

CEFALEA EN LA EMERGENCIA

Dr Juan Carlos Martelletti
Central de Emergencias de Adultos
Hospital Italiano de Buenos Aires



OBJETIVOS

- Clasificar las cefaleas
- Determinar criterios de severidad
- Establecer indicaciones de neuroimagen
- Abordaje de la HSA en la sala de emergencia

CASO CLINICO N° 1

- Paciente 27 Años, femenino, refiere haber comenzado con cefaleas hace 12 hs, de carácter pulsátil, unilateral, que no cede con AINES, refiere náuseas que atribuye a los medicamentos, esta cefalea es distinta de otros episodios sufridos previamente donde el dolor era como una presión en zonas parietales y nuca.

CASO CLINICO N° 2

- Paciente masculino, 62 años, antecedentes de hta, tbq, Epoc, que es traído por la familia quienes refieren que el paciente comenzó hace días a consumir AINES por cefalea de reciente comienzo, posteriormente presentó conductas poco habituales y desde ayer se encuentra desorientado.

CASO CLINICO N° 3

- Paciente femenino, 42 años que refiere cefalea súbita, intensa, explosiva, “siente que le estalla la cabeza”, refiere haber tenido hace unos días atrás un episodio similar aunque de menor intensidad, que la obligo a guardar cama por unas horas.



¿POR DÓNDE EMPEZAR?

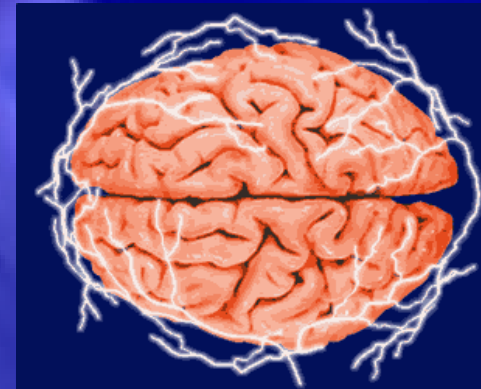
Fisiopatología

- Dilatación de arterias intra o extracraneales
- Compresión o inflamación de nervios espinales o craneales
- Espasmo, inflamación o trauma de músculos cervicales o craneales
- Irritación meníngea
- Hipertensión endocraneana

CLASIFICACIÓN DE CEFALEAS

INTERNATIONAL HEADACHES SOCIETY (IHS)

AÑO 2004, ENERO: 2ª CLASIFICACIÓN



CAMBIOS

- Reestructuración De Criterios De Migraña
- Nva Subclasificación De Cefalea Tipo Tensión
- Concepto De Cefalea Trigeminal Autonómica
- Adición De Varios Tipos De Cefaleas primarias No Clasificadas

PARTE UNO: CEFALEAS PRIMARIAS

- 1.- Migraña**
- 2.- Cefalea tipo-tensión (TTH)**
- 3.- Cefalea en racimos (cluster) y otros cefalalgias autonómicas trigeminales**
- 4.- Otras cefaleas primarias**

PARTE DOS: CEFALEAS SECUNDARIAS

- **5.- A trauma de cráneo y/o cuello**
- **6.- A desórdenes vasculares craneales o cervicales**
- **7.- A desorden intracraneal no vascular**
- **8.- A sustancias o a su supresión**
- **9.- A infección**
- **10.- A desórdenes de la hemostasia**
- **11.- Cefaleas o dolor facial atribuidos a desórdenes del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dientes, boca, u otras estructuras faciales o craneales**
- **12.- Cefaleas atribuidas a desórdenes psiquiátricos.**

PARTE TRES: NEURALGIAS CRANEALES, DOLOR FACIAL PRIMARIO Y CENTRAL, Y OTRAS CEFALEAS.

13.- neuralgias craneales y causas
centrales de dolor facial

14.- otras **cefaleas**, neuralgia craneal,
dolor facial central o primario

CASO CLINICO N° 1

- **Paciente 27 Años, femenino, cefalea desde hace 12 hs, de carácter pulsátil, unilateral, que no cede con AINES, refiere nauseas que atribuye a los medicamentos, cefalea distinta de otros episodios sufridos previamente donde el dolor era como una presión en zonas parietales y nuca.**





©1991, Novartis Pharmaceuticals Corporation. All rights reserved.

