



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL DOLOR DE CABEZA EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA
INTESTINAL”**

Melisa Capelas González

Junio de 2014

Trabajo Fin De Master

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer al Dr. Germán Moris por haber aceptado la tutorización de este trabajo, por su orientación, motivación y cercanía.

También, quiero agradecer las muestras aportadas desde el Servicio de Digestivo del HUCA al Dr. Sabino Riestra, a la Dra. Ruth de Francisco y al personal de enfermería, por haberme proporcionado la ayuda y la información necesaria ya que sin ellos no hubiera sido posible realizar dicho estudio.

Asimismo, dar las gracias a mi padre, a mi abuela, a mi hermana y a David por estar siempre presentes.

Por último, agradecer a mi madre su fuerza, entereza y sus consejos ya que este trabajo es por y para ella.

A todos gracias.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| 1.1. Enfermedad inflamatoria intestinal..... | 3 |
| 1.2. Cefaleas..... | 6 |
| 1.3. Justificación..... | 9 |
| 2. OBJETIVOS..... | 10 |
| 3. MATERIAL Y MÉTODO..... | 11 |
| 3.1. Tipo de estudio..... | 11 |
| 3.2. Población a estudio..... | 11 |
| 3.3. Metodología..... | 11 |
| 3.4. Tabulación y análisis de datos..... | 16 |
| 4. RESULTADOS..... | 18 |
| 4.1. Estadística descriptiva..... | 18 |
| 4.2. Comparación entre grupos..... | 26 |
| 5. DISCUSIÓN..... | 29 |
| 6. CONCLUSIÓN..... | 33 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA..... | 34 |
| 8. ANEXOS..... | 39 |
| 8.1. Encuesta..... | 39 |
| 8.2. Permiso del Comité Ético de Investigación Clínica..... | 41 |
| 8.3. Consentimiento informado para participar en el estudio..... | 42 |

ABREVIATURAS

| | |
|-------|---|
| EII: | Enfermedad inflamatoria intestinal. |
| EC: | Enfermedad de Crohn. |
| CU: | Colitis ulcerosa. |
| CI: | Colitis indeterminada. |
| IHS: | International Headache Society. |
| HUCA: | Hospital Universitario Central de Asturias. |
| INS: | Inmunosupresores. |

1. INTRODUCCIÓN

La Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) representa un grupo de afecciones intestinales inflamatorias crónicas idiopáticas. Actualmente el concepto de EII engloba, tres categorías nosológicas: la enfermedad de Crohn (EC), la colitis ulcerosa (CU) y la colitis indeterminada (CI). La cronicidad en el curso clínico de la EII consiste en alternar periodos de inactividad que se identifican con las fases de remisión, con periodos de actividad clínica que se denominan brotes o recidivas ⁽¹⁾.

Hay pruebas que sugieren que dicha enfermedad idiopática es resultado de una respuesta inflamatoria inadecuada a los microbios intestinales en un huésped genéticamente susceptible ⁽²⁾.

Los síntomas y la gravedad de estas enfermedades dependerán de la extensión, la localización, el comportamiento, el grado de actividad inflamatoria y de las manifestaciones extraintestinales que se asocian a la enfermedad ⁽¹⁾.

1.1 Enfermedad inflamatoria intestinal

La CU no es una enfermedad nueva. Encontramos la primera descripción clínica de flujo fecal sanguíneo que hizo el famoso médico inglés Sydenham en el año 1609. Posteriormente, en 1859, el médico Samuel Wilks publica en la Gaceta Médica de Londres la primera descripción de esta enfermedad utilizando el término de colitis ulcerosa en un grupo de pacientes con diarrea crónica sanguinolenta que mostraban numerosas úlceras en la mucosa del colon ⁽³⁾.

El médico Sidney Truelove dedicó su vida a la investigación de la EII y demostró científicamente la eficacia de los corticoides ⁽⁴⁾.

La CU es una EII crónica, episódica, que habitualmente comienza en el recto y se extiende de forma proximal en continuidad hacia el ciego deteniéndose de forma brusca en la válvula ileocecal. El proceso inflamatorio se limita a la mucosa. Se caracteriza por diarreas acuosas abundantes con cantidades variables de sangre, moco y pus. Se asocia frecuentemente a síntomas rectales como tenesmo, urgencia, dolor abdominal cólico, pérdida de peso y fiebre ⁽⁵⁻⁹⁾.

De acuerdo con la clasificación de Montreal, adoptada en 2005, la CU se clasifica en tres grandes grupos según su extensión. El conocimiento de la extensión es de gran importancia por las implicaciones terapéuticas y pronósticas que conlleva.

- Proctitis (E1): la extensión de esta CU se circunscribe al recto o hasta la unión rectosigmoidea. Su tratamiento puede abordarse por vía sistémica y/o tópica en forma de enema, espuma o supositorios.
- Colitis distal o izquierda (E2): su extensión es distal al ángulo esplénico. Su tratamiento puede abordarse por vía sistémica y/o tópica en forma de enema o espuma.
- Colitis extensa (E3): también llamada colitis universal o pancolitis, se extiende más allá del ángulo esplénico. Su tratamiento debe ser siempre sistémico y conlleva un mayor riesgo de brotes graves y colectomía a largo plazo ⁽¹⁰⁾.

Hay datos en la historia de la medicina que permiten sospechar de la existencia de la EC en el siglo XVII. Posteriormente, en 1800, un médico irlandés describió los síntomas de esta enfermedad.

En 1932 el urólogo Gordon Oppenheimer, el cirujano Lon Ginzburg y Burril Crohn, internista y gastroenterólogo que trabajaban en el Hospital Monte Sinaí de Nueva York, hicieron una publicación en el Journal of the American Medical Association en la que denominaron a la enfermedad enteritis terminal pero el profesor Bargen decidió cambiarlo a enteritis regional para evitar el significado de fatalidad y mal pronóstico de la palabra terminal.

Años después, el cirujano inglés Brian Brooke escribió en la revista famosa Lancet sobre la enfermedad, dándole el nombre de enfermedad de Crohn ⁽³⁾.

En la actualidad se define la EC como un trastorno inflamatorio crónico que puede afectar cualquier segmento del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano, siendo la localización más frecuente el íleon terminal y colon. La afección anatómica es segmentaria, discontinua y transmural. La enfermedad cursa de forma intermitente con períodos silentes seguidos de períodos sintomáticos.

Los síntomas más frecuentes en la EC son: abdominalgia, diarrea y pérdida de peso. En ocasiones se manifiesta como un cuadro agudo pseudoapendicular. La rectorragia es menos frecuente que en la CU excepto en las formas de afectación cólica y la pérdida de peso es más frecuente e intensa. Las complicaciones intestinales más frecuentes son: estenosis, fístulas y abscesos ⁽¹¹⁾.

