



# NEUROLOGÍA I: CEFALEAS Y CÓDIGO ICTUS

Dra. Maite Arteaga Salinas: *R3 MFiC*

Dra. M<sup>a</sup> José Manzano: *Médico de Familia*

Dra. Judit Alsina: *Médico de Familia*

***ABS LA GARRIGA***



# CEFALEAS en urgencias de atención primaria



# *Justificación*



- Síntoma frecuente.
- Puede ser una manifestación de una enfermedad grave:
  - De presentación aguda
  - De presentación solapada
- Posibilidad de ser muy invalidante.
- Coste sanitario muy elevado y aún más si consideramos el coste no-sanitario.
- 80% de los pacientes con cefalea primaria padecen migraña y/o cefalea tensional.
- Si se añaden la provocada por fármacos, por procesos febriles benignos y OH, llegamos al 90% de todas las cefaleas.

# Conceptos



- **Cefalea primaria:** sin lesión estructural o metabólica subyacente y por tanto benigna. Se considera la cefalea en sí misma una enfermedad.
- **Cefalea secundaria o potencialmente secundaria:** la cefalea es un síntoma, único o asociado, de una enfermedad orgánica subyacente.

# Clasificación



## Cefaleas Primarias

- Migraña
- Cefalea de tensión
- Cefalea en cúmulos y otras trigémino autonómicas
- Otras cefaleas primarias

## Cefaleas Secundarias

- Trauma craneal cervical
- Alteración vascular craneal o cervical
- Alteración intracraneal no vascular
- Consumo o abandono de una sustancia
- Infección (Meningitis, cerebritis,..)
- Alteración de la homeostasis
- Alteración en cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dientes, boca u otras estructuras craneales o faciales
- Alteración psiquiátrica

## Neuralgias craneales, dolores faciales centrales y otras cefaleas

- Neuralgias craneales y dolores faciales de causa central
- Otras cefaleas, neuralgias craneales y dolores faciales primarios o centrales

**Nos tenemos que plantear tres preguntas:**





- ¿Se trata de un proceso primario o secundario?
- ¿Se trata de un proceso urgente?
- ¿Cuál es el manejo a seguir?

# CASO CLÍNICO

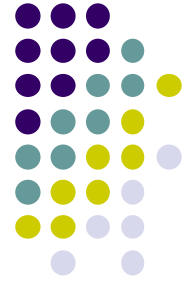


- Mujer de 21 años.
- Hábitos tóxicos: Fumadora de 10 cig/día.
- No toma medicación habitualmente. No tiene historia previa de cefalea ni otros antecedentes de interés.
- Consulta por cefalea opresiva, holocraneal de 5 días de evolución que va aumentando progresivamente de intensidad y no cede con analgesia. Empeora con maniobras de Valsalva.
- No presenta: náuseas, vómitos ni disminución de fuerza/sensibilidad. En las últimas horas se añade visión borrosa fluctuante y diplopia.



# *Anamnesis*

- Edad, sexo y ocupación socio-laboral.
- Edad de inicio.
- Frecuencia.
- Duración del episodio.
- Intensidad y evolución temporal.
- Características.





- Localización.
- Factores moduladores del dolor.
- Síntomas asociados:
  - Generales: el más importante es la fiebre.
  - Psíquicos.
  - Neurológicos.



- Consumo de analgésicos y otros fármacos.

# ***Fármacos o Tóxicos causantes de cefaleas***



## Alcohol

Carbimazol

Isoniacida

Omeprazol

Ácido nalixídico

Cimetidina

Litio

Cocaina/cannabis

Atenolol

Clofibrato

Metoprolol

Ranitidina

## Antihistamínicos

Codeina

Metronidazol

Progestágenos

Aines

Dihidroergotamina

Morfina y derivados

Quinolonas

Antagonistas del calcio

Dipiridamol

Sildenafil

Triptanes

Barbitúricos

Ergotamina

Glutamato

Rifampicina

Cafeina

Estrógenos

Paroxetina

Teofilinas

Captopril

Hidralacina

Pentoxifilina



- Consumo de analgésicos y otros fármacos.
- Antecedentes personales.
- Antecedentes familiares.

# *Exploración física*



- Constantes vitales:
  - Temperatura y TA.
  - Glicemia capilar, si DM.
- Inspección estado general y aspecto cutaneomucoso.
- Auscultación cardiopulmonar.
- Macizo craneofacial:
  - Palpación arterias temporales.
- Cuello.

# *Exploración neurológica*



- Funciones intelectuales superiores.
- Alteración del nivel de conciencia.
- Pares craneales y fondo de ojo.

# Nota: Pares craneales



- Nervio olfatorio (I par).
- Nervio óptico (II par).
- Nervio oculomotor (III par) o nervio MOC.
- Nervio troclear (IV par) o nervio patético.
- Nervio trigémino (V par).
- Nervio abducens (VI par) o nervio MOE.
- Nervio facial (VII par) o nervio intermediofacial.
- Nervio estatoacústico (VIII par).
- Nervio glossofaríngeo (IX par).
- Nervio vago (X par).
- Nervio espinal (XI par) o accesorio.
- Nervio hipogloso (XII par).



