

CEFALEA

Teresa Arana Navarro.

Centro de Salud Sagasta-Miraflores. Zaragoza.

tarana@salud.aragon.es

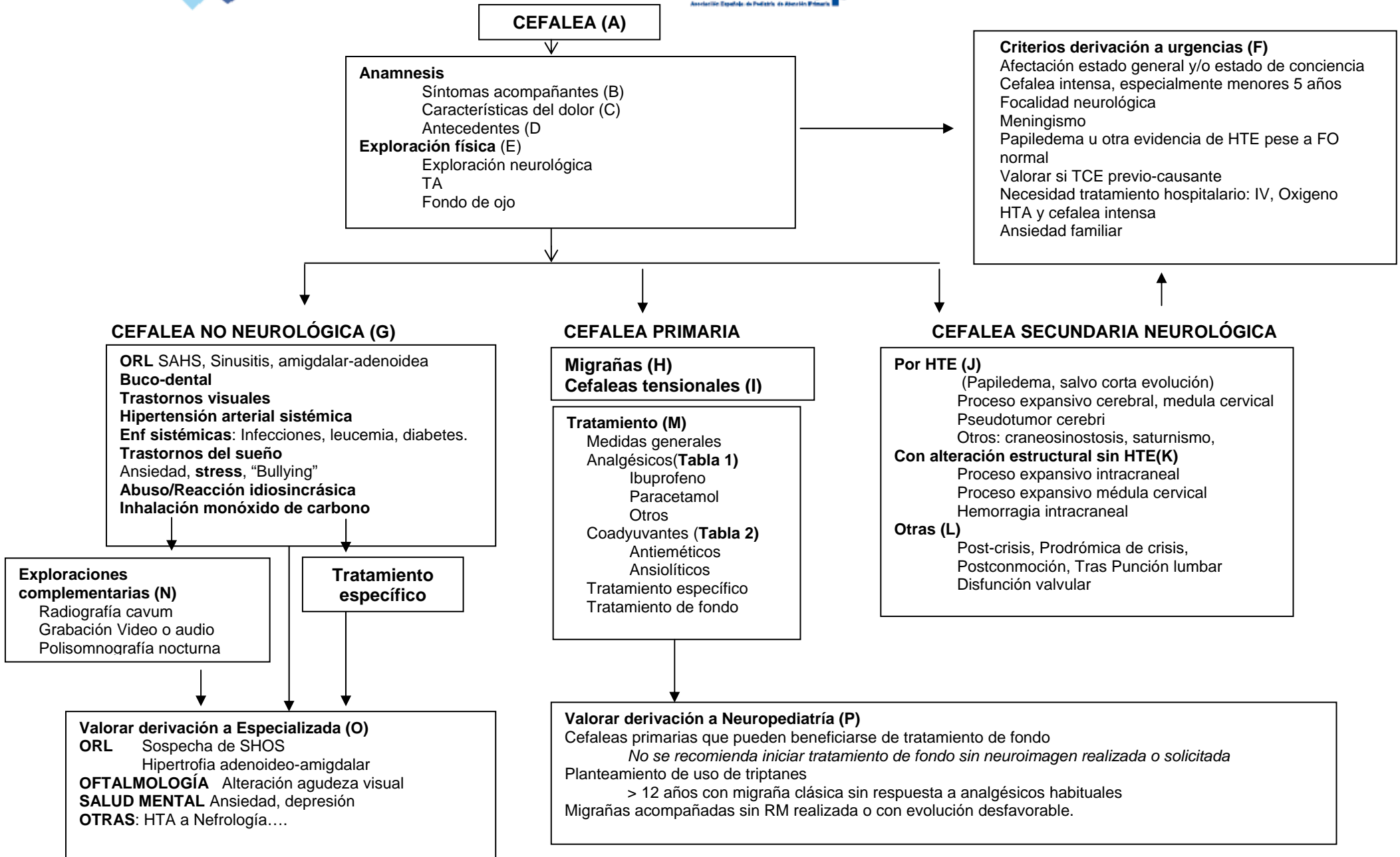
636348762

Javier López Pisón

Sección Neuropediatría.