CEFALEA PRIMARIA

- **SE DIAGNOSTICA POR LA HISTORIA CLINICA Y EL EXAMEN FISICO**
- **LA MIGRAÑA + LA CEFALEA TIPO TENSION REPRESENTAN APROXIMADAMENTE EL 80 % DE LAS CEFALEAS**

MIGRAÑA

- **1.1 Migraña Sin Aura**
- **1.2 Migraña Con Aura**
- **1.3 Síndromes Periódicos En Niños** (Vómitos Cíclicos, Migraña Abdominal)
- **1.4 Migraña Retinal**
- **1.5 Complicaciones De La Migraña** (Migraña Crónica, Status Migrñoso, Aura Persistente Sin Infarto, Infarto Migrñoso)
- **1.6 Migraña Probable**



CRITERIOS DIAGNOSTICOS MIGRAÑA SIN AURA

A.- al menos 5 ataques que cumplan los criterios b-d

B.- ataque de cefalea que dura 4 a 72 hs. (no tratado o con fallo terapéutico)

C.- cefalea con al menos dos de las siguientes características

1.-localización unilateral

2.-cualidad pulsátil

3.-intensidad moderada severa

4.-agravación por o que causa evitación de la actividad física habitual (ej. caminar, subir escaleras).

D.- durante el episodio al menos uno de los siguientes

1.-nauseas y/o vómitos

2.-fotofobia o fonofobia

E.- no atribuido a otro desorden

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE MIGRAÑA CON AURA TIPICA

A. al menos dos ataques que cumplan los criterios b - d

B. aura con al menos uno de los siguientes, pero sin debilidad motora

1.- síntoma visual completamente reversible, características positivas (e. luces centellantes, escotomas, o líneas) y/o negativos (e.j. pérdida de la visión)

2.- síntomas sensoriales completamente reversibles, características positivas (púas, agujas) y/o aspectos negativos (e.j. adormecimientos)

3.- disturbios en el habla completamente reversibles.

C. al menos dos de los siguientes

1.-síntomas visuales homónimos y/o síntomas sensoriales unilaterales.

2.- al menos un síntoma de aura desarrollado gradualmente sobre 5 minutos o mas y/o síntomas aurales diferentes que ocurren en sucesión a lo largo de 5 minutos o mas.

3.- cada uno de los síntomas dura entre 5 y 60 minutos

● **D. cefalea que cumple los criterios b-d de migraña sin aura que aparece durante el aura o siguiéndola dentro de 60 minutos.**

● **E. no atribuido a otro desorden.**



CENTRA

MIGRAÑA

AURAS

SI

NO

18%

13%
AMBOS

64%

31% EN ALGUN MOMENTO

5% AURA
SIN MIGRAÑA

15% SIGNOS
NEUROLOGICOS FOCALES

MIGRAÑA

- CEFALEA PULSÁTIL
- +
- NAUSEAS O VÓMITOS
- +
- FOTO O FONOFOBIA

Tratamiento de la migraña

FARMACOLÓGICO

NO FARMACOLÓGICO

Para tratar el ataque

Educación del paciente
Cambios en estilo de vida
Actividad física
Evitar picos de stress

específico

No especifico

Para evitar el ataque

2-3 días por mes no necesario,
3 – 4 dias debería considerarse
5 o mas, debe considerarse seriamente

Tratamiento de la migraña

● PREVENTIVO

- **Probado o bien aceptado**
 - **Propranolol: 40 – 120 mg 2 veces por día**
 - **Amitriptilina: 25 – 75 mg al acostarse**
 - **Divalproex (valproato) 400 – 600 mg 2 veces día**
- **Ampliamente usado, con pobre evidencia**
 - **Verapamilo: 160 – 320 mg día**
- **Promisorios**
 - **Gabapentin: 900 – 2400 mg día**
 - **Topiramato: 25 – 200 mg día**

