

Estrategia diagnóstico-terapéutica de las cefaleas en urgencias. Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza

B. Fernández, M. Muñoz*, J.L. Peña, C. Fernández, C. Campos**, J. López

Sección Neuropediatría; Hospital Infantil Miguel Servet (Zaragoza). * Servicio de Pediatría; Hospital Obispo Polanco (Teruel). ** Unidad Urgencias Pediátricas; Hospital Infantil Miguel Servet (Zaragoza)

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2004;34:69-71]

IMPORTANTE

- Esta pauta es de CEFALEA en niño AFEBRIL.
- La cefalea en paciente con fiebre plantea otra estrategia, incluido el diagnóstico diferencial de meningitis bacterianas o linfocitarias, virasis, amigdalitis, etc.

DIAGNÓSTICO

Anamnesis

Detallada: características, evolución, antecedentes familiares y personales... En pacientes conocidos suele ser útil ver informes y/o pedir historia.

Exploración

- Estado general y actitud del paciente.
- Perímetro cefálico.
- Inspección piel: manchas acrómicas o café con leche, petequias...
- Constantes: FC, FR, temperatura, tensión arterial.
- Exploración sistémica y neurológica.
- Signos meníngeos.
- Fondo de ojo.

Exámenes complementarios

- No radiografía de senos salvo sospecha de sinusitis.
- TAC craneal: cuando existan signos sospechosos de proceso expansivo. Ver abajo.
- Punción lumbar: «Nunca sin TAC previo salvo si sospecha de meningitis bacteriana aguda no complica-

da», normalmente en niño con cefalea, fiebre y meníngeos positivos. No indicada la PL de urgencia en caso de cefalea sin sospecha de meningitis o encefalitis.

Actitud en Urgencias

1. CONTROL POR SU PEDIATRA: Normalidad exploración y no criterios ingreso, haciendo constar estado general, TA, temperatura, FO, meníngeos negativos y exploración sistémica y neurológica normal. Habitualmente aconsejando tratamiento sintomático.
2. ¡NUNCA MANDAR A CONSULTA!: o ingreso o control por su pediatra. Si paciente previamente controlado en consulta, y se considera debe adelantarse la visita, se le debe indicar que llame o se acerque a la consulta.
3. HOSPITAL DE DÍA (máximo 4-6 horas; se piensa se podrá resolver y mandar a casa):
 - Cefalea muy intensa o afectación estado general en paciente conocido migrañoso o con cefaleas recurrentes intensas y neuroimagen realizada, valorando respuesta a tratamiento.
 - Primer episodio en niño que no gusta por intensidad de cefalea +/- algún vómito, afectado...
4. TAC URGENTE:
 - La urgencia puede ser relativa, y se puede en general esperar algunas horas o pedir preferente para el día siguiente, teniendo en cuenta que la no realización exige mayor alerta diagnóstica durante más tiempo por parte del médico, exigiendo un control clínico más estrecho. En general en niños que no precisen anestesia, la mejor gestión de recursos y el mejor servicio será la realización de la TAC en la guardia.

Correspondencia: José Luis Peña Segura.

Sección de Neuropediatría. Hospital Miguel Servet.

Paseo Isabel la Católica, 1-3. 50009 Zaragoza. Teléfono: 976765500 Ext 3038. e-mail: jlpennas@salud.aragob.es

Recibido en julio de 2004. Aceptado para su publicación en agosto de 2004.

Primer episodio o episodios previos similares sin neuroimagen realizada y:

- Cefalea muy intensa.
- Afectación estado general.
- Meningismo por sospecha de hemorragia cerebral.
- Focalidad neurológica: si cedida o sólo parestesias... no necesario urgente la TAC, y en ocasiones se hará mejor RM y posible angiRM programada.
- Alteración estado conciencia (revisar pauta de encefalopatía aguda).
- Papiledema u otra evidencia de hipertensión endocraneal.

5. INGRESO:

- Si HTA, dado que la cefalea se interpreta como sintomática. Se seguirá la pauta de HTA.
- Aconsejable en general: si vuelve a Urgencias por persistencia tras tratamiento sintomático.
- Antecedente de TCE (sería TCE sintomático). Revisar pauta TCE.
- Sospecha de hipertensión endocraneal: vómitos... pese a FO normal.
- No gusta: intensidad de cefalea +/- vómitos, afectado...
- Estudio de cefaleas recurrentes demandado por padres...

6. EN NIÑOS CON DERIVACIÓN VENTRÍCULOPERITONEAL:

- Pedir y revisar historia con sobre de Rx - neuroimagen.
- El único síntoma inicial de una disfunción valvular puede ser la cefalea, por lo que en general se deberá ingresar al niño y valorar la realización de TAC urgente y/o consulta a neurocirugía.

