

CURSO ONLINE DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

preguntas frecuentes, respuestas sencillas

ORGANIZA:  **SEMG Andalucía**
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

COLABORA:  **gsk**
GlaxoSmithKline





BEXSERO

Vacuna meningocócica del grupo B
(ADNr, de componentes, adsorbida)



MENVEO

Vacuna conjugada frente al meningococo
de los serogrupos A, C, W135 e Y.

Rotarix 2^{ORAL} dosis

vacuna antirrotavirus, viva

CURSO ONLINE DE ACTUALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

preguntas frecuentes, respuestas sencillas

CEFALEA: UN VERDADERO QUEBRADERO DE CABEZA



Patricia Aguilera López
Neuropediatra. HJ Torrecárdenas.
Almería.
12 de Junio 2021

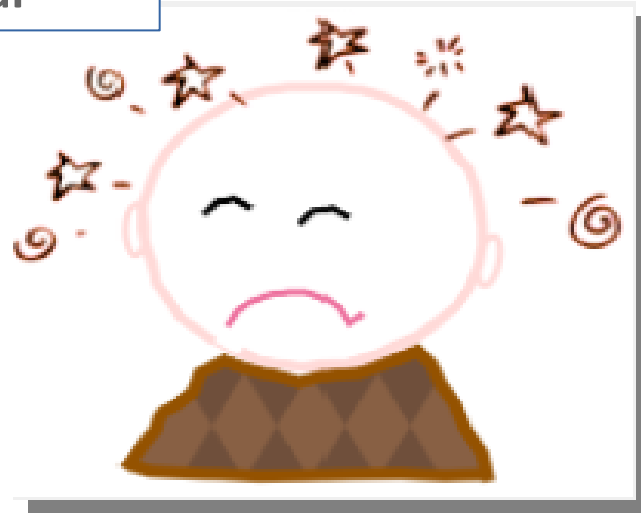
¿QUÉ ES LA CEFALEA?: ALGUNOS CONCEPTOS GENERALES

Sensación dolorosa que afecta a la **cabeza**
desde región **frontal** → **occipital**

Estímulo de **nociceptores**
EXTRACEREBRALES



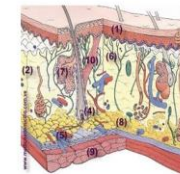
www.shutterstock.com · 714497284



SÍNTOMA

Estructuras sensibles al dolor:

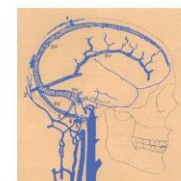
Piel, tejido celular subcutáneo, músculo, arterias extracraneales y algunas intracraneales, periostio, duramadre, senos venosos intracraneales, ojos, oídos, senos paranasales, nervios craneales y cervicales.



Piel, tejido subcutáneo, músculos, arterias extracraneales, periostio.



Ojo, oído, cavidades y senos paranasales.



Senos venosos y estructuras pericavemosas.

Mecanismos del dolor:

Inflamación (meningitis, sinusitis..)
VSD (fiebre, migraña..)
Tracción (HTIC, C. postpunción...)
Contracción muscular (C. Tensional)

¿POR QUÉ ES TAN IMPORTANTE EN LA CONSULTA DE AP?

ALTA PREVALENCIA

38-50% de niños ha presentado 1 episodio de cefalea a los 7a.
31-79% <14 a ha sufrido cefalea en algún momento
Pico máximo en adolescencia: 69% a los 14 a.

GENERA GRAN PREOCUPACIÓN FAMILIAR

suele atribuirse a patología grave

MOTIVO DE CONSULTA MUY FRECUENTE

en AP, Urgencias y A. especializada

INTERFIERE EN LA VIDA ORDINARIA

Tanto del propio pacientes
(absentismo escolar, etc) como
de su familia.



