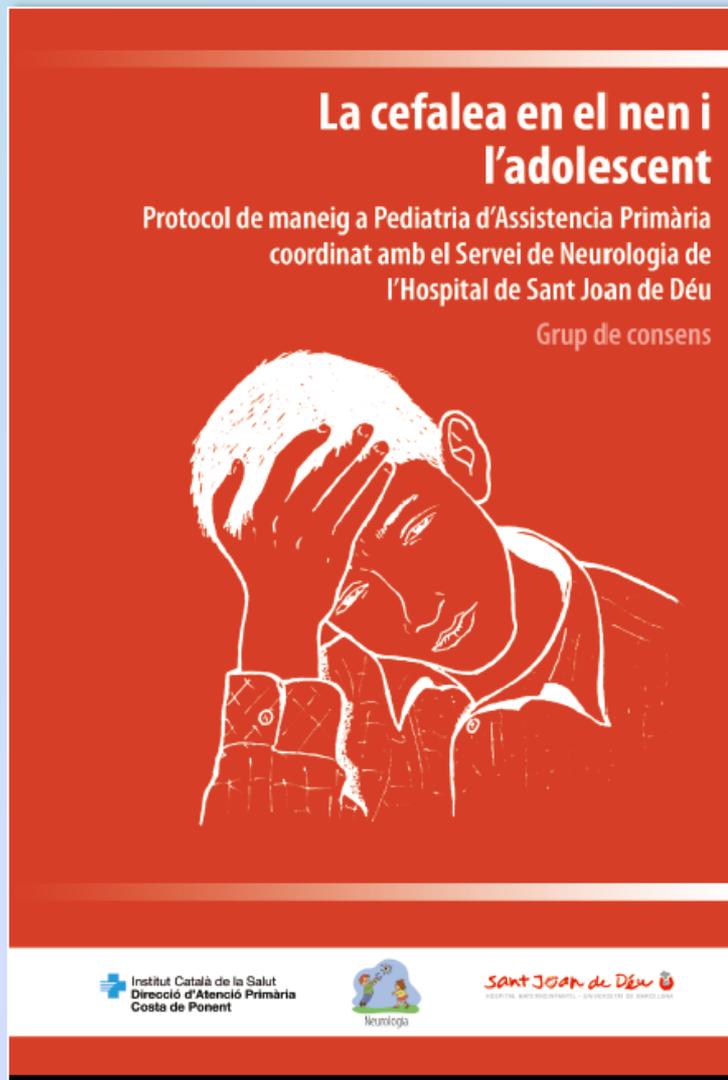


Las cefaleas desde la Atención Primaria

Necesidad de un consenso con el medio hospitalario



Dr. Carlos Herrero Hernando

Pediatra

UGEAP El Prat



Motivación para el consenso en cefaleas

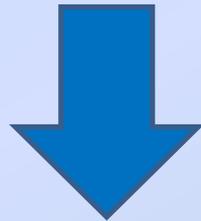
- Una de las patologías crónicas más prevalente
- Problema neurológico más habitual en las consultas pediátricas de Atención Primaria
- ↑ listas de espera de los Servicios de Neurología
- 80% de consultas a la Unidad de Cefaleas no han requerido de una nueva citación ni exploraciones complementarias

Motivación para el consenso

- ↓ ↓ Incidencia de cefaleas potencialmente graves
- ↓ repercusión en la calidad de vida.
- La mejor cura para esto es que perciban de forma clara nuestra competencia en el abordaje de esta patología

Cefalea en la edad pediátrica

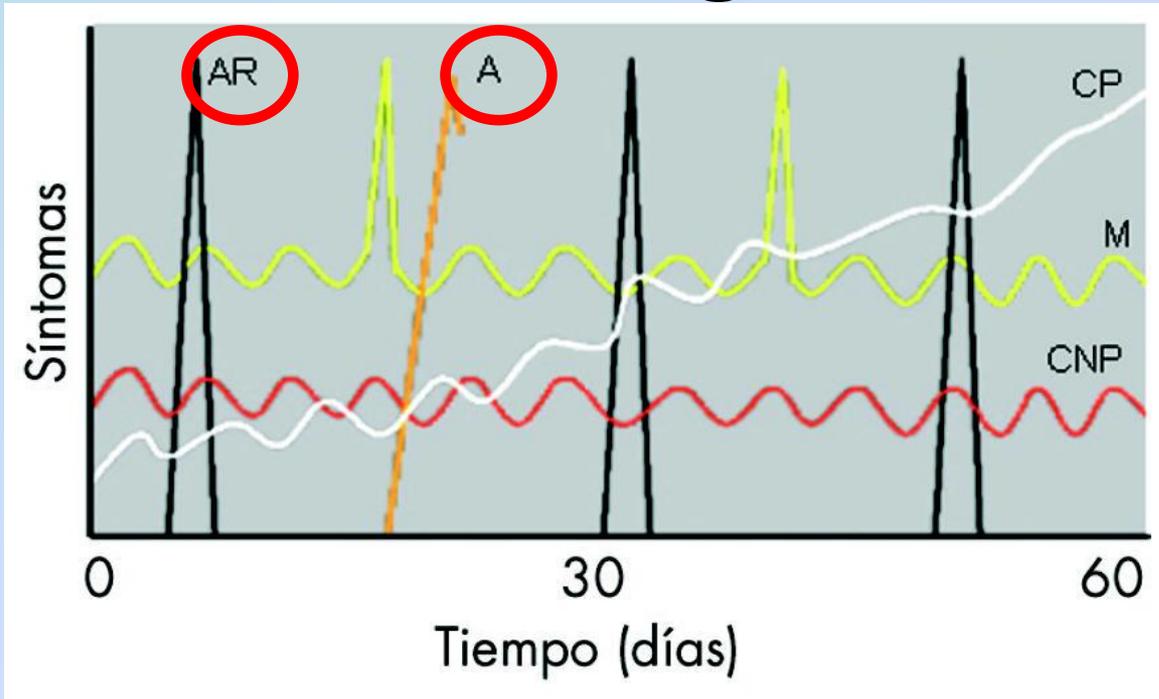
- Patología muy prevalente
- Baja incidencia de casos graves y complicaciones
- Baja necesidad de exploraciones complementarias
- Grandes listas de espera