# Nota: Fondo de ojo



# FONDO DE OJO NORMAL

## ARTERIAS Y VENAS DE LA RETINA

Fondo de ojo, disco del nervio óptico y mácula

NASAL

TEMPORAL

Papila del nervio  
óptico

Arteriola nasal  
inferior de la  
retina

Vénula temporal  
inferior de la  
retina

Vénula temporal  
superior de la  
retina

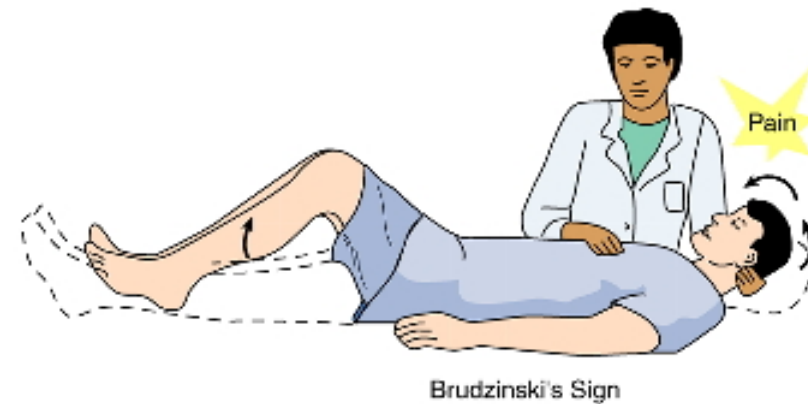
Arteriola  
temporal  
superior de la  
retina

Mácula

Fóvea central

Publicado en  
[www.portalesmedicos.com](http://www.portalesmedicos.com)

- Déficit neurológico focal.
- Signos de irritación meníngea.

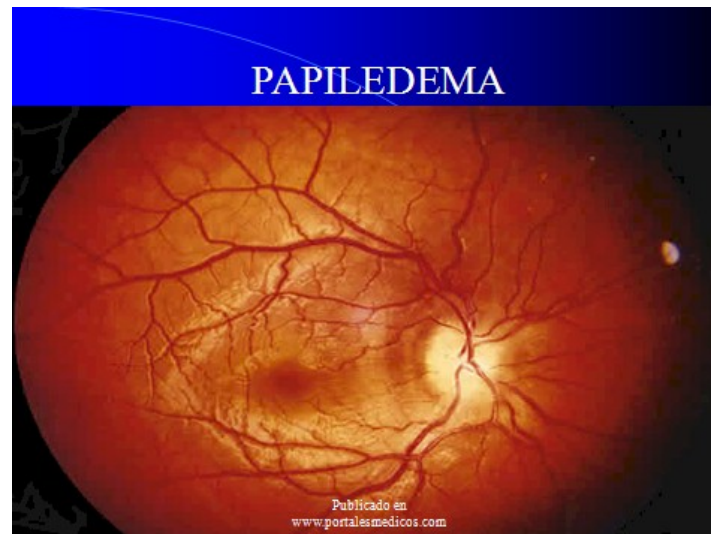


**Figure 64-1** Testing for meningeal irritation. (A) Kernig's sign. (B) Brudzinski's sign.

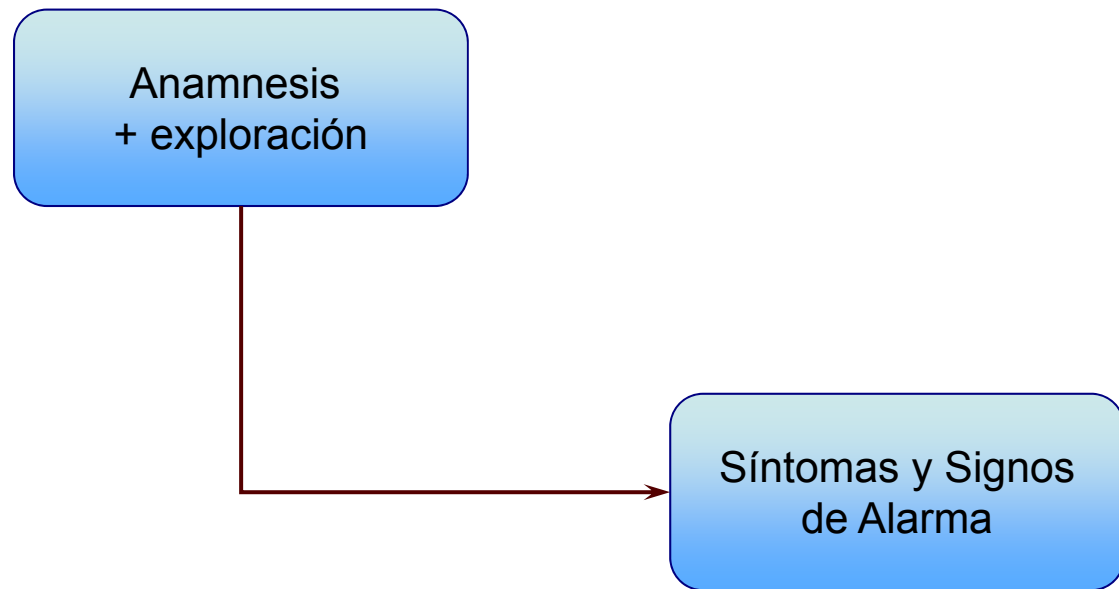
# *Volvamos al caso clínico*



- En la exploración física destaca:
  - Obesidad (IMC 31).
  - Paresia del VI par craneal derecho leve.
  - Fondo de ojo con papiledema bilateral.



