



**Universidad de Oviedo**

**Centro Internacional de Postgrado**

**Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos**

**“VALORACIÓN, EVOLUCIÓN Y RESOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON  
CEFALEA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HUCA”**

**Silvia Arias Fuentes**

**Mayo 2014**

**Trabajo Fin De Máster**



## **AGRADECIMIENTOS**

Mi mayor gratitud va dirigida al Doctor Germán Morís de la Tassa, mi director y tutor. Gracias por haberme aceptado, ayudado y orientado; por la infinita paciencia, tiempo invertido y recomendaciones ante mi escasa experiencia. Ha sido un privilegio poder contar con él para llevar a cabo este trabajo.

También quiero agradecer a Beni (administrativa de la Secretaría del Servicio de Urgencias del HUCA) y a Begoña (administrativa en el Servicio de Archivos del HUCA), por facilitarme siempre la documentación requerida para la realización de este trabajo.

Asimismo, extender mi gratitud a las numerosas personas que han hecho más ameno este máster y que han colaborado, ayudándome y enseñándome, a ser una mejor profesional.

Y por último, gracias a mis padres y a mi pareja, por estar siempre apoyándome y animándome, por su amor e infinita generosidad, es un orgullo formar parte de vuestras vidas.

# ÍNDICE

1 .GLOSARIO DE ABREVIATURAS.....	7
2. INTRODUCCIÓN.....	8
2.1 HISTORIA.....	8
2.2 CEFALEA.....	8
2.3 CLASIFICACIÓN.....	9
2.4 APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA.....	10
2.5 CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA A UN NIVEL ASISTENCIAL DE URGENCIAS.....	13
2.6 CEFALEA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	13
2.7 TRIAGE EN URGENCIAS.....	14
2.8 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN CEFALEAS PRIMARIAS.....	15
3. JUSTIFICACIÓN.....	16
4. OBJETIVOS.....	17
4.1 OBJETIVO PRINCIPAL.....	17
4.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	17
5. MATERIAL Y MÉTODO.....	18
5.1 TIPO DE ESTUDIO.....	18
5.2 SUJETOS Y LUGAR DE ESTUDIO.....	18
5.3 METODOLOGÍA.....	18
5.4 ANÁLISIS DE DATOS.....	26
6. RESULTADOS.....	28
7. DISCUSIÓN.....	38
8. CONCLUSIONES.....	42
BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXOS.....	46

# 1. GLOSARIO

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>AINE:</b> Antiinflamatorios no esteroideos</li><li>▪ <b>Angio-TC:</b> Angiografía por tomografía computarizada</li><li>▪ <b>AP:</b> Atención Primaria</li><li>▪ <b>ATS:</b> Australian Triage Scale</li><li>▪ <b>Hb:</b> Hemoglobina</li><li>▪ <b>Ht:</b> Hematocrito</li><li>▪ <b>CTAS:</b> Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale</li><li>▪ <b>ECG:</b> Electrocardiograma</li><li>▪ <b>EEG:</b> Electroencefalograma</li><li>▪ <b>ESI:</b> Emergency Severity Index</li><li>▪ <b>FC:</b> Frecuencia Cardíaca</li><li>▪ <b>HSA:</b> Hemorragia Subaracnoidea</li><li>▪ <b>HTA:</b> Hipertensión Arterial</li><li>▪ <b>HUCA:</b> Hospital Universitario Central de Asturias</li><li>▪ <b>ICTUS:</b> Accidente cerebrovascular</li><li>▪ <b>IHS:</b> International Headache Society</li><li>▪ <b>IM:</b> Intramuscular</li><li>▪ <b>ITU:</b> Infección de Tracto Urinario</li><li>▪ <b>IV:</b> Intravenoso</li><li>▪ <b>LOE:</b> Lesión Ocupante de Espacio</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>mmHg:</b> milímetros de mercurio</li><li>▪ <b>MTS:</b> Manchester Triage Scale</li><li>▪ <b>N:</b> Número</li><li>▪ <b>NC:</b> No consta</li><li>▪ <b>NHC:</b> Número de Historia Clínica</li><li>▪ <b>PCR:</b> Proteína C Reactiva</li><li>▪ <b>Rx:</b> Rayos X/radiología simple</li><li>▪ <b>SAMU:</b> Unidad de coordinación de atención a las urgencias y emergencias médicas</li><li>▪ <b>Sd:</b> Síndrome</li><li>▪ <b>SNS:</b> Sistema Nervioso Central</li><li>▪ <b>SPSS:</b> Statistical Package for the Social Sciences</li><li>▪ <b>T<sup>a</sup>:</b> Temperatura</li><li>▪ <b>TA:</b> Tensión Arterial</li><li>▪ <b>TAC:</b> Tomografía Axial Computarizada</li><li>▪ <b>TAD:</b> Tensión Arterial Diastólica</li><li>▪ <b>TAS:</b> Tensión Arterial Sistólica</li><li>▪ <b>Tto:</b> Tratamiento</li><li>▪ <b>VO:</b> Vía oral</li><li>▪ <b>VSG:</b> Velocidad de Sedimentación Globular</li></ul>
---	---

## 2. INTRODUCCIÓN

### 2.1 HISTORIA

El dolor es un síntoma tan viejo como la propia humanidad, formando parte inseparable de ésta. A lo largo de la historia del ser humano, las cefaleas han tenido cabida en lo mítico, lo mágico y lo teológico. Probablemente, el primer escrito disponible trata sobre un poeta sumerio que lamentaba su mórbido y cegador dolor de cabeza deseando fervientemente su alivio, data de alrededor del año 3000 a.C.

Existen alusiones a la cefalea en la cultura egipcia. En el papiro de Ebers, valioso documento que arrojó luz sobre las prácticas médicas del Antiguo Egipto (2778-2263 a.C.), lo describen así: “Oh vasos de mi sien que pulsáis en mi cabeza”, y otros dicen: “No me apetece nada comer, estoy enfermo de la cabeza, estoy enfermo del cuerpo”.

La cefalea también aparece de forma importante en la cultura griega: Zeus padecía cefaleas tan incapacitantes que precisaron que Vulcano le diese un hachazo y así nació, según la leyenda, Pallas Athenea, la diosa de la sabiduría. Es también en Grecia donde se comienza a analizar de forma científica el fenómeno de los dolores de cabeza; Hipócrates (460-377 a.C.) fue, posiblemente, el primero en describir los síntomas de la migraña como un dolor intenso en la sien, que posteriormente se generalizaba por toda la cabeza y cuello, aliviándose con el vómito. <sup>(1)</sup>

### 2.2 CEFALEA

La cefalea o dolor de cabeza, es uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso y uno de los principales malestares que la gente experimenta. Su término hace referencia al dolor y

molestia localizado 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. <sup>(2)</sup>

Se calcula que la prevalencia mundial de la cefalea en los adultos es de un 47%. Entre la mitad y las tres cuartas partes de los adultos entre 18 y 65 años han sufrido un episodio de cefalea en el último año, y más del 10% de éste grupo ha padecido migraña. La cefalea que se presenta 15 días o más cada mes, afecta entre un 1,7- 4% de la población adulta en el mundo.

El dolor de cabeza es un motivo de inquietud para la salud pública debido a la gran cantidad de discapacidad que la acompaña y de los costos económicos para la sociedad. En el Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, actualizado en 2004, la migraña por sí sola representó un 1,3% de los años perdidos por discapacidad. <sup>(3)</sup>

Aunque los dolores de cabeza pueden ir desde irritantes hasta incapacitantes, la mayoría no se asocian con enfermedades graves. Sin embargo, la aparición de un nuevo tipo de dolor de cabeza requiere evaluación médica para determinar su causa. <sup>(2)</sup> La cefalea supone entre el 1-4% de todas las consultas en los Servicios de Urgencias <sup>(4)</sup> y representa uno de los motivos más frecuentes para llamar al neurólogo de guardia. <sup>(5)</sup>

### 2.3 CLASIFICACIÓN

En el año 1988 se publicó la 1ª edición de la Clasificación de las Cefaleas de la IHS (International Headache Society), diseñada como un instrumento indispensable para la práctica clínica y la investigación. Se tradujo a más de 20 idiomas diferentes y fue rápidamente aceptada en todo el mundo como herramienta científica. <sup>(6)</sup> En marzo de 2013 se publicó la 3ª edición, con un total de 370 páginas. En el Anexo I se incluye su clasificación más básica. <sup>(7)</sup>