Hospital Miguel Servet. Zaragoza

Cómo citar este artículo: Arana Navarro T, López Pisón J. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Cefalea. AEPap. 2015 (en línea). Disponible en algoritmos.aepap.org



A. INTRODUCCIÓN

Este algoritmo se aplica a la cefalea afebril; la cefalea febril precisa obviamente otra orientación diagnóstica.

La cefalea es frecuente motivo de consulta en los servicios de urgencias pediátricas y en la consulta de pediatría, y frecuente motivo de ingreso hospitalario. La cefalea es un síntoma muy inespecífico de diversos problemas, y la mayor parte de las cefaleas recurrentes en la infancia son tensionales o migrañosas. Desde el punto de vista diagnóstico, la mayor preocupación en el paciente con cefalea es la posibilidad de que esta se deba a una lesión estructural intracraneal.

Una historia clínica detallada junto a una exploración física y neurológica permitirá en la mayoría de los casos orientar el diagnóstico etiológico.

El pediatra de Atención Primaria debe identificar las cefaleas de causa no neurológica, las tensionales y migrañosas y sospechar las cefaleas secundarias de origen neurológico. Debe conocer los criterios de indicación de neuroimagen y de derivación a urgencias hospitalarias.

El pediatra de Atención Primaria debe controlar la mayor parte de las cefaleas en la infancia e indicar el tratamiento sintomático a dosis adecuadas. La mayor parte de las cefaleas de los niños responden a una primera línea de tratamiento, y es nuestra obligación su manejo racional. En algunas ocasiones las cefaleas primarias se pueden beneficiar de tratamiento de fondo.

B. ANAMNESIS

Una buena historia clínica nos va a facilitar la orientación diagnóstica en la mayoría de los casos de cefalea. Se deben valorar los síntomas acompañantes y las características del dolor^{1,2,3}. La información se debe obtener tanto de los padres como del niño. Se deben valorar además los antecedentes familiares y personales.

Síntomas acompañantes:

Nos van a orientar en muchas ocasiones a la causa de las cefaleas no neurológicas.

- La existencia de mucosidad, rinorrea posterior se asocia a patología de vías respiratorias altas.
- El dolor localizado en boca o articulación temporomandibular a patología bucodental
- El ronquido es el síntoma principal del síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS), asociado a inquietud, fatiga, déficit de atención y escaso rendimiento escolar. La somnolencia diurna es más frecuente en el niño mayor y en el adulto.
- Las alteraciones en la visión nos van a orientar a trastornos de la refracción.
- Otros síntomas como fiebre, mialgias, anorexia, astenia, se asocian a enfermedades sistémicas: infecciosas, anemia.

Es frecuente la asociación de síntomas vegetativos en las migrañas: náuseas, abdominalgias, fotofobia, fonofobia.

Los vómitos matutinos son característicos de la hipertensión endocraneal.

C. CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR

Edad de inicio:	En niños menores de 5 años es mayor el riesgo de patología estructural.
Frecuencia, Periodicidad	Aguda, como las asociadas a infecciones de vías altas. Aguda y recurrente, episodios agudos de dolor separados por intervalos libres como en las migrañas Crónica no progresiva en las tensionales y psicológicas Crónica progresiva, característica de la hipertensión endocraneal (HTE) y los procesos expansivos..
Forma de presentación.	Cefalea de aparición abrupta y de gran intensidad sugiere hemorragia intracraneal; con frecuencia asociará meningismo.
Horario	La cefalea en el síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) e HTE es típicamente matutina; las tensionales de predominio vespertino.
Duración	La migraña dura de 1 a 3 horas en el niño pequeño y puede durar hasta 48-72 horas en el adolescente. La cefalea tensional puede durar todo el día.
Intensidad	La cefalea por HTE puede despertar al niño por la noche.
Localización, irradiación	El dolor local sugiere una cefalea extraneurológica (sinusitis, otitis, flemón dental). Las migrañas en el niño no son habitualmente hemicraneales como en el adolescente y adulto. La cefalea tensional suele ser bilateral. La localización siempre en el mismo punto orienta a alteración estructural en dicha zona..
Cualidad:	El dolor es generalmente pulsátil en la migraña, opresivo en la tensional
Factores desencadenantes	Valorar si se produce o agrava por stress, ejercicio, menstruación, consumo de alimentos o fármacos. Las migrañas pueden aparecer por ciertos alimentos, olores, menstruación. Las migrañas y cefaleas tensionales por luces brillantes, ruidos, falta de sueño, stress y actividades físicas extenuantes. El empeoramiento con las maniobras de Valsalva orienta a HTE.
Factores atenuantes	La mejora en periodo vacacional es frecuente en migrañas y cefaleas tensionales. Los niños con migraña suelen mejorar con el silencio, la oscuridad y el sueño.