Tratamiento de la migraña

- **ABORTIVO**
- **Analgésicos y AINES**
 - AAS 900 mg (a veces asociado a 10 mg Metoclopramida)
 - Ibuprofeno: 400 – 800 mg
 - Naproxeno: 1000 mg
- **Derivados del ergot**
 - Ergotamina y dihidroergotamina
- **Triptanos**
 - Sumatritan: sc 6 mg, intranasal 20 mg, vo 100 mg

CRITERIOS PARA CEFALEA TIPO TENSIÓN

- 2.1 CTT episódica infrecuente
- 2.2 CTT episódica frecuente
- 2.3 CTT crónica
- 2.4 CTT probable

2.1 TTH episódica infrecuente.

- A.- al menos 10 episodios ocurriendo menos de 1episodi/día por mes en promedio, (menor de 12 días por año) y que cumple los criterios B-D**
- B.- cefalea que dura desde 30 minutos a 7 días**
- C.- cefalea que tiene por lo menos dos de las siguientes características**
 - 1.- localización bilateral**
 - 2.- cualidad tensional o compresiva (no pulsátil)**
 - 3.- intensidad leve a moderada**
 - 4.- no agravada por la actividad física rutinaria tales como caminar o subir escaleras.**
- D.- los dos siguientes**
 - 1.- no náuseas o vómitos (anorexia puede ocurrir)**
 - 2.- no mas que uno de fotofobia o fonofobia**
- E.- no atribuible a otro desorden**

2.2 TTH episódica frecuente

- **A.- al menos 10 episodios que ocurren 1 día o mas pero menos de 15 días por mes, por al menos tres meses (mayor o igual a 12 y menos de 180 días por año) y que cumplen criterios B-E del punto anterior.**

CEFALEA TIPO TENSIÓN

- **EL DOLOR NUNCA ES PULSÁTIL**
- **EL DOLOR ES COMPRESIVO O TENSIONAL**
- **EL DOLOR ES BILATERAL**
- **NO PRESENTA NAUSEAS O VÓMITOS**



CEFALEAS EN RACIMO Y OTRAS CEFALALGIAS TRIGEMINALES

3.1.-CEFALEAS EN RACIMO (CLUSTER)

3.2.-HEMICRANIA PAROXISTICA

**3.3.-ATAQUE DE CEFALEA NEURAL-
GIFORME UNILATERAL DE CORTA
DURACION CON INYECCIÓN
CONJUNTIVAL Y NERVIOSISMO**

**3.4.- PROBABLE CEFALALGIA
TRIGEMINALAUTONÓMICA**

CEFALEA SINUSAL

- **CEFALEA + DESCARGA NASAL PURULENTA + HALLAZGOS ANORMALES EN LA RX DE SPN**
- **INICIO SIMULTÁNEO DE CEFALEA Y SINUSITIS.**
- **CEFALEA LOCALIZADA EN SECTORES FACIALES Y CRANEALES ESPECIFICOS DE LOS SENOS**