## 2.4 APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

La anamnesis es el primer y más importante paso para el diagnóstico de una cefalea. <sup>(8)</sup> En ella se debe aclarar y reflejar el perfil temporal del dolor, la forma de inicio y la instauración. Dentro del perfil temporal, debe conocerse cuánto tiempo duran las crisis, la localización, intensidad y si existen signos o síntomas acompañantes como pueden ser náuseas, vómitos, hipersensibilidad a la luz y el ruido y/o empeoramiento con la actividad física <sup>(9)</sup> (Tabla 1). Evaluar el impacto en la vida diaria del paciente es un aspecto clave para un correcto diagnóstico y tratamiento. <sup>(10)</sup>

**Tabla 1** <sup>(11)</sup> *Anamnesis en el dolor de cabeza.*

Edad de inicio	Es un dolor de nueva aparición o una cefalea crónica
Modo de inicio	Agudo, subagudo, crónico
Patrón temporal	Duración y frecuencia de la crisis
Localización del dolor	Hemicraneal, holocraneal, facial, occipital
Síntomas acompañantes	Náuseas, vómitos, fonofobia, fotofobia, empeoramiento con la actividad física, sintomatología autonómica
Otros síntomas que preceden o acompañan al dolor	Fotopsias, visión borrosa, pérdida de visión, parestesias
Características del dolor	Pulsátil, opresivo, urente, punzante, descarga eléctrica
Antecedentes de cefalea previa	Personales/familiares, similar/diferente
Precipitantes y agravantes	Alcohol, alimentos, sueño, menstruación
Tratamiento	Fármacos y dosis consumidos previamente y respuesta terapéutica
Motivo de consulta en urgencias	Motivo por el que decide acudir a urgencias en ese momento concreto

La exploración física debe incluir las constantes, una exploración general básica y neurológica completa incluyendo fondo de ojo, signos focales neurológicos, rigidez de nuca y/o signos meníngeos, engrosamiento doloroso de la arteria temporal, zona gatillo, soplo craneal y/o carótido, puntos dolorosos faciales o craneales, exploración de senos paranasales, articulación temporomandibular, oído externo y medio, y examen de columna cervical. <sup>(8)</sup>

Los hallazgos de una cuidadosa anamnesis, la exploración física y un enfoque reflexivo <sup>(12)</sup> van a permitir identificar los denominados criterios de alarma (Tabla 2), sugerentes de una etiología secundaria. <sup>(11)</sup>

**Tabla 2.** <sup>(13)</sup> *Criterios de alarma en el dolor de cabeza.*

- Cefalea intensa, de comienzo súbito
- Empeoramiento reciente de una cefalea crónica
- Cefalea de frecuencia y/o intensidad creciente
- Localización unilateral estricta (excepto cefalea en racimos, hemicránea paroxística, neuralgia occipital, neuralgia del trigémino, hemicránea continua y otras cefaleas primarias unilaterales)
- Cefalea con manifestaciones acompañantes: Trastornos de conducta o de comportamiento, crisis epilépticas, alteración neurológica focal, papiledema y/o fiebre
- Náuseas y vómitos no explicables por una cefalea primaria ni por una enfermedad sistémica
- Presencia de signos meníngeos
- Cefalea precipitada por un esfuerzo físico, tos o cambio postural
- Cefalea de características atípicas
- Cefalea refractaria a un tratamiento teóricamente correcto
- Cefalea en edades extremas de la vida
- Cefalea de presentación predominantemente nocturna
- Cefalea en pacientes oncológicos o inmunocomprometidos

La decisión y realización de las exploraciones complementarias debe estar basada específicamente en la anamnesis. Las pruebas más realizadas en los Servicios de Urgencias son:

Estudios analíticos: el más importante y útil de todos es la determinación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR), para descartar una arteritis de la temporal.

Radiología simple (RX): en sospechas de mastoiditis, sinusitis, malformaciones óseas de la charnela craneocervical, traumatismos y cervicalgias.

Tomografía axial computarizada (TAC): se aconseja cuando la historia clínica es atípica, hay datos que sugieren de entrada una cefalea secundaria, existen criterios de alarma y/o cuando la exploración es anormal.

Angiografía carotídea o vertebral: en cefaleas secundarias a una hemorragia subaracnoidea (HSA), disecciones o vasculitis.

Electroencefalografía (EEG): su práctica, actualmente, no está indicada en el diagnóstico de cefalea.

Punción lumbar: debe limitarse a pacientes en los que se precise confirmar una infección del sistema nervioso central (SNC), meningitis o encefalitis, debido a su carácter invasivo. <sup>(13)</sup>

Electrocardiograma (ECG): útil en el diagnóstico de la cefalea que acompaña a la isquemia miocárdica. También se realiza en pacientes tratados con betabloqueantes o verapamilo. <sup>(14)</sup>

## 2.5 CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA (AP) A UN NIVEL ASISTENCIAL DE URGENCIAS

-Cefalea de presentación aguda de etiología no aclarada.

-Sospecha clínica de cefalea secundaria grave.

-Aparición de signos neurológicos focales, signos de irritación meníngea o alteración del nivel de conciencia.

-Cefalea aguda que no cede al tratamiento sintomático adecuado. <sup>(13)(15)</sup>

## 2.6 CEFALEA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Con el paso de los años se aprecia un aumento progresivo de la afluencia de pacientes en urgencias, en el contexto de un aumento global de la demanda sanitaria. Entre las posibles causas de este incremento se ha apuntado el aumento poblacional (incluyendo flujos de inmigración), el mayor nivel socioeconómico de la población, su mayor edad con una mayor comorbilidad asociada, y las listas de espera.

La cefalea resulta ser el tercer motivo de consulta urgente más frecuente en patología neurológica, entre el 6 - 12,75% de casos. Detrás de las enfermedades cerebrovasculares y la epilepsia. <sup>(16)</sup> Las cefaleas primarias, diagnósticos más frecuentes, se definen como enfermedades crónicas que se caracterizan por exacerbaciones agudas de repetición. Su diagnóstico, a menudo se complica, al considerar un ataque agudo de dolor de cabeza de forma aislada, y no como un trastorno subyacente. <sup>(17)</sup>

Las claves en los Servicios de Urgencias serían: realizar un diagnóstico correcto excluyendo etologías secundarias, iniciar de forma temprana una terapia adecuada para aliviar el dolor, realizar un plan terapéutico con medicación y educación específica, y facilitar una pronta revisión con el especialista.<sup>(17)</sup>

La presencia del papel del neurólogo de guardia reduce el número de ingresos hospitalarios en un 50% y, en el 13,65% de los casos consultados, establece el diagnóstico de una cefalea secundaria.<sup>(16)</sup>

## 2.7 TRIAGE EN URGENCIAS

El Triage es un sistema o método que sirve para evaluar y clasificar la severidad de las condiciones de los pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias basándose en las prioridades para su atención. Es un fenómeno relativamente moderno, se introdujo en la década de 1950 en los Estados Unidos. Consiste en la toma de decisiones a través de escalas que orientan a la enfermera hacia un triado correcto. Se basan en signos vitales como presión arterial, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, nivel de consciencia, temperatura, y en las principales quejas que refieren los pacientes o sus acompañantes. Los sistemas con 5 niveles de prioridad poseen una validez y fiabilidad reconocida.

Los métodos con mayor influencia son:

ATS: Australian Triage Scale

CTAS: Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale

MTS: Manchester Triage Scale

ESI: Emergency Severity Index<sup>(18)(19)</sup>

## 2.8 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN CEFALÉAS PRIMARIAS

Cefalea tensional: se utilizan analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como tratamiento sintomático. Si el paciente toma éstos más de 8 días al mes se recomienda tratamiento preventivo con antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina) o con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como alternativa a los tricíclicos.

Migraña: se emplean analgésicos y AINE, agonistas 5-HT (triptanes), preparados ergotamínicos, antieméticos en tratamiento de la crisis. Como tratamiento preventivo, betabloqueantes, bloqueantes de los canales de calcio, antidepresivos, neuromodeladores, antiserotonínicos.

Cefalea en racimos: se combina desde el inicio el tratamiento de la crisis con el preventivo. Sumatriptán, oxígeno en mascarilla, prednisona, verapamilo, carbonato de litio, topiramato y ergotamina.<sup>(13)</sup>

### 3. JUSTIFICACIÓN

La cefalea es una entidad con una alta prevalencia en la población general siendo el dolor de cabeza uno de los motivos neurológicos de consulta más frecuente en el Servicio de Urgencias. Las causas subyacentes a la cefalea que presentan los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias son diversas, desde causas de bajo riesgo vital aunque muy molesta como las crisis de migraña, hasta etiología de alto riesgo vital, como la hemorragia subaracnoidea.

