

PROTOCOLOS DE NORMAS DE ATENCION SEGUN NIVELES, CON ENFOQUE DE INTEGRACION DE LA ATENCION

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE
HOSPITAL DE NIÑOS ROBERTO DEL RIO
C.A.E. : UNIDAD DE NEUROLOGIA
Programa de Apoyo a la Atención Primaria

CEFALEA EN LA INFANCIA

La cefalea es un síntoma frecuente en la niñez.

En estudios de población infantil este síntoma tiene una prevalencia aproximada de 37% y 60% en preescolares, escolares y adolescentes respectivamente. Se ha reportado que a los 15 años un 55% de los niños y adolescentes han presentado cefalea en algún momento de sus vidas.

En Consultorio Adosado de Especialidad de Neurología, Hospital Roberto del Río, constituye aproximadamente el 13% de los motivos de consulta.

HISTORIA CLINICA DE UN NIÑO CON CEFALEA:

La anamnesis es de suma importancia en las cefaleas. Con una buena historia se puede hacer el diagnostico del tipo de cefalea en el 70% de los casos.

I.- ATENCION NIVEL PRIMARIO

ELEMENTOS A CONSIDERAR :

Antecedentes personales de: Alergia Asma Vómitos dolor abdominal recurrente vértigo paroxístico trastornos del sueño epilepsia	Antecedentes familiares de: migraña cefalea tensional
Zona del dolor , lateralización	Tiempo de evolución
Periodicidad : carácter continuo o intermitente	Aura: visual auditiva paresia trastorno del habla relación temporal de ésta con la cefalea
Desencadenantes: stress Chocolate Frutos secos exceso o falta de sueño viajes ejercicio físico exposición al sol traumatismos leves	Síntomas asociados: vómitos náuseas fotofobia
Intensidad de los episodios : si interrumpe la actividad	Predominio horario: matinal vespertina nocturna
Frecuencia : diaria – semanal - mensual	Otros síntomas: cambios de conducta cambios de ánimo cambio en rendimiento escolar falta de apetito alteraciones del sueño
Tratamientos utilizados y su frecuencia	

Los elementos de la historia nos permiten clasificar las cefaleas, en relación al perfil temporal, **en : cefaleas agudas, recurrentes, crónicas progresivas y crónicas no progresivas**

Con los datos, nos orientamos a los cuadros de migraña y cefalea tensional por ser los más frecuentes, e hipertensión endocraneana por su importancia pronóstica.

I.-a) Diferencia entre migraña y cefalea tensional

	MIGRAÑA	TENSIONAL
Carácter	Pulsátil	Opresivo (en cintillo)
Intensidad	Moderada o severa	Leve o moderada
Localización	Unilateral	Bilateral
Con actividad	Se agrava	No se agrava
Náuseas	+++	+
Vómitos	+++	-
Fotofobia	+++	+
Fonofobia	+++	+
Intensidad	+++	+
Síntomas neurológicos	Posibles	No
Antecedentes familiares migraña	Sí	No

I. b) ELEMENTOS SUGERENTES DE CEFALEA ORGÁNICA (HIPERTENSIÓN ENDOCRANEANA)

- dolor de perfil crónico progresivo
- dolor persistente localizado
- dolor que despierta al paciente
- dolor matinal
- dolor que se alivia con los vómitos
- cambios en el patrón de dolor crónico
- dolor asociado a síntomas neurológicos persistentes
- dolor que se agrava con cambios de posición o valsalva
- Síntomas visuales persistentes
- Alteración en el examen neurológico, edema de papila
- Megacefalia
- Cefalea frecuente e intensa en un niño que no solía tener.
- Cefalea de inicio en menor de 6 años.

