

Cefaleas

Cefaleas

La cefalea es la sensación de dolor o malestar en la cabeza, especialmente en el cráneo, incluyendo el que, originado en la cara, boca, oído o región cervical se añade al cráneo.

Síntoma común e inespecífico que puede ser expresión de múltiples y variadas patologías.

Frecuencia: 40% menores de 7 años
75% menores de 15 años

Dos hechos fundamentales que justifican la realización de un Protocolo de actuación ante esta patología:

- Marcada angustia familiar.
- Inseguridad en el pediatra por la posibilidad de estar en presencia de un proceso estructural del S.N.C.

Tipos de cefaleas *(anexo 1)*

A. Cefaleas agudas

- **Localizadas:** asociadas a signos y síntomas del proceso local que las provocan: otitis media, alt. dentales, neuralgias, defectos visuales,...
- **Generalizadas:** 50% secundarias a un cuadro infeccioso febril ajeno a S.N.C.

El resto: cefaleas de tensión, traumáticas, vasculares,... o dentro del S.N.C.: meningitis, hemorragia cerebral o tumores de fosa posterior.

B. Cefaleas recurrentes: migraña.

Cefalea periódica con normalidad clínica entre los accesos y que se asocia a 3 de los siguientes síntomas:

- Náuseas y/o vómitos
- Unilateral
- Pulsátil
- Mejora con el sueño
- Con aura visual sensorial o motora
- Historia familiar
- No inferior a 2 h. ni superior a 72 h.

C. Cefaleas crónicas

- Progresivas: lesión estructural del SNC → hipertensión intracraneal. Más matutina o despierta por la noche, se acompaña de vómitos.
- No progresivas: psicogénica o tensional. Alta incidencia en la adolescencia, bilateral, 2 a 3 veces por semana, dolor impreciso, opresivo, con mareos pero sin vómitos, no interfiere la actividad diaria pero empeora con la actividad escolar y con los conflictos personales.

	Migraña	Cefalea de tensión	Cefalea orgánica
Edad de inicio	Infancia	Adolescencia	Variable
Frecuencia	1-30 al año	Diaria	Diaria
Tiempo de evolución	Años	Meses	Semanas
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, fonofobia/fotofobia	Ansiedad, mareo, fonofobia	Cambio de conducta, signos neurológicos
Duración	Horas	Constante	Diaria
Antecedentes familiares	Frecuentes	Posibles	No
Analgésicos	Eficaces	Ineficaces	Ineficaces

Orientación diagnóstica *(anexo 2)*

Historia clínica

- Antecedentes personales: Fisiológicos
Patológicos
- Antecedentes familiares: Migraña
Epilepsia
- Anamnesis personal específica: niño y madre.
 - Tiempo de evolución
 - Forma de instauración: brusca o gradual.
 - Presentación: Contínua o periódica.
 - Ritmo horario
 - Localización. Irradiación.
 - Carácter hemicraneal.
 - Duración. Intensidad.
 - Factores desencadenantes.
 - Agravantes y aliviadores.
 - Dura: presencia y tipo.
 - Síntomas acompañantes.
 - Horario escolar y actividades extraescolares.
 - Horas de sueño y televisión.

Registro de episodios de cefalea *(anexo 3)*

- Exámen físico:
 - . Completo, haciendo hincapié en la exploración neurológica.
 - . T.A.
 - . Fondo de ojo
 - . Auscultación craneal.
- Exámenes complementarios:
 - . Hemograma
 - . Glucemia
 - . Urea

- . Iones
 - . Tóxicos en orina en > 10 años
 - . Rx cráneo
 - . Rx senos
 - . Valoración oftalmológica
- } según anamnesis

Actuación o conducta a seguir (anexo 4)

- **Cefalea aguda** en niño previamente sano:

- Localizada
 - Generalizada
- { con enfermedad acompañante: ttº de la enfermedad en A. P.
 { sin enfermedad acompañante: a urgencias

- **Cefalea recurrente: migraña:** Tratamiento en Atención Primaria.

1. Medidas profilácticas medioambientales. (Anexo 5)

- Cambios de hábitos: horario, sueño
- ↓ TV y ordenadores
- ↓ Actividades
- ↓ Cacao

2. Aislamiento neurosensorial → tranquilidad. Habitación oscura, cama y sin actividad.

3. Fármacos:

- 1ª elección: paracetamol 15-20 mgrs/kg, dosis c/ 6-8 h, oral o rectal.
- Ibuprofeno 20 mgrs/kg/día
- A.A.S. 15-20 mgrs/kg, dosis c/6-8 h. oral o rectal.
- >12 años: migraña típica en adolescentes
- Al iniciar aura: Naramig ®, 1 comprimido.
Zomig ® 1 comprimido.

4. Criterios de derivación a neurología (migrañas que requieren más estudio o tratamiento profiláctico): En general por vía normal, salvo signos de cambios neurológicos, o migraña acompañada de otros signos, como parestesias, disartria, etc.