Una hoja de control donde se recojan las características de la cefalea: localización, intensidad, momento del día, factores precipitantes puede ayudar a la orientación diagnóstica, seguimiento y valoración de tratamiento.

D. ANTECEDENTES

Antecedentes personales

Dado que la cefalea es un síntoma muy inespecífico, hay que valorar la presencia de cualquier enfermedad sistémica que pueda asociar cefalea o complicaciones intracraneales: inmunodeficiencias, anemia falciforme, patología cardíaca con shunt derecha-izquierda, síndromes neurocutáneos...

Un evidente estancamiento en el desarrollo psicomotor o un claro deterioro en el rendimiento escolar pueden indicar organicidad en el niño con cefalea, si bien son situaciones excepcionales.

Valorar la personalidad del niño y la existencia de cambios recientes en su conducta, sueño, dieta o ejercicio.

La ingestión de fármacos, especialmente de reciente instauración.

Ante un traumatismo previo hay que valorar la posible relación causa-efecto.

Antecedentes Familiares

La migraña con frecuencia es familiar. Algunos tumores y malformaciones vasculares tienen un claro carácter hereditario

E. EXPLORACIÓN FÍSICA

La exploración física^{1, 2, 3} es normal en los niños con cefalea primaria.

En las secundarias, las alteraciones de la exploración física pueden orientar el diagnóstico (por ejemplo, dolor a la palpación en sinusitis).

En las cefaleas de causa neurológica estructural pueden existir alteraciones en la exploración neurológica.

Se debe realizar una exploración con especial atención a:

- Estado general y estado de conciencia.
- Constantes: temperatura (Tª), frecuencia cardíaca(FC).
- Tensión arterial (TA): es fundamental descartar la hipertensión arterial.
- Palpación de senos paranasales, cabeza, cuello.
- Otoscopia.

- Examen de la boca y mandíbula.
- Examen de la piel en busca de manchas que puedan asociarse a síndromes neurocutáneos, petequias, palidez
- Auscultación cardíaca.
- Agudeza visual y campimetría.
- Fondo de ojo (FO).
- Exploración neurológica. Las alteraciones neurológicas, particularmente alteración del estado de conciencia, trastornos de la oculomotricidad, ataxia u otras focalidades neurológicas sugieren patología intracraneal, aunque también pueden aparecer en las migrañas acompañadas..
- La pubertad precoz y alteraciones del crecimiento pueden indicar patología de línea media cerebral.

F. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A URGENCIAS^{4,5}

- Afectación del estado general y/o del estado de conciencia.
- Cefalea intensa, especialmente en menores de 5 años, en los que es mayor el riesgo de alteración estructural.
- Focalidad neurológica
- Meningismo, que en ausencia de fiebre orienta a hemorragia intracraneal, especialmente subaracnoidea; también puede asociar febrícula o fiebre.
- Papiledema u otra evidencia de hipertensión endocraneal (HTE) pese a FO normal, que puede ser normal en fases iniciales de HTE.
- Valorar si traumatismo craneoencefálico (TCE) previo-causante

En todos los casos previos está indicada la neuroimagen urgente o preferente (máximo 2-3 días). La neuroimagen idónea es la resonancia magnética (RM) cerebral, que da más información y no tiene radiación; sin embargo es difícil disponer de RM de forma urgente o preferente, por lo que en su defecto se realiza TAC craneal.

- Hipertensión arterial (HTA) y cefalea intensa, pues requeriría estudio y probablemente tratamiento al ser HTA sintomática.
- En paciente migrañoso o con cefalea recurrente ya conocido con dolor intenso que requiera tratamiento hospitalario: IV, oxígeno al 100%.
- Ansiedad familiar.

G. CAUSAS DE CEFALEA SECUNDARIA NO NEUROLÓGICA^{2,3}

- La patología otorrinolaringológica y de vías respiratorias altas es causa frecuente de cefalea: otitis, mastoiditis, sinusitis, amigdalitis, hipertrofia adeno-amigdalar.