# *Aproximación diagnóstica*



# *Síntomas y signos de alarma*

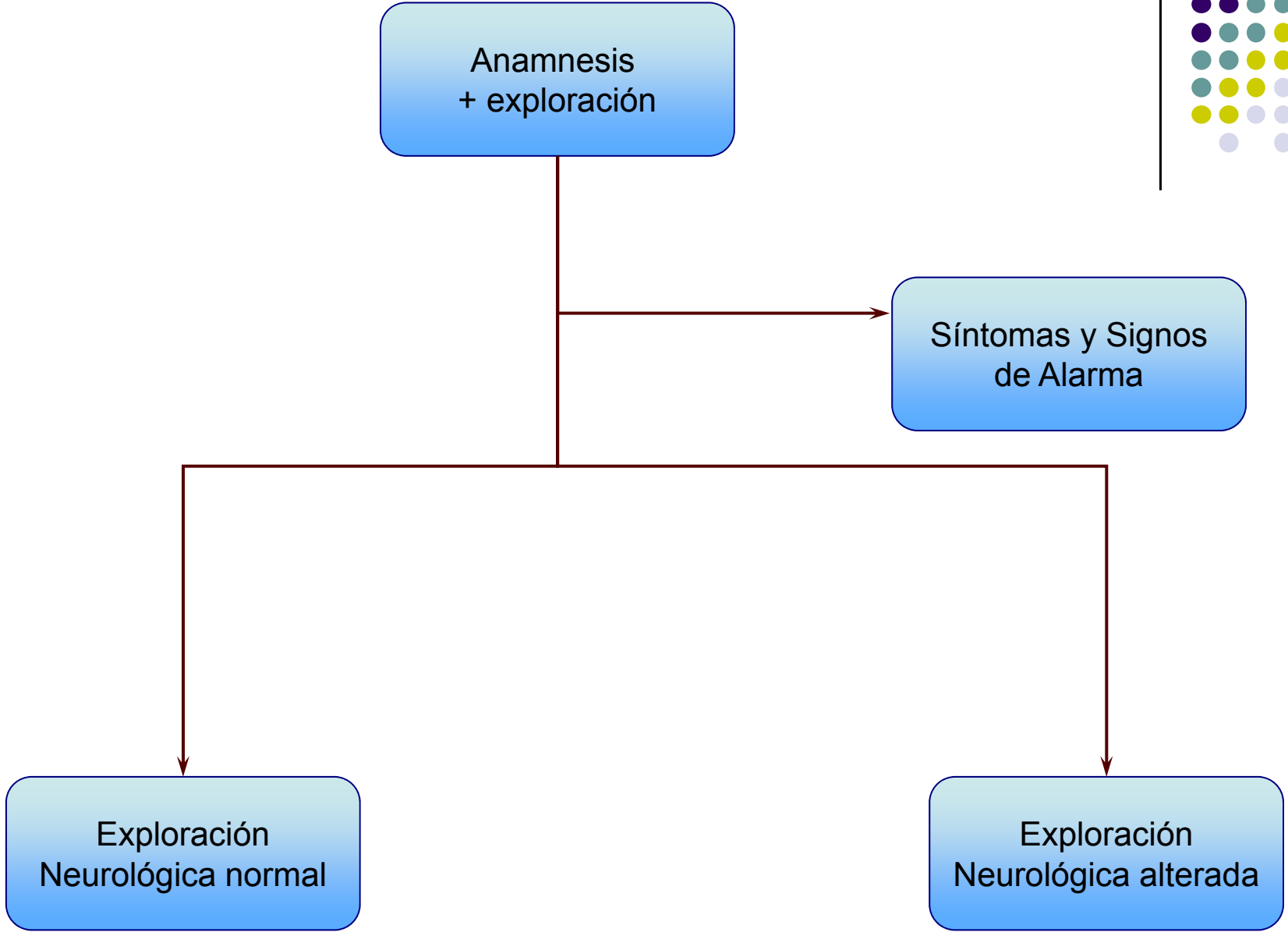


- Inicio > 50 años.
- Inicio explosivo o coincidiendo con ejercicio.
- Cefalea reciente y progresiva.
- Falta de respuesta al tratamiento.
- Cefalea + fiebre + signo meníngeos.
- Focalidad neurológica.
  
- Signos o síntomas de hipertensión intracraneal.
- Cefalea primaria que cambia de características.
- Cefalea crónica diaria que cambia de características.
- Aura atípica.
- Unilateral estricta.