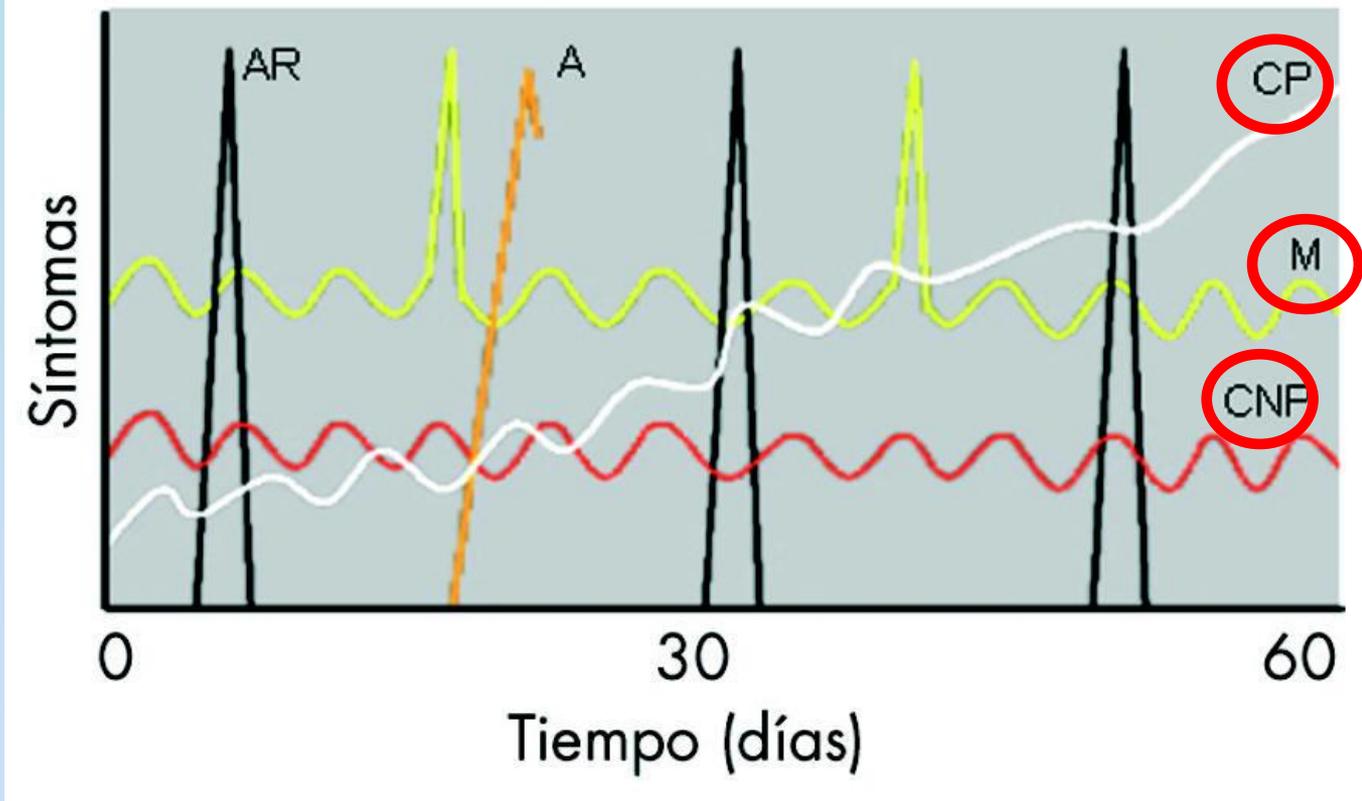
Se debe **Δ la autorresolución en Atención Primaria,**
con el respaldo de la atención hospitalaria



Clasificación según Rothner



- **Aguda**: episodio de dolor aislado sin historia previa de proceso similar.
 - Habrá que pensar **en primer lugar en un cuadro infeccioso de vías altas**. Otras causas posibles: contractura de la musculatura cervical, golpe de calor, síndrome postraumático, alteración metabólica, síndrome premenstrual, intoxicación por tóxicos, fármacos o conservantes o primer episodio migrañoso. Menos frecuentes, y en general acompañados de una exploración neurológica alterada, también podrían manifestarse de forma aguda procesos expansivos (tumores intracraneales, Ictus).
- **Aguda recurrente**: episodios agudos de dolor separados por intervalos libres.
 - **La migraña y la cefalea tensional episódica** son las causas más frecuentes. Otras posibles causas pero mucho más raras: hidrocefalia intermitente por bloqueo transitorio de la circulación del líquido cefalorraquídeo, hipertensión arterial, feocromocitoma, disfunción temporo-mandibular, cefalea con clusters, cefalea producida por la tos y / o ejercicio y la debida a apneas obstructivas del sueño.



- **Crónica no progresiva:** dolor de presentación diaria o muy frecuente y de intensidad leve o moderada no asociado a síntomas de afectación neurológica.
 - El diagnóstico **más frecuente sería la cefalea tensional crónica.** Mucho menos frecuentes son la migraña crónica o el status migrañoso, la hipertensión intracraneal benigna, la cefalea postraumática, la sinusitis crónica o las debidas a trastornos visuales o al abuso de analgésicos.
- **Crónica progresiva:** evolución del dolor progresiva en frecuencia y / o intensidad.
 - Son los episodios de **cefalea más alarmantes.** Obligan a sospechar y **descartar un proceso expansivo intracraneal.**
- **Mixta:** combinación de algunas de las anteriores, especialmente aguda recurrente y crónica no progresiva.

Causas de cefalea según patrón temporal

Cefalea aguda

- Infección sistémica.
Fiebre
- 1ª crisis de migraña
- Meningitis
- Sd. postraumático
- 2ª punción lumbar
- Sinupatía aguda
- Raras
 - Encefalitis
 - Hemorragia subaracnoidea
 - Hematoma subdural o epidural
 - Glaucoma
 - Neuritis óptica

Cefalea aguda recurrente

- Migraña
- Cefalea tensional episódica
- Raras
 - Hidrocefalia intermitente
 - Feocromocitoma
 - Cefalea desencadenada por la tos
 - Cefalea punzante idiopática
 - Cefalea en clusters
 - Hemicránea crónica paroxística
 - Neuralgia del trigémino
 - Cefalea desencadenada por el ejercicio
 - Colapso ventricular por válvula hiperfuncionante
 - Cefalea relacionada con la SAHOS
 - Hipertensión arterial primaria o secundaria

Cefalea crónica

- Cefalea tensional crónica
- Abuso de analgésicos
- Hematoma subdural
- Tumor cerebral
- Absceso cerebral
- Hipertensión intracraneal idiopática (pseudotumor cerebri)
- Estado migrañoso

Manejo de cefaleas en Atención Primaria.

Anamnesis

1. ¿Es siempre es igual el dolor de cabeza?
2. La primera vez que tuviste dolor de cabeza, ¿coincidió con alguna circunstancia especial?
3. ¿Desde cuándo tienes dolores de cabeza?
4. ¿Cada cuánto te duele la cabeza?
5. ¿Cuánto duran habitualmente?
6. ¿Tienen algún predominio horario?
7. ¿Hay algo que te produzca o te empeore el dolor de cabeza?
8. ¿Tienes algún síntoma previo al dolor de cabeza?
9. ¿Dónde se localiza el dolor?
10. ¿Qué intensidad tiene?
11. ¿Cómo es el dolor?
12. ¿Se acompaña el dolor de cabeza de otros síntomas?
13. ¿Hay algo que te alivie el dolor?
14. ¿Tienes algún síntoma entre las crisis de dolor?
15. Valoración de los antecedentes personales.
16. Valoración de los antecedentes familiares.

Manejo de cefaleas en Atención Primaria.

Anamnesis

- 1. ¿ Es siempre igual el dolor de cabeza?**
- 2. La primera vez que tuviste dolor de cabeza, ¿coincidió con alguna circunstancia especial?**
 - Física
 - Emocional
- 3. ¿Desde cuándo tienes dolores de cabeza?**
 - Meses-años: raramente secundarias
 - Semanas en aumento: **alerta**
- 4. ¿Cada cuánto te duele la cabeza?**
 - Establecer el patrón temporal de Rothner

5. ¿Cuánto duran habitualmente?

