

Protocolo de cefalea aguda en Urgencias

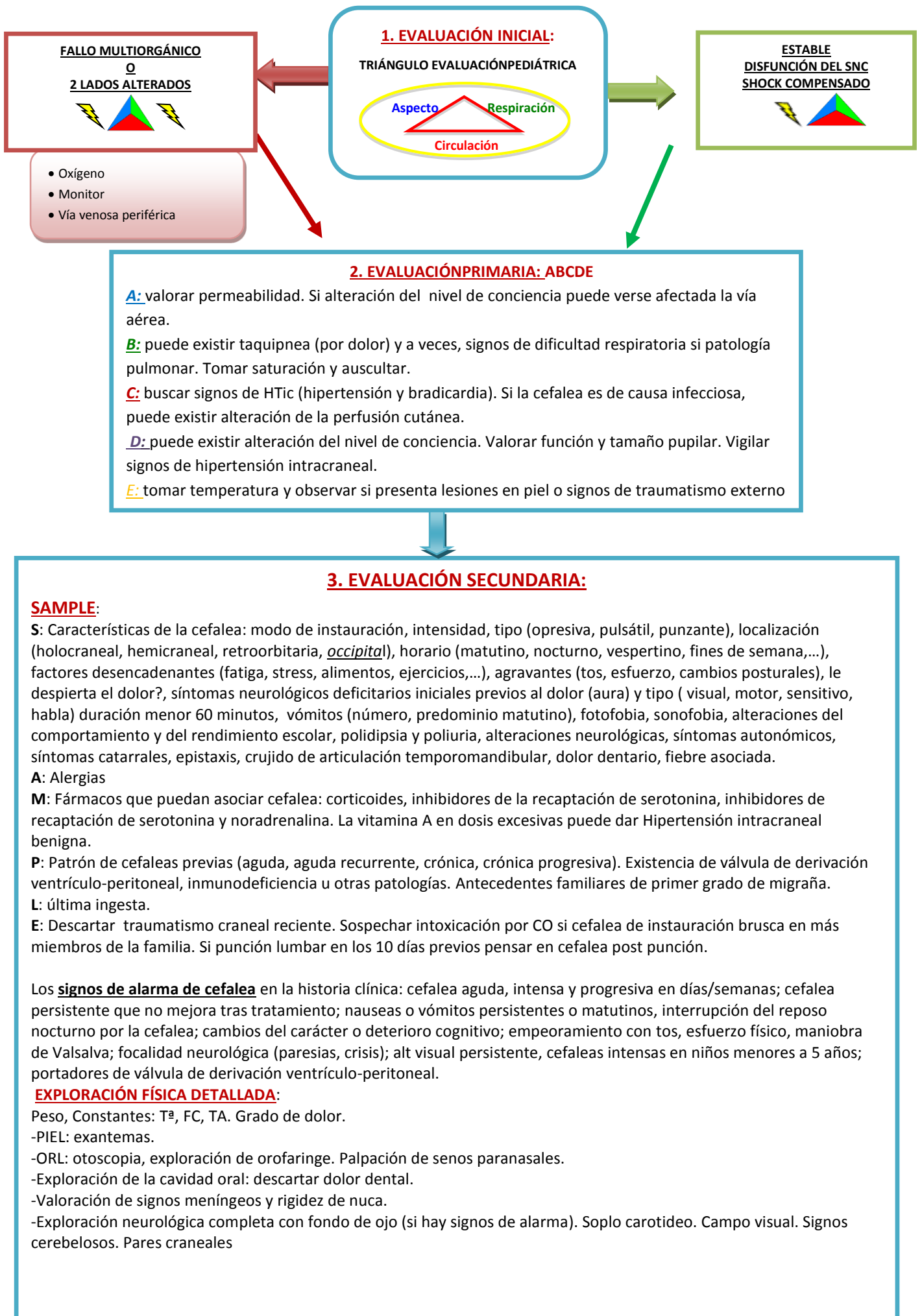
Elaborado: Cristina Rodríguez/Jorge Lorente
Supervisado: Conchita Miguez/Estíbaliz Barredo
Sección de Urgencias Pediátricas
Sección Neuropediatría
Revisado: Agosto 2016