Su localización es habitualmente frontal u occipital, que se incrementa con las sacudidas de cabeza.

- La patología buco-dental o mandibular se asocia a dolor localizado y relacionado con la masticación: caries, flemón, disfunción de la articulación temporomandibular.
- Las alteraciones de la refracción en el niño pueden cursar con cefalea, que suele ser vespertina y en la región ocular.
- No hay que olvidar que la hipertensión arterial sistémica se asocia a cefalea, de ahí la importancia de la toma de la TA en cualquier niño con cefalea.
- Muchas enfermedades sistémicas pueden manifestarse con cefalea: infecciones, especialmente viriasis u otras como anemia, leucemia, diabetes, arritmia o insuficiencia cardiaca
- Cualquier patología con hipercapnia nocturna puede asociar cefalea de predominio matutino. El síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) en niños de 2-5 años se relaciona con hipertrofia adeno-amigdalar y en niños mayores de 10-14 años con obesidad.
- Cualquier otro trastorno del sueño puede provocar cefalea, generalmente matutina.
- Los trastornos psicosociales pueden asociar cefalea, especialmente en niños ansiosos o estresados. Es importante descartar la posibilidad de acoso escolar.
- Otras situaciones que pueden desencadenar cefalea son el ayuno, el ejercicio extenuante y estímulos fríos como un helado.
- Relación con la ingesta de ciertos alimentos, aditivos (glutamato, nitritos).
- Abuso de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Los síntomas de la inhalación de monóxido de carbono son bastante inespecíficos, pero generalmente incluyen cefalea. Habitualmente se afectan varios miembros de la familia. Se deben al uso de sistemas de calefacción o la combustión de coches en lugares mal ventilados, en los que la falta de oxígeno ambiental hace que el gas se quemé de forma inadecuada, produciendo mayor cantidad de monóxido de carbono.
- Cefalea asociada a la ingestión de fármacos: analgésicos, glucocorticoides, anticonceptivos orales, metilfenidato, ranitidina, claritromicina.
- La cefalea asociada a abuso de analgésicos es mucho menos frecuente en el niño que en el adulto.

H. MIGRAÑAS

Criterios diagnósticos de migraña ⁶.

Migraña sin aura:

- A. Al menos 5 ataques que cumplan los criterios de B a D.
- B. Cefalea con duración entre 4 y 72 horas (no tratadas o insatisfactoriamente tratadas)
- C. Cefalea con al menos 2 de las siguientes características:

- Localización unilateral.
- Pulsátil
- Intensidad del dolor moderada o severa
- Agravada o causada por actividad física rutinaria (andar, subir escaleras)

D. Durante la cefalea al menos uno de los siguientes:

- Náuseas y/o vómitos.
- Fotofobia y/o fonofobia.

E. No encaja con otro diagnóstico de la International Classification of Headache 3rd edition (ICH-3)

Migraña con aura:

A. Al menos 2 episodios que cumplan los criterios B y C

B. Uno o más síntomas completamente reversibles:

- Visuales
- Sensoriales
- Del habla y/o lenguaje
- Motores
- De troncoencéfalo
- Retinianos
- Síntomas neurológicos.

C. Al menos 2 de las siguientes 4 características:

- Al menos un síntoma progresa durante 5 minutos o más y/o dos ó más síntomas ocurren sucesivamente.
- Cada síntoma individual dura entre 5 y 60 minutos.
- Al menos un síntoma del aura es unilateral.
- El aura se acompaña o se sigue de cefalea en los siguientes 60 minutos.

D. No encaja con otro diagnóstico de la ICH-3 y se ha excluido un ataque isquémico transitorio.

Migraña con aura típica:

A. Al menos 2 ataques cumplen los criterios B a D.

- B. Aura consistente en síntomas visuales, sensoriales y/o trastornos del habla y del lenguaje, todos ellos reversibles. No auras motoras, de troncoencefalo o retinianos.
- C. Al menos 2 de las siguientes 4 características:
- Al menos un síntoma progresa durante 5 minutos o más y/o dos ó más síntomas ocurren sucesivamente.
 - Cada síntoma individual dura entre 5 y 60 minutos.
 - Al menos un síntoma del aura es unilateral
 - El aura se acompaña o se sigue de cefalea en los siguientes 60 minutos.
- D. No encaja con otro diagnóstico de la ICH-3 y se ha excluido un ataque isquémico transitorio.

