

PROCOLOS

MANEJO CONJUNTO DE LA CEFALEA EN PEDIATRIA

SERVICIO
CÁNTABRO
DE SALUD **SCS**

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Gerencia de Atención Primaria.

Fecha: Junio 2021

	PROTOCOLO	
	<i>MANEJO CONJUNTO DE LA CEFALEA EN PEDIATRÍA</i>	
Elaborado	Atención Primaria: María Isabel Vega Martín (Pediatra. CS...) y María Montserrat Matilla Barba (Pediatra. CS...) Atención Especializada: María Socorro Pérez Poyato (FEA Pediatría. Unidad de Neuropediatría, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla)	
Revisado	M Teresa Viadero Ubierna, Sandra Llorente Pelayo (FEAs Pediatría. H.U.M.Valdecilla)	
Aprobado	María Jesús Cabero Pérez (Jefa de Servicio de Pediatría. H.U.M. Valdecilla), Antonio Martínez Torre (Director Médico Atención Primaria. SCS)	
Fecha de entrada en vigor:		Fecha de próxima revisión:

1. INDICE

- INTRODUCCIÓN
- OBJETIVO
- POBLACIÓN DIANA
- RECURSOS PERSONALES Y MATERIALES
- PROCEDIMIENTO
 - Epidemiología
 - Clasificación
 - Diagnóstico
 - Manejo de las cefaleas orgánicas o secundarias
 - Manejo de las cefaleas primarias
 - Tratamiento
 - Criterios de derivación
- ANEXOS
- BIBLIOGRAFÍA

2. INTRODUCCIÓN

La cefalea es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Pediatría y en Neurología Infantil. Sólo un pequeño porcentaje de los pacientes padecen una enfermedad severa, lo que motiva una elevada demanda de recursos y preocupación en el entorno familiar.

3. OBJETIVO

El objetivo es orientar a los profesionales sanitarios en el manejo de la cefalea en Atención Primaria, tratando de diferenciar aquellas cefaleas que pueden manejarse en Atención Primaria, de las que deben ser remitidas para estudio y tratamiento; en algunos casos con carácter urgente al Servicio de Urgencias correspondiente.

4. POBLACIÓN DIANA

Pacientes hasta los 16 años en seguimiento en las consultas de pediatría de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma.

5. RECURSOS PERSONALES Y MATERIALES

Los profesionales implicados serán los médicos que desempeñan su labor asistencial en la consulta de Pediatría de Atención Primaria y en la consulta de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica.

6. PROCEDIMIENTO

Epidemiología:

La frecuencia de la cefalea aumenta con la edad, alcanzando un pico de prevalencia a los 11-13 años en ambos sexos. Las cifras de prevalencia varían en función de localizaciones geográficas, antes de los 7 años han presentado cefalea el 14% de los niños y 50% en el conjunto de la edad pediátrica, con predominio de niños durante la infancia y de niñas en la pubertad.

Excluimos de este protocolo las cefaleas en menores de 3 años, las que acompañan a procesos infecciosos del Sistema Nervioso Central (meningitis, encefalitis) y las que acompañan a procesos infecciosos intercurrentes (síndrome gripal, otitis media aguda, faringitis, catarro de vías altas...)

Clasificación:

De forma general, puede considerarse que existen dos grandes tipos de cefalea según su causa:

- Primarias: sin trastorno definitivo causante. Los tipos principales de cefalea primaria pediátrica son: la migraña sin y con aura y la cefalea tensional., siendo además éstas las de más interés para el pediatra de atención Primaria por su frecuencia.
- Secundarias: directamente causadas por un trastorno definido (tumores cerebrales y otras lesiones expansivas, sinusitis, apnea-hipopnea obstructiva del sueño, cefalea postraumática, hipertensión arterial, alteraciones de la refracción....).