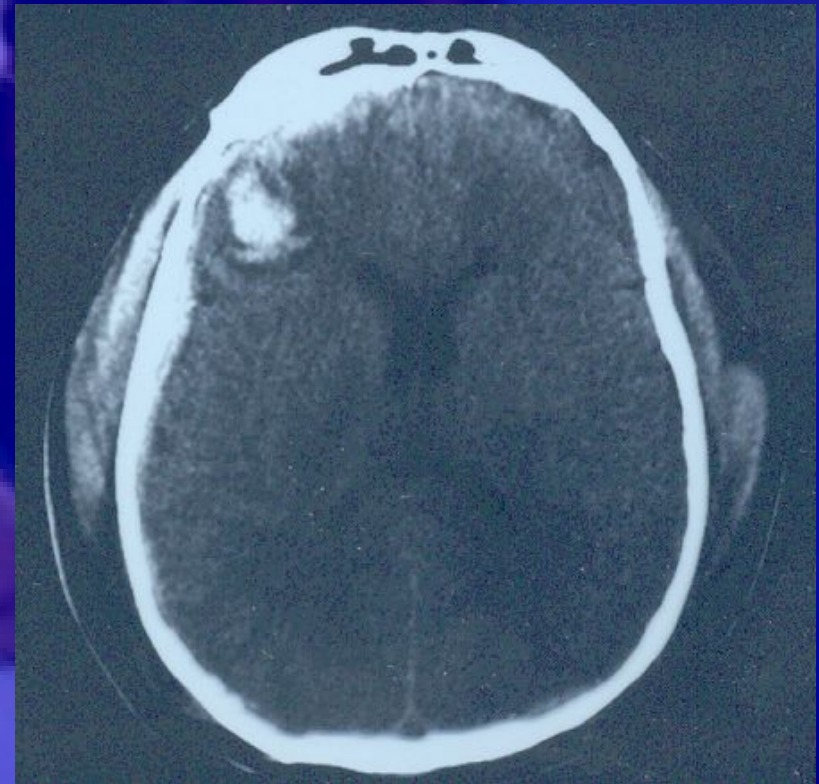
RIESGOS EN LA EMERGENCIA

- **No recordar la clasificacion!!!!**
- **Estar frente a un cuadro que ponga en peligro la vida del paciente.**
- **Dudar si es necesario realizar algun estudio complementario de urgencia.**
- **Necesitar realizar un TAC de urgencia previamente a realizar una puncion lumbar**



CASO CLINICO N°2

- **Paciente masculino, 62 años, antec. de hta, tbq, Epoc, que es traído por la familia quienes refieren que el paciente comenzó hace días a consumir AINES por cefalea de reciente comienzo, posteriormente presentó conductas poco habituales y desde ayer se encuentra desorientado.**

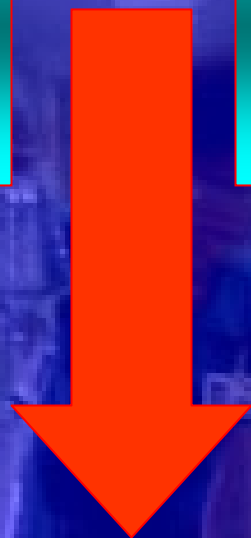


CEFALEAS SECUNDARIAS

- **Hematoma subdural**
- **Hematoma epidural**
- **Hematoma Intracerebral**
- **Hemorragia Subaracnoidea**
- **Tumor**
- **Arteritis de celulas gigantes**
- **Infecciones (meningitis, encefalitis, absceso).**
- **Hidrocefalia**
- **Toxicos (CO)**
- **Otros desórdenes metabólicos**

**CEFALEA
PRIMARIA**

**CEFALEA
SECUNDARIA**



**DATOS
DE SOSPECHA**

DATOS DE SOSPECHA SIGNOS DE PELIGRO

- **Cefalea subaguda y/o cefalea progresiva que empeora en el tiempo (meses)**
- **Cefalea Nueva o distinta de la Habitual**
- **Cualquier cefalea de maxima severidad en su inicio**
- **Nueva cefalea en mayores de 50 años**

DATOS DE SOSPECHA SIGNOS DE PELIGRO

- Evidencia de fiebre, HTA, mialgias, pérdida de peso, sugerentes de un desorden sistémico
- Signos neurológico que puedan sugerir una causa secundaria
- Convulsiones

Plan de acción

- **Realizar una anamnesis dirigida y detallada del dolor:** localización, descripción, severidad, factores agravantes y desencadenantes, etc.
- **Examen físico dirigido**
- **Examen neurológico dirigido**
- **Buscar signos y síntomas de desórdenes secundarios.**

RECORDAR

- **El diagnóstico de cefalea primaria exige la exclusión de otras causas que puedan producir cefaleas.**
- **El diagnóstico de cefalea secundaria es aplicado cuando el paciente desarrolla un nuevo tipo de cefalea por primera vez en relación estrecha con otro desorden conocido que pueda producir cefalea.**

RECORDAR

- **Cuando una cefalea empeora en presencia de otro desorden que pueda producir cefalea existen dos posibilidades:**
- **1.- Es una exacerbación de la cefalea primaria**
- **2.- Puede representar el inicio de una cefalea secundaria**

Aspectos de interés

- ¿Puede la respuesta al tratamiento predecir la etiología de una cefalea?