Migrañas con aura atípica:

- **Migraña hemipléjica**; puede ser familiar.
- **Migraña basilar**, con afectación de troncoencefalo, pudiendo incluir alteración del estado de conciencia, ataxia, diplopía, parestesias y paresias.
- **Otras**: Migraña confusional, migraña oftalmopléjica, migraña retiniana (con escotoma o ceguera monocular).

Características de las migrañas en niños

- Los ataques pueden durar entre 2 y 72 horas.
- La cefalea es bilateral con más frecuencia que en adultos; el patrón unilateral generalmente aparece en la adolescencia.
- La cefalea occipital es rara e indica mayor riesgo de lesión estructural.
- La fotofobia y fonofobia pueden deducirse del comportamiento del niño.

I. CEFALEAS TENSIONALES

Criterios diagnósticos de cefalea tensional⁶.

- A. Al menos 10 episodios de cefalea que cumplen criterios de B a D.
- Infrecuentes: 1 episodio mensual de media: 12 al año.
- Frecuentes: De 1 a 14 días al mes de media durante más de 3 meses: entre 12 y 180 días al año. Típica la forma crónica no progresiva.
- B. La cefalea dura de 30 minutos a 7 días.
- C. Al menos 2 de las siguientes características:
- Bilateral.

- Opresiva (no pulsátil)
- Intensidad leve o moderada
- No se agrava con actividades físicas rutinarias: andar, subir escaleras.

Los 2 siguientes (ambos)

- No náuseas o vómitos
- No más de uno: fotofobia o fonofobia

D. No encaja con otro diagnóstico de la de la International Classification of Headache 3rd edition (ICH-3) y se ha excluido un ataque isquémico transitorio.

J. CEFALÉAS NEUROLÓGICAS POR HIPERTENSIÓN ENDOCRANEAL (HTE) ⁷:

Asocian papiledema (salvo corta evolución), y paresia del VI (diplopia) o de otros pares craneales. Se sospecha ante cefaleas progresivas, matutinas o que despiertan por la noche, acompañadas de vómitos, especialmente si mejora tras ellos. Cefaleas persistentes, aunque no sean muy intensas, especialmente en menores de 5 años.

- **Tumor/absceso cerebral:** Pueden producir HTE:
 - Por hidrocefalia obstructiva: tumores de línea media o fosa posterior.
 - Por ocupación de espacio: tumores hemisféricos cerebrales. Suelen dar otros síntomas o alteraciones en la exploración neurológica.
- **Proceso expansivo de médula cervical**, por hidrocefalia obstructiva; con frecuencia se acompañan de rigidez cervical.
- **Hidrocefalias no tumorales.**
- **Pseudotumor cerebri o hipertensión endocraneal benigna**, cuadro relativamente frecuente, especialmente en niñas adolescentes, caracterizado por HTE: papiledema, paresia del VI par uni o bilateral con estrabismo y visión doble, cefaleas y vómitos. En general, de causa desconocida, aunque puede deberse a diversas causas: infecciones ORL, uso o retirada de corticoides, hiper o hipovitaminosis A, antibióticos, alteraciones endocrinas... Cede en semanas o meses. El único riesgo es la afectación visual.
- **Craneosinóstosis:** deformidad craneal, habitualmente con macro o microcefalia. Muy raro que produzca HTE
- **Saturnismo**
- **Forma HTE del síndrome de Guillain Barré.**

K. CEFALÉAS NEUROLÓGICAS CON ALTERACIÓN ESTRUCTURAL SIN HIPERTENSIÓN ENDOCRANEAL (HTE), CON O SIN FOCALIDAD

NEUROLÓGICA ⁷

- **Proceso expansivo intracraneal**, raro sin HTE, generalmente con focalidades neurológicas.
- **Proceso expansivo de médula cervical**, habitualmente acompañado de rigidez cervical o tortícolis.
- **Anomalías de la charnela cráneo-cervical. Anomalía de Chiari I.** Frecuente hallazgo casual sin ninguna repercusión, difícil establecer como causa de cefalea sin focalidad neurológica, salvo localización cervical posterior u occipital.
- **Malformación vascular intracraneal**, generalmente asocia otros síntomas o focalidades neurológicas.
- **Hemorragia subaracnoidea**, habitualmente de inicio brusco y se acompaña de rigidez de nuca.
- **Hemorragias parenquimatosa cerebral, epidural y subdural**, habitualmente de inicio brusco y acompañadas de otros signos como afectación del sensorio y focalidades neurológicas. Muy raras espontáneas, sin antecedente de TCE.