Desde el punto de vista clínico [Cuadro 1] podemos clasificarlas según el patrón temporal de presentación y evolución de la cefalea en:

- Cefaleas agudas: es un suceso aislado sin historia de episodios similares, como síntoma único y principal. Habitualmente relacionadas con enfermedades agudas, secundarias a procesos infecciosos no neurológicos y con menos frecuencia infecciones del sistema nervioso central y ACVA.
- Cefaleas agudas recurrentes (o crónica paroxística): cuando la cefalea recurre periódicamente. Patrón habitual de la mayoría de las cefaleas primarias. El paradigma es la migraña y todos sus tipos.
- Cefaleas crónicas no progresivas: la frecuencia e intensidad de los episodios se mantienen estables. Más de 4 meses de cefaleas más de 15 días al mes que duran más de 4 horas. Normalidad del examen neurológico. Casi siempre son cefaleas primarias que asocian factores psicológicos, estrés o abuso analgésicos. El ejemplo es la cefalea tensional.
- Cefaleas crónicas progresivas: cuando aumentan progresivamente en frecuencia e intensidad. tumores, hidrocefalia, hipertensión intracraneal idiopática, abscesos cerebrales, etc.
- Cefaleas mixtas: son muy frecuentes, especialmente migraña y cefalea tensional.

Diagnóstico:

- Anamnesis: la anamnesis dirigida y una exploración física orientada son claves en la diferenciación entre cefalea presumiblemente primaria y secundaria. Entre los datos que tienen máxima importancia en la evaluación, y que deben ser investigados, se pueden destacar los siguientes:
 - ¿Desde cuándo?: la cefalea de larga evolución (meses, años) es poco sospechosa de ser sintomática; la cefalea continua, de nueva aparición, en últimos días o semanas, es de elevada sospecha de ser sintomática.
 - ¿A qué hora del día aparece?: la cefalea por hipertensión intracraneal (HTIC) es frecuentemente nocturna (al final del sueño) o matutina, justo al despertar. La migraña puede ocurrir en cualquier hora del día, aunque es algo más frecuente por la mañana. La cefalea tensional es predominantemente vespertina. La cefalea del síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño predomina por la mañana.
 - ¿Cuánto dura?: la mayoría de las migrañas duran más de 30 minutos y menos de 3-4 horas; la cefalea en racimos y la hemicraneal paroxística son breves (minutos, alguna hora). La cefalea continua es sospechosa de organicidad.

-¿Cuál es la frecuencia y el patrón temporal?: la cefalea claramente episódica es más probable que tenga un origen primario. La cefalea tensional, suele ser más frecuente y se agrupa en días; cuando se objetiva su aparición estacional suele mostrar un patrón de claro predominio en periodos escolares frente a los vacacionales. La migraña no suele ser tan frecuente como para mostrar varios episodios semanales. La progresividad en la intensidad y/o frecuencia, y la presencia de síntomas intercríticos es sospechosa de ser sintomática.

-¿Existe algún precipitante?: debe indagarse acerca de la existencia de roncopatía nocturna. La migraña puede mostrar múltiples factores precipitantes, entre ellos, alimentos, sueño escaso o menstruación. La cefalea tensional puede, en ocasiones, mostrar un claro patrón reactivo ante eventos precipitantes, como asignaturas o clases estresantes. La cefalea que empeora con el ejercicio o con maniobras de aumento de presión intracraneal es sospechosa de ser sintomática.

-¿Localización?: la migraña pediátrica es, al menos, en la mitad de pacientes frontal bilateral, y la cefalea tensional suele ser holocraneal y difusa. La cefalea unilateral fija y la selectivamente occipital pueden ser sospechosas de ser sintomáticas.

-¿Carácter o calidad?: la cefalea pulsátil es característicamente migrañosa, siendo uno de los criterios diagnósticos; sin embargo, existen problemas importantes para la descripción fiable en edad pediátrica. La cefalea descrita como opresiva es inespecífica y puede corresponder a cualquier tipo de cefalea, primaria o secundaria.