La revisión de la bibliografía demuestra que la tasa de reingreso en el Servicio de Urgencias es alta, así como la petición de pruebas diagnósticas poco útiles y que presentan un riesgo para la salud no desdeñable <sup>(20)</sup>. Por otro lado, no hemos encontrado estudios en nuestro ámbito regional que hayan estudiado el dolor de cabeza en pacientes que acuden al Servicio de Urgencias.

Por lo anteriormente escrito, está justificado analizar la prevalencia y las características clínicas de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias con dolor de cabeza en nuestro medio hospitalario como es el Hospital Universitario Central de Asturias con el fin de conocer las características clínicas de la cefalea y qué factores pueden indicar la gravedad de la sintomatología en este grupo de pacientes.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO PRINCIPAL**

Analizar la valoración de pacientes con queja de cefalea que son atendidos por el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias, para ello se examinará la valoración clínica tanto por el personal de enfermería como médico, la evolución clínica y resolución de citada patología.

### **4.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS**

- Identificar las características socio-demográficas y antecedentes médicos de estos pacientes.
- Determinar el tipo de pruebas complementarias realizadas.
- Señalar los diagnósticos finales y tratamientos más comunes, así como establecer los tipos de resolución que se obtienen.
- Estudiar si existe algún factor clínico que pueda indicar la gravedad de la causa subyacente a la cefalea.

## 5. MATERIAL Y MÉTODO

### 5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio descriptivo transversal retrospectivo con componentes analíticos, realizado en Oviedo entre diciembre de 2013 y mayo de 2014.

### 5.2 SUJETOS Y LUGAR DEL ESTUDIO

La población a estudio la constituyeron todos los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del HUCA durante el mes de diciembre de 2013 y que tras la realización del triage, elaborado por personal de enfermería, fueron catalogados como cefalea; bien resultando ser ésta la única queja o también, aquellos que presentaron cefalea más cualquier otro signo o síntoma.

### 5.3 METODOLOGÍA

Previo al comienzo del trabajo, se realizó una revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica utilizando recursos como: Pubmed, Biblioteca Cochrane, Medline, Elsevier, Scielo; y se solicitó consentimiento al Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, cuya aceptación se incluye en el Anexo II.

De manera retrospectiva se revisaron los registros de los pacientes que son atendidos diariamente en el Servicio de Urgencias. Estos registros se encuentran disponibles en la Secretaría de Urgencia a mes vencido. Debido al desconocimiento del número resultante para realizar el trabajo con suficientes pacientes, se revisaron los meses completos de diciembre de 2013 y enero de 2014. Los resultados obtenidos fueron de 169 pacientes correspondientes al mes de diciembre

y a 163 pacientes al mes de enero. Ante el gran número de pacientes, se decide realizar el estudio únicamente basado en el mes de diciembre de 2013.

Se examinaron un total de 160 historias, las 9 restantes del total no se lograron obtener debido a diferentes situaciones adversas tales como prestaciones a servicios y consultas de Servicio Médicos, o procesos de digitalización. Para la revisión de las historias se elaboró un documento de recogida de datos, Anexo III, en el que se incluyen las variables para realizar la base de datos del trabajo.

Las variables seleccionadas son el resultado de la bibliografía y la clase teórica expuesta sobre las cefaleas en el Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por el Doctor y tutor de este trabajo, Germán Morís de la Tassa.

-Edad: tiempo transcurrido en años enteros cumplidos, desde el nacimiento hasta la fecha en la que acudió al Servicio de Urgencias. Variable cuantitativa continua, en años cumplidos.

-Sexo: características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres. Variable cualitativa, nivel nominal.

-Temperatura (Tª): cifra resultante de la medición de la temperatura corporal, en grados centígrados. Variable cuantitativa continua, ajustada a un decimal.

-Tensión arterial (TA): cifra entera resultante de la medición de la presión arterial sistólica (TAS) y diastólica (TAD). Variable cuantitativa continua, en mmHg.

-Frecuencia Cardíaca (FC): cifra entera resultante de la medición de las contracciones del corazón en un minuto. Variable cuantitativa continua, en latidos por minuto.

-Color Triage: resultante del triage realizado por el método Manchester utilizado en el Servicio de Urgencias del HUCA desde el año 2005. Dispone de 5 niveles de prioridad por colores. Variable cualitativa, nivel ordinal.

- Rojo: paciente crítico, 0 minutos máximo en ser atendido.
- Naranja: paciente con emergencia, 10 minutos máximo en ser atendido.
- Amarillo: paciente con urgencia, 60 minutos máximo en ser atendido.
- Verde: paciente estándar, 120 minutos máximo en ser atendido.
- Azul: paciente no urgente, 240 minutos máximo en ser atendido.

-Procedencia: lugar del que procede el paciente, inmediatamente antes de su llegada al Servicio de Urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

- Domicilio: el paciente proviene de su casa.
- Atención Primaria: el paciente se desplaza hacia un centro de salud de Atención Primaria o estando en su domicilio, es atendido por un médico de Atención Primaria. Este tipo de paciente acude con un documento, p10, en el que el médico deriva al paciente al Servicio de Urgencias, explicando el motivo.
- Unidad de Coordinación de Atención a las Urgencias y Emergencias Médicas (SAMU): el paciente que, llamando al 112, es atendido por cualquier tipo de soporte en su domicilio o en vía pública y trasladado posteriormente al Servicio de Urgencias.

-Día de la semana: nombre del día semanal en el que el paciente acude al Servicio de Urgencias. Variable cualitativa, nivel ordinal.

-Turno de asistencia: nombre del turno coincidente con la llegada del paciente al Servicio de Urgencias. Variable cualitativa, nivel ordinal.

- Mañana: horario comprendido entre las 8:01 y las 15:00 horas.
- Tarde: horario comprendido entre las 15:01 y las 22:00 horas.
- Noche: horario comprendido entre las 22:01 y las 8:00 horas.

-Hipertensión arterial (HTA): enfermedad diagnosticada anteriormente y que consta escrita en el informe de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

-Migraña: enfermedad diagnosticada anteriormente y que consta escrita en el informe de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

-Epilepsia: enfermedad diagnosticada anteriormente y que consta escrita en el informe de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

-HSA: enfermedad diagnosticada anteriormente y que consta escrita en el informe de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

-Accidente cerebrovascular (ICTUS): enfermedad diagnosticada anteriormente y que consta escrita en el informe de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

-Cualidad del dolor: cómo es el dolor de cabeza que presenta el paciente y que consta escrito en el informe de urgencias. Pulsátil, opresivo/como un peso, en pinchazos/puñaladas. Variable cualitativa, nivel nominal.

-Localización del dolor: dónde se localiza la cefalea que presenta el paciente y que consta escrito en el informe de urgencias. Unilateral/frontal, holocraneal. Variable cualitativa, nivel nominal.

-Intensidad el dolor: cuánto dolor refiere tener el paciente y que consta escrito en el informe de urgencias. Suave, moderado, intenso. Variable cualitativa, nivel ordinal.

-Náuseas y vómitos: síntomas que refiere tener el paciente o que son evidenciados por el facultativo y que constan en el informe de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

-Signos meníngeos: signos que son evidenciados por el facultativo y que constan en el informe de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

-Alteración del lenguaje: síntoma que refiere el paciente, familiar o son evidenciados por el facultativo y que constan en el informe de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

-Alteración de la visión: síntoma que refiere el paciente, familiar o son evidenciados por el facultativo y que constan en el informe de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

-Alteración de la audición: síntoma que refiere el paciente, familiar o son evidenciados por el facultativo y que constan en el informe de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

-Alteración del movimiento/parestesias: síntoma que refiere el paciente, familiar o son evidenciados por el facultativo y que constan en el informe de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

-Trastornos del comportamiento: síntomas que refiere el paciente, familiar o son evidenciados por el facultativo y que constan en el informe de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

-Hemoglobina (Hb): nivel de hemoglobina en sangre tras la realización de una analítica, expresada en: alta, normal y baja, según parámetros del laboratorio de urgencias y que consta en la historia de urgencias. Variable cualitativa, nivel ordinal.

-Hematocrito (Ht): nivel de hematocrito en sangre tras la realización de una analítica, expresada en: alto, normal y bajo, según parámetros del laboratorio de urgencias y que consta en la historia de urgencias. Variable cualitativa, nivel ordinal.

-Leucocitos: nivel de leucocitos en sangre tras la realización de una analítica, expresada en: alto, normal y bajo, según parámetros del laboratorio de urgencias y que consta en la historia de urgencias. Variable cualitativa, nivel ordinal.