La clasificación de Montreal, que fue propuesta por la Organización Mundial de Gastroenterología, clasifica a los pacientes en función de la edad de comienzo, localización de la enfermedad y comportamiento de esta. En cuanto a la edad de comienzo, se distinguen los tipos A1 (menos de 16 años), A2 (de 16 a 40) y A3 (más de 40).

Con respecto a su distribución anatómica se clasifica en, L1 (íleon), L2 (colon) y L3 (suma de L1 y L2); además, se añade "+L4" en caso de que el paciente tenga afectada la parte alta del tubo digestivo (esófago, estómago, duodeno, yeyuno o íleon proximal).

Por último, se definen los tipos B1 (tipo inflamatorio), B2 (tipo estenosante) y B3 (tipo penetrante). En cualquier caso, si hay afectación de la región anal, se añade "+P" ⁽¹²⁾.

1.2 Cefaleas

En nuestro medio las cefaleas representan el principal motivo de asistencia para el neurólogo así como el principal motivo de consulta neurológica para el médico de Atención Primaria.

El término cefalea hace referencia a los dolores y molestias localizadas en cualquier parte de la cabeza, en los diferentes tejidos de la cavidad craneana, en las estructuras que lo unen a la base del cráneo, los músculos y vasos sanguíneos que rodean el cuero cabelludo, cara y cuello. La Sociedad Internacional de Cefaleas IHS del inglés (International Headache Society) publica una clasificación actualizada periódicamente, en la cual se explican de forma detallada los distintos orígenes de esta afección.

En definitiva, el primer paso a la hora de abordar el diagnóstico de una cefalea va a consistir en ubicar a esta entre aquellas entidades caracterizadas por su recurrencia en ausencia de otras patologías, es decir, que la cefalea representa en sí misma la enfermedad del paciente (cefaleas primarias), o bien entre aquellas otras en las que la cefalea no es más que un síntoma de otro proceso (cefaleas secundarias).

En las cefaleas secundarias el diagnóstico no dependerá tanto de las características de la cefalea, sino que se establecerá en función de que exista una patología concreta a la que

podamos atribuirle y que, como exige la IHS, exista también una clara relación temporal entre ambas ^(13,14,15).

La migraña es, con diferencia, la cefalea primaria sobre la que más se ha escrito y estudiado, sobre la que más se ha avanzado en el conocimiento fisiopatológico y sobre la que más avances terapéuticos se han obtenido, tanto desde el punto de vista del tratamiento de las crisis como de la prevención de las mismas. Se trata de un síndrome de prevalencia familiar consistente en ataques o crisis recurrentes de dolor de cabeza, muy variables en intensidad, frecuencia y duración, que suele ser unilateral, asociada a fotofobia y fonofobia, con náuseas y/o vómitos y con importante exacerbación ante movimientos cefálicos o esfuerzos.

Puede dividirse en dos subtipos principales: migraña sin aura, se trata de un síndrome clínico caracterizado por cefalea con características específicas y síntomas asociados, y migraña con aura, caracterizada por cuadros focales neurológicos reversibles que habitualmente preceden o en ocasiones acompañan a la cefalea. El diagnóstico diferencial entre migraña sin aura y cefalea tensional episódica infrecuente puede ser difícil (cuadros 1 y 2). Se necesitan los registros de 5 crisis. Individuos que cumplan criterios para migraña sin aura pero no experimentaron 5 episodios, deben ser clasificados en migraña sin aura probable ⁽¹⁶⁾.

Cuadro 1. Criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas para el Diagnóstico de migraña.

- a. Al menos 5 episodios que cumplan los criterios b y d
- b. Episodios de cefalea que duran entre 4 y 72 horas (sin tratamiento o con tratamiento insuficiente)
- c. Cefaleas que tienen al menos dos de las siguientes características:
 - 1. Localización bilateral
 - 2. Calidad pulsátil
 - 3. Intensidad moderada a severa (impide la actividad física)
 - 4. Agravamiento con la actividad física habitual
- d. Durante la cefalea, deben presentarse al menos una de las siguientes características:
 - 1. náuseas y/o vómitos
 - 2. fotofobia y fonofobia

Cuadro 2. Criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas para el Diagnóstico de cefalea tensional.

- a. Al menos 10 episodios previos de cefalea que cumplan los criterios b a d
- b. Cefalea que dure entre 30 minutos y 7 días
- c. Presencia de al menos dos de éstas características:
 - 1. Dolor gravativo u opresivo (no pulsátil)
 - 2. Intensidad leve a moderada
 - 3. Localización bilateral
 - 4. No se agrava con la actividad física habitual
- d. Ambas de las siguientes:
 - 1. Ausencia de náuseas y vómitos
 - 2. Ausencia de fonofobia y fotofobia (o presencia de solo uno de los dos)

1.3 Justificación

El espectro de trastornos neurológicos en pacientes con EII, tanto en su variante de EC como en la de CU, es mucho mayor de lo que se pensaba hace años, e incluye desde síntomas que pueden pasar desapercibidos, como la cefalea o la depresión, hasta alteraciones muy graves que pueden poner en peligro la vida del paciente.

Aunque la CU y la EC se han considerado tradicionalmente como enfermedades limitadas a la mucosa del tubo digestivo, se ha demostrado que frecuentemente se acompañan de diferentes trastornos extraintestinales. Entre éstos, hay una evidencia creciente de que también se manifiestan en el sistema nervioso, tanto central como periférico. Aunque algunas de estas complicaciones neurológicas se conocen desde hace tiempo, como la enfermedad cerebrovascular, las vasculitis y los procesos de origen autoinmunitario, las neuropatías o la desmielinización cerebral, otras sólo se han descrito recientemente.

Por todo ello son precisos nuevos estudios prospectivos para definir la naturaleza y la importancia de estas asociaciones neurológicas en la EII y es interesante estudiar si existe relación en tener EII y dolor de cabeza, así como sus posibles causas ^(6,17,18,19).

2. OBJETIVOS

- Objetivo principal: estimar la prevalencia de cefaleas y sus características clínicas en pacientes diagnosticados de EII que acuden a la consulta de digestivo del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

- Objetivos secundarios:
 1. Estudiar la correlación entre padecer cefalea y EII.
 2. Identificar el perfil clínico de dichas cefaleas.
 3. Determinar que variables influyen en la aparición de cefaleas.

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio prospectivo transversal, en el que se pretende poner de manifiesto la prevalencia de cefaleas y sus características clínicas en pacientes con enfermedades inflamatorias del intestino (EC y CU).

3.2 Población a estudio

Fueron incluidos todos los pacientes con EII que acudieron a la consulta de digestivo del HUCA entre el 1 de febrero de 2014 y el 15 de abril del 2014. Se excluyeron aquellos pacientes con EII en forma de debut (fase inicial de la enfermedad) y CI ya que no permite diferenciar con certeza si se trata de una CU o una EC.