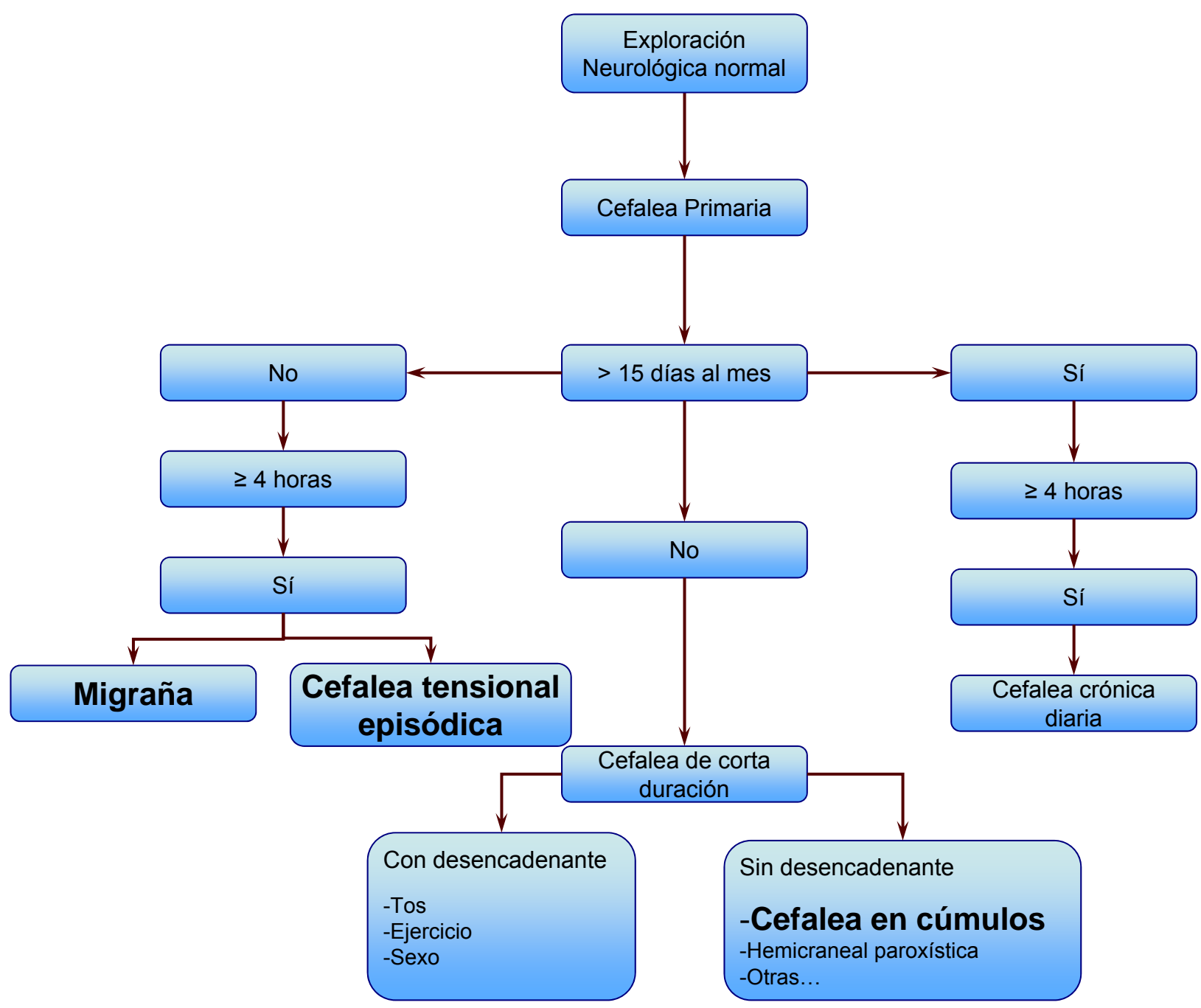


## ***Siguiendo con nuestro caso:***

La paciente tiene criterios de alarma. La derivaremos a urgencias hospitalarias para hacerse analítica y TAC craneal.



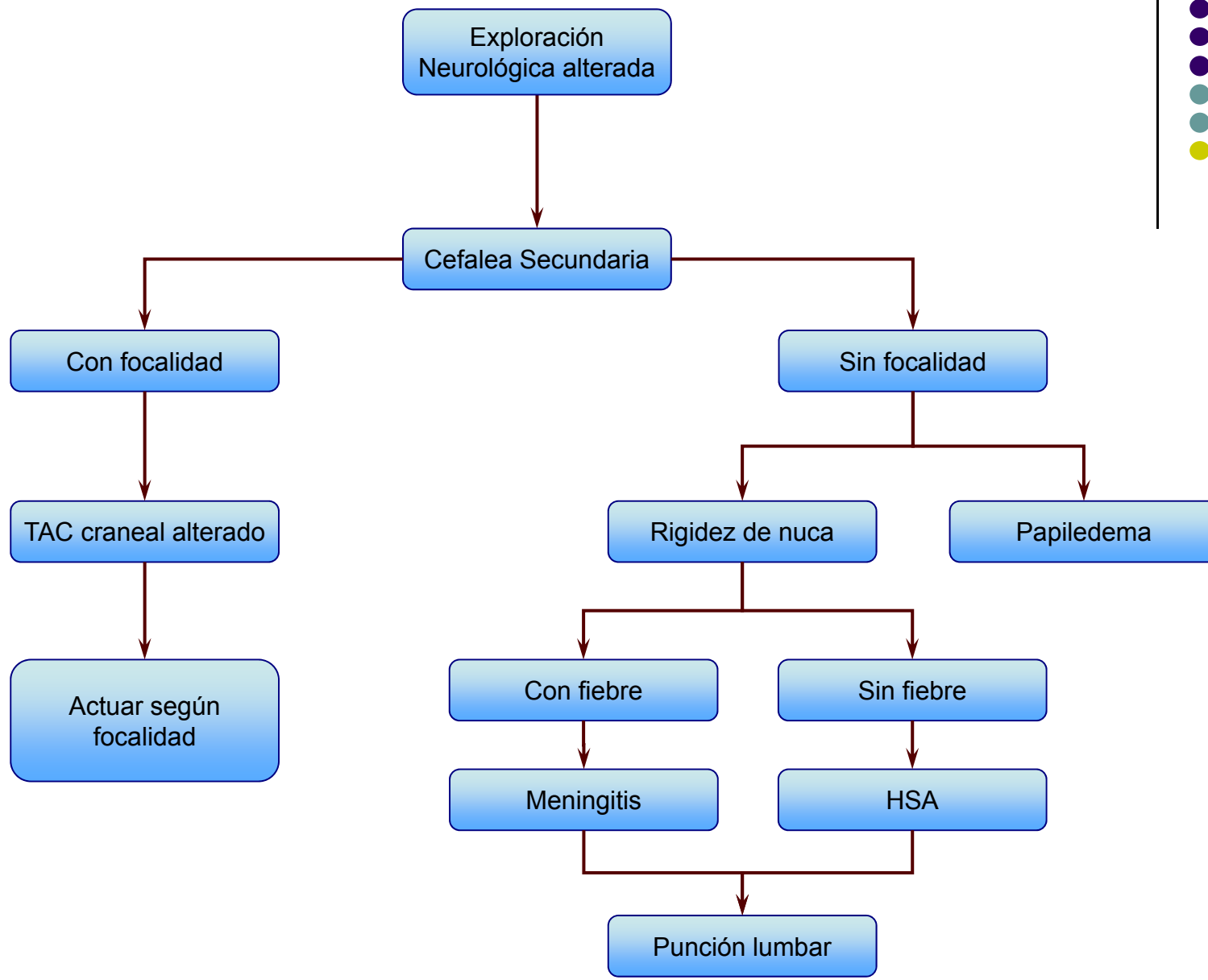




# Diagnóstico diferencial de cefaleas primarias



	Migraña	Cefalea de Tensión	Cefalea en Cúmulos
Edad de inicio	10 – 20 años	> 20 años	> 15 años
Sexo	Mujer	Mujer	Hombre
Actividades	Inhibe o impide	No inhibe ni impide	Impide
Tipo de dolor	Pulsátil	Opresivo	Lancinante/Punzante
Duración	4 – 72 horas	30 min – 7 días	15 – 180 min
Localización	Unilateral	Bilateral	Periorbicular
Foto-Sono fobia	+	– (o una de ambas)	–
Náuseas-vómitos	+	–	–
Ejercicio	Empeora	No empeora	Paciente inquieto
Crisis	1 – 4 mes	Muy variable	1 – 8 crisis por día
Síntoma trigémino autonómico	Ausencia	Ausencia	Presencia