-PCR: cifra en mg/dl resultante tras la realización de una analítica y que consta en la historia de urgencias. Variable cuantitativa continua.

-Punción lumbar patológica: resultado tras análisis de LCR y que consta en la historia de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

-TAC: prueba diagnóstica realizada y que consta en la historia de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

-Angiografía por tomografía computarizada (Angio-TC): prueba diagnóstica realizada y que consta en la historia de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

-RX: prueba diagnóstica realizada y que consta en la historia de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

-ECG: prueba diagnóstica realizada y que consta en la historia de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

-Orina: prueba diagnóstica realizada y que consta en la historia de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

-Diagnóstico final: diagnóstico resultante de la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias, realizado por el facultativo y que consta en el informe de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

- 1: cefalea
- 2: cefalea tensional
- 3: migraña
- 4: crisis hipertensiva
- 5: dolor cervical/cervicalgia
- 6: sinusitis
- 7: crisis de ansiedad
- 8: síndrome vertiginoso
- 9: infección tracto urinario
- 10: varios

-Tratamiento previo: medicación previa que tomó el paciente relacionado con la cefalea y que consta en el informe de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal dicotómica.

-Tratamiento en urgencias: medicación que se le administra al paciente en urgencias y que consta en el informe/historia. Variable cualitativa, nivel nominal dicotómica.

-Vía de administración: vía empleada para la administración del tratamiento médico y que consta en el informe/ historia del paciente. Intravenosa, oral, intramuscular. Variable cualitativa, nivel nominal.

-Tipo de medicación: clase de medicamentos que se le administraron al paciente y que constan en el informe /historia de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal.

- Analgesia
- Analgesia y ansiolítico
- Analgesia y oxigenoterapia
- Analgesia y medicación relacionada con sintomatología (náuseas, vómitos, hipertensión...)
- Analgesia y medicación específica (triptanes)
- Varios de los anteriores

-Tratamiento al alta: medicación pautada al paciente tras su alta y que consta en el informe de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal dicotómica.

-Tiempo en urgencias: cifra en horas de tiempo que el paciente permaneció en el Servicio de Urgencias, desde que fue triado hasta que recibió su alta o bien pasó a cargo de otro servicio y que consta en la historia. Variable cuantitativa discreta, en horas.

-Resolución: decisión médica o desenlace del paciente en el Servicio de Urgencias y que consta en el informe o historia. Variable cualitativa, nivel nominal.

- Alta de urgencias
- Alta por especialista
- Ingreso
- Unidad de observación
- El paciente se fue
- El paciente firmó el alta voluntaria
- Exitus

-Historia previa de Neurología: el paciente con cefalea fue visto en algún momento previo por el Servicio de Neurología del HUCA o cualquier otro hospital y que consta en el informe de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal dicotómica.

-Cita para Servicio de Neurología: se aconseja al paciente interconsulta al especialista de Neurología, bien a través de interconsulta directa o bien a través de su médico de atención primaria y que consta en el informe de urgencias. Variable cualitativa, nivel nominal dicotómica.

-Reingreso: el paciente vuelve al Servicio de Urgencias durante el mes de diciembre de 2013 volviendo a ser triado como cefalea, y consta en los registros diarios de pacientes y en la propia historia del paciente. Variable cualitativa, nivel nominal dicotómica.

-Días desde el alta: cifra de tiempo que tarda el paciente en volver al Servicio de Urgencias con queja de cefalea, desde su alta en dicho servicio; y que consta en los registros diarios de pacientes y en la propia historia. Variable cuantitativa discreta, en días completos.

#### 5.4 ANÁLISIS DE DATOS

Toda la información obtenida fue transformada en una base de datos SPSS v.15.0. Tras un proceso de depuración y control de la calidad de los datos, se llevaron a cabo los análisis estadísticos que comprendieron estadística descriptiva de todas las variables, continuas descritas mediante medias y desviaciones típicas, valores medianos, mínimos y máximos. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas. La normalidad de las variables continuas se comprobó mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, no rechazándose en ningún caso. Los contrastes de igualdad de medias se realizaron mediante la prueba de Student-Welch (dos grupos) o la prueba robusta de Welch (más de dos grupos).

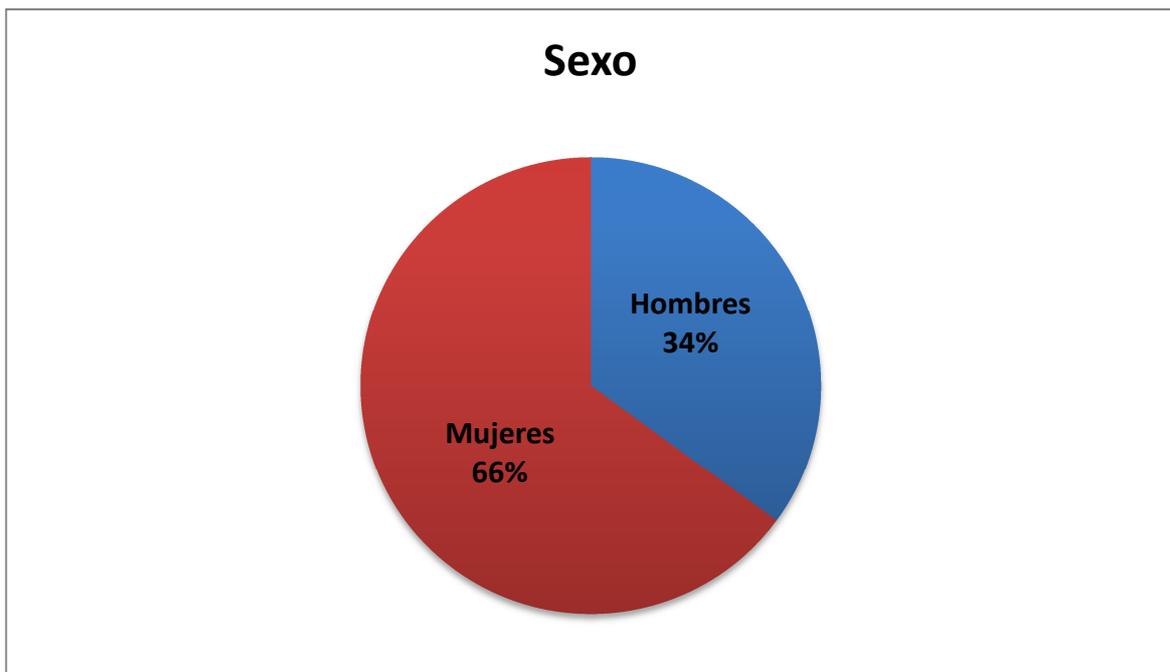
La independencia entre variables categóricas fue contrastada mediante la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Los P-valores inferiores a 0,05 fueron considerados estadísticamente significativos.

## 6. RESULTADOS

De las 160 historias revisadas, se excluyeron 3 por no resultar tener ninguna patología reflejada en su informe relacionada con cefalea y 4 por aparecer repetidas, es decir, por tener dos episodios triados como cefalea en el mes de diciembre de 2013. El total de pacientes que conformaron la base de datos asciende a 153 personas.

Las características socio-demográficas y asistenciales de los pacientes con cefalea que conforman éste trabajo, se encuentran recogidas en la Tabla 3.

El resultado de la variable sexo, mostró un total de 101 pacientes mujeres frente a un 52 de individuos masculinos.



La edad media de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del HUCA en el periodo estudiado es de 47,46 años.

Los efectos observados más repetidos en cuanto a características asistenciales son: un 64,7% de los pacientes resultaron ser triados con el color verde (paciente estándar, 120 minutos máximo en ser atendido), procedentes de su domicilio con un 71,2% y siendo la asistencia más numerosa el domingo con un total del 19,0%, y en turno de tarde presentando un 45,8% (entre las 15:01 y las 22:00 horas).