L. OTRAS CEFALÉAS NEUROLÓGICAS ⁷

- **Postcrítica**: tras una crisis epiléptica. Una cefalea matutina puede ser reveladora de crisis nocturnas desapercibidas.
- **Prodrómica de crisis**
- **Postconmoción**: pueden durar incluso años tras el TCE.
- **Tras punción lumbar**: relativamente frecuente. Puede durar varios días y acompañarse de rigidez espinal.
- **Disfunción valvular**: hipofunción o colapso ventricular por válvula hiperfuncionante

M. TRATAMIENTO ^{2, 7, 8}

Recomendaciones generales del tratamiento de las cefaleas en su fase aguda:

- Los analgésicos han de utilizarse de forma precoz, a ser posible antes de 30 minutos desde que se inició la clínica.
- Se han de administrar a dosis óptimas desde el principio.
- Emplear aquel fármaco que ya fue efectivo en las anteriores crisis. Reservar el resto para posibles episodios resistentes. En casos de historia familiar de migraña, interrogar sobre analgésicos eficaces en sus padres.

Estas tres medidas anteriores potenciarán su efecto de forma importante si se indica al paciente que ha de intentar **encontrar un lugar donde pueda reposar e idealmente conciliar el sueño**: un lugar tranquilo, sin ruidos, y con poca luz. Esta medida es muchas veces la clave para que funcionen los analgésicos administrados.

Valorar tratamientos coadyuvantes:

- Antieméticos, especialmente si náuseas, vómitos o dolor abdominal acompañantes. Algunos autores recomiendan añadirlos en cefaleas rebeldes a tratamiento para favorecer la absorción de los analgésicos.
- Ansiolíticos. Algunos autores los asocian en el estatus migrañoso

Ante resistencia al dolor con la dosis óptima de un analgésico de primera línea, se pueden combinar entre si los diferentes analgésicos de primera línea. Ojo con el abuso de analgésicos (las cefaleas por abuso de analgésicos son frecuentes en adultos, aunque poco frecuentes en la infancia).

Tratamiento específico de la migraña: triptanes

Somatriptan intranasal 10 mg.

Aceptado **en mayores de 12 años con migrañas simple o con aura típica**, en ataques agudos y si no hay respuesta a tratamiento de primera línea.

Si no es efectiva una primera dosis no se aconseja repetir nueva dosis en el mismo episodio. Si el efecto es parcial o recurre la cefalea, se puede repetir la dosis pasadas al menos 2 horas (máximo 2 administraciones al día).

Otros tratamientos del ataque agudo:

- Bolus de Dexametasona IV en casos de status migrañoso.
- Oxígeno 100% en mascarilla a 6-8 lpm durante 15-30 minutos. Si es efectivo se evidencia mejoría clínica en los primeros 10-15 minutos.

Tratamiento de fondo

La decisión de tratamiento de fondo se debe tomar de forma consensuada con la familia y con el niño, valorando la intensidad de la cefalea, frecuencia y repercusión sobre la actividad diaria del niño. Se aconseja su retirada periódicamente

Los fármacos más utilizados son: propranolol, antagonistas del calcio (flunaricina), antidepresivos tricíclicos (amitriptilina), valproato, topiramato, zonisamida y gabapentina

N. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

La realización de radiografía no está indicada de forma rutinaria para el diagnóstico de sinusitis aguda no complicada; debe ser reservada a fracasos terapéuticos o sospecha de complicación, no se recomienda en menores de 6 años^{9,10}.

