

**CIUDAD DE LA SALUD – HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PEDIÁTRICAS –
SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.- PROTOCOLO DE CEFALEA (R51)**

DEFINICIÓN

Se deriva del latín *cephalea* y del griego *kephalé* (que quiere decir cabeza); se define como el dolor o malestar referido a la cabeza, originado en estructuras craneales o bien irradiadas de las mismas.

FACTORES DE RIESGO

- Antecedentes familiares: la migraña es más frecuente en familiares de pacientes con migraña (50%).
- Alimentos: grasas insaturadas, quesos, embutidos y enlatados, cítricos, vino tinto, cafeína y chocolate.
- Alcohol, Tabaco y Estrés
- Cambios hormonales: en adolescentes durante su período periovulatorio y perimenstruales o con toma de anticonceptivos orales.

HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO

ANAMNESIS

- Antecedentes familiares de cefalea y tipo de la misma
- Antecedentes personales de vómitos y dolores abdominales cíclicos, vértigos paroxísticos recurrentes, "mareos", fiebre recurrente y epilepsia.
- Características de la cefalea:
 - o Localización (holo o hemicraneal, zona craneal)
 - o Tipo (pulsátil, pungitiva, opresiva, irradiaciones)
 - o Tiempo de evolución (<1 mes, 1-3 meses, 3-12 meses, >1 año)
 - o Periodicidad (aguda episódica, aguda recurrente, crónica, imprecisa)
 - o Existencia o no de aura, frecuencia y tipo de la misma
 - o Síntomas acompañantes y tiempo en el curso de la cefalea (prodrómicos, fase aguda, postcríticos)
 - o Ritmo horario y relación con ritmos biológicos
 - o Frecuencia y duración del episodio
 - o Factores desencadenantes eventuales

EXAMEN FÍSICO

Debe ser un examen físico minucioso

- Estado general
- Constantes vitales (temperatura, frecuencia cardíaca, presión arterial)
- Examen neurológico minucioso
- Datos somatométricos (ej. Perímetro craneal aumentado puede sugerir hidrocefalia u otra lesión que ocupe espacio)
- Inspección de la piel (palidez, petequias o equimosis, alteraciones pigmentarias)
- Examen de oídos
- Región orofaríngea
- Articulación temporomandibular
- Auscultación cardiopulmonar

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE MIGRAÑA, CEFALEA TENSIONAL Y CEFALEA ORGÁNICA

	MIGRAÑA	CEFALEA DE TENSIÓN	CEFALEA ORGÁNICA
Edad de inicio	Infancia	Adolescencia	Variable
Frecuencia	1-30 años	Diaria	Diaria
Tiempo de evolución	Años	Meses	Semanas/meses
Desencadenantes	Diversos	Ansiedad, depresión	Hipertensión craneal
Localización	Frontal o hemicraneal	Occipital u holocraneal	Variable
Horario	Variable	Vespertino	Matutino
Intensidad	Moderada/intensa	Leve/moderada	Leve/moderada
Calidad	Pulsátil	Opresiva	Opresiva
Asociada con	Aura visual, náuseas/vómitos, fonobia/fotobia	Ansiedad, mareo, fonofobia	Cambio de conducta, signos neurológicos
Duración	Horas	Constante	Diaria
Antecedentes familiares	Frecuentes	Posible	No
Analgésicos	Eficaces	Ineficaces	Ineficaces

LABORATORIOS

- Hemograma (anemia, sospecha de proceso infeccioso)
- Bioquímica convencionales
- Cribado toxicológico
- Marcadores de enfermedades del colágeno
- Examen del líquido cefalorraquídeo: descartando previamente lesiones ocupantes de espacio intracraneales. Indicada en tres situaciones:
 1. Sospecha de hemorragia subaracnoidea con TC craneal normal
 2. Descartar una infección del SNC
 3. Valoración de la presión apertura ante la sospecha de un seudotumor cerebral