3.3 Metodología

Tras obtener el consentimiento del Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, se diseñó un cuestionario a cumplimentar por el investigador que incluía 22 variables. En la consulta de digestivo, en colaboración con los médicos, se le informó a cada paciente sobre el estudio y junto con su participación voluntaria se cumplimentaron los cuestionarios con preguntas directas a los pacientes para la parte sobre cefaleas y mediante informes médicos sobre su enfermedad para la parte de EII.

En todo momento se ha mantenido la confidencialidad de los datos permaneciendo anónima la identidad de los pacientes.

Las variables recogidas para el estudio fueron las que se definen a continuación:

- Sexo: variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: hombre / mujer.
- Edad actual: variable cuantitativa continua referida al número de años cumplidos.
- Presenta cefaleas: variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: si / no.
- Nº de episodios al mes: variable cualitativa nominal politómica que informa sobre el número de cefaleas que presentan los enfermos al mes. Categorías: <5 episodios, entre 5-30 y más de 30.
- Duración del dolor: variable cualitativa nominal politómica que proporciona información sobre la duración de las cefaleas. Forma de medida: en horas. Categorías: <4 horas, entre 4-72 y más de 72.
- Localización del dolor: variable cualitativa nominal dicotómica que especifica si el paciente refiere dolor a un lado de la cabeza o en ambos lados. Categorías: unilateral, bilateral.
- Como es el dolor: variable cualitativa nominal politómica que describe las características del dolor. Categorías: palpitante, como un peso, a pinchazos.
- Intensidad del dolor: variable cualitativa ordinal. Categorías: suave, moderado, intenso.
- Empeora con el ejercicio: variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: si / no.
- Empeora con la luz: variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: si / no.
- Empeora con los ruidos: variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: si / no.
- Se acompaña de náuseas: variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: si / no.

- Se acompaña de vómitos: variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: si / no.
- EII: variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: EC, CU.

Si el paciente presenta EC se recogieron las siguientes variables:

- Antecedentes familiares: variable cualitativa nominal dicotómica que proporciona información sobre los familiares directos que padecen la enfermedad. Categorías: si / no.
- Edad de diagnóstico: variable cualitativa nominal politómica medida en número de años completos en el momento en el que se efectuó el diagnóstico. Categorías: A1 (menos de 16 años), A2 (de 16 a 40) y A3 (más de 40).
- Localización: variable cualitativa nominal politómica. Categorías: L1 (íleon), L2 (colon), L3 (suma de L1 y L2), L4 (parte alta tubo digestivo) y L1+L4.
- Patrón clínico: variable cualitativa nominal politómica. Categorías: B1 (tipo inflamatorio), B2 (tipo estenosante), B3 (tipo penetrante) y si hay afectación de la región anal, se añade "+P" B1p, B2p, B3p.
- Complicaciones intestinales: variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: si / no. Las complicaciones intestinales incluyen ⁽²⁰⁾:
 - Hemorragia: sangrado profuso de úlceras en CU. Sangrado menos común en EC.
 - Perforación intestinal.
 - Abscesos intraabdominales en EC.
 - Estenosis y obstrucción (el estrechamiento del intestino puede producirse por inflamación y edema agudo o por fibrosis crónica).

- Fístulas y patología perianal.
 - Megacolon tóxico.
 - Neoplasia maligna.
- Complicaciones extraintestinales: variable cualitativa nominal dicotómica.
- Categorías: si / no. Las complicaciones extraintestinales incluyen⁽²⁰⁾:
- Artritis, la complicación más común.
 - Otras complicaciones extraintestinales incluyen espondilitis anquilosante, pioderma gangrenoso, eritema nodoso, iritis, uveítis, episcleritis, y colangitis esclerosante primaria.
 - Tanto la osteoporosis, como el tromboembolismo venoso, la necrosis avascular, y los eventos arteriales isquémicos son todos más frecuentes en la EII que en la población general.
 - Complicaciones neurológicas.
- Tratamiento: variable cualitativa nominal politómica. Categorías:
0. Sin tratamiento
 1. Mesalazina (5-ASA): Pentasa®, Claversal®, Lixacol®, Salofalk®, Mezavant®.
 2. Inmunosupresores (INS):
 - Azatioprina: Imurel®
 - 6-Mercaptopurina: Mercaptopurina GSK®
 3. Metotrexato: Metoject®
 4. Corticoides
 5. Infliximab: Remicade®

6. Adalimumab: Humira®
7. Ciclosporina: Sandimmun®
8. Budesonida: Intestifalk®
Beclometasona: Clipper®
9. INS + adalimumab
10. 5-ASA + Infliximab
11. 5-ASA + INS
12. 5-ASA + INS + corticoides
13. 5-ASA + INS + infliximab
14. INS + infliximab
15. Metotrexato + infliximab
16. 5-ASA + corticoides
17. INS + budesonida
18. 5-ASA + INS + Adalimumab
19. 5-ASA + budesonida
20. 5-ASA + adalimumab
21. Metotrexate + adalimumab
22. INS + corticoides
23. Infliximab + ciclosporina
24. INS + corticoides + ciclosporina

- Cirugía: variable cualitativa nominal dicotómica que refleja si el paciente ha sido operado como consecuencia de la EII. Categorías: si / no.

Si el paciente presenta CU se recogieron las siguientes variables:

- Antecedentes familiares: variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: si / no.
- Edad de diagnóstico: variable cualitativa nominal politómica medida en número de años completos en el momento en el que se efectuó el diagnóstico. Categorías: <16, 16-40, >40.
- Localización: variable cualitativa nominal politómica. Categorías: Proctitis (E1), Colitis distal o izquierda (E2), Colitis extensa (E3).
- Complicaciones intestinales: variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: si / no.
- Complicaciones extraintestinales: variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: si / no.
- Tratamiento: variable cualitativa nominal politómica. Categorías: similares a la EC.
- Cirugía: variable cualitativa nominal dicotómica. Categorías: si / no.

3.4 Tabulación y análisis de datos

Se utilizó el programa Excel para el registro de datos ofimático y el programa estadístico SPSS 15.0 para el análisis de los datos y las diferentes variables del estudio.

Las variables continuas fueron descritas mediante medias y desviaciones típicas; también se dan los valores medianos, mínimos y máximos. Las variables categóricas son descritas mediante frecuencias relativas y absolutas. La normalidad de las variables continuas se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, no rechazándose en ningún caso. La igualdad de medianas fue contrastada mediante la prueba de Student-Welch (dos grupos) o la prueba robusta de Welch (más de dos grupos). La independencia entre variables

categorías fue contrastada mediante la prueba chi-cuadrado. En todo el estudio se mantuvo un valor de significación estadística del 5%.

