

Curso urgencias pediátricas

Patología neurológica:

- TCE
- Crisis convulsiva
- Síncope
- Cefalea

Raquel Escribano Ferrer (R3 Pediatría)

Nieves Picó Alfonso (Adjunta Pediatría)

Traumatismo craneoencefálico

- Traumatismos craneoencefálicos(TCE): 3-5% de las consultas
- 90% leves
- Caídas mecanismo más común



Clasificación

- **TCE LEVE**: Glasgow 14-15

Algunos autores distinguen **TCE mínimo** (Glasgow =15)

- **TCE MODERADO**: Glasgow 9-13

- **TCE GRAVE**: Glasgow <9

Clasificación

TABLA I. Escala de Coma de Glasgow para población general y modificada para lactantes

Escala de Glasgow		Escala de coma modificada para lactantes	
Actividad	Mejor respuesta	Actividad	Mejor respuesta
Apertura de ojos		Apertura de ojos	
Espontánea	4	Espontánea	4
Al hablarle	3	Al hablarle	3
Con dolor	2	Con dolor	2
Ausencia	1	Ausencia	1
Verbal		Verbal	
Orientado	5	Balbuceo, palabras y frases adecuadas, sonrío, llora	5
Confuso	4	Palabras inadecuadas, llanto continuo	4
Palabras inadecuadas	3	Llanto y gritos exagerados	3
Sonidos inespecíficos	2	Gruñidos	2
Ausencia	1	Ausencia	1
Motora		Motora	
Obedecer órdenes	6	Movimientos espontáneos	6
Localizar dolor	5	Localizar dolor	5
Retirada al dolor	4	Retirada al dolor	4
Flexión anormal	3	Flexión anormal	3
Extensión anormal	2	Extensión anormal	2
Ausencia	1	Ausencia	1

Manejo

- **TCE LEVE:** Glasgow 14-15
- **TCE mínimo:** Glasgow =15
- **TCE MODERADO:** Glasgow 9-13
- **TCE GRAVE:** Glasgow <9

Manejo

- **TCE LEVE:** Glasgow 14-15
- **TCE MÍNIMO** (Glasgow =15)

Objetivo: Identificar pacientes que han sufrido un TCE aparentemente menor y que puedan presentar un daño cerebral subyacente.

FACTORES DE RIESGO DE DESARROLLAR UNA LESIÓN INTRACRANEAL

Factores de bajo riesgo

Glasgow 15

Exploración normal

En menores de 2 años, SIN cefalohematoma occipital, parietal o temporal

Mecanismo traumático banal

Sin síntomas asociados (pérdida de consciencia, vómitos ≤ 1 , cefalea o alteración del comportamiento)

Edad >3 meses

FACTORES DE RIESGO DE DESARROLLAR UNA LESIÓN INTRACRANEAL

Factores de riesgo intermedio

Caída >1 metro en menores de 2 años, >1,5 metros en mayores de 2 años

Traumatismo facial importante

Traumatismo no presenciado

Amnesia postraumática anterógrada o retrógrada >5 minutos

Paciente con patología neuroquirúrgica previa

Pérdida de conciencia <1 minuto

Vómitos aislados (no inmediatos en menores de 2 años)

Cefalea intensa (mayores de 2 años)

Irritabilidad, alteración del comportamiento o letargia ya resueltos (menores de 2 años)

FACTORES DE RIESGO DE DESARROLLAR UNA LESIÓN INTRACRANEAL

Factores de alto riesgo

Glasgow inicial en urgencias <14 (>2 años) o <15 (<2 años)

Glasgow <14, 2 horas después del traumatismo

Agitación, irritabilidad, somnolencia, bradipsiquia

Focalidad neurológica

Pérdida de consciencia >1 minuto

Vómitos persistentes, sobre todo si persisten 4-6 horas tras traumatismo

Fontanela abombada

Convulsión postraumática (sin antecedentes de crisis previa)

Sospecha de fractura con hundimiento o fractura de la base craneal

Salida de sangre o LCR por oído o fosa nasal

Golpes con objetos a gran velocidad o de gran peso

Caída >3 metros

Mordeduras de animales u otras heridas penetrantes

Accidente de tráfico (atropello, ciclista)

Trauma obstétrico (fórceps)

Scalp >5cm en menores de 2 años

Paciente con coagulopatía

Sospecha de malos tratos

¿RX CRANEAL?

Su utilidad está cada vez más cuestionada

Baja sensibilidad para LIC

Una RX craneal normal no excluye una lesión intracraneal

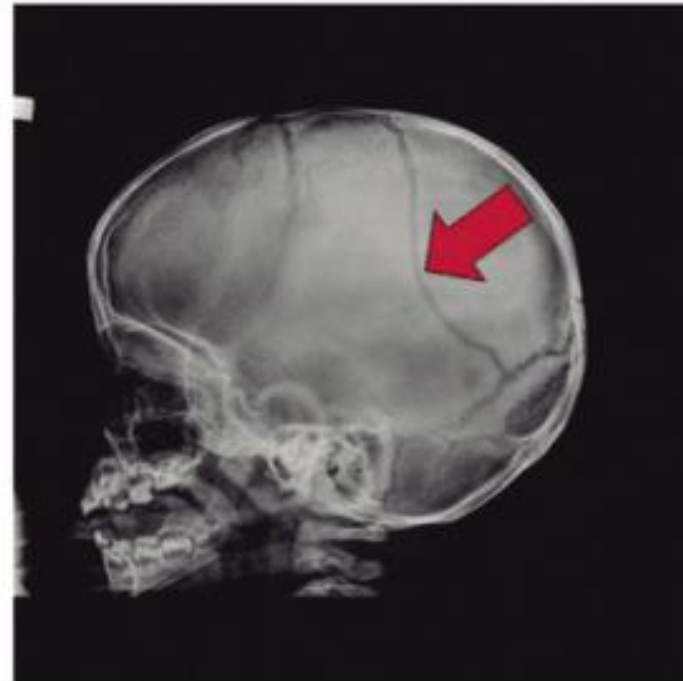
Indicaciones:

TCE mínimo o leve*:

- Menores de 3 meses: A todos
- 3 meses - 2 años: Si cefalohematoma no frontal (Aunque estén asintomáticos)