CEFALEA AGUDA

- **Definición:** Dolor localizado en la cabeza, que procede de estructuras craneales o se irradia a ellas.
- **Epidemiología:** Varía según la edad. En escolares, la prevalencia es del 10-20% sin diferencias por sexo, y aumenta hasta la adolescencia, donde es de alrededor del 30% y predomina en el sexo femenino. Representa aproximadamente el 1% de visitas a Urgencias de Pediatría. La enfermedad febril sistémica y las infecciones ORL son las causas más frecuentes.
- **Patologías que puede involucrar:**
 - Cefalea primaria:** Migraña, cefalea tensional o cefalea en racimos. La migraña es la segunda causa más frecuente de cefalea en niños. Debe cumplir al menos 3 de los siguientes criterios diagnósticos: 1) Duración de 1 a 72 horas; 2) Hemicraneal; 3) Pulsátil; 4) Asociada a dolor abdominal, náuseas o vómitos; 5) Mejora con el sueño; 6) Fonofobia y/sonofobia; 7) Aura visual, sensitiva o motora; 8) Familiares de primer grado con antecedentes de migraña.
 - Cefalea secundaria:**
 - Procesos intracraneales: infecciones (meningitis, encefalitis, absceso cerebral u orbitario), hemorragias, ictus, malformación vascular, tumores, hipertensión intracraneal benigna, vasculitis, neumoencéfalo, hidrocefalia. Traumatismo craneal.
 - Enfermedades extracraneales: la fiebre es la causa más frecuente de cefalea en la infancia. Otras causas son las infecciones respiratorias (faringitis, otitis media aguda, sinusitis), gripe, hipertensión arterial, hipoglucemia, cefalea postpunción lumbar, las infecciones dentarias, la intoxicación por monóxido de carbono, alteraciones en la refracción o estrabismo o la alteración de la articulación temporomandibular.

Cefalea



4. EVALUACIÓN TERCIARIA:

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- **Analítica sanguínea:** Hemograma y bioquímica en caso de sospecha de infección intracraneal o intoxicación.
- **Punción lumbar:** Indicaciones(con EMLA y valorar sedoanalgesia)
 - Sospecha clínica de meningitis o encefalitis.
 - Sospecha clínica de hemorragia subaracnoidea con TAC normal.
 - Sospecha de Hipertensión intracraneal benigna (con medida de presión de apertura).Contraindicaciones:
 - Signos de hipertensión intracraneal (se puede hacer punción lumbar si TAC craneal normal)
 - Focalidad neurológica (se puede hacer punción lumbar si TAC craneal normal)
 - Inestabilidad hemodinámica/respiratoria
 - Trombopenia y/o INR >1.4
 - Infección del lugar de la punción.
- **TAC de cráneo:** Indicaciones:
 - Cefalea aguda e intensa, con afectación del estado general, que no responde a analgésicos.
 - Cefalea crónica progresiva en pacientes sin cefalea previa o con características distintas a las habituales
 - Signos de hipertensión intracraneal.
 - Focalidad neurológica.
 - Portador de VDVP.
 - Sospecha de hemorragia intracraneal.
 - Cefalea moderada-severa en niños con patología de base que pudiera predisponer patología intracraneal (coagulopatía,neurofibromatosis,inmunodeficiencia...).
 - Valorar en <3 años con cefalea moderada de causa no explicada.

TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS:

- **Analgésicos:** Es la intensidad del dolor la que va a dirigir el tratamiento analgésico a pautar.
 - Dolor leve: paracetamol v.o. (15mg/kg) o ibuprofeno v.o. (10 mg/kg).
 - Dolor moderado: Ambiente tranquilo. Metamizol v.o. (20-40 mg/kg) u opioide menor (codeína 0,5-1 mg/kg, >12 a). Se puede administrar una combinación analgésica como paracetamol con codeína. Si vómitos y/o intolerancia oral: Canalizar VVP, ondansetrón 0, 15 mg/kg y metamizol 40 mg/kg IV.
 - Dolor severo: Ambiente tranquilo. Valorar fentanilo 1,7 mcgr/kg intranasal y canalizar VVP. Pauta analgesia en función de respuesta.
- **Tratamiento específicos de la migraña** (administrar analgesia lo antes posible).
 - 1) Tratamiento según intensidad de la cefalea:
 - Migraña de intensidad leve a moderada: Los analgésicos (ibuprofeno, paracetamol, metamizol) o combinación de analgésicos son los agentes de elección.
 - Migraña de intensidad moderada a severa: Los analgésicos habituales aún pueden ser eficaces en el control del dolor, siendo los antimigrañosos el tratamiento de segunda línea; éstos incluyen los triptanes. En España el único triptán autorizado en niños en el tratamiento de la crisis aguda de migraña es el sumatriptán intranasal (en mayores de 12 años y en menores el uso es off label).
 - 2) Fármacos específicos de migraña
 - TRIPTANES: Son el segundo escalón en el tratamiento de la crisis de migraña, si no hay respuesta a analgésicos habituales o de primera elección en niños diagnosticado de migraña que presenta una crisis moderada-severa. Son más efectivos cuanto antes se tomen (son abortivos de la migraña)
 - Los triptanes ayudan también al control de los efectos concomitantes como son las náuseas y los vómitos.
 - Hay que tener precaución ya que en la migraña con aura no deberían tomarse triptanes*
 - ✓ Sumatriptan nasal: 10-20 mg intranasal (empezar con 10 mg). Si hay respuesta parcial se puede administrar otra dosis de 10 mg. Dosis máxima 40 mg. No repetir dosis si no hay respuesta).

