

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SEÑALES DE ALARMA EN PACIENTES CON CEFALÉAS SECUNDARIAS. SERVICIO DE NEUROLOGÍA, HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO. 2013.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las características demográficas y señales de alarma de los pacientes con cefalea secundaria, del Servicio de Neurología del Hospital Belén de Trujillo.

**Pacientes y métodos:** ingresaron al estudio 120 pacientes, que acudieron al servicio de Neurología entre enero – diciembre 2013. A todos ellos se les aplicó un protocolo en el que se registraron las señales de alarma (inicio brusco, cefalea de comienzo tardío, fiebre, signos focales, signos meníngeos, aura prolongada, localización unilateral etc), fueron seguidos a fin de determinar las características, demográficas y señales clínicas que preceden a la cefalea secundaria. **Resultados:** Las principales señales de alarma fueron: alteración de conciencia (20%), signos de focalización (19.2%), fiebre (16.7%), inicio brusco de la cefalea (15.8%). Las alteraciones vasculares craneales y las infecciones del sistema nervioso central se presentaron en el 80% de los casos. Las principales patologías neurológicas encontradas son hemorragia subaracnoidea (15.8%), la encefalitis viral (11.7%) y la hemorragia intraparenquimatosa (10.8%). **Conclusiones:** Las señales de alarma son una herramienta útil en el diagnóstico de las cefaleas secundarias y permiten racionalizar la utilización de recursos diagnósticos.

**Palabras Clave:** Cefaleas secundarias, prevalencia, señales de alarma ( MesH )

## **ABSTRACT**

**Objective:** To identify demographic characteristics and warning signs of patients with secondary headache, Neurology Service of Bethlehem Hospital of Trujillo. **Patients and methods:** 120 patients entered the study, who attended the Neurology Service of Trujillo Bethlehem Hospital between January to December 2013 To all of them we applied a protocol in which the alarm signals (sudden onset of headache were reported. late onset, fever, focal signs, meningeal signs, prolonged aura, unilateral location etc), and were followed to determine the characteristics, demographic and clinical signs that precede secondary headache. **Results:** The main warning signs were altered consciousness (20%), focal signs (19.2%), fever (16.7%) and sudden and intense headache (15.8%) home. The cranial vascular disorders and central nervous system infections occurred in 80% of cases. Major neurological conditions encountered are subarachnoid hemorrhage (15.8%), viral encephalitis (11.7%) and intraparenchymal hemorrhage (10.8%). **Conclusions:** The warning signs are a useful tool in the diagnosis of secondary headaches and help rationalize the use of diagnostic resources.

**Keywords:** secondary headaches, prevalence, warning signs (MesH)

## INTRODUCCIÓN

La cefalea es el síntoma neurológico más frecuente y principal motivo de consulta, tanto para el especialista, internista o médico general. En los países desarrollados se calcula que más del 80% de las personas sufren cefaleas ocasionales y que aproximadamente un tercio tiene cefaleas intensas, en algún momento de su vida (1)(2)(3)(14)(16)(18).

En el 2004 la International Headache Society, introdujo una nueva clasificación de las Cefaleas y Algias faciales, que se ha aceptado como estándar para el diagnóstico de esta entidad. Esta clasificación clasifica a las cefaleas en Primarias (categorías 1° al 4°) y Secundarias (categorías 5° al 12°). (4)(5).

Las cefaleas primarias son las más frecuentes y su diagnóstico en la mayoría de casos es descriptivo basado en el cumplimiento de determinados criterios en la anamnesis y en la normalidad del examen físico. (14)(17)(11).

Por el contrario las cefaleas secundarias constituyen el 10% de todas las cefaleas, son sintomáticas de alguna causa subyacente y su clasificación es etiológica (3)(6)(8)(14)(20).

De acuerdo a la clasificación internacional de las cefaleas, las cefaleas secundarias se dividen en : Atribuidas a traumatismo craneal y/o cervical , Atribuidas a alteraciones vasculares craneales o cervicales, Atribuidas a un trastorno intracraneal no vascular , Atribuidas a una sustancia o a su supresión, etc.