4. RESULTADOS

4.1 Estadística descriptiva

De un total de 200 pacientes, 93 (46.50%) eran hombres y 107 (53.50%) eran mujeres (Gráfico 1).



Gráfico 1

La media de edad fue de 48.11 con una desviación estándar de 2.83 siendo la edad mínima de 16 y la máxima de 87 años (Tabla 1).

Tabla 1: Edad

| | N | Media | Desviación estándar | Mínimo | Máximo |
|------|-----|-------|---------------------|--------|--------|
| Edad | 200 | 48.11 | 2.83 | 16 | 87 |

EEI: de los 200 pacientes encuestados, 73 (36.50%) fueron diagnosticados de colitis ulcerosa y 127 (63.50%) de enfermedad de Crohn (Gráfico 2).

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

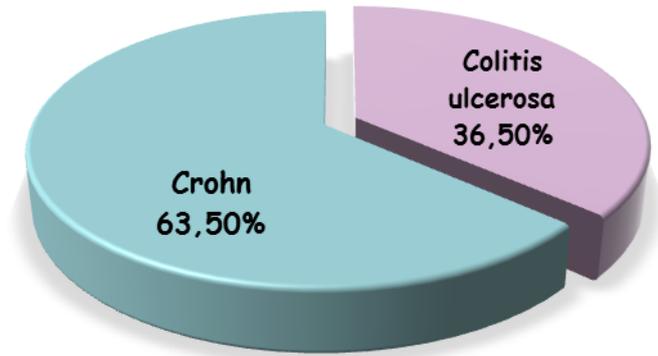
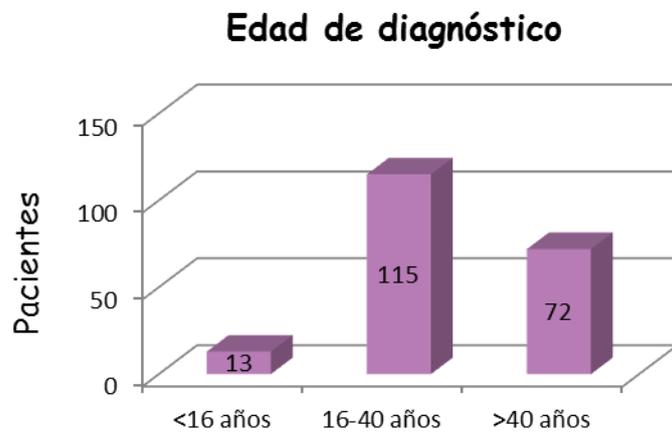


Gráfico 2

Antecedentes familiares: 170 pacientes (85%) no tienen antecedentes familiares de EII y los 30 (15%) restantes si tienen antecedentes.

Edad de diagnóstico: 13 pacientes (6.50%) eran < 16 años cuando fueron diagnosticados, 115 (57.50%) tenían entre 16-40 años y 72 (36.00%) eran >40 años (Gráfico 3).



Rango de edad

Gráfico 3

Localización (tipo de afectación)

- CU: 8 pacientes (11.20%) con proctitis, 32 (45.10%) con colitis izquierda o distal y 31 (43.70%) con colitis extensa o pancolitis (Gráfico 4).

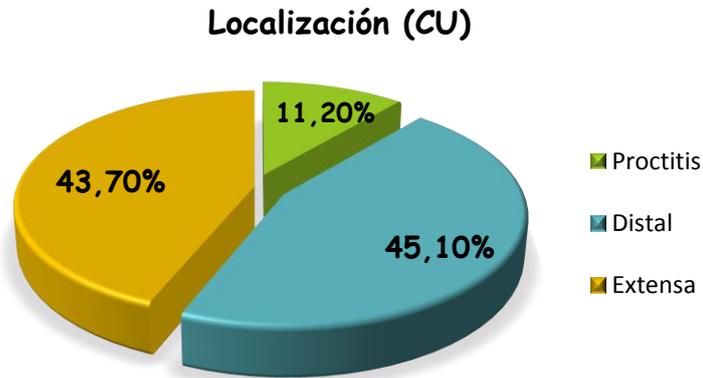


Gráfico 4

- EC: 58 pacientes (45.70%) con localización ileal, 19 (15%) con localización cólica, 37 (29.10%) localización ileocólica, 4 (3.10%) del tracto digestivo alto y 9 (7.10%) con afectación ileal y del tracto digestivo alto (Gráfico 5).

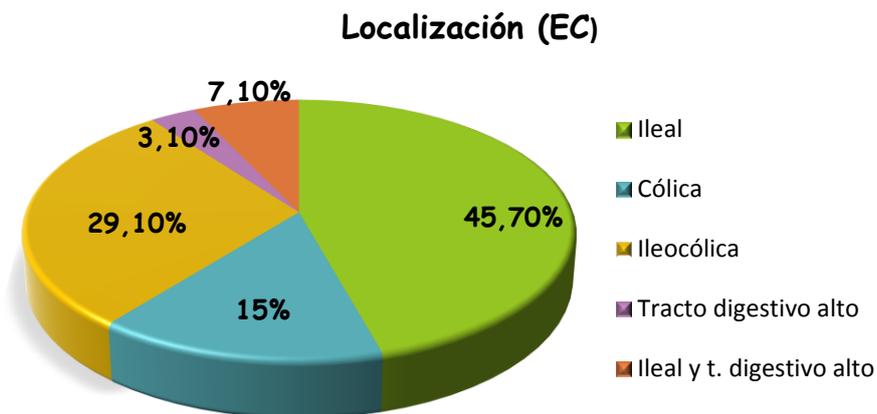


Gráfico 5

Patrón clínico

- EC: 58 pacientes (29%) con patrón inflamatorio, 13 (6.50%) con patrón estenosante, 25 (12.50%) patrón penetrante, 19 (9.50%) con patrón inflamatorio y afectación perianal, 3 (1.50%) con patrón estenosante más afectación perianal y 9 (4.50%) con patrón penetrante y afectación perianal.
- CU: no se especifica patrón clínico para esta variable.

Complicaciones intestinales: 151 pacientes (75.50%) no presentaron complicaciones intestinales y 49 (24.50%) presentaron complicaciones.

Complicaciones extraintestinales: 136 pacientes (68%) no presentaron complicaciones extraintestinales y 64 (32%) si presentaron complicaciones.

Tratamiento: 141 pacientes (70.50%) estaban en tratamiento con un único fármaco, 52 (26%) en tratamiento con una combinación de dos fármacos y 7 (3.50%) en tratamiento con tres fármacos (Gráfico 6).