- **Cefalea tensional:** días-semanas
- **Migraña:** horas-días

6. ¿Tienen algún predominio horario?

- **Cefalea tensional:** continuas de predominio vespertino
- **Orgánicas:** inicio matutino, con despertares. Pueden hacerse continuas con el tiempo
- **Migraña:** sin patrón horario definido

7. ¿Hay algo que te produzca o te empeore el dolor de cabeza?

- **Migraña:** alimentos, bebidas, fármacos, alteraciones del sueño, etc
- **Tensional:** estrés (también migraña)
- **Tos:** hipertensión intracraneal (también empeora la migraña)

8. ¿Tienes algún síntoma previo al dolor de cabeza?

- La presencia de aura puede ayudar al diagnóstico

9. ¿Dónde se localiza el dolor?

- **Tensional:** occipital, holocraneal o en banda
- **Migraña:** bifrontal, bitemporal o biparietal

10. ¿Qué intensidad tiene?

- **Migraña:** moderada severa
- **Tensional:** leve-moderada
- **Orgánicas:** muy severas

9. ¿Cómo es el dolor?

- **Punzante:** típicamente migrañoso
- **Opresivo:** cualquier tipo (primaria o secundaria)

10. ¿Se acompaña el dolor de cabeza de otros síntomas?

- **Migraña:** fotofobia/sonofobia, síntomas vegetativos
- **Orgánica:** despertares, vómitos matutinos, alteraciones neurológicas
- **Sinusitis:** rinorrea mucopurulenta



13. ¿Hay algo que te alivie el dolor?

- **Migraña:** reposo, oscuridad, silencio, analgesia

14. ¿Tienes algún síntoma entre las crisis de dolor?

- **Migraña:** no hay síntomas intercrisis
- **Tensional:** cefalea leve intercrisis
- **Orgánica:** cambios de personalidad, alteraciones visuales, pérdidas de memoria y otras afectaciones neurológicas fuera de cefalea

15. Valoración de los antecedentes personales.

- **Migraña:** vómitos cíclicos, migraña abdominal, VPPB
- Rendimiento escolar, relaciones sociales, trastornos del sueño o del aprendizaje, etc

16. Valoración de los antecedentes familiares.

- **Migraña:** 80% con antecedentes familiares
- **Cefaleas crónicas no progresivas:** familias disfuncionales

Manejo de cefaleas en Atención Primaria.

Exploración física

- ¿Qué se debe explorar?
 - Exploración **general y de las constantes vitales**, sin olvidar la tensión arterial
 - Se deben explorar el **pares craneales**
 - Realizar una **exploración neurológica completa**
 - La exploración del **fondo de ojo** es una exploración imprescindible para el pediatra en un niño con dolor de cabeza recurrente.
- Los exámenes complementarios rara vez están justificados en Atención Primaria

Qué pruebas se deben solicitar desde Atención Primaria?

- Las ~~radiografías de senos paranasales~~, como cribaje de una cefalea, no tienen ningún tipo de justificación.
- La indicación de **pruebas de neuroimagen (TAC o RM craneales)**, en general, corresponde al **neuropediatra**.
- Los **errores de refracción** sólo deberían valorarse en **caso de sospecha clínica**

Signos de alarma

Tras una anamnesis detallada y una exploración física completa debemos haber podido **descartar signos de alerta sugestivos de proceso intracraneal:**

- Exploración neurológica alterada
- Síntomas neurológicos persistentes
- Alteraciones visuales permanentes no atribuibles a la migraña
- Papiledema
- Intensidad desmedida

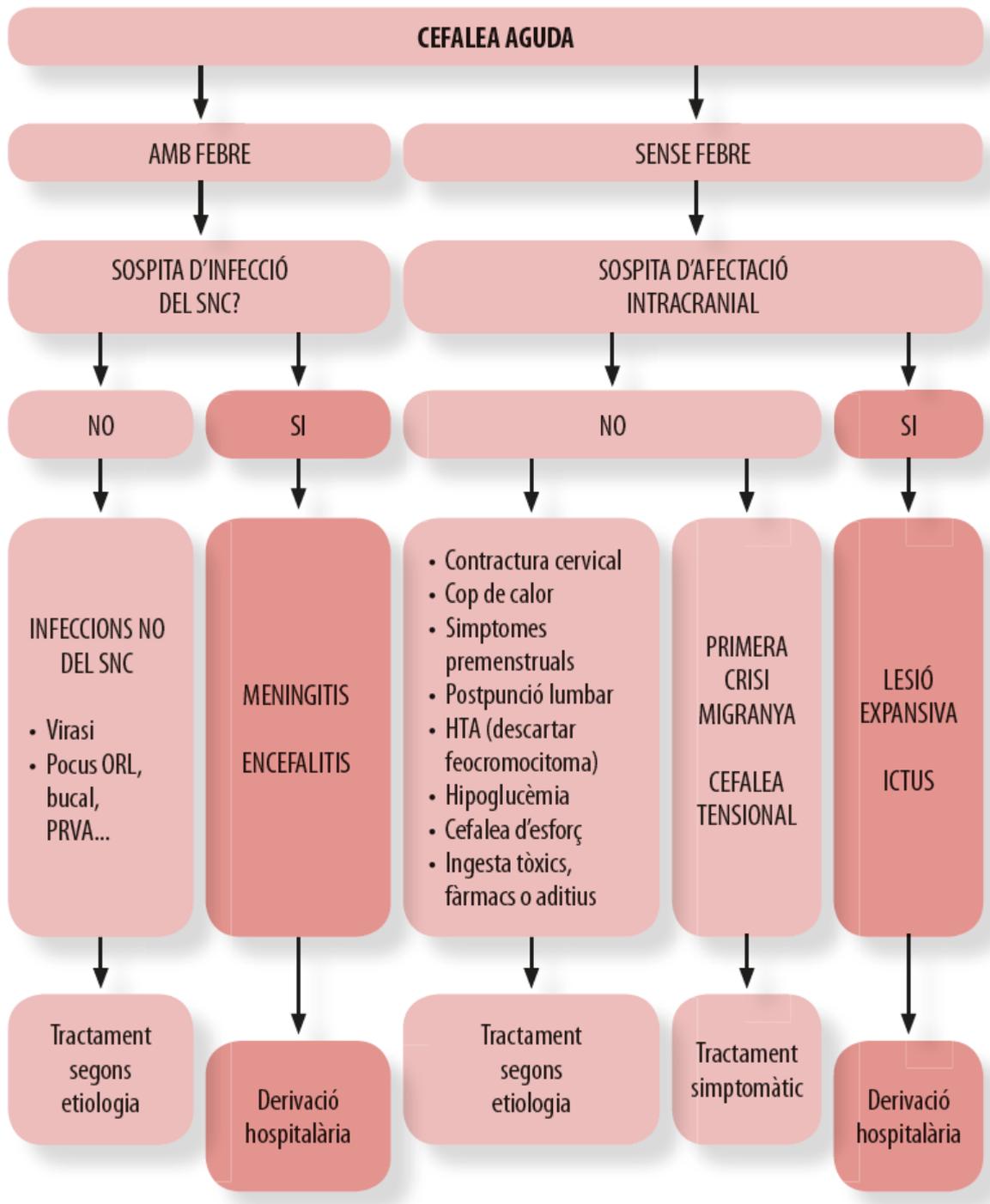
Qué cefaleas se deben tratar desde Atención Primaria?