*Siempre que no esté indicado el TC

- **Si fractura:** Ingresar, TC, y contactar con Neurocirugía



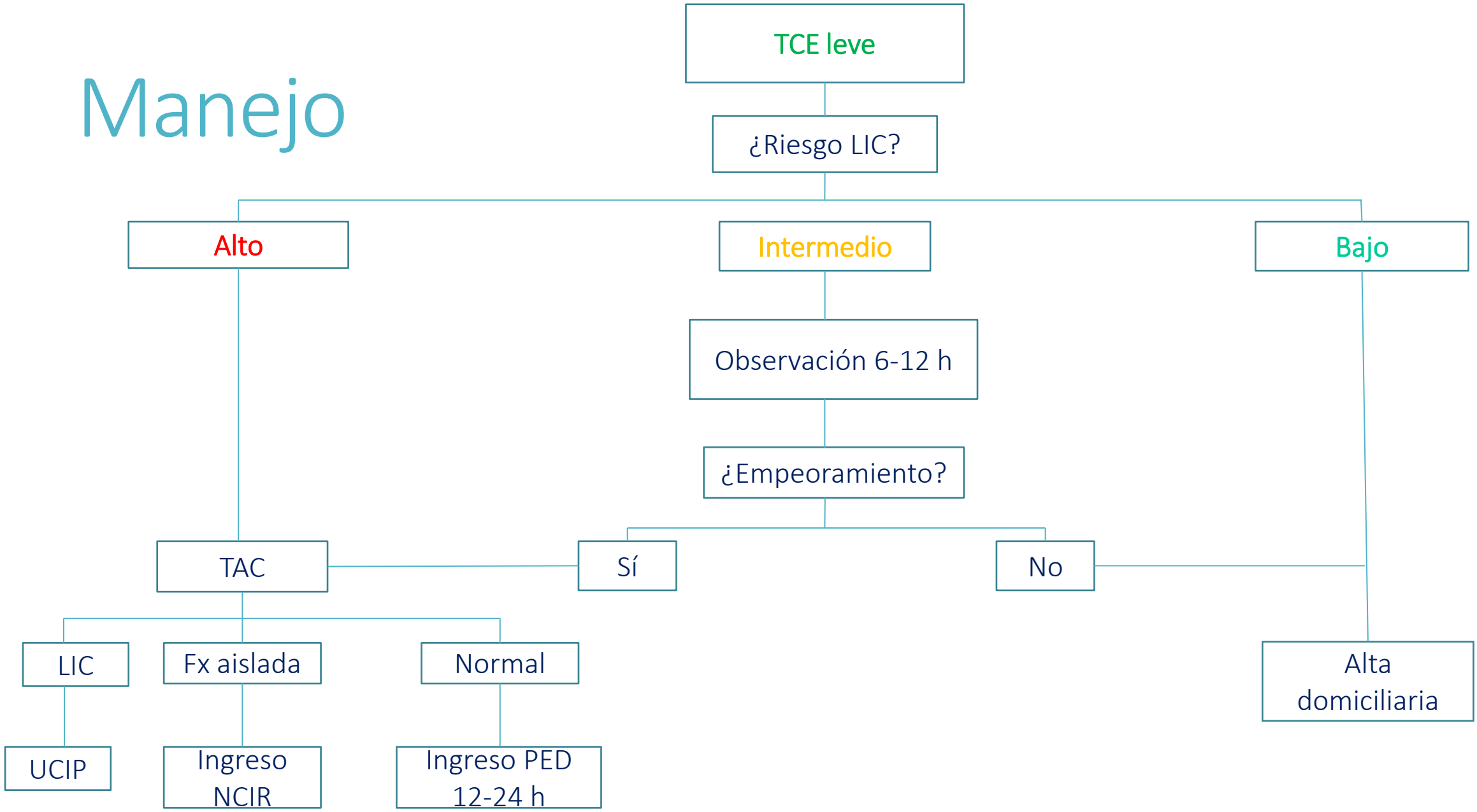
TC craneal

Indicaciones:

- TCE **moderado** o **grave**.
- TCE **leve** con factores de **alto riesgo**.
- En caso de TCE **leve** con factores de **riesgo intermedio** se tendrá en cuenta la exploración física del paciente, edad < 3 meses*, presencia de uno o varios criterios, empeoramiento de los signos/síntomas en la observación.

*La ecografía cerebral es alternativa sin fontanela abierta y riesgo intermedio.

Manejo



Manejo

- **TCE LEVE:** Glasgow 14-15
- **TCE MÍNIMO** Glasgow =15
- **TCE MODERADO:** Glasgow 9-13
 - Control respiratorio y hemodinámico
 - Analítica sanguínea urgente (incluyendo coagulación)
 - TAC protegiendo la columna con collarín
 - Ingreso en UCI
- **TCE GRAVE:** Glasgow <9
 - Estabilización respiratoria (siempre intubación) y hemodinámica urgente
 - Analítica sanguínea urgente (+ coag y gasometría) y pruebas cruzadas
 - Sonda nasogástrica (Orogástrica si sospecha de fractura de la base)
 - Inmovilización de la columna, con valoración neuroquirúrgica urgente y de otros especialistas si es preciso (politraumatizados)

Caso 1

Niño de 8 años de edad que acude tras haberse caído en el colegio mientras jugaba al fútbol, golpeándose a nivel temporo-parietal derecho. No pérdida de conciencia. No vómitos. Posteriormente refiere cefalea leve.

EF (incluida neurológica): normal.

¿Cuál sería la actitud más correcta en este caso?

- a) Solicitar Rx craneal.
- b) Dada la normalidad de la EF y los datos clínicos, no precisa de momento realizar pruebas complementarias.
- c) Dada la presencia de cefalea estaría indicado realizar TAC craneal urgente.
- d) Ingreso para observación.

Caso 1

Niño de 8 años de edad que acude tras haberse caído en el colegio mientras jugaba al fútbol, golpeándose a nivel temporo-parietal derecho. No pérdida de conciencia. No vómitos. Posteriormente refiere cefalea leve.

EF (incluida neurológica): normal.