¿ QUÉ DEBE SABER EL PEDIATRA DE AP? OBJETIVOS

DISTINGUIR CEFALEAS 1 ARIAS vs 2 ARIAS

CONOCER CRITERIOS DE DERIVACIÓN

S. de Urgencias hospitalarias o
C. Externa de Neuropediatría

IDENTIFICAR SIGNOS DE ALARMA.

**INICIAR TRATAMIENTO
SINTOMÁTICO DE 1ª LÍNEA**

Analgésicos
Otros



¿CÓMO SE DIAGNOSTICA UNA CEFALEA?

ANAMNESIS

EXPLORACIÓN

E. COMPLEMENTARIOS

“Si solo tienes 10 minutos para valorar una cefalea emplea 9 minutos en la ANAMNESIS y 1 en la exploración”

DISTINGUIR CEFALEAS 1 ARIAS vs 2 ARIAS

IDENTIFICAR SIGNOS DE ALARMA.



PLANIFICAR TRATAMIENTO

PLANTEAR DERIVACIÓN

S. de Urgencias o Neuropediatría

ANAMNESIS ¿QUÉ DEBEMOS PREGUNTAR?



ANTECEDENTES FAMILIARES

Migraña —> AF (+).

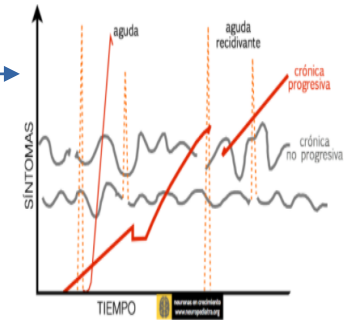
Tumores o malf. vasculares hereditarias (NF...)

ANTECEDENTES PERSONALES

- **Enfermedades sistémicas** que puedan asociar cefalea o complicaciones intracraneales: inmunodeficiencia, drepanocitosis, síndromes neurocutáneos...
- **Estancamiento o regresión en el desarrollo** psicomotor o rendimiento escolar
 - Traumatismos...

CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR	
Edad de inicio	<5 años > riesgo de patología estructural.
Frecuencia	
Periodicidad	Aguda, Aguda recurrente, crónica no progresiva, crónica progresiva
Forma de presentación	Aparición abrupta y gran intensidad —> hemorragia IC
Predominio horario	Matutino —> HTIC, SAHOS.. Vespertino —> Tensional
Duración	Horas —> Migraña. Todo el día —> Tensional
Intensidad	
Localización	Local —> extraNRL. Hemicraneal —> migraña. Bilateral —> tensional
Tipo de dolor	Pulsátil —> migraña. Opresivo —> tensional
F. desencadenantes	Valsalva —> HTIC. Falta de sueño, estrés....
F. atenuantes	Silencio y oscuridad —> migraña

Tipos de cefalea según su intensidad, duración y repetición



maledad, mofea posterior	patología via aerea
Dolor en boca o ATM	patología bucodental
Ronquidos	SAHOS
Alteraciones en la visión	Tr. de refracción
Otros: fiebre, mialgias, astenia, anorexia, ...	Enfermedades sistémicas, anemia.....

EXPLORACIÓN FÍSICA

*Suele ser NORMAL en cefaleas primarias.
Alteraciones en la exploración → Orientación Dx*

EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL

Estado general y nivel de conciencia

- Constantes generales: Tª, FC, **TA**

Palpación de senos para nasales, cabeza, cuello..

- Otoscopia

- Boca y mandíbula

- Piel: manchas hipo/hipercromicas, petequias

- Agudeza visual y campimetría

- Pubertad precoz, alteraciones del crecimiento

—> patología de linea media

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Alteraciones del nivel de conciencia

