

MANEJO DE LA CEFALEA

proyecto de protocolo

Introducción

La cefalea es un síntoma común que puede manifestarse desde los primeros años de vida. La importancia de este síntoma radica en que en algunas ocasiones puede representar una patología de base seria. Además cuando se presenta de manera recurrente y frecuente ó con una intensidad severa, es capaz de interferir en el rendimiento escolar, alterar su conducta e incluso interrumpir la actividad diaria.

Supone el 3% de 3-7 años, 4-7% de 7-11 años y 8-23% de 11-15 años con predominio de varones en infancia y de mujeres en la pubertad. La cefalea de tipo migrañoso y de tipo tensional son las más frecuentes en Pediatría.^{1,2,3}

Inclusiones: este protocolo incluye el estudio de las cefaleas de etiología más prevalente en niños/as de 3 a 14 años, y está encaminado a diferenciar las cefaleas que son de manejo en Atención Primaria de aquellas que deben ser remitidas para estudio y tratamiento a Neuropediatría y de aquellas que deben ser remitidas con la mayor celeridad al Servicio de Urgencias.

Exclusiones: están excluidas de este protocolo el estudio de la cefalea en:

- Menores de 3 años.
- La que acompaña a procesos infecciosos del S.N.C. (meningitis, encefalitis).
- La que acompaña a procesos infecciosos intercurrentes (síndrome gripal, otitis media aguda, faringitis, catarro de vías altas, etc.)

Diagnóstico

Desde el punto de vista clínico podemos clasificarlas según la forma de presentación y evolución de la cefalea:^{3,4}

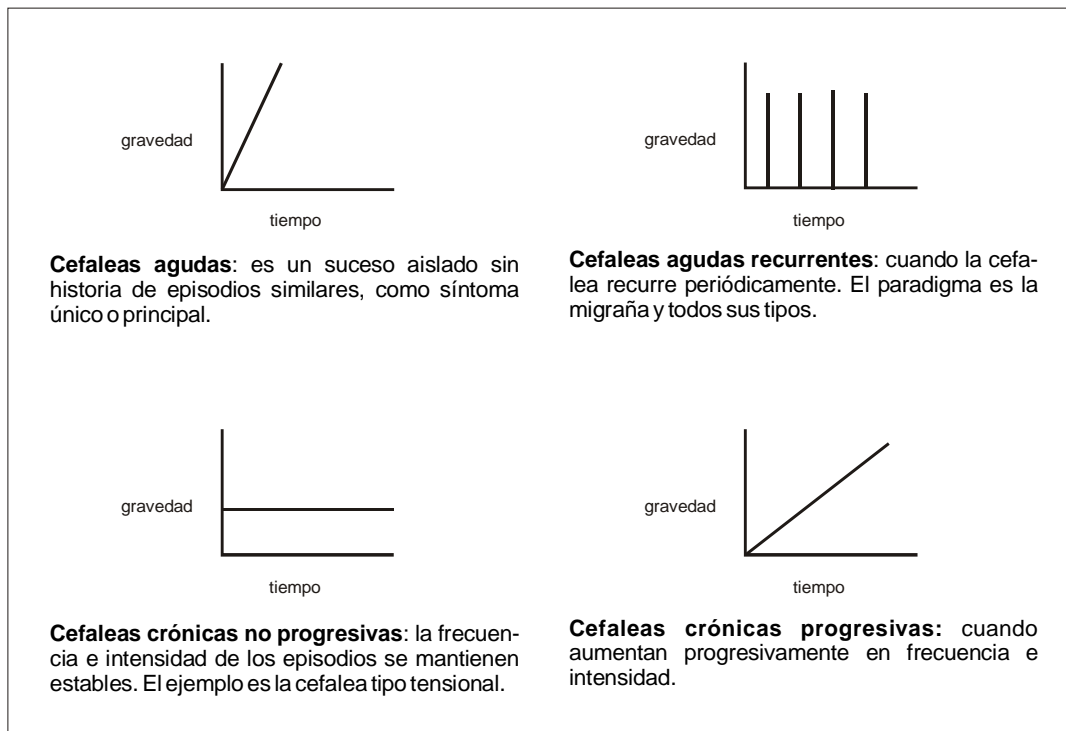
1. Cefaleas agudas
2. Cefaleas agudas recurrentes
3. Cefaleas crónicas no progresivas
4. Cefaleas crónicas progresivas

Ver la clasificación y concepto en el cuadro 1.