Las causas más frecuentes de cefaleas secundarias son los traumatismos, seguida por las infecciones, la ingesta de alcohol y el ayuno. (13) y su evaluación, además

del interrogatorio y la exploración física, requiere estudios complementarios como el estudio por imágenes (TAC, RME, Angiografía) y del LCR. (9)(13)(14)(17),

Aceptando que la cefalea secundaria, es una presentación clínica, de otra entidad o causa más compleja, que puede causar la muerte o dejar limitaciones severas en el paciente; es necesario prestar atención a la presencia o ausencia de las **señales de alarma**, que orienten al diagnóstico y que permiten identificar a las cefalea secundaria, trascendente y que precisa una atención inmediata (7).

Se denominan señales de alarma o indicadores de gravedad de una cefalea secundaria, a las situaciones en las que ciertos hechos asociados, como la forma de presentación, evolución, o las circunstancias que propician la cefalea; aconsejan buscar ayuda en un servicio de urgencias (11)(13)(20).

El estudio de cefaleas, en pacientes mayores de 50 años, realizado en Colombia encontró que la fiebre y el inicio brusco son las señales de riesgo más frecuentes (17).

Una cefalea de comienzo brusco e intensa debe hacernos sospechar y descartar una hemorragia subaracnoidea, una cefalea asociada a fiebre no explicada por otra enfermedad debe hacernos buscar una encefalitis, una meningitis o una meningoencefalitis, (14)(10) . Detrás de una cefalea secundaria, siempre existe una causa que puede causar la muerte, y la única manera de diferenciar una cefalea primaria de una secundaria es a través de la búsqueda activa de las señales de alarma que acompañan a la cefalea. Que es la razón de presente estudio.

Objetivo: Se Identificaron las características demográficas y señales de alarma de los pacientes con cefaleas secundarias atendidos en el Servicio de Neurología del Hospital Belén de Trujillo.

## **PACIENTES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio prospectivo, observacional no correlacional. En el Servicio de Neurología del Hospital Belén de Trujillo desde Enero a Diciembre del 2013.

Se registraron 420 pacientes mayores de 15 años, con diagnóstico de cefalea secundaria; de los cuales, con ayuda de una tabla de números aleatorios, se eligieron 120 casos como grupo muestral. Se Excluyeron las cefaleas primarias, migraña, cefaleas tensionales, hemicráneas paroxísticas y neuralgiformes.

Se consideraron como señales de alarma, a todos los eventos clínicos (síntomas , signos) que cumplieron con los criterios diagnósticos de la Sociedad Internacional de Cefaleas 2004 (IHS) (Anexo 1). Los cuales fueron incluidos como parte de una ficha estructurada, que registró los datos demográficos (edad, sexo, área de procedencia, ocupación y forma de comienzo) con las señales de alarma (inicio brusco, cefalea de comienzo tardío, fiebre, signos focales, signos meníngeos, aura prolongada, localización unilateral etc. (Anexo 2)

Los resultados se presentan en tablas y figuras. Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS-15.0, los resultados se presentan en tablas y medidas de dispersión (media y desviación estándar), para variables numéricas. Las variables cualitativas se evaluaron mediante la distribución de frecuencias.