# *Tratamiento*

- Cefalea leve – moderada

**Analgésicos/Aines  
+/-  
Antieméticos  
+/-  
Diazepam**

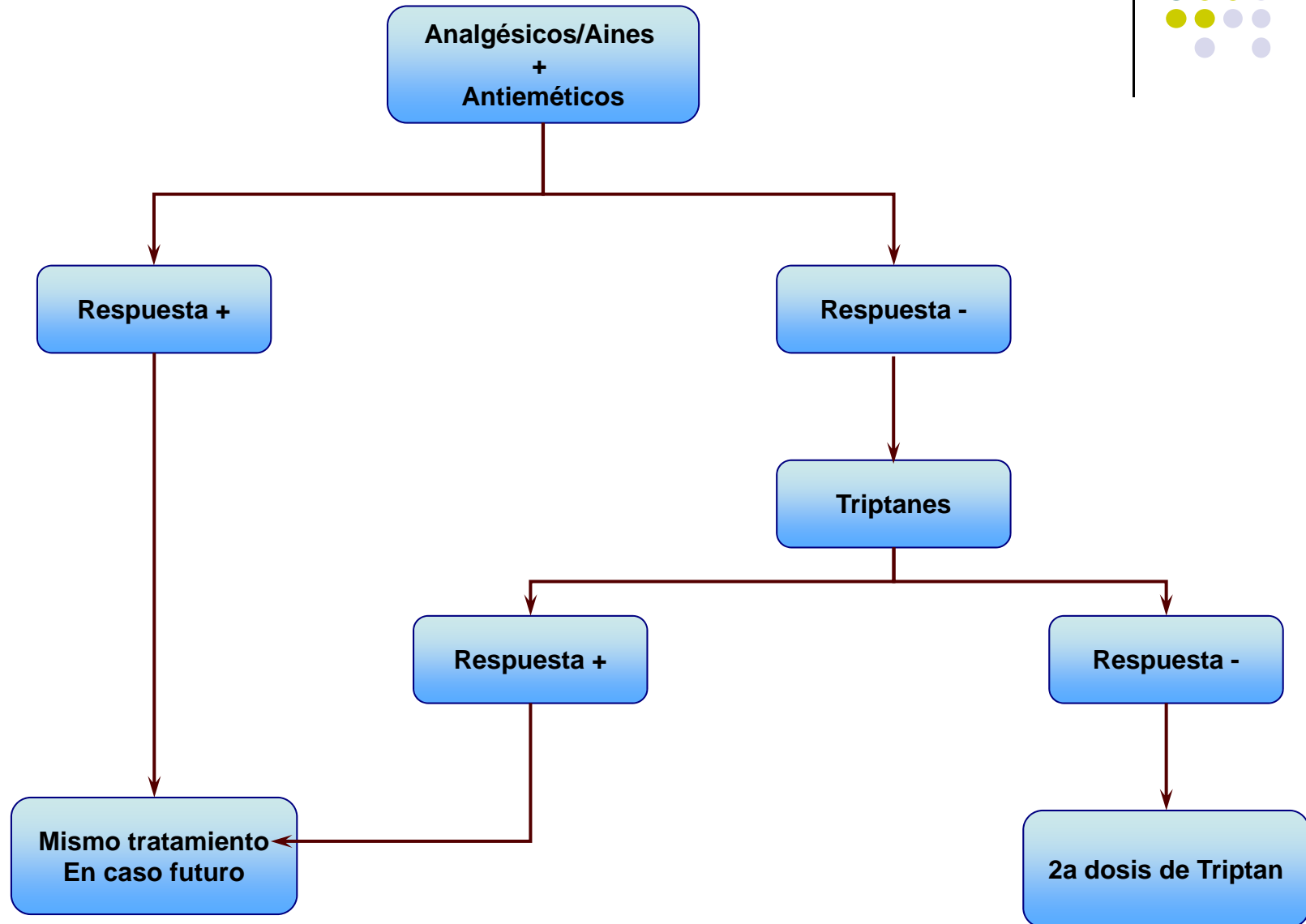


# Analgésicos y Aines

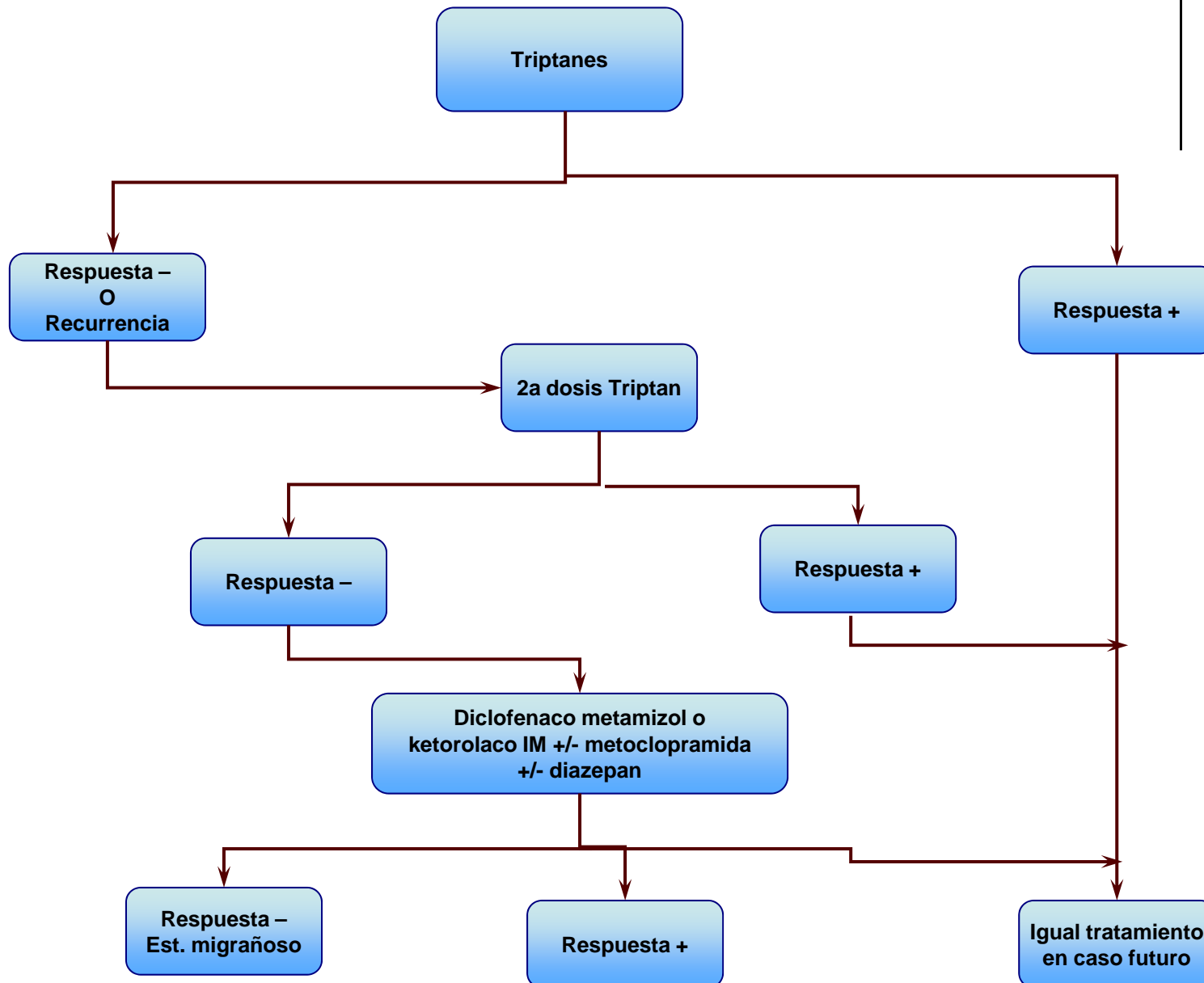


Fármaco	Dosis	Comentarios	Nivel de evidencia
Paracetamol	1.000 mg	<ul style="list-style-type: none"><li>Probablemente el fármaco más implicado en la cefalea por abuso de analgésico en nuestro país</li></ul>	Ib
AAS	1.000 mg	<ul style="list-style-type: none"><li>Efectos adversos G-I frecuentes</li><li>Implicado a menudo en cefalea por abuso de analgésico</li></ul>	Ib