**Tabla 3.** Características socio-demográficas y asistenciales.

VARIABLE	N (%)
<b>EDAD</b>	
MEDIA	47,46
VALOR MÁXIMO	95
VALOR MÍNIMO	14
<b>SEXO</b>	
HOMBRE	52 (34,0%)
MUJER	101 (66,0%)
<b>COLOR TRIAGE</b>	
ROJO	0
NARANJA	5 (3,3%)
AMARILLO	48 (31,4%)
VERDE	99 (64,7%)
AZUL	1 (0,6%)
<b>PROCEDENCIA</b>	
DOMICILIO	109 (71,2%)
ATENCIÓN PRIMARIA	31 (20,3%)
SAMU	13 (8,5%)
<b>DIA DE LA SEMANA</b>	
LUNES	27 (17,6%)
MARTES	25 (16,3%)
MIÉRCOLES	20 (13,1%)
JUEVES	18 (11,8%)
VIERNES	21 (13,7%)
SÁBADO	13 (8,5%)
DOMINGO	29 (19,0%)
<b>TURNO DE ASISTENCIA</b>	
MAÑANA	60 (39,2%)
TARDE	70 (45,8%)
NOCHE	23 (15,0%)

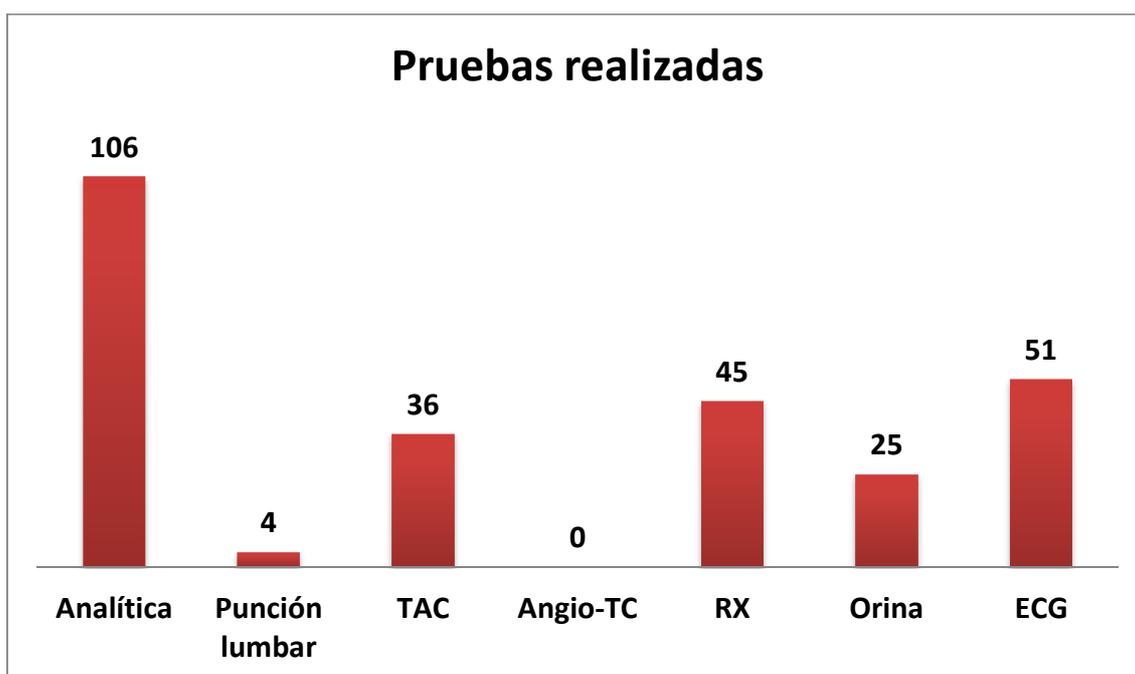
Las constantes vitales medias que se obtuvieron en el estudio fueron: 36,1°C de temperatura, una tensión arterial de 135/83 mmHg, y una frecuencia cardiaca de 82 latidos por minuto.

La tensión arterial y frecuencia cardiaca fue recogida en el 88,2% de los pacientes y la temperatura en un 87,6% del total de los usuarios a estudio.

Los antecedentes examinados indican que entre la población estudiada hay diagnosticado con anterioridad: HTA en un 22,8%, migraña en el 18,8%, epilepsia en un 4,7%; y antecedentes de algún episodio de HSA en el 0,7% y de ICTUS en un 7,4% del total de pacientes con cefalea.

Los datos conseguidos referentes al resultado de la anamnesis y exploración física se muestran en la Tabla 4. Los dolores opresivos o como un peso, intensos y de localización frontal o unilateral son los más repetidos recogidos en los informes médicos, acompañados de náuseas y vómitos, alteraciones visuales y alteraciones en el movimiento/parestesias.

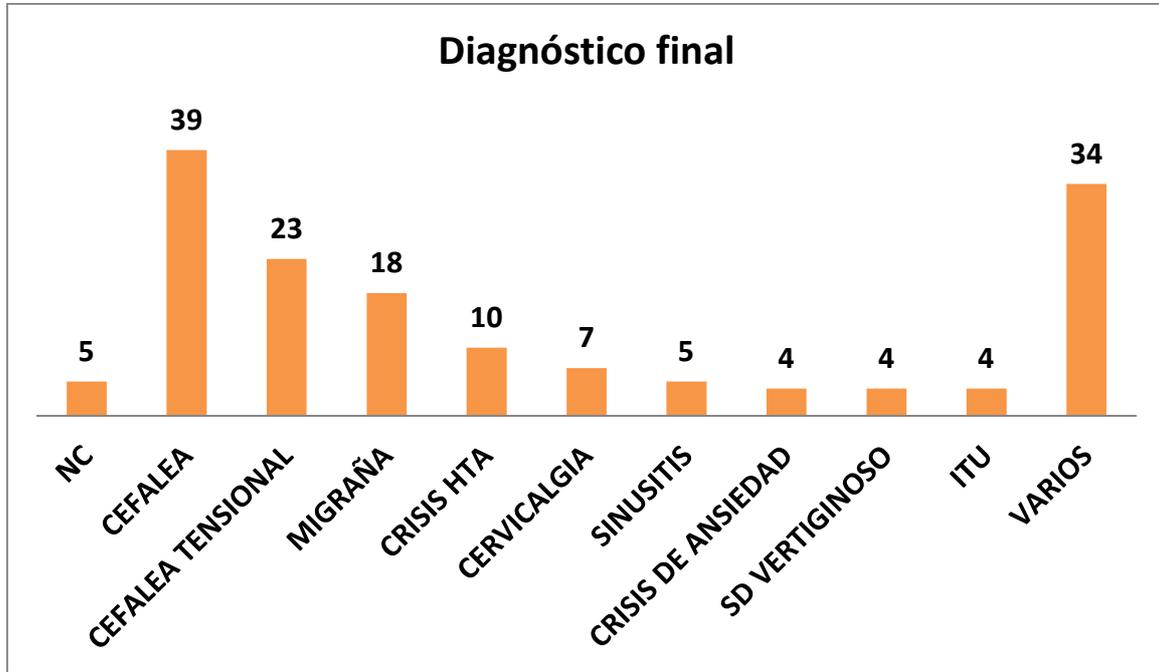
Las pruebas que fueron realizadas a los pacientes con cefalea en el Servicio de Urgencias del HUCA se corresponden con el siguiente gráfico.



**Tabla 4.** Características de la anamnesis y exploración física.

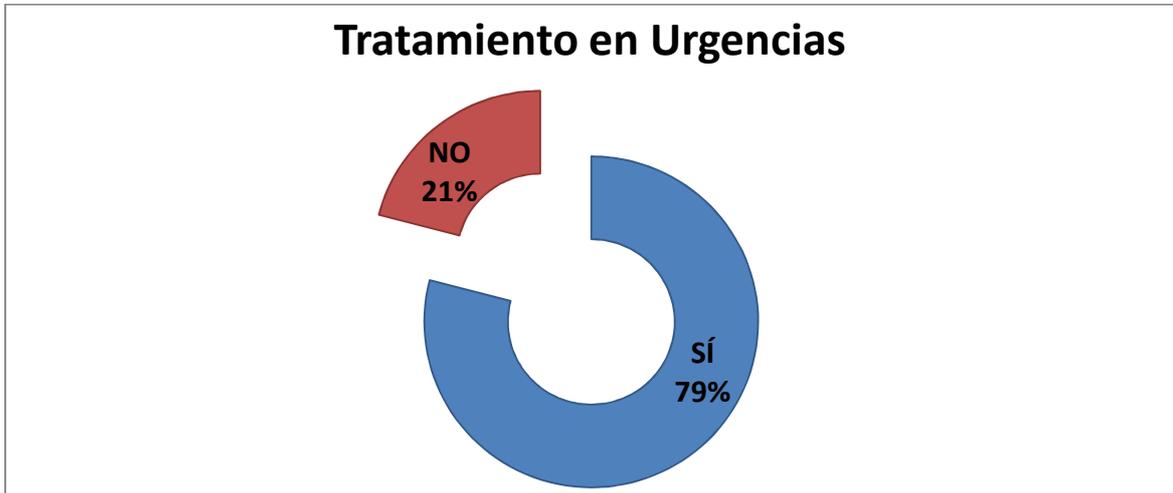
VARIABLE	N (%)
CUALIDAD DEL DOLOR	
PULSATIL	10 (6,7%)
OPRESIVO/PESO	16 (10,7%)
PINCHAZO/PUÑALADA	14 (9,4%)
NC	109 (73,2%)
LOCALIZACIÓN DEL DOLOR	
UNILATERAL/FRONTAL	69 (46,3%)
HOLOCRAANEAL	9 (6,0%)
NC	71 (47,7%)
INTENSIDAD DEL DOLOR	
SUAVE	0
MODERADO	4 (2,6%)
INTENSO	16 (10,7%)
NC	130 (86,7%)
NAUSEAS Y VÓMITOS	
SÍ	46 (30,9%)
NO	18 (12,1%)
NC	85 (57,0%)
SIGNOS MENINGEOS	
SÍ	2 (1,3%)
NO	28 (18,8%)
NC	119 (79,9%)
ALTERACIÓN DEL LENGUAJE	
SÍ	3 (2,0%)
NO	14 (9,4%)
NC	132 (88,6%)
ALTERACIÓN DE LA VISIÓN/PAPILEDEMA	
SÍ	49 (32,9%)
NO	9 (6,0%)
NC	91 (61,1%)
ALTERACIÓN DE LA AUDICIÓN	
SÍ	10 (6,7%)
NO	13 (8,7%)
NC	126 (84,6%)
ALTERACIÓN DEL MOVIMIENTO/PARESTESIAS	
SÍ	43 (28,9%)
NO	9 (6,0%)
NC	97 (65,1%)
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO	
SÍ	3 (2,0%)
NO	14 (9,4%)
NC	132 (88,6%)