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- **Radiografía de cráneo:** Puede mostrar rectificación de la columna cervical en cefaleas tensionales o signos indirectos de patología subyacente como calcificaciones, erosiones o agrandamiento de la silla turca.
- **Electroencefalograma (EEG):** Se considera en aquellos casos que presentan auras atípicas, asociación a compromiso de conciencia o sintomatología que pudiera corresponder a manifestaciones epileptiformes. Podría también contribuir al diagnóstico en procesos encefalopáticos con alteración o pérdida del estado de conciencia.
- **TC de cráneo:** Útil en cefaleas asociadas a signos de hipertensión endocraneana o de focalidad neurológica, y en presencia de signos de alarma.
- **RM cerebral:** Valora más eficazmente la silla turca, fosa posterior y unión cervicomedular y puede identificar procesos tumorales, alteraciones vasculares o anomalías de la sustancia blanca de forma más precisa.

CRITERIOS DE INGRESO

Se decidirá su ingreso si sospechamos potencial gravedad o si el estado general no es bueno. Y además en los siguientes casos:

- Toda cefalea secundaria a una enfermedad orgánica intracraneal
- Cefalea diría crónica refractaria
- Cefalea acompañada de importantes problemas médico-quirúrgicos
- Estado migrañoso
- Vómitos incoercibles
- Síndrome de hipertensión endocraneana
- Déficit neurológico

TRATAMIENTO

1. Primera actuación
 - Tranquilizar al afectado y a la familia, explicando la naturaleza del trastorno.
2. Identificación y tratamiento de los factores que favorecen o precipitan episodios migrañosos
 - Factores psicológicos: incluyen conflictos familiares rechazo o acoso por los compañeros, depresión, ansiedad, presión académica o abuso

físico, psicológico o sexual. La adopción de medidas cognitivo-conductuales, técnicas de refuerzo positivo, relajación, autohipnosis, automasajes y el biofeedback han demostrado largamente su eficacia.

- Mejora de los hábitos de sueño
- Factores alimentarios y dietéticos: debe preconizarse un hábito alimentario saludable, tanto en relación con la calidad de la alimentación, como su adscripción a un horario regular.
- Ejercicio físico: debe instruirse en la autorregulación de la actividad física e identificación del umbral de ejercicio. Se ha demostrado el beneficio del ejercicio regular en el control de la migraña y la cefalea tensional.

3. Fase aguda

Para los dolores leves o moderados se usan analgésicos como:

- Paracetamol: 15 mg/kg/4-6 horas (máx. 90 mg/kg/día)
- Ibuprofeno: 10 mg/kg/6-8 horas (máx. 40mg/kg/día)

Si la cefalea persiste, como fármacos de segunda línea están descritos:

- Sumatriptán intranasal: aprobado para su uso entre los 12 y los 17 años, dosis: 10 mg. Contraindicado en accidentes cerebrovasculares isquémicos y no se recomienda en hipertensión arterial no controlada o insuficiencia hepática.
- Ergotamina: tienden a utilizarse cada vez menos por los efectos secundarios relacionados con sus propiedades vasoconstrictoras. La dosis recomendada es 0.5 – 1 mg/dosis (máx. 2mg/día), en mayores de 6 años.
- A nivel hospitalario también se pueden usar analgésicos por vía parenteral: Metamizol a dosis de 20 – 40 mg/kg cada 6 a 8 horas, a pasar lentamente.