Metamizol	1.000 mg	<ul style="list-style-type: none"><li>Efectos secundarios potencialmente graves aunque infrecuentes</li></ul>	Ia
Ibuprofeno	800 – 1.200 mg		Ib
Naproxeno	500 – 1.000 mg		Ib

- Migraña leve – moderada



# Migraña moderada – grave



# Principales triptanes



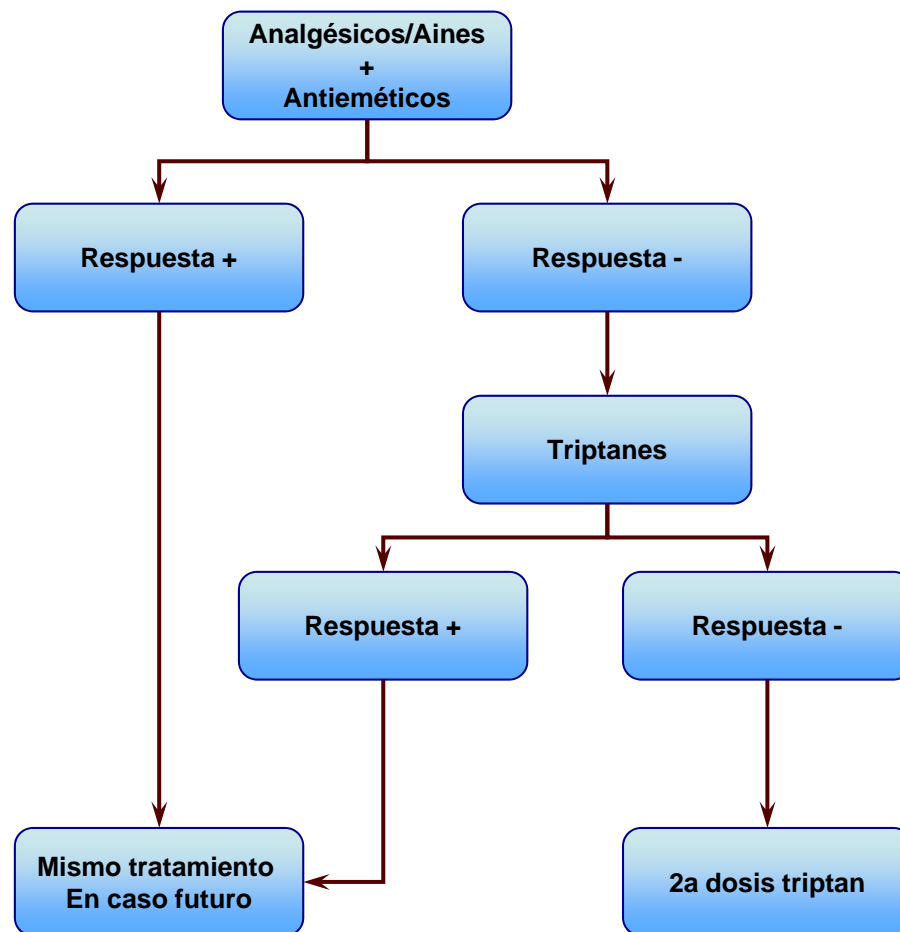
Fármaco	Vía	Tolerancia	Vida media
Rizatriptan (Maxalt)	10 mg vo	++	
Almotriptan (Almográn)	12'5 mg vo	+++	
Zolmitriptan (Zomig)	2'5-5mg vo/nasal	++	
Eletriptan (Relpax)	40-80 mg vo	++	Vida media más larga (8h)
Frovatriptán (Forvey)	2'5 mg vo	++	Vida media más larga (8-12h) No repetir dosis
Sumatriptan (Imigran)	20-40 mg vo/nasal/sc	++	