El diagnóstico final existente en las historias clínicas revisadas se detalla en el gráfico correspondiente.

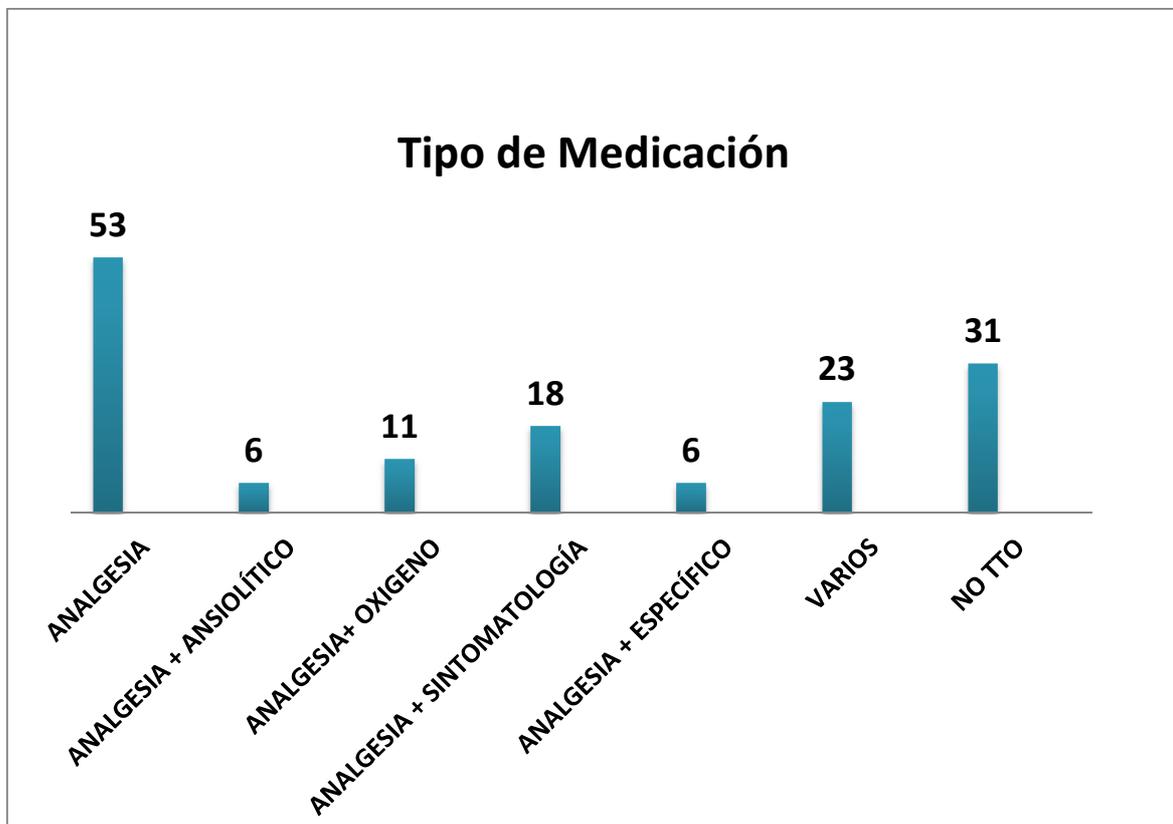


El grupo correspondiente a la asignación “varios” contiene diversos diagnósticos en los que no existe repetibilidad mayor a tres individuos, y entre los que aparecen: trastorno psicótico, meningitis, síndrome confusional agudo, cefalea en racimos, síndrome gripal, recidiva tumoral, hematoma subdural agudo, celulitis preseptal, probable crisis comicial, accidente isquémico transitorio y parálisis facial transitoria, entre otros.

El 60,8% de los pacientes estudiados acudieron al Servicio de Urgencias sin haber tomado ningún tipo de medicación para aliviar su dolor de cabeza. El 79% de los pacientes reciben algún tipo de tratamiento durante su estancia en urgencias.



El tipo de medicación recibida por los pacientes con cefalea se distribuye de la siguiente forma.



Las diferentes vías de administración de medicación se observan en el siguiente gráfico.



El 90,5 % de los pacientes que son dados de alta en el Servicio de Urgencias recibieron tratamiento al alta, es decir, en su informe médico estaba prescrita medicación para los siguientes días.

El tiempo de permanencia que los pacientes pasaron en el Servicio de Urgencias del HUCA, se refleja en la Tabla 5.

**Tabla 5.** Características del tiempo de estancia en urgencias.

VARIABLE	N (en horas)
TIEMPO DE ESPERA	
MEDIA	4,43
VALOR MÁXIMO	16
VALOR MÍNIMO	1

La resolución de los pacientes se reparte de la siguiente forma.



De los doce ingresos, siete pasaron a cargo del Servicio de Neurología (meningitis vírica, cefalea por hipotensión licuoral post punción lumbar, alteración del lenguaje/síndrome confusional en el contexto de ITU, episodio de migraña y crisis tónico-clónica generalizada, diplopía/mononeuropatía del VI nervio craneal, oftalmoplejia internuclear y cefalea a estudio en el contexto de cuadro mal sintomático), dos a cargo de Neurocirugía (empiema subdural interhemisférico y lesión ocupante de espacio (LOE) ganglios nasales/recidiva tumoral), dos a Medicina interna (sepsis urinaria y síndrome confusional agudo) y el último a cargo de Oftalmología (celulitis preseptal).

El 22,9% de los pacientes con cefalea tenían historia previa de Neurología y al 17,9% se le aconsejó una consulta médica con dicho servicio; constando ello en el informe de urgencias.

Cuatro pacientes de todos los examinados, acudieron de nuevo a urgencias en el mes de diciembre de 2013, entre las 24 horas y los 7 días posteriores al episodio estudiado de cefalea. Dos de ellos fueron ingresados con diagnóstico de meningitis y macroadenoma hipofisario, los otros dos fueron dados de alta como cervicalgia y gastroenteritis aguda.

El resultado de la independencia entre variables categóricas se objetiva en la Tabla 6.

**Tabla 6.** Grado de significación (P-valor).

VARIABLES	DIAGNÓSTICO FINAL	RESOLUCIÓN
Sexo	0,359	0,328
Color triage	0,229	0,216
Procedencia	0,346	0,022
Día de la semana	0,238	0,661
Turno de asistencia	0,540	0,638
HTA	<0,001	0,995
Migraña	0,075	0,276
Cualidad del dolor	0,749	0,710
Localización del dolor	0,013	0,727
Intensidad del dolor	0,182	0,984
Náuseas y vómitos	0,222	0,221
Signos meníngeos	0,285	0,001
Alteración del lenguaje	0,175	0,028
Alteración de la visión	0,020	0,581
Alteración de la audición	0,382	0,325
Alteración del movimiento	0,006	0,404
Trastornos del comportamiento	0,354	0,014
Hemoglobina	0,396	0,205
Hematocrito	0,131	0,023
Leucocitos	0,379	0,356
Punción lumbar patológica	0,982	<0,001
TAC	<0,001	<0,001
Tratamiento en urgencias	0,106	0,048

La variable HTA mostró significación estadística con el diagnóstico final, en un 90% con el diagnóstico “crisis HTA” y en un 66,7% con el de “síndrome vertiginoso”. La TAS permanece alterada en el diagnóstico “crisis HTA”, mientras que la TAD se presenta alterada además en otros diagnósticos como la “crisis de ansiedad”.