CUALQUIER SIGNO DE FOCALIDAD



FONDO DE OJO



ANAMNESIS

+

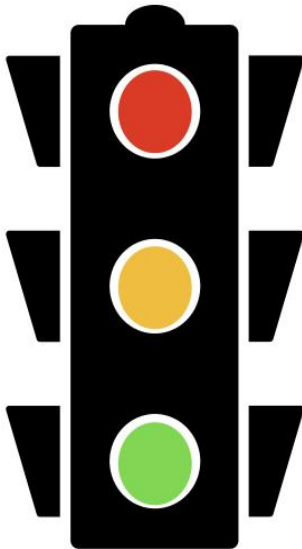
EXPLORACIÓN

IDENTIFICAR SIGNOS DE ALARMA



SEMÁFORO CEFALEA

SIGNOS DE ALARMA



Signos/síntomas neurológicos (crisis epilépticas, focalidad neurológica, edema de Papila, alt motilidad ocular...etc)
Cefalea **progresiva**, sobre todo matutina +/- náuseas/vómitos
Cefalea **aumenta con ejercicio, tos, cambios posturales**
Cefalea **explosiva**: "la peor cefalea de tu vida"
Cefalea en menores de 3 años

Cambio en la cefalea habitual
Cefalea diaria por la mañana
Cefalea + Vértigo
Cefalea con cambio conductual
Migraña Acompañada
Cefalea que despierta por la noche
Alteración significativa en la velocidad normal de crecimiento.

Cefalea recurrente sin alteración neurológica
Cualquier cefalea sin signos "amarillos ni rojos"
Cefalea característica de migraña típica
Cefalea diaria leve que no interrumpe las actividades, predomina por la tarde, mejora en vacaciones, aumenta con estrés...etc

ORIENTACIÓN INICIAL DEL TIPO DE CEFALEA: CEFALEAS 1 ARIAS vs CEFALEAS 2 ARIAS



MIGRAÑA

CEFALEA TENSIONAL



HIPERTENSIÓN
INTRACRANEAL

CEFALEA DE ORIGEN
OFTALMOLÓGICO

OTRAS

*Comité de clasificación de la cefalea de la Sociedad
Internacional de Cefaleas (IHS)*

**III edición de la Clasificación internacional de las
cefaleas**

CEFALEAS PRIMARIAS

Migraña con y sin aura
Cefalea tensional
Cefalea “cluster” y otras cefalea trigemina autonómicas
Otras cefaleas primarias

CEFALEAS SECUNDARIAS

Cefalea atribuida a traumatismo craneal y/o cervical
Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal y/o cervical
Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular: infección, tumor...
Cefalea atribuida a uso o supresión de sustancias
Cefalea atribuida a infección
Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis
Cefalea o dolor facial atribuida a trastorno del cráneo, cuello, ojo, orejas, nariz, senos
paranasales, dientes, boca u otras estructuras faciales o cervicales
Cefalea atribuida a trastornos psiquiátricos

NEUROPATÍAS CRANEALES DOLOROSAS, OTROS DOLORES FACIALES Y OTRAS CEFALEAS

Neuropatías craneales dolorosas y otros dolores faciales
Otras cefaleas.



Comité de clasificación de la cefalea de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS)

III edición de la Clasificación internacional de las cefaleas

Migraña sin aura

Criterios de diagnóstico:

- A. Al menos cinco crisis¹ que cumplen los criterios B-D.
- B. Episodios de cefalea de 4-72 horas de duración (no tratados o tratados sin éxito)^{2,3}.
- C. La cefalea presenta al menos dos de las siguientes cuatro características:
 - 1. Localización unilateral.
 - 2. Carácter pulsátil.
 - 3. Dolor de intensidad moderada o grave.
 - 4. Empeora con o impide llevar a cabo la actividad física habitual (p. ej., andar o subir escaleras).
- D. Al menos uno de los siguientes síntomas durante la cefalea:
 - 1. Náuseas y/o vómitos.
 - 2. Fotofobia y fonofobia.
- E. No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.