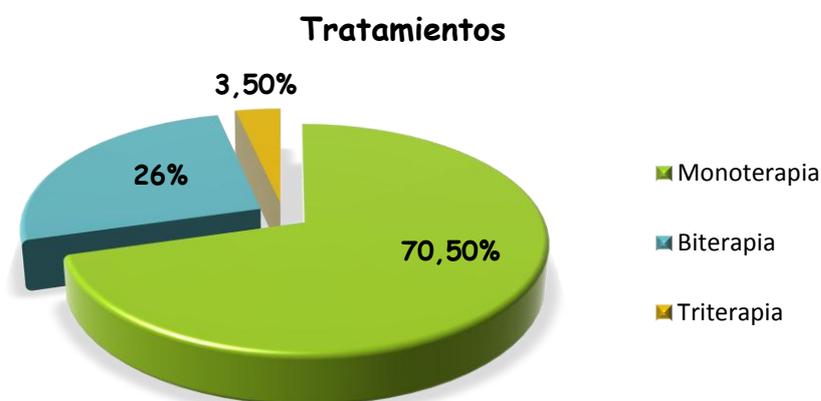


Gráfico 6

Cirugía: 139 pacientes (69.50%) no fueron intervenidos quirúrgicamente y 61 (30.50%) necesitaron ser intervenidos.

De los 200 pacientes, 134 (67%) no presentaron cefaleas y 66 (33%) si tenían cefaleas (Gráfico 7). Para la prevalencia de cefaleas se da un intervalo de confianza del 95% [26.2 – 39.7].

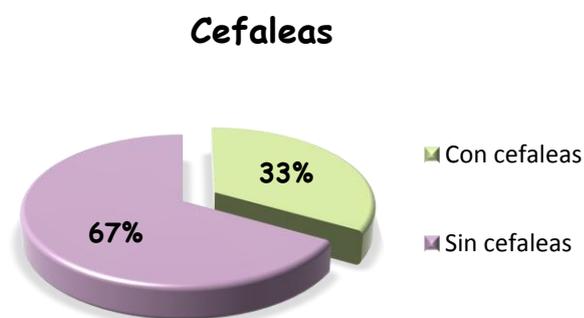


Gráfico 7

De los 66 pacientes que presentaron cefaleas se recogieron las siguientes características:

Nº episodios al mes: 32 pacientes (48.48%) presentaron menos de 5 cefaleas al mes, otros 32 (48.48%) tuvieron entre 5 y 30 cefaleas y 2 (3.03%) tuvieron más de 30 episodios (Gráfico 8).

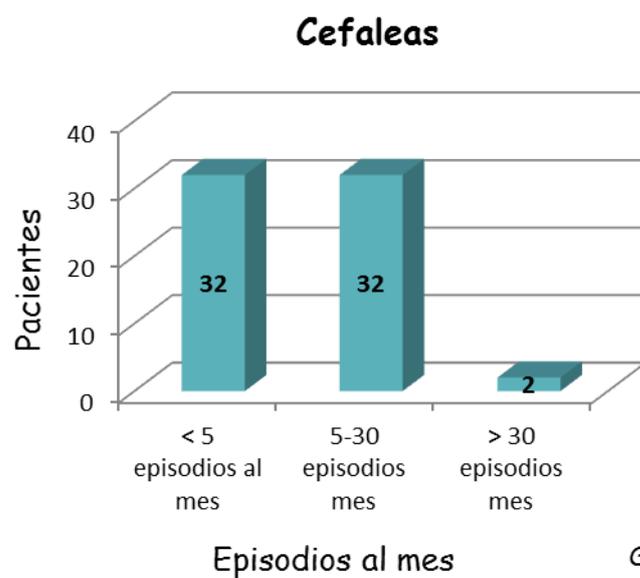


Gráfico 8

Duración del dolor (horas): la duración del dolor de 34 de los pacientes (51.52%) es menor de 4 horas, a 28 de ellos (42.42%) les dolió entre 4 y 72 horas y a 4 (6.06%) más de 72 horas (Gráfico 9).

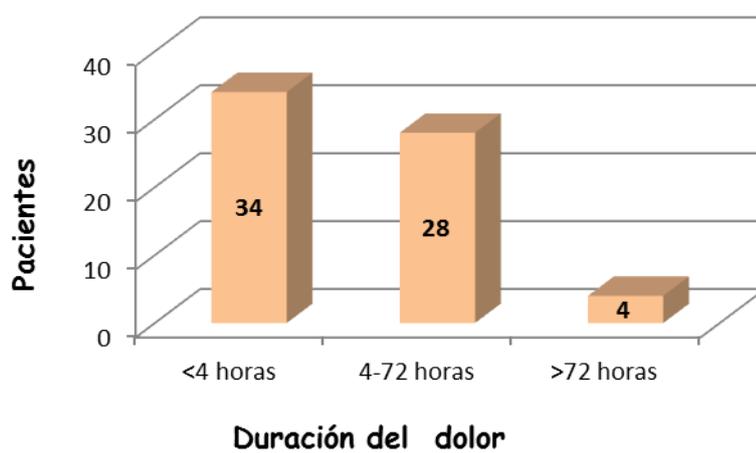


Gráfico 9

Localización del dolor: en 25 pacientes (37.88%) el dolor es unilateral y en 41 (62.12%) bilateral (Gráfico 10).



Gráfico 10

Cómo es el dolor: en 24 de los pacientes (36.36%) el dolor fue palpitante, en 34 (51.52%) fue como un peso y en 8 (12.12%) a pinchazos (Gráfico 11).

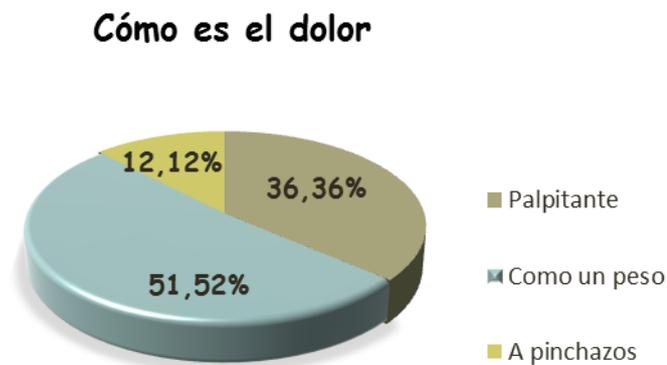


Gráfico 11

Intensidad del dolor: en 8 pacientes (12.12%) la intensidad del dolor fue suave, en 27 (40.91%) fue moderado y en 31 (46.97%) fue intenso (Gráfico 12).



Gráfico 12

Empeora con el ejercicio: 32 de los pacientes (48.48%) refirieron que la cefalea no empeoraba con el ejercicio y 34 (51.52%) si refirieron empeoramiento.

Empeora con la luz: la luz no empeoraba el dolor a 26 de los pacientes (39.39%) pero si lo empeoraba a 40 (60.61%).

Empeora con los ruidos: el ruido no empeoraba el dolor a 20 pacientes (30.30%) y si lo empeoraba a 46 (69.70%).