¿Cuál sería la actitud más correcta en este caso?

a) Solicitar Rx craneal.

b) Dada la normalidad de la EF y los datos clínicos, no precisa de momento realizar pruebas complementarias.

c) Dada la presencia de cefalea estaría indicado realizar TAC craneal urgente.

d) Ingreso para observación.

Caso 1

Mientras espera en urgencias presenta un vómito alimenticio. La madre refiere que previa a la caída había tomado un bocadillo ¿Qué hacemos?

- a) Remitimos a domicilio con observación.
- b) Valorar solicitar TAC craneal.
- c) Canalizar vía periférica e iniciar fluidoterapia IV.
- d) Ingreso para observación.

Caso 1

Mientras espera en urgencias presenta un vómito alimenticio. La madre refiere que previa a la caída había tomado un bocadillo ¿Qué hacemos?

- a) Remitimos a domicilio con observación.
- b) Valorar solicitar TAC craneal.
- c) Canalizar vía periférica e iniciar fluidoterapia IV.
- d) Ingreso para observación.

Caso 2

Lactante de 14 meses que es traído por su madre a urgencias tras recibir traumatismo en zona occipital, al caerse hacia atrás desde su propia altura. No vómitos ni pérdida de conocimiento.

EF: cefalohematoma en zona occipital, sin crepitación ni hundimiento. Leve irritabilidad al tocar la zona. Neurológico y locomotor normales.

¿Cuál sería la actitud más correcta en este caso?

- a) Solicitar Rx craneal dada la edad del paciente y la presencia de cefalohematoma no frontal.
- b) Dada la exploración neurológica normal, remitir a su domicilio con observación.
- c) Debería permanecer en observación 6-8 horas antes de remitir a su domicilio
- d) Solicitar TAC craneal dada la edad del paciente

Caso 2

Lactante de 14 meses que es traído por su madre a urgencias tras recibir traumatismo en zona occipital, al caerse hacia atrás desde su propia altura. No vómitos ni pérdida de conocimiento.

EF: cefalohematoma en zona occipital, sin crepitación ni hundimiento. Leve irritabilidad al tocar la zona. Neurológico y locomotor normales.

¿Cuál sería la actitud más correcta en este caso?

- a) Solicitar Rx craneal dada la edad del paciente y la presencia de cefalohematoma no frontal.
- b) Dada la exploración neurológica normal, remitir a su domicilio con observación.
- c) Debería permanecer en observación 6-8 horas antes de remitir a su domicilio
- d) Solicitar TAC craneal dada la edad del paciente

Caso 2

Radiografía craneal sin hallazgos patológicos ¿Cuál sería ahora nuestra actitud?

- a) Remitimos a domicilio con observación neurológica y analgesia.
- b) Solicitar TAC craneal, la radiografía no descarta la posibilidad de lesiones craneales en < 2 años
- c) Canalizar vía periférica e iniciar fluidoterapia IV.
- d) Ingreso para observación dada la edad del paciente.

Caso 2

Radiografía craneal sin hallazgos patológicos ¿Cuál sería ahora nuestra actitud?

- a) Remitimos a domicilio con observación neurológica y analgesia.
- b) Solicitar TAC craneal, la radiografía no descarta la posibilidad de lesiones craneales en < 2 años
- c) Canalizar vía periférica e iniciar fluidoterapia IV.
- d) Ingreso para observación dada la edad del paciente.

Caso 2

Si en la radiografía craneal se objetiva una fractura no desplazada, ¿qué haríamos?

- a) Precisaría ingreso para observación, como mínimo 6 horas.
- b) Remitir a domicilio ya que la exploración neurológica es normal.
- c) Solicitar TAC craneal.
- d) Permanecer en urgencias aprox 2 horas y si no incidencias remitir a domicilio con observación y analgesia.

Caso 2

Si en la radiografía craneal se objetiva una fractura no desplazada, ¿qué haríamos?

- a) Precisaría ingreso para observación, como mínimo 6 horas.
- b) Remitir a domicilio ya que la exploración neurológica es normal.
- c) Solicitar TAC craneal.
- d) Permanecer en urgencias aprox 2 horas y si no incidencias remitir a domicilio con observación y analgesia.