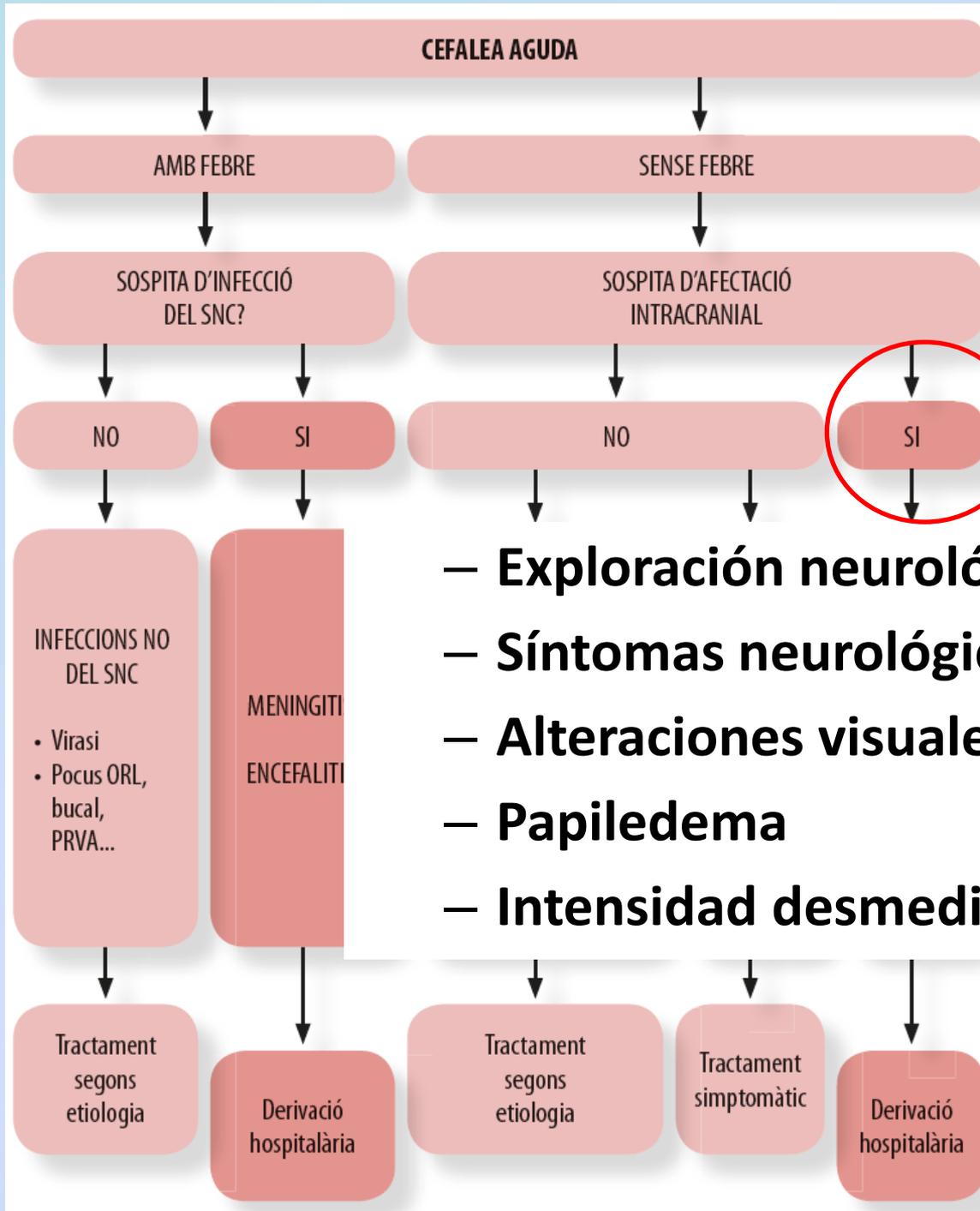
- ↓ repercusión en la calidad de vida del niño
- ↓ incidencia de casos graves y complicaciones
- ↓ necesidad de exploraciones complementarias
- ↓ necesidad de tratamiento especializado



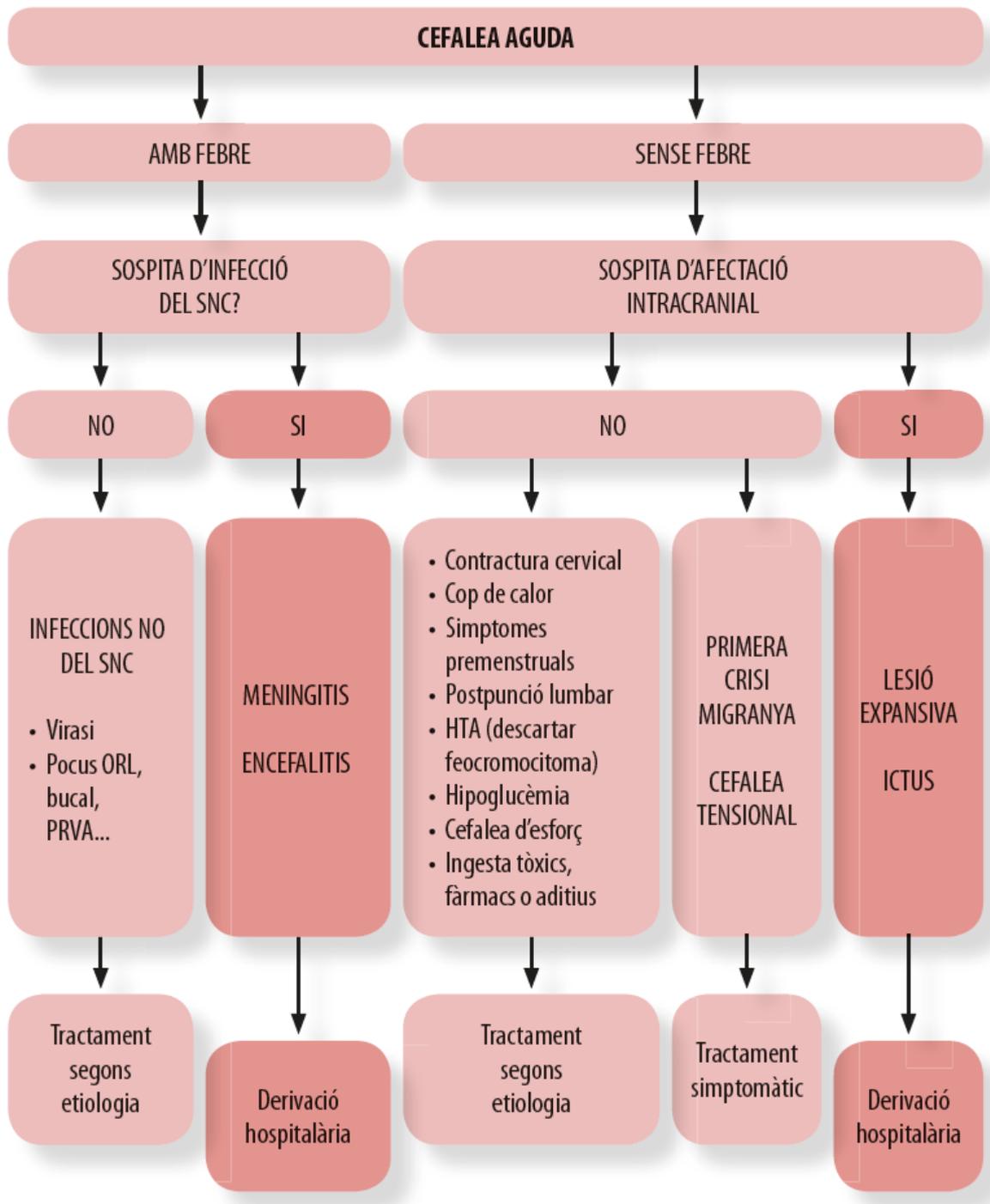
El seguimiento y tratamiento mayoritariamente le corresponderá al pediatra de Atención Primaria.

