



<https://www.revclinesp.es>

V.65. - CEFALÉA AGUDA. PRESENTACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

J. Benítez Macías, C. Collado Pérez, V. Reina Lora, M. Moreno Gómez

Unidad de Urgencias Hospitalarias. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen

Objetivos: Conocer la presentación clínica, el uso de recursos y el diagnóstico de los pacientes que acuden por cefalea a una Unidad de Urgencias Hospitalarias de ámbito urbano.

Métodos: Estudio retrospectivo mediante la revisión de la historia clínica digital de todos los pacientes que acudieron por cefalea a la Unidad de Urgencias Hospitalarias en el intervalo 01/09/13 a 31/12/13. Se describen datos epidemiológicos, antecedentes personales, características clínicas del cuadro, estudios complementarios (analítica, TC), destino, diagnóstico, revisitaciones en 30 días y cambios en el diagnóstico. Del total de pacientes revisados, fueron excluidos del análisis posterior los pacientes que ya estaban diagnosticados de cefalea en cualquiera de sus formas y aquellos que tenían antecedentes de lesión cerebral estructural. Las variables cualitativas se expresan como frecuencia (porcentaje) y las cuantitativas como media (desviación típica). En el análisis se usaron pruebas paramétricas y un valor de $p < 0,05$ se consideró significativo.

Resultados: Durante el periodo estudiado se atendieron 29.484 urgencias (242 diarias) y un total de 327 (1,1%) pacientes acudieron a la Unidad de Urgencias por cefalea. La edad media fue de 48 (19) años y 102 (69) eran mujeres. Doscientos nueve (64) no tenían antecedentes de cefalea y/o lesión cerebral estructural y fueron los incluidos en el estudio, con características epidemiológicas similares a las descritas. Sesenta y ocho (33) pacientes tenían antecedentes de hipertensión arterial y 9 (4) sufrían un proceso neoplásico sin afectar al SNC. En la primera visita, la duración de la crisis era superior a 72 h en 72 (34) pacientes y la mayoría no presentaba síntomas neurológicos focales [182 (87)], siendo los trastornos sensitivos [16 (8)] y los visuales [6 (3)] los más comunes. A 54 (26) pacientes se les realizó una analítica básica, la mayoría con resultado irrelevante [(51 (94)) y a 47 (23) una TC craneal. Las variables que con significación estadística se relacionaron con la realización de la TC fueron: antecedentes de cáncer fuera del SNC, síntomas o signos de focalidad neurológica, duración de la crisis mayor de 72h, persistencia o empeoramiento de los síntomas durante la noche. No se encontraron diferencias significativas en la solicitud de la TC cuando se estudió la edad (tendencia no significativa) o entre pacientes que presentaban náuseas/vómitos 66 [(32)], requirieron analgesia en la Unidad de Urgencias [126 (60)] o volvieron a ésta en un plazo inferior a 30 días [47 (23)]. La TC mostró hallazgos destacables en 11 (23) estudios, que fueron: trastornos vasculares/hemorragias en 6 (3) y lesiones ocupantes de espacio en 3 (1). El diagnóstico más frecuente fue cefalea inespecífica [81 (39)], seguido de cefalea tensional [45 (22)] y crisis hipertensiva en [22 (11)]. Once (5) pacientes ingresaron y 23 (11) se derivaron a consultas para estudio. En el seguimiento de ambos grupos y de los que volvieron a la Unidad en menos de 30 días, 81 (34) en total, se observó que en 11 (5) pacientes se cambió el diagnóstico inicial.

Discusión: La cefalea es uno de los síntomas más frecuentes en la población. En el área de urgencias resulta crucial detectar cefaleas secundarias, apoyándose en pruebas complementarias cuando existan datos de alarma, como clínica focal, antecedentes oncológicos o no respuesta al tratamiento, entre otros. En nuestro medio, hemos valorado estas características, encontrando datos congruentes con la evidencia y satisfactorios en cuanto a resultados. Cabe destacar la reiteración de diagnósticos de crisis hipertensiva.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes incluidos en el estudio eran mujeres de edad media, sin focalidad neurológica y con cefalalgia de menos de 72h de evolución. Se solicitó analítica en un alto porcentaje de casos, con poco rendimiento y encontramos una relación significativa entre datos de alarma y la solicitud de una TC craneal. La mayoría de los pacientes fueron atendidos en acto único y el cambio de diagnóstico tras reevaluación fue infrecuente.