Migraña o jaqueca

Es la causa más frecuente de cefalea aguda recurrente en pediatría. Se trata de una *cefalea periódica con ataques separados por intervalos*

Cuadro 1. Clasificación de las cefaleas



libres de síntomas, y se caracteriza por ser:^{5,6}

1. Uni o bilateral.
2. Pulsátil o no.
3. Pueden acompañarse de náuseas y/o vómitos.
4. Pueden acompañarse de fotofobia y/o fonofobia.
5. Pueden empeorar con el ejercicio.
6. La historia familiar es positiva en el 80-90% de los casos.

A su vez se clasifican en dos tipos:

- a) Con aura: visuales, auditivos, sensoriales.
- b) Sin aura (mas frecuente)

Otros signos y síntomas como mareos, vómitos cíclicos o dolor abdominal recurrente pueden observarse como antecedentes o en asociación a ella. El diagnóstico se basa en criterios clínicos.

Tratamiento de la migraña

1) **Medidas generales.** Es importante explicar a los padres y al niño/a en qué consiste y cuál es su importancia. Durante el ataque se recomienda que se acueste con la luz apagada y evitando ruidos; así como evitar los factores desencadenantes (estrés, ejercicio, alimentos relacionados) para prevenir posteriores ataques.

2) **Tratamiento del ataque migrañoso.**^{1,2,3,7,8,9,10}

- **Paracetamol:** 10-15 mg/kg/dosis, cada 4-6 horas (dosis máxima total diaria:4g/día).

- **Ibuprofeno:** 20 mg/kg/día, cada 6 horas, (dosis máxima diaria total: 500 mg/día, para niños de menos de 30 kg). Puede usarse cualquiera de los dos fármacos. Si no hay respuesta al tratamiento:

- **Sumatriptán:** es el único triptán aprobado de momento para los niños mayores de 12 años. La presentación intranasal (Imigran®,Arcoiran®) ha demostrado beneficio en este grupo etario.² Los efectos secundarios más frecuentes son: náuseas, somnolencia, vómitos y sofocos. Está contraindicado en cardiópatas por la posibilidad de provocar espasmos coronarios;

Forma de administración: aplicar una insuflación de 10 mg en una fosa nasal. Se puede repetir a las dos horas, en la otra fosa nasal, si ha mejorado pero persiste dolor. En caso de que no exista ninguna mejoría no aplicar 2ª dosis ni volver a utilizarlo en sucesivos ataques migrañosos.

Si el ataque de migraña no cede en 36 horas será criterio de derivación inmediata al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Materno Infantil

3) **Profilaxis de la migraña.**

Indicaciones: Si presenta 3 o más ataques al mes durante al menos 2 meses seguidos o si los ataques son poco frecuentes pero prolongados o incapacitantes.

-**Bloqueantes de los canales de calcio:** eficaces en la migraña. Flunarizina (Sibelium®): 5mg por la noche durante 1 mes y si no responde subir a 10 mg (dosis máxima:10mg/día). Si no hay respuesta en 1 mes se considera refractario a tratamiento y se deriva a la Unidad de Neurología Pediátrica con carácter normal . Si hay respuesta a este tratamiento se podrá mantener durante 3 a 6 meses. Hay trabajos que avalan la seguridad y eficacia de este fármaco en niños y este Comité, al igual que la Academia Americana de Neurología y la Academia Americana de Pediatría, recomienda su uso en mayores de 5 años de edad, aunque en la ficha técnica no está aprobado para menores de 18 años.^{2,11,12,13,14}

Cefalea tipo tensional

A veces resulta difícil de distinguir de la migraña sin aura, y puede coexistir con ella. Son precipitadas o asociadas con causas emocionales. Son cefaleas crónicas no progresivas, y en ocasiones cefaleas agudas recurrentes. Los niños señalan el dolor a punta de dedo, en la región occipital si tienen componente de contracción muscular, o de forma difusa, a veces holocraneal. Siempre de forma inespecífica ó de forma demasiado específica. Se caracteriza por ser:

1. Bilateral
2. Opresiva
3. No suele acompañarse de náuseas ni vómitos.
4. Puede acompañarse de fotofobia o de fonofobia, nunca los dos a la vez

El diagnóstico se basa en los criterios clínicos.