Crisis convulsiva

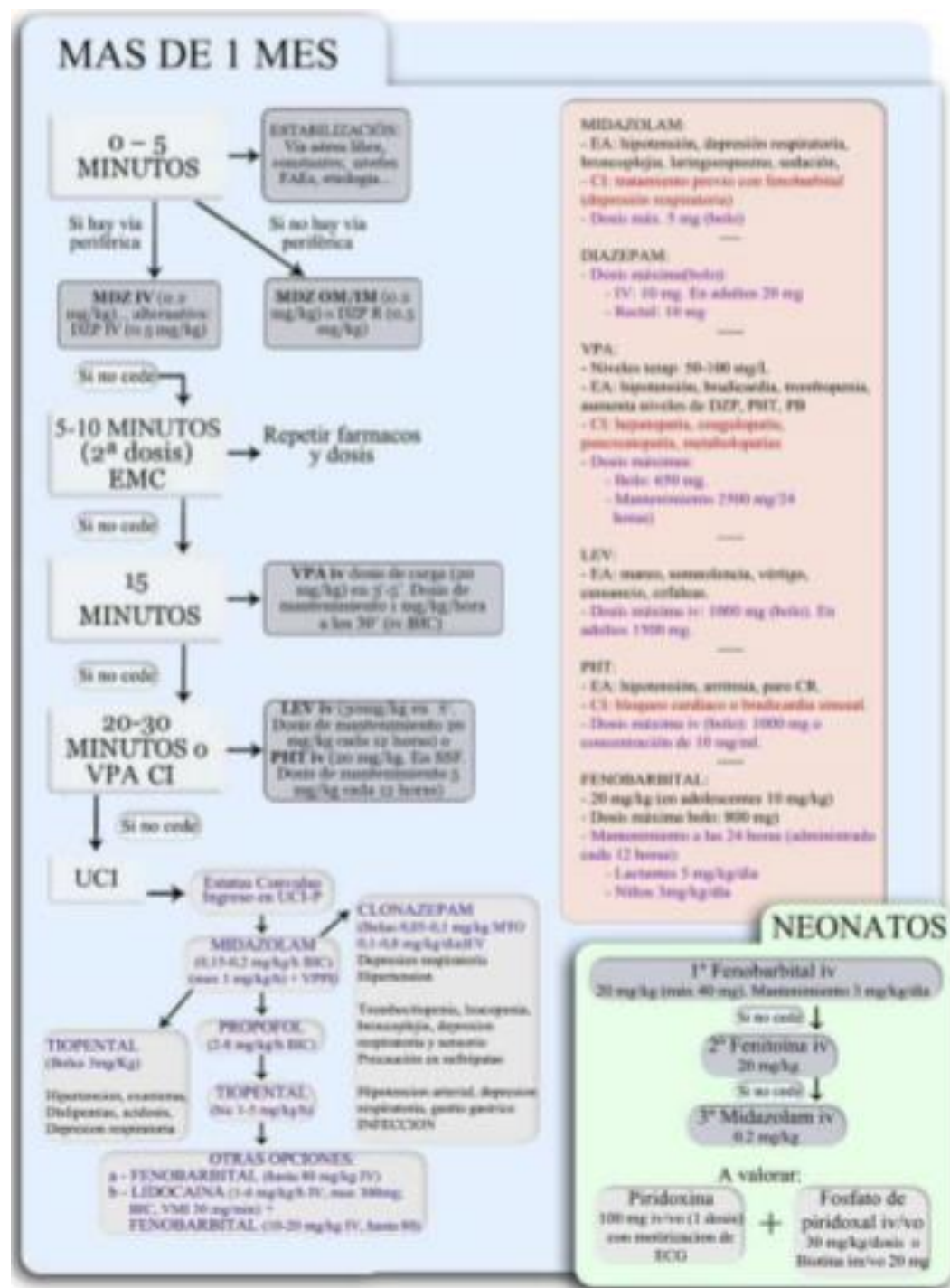
Fase tónica



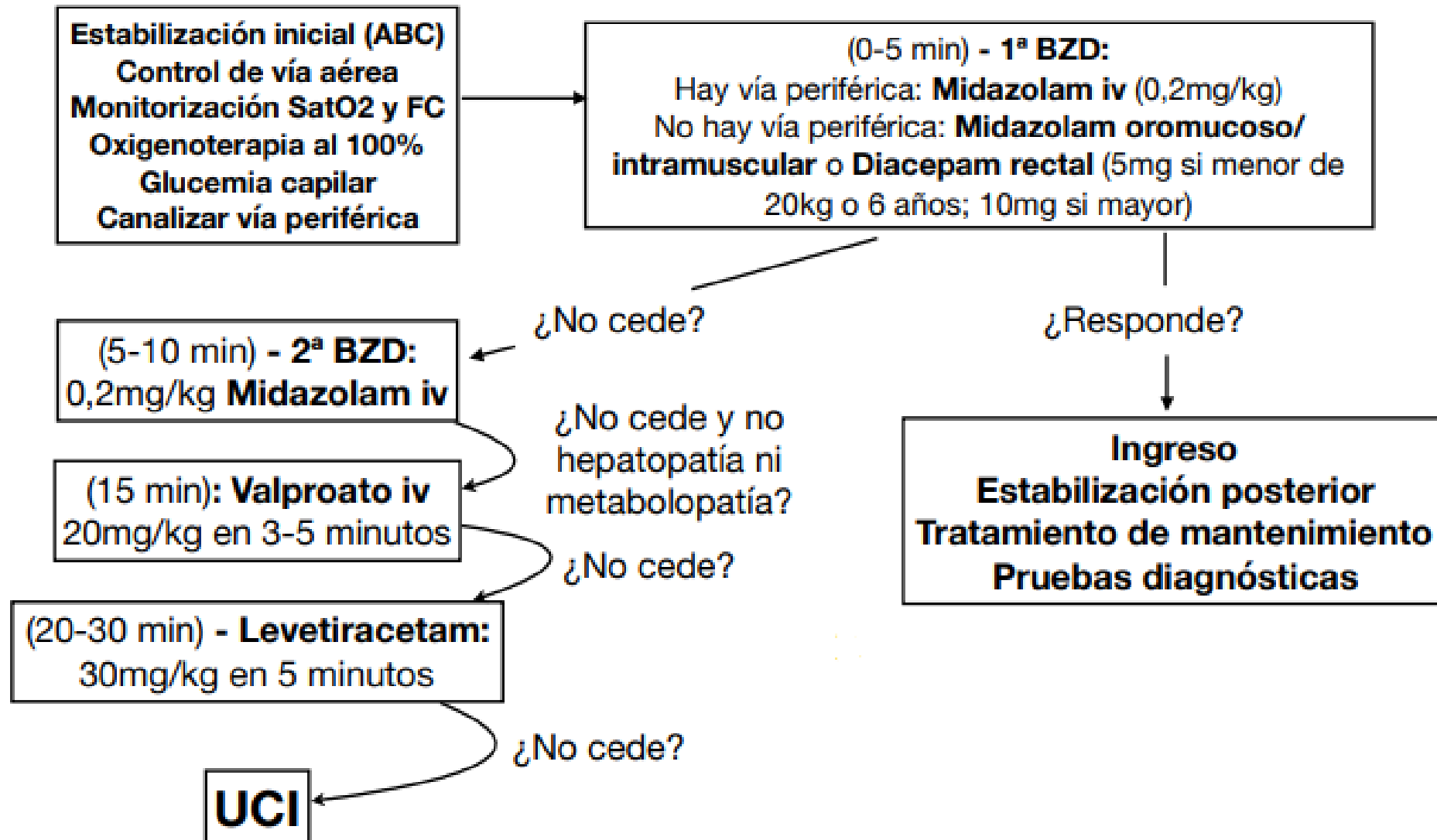
Fase clónica



Crisis convulsiva > 1 mes



Crisis Convulsiva (>1 mes)



Convulsión febril simple	Convulsión febril compleja
6 meses - 5 años	Otras edades
<10-15 minutos	>10-15 minutos
Tónico-clónica generalizada desde el inicio	Focal
No recurre en 24 horas	Recurre en 24 horas
Examen neurológico normal	Focalidad neurológica en postcrisis

Caso 3

Niño de 3 años de edad que acude por episodio súbito de desconexión, caída al suelo, movimientos tónico-clónicos de las 4 extremidades, sialorrea, cianosis perioral y sonidos guturales. Duración total aprox 3 minutos. Somnolencia posterior que persiste a su llegada a urgencias. Refiere la madre cuadro catarral los días previos. Gran ansiedad familiar.