Migraña con aura

Criterios de diagnóstico:

- A. Al menos cinco crisis que cumplen los criterios B y C.
- B. Uno o más de los siguientes síntomas de aura completamente reversibles:
 - 1. Visuales.
 - 2. Sensitivos.
 - 3. De habla o lenguaje.
 - 4. Motores.
 - 5. Troncoencefálicos.
 - 6. Retinianos.
- C. Al menos tres de las siguientes seis características:
 - 1. Propagación gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un periodo ≥ 5 min.
 - 2. Se suceden dos o más síntomas de aura.
 - 3. Cada síntoma de aura tiene una duración de 5-60 minutos¹.
 - 4. Al menos uno de los síntomas de aura es unilateral².
 - 5. Al menos uno de los síntomas de aura es positivo³.
 - 6. El aura está acompañada de o le sucede en los siguientes 60 minutos una cefalea.
- D. No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III.

Cefalea Tensional

Criterios de diagnóstico:

- A. Al menos 10 episodios de cefalea que aparezcan de media < 1 día/mes (< 12 días/año) y que cumplen los criterios B-D.
- B. Duración de 30 minutos a siete días.
- C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:
 - 1. Localización bilateral.
 - 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil).
 - 3. Intensidad leve o moderada.
 - 4. No empeora con actividad física habitual, como andar o subir escaleras.
- D. Las dos características siguientes:
 - 1. Sin náuseas ni vómitos.
 - 2. Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas).
- E. No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-III¹.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

¿QUÉ EXÁMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITAR?

Probablemente NINGUNO

Suelen solicitarse por inseguridad, complacencia o medicina defensiva

Rx SENOS PARANASALES

Si sospecha de complicaciones o fracaso terapéutico

NO INDICADA EN <6 AÑOS

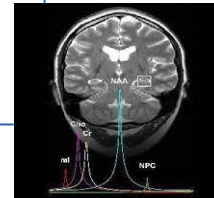


CALENDARIO DE CEFALEA

Si dudas sobre el diagnóstico concreto o se plantea derivar a Neuropediatría

EEG y NEUROIMAGEN

NO INDICADOS DESDE AP



EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA

Si sospecha de defecto de refracción u otra cefalea de origen oftalmológico

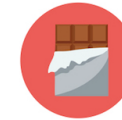


TRATAMIENTO: NOCIONES GENERALES

Multimodal

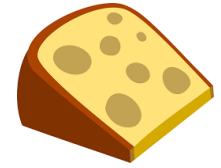
MEDIDAS DE CONTROL AMBIENTAL

Evitar /minimizar desencadenantes
Migraña: silencio y penumbra



MODIFICACIÓN DEL ESTILO DE VIDA

Dieta equilibrada
Higiene del sueño y control del estrés



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

ANALGÉSICOS

Comienzo precoz de la analgesia: <30' del inicio de la clínica
Dosis óptimas desde el principio.
Si persistencia del dolor, combinar entre si analgésicos de 1ª línea.
Emplear fármaco que ya fue eficaz en crisis previas.

FÁRMACOS COADYUVANTES

Antieméticos: Si náuseas, vómitos o dolor abdominal acompañantes.
En cefaleas refractarias para mejorar la absorción de analgésicos.
Ansiolíticos: en estatus migrañosos

PROFILÁCTICOS

TRATAMIENTO ANALGÉSICOS

1ª línea

FÁRMACO	VIA	DOSIFICACIÓN
IBUPROFENO	Oral	5-10mg/kg c. 6-8h (máximo 40mg/kg/día o 2,4gr/día)
PARACETAMOL	Oral	10-15mg/kg c. 4-6h (máximo 60mg/kg/día o 4gr/día)
	Rectal	
METAMIZOL	Oral	10-40mg/kg c. 6-8h (máximo 2gr/dosis o 6gr/día)
	IV	40mg/kg c. 6h (máximo 6gr/día)
NAPROXENO	Oral	>2años: 5-7mg/kg c.8-12h >12 años 200mg/8h (max 600mg/día)
KETOROLACO	IV	0,5mg/kg (max 15mg en <16 a o 50kg, resto 30mg/dosis)

Otros analgésicos:

Dexketoprofeno, AAS, Diclofenaco o Indometacina

TRATAMIENTO ANALGÉSICOS

Tratamiento específico de la MIGRAÑA

SUMATRIPTAN

10mg/dosis.