Ante la sospecha de SAHS (niños roncadores, trastornos del sueño, cefaleas matutinas):

- El método ideal para el diagnóstico es la polisomnografía (PSG) convencional, en la que se registran simultáneamente las variables neurofisiológicas y cardiorespiratorias durante el sueño, que nos permite conocer la calidad y cantidad de sueño y la repercusión de las apneas e hipopneas. Su alto coste y complejidad técnica limitan su disponibilidad ^{11, 12, 13}.
- La pulsioximetría nocturna es una prueba alternativa a la PSG, generalmente domiciliaria, en la que se mide la saturación de oxígeno a lo largo de la noche. Es una prueba barata, fácil de realizar y un buen método para evaluar a los niños con sospecha clínica de SAHS. Ante un niño con clínica sugestiva, la prueba patológica establece el diagnóstico, pero en el caso de ser normal no descartaría el SAHS, por lo que habría que realizar una PSG ^{12, 13, 14, 15}.
- La grabación por parte de los padres de un video con audio del niño de un periodo sintomático durante el sueño puede ser muy útil para visualizar los esfuerzos respiratorios, escuchar los ronquidos y las pausas de apnea ^{11, 13}..

En dependencia de la enfermedad sistémica que se sospeche se realizará: Analítica, ECG

O. VALORAR DERIVACIÓN A ESPECIALIZADA

- ORL: si se sospecha síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS) o hipertrofia adenoideo-amigdalina u otros procesos ORL complicados y/o con escasa respuesta terapéutica.
- OFTALMOLOGÍA: si existen alteraciones de la agudeza visual, dificultad en la realización de fondo de ojo o fundoscopia dudosa.
- SALUD MENTAL: valorar si la cefalea puede estar relacionada con ansiedad, depresión o patología psicosomática.
- OTRAS: La existencia de HTA obliga a su estudio, habitualmente en las unidades de Nefrología.

P. VALORAR DERIVACIÓN A CONSULTA DE NEUROPEDIATRÍA ⁷

- **Cefaleas primarias que pueden beneficiarse de tratamiento de fondo:** Episodios intensos y frecuentes que requieran un uso frecuente de analgésicos.
No se recomienda iniciar tratamiento de fondo sin neuroimagen realizada o solicitada.
- Planteamiento de **uso de triptanes** en pacientes mayores de 12 años con migraña clásica o con aura típica que no responden a analgésicos habituales.
- **Migrañas con aura sin RM realizada o con evolución desfavorable.**

En los casos anteriores, la derivación a neuropediatría puede depender por una parte de la posibilidad de solicitar neuroimagen desde atención primaria y por otra de la experiencia del pediatra en el tratamiento de fondo o en el uso de triptanes.

La neuroimagen, salvo urgencia y no disponibilidad de RM, es la RM cerebral, que da mayor información y no asocia radiación.

TABLA 1. PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO:

FÁRMACO	VÍA	DOSIS
IBUPROFENO	Oral	5-10 mg/kg./6-8 h (Máximo. 40 mg/kg./día) Adultos 400-600 mg/ 6-8 h Máx 2.4 g
PARACETAMOL	Oral	10-15 mg/kg/4-6 h (Máximo. 60 mg/kg/día) Adultos 0.5-1 g/6h Máximo 4g/día
	Rectal	10-15 mg/kg/4h. (Máximo 60 mg/kg/día) Adultos 650 mg/4-6h. (Máximo 4g/día)
METAMIZOL	Oral, Rectal, IV	Oral o rectal 10-40 mg/kg./6-8h. (Máximo 2g/dosis 6g/d) Adultos 500 mg/6-8 h máximo 10 días.
		IV 40 mg/kg/6h. (Máximo 6g/día.) Adultos 1-2g/6-8h.

TABLA 2. TRATAMIENTOS COADYUVANTES:

FÁRMACO	VÍA	DOSIS
---------	-----	-------

ANTIEMÉTICOS Ante: Síntomas digestivos Rebeldía a tratamiento	Domperidona Oral, rectal Ondansetrón Sublingual, IV Metoclopramida I.V, I.M	Oral: 5-10 mg/8h, o 0,3 mg/kg/día. (Máximo 80mg/día) Rectal: adultos 60mg/12 h, niños 30mg/12 h IV: 0,1-0,15 mg/kg/dosis cada 4-12 horas (máximo 8 mg/dosis). Sublingual: 4 mg en <15 kg y 8 mg en >15 kg. 0.2 mg/kg./6 h (Máximo 10 mg) Adulto 10 mg/8 h
ANSIOLITICOS Algunos autores los asocian en el estatus migrañoso	Diacepam Oral, IV, rectal Clorpromazina Oral, IM, IV o rectal	0,2 - 0,3 mg/kg/4 h. (Máximo 0.6mg/kg. en 8h) 0.5 mg/kg/6-8 horas o 15 mg/m ² de sc. Máximo: 40mg/día en 1-5 años 75mg/día 6-12 años 1g/día en >12años.