EF: Tª 39°C. Hipoactivo pero reactivo a estímulos. Orofaringe hiperémica sin exudados con moco espeso en cavum. Ruidos de transmisión de vía superior.

1.- Describir tipo de episodio:

- a) Crisis parcial simple secundariamente generalizada, febril.
- b) Probable síncope febril.
- c) Crisis convulsiva generalizada febril.
- d) Espasmo del sollozo cianótico.

Caso 3

Niño de 3 años de edad que acude por episodio súbito de desconexión, caída al suelo, movimientos tónico-clónicos de las 4 extremidades, sialorrea, cianosis perioral y sonidos guturales. Duración total aprox 3 minutos. Somnolencia posterior que persiste a su llegada a urgencias. Refiere la madre cuadro catarral los días previos. Gran ansiedad familiar.

EF: Tª 39°C. Hipoactivo pero reactivo a estímulos. Orofaringe hiperémica sin exudados con moco espeso en cavum. Ruidos de transmisión de vía superior.

1.- Describir tipo de episodio:

- a) Crisis parcial simple secundariamente generalizada, febril.
- b) Probable síncope febril.
- c) Crisis convulsiva generalizada febril.
- d) Espasmo del sollozo cianótico.

Caso 3

2.- ¿La catalogaríamos de crisis convulsiva febril simple o compleja?

a) Simple.

b) Compleja.

c) Simple por el tiempo de duración y compleja por la edad.

d) Ninguna es cierta.

Caso 3

2.- ¿La catalogaríamos de crisis convulsiva febril simple o compleja?

a) Simple.

b) Compleja.

c) Simple por el tiempo de duración y compleja por la edad.

d) Ninguna es cierta.

Convulsión febril simple	Convulsión febril compleja
6 meses - 5 años	Otras edades
<10-15 minutos	>10-15 minutos
Tónico-clónica generalizada desde el inicio	Focal
No recurre en 24 horas	Recurre en 24 horas
Examen neurológico normal	Focalidad neurológica en postcrisis

Caso 3

3.- ¿Cuál de las siguientes es característica de las convulsiones febriles complejas?

- a) Edad 2 años
- b) Duración 7 minutos
- c) Crisis generalizada
- d) Dos crisis en 24 horas

Caso 3

3.- ¿Cuál de las siguientes es característica de las convulsiones febriles complejas?

- a) Edad 2 años
- b) Duración 7 minutos
- c) Crisis generalizada
- d) **Dos crisis en 24 horas**

Convulsión febril simple	Convulsión febril compleja
6 meses - 5 años	Otras edades
<10-15 minutos	>10-15 minutos
Tónico-clónica generalizada desde el inicio	Focal
No recurre en 24 horas	Recurre en 24 horas
Examen neurológico normal	Focalidad neurológica en postcrisis

Caso 3

4.- ¿Cómo manejarías al paciente a su llegada a urgencias?

- a) Administrar Stesolid rectal de 5 mg
- b) Monitorizar FC y sat O2, administrar paracetamol rectal y posteriormente EF completa.
- c) Canalizar vía periférica en primer lugar y posteriormente paracetamol IV para conseguir un rápido descenso de la fiebre.
- d) Administrar Apiretal oral.

Caso 3

4.- ¿Cómo manejarías al paciente a su llegada a urgencias?

a) Administrar Stesolid rectal de 5 mg

b) Monitorizar FC y sat O2, administrar paracetamol rectal y posteriormente EF completa.

c) Canalizar vía periférica en primer lugar y posteriormente paracetamol IV para conseguir un rápido descenso de la fiebre.

d) Administrar Apiretal oral.

Caso 3

5.- ¿Precisaría ingreso hospitalario?

- a) Sí dadas las características de la crisis.
- b) No. Ninguna crisis convulsiva febril precisa ingreso hospitalario.
- c) Dadas las características de la crisis y la presencia de un cuadro catarral claro, se podría remitir a domicilio. Habrá que valorar la ansiedad familiar.
- d) Todas son falsas.

Caso 3

5.- ¿Precisaría ingreso hospitalario?

a) Sí dadas las características de la crisis.

b) No. Ninguna crisis convulsiva febril precisa ingreso hospitalario.

c) Dadas las características de la crisis y la presencia de un cuadro catarral claro, se podría remitir a domicilio. Habrá que valorar la ansiedad familiar.

d) Todas son falsas.

Caso 4

Niño de 9 años de edad, traído por el SAMU por crisis convulsiva. La madre que ha presenciado la crisis, la describe de la siguiente forma: “primero ha desviado la comisura bucal y mirada hacia la izquierda. Posteriormente ha comenzado a mover de forma rítmica las 4 extremidades”. El médico del SAMU administra Stesolid rectal de 10 mg 5-6 minutos antes de llegar a urgencias.

- No han objetivado fiebre. Niegan crisis convulsivas previas.
- A su llegada a urgencias persisten los movimientos tónico-clónicos de las 4 extremidades y está afebril.

1.- ¿Qué hacemos?:

- a) No administrar ningún tratamiento.
- b) Administramos de nuevo Stesolid rectal 10 mg.
- c) Administrar midazolam IM.
- d) b y c son ciertas.

Caso 4

Niño de 9 años de edad, traído por el SAMU por crisis convulsiva. La madre que ha presenciado la crisis, la describe de la siguiente forma: “primero ha desviado la comisura bucal y mirada hacia la izquierda. Posteriormente ha comenzado a mover de forma rítmica las 4 extremidades”. El médico del SAMU administra Stesolid rectal de 10 mg 5-6 minutos antes de llegar a urgencias.

- No han objetivado fiebre. Niegan crisis convulsivas previas.
- A su llegada a urgencias persisten los movimientos tónico-clónicos de las 4 extremidades y está afebril.