4. Tratamiento farmacológico profiláctico

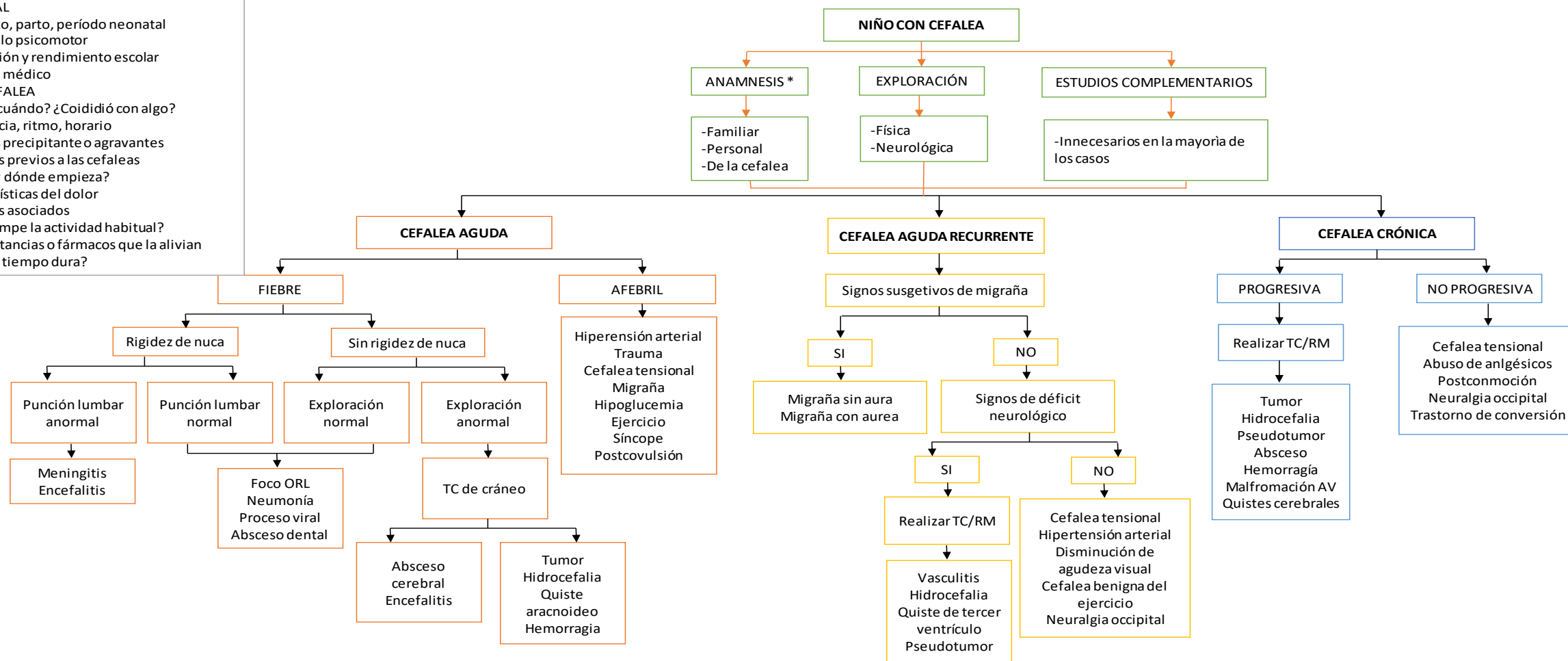
Debe iniciarse en monoterapia, mantenerse al menos durante 1 mes y con una duración habitual de 3-6 meses. Su retirada ha de realizarse de forma gradual para evitar el efecto rebote. Suele utilizarse cuando la frecuencia es superior a 3 episodios al mes, cuando son muy resistentes al tratamiento durante las crisis agudas e independientemente de su frecuencia, ante crisis intensas e incapacitantes, de duración prolongada o en asociación a manifestaciones neurológicas focales.

- La flunarizina es el único con un nivel de evidencia científica clase I y nivel B de recomendación. Se administra en una única dosis antes de acostarse (0.1 – 0.2 mg/kg; habitualmente 5 a 10 mg). Indicado en pacientes con anorexia y trastornos del sueño.