Cefalea

4. EVALUACIÓN TERCIARIA:

- **Otros tratamientos para la cefalea aguda:**
 - 1) **Medidas generales:** Si se identifican factores precipitantes, estos deben ser evitados. Cuando los síntomas se desarrollan el mantener al niño en un lugar tranquilo, en una habitación oscura o dejarle dormir mejora la cefalea.
 - 2) **Antieméticos:** el uso temprano de algún antiemético puede aliviar los síntomas y facilitar el sueño si las náuseas y los vómitos son prominentes.
 - 3) **Oxígeno al 100%:** *No se han encontrado recomendaciones, ni en sumarios, ni en guías de práctica clínica a favor del empleo de la oxigenoterapia en pacientes atendidos por crisis migrañosas.* La indicación de oxígeno en la literatura está recogida para pacientes con un diagnóstico de cefalea en racimos (administrar al 100% y al menos a 12 litros por minuto).
 - 4) **Corticoides:** Parece que estaría indicado en el estatus migrañoso, en que el paciente está en un estado de migraña persistente con un dolor de gran intensidad que dura entre 48 y 72 horas.

CRITERIOS DE INGRESO:

- Pacientes con procesos intracraneales. En el caso de sospecha de meningitis vírica con buena tolerancia líquidos y buen estado general se puede hacer control ambulatorio.
- Estatus migrañoso o migraña con aura prolongada.
- Paciente con persistencia del dolor a pesar de analgesia IV
- Pacientes con vómitos y sin tolerancia oral a líquidos.
- Paciente con urgencia o emergencia hipertensiva.
- Intoxicación por monóxido de carbono si COHb es mayor al 8% si no mejora tras administración de O2 100% en urgencias durante 4 horas.

INDICACIONES DE INTERCONSULTA A ESPECIALISTA URGENTE:

- Neurocirugía: Lesión ocupante de espacio intracraneal o cefalea en paciente con VDVP.
- Oftalmología: Cefalea con datos clínicos de organicidad o signos de focalidad neurológica y fondo de ojo NO valorable.

INDICACIONES DE DERIVACION A CONSULTAS EXTERNAS NEUROPEDIATRIA:

- Migraña con aura (primer episodio).
- Migraña con ataques repetidos que no responden al tratamiento habitual.
- Hallazgos en TAC que pudieran justificar la cefalea sin cumplir criterios de ingreso.
- Cefalea asociada a alteraciones neurológicas a la exploración con TAC normal y que no cumplan criterios de ingreso.

En el resto de casos el seguimiento lo realizará su pediatra de Atención Primaria

RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO EN DOMICILIO:

- El tratamiento de la cefalea leve o moderada en el domicilio se realiza con analgésicos por vía oral, fundamentalmente con paracetamol, ibuprofeno o metamizol a las dosis previamente expuestas.
- Recomendar realizar calendario de cefalea.

Cefalea

BIBLIOGRAFÍA:

- King Ch. Headache. En: Fleisher GR, Ludwig S, Henretig F (eds). Textbook of Pediatric Emergency Medicine. Lippincott Williams y Wilkins; 5 th revised edition; 2010, Capitulo 56. P 511-8.
- King Ch. Emergent evaluation og headache in children. (Monografía en internet). Walthman (MA): Uptodate; 2013 (acceso 12 Junio 2014). Disponible en [hptt://www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- Quinta Prada MR. Protocolos diagnósticos-terapéuticos de Urgencias Pediátricas. (Monografías en internet). Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2010 (acceso 15 Octubre 2014). Disponible en: [hptt://www.aeped.es/protocolos/dermatología/index.htm](http://www.aeped.es/protocolos/dermatología/index.htm).