1.- ¿Qué hacemos?:

- a) No administrar ningún tratamiento.
- b) Administramos de nuevo Stesolid rectal 10 mg.
- c) Administrar midazolam IM.
- d) b y c son ciertas.

Caso 4

2.- Describir tipo de episodio:

- a) Crisis parcial secundariamente generalizada, afebril.
- b) Crisis parcial compleja.
- c) Crisis convulsiva generalizada afebril.
- d) Epilepsia generalizada.

Caso 4

2.- Describir tipo de episodio:

- a) Crisis parcial secundariamente generalizada, afebril.
- b) Crisis parcial compleja.
- c) Crisis convulsiva generalizada afebril.
- d) Epilepsia generalizada.

Caso 4

3.- Se consigue canalizar vía periférica persistiendo la crisis a los 5 minutos de administrar midazolam IM, ¿qué tratamiento nos deberíamos plantear?

- a) Bolo de midazolam IV
- b) Bolo de diazepam IV
- c) Bolo de ácido valproico IV
- d) Perfusión de ácido valproico IV

Caso 4

3.- Se consigue canalizar vía periférica persistiendo la crisis a los 5 minutos de administrar midazolam IM, ¿qué tratamiento nos deberíamos plantear?

a) Bolo de midazolam IV

b) Bolo de diazepam IV

c) Bolo de ácido valproico IV

d) Perfusión de ácido valproico IV

Caso 4

4.- Tras el bolo de valproato cede la crisis (duración total aprox 20 minutos), ¿cuál de las siguientes no es cierta?

- a) Iniciaríamos perfusión de valproato IV.
- b) Se debería ingresar al paciente.
- c) No podríamos hablar de estatus convulsivo.
- d) La duración del episodio nos hace sospechar de epilepsia.

Caso 4

4.- Tras el bolo de valproato cede la crisis (duración total aprox 20 minutos), ¿cuál de las siguientes no es cierta?

- a) Iniciaríamos perfusión de valproato IV.
- b) Se debería ingresar al paciente.
- c) No podríamos hablar de estatus convulsivo.
- d) La duración del episodio nos hace sospechar de epilepsia.

ESTATUS EPILÉPTICO

Crisis >30 min o aparición de crisis continuas entre las que no se recupera la conciencia.

Caso 5

Niña de 6 años de edad que acude tras presentar pérdida de conciencia asociado a hipotonía de 1 minuto de duración. Refiere la madre que se le ha caído un diente 5 minutos antes del episodio. Previa a la pérdida de conciencia la nota pálida y sudorosa. Recuperación posterior inmediata.

EF (incluida neurológica): rigurosamente normal.

1.- ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

- a) Crisis convulsiva generalizada.
- b) Síncope vasovagal.
- c) Presíncope.
- d) Todas pueden ser ciertas.

Caso 5

Niña de 6 años de edad que acude tras presentar pérdida de conciencia asociado a hipotonía de 1 minuto de duración. Refiere la madre que se le ha caído un diente 5 minutos antes del episodio. Previa a la pérdida de conciencia la nota pálida y sudorosa. Recuperación posterior inmediata. EF (incluida neurológica): rigurosamente normal.

1.- ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

- a) Crisis convulsiva generalizada.
- b) Síncope vasovagal.
- c) Presíncope.
- d) Todas pueden ser ciertas.

Caso 5

2.- ¿Cuál sería el manejo?

- a) Tomar TA, FC, realizar dextro y ECG
- b) Únicamente precisa EF
- c) Tomar TA, FC, realizar dextro, ECG y Rx tórax
- d) Tomar TA, FC, realizar dextro, ECG, Rx tórax y analítica sanguínea.

Caso 5

2.- ¿Cuál sería el manejo?

a) Tomar TA, FC, realizar dextro y ECG

b) Únicamente precisa EF

c) Tomar TA, FC, realizar dextro, ECG y Rx tórax

d) Tomar TA, FC, realizar dextro, ECG, Rx tórax y analítica sanguínea.

Caso 5

3.- Las pruebas complementarias son normales ¿Cuál es la actitud a seguir?

- a) Ingreso hospitalario para ampliar estudio.
- b) Remitir a domicilio tras realizar IC a consultas externas de neuropediatría.
- c) Remitir a domicilio con recomendaciones.
- d) Solicitar IC a cardiología infantil.

Caso 5

3.- Las pruebas complementarias son normales ¿Cuál es la actitud a seguir?

- a) Ingreso hospitalario para ampliar estudio.
- b) Remitir a domicilio tras realizar IC a consultas externas de neuropediatría.
- c) Remitir a domicilio con recomendaciones.
- d) Solicitar IC a cardiología infantil.

Caso 5

4.- ¿Cuál de las siguientes nos haría dudar del diagnóstico de síncope?

- a) Cortejo vegetativo acompañante.
- b) Somnolencia posterior.
- c) Pérdida de conciencia.
- d) Todas son características de los síncope.

Caso 5

4.- ¿Cuál de las siguientes nos haría dudar del diagnóstico de síncope?

- a) Cortejo vegetativo acompañante.
- b) Somnolencia posterior.**
- c) Pérdida de conciencia.
- d) Todas son características de los síncope.

Caso 5

5- Y si la pérdida de conciencia se hubiera producido de forma brusca mientras jugaba al baloncesto ¿cambiaría la sospecha diagnóstica?

- a) No.
- b) Sí, habría que sospechar de un síncope cardiogénico.
- c) Sí, habría que sospechar de epilepsia.
- d) Todas son falsas.

Caso 5

5- Y si la pérdida de conciencia se hubiera producido de forma brusca mientras jugaba al baloncesto ¿cambiaría la sospecha diagnóstica?

a) No.

b) Sí, habría que sospechar de un síncope cardiogénico.

c) Sí, habría que sospechar de epilepsia.

d) Todas son falsas.

Caso 6

Lactante de 10 meses de edad. Refiere la madre que tras quitarle unas llaves con las que jugaba, ha iniciado llanto intenso, cianosis facial, pérdida de conciencia e hipotonía de 1 minuto de duración.

Recuperación posterior completa.

No se objetivan alteraciones a la EF

1.- ¿Cuál es la sospecha diagnóstica?

