor muestra y consolidar los resultados de este estudio.

Conclusiones

La cefalea es un síntoma frecuente y presenta una alta prevalencia en el entorno hospitalario. Más de la mitad de los pacientes ingresados en los servicios de Neurología y Neurocirugía habían presentado cefalea durante el ingreso.

Una mayor sensibilización del centro hospitalario y del personal sanitario podría contribuir en poner a disposición del paciente mecanismos para poder adaptar los estímulos modificables a sus necesidades, entendiendo que en ciertos momentos se tengan que adaptar a las necesidades clínicas.

El personal enfermero valora específicamente la cefalea en algunas ocasiones, pero no la registra en el programa informático de variables clínicas. Consideramos que los centros hospitalarios deberían comprometerse más en la valoración y registro de este síntoma para hacer un seguimiento más completo de los pacientes hospitalizados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Departamento de Soporte de Cuidados, Gestión del Conocimiento y Evaluación del HUVH. Segundo premio internacional al mejor proyecto de investigación en enfermería neurológica.

Bibliografía

- Díaz Jover R, Revuelta Rizo M, Parera Ruiz A, Català Puigbó E. Cefalea: signo/síntoma o enfermedad *per se*. Dolor Investigación Clínica & Terapéutica. 2018;33:47–50 [consultado 6 Feb 2023]. Disponible en: http://www.dolor.es/frame_esp.php?id=1126
- Stovner LJ, Zwart JA, Hagen K, Terwindt GM, Pascual J. Epidemiology of headache in Europe. Eur J Neurol. 2006;13:333–45 [consultado 23 May 2020]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1468-1331.2006.01184.x>
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38:1–211 [consultado 27 Mar 2023]. Disponible en: <https://ichd-3.org/classification-outline/>.
- Olesen J, Bes A, Kunkel R, Lance JW, Nappi G, Pfaffenrath V, et al. III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas.; 2013. p. 370 [consultado 2 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.sen.es/pdf/2014/cic3.beta.pdf>
- Friedman SA, Masters-Israilov A, Robbins MS. Secondary Headache Disorders: Approach, Workup, and Special Considerations for Select Populations. Semin Neurol. 2022;42:418–27 [consultado 25 Feb 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36220127/>
- Martín Santidrian MA, Jiménez M, Trejo Gabriel y Galán JM. Análisis descriptivo de la demanda asistencial neurológica ambulatoria en el área sanitaria de Burgos. Neurología. 2011;26:39–44 [consultado 28 Jun 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-analisis-descriptivo-demanda-asistencial-neurológica-S0213485310002665>
- Vgontzas A, Robbins MS. A Hospital Based Retrospective Study of Acute Postpartum Headache. Headache. 2018;58:845–51 [consultado 26 Jun 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29446070/>
- Echevarria Moreno M, Ortega Garcia JL, Herrera Silva J, Galvez Mateo R, Torres Morera LM, de la Torre Liebanas R. Estudio epidemiológico del dolor en los hospitales públicos andaluces. Rev Esp Anestesiología Reanim. 2014;61:549–56 [consultado 25 Feb 2023]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344-articulo-estudio-epidemiologico-del-dolor-hospitales-S0034935614000863>
- Lin TH, Yang CC, Lee SY, Chang CM, Tsai IJ, Wei CY, et al. The effect of bright light therapy in migraine patients with sleep disturbance: A prospective, observational cohort study protocol. Front Aging Neurosci. 2023;14:1041076 [consultado 25 Feb 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36742203/>
- Grinspun D, Moreno T. Valoración y manejo del dolor. Registered Nurses' Association of Ontario. 2013:1–112 [consultado 25 Feb 2023]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2015.-BPG_Pain_16_01_2015.-3rd.Edition.pdf
- Departament de Salut. Institut Català de la Salut. Direcció de cures. Programa ARES d'harmonització d'estàndards de cures. Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut; 2022.
- Harris PA, Taylor R, Minor BL, Elliot V, Fernandez M, O'Neal L, et al. The REDCap consortium: building an international community of software platform partners. J Biomed Inform. 2019;95:103208.
- World Health Organization. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011 [Internet]. Suiza, 2011, [consultado 21 Feb 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44571>
- Agosti R. Migraine Burden of Disease: From the Patient's Experience to a Socio-Economic View. Headache. 2018;58:17–32 [consultado 25 Feb 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29697152/>
- Ly-Yang F, Gómez-Calleja V, Pérez-García P, González-Gómez N, Porta-Etessam J, Santos-Bueso E. Fotofobia intercrítica en el paciente migrañoso. Propuesta de criterios diagnósticos. Neurología. 2021;48:387–97 [consultado 21 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-avance-resumen-fotofobia-intercritica-el-paciente-migranoso-S0213485321000050>
- Ikumi N, Cerda-Company X, Marti-Marca A, Vilà-Balló A, Caronna E, Gallardo VJ, et al. Avoidance behaviour modulates but does not condition phonophobia in migraine. Cephalalgia. 2022;42:1305–16 [consultado 25 Feb 2023]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/03331024221111772>
- Goadsby PJ, Holland PR, Martins-Oliveira M, Hoffmann J, Schankin C, Akerman S. Pathophysiology of Migraine: A Disorder of Sensory Processing. Physiol Rev. 2017;97:553–622 [consultado 26 Abr 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28179394/>
- Minkler M. Health education, health promotion and the open society: an historical perspective. Health Educ Q. 1989;16:17–30 [consultado 26 Abr 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2649456/>
- Smith TR, Nicholson RA, Banks JW. Migraine education improves quality of life in a primary care setting. Headache. 2010;50:600–12 [consultado 26 Abr 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20148982/>
- Rodríguez Campo VA, Paravic Klijn TM. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. Enferm Glob. 2011;10:246–53.