Tratamiento cefalea tensional

1) **Medidas generales.** Es importante explicar a los padres y al niño en qué consiste y cuál es su importancia. Durante el ataque se recomienda que se acueste con la luz apagada y evitando ruidos; así

| Migraña | Cefalea Tensional |
|--|----------------------------|
| Uni o bilateral | Bilateral |
| Pulsátil o no | Opresiva |
| Foto y/o fonofobia | O foto o fonofobia |
| Vómitos y/o náuseas | No vómitos ni náuseas |
| Antecedentes familiares | No antecedentes familiares |
| Con o sin aura | Relacionada con estrés |
| Empeora con ejercicio | No empeora con ejercicio |
| La migraña puede coexistir con cefalea tensional | |

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la migraña y cefalea tensional

como evitar factores desencadenantes para prevenir ulteriores ataques.

2) Medidas relajación y antiestrés: psicoterapia:³ se recomienda realizar una actividad física diaria.

3) Analgésicos: sí dolor paracetamol o ibuprofeno a las dosis habituales.

4) En caso de: Cefalea de localización predominantemente *occipito-cervical* en la que se sospeche contractura muscular, asociar *Diazepan* (Valium®): 0,1-0,2 mg/kg/ día, cada 8 horas (dosis máxima: 10 mg/día). Durante 1 semana.

Sí persisten los episodios derivar, vía normal, a la Unidad de Neurología Pediátrica y o a Salud Mental.

Manejo del niño con cefaleas

En este proceso diagnóstico estableceremos una primera clasificación atendiendo al patrón temporal de presentación y posteriormente según los criterios diagnósticos anteriores.

ANAMNESIS

Lo primero es realizar una cuidadosa *anamnesis* seguida de una *exploración clínica y neurológica completa*, que siempre ha de incluir el fondo de ojo. La anamnesis debe ser dirigida y

sistematizada: desde cuando duele, dónde duele, características del dolor características del aura, síntomas asociados (preguntas tipo. Anexo I), factores emocionales, factores desencadenantes, así como los que alivian el dolor.

EXPLORACIÓN

Hacer una exploración detallada:

- 1) Exploración clínica general
- 2) Exploración neurológica completa
- 3) Toma de Tensión Arterial
- 4) Auscultación del cráneo
- 5) Fondo de ojo
- 6) Examinar aparato masticatorio y ORL
- 7) Palpar músculos peri craneales (contractura)
- 8) Valoración agudeza visual (descartar déficit)

Si se trata de una **cefalea aguda** pautaremos medidas generales y analgesia habitual (paracetamol o ibuprofeno). *Si persiste dolor, de manera continua e intensa a las 36 horas, derivar al Servicio de Urgencias del Hospital Materno Infantil (HUMIC).*

Si se trata de una **cefalea aguda recurrente**, como la migraña, una vez confirmado el diagnóstico en base a los criterios clínicos expuestos, no se recomiendan exploraciones

complementarias.^{1,9,10}

Si se trata de una **cefalea crónica no progresiva**, como la cefalea tensional, establecer diagnóstico según criterios clínicos expuestos. Importante en estos casos identificar factores emocionales y desencadenantes así como una correcta utilización de los analgésicos, evitando su abuso, ya que este puede ser origen de la cefalea o perpetuar la misma.

Otras causas de cefalea crónica no progresiva a tener en cuenta son: sinusitis crónica, déficit de refracción visual o cefalea postraumática.

Ante una **cefalea crónica progresiva** hay que considerar como probable una patología intracraneal.