TRATAMIENTO

Tratamiento sintomático

¡OJO SI SE INSTAURA TRATAMIENTO Y SIN TENER DIAGNÓSTICO, PORQUE SE PUEDE ENMASCARAR!
SI TRATAMIENTO: DOSIS ADECUADAS - AGRESIVO

Si episodios previos valorar tratamientos previos utilizados:

1. Dar primero los que se han mostrado efectivos.

2. No dar en principio los que no se han mostrado efectivos en 3 episodios.

3. Valorar qué tratamientos son efectivos en los padres, en caso de tener cefaleas recurrentes o migrañosas.

Reposo en cama + oscuridad y silencio.

I. PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO:

- Ibuprofeno: oral 5-10 mg/kg/6-8 h
máx. 40 mg/kg/d
adultos 400-600 mg/kg/6-8 h
Máx. 2,4 g
rectal 500 mg/8 h
- Paracetamol: oral 10-15 mg/kg/4-6 h
máx. 60 mg/kg/d
adultos 0,5-1 g/h máx. 4 g/día
rectal 10-15 mg/kg/4 h
máx. 60 mg/kg/d
adultos 650 mg/4-6 h
máx. 4 g/día
- IV 15 mg/kg/6 h máx. 60 mg/kg/d
adultos 1 g/6 h máx. 4 g/día
(vial 1g + ampolla 5 ml)
(es propacetamol 20-40 mg/kg/6 h máx. 4 g/d)
- AAS: oral 10-15 mg/kg/4-6 h, máx. 4 g/d
adultos 500 mg/h
IV 20-25 mg/kg/4-6 h, máx. 7 g/d
(acetilsalicilato de lisina)
adultos 900-1.800 mg/4-6 h

Tratamientos coadyuvantes:

*Según algunos autores añadir antieméticos en toda cefalea rebelde a tratamiento y no sólo si náuseas o vómitos:

- Domperinona*: menos efectos extrapiramidales
oral o rectal 5-10 mg/8 h
0,3 mg/kg/día
- Metoclopramida*: IV, IM: 0,2 mg/kg/6 h
máx. 10 mg
adulto 10 mg/8 h
- Diazepam: oral, IV, rectal 0,2-0,3 mg/kg/4 h.
Máximo 0,6 mg/kg
en 8 h
- Bolus Dexametason: IV 1,5 mg/kg
máx. 10-20 mg
Adultos 10-20 mg;
seguir con 5 mg/6 h
si precisa
- Oxígeno al 100% durante 15-30 minutos.

II. TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LA MIGRAÑA - TRIPTANES

Está aceptado en migrañas en mayores de 12 años el uso de sumatriptan.

Podemos probar si no respuesta a primera línea de tratamiento la presentación intranasal 10 mg. Administrar sumatriptan intranasal 10 mg en una fosa nasal; repetible una vez las primeras 24 horas con intervalo al menos de 2 horas entre las 2 aplicaciones.

III. OTROS TRATAMIENTOS ÚTILES QUE DEBEMOS EMPLEAR:

- Metamizol (dipirona): oral 10-40 mg/kg/6-8 h
máx. 2 gr/dosis y 6 gr/d
adultos 500 mg/6-8 h
máx. 10 días
- rectal 10-40 mg/kg/6-8 h
máx. 2 gr/dosis y 6 gr/d
- IV 40 mg (0,1 ml)/kg/6 h
máx. 6 gr/d
adultos 1-2 g/6-8 h
- Ketorolaco: oral >3 años, 0,2 mg/kg/6 h
o 1 mg dosis única
adultos 10 mg/6 h máx.
40 mg/d máx. 5 días
- IV e IM > 3 años, dosis inicio
0,4-1 mg/kg, resto 0,2-
0,5 mg/kg/6 h, máx.
30 mg/dosis
adultos 10-30 mg/4-6 h
máx. 90 mg/d máx. 2 días

- Naproxeno: oral >2 años 5-7 mg/kg/8-
12 h máx. 15 mg/kg/d
adultos 250 mg/6-8 h
máx. 1 gr/d
- rectal adultos 500 mg
al acostarse
- Indometacina: oral 0,3-1 mg/kg/6 h
máx. 4 mg/kg/d
adultos 25-50 mg/6-12 h
máx. 150-200 mg/d
- rectal adultos 100 mg
al acostarse
- Diclofenaco: oral 0,5-3 mg/kg/día

EN GENERAL DESACONSEJADA LA CODEÍNA
POR RIESGO DE DEPENDENCIA...

-Paracetamol + codeína: tienen efecto sinérgico entre
ambos pero sólo en preparados con dosis terapéuticas de
los dos

- oral comp 300/14 mg
- rectal sup adul 650/28 mg
- Codeína: oral 0,5-1 mg/kg/4-6 h
máx. <6a = 30 mg/d,
>6a = 60 mg/d
adultos 30 mg/4-6 h
máx. 180 mg