Se acompaña de náuseas: el dolor de cabeza se acompañaba de náuseas en 33 pacientes (50%) y no se acompañaba de náuseas en otros 33.

Se acompaña de vómitos: no se acompañaba de vómitos en 52 pacientes (78.79%) y en 14 (21.21%) si se acompañaba de vómitos.

4.2 Comparación de grupos

Encontramos asociación estadísticamente significativa entre ser mujer y presentar cefalea (Tabla 2). Con un intervalo de confianza del 95% para los hombres que va de [8.1 – 24.1] y para las mujeres va de [37.7 – 57.6].

Tabla 2: Sexo y presentar cefaleas

| Sexo | Hombres (n=) | Mujeres (n=) | valor p |
|----------|--------------|--------------|---------|
| Cefaleas | 16.10% (15) | 47.70% (51) | <0.001 |

No encontramos asociación estadísticamente significativa entre padecer EII y presentar cefaleas (Tabla 3).

Tabla 3: EII y presentar cefaleas

| EII | CU (n=) | EC (n=) | valor p |
|----------|-------------|-------------|---------|
| Cefaleas | 28.80% (21) | 35.40% (45) | 0.353 |

No encontramos asociación estadísticamente significativa entre tener antecedentes familiares de EII y presentar cefaleas (Tabla 4).

Tabla 4: Antecedentes familiares y presentar cefaleas

| Antecedentes familiares | Si (n=) | No (n=) | valor p |
|-------------------------|----------|-------------|---------|
| Cefaleas | 40% (12) | 31.80% (54) | 0.403 |

Encontramos asociación estadísticamente significativa entre ser diagnosticado de EII entre los 16 y los 40 años y tener cefaleas (Tabla 5).

Tabla 5: Edad de diagnóstico y presentar cefaleas

| Edad de diagnóstico | <16 (n=) | 16-40 (n=) | >40 (n=) | valor p |
|---------------------|-----------|------------|-------------|---------|
| Cefaleas | 7.70% (1) | 40% (46) | 26.40% (19) | 0.021 |

- Por lo que se realizó un análisis por sexo y edad de diagnóstico entre todos los pacientes que presentan cefaleas, siendo el efecto muy claro en hombres, aunque en mujeres se diluye un poco (Tabla 6).

Tabla 6: Edad de diagnóstico por sexos y presentar cefaleas

| Edad de diagnóstico | <16 (n=) | 16-40 (n=) | >40 (n=) | valor p |
|---------------------|----------|-------------|-------------|---------|
| Hombres | 10% (1) | 22.90% (11) | 8.60% (3) | 0.014 |
| Mujeres | 0% (0) | 52.20% (35) | 43.20% (16) | 0.566 |

No encontramos asociación estadísticamente significativa entre la localización de la EC y presentar cefaleas (Tabla 7).

Tabla 7: Localización EC y presentar cefaleas

| Crohn | Ileal (n=) | Cólica (n=) | Ileocólica (n=) | Tracto digestivo alto (n=) | Ileal + tracto digestivo alto (n=) | valor p |
|----------|-------------|-------------|-----------------|----------------------------|------------------------------------|---------|
| Cefaleas | 39.70% (23) | 36.80% (7) | 35.10% (13) | 0% (0) | 22.20% (2) | 0.501 |

No encontramos asociación estadísticamente significativa entre la localización de la CU y presentar cefaleas (Tabla 8).

Tabla 8: Localización CU y presentar cefaleas

| Colitis ulcerosa | Proctitis (n=) | Distal (n=) | Extensa (n=) | valor p |
|------------------|----------------|-------------|--------------|---------|
| Cefaleas | 25% (2) | 28.10% (9) | 32.30% (10) | 0.896 |

No encontramos asociación estadísticamente significativa entre tener complicaciones intestinales, complicaciones extraintestinales, cirugía relacionada con la EII y presentar cefaleas (Tabla 9).

Tabla 9: Complicaciones, cirugía y cefaleas

| | Cefaleas (n=) | valor p |
|----------------------------------|---------------|---------|
| Complicaciones intestinales | 30.60% (15) | 0.798 |
| Complicaciones extraintestinales | 38.10% (24) | 0.330 |
| Cirugía | 36.10% (22) | 0.624 |

Tanto en la EC como en la CU no hemos sacado un p-valor para los tratamientos ya que hay mucha diversidad.

5. DISCUSIÓN

La finalidad de este trabajo fue estimar la prevalencia de cefaleas y sus características clínicas en pacientes diagnosticados de EII. El estudio se llevó a cabo sobre un total de 200 enfermos, 93 hombres y 107 mujeres. La EII afecta a porcentajes aproximados de hombres y mujeres en nuestro estudio. En un estudio de características similares, el número de encuestados era de 82 pacientes, 31 con EC y 51 con CU. Presentaban dolor de cabeza con una prevalencia de 54.80% y 56.90% respectivamente. Otro estudio de 111 pacientes con EII reveló mayor prevalencia de migraña en comparación con los controles ^(21,22).

En este estudio 66 pacientes presentaron cefaleas, con una prevalencia del 47.70% en las mujeres y un 16.10% en hombres coincidiendo con otras bibliografías consultadas ^(21,22), que las mujeres con EII tienen más dolores de cabeza que los hombres.

De los rangos de edad establecidos para el diagnóstico de EII pudimos observar que los enfermos que más cefaleas tenían eran a los que se les diagnosticó la enfermedad entre los 16 y los 40 años. Si analizamos esta distribución por sexos observamos que el efecto es muy claro en los hombres mientras que en las mujeres se diluye un poco.

La cefalea es una dolencia muy común en la población general. Normalmente es benigna, pero si es intensa o muy frecuente produce sufrimiento e incapacidad para realizar las actividades habituales. Se han elaborado varios estudios epidemiológicos del dolor de cabeza en grupos muy concretos de pacientes (población seleccionada, edades limitadas,

diversos tipos de cefalea), pero la prevalencia de la cefalea en la población general se ha estudiado más raramente.

En un estudio contrastado el objetivo era estimar la prevalencia de migraña en la población española obteniéndose los siguientes resultados: el tamaño muestral era de 3433 personas (11.02%) con un intervalo de confianza del 95% que va de [10.55 – 11.51]. La prevalencia era significativamente mayor entre mujeres (15.94%) que en hombres (5.91%) y mostró el valor más alto de 31 – 50 años de edad (12.11%)⁽²³⁾.

Otro de los artículos revisados tenía un tamaño muestral de 1964 personas, de las que el 50,3% eran mujeres; la media de edad de la muestra era de $47,7 \pm 17$ años (entre 20 y 91). La prevalencia de cefalea era del 42.00%, más elevada en mujeres que en hombres (52.80% frente a 31.10%) y jóvenes (edad media de 43.40 ± 16 años)⁽²⁴⁾.