Aspectos de interés

- **La Rta. al dolor no debería usarse como el único indicador diagnóstico para predecir la etiología subyacente de una cefalea.**

Aspectos de interés

- ¿Qué pacientes con cefaleas requieren estudios de neuroimágenes en emergencias?

Aspectos de interes

- **Pacientes con cefalea y hallazgos anormales en el examen neurológico**
- **Pacientes HIV con un nuevo tipo de cefalea**
- **Pacientes mayores de 50 años con un nuevo tipo de cefalea**

Aspectos de interés

- ¿En qué pacientes con cefaleas se puede realizar una PL sin neuroimagen previa?

Aspectos de interés

- **Los pacientes adultos con cefaleas que presentan signos de aumento de la PIC incluyendo papiledema, ausencia de pulso venoso en el fondo de ojo, estado mental alterado o signos focales deben tener**
 - **TC previa a la PL**



La última y nos vamos!!!

CASO CLINICO N°3

- **Paciente femenino, 42 años que refiere cefalea súbita, intensa, explosiva, “siente que le estalla la cabeza”, refiere haber tenido hace unos días atrás un episodio similar aunque de menor intensidad, que la obligo a guardar cama por unas hs.**



Hemorragia Subaracnoidea

- Incidencia: 6 a 10 HSA cada 100.000 personas por año
- Mortalidad: 20 al 40% de los ptes que se internan y del 8 al 15% de ptes que no llegan al Hospital
- El 80 a 90% de los casos son por rotura aneurismatica de circulacion anterior

Signos y Sintomas

- CEFALEA 74-80%
- NAUSEAS Y VOMITOS 70-80%
- ALT. DE CONCIENCIA 60-70%
- RIGIDEZ DE NUCA 40-50%
- PERDIDA TRANSITORIA DE LA CONCIENCIA 50%

Clasificación de FISHER

- **Grado I** Sin sangre en la TAC. No predice vasoespasmismo
- **Grado II** Sangre difusa pero no lo bastante para formar coágulos. No predice vasoespasmismo
- **Grado III** Sangre abundante formando coágulos densos >1 mm en el plano vertical (cisura interhemisférica, cisterna insular, cisterna ambiens) Predice vasoespasmismo severo
- **Grado IV** Hematoma intracerebral o intraventricular con o sin sangre difusa o no apreciada en las cisternas basales. No predice vasoespasmismo

