

CONCEPTOS GENERALES

- Más del 95% de las cefaleas son benignas.
- Las causas que ponen en peligro la vida del paciente son raras y difíciles de diagnosticar.
- La mayoría de las cefaleas son de origen tensional.
- La meta principal de la atención en sala de emergencias es no dejar pasar una hemorragia subaracnoidea.
- Una anamnesis y examen físico dirigidos, sirven para descartar las causas que ponen en peligro la vida.

ETIOLOGÍA

CEFALEA PRIMARIA

- **Tensión**
 - Patogénesis desconocida
 - Provocado por estrés, ansiedad, depresión
 - Más común entre las cefaleas recurrentes.
- **Vascular (Migraña)**
 - Provocado por el estrés, ciertas comidas, cansancio, de causa hormonal.
- **Cluster o en racimos**
 - Patogénesis desconocida
 - Más común en hombres de 30-50 años
 - Típicamente nocturna y puede ocurrir varias veces al día durante semanas o hasta meses
 - Dolor ocular o retro-ocular, unilateral, sumamente debilitante
 - Dura menos de 2 horas, a veces pocos minutos.

CEFALEA SECUNDARIA

- **Causas Benignas**
 - Síndrome Temporo-Mandibular (mala

oclusión bucal, crujido articular, dolor unilateral)

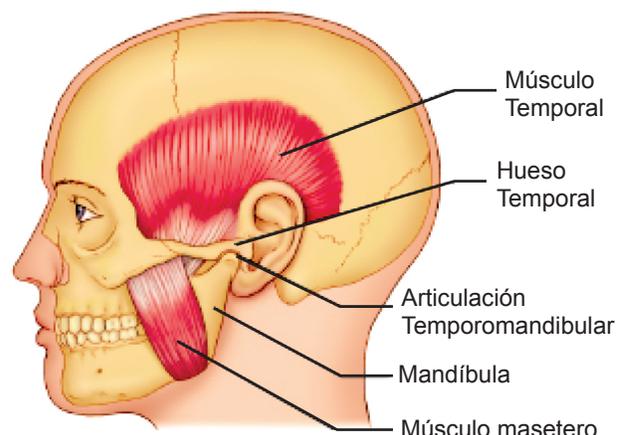
- Cefalea Benigna por esfuerzo (relacionado con deporte, sexo)
- Glaucoma de ángulo cerrado
- Hipertensión
- Pseudotumor cerebral (hipertensión idiopática intracraneal).

- **Amenazantes para la vida**

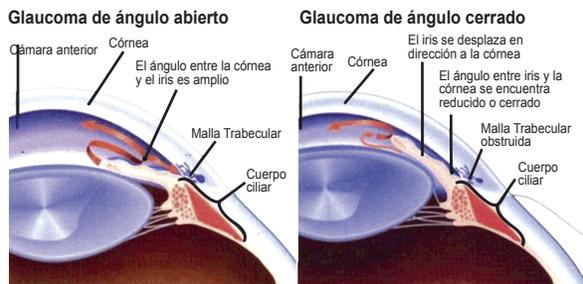
- Hemorragia Intracraneal
- Absceso cerebral
- Meningitis
- Tumor
- Trombosis del seno cavernoso.



Papiledema



Síndrome Temporomandibular



Glaucoma de ángulo abierto y cerrado

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE PELIGRO

SÍNTOMAS

- Primer episodio que en pacientes:
 - Mayores de 50 años
 - Con VIH positivo
 - Con Cáncer
- Paciente describe el síntoma como "la peor cefalea de mi vida"
- Vómito persistente
- Náuseas matutinas persistentes
- El dolor despierta al paciente
- Trauma craneoencefálico con pérdida de la conciencia
- Cefalea de esfuerzo

SIGNOS

- Signos Vitales Anormales
- Estado Mental Alterado
- Papiledema
- Signos meníngeos
- Déficit neurológico
- Apariencia tóxica

INDICACIONES PARA EXAMENES DE LABORATORIO E IMAGEN

- Los estudios de laboratorio deben estar dirigidos a confirmar o descartar la sospecha clínica según signos y síntomas anteriormente señalados.

TOMOGRAFÍA (TAC) DE CRÁNEO

- > 95% de sensibilidad para la hemorragia subaracnoidea dentro de las primeras 24

horas.

- 50% de sensibilidad a los siete días
- Se recomienda realizar una punción lumbar si la tomografía es negativa.

PUNCIÓN LUMBAR (PL)

- La punción lumbar está indicada si encontramos:

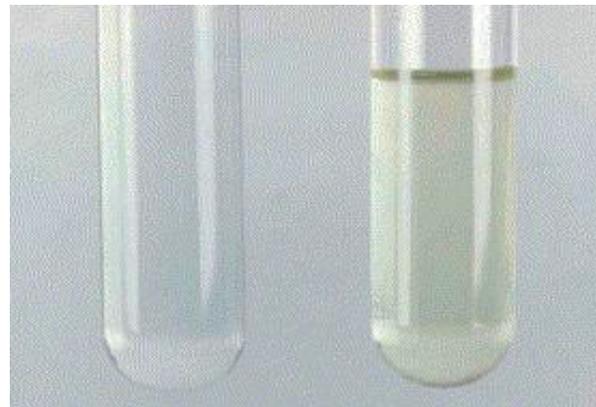
- Presión Arterial Diastólica > 130mmHg
- Fiebre
- Déficit Neurológico NUEVO
- Papiledema
- Estado Mental Alterado
- VIH Positivo.

- Detectar sangre de hemorragia no evidente en TAC.