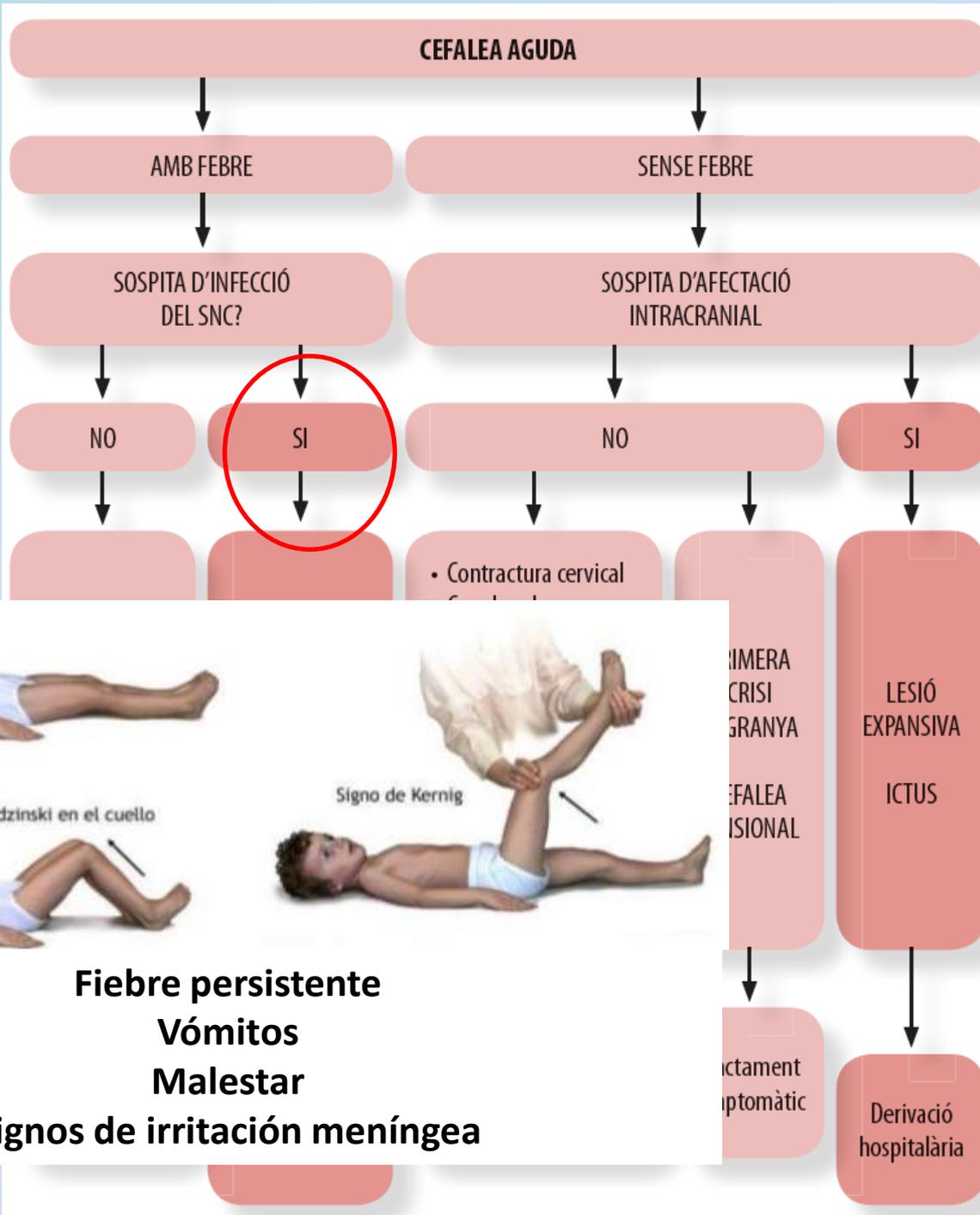
Manejo consensuado de la cefalea aguda





- Exploración neurológica alterada
- Síntomas neurológicos persistentes
- Alteraciones visuales permanentes
- Papiledema
- Intensidad desmedida





Signo de Brudzinski en el cuello



Signo de Kernig



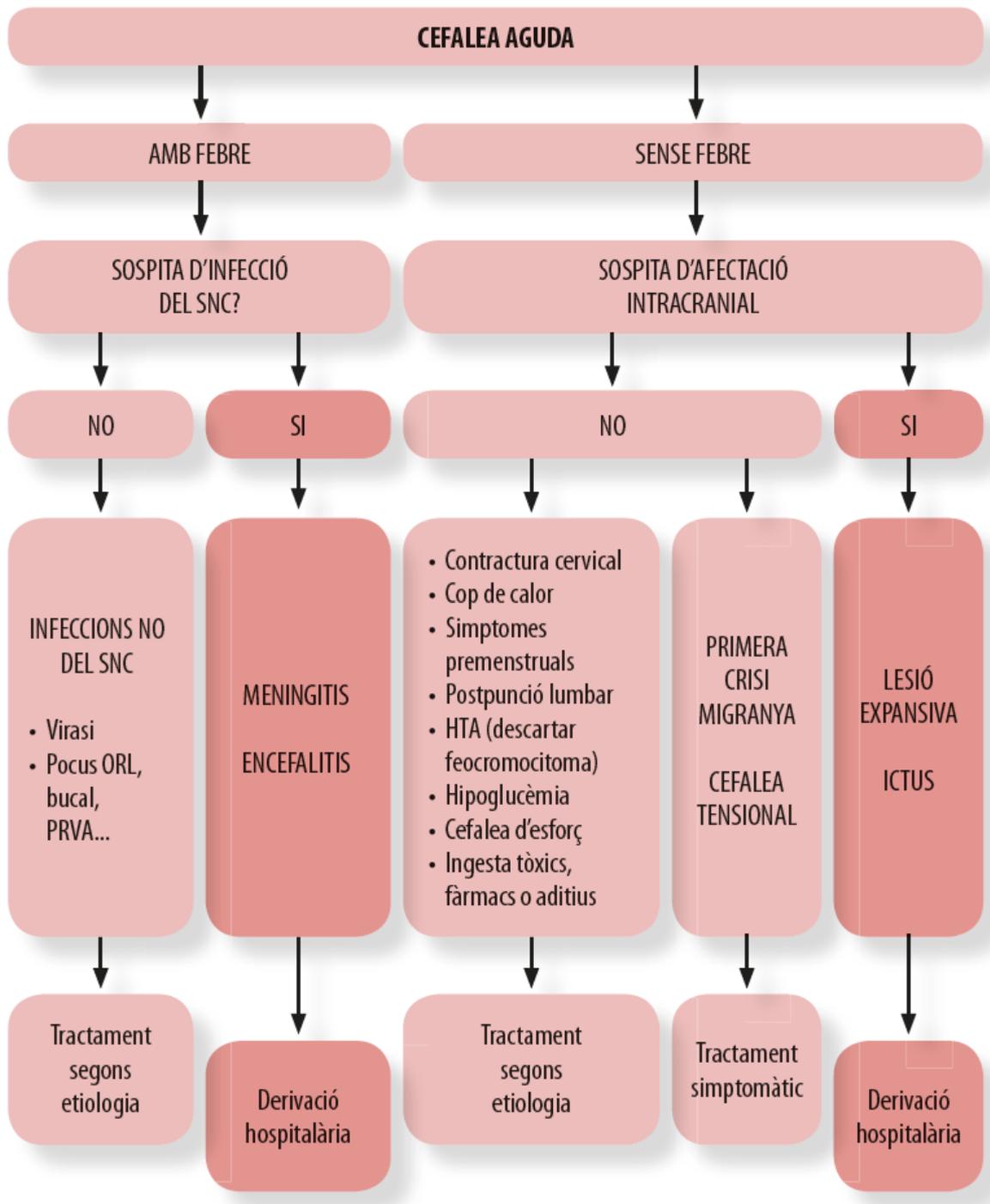
Fiebre persistente
Vómitos
Malestar
Signos de irritación meníngea