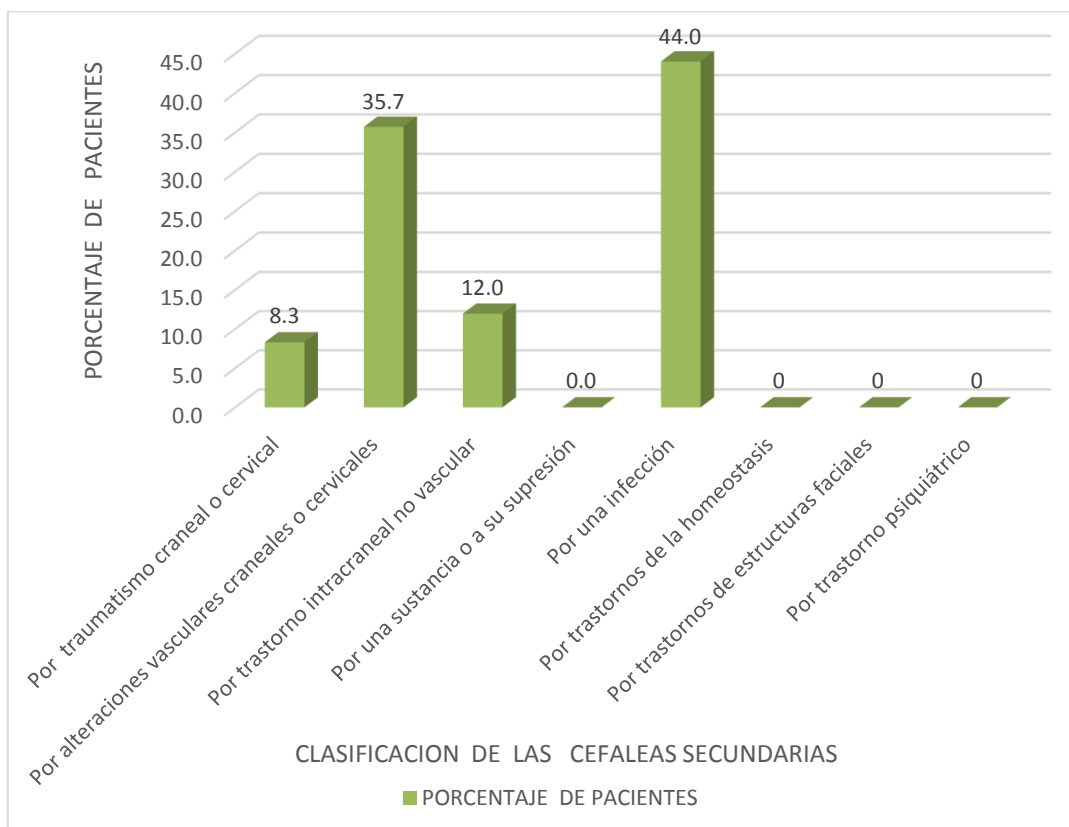
## RESULTADOS

De los 120 pacientes con diagnóstico de cefalea secundaria, que ingresaron al estudio. 43.3% fueron varones y 56.7 % fueron mujeres. La señales de alarma más frecuentes fueron los signos de focalización 19.2%, seguidos del inicio brusco y signos de irritación meníngea con 15.8% cada uno .

**TABLA N° 1:** DISTRIBUCION PORCENTUAL, DE LAS SEÑALES DE ALARMA EN PACIENTES CON CEFALEA SECUNDARIA, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA. HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO. FEBRERO-DICIEMBRE 2013.

<b>SEÑALES DE ALARMA</b>	<b>N° DE PACIENTES</b>	<b>%</b>
CEFALEA DE INICIO BRUSCO Y AGUDA	19	15.8
INICIO RECIENTE Y EVOLUCION PROGRESIVA	2	1.7
EDAD MAYOR DE 50 AÑOS	0	0
LOCALIZACION ESTRICTAMENTE UNILATERAL	4	3.3
EJERCICIO FISICO MANIOBRAS DE VALSAVA	1	0.8
DESPIERTA POR LA NOCHE E IMPIDE CONCILIAR EL SUEÑO	4	3.3
FIEBRE NO EXPLICADA POR OTRAS ENFERMEDADES	20	16.7
SINTOMAS NEUROLOGICOS NO EXPLICADOS POR AURA	0	0
SIGNOS DE FOCALIZACION	23	19.2
AURA PROLONGADA O AURA TIPICA	0	0
ALTERACION DEL NIVEL DE CONCIENCIA	24	20
EDEMA DE PAPILA	4	3.3
IRRITACION MENINGEA	19	15.8
<b>TOTAL DE PACIENTES</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**GRAFICA N° 1: DISTRIBUCIÓN DE CEFALÉAS SECUNDARIAS SEGÚN CLASIFICACION CLINICA, EN PACIENTES DEL SERVICIO DE NEUROLOGIA. HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO. FEBRERO-DICIEMBRE 2013.**