I. c) EXAMEN FISICO GENERAL Y SEGMENTARIO

Evaluar:

- compromiso de estado general
- presión arterial
- perímetro craneano
- disfunción de la articulación temporo-mandibular
- Hiperplasia de amígdalas y adenoides suficientes para producir obstrucción en el sueño
- infección respiratoria alta o baja
- infección de cavidades paranasales
- alergia respiratoria
- signos de intoxicación aguda o crónica
- presencia de manchas anormales en la piel
- neurológico
 - signos de déficit focal (compromiso de pares craneanos, inestabilidad en la marcha, disimetría, temblor)
 - signos de hipertensión endocraneana (alteraciones del ritmo cardíaco, hipertensión arterial, edema de papila)
 - signos de irritación meníngea (rigidez de nuca, kernig brudski)
 - signos de compromiso de conciencia (Episodios de excitación alternado con periodos de somnolencia, confusión, desorientación, irritabilidad.

I. d) El diagnóstico de la cefalea aguda debe estar dirigido a descartar:

- infecciones sistémicas
- infecciones cavidades paranasales
- intoxicaciones (monóxido de carbono, metales pesados, alimentos)
- infección de sistema nervioso central
- hemorragia intracraneana
- proceso expansivo intracraneano
- Hidrocefalia aguda
- Hematoma subdural
- Hipertensión arterial

EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA CEFALEA RECURRENTE O CRÓNICA INCLUYE:

- Migraña
- hidrocefalia
- cefalea tensional episódica o crónica
- pseudo tumor cerebral
- sinusitis
- proceso expansivo intracraneano
- trastornos del sueño
(apneas obstructivas)
- hipertensión arterial
- disfunción temporo-mandibular
- feocromocitoma

I. e) EXAMENES: El diagnóstico de cefalea tensional y migraña - que corresponde al 90% o más de las cefaleas recurrentes o crónicas - es básicamente clínico y no requiere de exámenes de laboratorio.

En casos de sospecha de otras etiologías se podrá solicitar:

- screening de infección (Hemograma, PCR, VHS)
- Rx de cavidades perinasales y cavum
- Rx tórax
- Estudios de función renal: examen de orina completo; creatinemia..
- Estudios de neuroimagen cerebral (solo a nivel secundario)

A la luz de lo anteriormente descrito debe hacerse una aproximación diagnóstica lo más acertada posible.

I. e) Tratamiento a Nivel Primario

Si la cefalea es aguda y en el contexto de un cuadro sistémico, debe realizarse tratamiento específico de la causa etiológica diagnosticada y susceptible de ser tratada a nivel primario (infecciones sistémicas y respiratorias, sinusitis, alergias).

MANEJO DE LA MIGRAÑA

Si es una cefalea crónica recurrente, de más de un año de evolución, con características de migraña, que ocurre menos de una vez por semana con intensidad moderada, debe tratarse sólo el episodio. *Si la frecuencia es de una vez por semana o más debe tratarse en forma profiláctica.*

Tratamiento del episodio:

Ambiental: reposo en habitación con poca luz y ruido; debería dormir en lo posible.

Farmacológico :

analgésicos-antiinflamatorios como:

Ibuprofeno	7 mg/Kg/dosis
Naproxeno	10 mg/Kg/dosis
Acetaminofeno (paracetamol)	10 mg/kg/dosis
Metamizol (Dipirona)	10/mg/kg/dosis

Tratamiento profiláctico de la migraña:

Propranolol: 1mg/kg/día en dos dosis (en pacientes sin asma)

Imipramina: 25mg/día en una sola dosis (previo ECG normal; sin antecedentes **de:** muerte súbita en familiares directos; arritmias comprobadas en familiares directos; apneas de la primera infancia; "desmayos" o síncope del paciente; usos concomitante de otros medicamentos que prolonguen onda QT en el ECG).

El paciente debe controlarse a los 15 días, con un calendario de registro de la frecuencia del dolor. **Si los síntomas persisten, han aumentado o no hay respuesta al uso de analgésicos o al tratamiento profiláctico, debe derivarse al policlínico de especialidad, a nivel secundario.** Si hay mejoría, el paciente debe controlarse al cuarto mes de iniciado el tratamiento profiláctico, para comenzar el retiro paulatino de este.