- a) Crisis convulsiva generalizada.
- b) Síncope vasovagal.
- c) Espasmo del sollozo cianótico.
- d) Todas pueden ser ciertas.

Caso 6

Lactante de 10 meses de edad. Refiere la madre que tras quitarle unas llaves con las que jugaba, ha iniciado llanto intenso, cianosis facial, pérdida de conciencia e hipotonía de 1 minuto de duración. Recuperación posterior completa.

No se objetivan alteraciones a la EF

1.- ¿Cuál es la sospecha diagnóstica?

- a) Crisis convulsiva generalizada.
- b) Síncope vasovagal.
- c) Espasmo del sollozo cianótico.
- d) Todas pueden ser ciertas.

Caso 6

2- ¿Qué actitud tomaríamos?

- a) Dejar en observación (en la sala de espera) durante al menos 1 hora por si se repite el episodio.
- b) Ingreso hospitalario para ampliar estudio.
- c) Explicar a la madre la benignidad del cuadro y remitir a domicilio.
- d) Remitir a consultas externas de neuropediatría.

Caso 6

2- ¿Qué actitud tomaríamos?

- a) Dejar en observación (en la sala de espera) durante al menos 1 hora por si se repite el episodio.
- b) Ingreso hospitalario para ampliar estudio.
- c) Explicar a la madre la benignidad del cuadro y remitir a domicilio.
- d) Remitir a consultas externas de neuropediatria.

Caso 6

3.- ¿Cuál de las siguientes es cierta?

- a) Los espasmos del sollozo implican afectación neurológica a largo plazo.
- b) Los espasmos del sollozo no suele recurrir.
- c) La presencia de clonías descarta el diagnóstico de espasmo del sollozo.
- d) Los espasmos del sollozo son benignos y pueden recurrir.

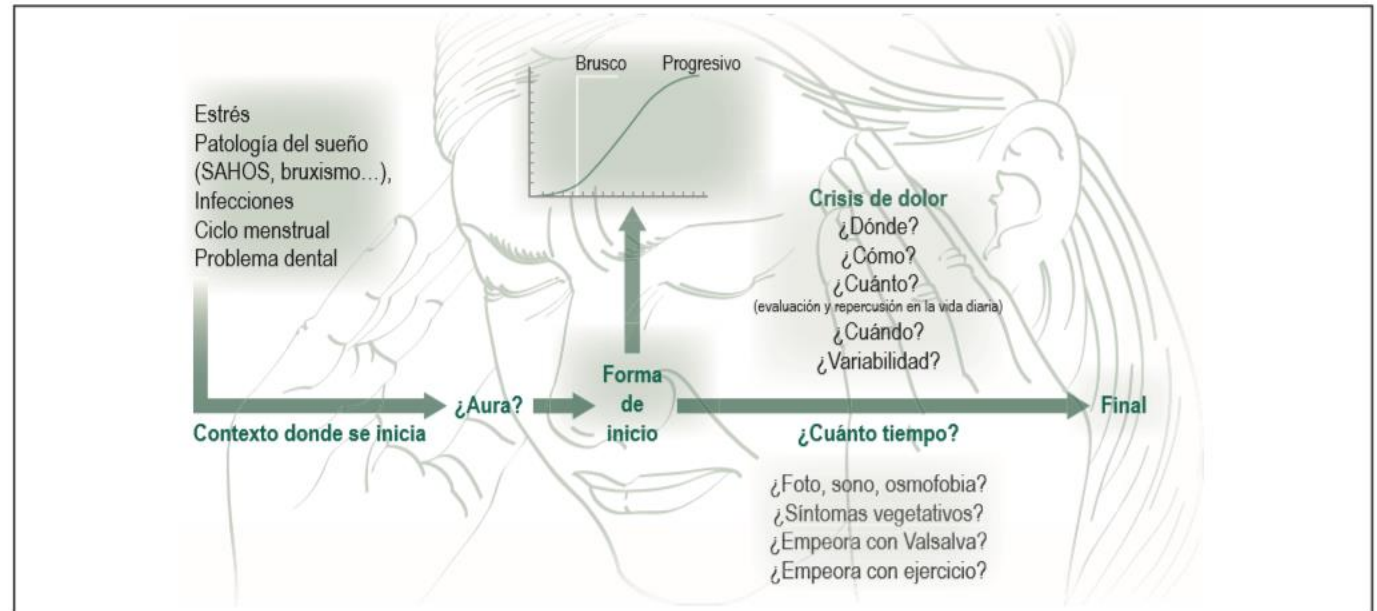
Caso 6

3.- ¿Cuál de las siguientes es cierta?

- a) Los espasmos del sollozo implican afectación neurológica a largo plazo.
- b) Los espasmos del sollozo no suele recurrir.
- c) La presencia de clonías descarta el diagnóstico de espasmo del sollozo.
- d) Los espasmos del sollozo son benignos y pueden recurrir.

Cefalea

- Fiebre es la causa más frecuente de cefalea en la infancia.
- Migraña es la 2º causa más frecuente.
- Importancia de una buena anamnesis.



- Puntos específicos de la EF:
 - Toma de constantes vitales con FC y TA.
 - Exploración de cabeza y cuello: boca (lesiones dentarias), orofaringe (hipertrofia amigdalар y descarga de moco posterior), cuello (contracturas o puntos dolorosos) y cuero cabelludo.
 - Exploración neurológica básica.
 - Fondo de ojo si signos de alarma.

MIGRAÑA vs CEFALEA TENSIONAL vs CEFALEA ORGÁNICA

SIGNOS DE ALARMA



- Edad menor de 5 años.
- Cefalea matutina o despierta por la noche.
- Vómitos en escopetazo.
- Alteración de la conducta, cambios de carácter, pérdida de peso.
- Aumenta con Valsalva, ejercicio físico o cambios posturales.
- Focalidad neurológica, edema de papila o signos meníngeos.
- Asociación de alteraciones en la exploración neurológica que no sean compatibles con un aura.
- Cefalea aguda, intensa y progresiva.
- Cefalea crónica y progresiva.
- Cefalea persistente, sin respuesta a medidas terapéuticas habituales.
- Cambio en las características (en caso de cefaleas previas)
- Portador de válvula ventrículo-peritoneal.