- Migrañas con alta recidiva
- Migrañas de mala evolución
- Focalidad neurológica

- **Cefalea crónica**

- Progresiva: a urgencias.
- No progresiva, tensional : tratamiento en Atención Primaria.
 1. Normas de vida.
 2. Analgésicos.
 3. Si es muy tensional: Diazepan
 4. Valorar derivación a Salud Mental.

Bibliografía:

1. Artigas A: "Cefaleas en el niño". En: Aparicio JM et al. Neurología Pediátrica. Ed. Ergon, Madrid; 2000; 373-82.
2. Rothner AD: "Headaches". En: Swaiman KF, Ashwal S. Pediatric Neurology. Ed Mosby, Missouri; 1999; 747-58.
3. Campos-Castelló J: "Cefaleas". En: Casas C. Neurología. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Tomo 1. Ed. Asociación Española de Pediatría; pág: 235-43.
4. Herranz JL, Argumosa A: "Cefaleas". Bol Pediatr 2000; 40:100-8.
5. García Peñas JJ: "Cefalea". En: Zafra Anta M, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. Ed: Antibióticos Farma SA, España; 1993; 661-70.
6. Hernandez Latorre MA, Macaya Ruiz A, Roig Quilis M: "Características clínicas de la migraña en la edad pediátrica". Rev Neurol 2001; 33: 708.
7. Stafstrom CE, Rostasy K, Minster A. "The usefulness of children's drawings in the diagnosis of headache". Pediatrics 2002; 109(3):460-72.
8. Torres Maese M, Megías López ME, Peñalver Sanchez I, Parrilla Muñoz R: "Cefalea infantil en atención primaria". Ped Rur Ext 2000; 30: 9-15.
9. Artigas Pallarés J: "Tratamiento agudo de las cefaleas infantiles". Rev Neurol 2001; 33: 237.
10. Hunfeld JA, Perquin CW, Bertina W, Haezebreek-Kampschreur AA, van Suijlekom-Smit LW, Koes BW, et al: "Stability of pain parameters and pain-related quality of life in adolescents with persistent pain: a three-year follow-up". Clin J Pain 2002; 18(2):99-106.

Anexo 1. Etiología de las cefaleas según su evolución

Aguda		Subaguda
Frecuente: Fiebre, infecciones Sinusitis aguda Síndrome postraumático 1ª crisis de migraña Meningitis Postpunción lumbar	Rara: Encefalitis Hemorragia subaracnoidea Hematoma subdural Neuritis óptica Glaucoma Hemorragia epidural	Cefalea tensional crónica Estado migrañoso Tumor intracraneal Hipertensión intracraneal benigna Hematoma subdural Absceso cerebral
Aguda Recurrente		Crónica (meses)
Frecuente: Migraña Cefalea tensional episódica	Rara: Hidrocefalia intermitente Feocromocitoma Cefalea en racimos Cefalea desencadenada por tos	Cefalea tensional crónica Hipertensión intracraneal Abuso de analgésicos

Anexo 2. Proceso diagnóstico en la cefalea infantil

Anamnesis personal:

- . Embarazo, parto, período neonatal
- . Desarrollo psicomotor
- . Evolución de las conductas motoras, lenguaje social, coordinación
- . Adaptación y rendimiento escolar
- . Rasgos del carácter
- . Historial médico: traumatismos, infecciones, anorexia, síncope, abdominalgias

Anamnesis familiar:

- . Antecedentes en familiares de primer grado de: cefalea de cualquier tipo, síncope, problemas psicológicos o psiquiátricos
- . Dinámica familiar

Anamnesis de la cefalea:

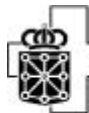
1. ¿Tiene uno o varios tipos de cefalea?
2. ¿Desde cuando? ¿Cuánto tiempo dura?
3. ¿Con qué frecuencia?
4. ¿Tiene un ritmo horario?
5. ¿Hay factores precipitantes?
6. ¿Hay síntomas previos?
7. ¿Cómo y donde empiezan?
8. ¿Cuales son las características?
9. ¿Hay síntomas asociados?
10. ¿Las cefaleas interrumpen actividades?
11. ¿Hay circunstancias desencadenantes?
12. ¿Cuánto tiempo dura?

Exploración:

- . Física: peso, talla, perímetro craneal, tensión arterial.
Inspección, auscultación (craneal), signos vegetativos (sudoración, palidez, cutis marmorata)
- . Neurológica: pares craneales, agudeza visual, reflejos, tono muscular, sensibilidad, coordinación, signos meníngeos
- . Fondo de ojo

Exploraciones complementarias: ¡Innecesarias en la mayor parte de los casos!