Debe mantener controles periódicos en el consultorio al menos dos veces al año. En los controles debe vigilarse que durante la evolución el dolor no cambie de carácter y que el niño no presente síntomas y signos de cefalea orgánica. Ante la sospecha de cefalea de causa orgánica derivar lo antes posible a servicio de urgencia del hospital.

CEFALEA TENSIONAL:

Esta cefalea corresponde a cefalea crónica recurrente y también persistente en el tiempo, pudiendo ser casi diaria.

Es más frecuente, aunque no exclusiva en mujeres y en general mayores de 12 años.(Ver características en Tabla)

Elementos a considerar:

- Rendimiento escolar
- Dinámica familiar, hogar disfuncionado
- Alteraciones del ánimo, del sueño y de la alimentación
- Síntomas de ansiedad

Examen físico:

- Puntos dolorosos al palpar la musculatura de cuello y hombros.
- Resto del examen general y neurológico normal.

Manejo de la cefalea tensional:

Ambiental: Explicar al paciente y familia la sospecha del origen de la cefalea, tranquilizarlos.

Farmacológico: Clorodiazepóxido: 5 mg en una dosis nocturna por dos meses

Diazepam : 5mg en una dosis nocturna por dos meses.

Control a los 15 días de iniciado el tratamiento , si la respuesta es parcial , mantener el tratamiento y recitar al mes, si entonces la respuesta es buena mantener tratamiento por el plazo estipulado, iniciar retiro paulatino, mantener controles dos veces al año. **Si no hay respuesta derivar al servicio de neurología del hospital.**

CRITERIOS DE DERIVACIÓN: Las cefaleas tensionales y migrañas, que representan la amplia mayoría de las cefaleas recurrentes, son patologías que deben ser manejadas a nivel primario, y no corresponde derivación a nivel secundario, *salvo en las siguientes situaciones:*

A) **Se debe derivar a servicio de Urgencia a todo paciente:**

- con cefalea aguda, fiebre y sospecha de infección de S.N.C..
- Cefalea aguda de inicio paroxístico, intenso, sugerente de accidente vascular encefálico o con signos de hipertensión endocraneana

B) **Se debe derivar a Neurología (nivel secundario) a todo paciente con:**

- 1.- cefalea crónica, anormalidades en el examen neurológico, cambios en el patrón de dolor o situación de sospecha proceso expansivo.
- 2.- Mala respuesta a tratamiento de cefalea vascular a nivel primario.
- 3.- Todo niño con cefalea menor de 5 años.

II.- ATENCIÓN SECUNDARIA

Se controlará en el Servicio de Neurología :

- 1.- todo paciente con sospecha proceso expansivo
- 2.- Los pacientes con cefalea de perfil tensional, previo a evaluación neurológica serán derivados al Servicio de Salud Mental Infantil.
- 3.- Todo paciente con cefalea vascular que no responda a la primera línea de tratamiento, ya sea de la crisis o profiláctico.
- 4.- Todo paciente con cefalea vascular asociada a síntomas neurológicos (migraña acompañada)
 - Se hará evaluación neurológica detallada
 - Se solicitarán estudios de Neuroimagen en todo paciente con cefalea crónica progresiva o sospecha de proceso expansivo intracraneano según los criterios antes expuestos y a las migrañas de evolución no habitual.

CONTRAREFERENCIA

El nivel hospitalario Secundario derivará nuevamente al consultorio a los pacientes cuya etiología de la cefalea haya sido aclarada y sea susceptible de ser tratada a nivel primario ;se confeccionara un informe médico en el que se detallará el estudio realizado, el diagnóstico y el tratamiento.

III.- NIVEL TERCIARIO

Serán hospitalizados los pacientes en que se sospeche hipertensión endocraneana, para su estudio expedito y resolución rápida.

Se hospitalizará y derivará a Neurocirujano a pacientes en que se confirme proceso expansivo intracraneano de resolución neuroquirúrgica.

Se hospitalizará a pacientes que cursen con estatus migrañoso para su estudio y tratamiento con corticoides.