La realización de una TAC presentó un grado de significación respecto al diagnóstico final y a la resolución; de tal forma que en el diagnóstico “varios” el 52,5%, y en el diagnóstico “cefalea” 19,4% fueron sometidos a dicha prueba. Referente a la resolución, el 75% del grupo “ingreso”, y el 50 % del grupo “unidad de observación” reflejaron haber realizado TACs.

Por último, la punción lumbar patológica, de forma evidente, posee significación estadística respecto a la resolución obteniéndose un 100% en el grupo “ingreso”.

## 7. DISCUSIÓN

La atención al paciente neurológico en el Servicio de Urgencias despierta un interés creciente en la comunidad científica. Esto es debido a los avances en las técnicas diagnósticas, así como en las posibilidades terapéuticas para las diferentes patologías neurológicas. Existen dos factores muy importantes que se han producido en las sociedades del mundo desarrollado como son los factores poblacionales, tales como el envejecimiento de la población y el aumento de la demanda sanitaria, que apoyan el desarrollo de la atención en los Servicios de Urgencias.<sup>(16)</sup>

Dentro de la sintomatología neurológica más atendida en los Servicios de Urgencias, el dolor de cabeza es uno de los más prevalentes, acompañado de la enfermedad vascular cerebral y las crisis epilépticas. Si se estudia con detenimiento, se verifica que la mayoría de los pacientes que les duele la cabeza y acuden a Servicios de Urgencias presentan cefaleas primarias. De este modo se comprobó, en el presente estudio, que alrededor de la mitad del total de pacientes con dolor de cabeza que acudieron al Servicio de Urgencias del HUCA pertenecían a este grupo.<sup>(11)</sup>

Si analizamos las características socio-demográficas y asistenciales de nuestra población estudiada en este trabajo (edad media de 50 años, en el que el 66% son mujeres y que el horario de atención es mayoritariamente vespertino), se comprueba que son muy parecidas a las de otros estudios realizados. De este modo, Casado apunta que la edad de estos pacientes se encuentra entre los 50-60 años<sup>(16)</sup>. Por otro lado, el estudio de Figuerola y colaboradores, detecta un predominio del sexo femenino en más de la mitad de los casos, una demanda máxima entre las 14:00 y las 19:59 horas, y un porcentaje similar referente al número de pruebas de neuroimagen (TAC) realizados a los pacientes aquejados de cefalea que llega a ser del 31%<sup>(21)</sup>.

Examinando las pruebas complementarias y tomando como referencia el artículo de Owilia sobre el uso excesivo de TACs se observó que del número total de pacientes a los que se realizó una prueba de neuroimagen, tan sólo un 25% de los pacientes fueron ingresados; es decir, que el 75% restante no presentaba patología grave y quizás podrían haberse evitado o reducido su realización, detalle a tener en cuenta puesto que la TAC utiliza radiaciones ionizantes con el riesgo que conlleva su realización. <sup>(20)</sup>

Continuando con los usos excesivos de pruebas complementarias con escasa utilidad clínica, se comprobó que a un alto porcentaje de pacientes (71 %) se les realizó análisis de sangre. Profundizando más, se observó que en la determinación de hemoglobina en el 84,9% de los pacientes, hematocrito en el 86,9% y leucocitos en el 70,7% el resultado fue normal. Estos datos indican claramente que no se debe solicitar analítica a los pacientes que acuden al Servicio de Urgencias aquejando cefalea y se debe acotar en qué casos esta prueba presenta verdadera utilidad clínica.

La actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea es fundamental y de acuerdo con los protocolos de actuación sugeridas por la Sociedad Española de Neurología <sup>(13)</sup> podemos afirmar que en el Servicio de Urgencias del HUCA se cumplen sus recomendaciones relacionadas con el tratamiento. Así podemos ver que a un 79,5% de los pacientes diagnosticados con cefalea y un 82,6% de los diagnosticados con cefalea tensional se les aplicaron medidas analgésicas. En el diagnóstico de migraña, un 100% se benefició de tratamiento analgésico, de los cuales un 16,7% fue combinado con tratamiento específico tipo triptanes.

Los Servicios de Urgencias hospitalarios tienen la misión fundamental de responder a la demanda sanitaria urgente de la población brindando una asistencia eficaz, eficiente y de calidad, pero en muchas ocasiones la fuerte presión asistencial distorsiona su misión y conduce al colapso, ocasionando deterioro de estos parámetros de calidad asistencial <sup>(22)</sup>. Sirve de claro ejemplo de

este deterioro la pérdida o falta de información escrita encontrada en las historias clínicas de los pacientes referentes tanto a la anamnesis como a la exploración física. Los datos demostraron que no se describe suficientemente las características clínicas del dolor ni los signos o síntomas que lo acompañan. No aparece descrita en la historia del paciente la cualidad del dolor en un 73,1%, la localización en un 47,7% y la intensidad en un 86,6% de los informes. No constan, por ejemplo, si existen alteraciones del lenguaje en un 88,6% o de trastornos del comportamiento en un 90,6%, datos clínicos muy importantes en la valoración de una cefalea. Posiblemente todos estos parámetros clínicos se hayan contemplado de alguna forma durante la entrevista o estancia del paciente en el Servicio de Urgencias aunque no constan de forma escrita en el informe clínico.

Para responder a la demanda sanitaria urgente en el caso de las cefaleas, el personal de enfermería es una figura primordial desde el primer contacto con el paciente, llevando a cabo su Triage. Cooperante con el servicio médico a nivel asistencial, acoge al usuario valorando sus necesidades, realiza las técnicas pertinentes, administra tratamientos y realiza registros. Tiene un papel clave en el reconocimiento de signos y síntomas, y los cambios producidos en el paciente, a través de sus conocimientos, observaciones y mayor contacto con el usuario. Por estas razones, el personal de enfermería juega un papel fundamental en la actuación médica sobre el paciente con patología más grave en el Servicio de Urgencias.

Al analizar las posibles limitaciones de este trabajo cabe destacar que, al tratarse de una investigación de tipo retrospectivo para facilitar la logística del estudio, supone en muchas ocasiones una reducción del potencial de información provocada por la diferente calidad de los registros de la documentación consultada.

Tal como se comenta en el apartado de material y método, se revisaron las historias del Servicio de Urgencias en el que se incluían informe médico acompañado de la hoja-gráfica, este último registro realizado de forma mayoritaria por personal de enfermería, además de informes analíticos, radiológicos u otros, todos ellos fundamentales puesto que son la base de la investigación. Estos documentos son estándar en el Servicio de Urgencias del HUCA, y en general en todos los hospitales, para todas las patologías y se cumplimentan a mano; por lo que existen factores humanos, tanto por parte del personal médico como de enfermería, ajeno al presente trabajo, que no se pueden controlar. Además de estos factores humanos, existen otro tipo de problemas con respecto al material utilizado, como pueden ser instrumentos de medida inestables o mal calibrados. Todo ello hace que no se pueda asegurar completamente la fiabilidad de las medidas.

Además del citado sesgo de información, se puede constituir un sesgo de selección, debido a que este estudio se circunscribió a un periodo de tiempo muy específico como fue el último mes del año 2013.