Contrastando los resultados de estos estudios con el nuestro podemos decir que la prevalencia de cefalea en la población general era mayor en mujeres que en hombres en proporciones parecidas, coincidiendo también con los enfermos de EII.

Este hecho no se analizó con detenimiento pero era muy probable que las diferencias de prevalencia se relacionaran con factores hormonales, como sugería el hecho de que la migraña era más frecuente en varones hasta los 12 años, mientras que a partir de esta edad lo fuera más en mujeres. El dolor de cabeza se daba más en personas jóvenes y de mediana edad, con tendencia a disminuir en las mayores⁽²⁴⁾.

De los 200 pacientes encuestados, 73 (36.50%) fueron diagnosticados de colitis ulcerosa y 127 (63.50%) de enfermedad de Crohn.

En la actualidad parece ser que la tasa de incidencia en las diferentes áreas geográficas españolas, para la EC, oscilan entre 0,4 y 5,5 casos/10⁵ habitantes/año, con un valor medio de 1,9 casos/10⁵ habitantes/año y con una importante variabilidad geográfica. En la CU las diferencias de prevalencia e incidencia han seguido la misma tendencia que en la EC pero menos acusada, posiblemente por ser una enfermedad mejor conocida, menos heterogénea en el comportamiento clínico y requerir en menos ocasiones hospitalización lo que dificultaba la recogida de los datos. Se han publicado diferentes trabajos que sitúan la tasa de incidencia de la CU entre 2 y 8 casos/10⁵ habitantes/año, con una media de 3.8 casos/10⁵ habitantes/año ⁽²⁵⁾.

Realizan un interesante estudio epidemiológico descriptivo multicéntrico en Asturias, con un diseño mixto (retrospectivo-prospectivo) entre 1954 y 1997. Los resultados obtenidos reflejan los aspectos anteriormente señalados que explican, al menos en parte, el progresivo incremento de las tasas de incidencia de la EII en Asturias y posiblemente en el resto de España. Además de confirmar la igualdad de las tasas de incidencia y prevalencia de la EII, tanto de la CU como de la EC, con la media europea, donde se estima una tasa de incidencia de 10,4 casos/10⁵ habitantes/año para la CU siendo un 40% más alta en el norte de Europa que en el sur, y para la EC de 5,6 casos/10⁵ habitantes/año. Las tasas de incidencia de EII en este trabajo están todavía lejos de las de los países que históricamente presentan una mayor aparición de casos nuevos anuales en Europa (20.3 casos/10⁵ habitantes/año para la CU, y 9.8 casos/10⁵ habitantes/año en la EC) ⁽²⁶⁾.

De los 200 pacientes que participaron en nuestro estudio se puede deducir que la existencia de un mayor número de EC puede ser debido a la elección de la muestra, ya que sólo fueron encuestados los pacientes que ya tenían una cita previa con el Servicio de digestivo del HUCA siendo un tipo de muestreo no aleatorio.

Las alteraciones neurológicas no son consideradas clásicamente manifestaciones extraintestinales típicas dentro de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, pero la realidad clínica revela que no es escaso el número de pacientes que presentan en el pródromos de la enfermedad, en las fases de actividad o en los periodos de remisión signos y síntomas de desórdenes neurológicos.

Una revisión actualizada de toda la literatura publicada al afecto revela que estas alteraciones neurológicas se agrupan en dos subgrupos típicos: las directamente relacionadas con las alteraciones dependientes de la enfermedad y de los efectos secundarios de los fármacos utilizados para su control, remisión de los brotes agudos y mantenimiento y aquellas patologías neurológicas no relacionadas con lo anterior que pueden preceder en el tiempo a la aparición del proceso o presentarse durante los brotes o periodos de remisión ⁽²⁷⁾.

Existen diversos artículos que relacionan la EII con alteraciones neurológicas pero son pocos los que se centran en las cefaleas relacionadas con dicha enfermedad.

En vista de los resultados obtenidos en este estudio, consideramos que sería interesante seguir profundizando en el tema con una búsqueda exhaustiva de otros factores de riesgo que nos permitirán hacer una evaluación más correcta de la prevalencia y la etiología de las cefaleas en la EII.

6. CONCLUSIONES

Tras el análisis de los resultados y de la discusión adecuada con los datos existentes en la literatura, hemos llegado a las siguientes conclusiones:

1. De 200 enfermos con EII incluidos en este estudio, un 33 % presentaron cefaleas.
El 28.8% tenía CU y el 35.4% EC.
2. No se encontró relación entre padecer EII y presentar cefaleas.
3. En cuanto a las variables analizadas cabe destacar que las de mayor influencia en la aparición de cefaleas fueron ser mujer y haber sido diagnosticado de la enfermedad entre los 16 y los 40 años.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Mendoza Hernández JL, Lana Soto R, Díaz Rubio M. Definiciones y manifestaciones clínicas generales. En: Gassul MA, Gomollón F, Hinojosa J, Obrador A. Enfermedad inflamatoria intestinal. 3ª ed. Madrid: Arán; 2007. p. 22-28.
2. Abraham C, Cho JH. Inflammatory bowel disease. N Engl J Med. 2009; 361: 2066-2078.
3. Pajares JM. Crohn y colitis ulcerosa: comprender para aceptar la enfermedad. Madrid: Médica Panamericana; 2010.
4. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis. Br Med J. 1955; 2(4947): 1041-1048.
5. Mosby Diccionario de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 4ª ed. Madrid: Elsevier, España; 2004. CU; p. 292. EC; p. 484.
6. Bermejo PE, Burgos A. Complicaciones neurológicas de la enfermedad inflamatoria intestinal. Med Clin (Barc). 2008; 130(17): 666-675.

7. Grupo español de trabajo para enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa [Internet]. [Acceso el 15 de abril de 2014]. Disponible en:
<http://www.geteccu.org>

8. Asociación española de gastroenterología [Internet]. [Acceso el 10 de abril de 2014]. Disponible en:
<http://www.aegastro.es>

9. Sociedad española del aparato digestivo [Internet]. [Acceso el 20 de abril de 2014].
Disponible en:
[http:// www.sepd.es](http://www.sepd.es)

10. Domènech Morral E, Casellas Jordá F. Colitis ulcerosa. En: Ponce García J, editor. Tratamiento de las enfermedades gastroenterológicas. 3ª ed. Asociación española.

11. Domènech Morral E, Mañosa Círia M. Clínica y criterios diagnósticos de la enfermedad de Crohn. En: Gassul MA, Gomollón F, Hinojosa J, Obrador A. Enfermedad inflamatoria intestinal. 3ª ed. Madrid: Arán; 2007. p. 334-343.

12. Satsangi J, Silverberg MS , Vermeer S, Colombel JF. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. Gut. 2006; 55(6): 749-753.