Otros analgésicos: Ketorolaco, Naproxeno, Indometacina, Diclofenaco, Ácido acetilsalicílico, Dexketoprofeno..

Bibliografía:

1. Lewis DW, Ashwal S, Dahl G, Dorbad D, Hirtz D, Prensky A, et al; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology; Practice Committee of the Child Neurology Society. Practice parameter: evaluation of children and adolescents with recurrent headaches: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology* 2002; 59:490-8.
2. Blanco Lago R, Castillo Obeso J, Tranche Iparraguirre S. Cefaleas en la infancia. Guía clínica fisterra.com. 2010 [consultado 7 de diciembre de 2014]. Disponible en <http://www.fisterra.com/guías-clínicas/cefaleas-infancia/>
3. Bonthius DJ, Lee AG. Approach to the child for headache. In UptoDate, Post TW (Ed), UptoDate, Waltham MA, 2014.
4. King Ch. Emergent evaluation of headache in children. In UptoDate, Post TW (Ed), UptoDate, Waltham MA, 2014.

5. Protocolo Hospital Universitario Miguel Servet. Cefalea recurrente en consulta de Neuropediatría. Última actualización octubre 2014.
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. (beta version) Cephalalgia 2013; 33: 629-808.
7. Protocolo Hospital Universitario Miguel Servet. Cefalea: Estrategia diagnóstica terapéutica en urgencias de pediatría. Última actualización octubre 2014.
8. Lewis D, Ashwal S, Hershey A, Hirtz D, Yonker M, Silberstein S; American Academy of Neurology Quality Standards Subcommittee; Practice Committee of the Child Neurology Society. Practice parameter: pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents: report of the American Academy of Neurology Quality Standards Subcommittee and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*. 2004; 63: 2215-24
9. Callén Bleuca M, Garmendia Iglesias MA y Grupo de vías respiratorias de la AEPap. El pediatra de Atención Primaria y la sinusitis. Protocolos de GVR (P-GVR-7). [consultado 7 de diciembre de 2014]. Disponible en <http://aepap.org/sites/default/files/gvr/sinusitis-2013.pdf>
10. Martínez Campos L, Albañil Ballesteros R, De la Flor Bru J, Piñeiro Pérez R, Cervera J, Baquero Artgao F, et al. Documento de consenso sobre etiología, diagnóstico y tratamiento de la sinusitis. *An Pediatr (Barc)*.2013; 79: 330.e1-330e12. [consultado 10 de diciembre de 2014]. Disponible en <http://analesdepediatria.elsevier.es>
11. Abad MA, Abad C, Díaz del Campo P, Díaz E, Gracia J, Machín M et al; Grupo de trabajo de la GPC sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en la Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y en la Adolescencia en Atención Primaria. Madrid; Ministerio de Ciencia e Innovación; 2011. [consultado 7 de diciembre de 2014]. Disponible en http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_489_Trastorno_Sue%C3%B1o_infadil_Lain_Entr_resumen.pdf.
12. Rivero Millán P, Domínguez Reyes A. La apnea del sueño en el niño. *Vox Paediatrica* 2011. XVIII: 77-85.
13. Villa JR, Martínez C, Pérez G, Cortell I, Gómez-Pastrana D, Álvarez D, et al. Síndrome de apneas-hipopneas del sueño. Protocolos diagnósticos terapéuticos de la AEP; *Neurmológia*; 2008 [consultado 7 de diciembre de 2014]. Disponible en http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/7_4.pdf
14. Romero Andújar F. Síndrome de apnea del sueño en la infancia. *Rev Patol Respir* 2012; 13, Supl 1: 36-8.
15. Rey García J, Fernández Merino MC, Mejide Calvo L, Zamarrón C, González-Quintela A, Gude F. Eficacia de la pulsioximetría en el diagnóstico del síndrome de apnea obstructiva durante el sueño en un estudio poblacional. *Aten Primaria*. 2003; 32: 144-9.