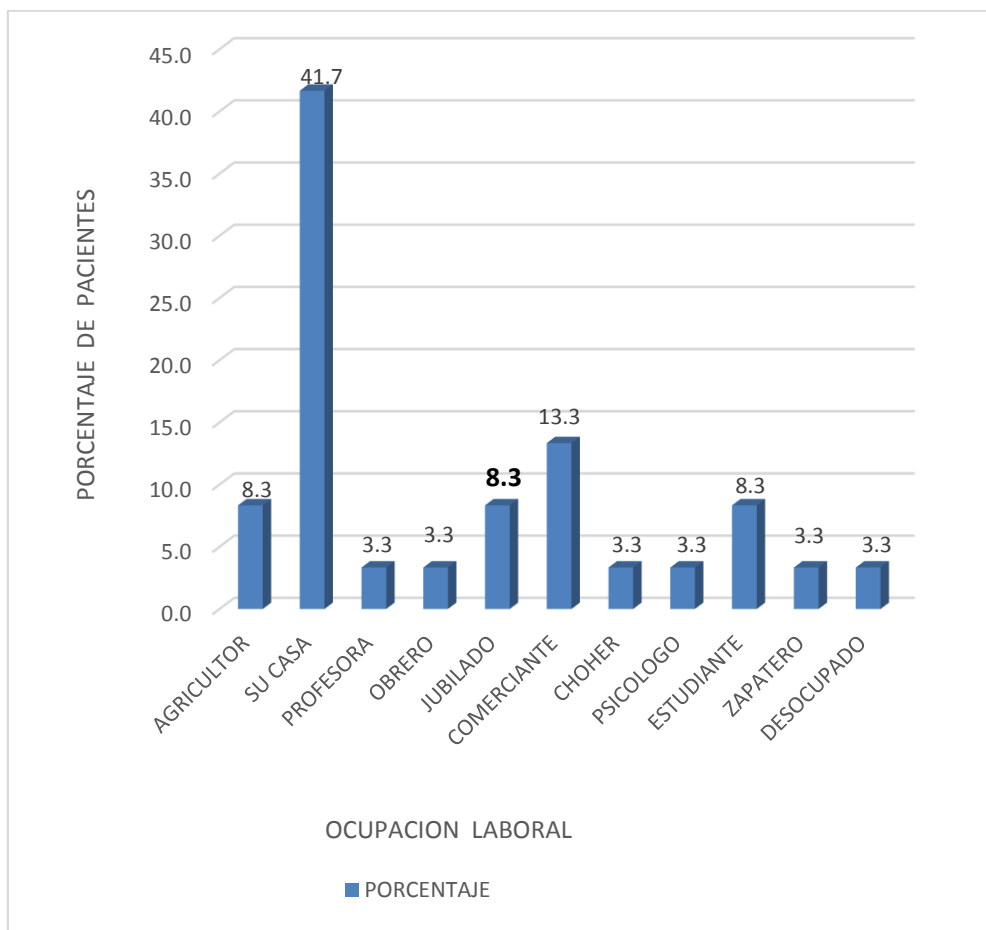
\*clasificación internacional de cefaleas del año 2004.

**TABLA N° 2:** DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS PATOLOGIAS NEUROLOGICAS EN LOS PACIENTES CON CEFALEAS SECUNDARIAS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA. HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO. FEBRERO - DICIEMBRE 2013.

<b>HIPOTESIS DIAGNOSTICA</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
ENCEFALITIS VIRAL	14	11.7
MENINGOENCEFALITIS VIRAL	10	8.3
MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA	5	4.2
MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSA	10	8.3
NEUROCISTICERCOSIS	10	8.3
TOXOPLASMOSIS	5	4.2
POST TRAUMATICA	10	8.3
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA	19	15.8
HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMAL	13	10.8
AVC ISQUEMICO VERTEBROBASILAR	5	4.2
AVC INFARTO CEREBRAL ATEROTROMBOTICO	5	4.2
CEFALEA EPILEPTICA POST ICTAL	9	7.5
CEFALEA HEMICRANEA EPILEPTICA	5	4.2
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>



**GRÁFICA N° 2:** DISTRIBUCION PORCENTUAL, SEGUN OCUPACION, DE LOS PACIENTES CON CEFALEA SECUNDARIA, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA. HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO. FEBRERO-DICIEMBRE 2013.