Max 20mg/día

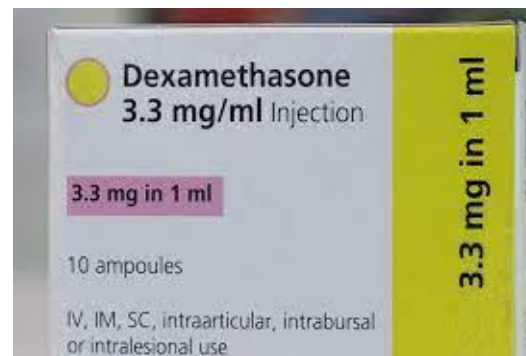
>12 años con migraña simple o aura típica sin respuesta a tto de 1ª línea
Si no es efectivo, no se recomienda repetir dosis en el mismo episodio
Si el efecto es parcial o la cefalea recurre, repetir dosis pasadas al



DEXAMETASONA IV

0,3-0,6mg/kg/día

En bolo iv si estatus migrañoso



OXIGENO 100%

En mascarilla a 8 lpm, durante 15-30 minutos

Si es eficaz se evidencia en los primeros 10-15 minutos



TRATAMIENTOS COADYUVANTES

TIPO	FÁRMACO	VIA	DOSIFICACIÓN
ANTIEMÉTICOS	DOMPERIDONA	Oral	5-10mg c.8h o 0,3mg/kg/día (máx 80mg/día)
		Rectal	30mg c12h en niños y 60mg c.12h en adultos
	ONDANSETRON	sublingual	4mg en <15kg y 8mg en >15kg
		iv	0,15mg/kg c.4-12h (max 8mg/dosis)
ANSIOLÍTICOS	DIAZEPAM	Oral, iv, rectal	0,2-0,3mg/kg c4h
	CLORPROMAZINA	Oral, iv,im, rectal	0,5mg/kg c6-8h o 15mg/m ² Max 40mg/día en 1-5a, 75mg/día en 6-12a, 1gr/día en >12a

TRATAMIENTOS PROFLÁCTICO

TIPO	FÁRMACO	VIA	DOSIFICACIÓN
BETABLOQUEANTES	PROPRANOLOL	Oral	Inicio: 0,6mg/kg/día c.8h Mantenimiento 1-4mg/kg/día (<35kg 10-20mg c.8h y >35kg 20-40mg c.8h)
ANTAGONISTAS DEL CA	FLUNARIZINA	Oral	Inicio: 2,5-5mg/día Mantenimiento 5-10mg/día
ANTIEPILÉPTICOS	TOPIRAMATO	Oral	Inicio: 0,5-1mg/kg/día c.12-24h Mantenimiento 250-1,000mg/día
	VALPROATO	Oral	Inicio: 250mg Mantenimiento 1-4mg/kg/día
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS	AMITRIPTILINA	Oral	Inicio: 0,25-0,5mg/kg/día (max10mg)) Mantenimiento 10-75mg/día

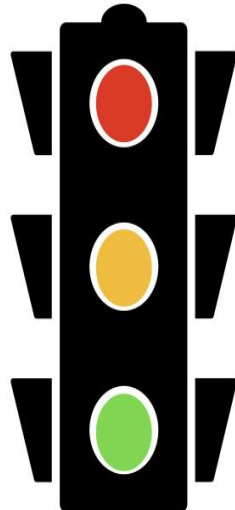
Consensuado con familia y paciente

Valorando intensidad, frecuencia y repercusión en la vida ordinaria

Se aconseja su retirada periódicamente

¿CUÁNDO DERIVAR A URGENCIAS?