1. En primer lugar descartar un *Síndrome de Hipertensión Endocraneal* (SHE) en cuyo caso se deriva al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Este síndrome tiene las siguientes características:

- a.- Cefalea matutina de intensidad leve a moderada, de breve duración (una hora), referida en la región frontal u occipital, de carácter recurrente, varias veces en la semana.
- b.- Vómitos en escopetazo, matutinos, no precedidos de náuseas.
- c.- Edema de papila.
- d.- Aumento del perímetro cefálico en niños menores de 2 años.
- e.- Ataxia.
- f.- Fenómenos vegetativos.
- g.- Retraso madurativo o deterioro.
- h.- Trastornos del sensorio.
- i.- Alteración de pares craneales: diplopía, estrabismo etc.
- j.- Convulsiones.

2. Sí descartamos el SHE, *cualquier cefalea crónica progresiva debe ser derivada a la Unidad de Neumología Pediátrica con carácter preferente.*

Puebas complementarias en A.P.

Hay que tener en cuenta que las pruebas complementarias en Atención Primaria:

1. Las pruebas de laboratorio como un *hemograma* o una *bioquímica* no están indicadas de manera rutinaria en el estudio de la cefalea en Atención Primaria.

2. La *radiografía de senos* no está indicada.

ESTUDIO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA

No están indicados rutinariamente:

Hemograma y bioquímica
Rx senos
EEG

La TAC craneal está indicada únicamente en la cefalea crónica progresiva.

3. El EEG no está indicado de manera rutinaria en el estudio de la cefalea.

4. Dentro de los estudios por imagen, únicamente la *Tomografía Axial Computerizada (TAC)* está indicada en el estudio de la Cefalea Crónica Progresiva en Atención Primaria. Solicitaremos TAC de cráneo y la interconsulta a la Unidad de Neurología Pediátrica con carácter preferente y al mismo tiempo.

Criterios de derivación

Los criterios de derivación al Servicio de Urgencias o a la Unidad de Neurología Pediátrica se exponen en las Tablas 2, 3 y 4.

Conclusiones

- La cefalea es un síntoma muy frecuente en la infancia que debe ser abordado por el pediatra de Atención Primaria, y sólo en pocos casos remitido a neuropediatría.
- Mediante la anamnesis se diagnostican el 99 % de las migrañas.
- El fondo de ojo y la toma de la presión arterial forman parte imprescindible de la exploración clínica.
- Inicialmente se debe clasificar la cefalea atendiendo al patrón temporal de presentación (aguda, aguda recurrente, crónica no progresiva y crónica progresiva).
- Las cefaleas agudas recurrentes más frecuentes son la migraña sin aura y la cefalea tipo tensional, cuyo diagnóstico es clínico y por lo tanto no son necesarias exploraciones complementarias.
- La neuroimagen debe limitarse a los niños con un examen neurológico y/o fondo de ojo anormal o cuando la historia clínica sugiere una afectación neurológica.
- Cualquier episodio de cefalea que se acompañe de exploración neurológica anormal deberá ser derivada al Servicio de Urgencia del HUMIC.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN URGENTE AL HOSPITAL

| | |
|---|--|
| 1 | Episodio de cefalea que no cede en 36 horas |
| 2 | Síndrome de Hipertensión Endocraneal |
| 3 | Cefalea con exploración neurológica anormal |
| 4 | Cefalea con vómitos persistentes y/o “en escopetazo” |
| 5 | Cefalea que se acompaña de convulsión |
| 6 | Cefalea con edema de papila |
| 7 | Cefalea con soplo craneal |
| 8 | Cefalea con síncope |

Tabla 2.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN PREFERENTE A NEUROPEDIATRIA

| | |
|---|---|
| 1 | Cefalea crónica progresiva |
| 2 | Cefalea durante el sueño o al despertar |
| 3 | Cefalea en niños menores de 3 años |

Tabla 3.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN NORMAL A NEUROPEDIATRIA

| | |
|---|---|
| 1 | Cefalea de etiología no aclarada |
| 2 | Migraña refractaria al tratamiento preventivo |
| 3 | Cefalea tensional refractaria al tratamiento |