PRIMERA CRISI GRANYA
 CEFALEA CRONICITAT

tractament simptomàtic

LESIÓ EXPANSIVA
 ICTUS

Derivació hospitalària



Tratamiento: Medidas generales y tratamiento no farmacológico

- **Primera fase del tratamiento : Tranquilizar** descartando etiologías graves
- **Buena higiene del sueño**
- La **autorregulación de la actividad física** teniendo en cuenta que el agotamiento o la exposición al sol pueden ser un desencadenante
- **Evitar el ayuno**, recomendar una **alimentación saludable**, una **hidratación** adecuada y **evitar la obesidad**

Tratamiento: Medidas generales y tratamiento no farmacológico

- La asociación de las cefaleas infantiles con factores alimentarios o dietéticos es mucho menor respecto al adulto, por lo que **se desaconseja la evitación alimentaria indiscriminada.**
- **Aconsejar** al niño que se estire en un **lugar oscuro, fresco y tranquilo, alejado de ruidos** ambientales. El uso de **paños fríos** en la frente puede ser beneficioso
- Sobre todo en las cefaleas tensionales resulta efectivo el uso de **técnicas de relajación**

Tratamiento farmacológico: episodio agudo

- **Administración precoz:** < 2 horas del inicio
- **Dosificación eficaz :** superior al antipirética.
- **Primera elección : Ibuprofeno**
 - En casos de **cefaleas de repetición** escoger aquel fármaco que habitualmente le resulta más efectivo.

Tratamiento del episodio agudo

	Principi actiu	Posologia		Dosi màxima	Efectes adversos	Precaucions	Nivell d'evidència
		Edat (pes)	Dosis				
1ª línia	Ibuprofè	2-6 anys (10-20 kg)	10 mg/kg/6-8 h	600 mg /dia	Hipersensibilitat, alteracions digestives, hemorràgies digestives	En cas de molèsties GI, es pot administrar conjuntament amb aliments. Evitar l'ús concomitant amb altres AINEs. Evitar en IR.	Classe I, Nivell A
		7-12 anys (21-40 kg)	10 mg/kg/6-8 h	1200 mg /dia			
		> 12 anys (>40kg)	10-15 mg/kg/6-8 h	1600 mg /dia			
	Paracetamol	2-10 anys (<40kg)	15 mg/kg/6 h	80 mg/kg/dia	Malestar, augment de transaminases hepàtiques, hepatotoxicitat, hipotensió	Evitar el seu ús en al·lèrgics a sal·licilats o pacients amb dèficit de G6FDH	Classe I, Nivell B
		> 10 anys (≥ 40kg)	500-650 mg/6-8 h	3 g/día			
2ª línia	Naproxè	> 12 anys	DI = 10 mg/kg Dmant= 2,5-5 mg/kg/8h	15mg/kg/día	Somnolència, cefalea, vertígen, trastorns GI: molèsties abdominals, vòmits.	En cas de molèsties GI, es pot administrar conjuntament amb aliments. Evitar l'ús concomitant amb altres AINEs. Evitar en IR.	—
	Sumatriptà intranassal	> 12 anys	10 mg/dia	20 mg / dia	Disgèusia, mareig, somnolència.	No administrar conjuntament amb altres derivats ergotamínics. Evitar l'ús en pacients amb IH o IR. L'administració nasal pot produir sensació de cremor.	Classe I, Nivell A

Di : Dosi inicial; Dmant: dosi de manteniment; GI: gastrointestinals, G6FDH: glucosa- 6- fosfato deshidrogenasa.

CEFALEA NO AGUDA

PRIMÀRIA

APLICACIÓ CRITÈRIS IHS

CEFALEA TENSIONAL
EPISÒDICA
MIGRANYA

TRACTAMENT SIMPTOMÀTIC
VALORAR TRACTAMENT
PROFILÀTIC

SECUNDÀRIA

SENSE SOSPITA
D'AFECTACIÓ INTRACRANIAL

CEFALEA EN *CLUSTERS*
SECUNDÀRIA A TOS/EXERCICI
SECUNDÀRIA A SAHOS
DISFUNCIÓ
TÈMPOROMANDIBULAR
HTA (FEOCROMOCITOMA)

TRACTAMENT SEGONS
PATOLOGIA

AMB SOSPITA
D'AFECTACIÓ INTRACRANIAL

HIDROCEFÀLIA INTERMITENT
MALFORMACIONS
VASCULARS
PROCÉS EXPANSIU

DERIVACIÓ HOSPITALÀRIA
SERVEI DE NEUROLOGIA

CEFALEA NO AGUDA

PRIMÀRIA

APLICACIÓ CRITÈRIS IHS

CEFALEA TENSIONAL
EPISÒDICA
MIGRANYA

TRACTAMENT SIMPTOMÀTIC
VALORAR TRACTAMENT
PROFILÀTIC

SECUNDÀRIA

SENSE SOSPITA
D'AFECTACIÓ INTRACRANIAL

TRACTAMENT SEGONS
PATOLOGIA

AMB SOSPITA
D'AFECTACIÓ INTRACRANIAL

- **Despertares y vómitos matutinos**
- **Exploración neurológica alterada**
- **Síntomas neurológicos persistentes**
- **Alteraciones visuales permanentes**
- **Papiledema**
- **Intensidad desmedida**