SEMÁFORO CEFALEA



SIGNOS DE ALARMA

Signos/síntomas neurológicos (crisis epilépticas, focalidad neurológica, edema de Papila, alt motilidad ocular...etc)
Cefalea **progresiva**, sobre todo matutina +/- náuseas/vómitos
Cefalea **aumenta con ejercicio, tos, cambios posturales**
Cefalea **explosiva**: "la peor cefalea de tu vida"
Cefalea en menores de 3 años

Cambio en la cefalea habitual
Cefalea diaria por la mañana
Cefalea + Vértigo
Cefalea con cambio conductual
Migraña Acompañada
Cefalea que despierta por la noche
Alteración significativa en la velocidad normal de crecimiento.

Cefalea recurrente sin alteración neurológica
Cualquier cefalea sin signos "amarillos ni rojos"
Cefalea característica de migraña típica
Cefalea diaria leve que no interrumpe las actividades, predomina por la tarde, mejora en vacaciones, aumenta con estrés...etc

PARA REALIZACIÓN DE NEUROIMAGEN URGENTE/PREFERENTE

Afectación del estado general y/o del nivel de conciencia.

Cefalea intensa de etiología no aclarada, especialmente en < 5 años

Meningismo

Focalidad neurológica

Papiledema o evidencia de HTIC a pesar de FO normal

Traumatismo craneoencefálico previo

PARA TRATAMIENTO ESPECÍFICO / ESTUDIO:

HTA y cefalea intensa

Persistencia de cefalea aguda a pesar de administración de tratamiento adecuado

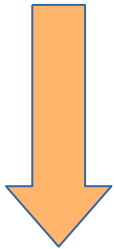
En migraña o cefalea recurrente con dolor intenso que requiera tratamiento hospitalario: analgesia iv, oxígeno 100%...

¿CUÁNDO DERIVAR A NEUROPEDIATRÍA?

- Cefalea con clínica **no característica de crónica 1^{aria}** (migraña o tensional)
 - Cefaleas crónicas 1^{aria} que puedan beneficiarse de **tratamiento profiláctico**.
- Planteamiento de **uso de triptanes** en >12 año con migraña clásica o aura típica que no responda a analgésicos habituales.
- **Migraña con aura sin RMN** realizada o con **evolución desfavorable**
 - **Modificaciones** no aclaradas en las **características del dolor**
 - Sospecha de **cefalea secundaria** —> **DERIVACIÓN PREFERENTE**

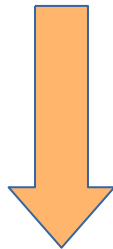
¿CUÁNDO DERIVAR A OTRAS ESPECIALIDADES?

- Alteración de AV
- Dificultad para FO
- FO dudoso



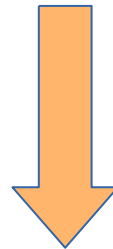
OFTALMOLOGÍA

- Sospecha SAHOS
- Sosp. Hipertrofia adeotonsilar



OTORRINO

- Estudio HTA



NEFROLOGÍA

- Sosp ansiedad, depresión o patología somática



SALUD MENTAL

PARA LLEVAR A CASA..

- Es uno de los **síntomas mas frecuentes** en las consultas de AP
 - NO es una enfermedad, es un **síntoma**.
- Causa mas frecuente de cefalea aguda: **cuadros febriles** sistémicos o localizados
 - Causa más frecuente de cefalea crónica: **migraña**
- Importancia de **diagnosticar la causa orgánica subyacente**. Poco frecuente pero puede ser grave-
- **Información** adecuada a padres y niño → **mejoría de calidad de vida**

MUCHAS GRACIAS



BEXSERO

Vacuna meningocócica del grupo B
(ADNr, de componentes, adsorbida)



MENVEO

Vacuna conjugada frente al meningococo
de los serogrupos A, C, W135 e Y.

Rotarix 2^{ORAL} dosis

vacuna antirrotavirus, viva