- . Hemograma y bioquímica: si se sospecha proceso infeccioso, anemia
- . RX de senos paranasales: si se sospecha sinusitis
- . Valoración psicológica-psiquiátrica: en algunos casos de cefalea tensional
- . Estudio neurorradiológico: TAC, RNM



Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea

Dirección de Atención Primaria y Salud Mental

Nombre del paciente: _____

Pediatra responsable: _____

Registro de episodios de cefalea

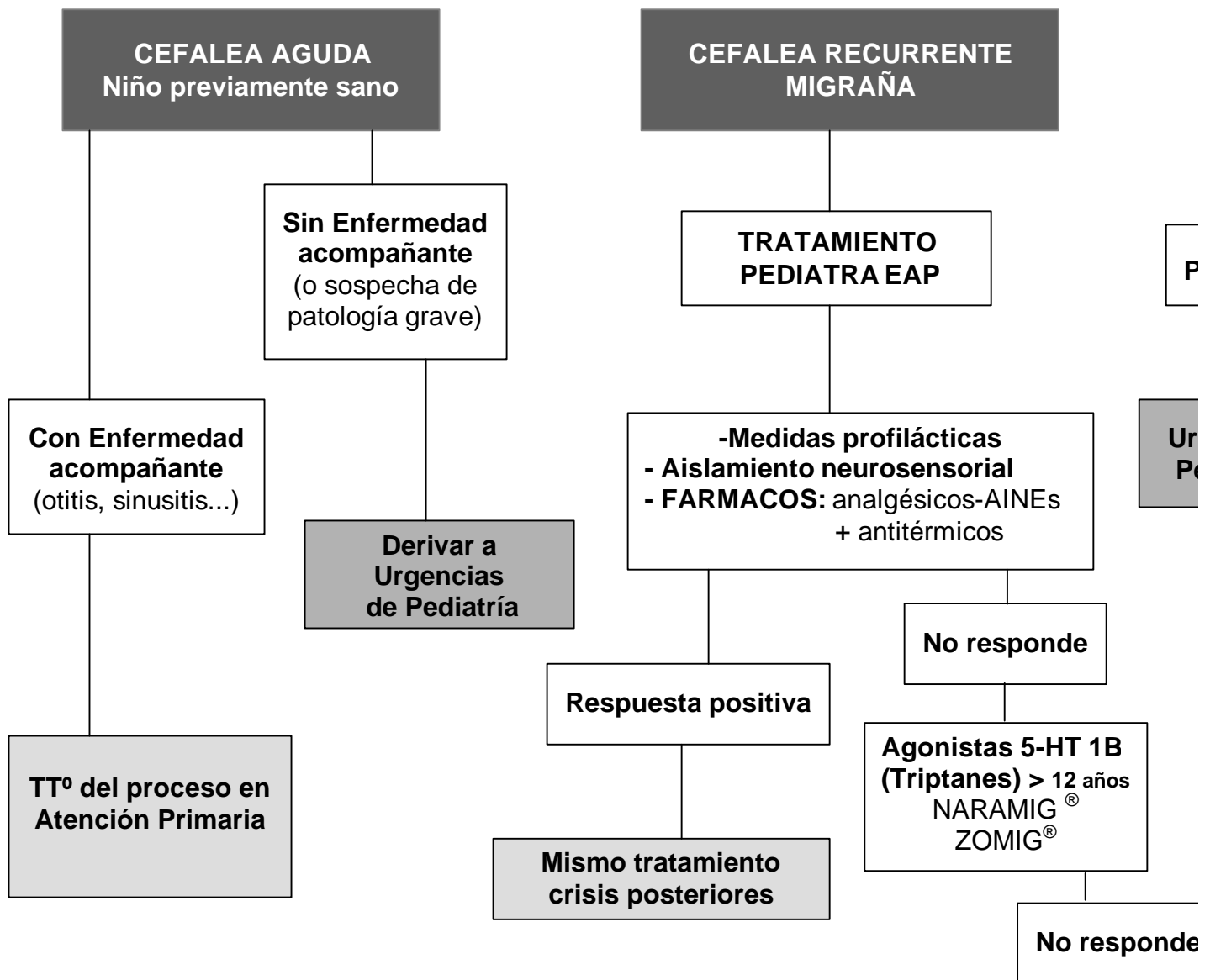
Anotar Síntomas:

- Hora de inicio
- Duración
- Aura*
- Vómitos
- Tratamiento
- Otros

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes

*Aura: síntomas previos al dolor como alteraciones visuales, auditivas...

Anexo 4. Actuación ante el niño con cefalea



Anexo 5. Cefalea: medidas preventivas

La prevención de los dolores de cabeza se considera más importante que el tratamiento. Como muchas de las causas son conocidas, pueden evitarse fácilmente. Mediante ciertos consejos domésticos se pueden mitigar un 90% de todos los dolores de cabeza.

- Fomentar la ingestión abundante de agua cada día.
- Hacer ejercicio regular.
- Evitar cualquier alimento conocido que agrave el problema (cacao, queso curado, frutos secos...).
- Evitar situaciones de stress (fomentar las técnicas de relajación).
- Dormir las horas correctas cada día.
- Evitar el alcohol y el tabaco en adolescentes.
- Controlar las horas diarias de TV.
- Evitar ingerir cantidades elevadas de analgésicos, siga los consejos dados por su pediatra.