**TABLA N° 3:** DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN RANGO ETÁREO DE LOS PACIENTES CON CEFALEA SECUNDARIA, ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEUROLOGIA. HOSPITAL BELEN DE TRUJILLO. FEBRERO-DICIEMBRE 2013.

<b>RANGO ETAREO</b>	<b>CASOS</b>	<b>%</b>
15-20	4	3.3
21-30	24	20
31-40	14	16.7
41-50	20	16.7
51-60	10	8.3
61-70	24	20
71-80	14	11.7
81-90	10	8.3
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

## DISCUSION

Las cefaleas, tanto en un servicio de hospitalización, en un Consultorio externo o en una emergencia, suelen ser un reto diagnóstico para el evaluador cuando se trata de diferenciarlas entre una cefalea primaria y una secundaria a un trastorno neurológico.

(2)(6)(14)(20)

Cefalea primaria se define como aquella que cumple los criterios de una cefalea tensional, de migraña o cefalea en racimos y cefalea secundaria se define como aquella DE NOVO con un desorden subyacente reconocido como factor causal de cefalea. (4)(5).

Para diferenciar estas cefaleas, la literatura sugiere identificar las señales o características de alarma (7)(19), los cuales son hallazgos de la anamnesis y del examen relacionados a un mayor riesgo de morbimortalidad.

En este trabajo, nosotros hemos investigado las señales de alarma en las cefaleas secundarias en un servicio de hospitalización neurológica, porque en estos servicios las cefaleas secundarias son más frecuentes que las primarias, que sí son más frecuentes en los consultorios externos de neurología. Hemos investigado además sus características demográficas en 120 pacientes del Servicio de Neurología del Hospital Belén de Trujillo, durante el año 2013.

En lo que respecta al sexo, hemos encontrado una mayor frecuencia en el sexo femenino (56.7%) que en el masculino (43.3%), lo que está de acuerdo con algunos trabajos (20) y en desacuerdo con otros (16).

En lo que respecta a la edad, hemos visto pacientes desde los 15 años hasta los 90 años, siendo más frecuente la cefalea en los rangos etáreos de 21 a 30 años y de 61

a 70 años. En el trabajo de Santander (20) la edad promedio fue de 40 años. Todos nuestros pacientes tuvieron múltiples ocupaciones, aunque predominaron las mujeres amas de casa.

Si consideramos a las señales de alarma, más frecuentes en nuestro trabajo, encontramos que la fiebre no explicada por otras enfermedades (16.7%), la cefalea aguda de inicio brusco (15.8%), los signos de focalización (19.2%) y de irritación meníngea (15.8%) fueron los más frecuentes.

El examen físico neurológico fue anormal en 70 de nuestros pacientes coincidiendo con lo encontrado por otros autores (7)(12)(20)

La presencia de manifestaciones asociadas a la cefalea (vómitos, fiebre, convulsiones), ya ha sido demostrada como predictivo de patologías serias. El examen neurológico anormal (alteración del nivel de conciencia, signos de focalización, edema de papila y rigidez de nuca) es más constante que se repita tanto en nuestros estudios como en otros (6)(9)(20) lo que corrobora su importancia para identificar las cefaleas secundarias.

La etiología más común de cefaleas secundarias fueron las infecciones y las alteraciones vasculares craneales o cervicales, otros trabajos (12)(13), consideran a los traumatismos como los más frecuentes, pero en un servicio de neurología no lo son como si en un servicio de emergencia o de neurocirugía. Nuestros resultados coinciden con los de Santander (20).