BIBLIOGRAFÍA: (1)Puñal J, Lado C, Gago M. Neurología. Cefaleas. An Pediatr Contin. 2006;4(1):12-23. (2)Campos J, Victoria SA. Cefalea en la Infancia. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica. 2da edición. Madrid: editorial Ergón, S.A. 2008. (3) Tomas ML. Cefalea en el niño. Rev. chil. pediatr. 2000; 71(1): 52-57. (4) Perez NJ, Camino LR. Urgencias Neuropediátricas. Madrid: editorial Ergón; 2005. (5) Quintana PM. Cefaleas. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP – AEP. 2da edición. Madrid: editorial Ergón, S.A. 2010. (6) Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2006. Grupo de estudio de la Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. Madrid: Ergón. 2006. (7) Fernández RM, Orejón LC. Mesa Redonda. Migraña en la Infancia. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2012; (21): 29-35. (8) Camerati VH, Camorra AO. Protocolos de derivación tratamiento de niños y adolescentes que consultan por cefalea referencial y contrarreferencial. Chile. 2013. (9) Protocolo para el manejo de cefalea en atención primaria. Gobierno de Canarias. España. 2011. (10) Uberos Fernández J. Cefaleas primarias: Guía de manejo en pediatría. Bol. SPAO 2007; 1 (2). (11) Comité de clasificación de la cefalea de la Internacional Headache Society (IHS). III edición de la clasificación internacional de la cefaleas. Londres. 2013. (12) Verdú A, García A, García O y cols. Manual de Neurología Infantil. 2da edición. Madrid: Editorial Medica Panamericana. 2014. (13)Herranz JL, Argumosa A. Neuropediatría. Cefaleas. BOL PEDIATR 2000; 40: 100-108

ALGORITMO DE MANEJO DEL NIÑO CON CEFALEA

***ANAMNESIS**
FAMILIAR
 -Antecedentes en familiares de primer grado
 -Dinámica familiar
PERSONAL
 -Embarazo, parto, período neonatal
 -Desarrollo psicomotor
 -Adaptación y rendimiento escolar
 -Historial médico
DE LA CEFALEA
 -¿Desde cuándo? ¿Coincidió con algo?
 -Frecuencia, ritmo, horario
 -Factores precipitante o agravantes
 -Síntomas previos a las cefaleas
 -¿Cómo y dónde empieza?
 -Características del dolor
 -Síntomas asociados
 -¿Interrumpe la actividad habitual?
 -Circunstancias o fármacos que la alivian
 -¿Cuánto tiempo dura?



BIBLIOGRAFÍA: (1)Puñal J, Lado C, Gago M. Neurología. Cefaleas. An Pediatr Contin. 2006;4(1):12-23. (2)Campos J, Victora SA. Cefalea en la Infancia. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica. 2da edición. Madrid: editorial Ergón, S.A. 2008. (3) Tomas ML. Cefalea en el niño. Rev. chil. pediatr. 2000; 71(1): 52-57. (4) Perez NJ, Camino LR. Urgencias Neuropediátricas. Madrid: editorial Ergon; 2005. (5) Quintana PM. Cefaleas. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP – AEP. 2da edición. Madrid: editorial Ergón, S.A. 2010. (6) Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2006. Grupo de estudio de la Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. Madrid: Ergón. 2006. (7) Fernández RM, Orejón LG. Mesa Redonda. Migraña en la Infancia. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2012; (21): 29-35. (8) Camerati VH, Carmona AO. Protocolos de derivación tratamiento de niños y adolescentes que consultan por cefalea referencia y contrarreferencia. Chile. 2013. (9) Protocolo para el manejo de cefalea en atención primaria. Gobierno de Canarias. España. 2011. (10) Uberos Fernández J. Cefaleas primarias: Guía de manejo en pediatría. Bol. SPAO 2007; 1 (2). (11) Comité de clasificación de la cefalea de la Internacional Headache Society (IHS). III edición de la clasificación internacional de la cefaleas. Londres. 2013. (12) Verdú A, García A, García O y cols. Manual de Neurología Infantil. 2da edición. Madrid: Editorial Medica Panamericana. 2014. (13)Herranz JL, Argumosa A. Neuropediatría. Cefaleas. BOL PEDIATR 2000; 40: 100-108