	MIGRAÑA	CEFALEA TENSIONAL	CEFALEA ORGÁNICA
EDAD DE INICIO	Infancia	Adolescencia/ Infancia	Variable
FRECUENCIA	1-30 al año	Diaria	Diaria
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	Años	Meses	Semanas/meses
DESENCADENANTES	Diversos	Ansiedad/ depresión	Hipertensión intracraneal
LOCALIZACIÓN	Frontal/hemicraneal	Occipital/ holocraneal	Variable
HORARIO	Variable	Vespertino	Matutino
INTENSIDAD	Moderada/intensa	Leve/moderada	Leve/moderada
CALIDAD	Pulsátil	Opresiva	Opresiva
SIGNOS ASOCIADOS	Aura visual, náuseas, vómitos, sono/fotofobia	Ansiedad, "mareo", sonofobia	Cambios de carácter, vómitos, signos neurológicos+
DURACIÓN	Horas	Constante	Diaria
ANTECEDENTES FAMILIARES	Frecuentes	Posibles	No

Pruebas complementarias en cefalea

En la mayoría de los casos no son necesarias.

- FO si signos de alarma.
- AS si sospecha infección.
- PL si signos meníngeos.

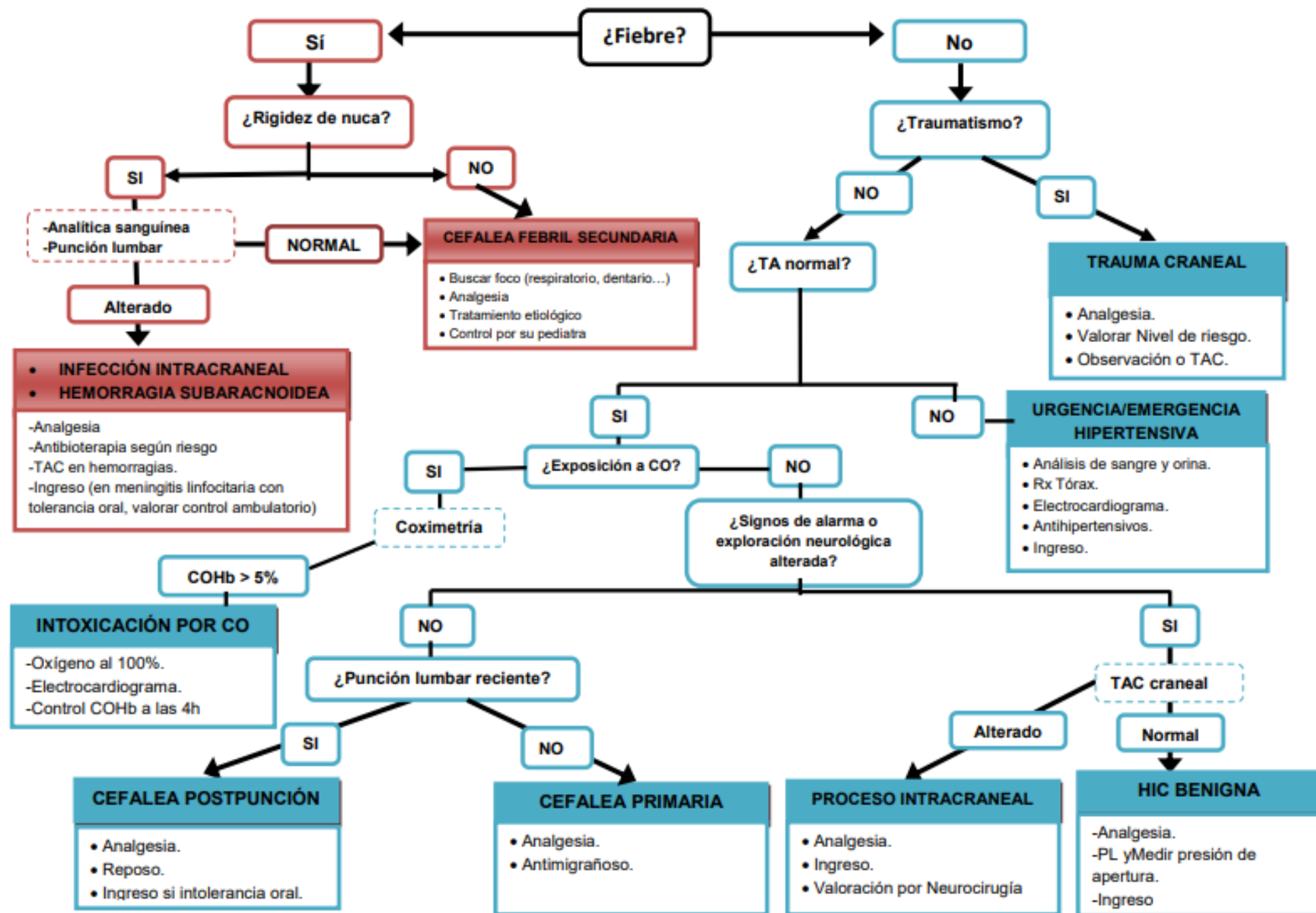
Pruebas de imagen:

TAC de urgencia.

RM de elección (malformación vascular, lesión tronco cerebral o LOES difíciles de visualizar con TAC)

Indicaciones prueba de imagen

- Edema de papila (criterio absoluto)
- Cefalea + signos de alarma (criterio absoluto)
- Aura prolongada (> 60 min) (criterio absoluto)
- Alteraciones endocrinológicas que puedan sugerir un tumor hipotalámico o hipofisiario (criterio absoluto)
- Localización occipital sin contractura cervical (criterio relativo)
- Cefalea postpunción que no mejora (criterio relativo)
- Antecedentes personales o familiares que puedan asociarse a tumoración intracraneal o enfermedad cerebrovascular (neoplasia pasada o activa, tto neuroquirúrgicos, sd neurocutáneo, hipercoagulabilidad, enf. metabólicas, etc) (criterio relativo)
- Ausencia de colaboración suficiente del paciente (criterio relativo) por edad o por alteración cognitiva asociada



¡Gracias!