Clasificación de HUNT y HESS

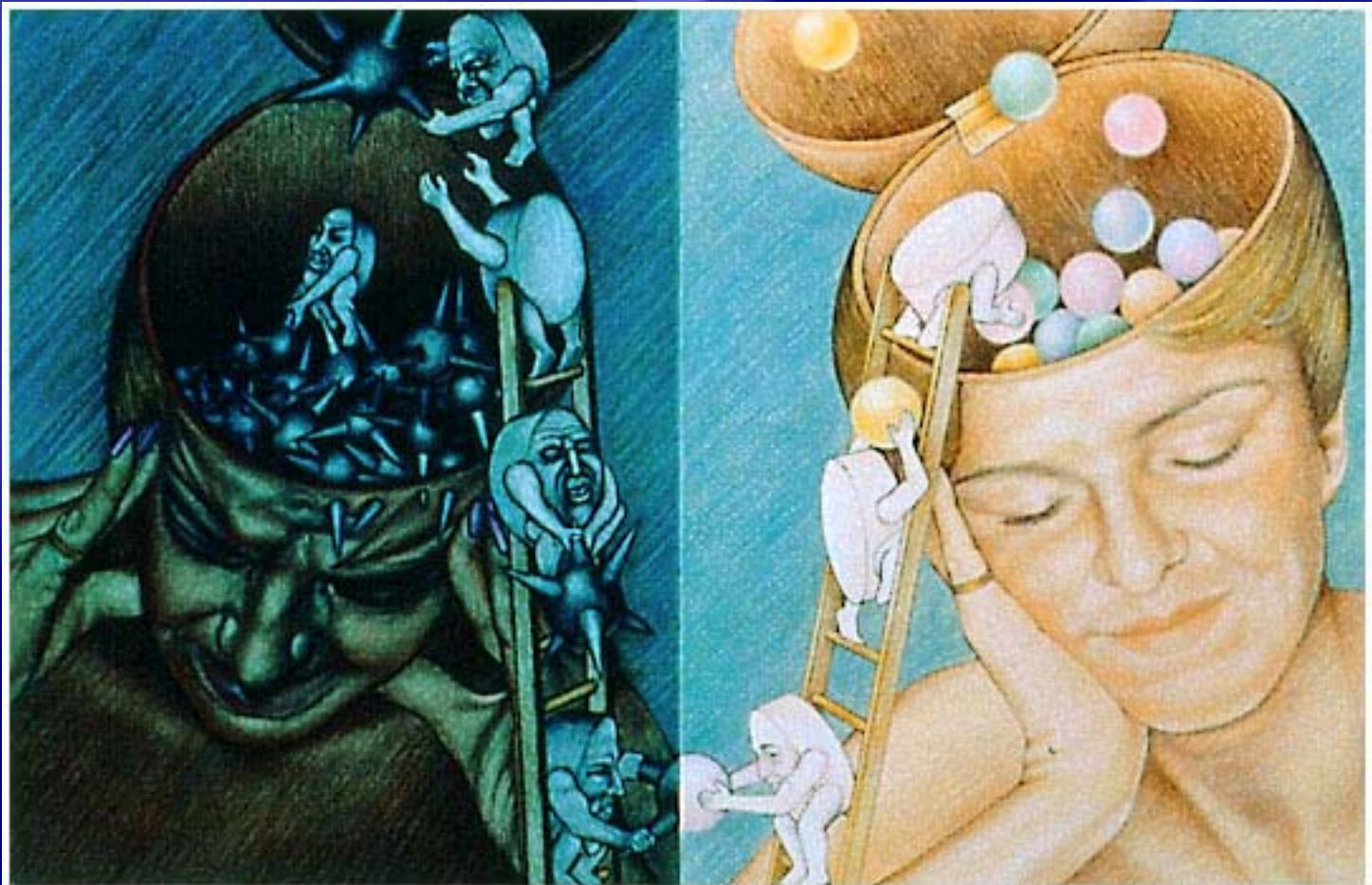
- **Grado I** Asintomático o mínima cefalea y ligera rigidez de nuca
Grado II Cefalea moderado-severa, rigidez de nuca y no focalidades excepto parálisis de pares craneales
- **Grado III** Somnolencia, confusión, focalidades moderadas.
Grado IV Estupor, hemiparesia moderada-severa, posible rigidez de descerebración precoz y alteraciones vegetativas
- **Grado V** Coma profundo, rigidez de descerebración

Diagnostico

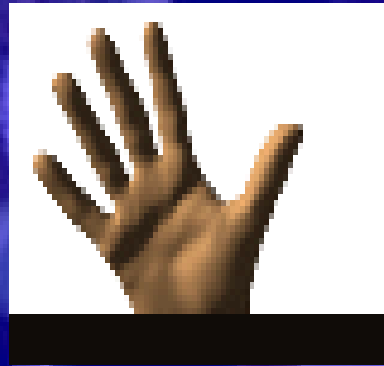
- TAC de cerebro s/cte
- Puncion Lumbar
- Arteriografia cerebral

Tratamiento en la sala de Emergencias

- ABC de emergencias
- Cabecera a 30°
- Corregir hipoxemia, hipercapnia, hiperglucemia, hipotension, hipertermia o hiponatremia
- Profilaxis de convulsiones
- Nimodipina 60 mg c/4hs
- I/C con neurocirugia



©1991, Novartis Pharmaceuticals Corporation. All rights reserved.



Dr Juan Carlos Martelletti
Htal Italiano de Buenos Aires
juan.martelletti@hospitalitaliano.org.ar