## 8. CONCLUSIONES

- El Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias atiende diariamente una media de cinco pacientes con cefalea.
- Nuestro estudio demuestra que la mayoría de los usuarios poseen unas características social-demográficas y asistenciales similares a otros estudios análogos.
- Las pruebas complementarias realizadas más comunes son analíticas, ECG y exámenes radiológicos.
- Generalmente, los diagnósticos no tienen gravedad, los pacientes reciben una atención y tratamiento adecuado a su patología y a las características clínicas de su dolor, y que tras unas 4-5 horas de evolución son dados de alta por el Servicio de Urgencias.
- No se ha encontrado significación estadística referente a factores clínicos que puedan indicar gravedad de la causa subyacente a la cefalea a excepción de la hipertensión arterial.
- Entre las áreas de mejora es destacable, un mayor y mejor registro referente a la anamnesis y exploración física realizada y más en concreto a la especificidad del dolor, junto con una utilización racional y sostenible de los recursos disponibles empleados para facilitar el diagnóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dubravcic Luksic A. Historia de la cefalea. Rev Inst Med Su 2007; LXXII (129).
2. Parmet Sharon, Lynn Cassio, M. Glass Richard. Headaches. JAMA Patient Page. May 17, 2006.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Centro de prensa. Cefaleas. Nota descriptiva n.227. Octubre de 2012.
4. Newman LC, Lipton RB. Emergency department evaluation of headache. Neurol Clin 1998; 16:285-303.
5. Jimenez-Caballero PE, Marsal-Alonso C, Alvarez-Tejerina A. Análisis de la actividad asistencial en las guardias de neurología y su repercusión en el hospital. Rev Neurol 2004;39:120-124.
6. Molina Martinez FJ. Comentarios a la nueva clasificación de las cefaleas de la IHS. Cefaleasib. Cephalalgia 2004; 24 (Suppl 1): 1-150.
7. International Headache Society. Clasificación Internacional de las Cefaleas. III Edición. Versión beta. Marzo 2013.
8. Julián Jiménez A. Manual de protocolos y actuación en urgencias. III Edición. Complejo Hospitalario de Toledo;59:523-533.
9. Ezpeleta D. Diagnóstico diferencial de la cefalea en urgencias Jano: Medicina y Humanidades 2007;1662:31-35.
10. Dowson AJ, Lipscombe S, Sender J, Rees T, Watson; MIPCA.Migraine Guidelines Development Group. Migraine in Primary Care Advisors. Curr Med Res Opin 2002;18:414-439.
11. Toledo J B, Riverol M, Martínez-Vila E, Irimia P. Cefalea en urgencias. An Sist Sanit Navar 2008;31 Suppl 1:75-85.

12. Friedman BW, Lipton RB. Headache emergencies: diagnosis and management. *Neurol Clin.* Feb 2012;30(1):43-59, vii. Doi:10.1016/j.ncl.2011.09.008.
13. Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2006. Grupo de estudio de cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. Madrid: Ergón 2006.
14. Heras Pérez JA. Guía rápida de cefalea consenso entre Atención Primaria y Neurología. Comité ad Hoc del grupo de Estudio de Cefaleas de la SAN, SEMERGEN y SEMFYC. Granada 2012;2:17-25.
15. Gil Campoy JA, González Oria C, Fernández Recio M, Gómez Aranda F, Jurado Cobo CM, Heras Pérez JA. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurología y Atención Primaria. Criterios de derivación. SEMERGEN. Elsevier.vol38. núm. 04.mayo-junio 2012.
16. Casado V. Atención al paciente neurológico en los Servicios de Urgencias. Revisión de la situación actual en España. *Neurología.* 2011;26(4):233-238.
17. Friedman BW, Grosberg BM. Diagnosis and management of the primary headache disorders in the emergency department setting. *Emerg Med Clin North Am.* 2009 Feb;27(1):71-87.
18. Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, Lind L, Oredsson S, Jonsson H. Emergency department triage scales and their components: a systematic review of the scientific evidence. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011. Jun 30;19:42.
19. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int.* 2010. Dec;107(50):892-8.
20. Owlia M, Yu L, Deible C, Hughes MA, Jovin F, Bump GM. Head CT Scan Overuse in Frequently Admitted Medical Patients. *Am J Med.* 2004 May;127(5):406-10.
21. Figuerola A, Vivancos J, Monforte C, Segura T, León T, Ramos LF, et al. Records of neurological emergencies in a tertiary hospital. *Rev Neurol.* 1998 Nov;27 (159):750-4.

22. Miró O, et al. Evaluación del impacto en la calidad asistencial y análisis coste-efectividad de la reforma de un servicio de urgencias de medicina. Med Clin (Barc) 2001;117:7-11.

# ANEXO I

Clasificación Internacional de las Cefaleas ICHD-III Versión Beta <sup>(7)</sup>

1. Cefaleas primarias
  - 1.1. Migraña
  - 1.2. Cefalea tensional
  - 1.3. Cefalea trigémino-autonómicas
  - 1.4. Otras cefaleas primarias
  
2. Cefaleas secundarias
  - 2.1. Cefalea atribuida a traumatismo craneal y/o cervical
  - 2.2. Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal y/o cervical
  - 2.3. Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular
  - 2.4. Cefalea atribuida a administración supresión de una sustancia
  - 2.5. Cefalea atribuida a infección
  - 2.6. Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis
  - 2.7. Cefalea o dolor facial atribuida a trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dientes, boca o de estructuras faciales o cervicales
  
3. Neuropatías craneales dolorosas, otros dolores faciales y otras cefaleas
  - 3.1. Neuropatías craneales dolorosas y otros dolores faciales
  - 3.2. Otras cefaleas

## ANEXO II

Aceptación del Comité de Ética del HUCA

 **SERVICIO DE SALUD  
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS**

**HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS**  
Comité Ético de Investigación Clínica  
Regional del Principado de Asturias  
C/ Celestino Vilamí s/n  
33006-Oviedo  
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28  
Fax: 985.10.87.11  
e-mail: [ceicr\\_asturias@hsca.es](mailto:ceicr_asturias@hsca.es)

Área Sanitaria

Oviedo, 16 de Diciembre de 2013

El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias ha evaluado el Estudio nº 179/13, titulado: "VALORACIÓN, EVOLUCIÓN Y RESOLUCIÓN DE LOS PACIENTES CON CEFALEA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HUCA". Investigadora Principal Dña. Silvia Arias Fuentes (Estudiante Máster en Enfermería). Trabajo Fin de Máster.

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 Álvarez Moral  
Secretario del Comité Ético de Investigación  
Clínica Regional del Principado de Asturias



## ANEXO III

Documento de recogida de datos

DATOS TRIAGE				
N.H.C.	NOMBRE			
EDAD				
SEXO				
Tª				
TA				
FC				
COLOR TRIAGE:				
PROCEDENCIA	DOMICILIO	AP	SAMU	
FECHA:	DÍA DE LA SEMANA:			
TURNO DE ASISTENCIA	MAÑANA	TARDE	NOCHE	
ANTECEDENTES				
HTA	SÍ	NO	NC	
MIGRAÑA	SÍ	NO	NC	
EPILEPSIA	SÍ	NO	NC	
HSA	SÍ	NO	NC	
ICTUS	SÍ	NO	NC	
ANAMNESIS/EXPLORACIÓN FÍSICA				
CUALIDAD DOLOR	PULSATIL	OPRESIVO/PESO	PINCHAZO/PUÑALADA	NC
LOCALIZACIÓN DOLOR	UNILATERAL/FRONTAL	HOLOCRAKEAL	NC	
INTENSIDAD DOLOR	SUAVE	MODERADO	INTENSO	NC
NAUSEAS Y VÓMITOS	SÍ	NO	NC	
SIGNOS MENINGEOS	SÍ	NO	NC	
ALTERACIÓN DEL LENGUAJE	SÍ	NO	NC	
ALTERACIÓN DE LA VISIÓN/PAPIEDEMA	SÍ	NO	NC	
ALTERACIÓN DE LA AUDICIÓN	SÍ	NO	NC	
ALTERACIÓN DEL MOVIMIENTO/PARESTESIAS	SÍ	NO	NC	
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO	SÍ	NO	NC	

PRUEBAS						
AN ALÍ TIC A	Hb:  g/dl	Ht:  %	Leucocitos:	PCR:  mg/dl		
PUNCIÓN LUMBAR PATOLOGICA	SÍ		NO		NC	
TAC	SÍ	NO	Dco:			
ANGIO TC	SÍ	NO	Dco:			
RX	SÍ	NO	Dco:			
ECG	SÍ	NO	NC			
ORINA	SÍ	NO	NC			
<b>DIAGNÓSTICO FINAL:</b>						
<b>TRATAMIENTO (Nombre y vía administración)</b>						
PREVIO R/C CEFALEA		EN URGENCIAS			AL ALTA	
SÍ	NO				SÍ	NO
<b>TIEMPO TOTAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (horas)</b>						
TOTAL:		ALTA	INGRESO		U. OBS	
		SE FUE	ALTA VOLUNTARIA		EXITUS	
Hª PREVIA NRL		SÍ		NO		
ACONSEJADA CTA NRL		SÍ		NO		
REINGRESO/ VUELTA A URG		SÍ		NO		
DIAS DESDE LA ULTIMA VEZ						
DCO FINAL						
RESOLUCIÓN						