DERIVACIÓ HOSPITALÀRIA
SERVEI DE NEUROLOGIA

CEFALEA NO AGUDA

PRIMÀRIA

APLICACIÓ CRITÈRIS IHS

CEFALEA TENSIONAL
EPISÒDICA
MIGRANYA

TRACTAMENT SIMPTOMÀTIC
VALORAR TRACTAMENT
PROFILÀTIC

SECUNDÀRIA

SENSE SOSPITA
D'AFECTACIÓ INTRACRANIAL

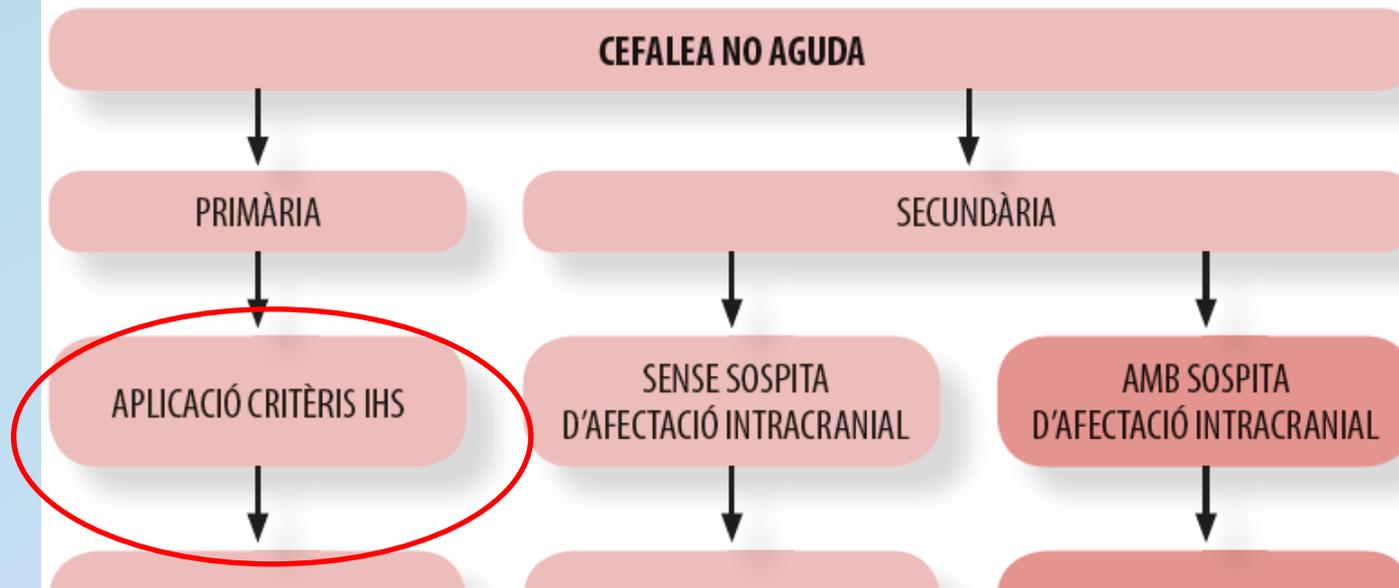
CEFALEA EN *CLUSTERS*
SECUNDÀRIA A TOS/EXERCICI
SECUNDÀRIA A SAHOS
DISFUNCIÓ
TÈMPOROMANDIBULAR
HTA (FEOCROMOCITOMA)

TRACTAMENT SEGONS
PATOLOGIA

AMB SOSPITA
D'AFECTACIÓ INTRACRANIAL

HIDROCEFÀLIA INTERMITENT
MALFORMACIONS
VASCULARS
PROCÉS EXPANSIU

DERIVACIÓ HOSPITALÀRIA
SERVEI DE NEUROLOGIA



	Migranya sense aura	Cefalea tensional
A. Concepte general	Al menys 5 epissodis que compleixin els criteris B, C i D	Al menys 10 epissodis que compleixin els criteris B, C i D
B. Durada de la cefalea	Entre 1 h i 72 h	Entre 30 min. i 17 dies
C. Al menys 2 característiques	1. Localització uni o bilateral 2. Caràcter pulsatiu 3. Intensitat moderada/greu 4. Agreujament amb l'activitat física	1. Localització bilateral 2. Caràcter opressiu 3. Intensitat lleu/moderada 4. No empitjora amb l'activitat física
D. Al menys 1 característica	1. Nàusees i/o vòmits 2. Fotofòbia i fonofòbia	1. Absència de nàusees i vòmits 2. Només una de les dues
E. Al menys 1 característica	1. S'han descartat altres malalties	1. S'han descartat altres malalties 2. Altra malaltia però sense relació

Tratamiento farmacológico preventivo. Cuándo iniciarlo en Atención Primaria?

- El tratamiento preventivo siempre deberá valorarse **individualmente** pero, en general, estará indicado cuando:
 - Se produzcan **más de 4 crisis al mes**.
 - **No respondan** satisfactoriamente al tratamiento durante las **crisis agudas**
 - Las crisis sean **intensas, prolongadas o incapacitantes**.
 - Interfieren en las actividades de la vida diaria (**Ped MIDAS superior a 21**)
- Se recomienda la **monoterapia iniciada a dosis bajas**
 - Aumentadas progresivamente
 - Revisión a los 3 meses del inicio para evaluar la efectividad del tratamiento
 - Mantenimiento del tratamiento durante 6-12 meses.

- Cuestionario PedMIDAS: 3 meses

1. Días perdidos en la escuela por el dolor de cabeza
2. Días perdidos parcialmente en la escuela por llegar tarde/recoger antes por el dolor de cabeza
3. Días en que su rendimiento o funcionamiento escolar ha sido inferior a la mitad de su capacidad habitual por el dolor de cabeza
4. Sobre las actividades en casa (deberes, tareas domésticas): número de días que no ha podido realizarlas por dolor de cabeza
5. Días en que no ha podido participar en juegos, deportes o actividades sociales por el dolor de cabeza
6. Días en los que ha podido participar en juegos, deportes o actividades sociales.pero con su capacidad habitual disminuida por el dolor de cabeza

Puntuación entre 11 y 20 considerar tratamiento profiláctico.

Superior a 21, indicación de tratamiento profiláctico.

Pla de seguiment coordinat de les cefalees
Neurologia Hospital Sant Joan de Déu - Pediatria Assistència Primària

Cognoms, Nom: _____

Mes núm.: _____

(Aquest qüestionari ajudarà a valorar el tractament més adequat pel seu fill/a. Cal omplir-lo durant 3 mesos)

	Dl	Dt	Dc	Dj	Dv	Ds	Dg	Df	Di	Dc	Dj	Dv	Ds	Dg	Di	Dt	Dc	Dj	Dv	Ds	Dg	EXEMPLE	
Dia del mes (senyalar festius)																							21
On fa mal? ⁽¹⁾																							C
Quant ha durat el dolor? (en hores)																							5
Et feia molt de mal? ⁽²⁾																							7
Has hagut de prendre analgèsics?																							
Resposta als analgèsics? ⁽³⁾																							R
Et molestava el llum?																							
Et molestaven els sorolls?																							
Tenies nàusees i/o vòmits?																							
Abans del mal de cap tenies sensacions a la vista? ⁽⁴⁾																							•
T'ha despertat a la nit el mal de cap?																							•
Has faltat a l'escola/institut?																							•
Has hagut d'entrar tard o sortir abans d'hora de l'escola/institut?																							•
T'ha afectat el rendiment escolar?																							
Has hagut de deixar de fer els deures a casa?																							
Has hagut de deixar de fer jocs, esports o activitats socials?																							•
Has pogut participar a jocs, esports o activitats socials però la capacitat habitual ha estat disminuïda?																							