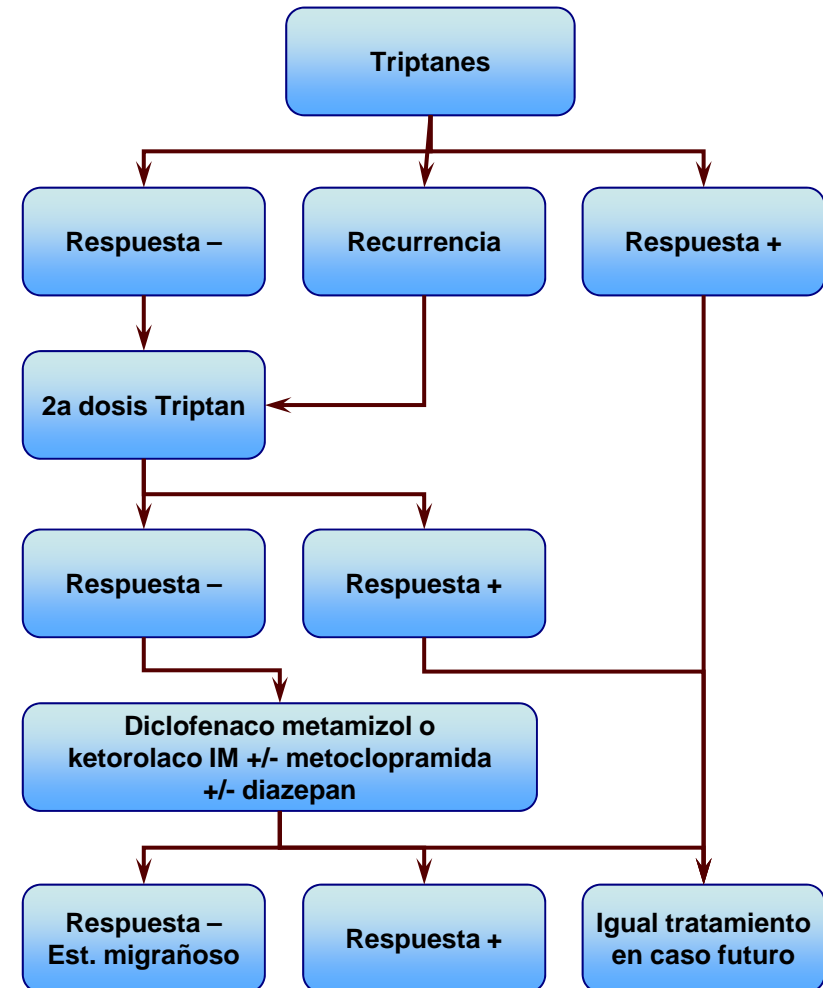
# Tratamiento migraña



Leve - Moderada



Moderada – grave



# Contraindicaciones de los triptanes



- Cardiopatía isquémica.
- HTA.
- Vasculopatía periférica.
- Sdme. Raynaud.
- Insuficiencia hepática.
- Insuficiencia renal.
- Uso de ergóticos en las últimas 24h.

# NUEVO CENTRO CAP LA GARRIGA





# CÓDIGO ICTUS en atención primaria



# ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO



- Episodio súbito, de déficit neurológico focal cerebral o retiniano de duración corta, generalmente <1h.
- El 23% de ICTUS isquémicos van precedidos de un AIT.
- Riesgo de recurrencia máximo en las primeras 48h.
- Una estrategia de prevención secundaria adecuada reduce un 80% el riesgo de recurrencia a los 3 meses.



## Síntomas **sugerentes** de AIT

- Alteración del lenguaje
- Déficit motor facial, de una extremidad o hemicuerpo
- Déficit sensitivo en una extremidad o hemicuerpo
- Alteración visual (amaurosis fugax, hemianopsia)
- Vértigo con otros síntomas sugerentes de afectación vertebrobasilar (diplopia, disfagia...)

## Síntomas **no sugerentes** de AIT

- Pérdida de conocimiento, confusión
- Incontinencia urinaria o fecal
- Debilidad generalizada
- Síntomas migratorios a lo largo del cuerpo
- Fenómenos visuales positivos
- Pérdida de memoria
- Vértigo aislado



# PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

# URGENTE

# Derivación al servicio de urgencias



- Todo paciente con AIT reciente (< 7 días)
- AIT recurrente >3 epis/mes
- Independiente para ABVD.
- Sin comorbilidad significativa.
- Buen nivel cognitivo.