Tabla 4.

| Fármaco de elección | Vía | Dosis | Intervalo | Nombre comercial | Presentación |
|---------------------|-------|---|--|-----------------------|---|
| Paracetamol | oral | 10-15 mg/kg/día (dosis máx. día: 4 gr.) | cada 4-6 h | Apiretal® | solución gotas (1 ml= 100 mg) |
| Ibuprofeno | oral | 20 mg/kg/día (dosis máx. día: 500 mgr.) para menos de 30 kg | cada 6 h | Ibuprofeno Kem® | suspensión (5 ml= 200 mg) |
| Sumatriptan | nasal | 10 mg/dosis (dosis máx.: 20 mgr.) | dosis única (repetir a las 2 h. si persiste dolor) | Imigran® Arcoiran® | Intranasal (1 pulverización = 10 mg) |
| Flunarizina | Oral | 5 mg/dosis/noche (dosis máx.: 10 mgr.) | cada 24 h | Sbelium® | compímidos (1 comp = 5 mg) |
| Diazepan | Oral | 0.1- 0.2 mg/kg/día (dosis máx.:10 mgr/día) | cada 8 h | Valium® | compímidos (comp. de 5 y 10 mg) |

Tabla 5. Fármacos para el tratamiento de la cefalea

Bibliografía

- Lewis, DW; Ashwal, S; Dahl, BS; Dorbad, BS; Hirtz, D; Prensky, A; Jarjour, I. Practice parameter: Evaluation of children and adolescents with recurrent headaches. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. Neurology 2002; 59: 490-498.
- Lewis, DW; Ashwal, S; Hershey, A; Hirtz, D; Yonker, M and Silberstein, S. Practice parameter: Pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents. Report of the of the American Academy of Neurology Quality Standards Subcommittee and the Practice Committee of the Child Neurology Society. Neurology 2004; 63: 2215-2224.
- Lewis, DW; Headaches in Childrens and Adolescents. Am Fam Physician 2002; 65: 625-632, 635-6.
- Fejerman N., Fernández Álvarez, E. Neurología Pediátrica, 1997, 2ª edición. Editorial Médica Panamericana. P.599-611.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain. Second Edition. Cephalalgia 2004 (Suppl 1), 1160.
- Gladstone, JP; Dodick, DW. Revised 2004 International Classification of Headache Disorders: New Headache Types. Can J Neurol Sci 2004;; 31: 304-314.
- Martí Herrero, M; Cabrera López, JC. Protocolo de Actuación ante un Niño con Cefaleas en el Centro de Salud. An Esp Pediatr 1996; (Supl 74): 67-68.
- Martí Herrero, M; Cabrera López, JC. Cefaleas en la infancia. Pediatría Social y Preventiva; 1999. ICEPS Editores, ISBN nº 84-89151-20-2.
- Mulas Delgado, F. Evaluación del niño con cefaleas. An Esp Pediatr 1996; (Supl 74): 64-66.
- Campos-Castelló, J. Cefaleas. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Asociación Española de Pediatría. Protocolo de neurología. Nº 30. <http://www.aeped.es/protocolos/neurologia/index.htm> Entrada a pagina web mayo de 2005.
- Sorge, F; DeSimone, R; Marano, E et al. Flunarizine in prophylaxis of childhood migraine. A double-blind, placebo-controlled crossover study. Cephalalgia 1988; 8: 1-6.
- Guidetti, V; Moscato, D; Ottaviano, S; et al. Flunarizine and migraine in childhood: an evaluation of endocrine function. Cephalalgia 1987; 7: 263-266.
- Machin, V; Valtuena, J; Aparicio, M. Evaluation of flunarizine dimethothiazine and placebo in the preventive management of migraine in infancy. Revista española de Pediatría 1987; 43: 37-43.
- Lutschg, J; Vassella, F. The treatment of juvenile migraine using flunarizine or propranolol. J Suisse Med 1990; 120: 1731-1736.