13. Belmonte Herrera P, Bernal Duran S. Cefaleas. Rev Pacea Med Fam 2007; 4(5): 55-60.
14. Grupo de Estudio de Cefalea de la SEN. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Madrid: Ediciones Ergon; 2006.
15. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. Cephalalgia. 2004; 24 (1): 1-160.
16. The International Classification of Headache Disorders, Cephalalgia. 2004; 24 (1): 1-160.
17. Veloso FT. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease: do they influence treatment and outcome? World J Gastroenterol. 2011; 17: 2702-2707.
18. Scheid R, Teich N. Neurologic manifestations of ulcerative colitis. Eur J Neurol. 2007; 14: 483-493.
19. Singh S, Kumar N, Loftus EV, Kane SV. Neurologic complications in patients with inflammatory bowel disease: increasing relevance in the era of biologics. Inflamm Bowel Dis. 2013; 19:864-872.

20. Bernstein C, Fried M, Krabshuis JH, Cohen H, Eliakim R, Fedail S, et al. Guías Mundiales de la Organización Mundial de Gastroenterología. Enfermedad inflamatoria intestinal: una perspectiva global; 2009.
21. Oliveira GR, Teles BC, Brasil EF, Souza MH, Furtado LE, de Castro-Costa CM, et al. Peripheral neuropathy and neurological disorders in an unselected Brazilian population-based cohort of IBD patients. *Inflamm Bowel Dis.* 2008; 14:389-395.
22. Dimitrova AK, Ungaro RC, Lebowitz B, Lewis SK, Tennyson CA, Green MW, et al. Prevalence of migraine in patients with celiac disease and inflammatory bowel disease. *Headache.* 2013; 53(2): 344-55.
23. Fernández de las Peñas C, Hernández Barrera V, Carrasco Garrido P, Alonso Blanco C, Palacios Ceña D, Jiménez Sánchez S, et al. Population-based study of migraine in Spanish adults: relation to sociodemographic factors, lifestyle and comorbidity with other conditions. *J Headache Pain.* 2010; 11(2): 97-104.
24. Bassols Farrés B, Bosch Llonch F, Campillo Grau M, Baños Díez JE. Estudio epidemiológico del dolor de cabeza y su tratamiento en la población general de Cataluña. *Rev Neurol.* 2002; 34(10): 901-908.
25. García Paredes J, Mendoza JL. Epidemiología descriptiva de la enfermedad inflamatoria intestinal en España. *An Med Interna.* 2003; 20(1): 1-2.

26. Saro Gismera C, Riestra Menéndez S, Milla Crespo A, Sánchez Fernández R, Lacort Fernández M, Argüelles Fernández G, et al. Incidencia y prevalencia en enfermedad inflamatoria intestinal crónica. Estudio asturiano en cinco áreas (EIICEA). *An Med Interna*. 2003; 20(1): 3-9.
27. Castro Laría L, Candil del Olmo F. Alteraciones neurológicas en la enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista del Grupo Andaluz para el Estudio de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal* [Internet]. [Acceso el 30 de abril de 2014]. Disponible en:
<http://www.a2000.es/gaeii/1-05-97.htm>

8. ANEXOS

8.1 Anexo 1. Encuesta.



| | |
|---------------|----------------------|
| Nº HISTORIA | <input type="text"/> |
| F. NACIMIENTO | <input type="text"/> |
| SEXO | <input type="text"/> |

| Presenta cefaleas | SI <input type="checkbox"/> | | NO <input type="checkbox"/> | |
|----------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| | Nº de episodios/mes | <5 <input type="checkbox"/> | 5-30 <input type="checkbox"/> | >30 <input type="checkbox"/> |
| Duración del dolor (horas) | <4 <input type="checkbox"/> | 4-72 <input type="checkbox"/> | >72 <input type="checkbox"/> | |
| Localización del dolor | Unilateral <input type="checkbox"/> | | Bilateral <input type="checkbox"/> | |
| El dolor es: | Palpitante <input type="checkbox"/> | Como un peso <input type="checkbox"/> | A pinchazos <input type="checkbox"/> | |
| Intensidad del dolor | Suave <input type="checkbox"/> | Moderado <input type="checkbox"/> | Intenso <input type="checkbox"/> | |
| Empeora con el ejercicio | Si <input type="checkbox"/> | | No <input type="checkbox"/> | |
| Empeora con la luz | Si <input type="checkbox"/> | | No <input type="checkbox"/> | |
| Empeora con los ruidos | Si <input type="checkbox"/> | | No <input type="checkbox"/> | |
| Se acompaña de: | Nauseas <input type="checkbox"/> | | Vómitos <input type="checkbox"/> | |

| Enfermedad inflamatoria intestinal | CROHN <input type="checkbox"/> | | COLITIS ULCEROSA <input type="checkbox"/> | |
|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|
| | Antecedentes familiares | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Si <input type="checkbox"/> |
| Edad de diagnóstico | | | | |
| Tipo de afectación (Localización) | | | | |
| Patrón clínico | | | | |
| Complicaciones intestinales | | | | |
| Complicaciones extraintestinales | | | | |
| Tratamiento | | | | |
| Cirugía | | | | |

Observaciones:

8.2 Anexo 2. Permiso del Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Comité Ético de Investigación Clínica
Regional del Principado de Asturias
C/ Celestino Villamil s/n
33006.-Oviedo
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28
Fax: 985.10.87.11
e-mail: ceicr_asturias@hca.es

Oviedo, 16 de Diciembre de 2013

El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias ha evaluado el Estudio nº 180/13, titulado: "PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL DOLOR DE CABEZA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL". Investigadora Principal Dña. Melisa Capelas González. Trabajo Fin de Master Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado estudio reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y, en consecuencia, emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardar la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este estudio.

Le saluda atentamente.

Fdo: Eduardo Arnáez Moral
Secretario del Comité Ético de Investigación
Clínica Regional del Principado de Asturias



8.3 Anexo 3. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Título del estudio:

“PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL DOLOR DE CABEZA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL”

Investigadores principales: Melisa Capelas González (estudiante de Master de enfermería de urgencias y cuidados críticos), Germán Morís de la Tassa (Servicio de Neurología, HUCA)

Nombre de la persona: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Por favor, pregúntenos sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas sobre el mismo.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Evaluar mediante una encuesta, la prevalencia de cefaleas en pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

2. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

Con este estudio se pretende conocer la posible influencia de tener una enfermedad inflamatoria intestinal asociado a cefaleas.

3. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio, se le pedirá responder una encuesta con preguntas sobre el tipo de dolor de cabeza y frecuencia. Esto le llevará unos minutos, aunque las preguntas serán sencillas.

4. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- La información obtenida en este estudio, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines exclusivamente científicos.

5. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Firma del participante

Fecha

Firma del investigador

Fecha