(1) T = tot el cap; F = al front; D = al darrera; C = a un costat; 2C = als costats; V = variable • (2) De 1 a 10 (1 = poquíssim; 10 = no es pot aguantar)

(3) B = bona; R = regular; D = dolenta. • (4) Llumetes, visió borrosa, etc. Si la resposta és si, omple el requadre; si és no, posi un punt.

Pla de seguiment coordinat de les cefalees
Neurologia Hospital Sant Joan de Déu - Pediatria Assistència Primària

Cognoms, Nom: _____

Mes núm.: _____

(Aquest qüestionari ajudarà a valorar el tractament més adequat pel seu fill/a. Cal omplir-lo durant 3 mesos)

	Dl	Dt	Dc	Dj	Dv	Ds	Dg	Df	Di	Dc	Dj	Dv	Ds	Dg	Di	Dt	Dc	Dj	Dv	Ds	Dg	EXEMPLE	
Dia del mes (senyalar festius)																							21
On fa mal? ⁽¹⁾																							C
Quant ha durat el dolor? (en hores)																							5
Et feia molt de mal? ⁽²⁾																							7
Has hagut de prendre analgèsics?																							
Resposta als analgèsics? ⁽³⁾																							R
Et molestava el llum?																							
Et molestaven els sorolls?																							
Tenies nàusees i/o vòmits?																							
Abans del mal de cap tenies sensacions a la vista? ⁽⁴⁾																							•
T'ha despertat a la nit el mal de cap?																							•

PedMIDAS	Has faltat a l'escola/institut?																						•
	Has hagut d'entrar tard o sortir abans d'hora de l'escola/institut?																						•
	T'ha afectat el rendiment escolar?																						
	Has hagut de deixar de fer els deures a casa?																						
	Has hagut de deixar de fer jocs, esports o activitats socials?																						•
	Has pogut participar a jocs, esports o activitats socials però la capacitat habitual ha estat disminuïda?																						

(1) T = tot el cap; F = al front; D = al darrera; C = a un costat; 2C = als costats; V = variable • (2) De 1 a 10 (1 = poquíssim; 10 = no es pot aguantar)
 (3) B = bona; R = regular; D = dolenta. • (4) Llumetes, visió borrosa, etc. Si la resposta és si, omple el requadre; si és no, posi un punt.

Profilaxis de la migraña: Flunarizina

- Grado de evidencia Clase I, nivel B
- Antagonista del calcio: vasodilatador de acción central y periférico
- **Posología:**
 - <40 Kg: 2.5-5 mg/día (dosis única nocturna)
 - >40 Kg: 5-10 mg/día (dosis única nocturna)
- **Contraindicaciones:**
 - Antecedentes de depresión
 - Síntomas extrapiramidales
 - Hipersensibilidad al fármaco

Profilaxis de la migraña: Flunarizina

- **Efectos secundarios:**
 - Sedación
 - Aumento de peso
 - Síntomas extrapiramidales (Parkinsonismo)
 - Depresión y cambios de humor
- **A monitorizar:**
 - Aparición de síntomas depresivos
 - Aparición de extrapiramidalismo

Profilaxis de la cefalea tensional:

Amitriptilina

- Grado de evidencia desconocido en niños (Adultos: clase I, nivel A)
- **Posología:**
 - Inicio: 0.25 mg/Kg/d (dosis única nocturna)
 - Aumentos progresivos cada 2 semanas: 0.25 mg/Kg/día (dosis única nocturna)
 - Dosis máxima: 1 mg/Kg/día ó 60 mg

Profilaxis de la cefalea tensional:

Amitriptilina

- **Contraindicaciones:**

- QT largo
- Alteraciones del ritmo y cardiovasculares
- Historia de crisis epilépticas
- Diabetes mellitus
- Glaucoma de ángulo estrecho / ↑ Presión intraocular
- Historia de retención urinaria / oclusión intestinal
- Disfunción hepática
- Hipertiroidismo / medicación tiroidea

Profilaxis de la cefalea tensional: Amitriptilina

- **Efectos adversos:**
 - Somnolencia
 - Efectos anticolinérgicos: boca seca, estreñimiento, sudoración, temblores
 - Hipotensión
 - Alteraciones cardíacas: taquicardia sinusal y alargamiento del QT
- **Antes del inicio de tratamiento:**
 - ECG
 - Presión arterial

Elección del tratamiento preventivo y evaluación: consenso

- Migraña: flunarizina.
- Cefalea tensional: Amitriptilina.
- Si después de la primera pauta de tratamiento profiláctico la cefalea no mejora estará indicado remitir al paciente al neuropediatra.
- Valoración de la respuesta al tratamiento profiláctico:
PedMIDAS durante 3 meses

Tratamiento preventivo: control

- Evaluar la eficacia tras 3 meses (PedMIDAS)
 - Continuar en caso de eficacia 6-12 meses
 - Remitir a Neurología en caso de no ser eficaz
- Anualmente probar la suspensión del tratamiento:
 - Reducción gradual
 - Evaluación de la necesidad de reiniciarlo

CEFALEA. PRIMERA VISITA PEDIÀTRICA

Descartar patologia intracranial
(Exploració neurològica i fons d'ull)

Tractament simptomàtic

Realització del diari de cefalees
(Durant 3 mesos)

SEGONA VISITA PEDIÀTRICA

Valoració de
l'evolució
(Diari de cefalees)

Valoració prescripció
tractament profilàctic
si PedMIDAs > 21

Si tractament preventiu

TERCERA VISITA PEDIÀTRICA

Valoració
Tractament preventiu
realitzat durant 3 mesos
(Diari de cefalees)

Tractament efectiu

Seguir el tractament

Tractament NO efectiu

Derivació a
Neuropediatria

Cuándo y cómo derivar cefaleas crónicas/recurrentes al Servicio de Neurología del Hospital de San Joan de Déu

- **Tratamiento profiláctico iniciado por el pediatra no eficaz.**
- **Migrañas acompañadas de alteración de la conciencia/ hemiplejía**
- **Dudas diagnósticas después unos meses de seguimiento**
- **Exploración neurológica anormal.**
- **Cefalea tensional crónica con un mínimo de 15 días de duración al mes durante 3 meses y que no mejora con las medidas de profilaxis.**
- **Si se trata de un cefalea progresiva sin respuesta a los analgésicos.**

Derivaciones a neuropediatría: acompañadas del diario de cefaleas, que ya contiene el PedMIDAS, durante 3 meses

Cuándo se debe derivar al Servicio de Urgencias del Hospital de Sant Joan de Déu?

- Ante signos de alarma y sospechosos de **proceso expansivo y / o hipertensión intracraneal**
 - Exploración neurológica alterada
 - Síntomas neurológicos persistentes
 - Alteraciones visuales permanentes no atribuibles a la migraña
 - Papiledema
 - Intensidad desmedida

Muchas gracias!!!

La cefalea en el nen i l'adolescent

Protocol de maneig a Pediatria d'Assistència Primària
coordinat amb el Servei de Neurologia de
l'Hospital de Sant Joan de Déu

Grup de consens