- Durante la punción lumbar, se debe medir la presión del líquido cefalorraquídeo para descartar hipertensión intracraneal como primer paso.

- Xantocromía

- El color "rojizo" que persiste en el "sobrenadante" luego de centrifugar el líquido cefalorraquídeo.
- Indica además hemoglobina liberada de glóbulos rojos después de una hemorragia.
- Útil para distinguir glóbulos rojos de causa traumática provocado por la punción.
- La xantocromía es fácil de observar a simple vista.



Comparación del líquido cefalorraquídeo normal vs xantocromía.

FACTORES DE RIESGO

CEFALEA DE RIESGO

- Primera, La Peor cefalea de mi vida, o de inicio Súbito
- Cefalea Progresiva
- Cefalea asociada con signos y síntomas de focalización neurológica
- Cefalea con Fiebre y rigidez de cuello
- Cefalea reciente en pacientes mayores a 55 años
- Nueva cefalea en pacientes con cáncer, VIH, o inmuno-depresión.

PREDICTORES DE CEFALEA DE ORIGEN ORGANICO

- Edad > 50 años
- Cefalea Súbita
- Cualquier anormalidad al examen neurológico

SIGNOS PARA IDENTIFICAR HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

- Si el paciente cumple todos los criterios de cualquier de las tres escalas, el paciente tiene hemorragia subaracnoidea.
- Los requisitos son no tener antecedente de trauma y ser atendido en emergencia antes de la primera hora de presentar la Cefalea.
- **Primera Escala**
 - Edad > 40 años
 - Dolor o rigidez del cuello
 - Pérdida de conciencia con testigo
 - Cefalea desencadenada por esfuerzo físico
- **Segunda Escala**
 - Llegada en ambulancia
 - Edad > 45 años
 - Vómito por lo menos una vez
 - Presión arterial diastólica > 100mm Hg
- **Tercera Escala**
 - Llegó en ambulancia
 - Presión Arterial Sistólica > 160mm Hg
 - Dolor o rigidez del cuello

- Edad 45-55 años

MANEJO

1. ABC si el paciente está inestable.
2. Antibióticos empíricos si se sospecha meningitis.
3. Medicamentos para la cefalea tensional incluyen: Paracetamol y AINE (Ibuprofeno VO, Ketorolaco y Diclofenaco IM).
4. Medicamentos para la cefalea no orgánica:
 - Metoclopramida 5-10mg VO/IM/IV
 - Sumatriptano 6mg SC y repetir en una hora
 - Ergotamina 2mg VO/SL, luego de 30 minutos 1 mg VO.

PERLAS

- Criterios para ingreso:
 - Cefalea donde sospechamos una enfermedad orgánica.
 - Dolor que no se resuelve en consulta externa o no se mejora con terapia en emergencia.
 - Paciente en quien se sospecha una causa que ponga en riesgo su vida.
- Pocos pacientes requieren TAC.
- Todo paciente con Cefalea en emergencia requiere un examen neurológico y fondo de ojo.
- Cefalea es una emergencia para el paciente, aunque no sea una emergencia médica, y se debe tratar así.
- Síndrome Temporo-Mandibular requiere evaluación odontológica.
- La adecuada respuesta al tratamiento analgésico inicial en un paciente sin signos de alarma orienta a una causa de cefalea primaria.

Farmaco	Dosis	Efectos Secundarios/Comentarios
Dihidroergotamina	1 mg	Administrar con anti-emetico; contraindicado en pacientes con hipertensión severa, enfermedad coronaria embarazo, uso reciente de sumatriptan, o uso actual de antibioticos macrolidos o terapia retroviral.
Metoclopramida	10 mg durante 15 minutos	Akatisia puede ser tratada con difenhidramina o midazolam
Proclorperazina	10 mg durante 15 minutos	Akatisia puede ser tratada con difenhidramina o midazolam
Droperidol	2.5 mg durante 15 minutos	Akatisia puede ser tratada con difenhidramina o midazolam; may cause prolongación QT que puede provocar una arritmia significante
Ketorolaco	30 mg IV en bolo	precaución en pacientes con enfermedad renal o enfermedad úlcera péptica
Acido Valproico	1 mg durante 10-15 minutos	contraindicado en el embarazo; usar con precaución en pacientes con enfermedad hepática
Dexametasona	10 mg durante 1 minuto	

Farmacos Intravenosos para migraña



Hemorragía subaracnoidea en TAC

BIBLIOGRAFÍA:

ACEP Clinical Policies Sub- committee on Acute Headache and the ACEP. Clinical Policies Committee Clinical Policy: Critical Issues in the Evaluation and Management of Patients Presenting to the Emergency Department With Acute Headache ANNALS OF EMERGENCY MEDICINE 39:1 JANUARY 2002 [doi doi: 10.1067/mem.2002.120125]

Benjamin W. Friedman et al. Applying the International Classification of Headache Disorders to the Emergency Department: An Assessment of Reproducibility and the Frequency With Which a Unique Diagnosis Can Be Assigned to Every Acute Headache Presentation. Annals of Emergency Medicine Volume 49, Issue 4, April 2007, Pages 409-419.e9 [DOI: 10.1016/j.annemergmed.2006.11.004]

ACEP Clinical Policies Sub- committee on Acute Headache and the ACEP. Clinical Policies Committee Clinical Policy: Critical Issues in the Evaluation and Management of Patients Presenting to the Emergency Department With Acute Headache ANNALS OF EMERGENCY MEDICINE 39:1 JANUARY 2002 [doi doi: 10.1067/mem.2002.120125]