En lo que respecta a las infecciones, están las encefalitis, meningitis y meningoencefalitis de diversas etiologías y dentro de los accidentes vasculares cerebrales tenemos a las hemorragias intracerebrales y subaracnoideas; relacionadas

estas 2 últimas con las señales de alarma como cefalea de inicio brusco, muy intensa y acompañada de signos focales, respectivamente.

Hay también cefaleas por trastorno intracraneal no vascular clasificadas como cefaleas epilépticas, entre las que tenemos la hemicránea epiléptica y la cefalea post crisis.

**Se concluye** que la búsqueda activa de señales de alarma en todo paciente con cefalea, permite identificar la causa secundaria y ser más oportuno en el tratamiento. Lo que podría incidir en la disminución de la mortalidad y la severidad de las complicaciones, por enfermedad vascular y/o por infecciones del sistema nervioso central.

Las principales señales de alarma en los pacientes con cefaleas secundarias presentadas en nuestra investigación fueron: cefalea aguda, intensa, inicio brusco, alteración del nivel de conciencia, fiebre no explicada por otras causas, signos de focalización y de irritación meníngea. La difusión de estas señales de alarma en la población, podría ser de utilidad para buscar ayuda oportuna y racionalizar el uso de recursos diagnósticos.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Etiology and distribution of headaches in two Brazilian primary care units. *Headache* 2000; 40: 241-7.
2. Edmeads J. Challenges in the diagnosis of acute headache. *Headache* 1990 (Suppl 2): 537-540.

3. García Soldevilla Miguel A. Dolor de cabeza. Revista Médica Grupo Medicentro España 2008. Vol. 3 (13): 12-13.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, Cephalalgia 2004; 24: 1-160.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988; 8 (Suppl 7): 61-96.
6. Jiménez P.E. Análisis de las Cefaleas atendidas en las guardias de Neurología. Rev. Neurol.2005; 40(11): 648-651.
7. Landblom A-M, Fridrikson S, Boivie J, Hillman J, Johanson G, Johansson I. Sudden onset headache: a prespective study of features, incidence and causes. Cephalalgia 2002; 22: 354-60.
8. Liaño Martínez H. Dolor de cabeza. Madrid; Ergon 2000.
9. Liaño Riera M. y Liaño Martínez H. Cefaleas secundarias. Medicine 2003. 8(93)5053-5058.
10. Mondell BE. Cefalalgia. Valoración del paciente con cefalalgia. Clin Med Norteamérica 1991,3:537-41
11. Morgester L. B. et al: Headache in the Emergency departament. Headache 2001. 41:537-541.
12. Newman LC, Lipton RB Emergency Department evaluation of headache, Neurol Clinic North Am 1998; 16: 285-303

13. Olesen J, Ramadan NM .The secondary headaches. En Olesen J. and Goadsby PJ. et al. The headaches. 3ra. Edition Philadelphia. Lippincot, Williams and Wilkins. 2006.
14. Pascual-Gómez J. Cefaleas y algias craneofaciales. Manual de diagnóstico y terapéutica neurológicos. Viguera Editores. Barcelona 2002 p.89-105.
15. Peters KS. Secondary headaches and head pain.Emergencies. Prim Care. 2004; 31: 381-93
16. Quesada Vásquez A.J., Rodríguez N. Epidemiología de la Cefalea en pacientes psiquiátricos hospitalizados. Rev. Neurol. 2007; 45(4): 216-218.
17. Rasmussen BK.Epidemiology of headache. Cephalalgia .2001;21:774-7
18. Roquer Gonzáles J. Cefaleas .Medicine, 2011, 10(70): 4733-7
19. Rueda-Sánchez, M. Mantilla-McCormick F.J., M.N. Solano, C.J. Ortiz Prevalencia de cefaleas en un servicio de urgencias en Colombia. Rev Neurol 2005; 40 (4): 209-213.
20. Santander X. Rivera M., Tipismana M. Frecuencia de las señales de alarma en pacientes con cefalea, atendidos en la emergencia de un hospital de Lima. Rev. Neuropsiquiatría 76(2). 2013: 101-108.
21. Serrano Gonzáles C. y Colab. Cefaleas secundarias, Medicine 2007, 9(71):4533-4543.