# PREFERENTE

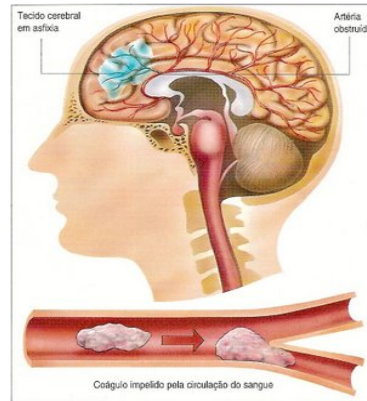


- Pacientes independientes para ABVD.
- Sin comorbilidad significativa.
- Buen nivel cognitivo.
- AIT no reciente (entre 1 semana y 30 días post-AIT).

# ORDINARIO



- Pacientes dependientes para ABVD.
- Comorbilidad significativa.
- Deterioro cognitivo.
- Clínica sugerente de AIT tardío (30 días previos a la consulta).



No ictus, uma parte do cérebro fica sem oxigénio; não é mais irrigada pelo sangue pois uma artéria cerebral está obstruída por um coágulo de sangue.

# AVC



- Alteración transitoria o definitiva del funcionamiento de una o más zonas del encéfalo como consecuencia de trastorno circulatorio cerebral, tanto por isquemia como por hemorragia.
- Tercera causa de muerte en adultos.
- Primera causa de invalidez.
- Segunda causa de demencia.
- En España es la primera causa de mortalidad en mujeres > 65a.

- El tratamiento recanalizador (Trombolisis ev, intraarterial o trombectomía) es el tratamiento más eficaz en la isquemia cerebral.
- El uso de rt-PA ev dentro de las primeras 4 h y media es un tratamiento efectivo que puede evitar la muerte o dependencia.
- El ingreso de los pacientes en unidades especializadas ha reducido la mortalidad en un 18% y la combinación de mortalidad y dependencia en un 25%.
- La rehabilitación precoz reduce el grado de dependencia.



# Objetivos del CÓDIGO ICTUS



- Disminuir **tiempo** entre inicio de ictus, diagnóstico y tratamiento especializado.
- Incrementar el número de pacientes con infarto cerebral tratados con fibrinolisis.
- Incrementar el número de pacientes que acceden a tratamiento en una unidad de ictus aguda.

# NOTA



- En un Ictus agudo, por cada minuto de hipoxemia se pierden unos 2 millones de neuronas.
  - El tiempo de supervivencia de las neuronas es de 120 minutos.
- # Temps és Cervell

# Manejo ambulatorio de la fase aguda

- Activar Código Ictus.



- Criterios de inclusión
  - Déficit neurológico focal súbito que se orienta de causa isquémica < 5h.
  - Buen estado funcional previo. (Escala Ranking < 3)

- Criterios de exclusión
  - Enfermo terminal.
  - Demencia incapacitante.
  - Deseo previo del paciente de no derivación a hospital.
  - Inicio de los síntomas desconocido.
  - Déficit neurológico que mejora significativamente antes del tratamiento.





# Manejo ambulatorio de la fase aguda



- Activar Código Ictus.
- Mantener permeabilidad vía aérea.
- Oxigenoterapia
  - SatO<sub>2</sub> < 92%
  - MPOC
  - Taquipnea
  - Cardiopatía isquémica
- Tratamiento TA si >210/120
  - En IAM, IC, probabilidad de tratamiento fibrinolítico o sospecha de hemorragia cerebral, reducir si >180/105



- Captopril 25-50 mg vo.
- Labetalol ev 10 mg a pasar en 1-2 min, repetir cada 10 min (Máx. 150 mg).
- Nitroprusiato sódico ev (1 amp=50mg; Diluir en 495 ml de SG, iniciar a 10-20 ml/h. Ir aumentando 5 ml/5 min).
- Enalapril ev (1 amp=1mg; Bolus 0'5-1 mg en 5 min y repetir cada 6 horas)

# Manejo ambulatorio de la fase aguda



- Activar Código Ictus.
- Mantener permeabilidad vía aérea.
- Oxigenoterapia
  - SatO<sub>2</sub><92%
  - MPOC
  - Taquipnea
  - Cardiopatía isquémica
- Tratamiento TA si >210/120
  - En IAM, IC o probabilidad de tratamiento fibrinolítico reducir si >180/105
- Insulina rápida si glicemia >200 mg/dl.
- Temperatura <37'5°C.
- No administrar heparina ni antiagregantes.

# Criterios de exclusión de fibrinolisis



- Infarto cerebral en los últimos 3 meses.
- Déficit neurológico que mejora significativamente antes del tratamiento.
- Plaquetopenia inferior a 100.000/mm<sup>3</sup>.
- TAS > 185 o TAD > 110.
- Glicemia < 50 o > 400 mg/dl no corregible.
- Diátesis hemorrágica conocida.
- Paciente en tratamiento con anticoagulantes orales e INR > 1,5
- Sangrado reciente evidente
- Antecedente o sospecha de hemorragia intracranial.
- Cualquier antecedente de lesión del sistema nervioso central incluyendo médula.
- Retinopatía hemorrágica.
- En los últimos 10 días, masaje cardíaco, parto o punción de vaso no compresivo.
- Endocarditis bacteriana, pericarditis < 3 meses.
- Pancreatitis aguda.
- Enfermedad gastrointestinal ulcerosa documentada en los últimos 3 meses, varices esofágicas, aneurisma arterial o malformación arterio-venosa.
- Hepatopatía grave
- Cirugía mayor o traumatismo significativo en los últimos 3 meses.
- Convulsiones al inicio
- Administración de heparina en las 48 h previas.



# ***IDEAS CLAVE***



- Signos y síntomas de alarma de las cefaleas.
- La importancia del fondo de ojo en la exploración.
- Diferenciación de cefalea primaria y secundaria.
- Criterios de derivación a urgencias del AIT.
- Criterios de activación del Código Ictus.



**Muchas gracias!**