-¿Existen pródromos o aura?: debe preguntarse de forma orientada acerca de síntomas previos de tipo sensitivomotriz, visual, etc. La sintomatología vegetativa (náuseas, vómitos, mareo) en la mayoría de episodios (no en algún episodio) es orientativa de migraña. Los vómitos de la HTIC no ocurren siempre acompañando a la cefalea, sino que pueden aparecer de forma independiente y repetida en un periodo prolongado de tiempo, y ocurren característicamente sin náuseas. El aura persistente es sospechosa de patología intracraneal (ictus isquémico).

-¿Qué hace durante el episodio?: la migraña suele ser suficientemente severa como para interrumpir actividades, y hace buscar sueño y reposo; el paciente tiene aspecto de afectación. En la cefalea tensional no suele haber interferencia tan clara en actividades, y el paciente parece más cansado que enfermo.

-¿Qué efecto tienen los analgésicos?: la cefalea tensional mejora ostensiblemente con analgésicos comunes; la migraña suele mejorar más con evitación de estímulos y esfuerzos, y con reposo y sueño, que con analgésicos. El efecto inmediato del analgésico (menos de 15-20 minutos tras su administración) debe considerarse orientativo de cefalea funcional o facticia. La cefalea por HTIC mejora con analgésicos, aunque recurre.

En la práctica clínica, es frecuente el uso de diarios y calendarios de cefalea, en los que el paciente o los padres apuntan los episodios de cefalea, pudiendo además anotar algunos aspectos, como intensidad o factores precipitantes evidentes.

Dentro de las utilidades de estos calendarios, existen posiblemente en la práctica clínica dos principales: 1) evaluación del número de episodios de migraña para la posible indicación de tratamiento profiláctico continuo; y 2) constatación para el profesional y para el entorno familiar de patrones de cefalea tensional, en los que existe predominio de días lectivos y mejoría en periodos vacacionales.

- Exploración física: una exploración física alterada siempre debe alertar acerca de cefalea secundaria, excepto en casos previamente conocidos de cefalea primaria migrañosa con aura, cuando se evalúe al paciente durante el propio episodio.

La exploración clínica debe ser completa, incluyendo los siguientes aspectos:

- Exploración general, prestando especial atención al aparato masticatorio (en busca del Síndrome del Compromiso Mandibular (CAT) ó Síndrome del Músculo Temporal (SMT) y el área ORL
- Exploración neurológica detallada
- Toma de tensión arterial
- Auscultación del cráneo
- Medición del perímetro craneal
- Realización de fondo de ojo y valoración de la agudeza visual
- Palpación de músculos pericraneales para descartar posibles contracturas.

Uno de los puntos clave dentro de la evaluación clínica de la cefalea es la sospecha de HTIC . Puede decirse que esta sospecha siempre se funda en la anamnesis, como se ha insistido previamente; pero, en este caso, la exploración física alterada es muy indicativa. En la tabla 1, se detallan los principales datos y signos cuya aparición guarda mayor relación con la existencia de HTIC. Toda sospecha de HTIC debe ser evaluada en ámbito hospitalario y la neuroimagen (TAC/RMN) es mandatoria.

<u>Anamnesis</u>	<u>Exploración física</u>
Vómitos persistentes	Letargia, estupor
Aumento de la cefalea con deposición, micción o tos	Trastorno del movimiento, sobre todo ataxia
Cefalea al final del sueño nocturno y al despertar	Rigidez nuchal
Cambio de carácter acusado, confusión	Diplopia
Localización fija persistente	Alteración del crecimiento
Incremento progresivo en el tiempo en frecuencia e intensidad	
Asociación a crisis convulsivas	

Tabla 1. Hipertensión intracraneal. Principales datos sugerentes.

Manejo de las cefaleas orgánicas o secundarias:

Ante un niño con cefalea, es fundamental descartar que ésta sea el síntoma de una patología grave. Debemos plantearnos la posibilidad de una cefalea secundaria en los siguientes casos:

- Signos de alarma por la anamnesis:
 - Cefalea grave brusca o de inicio reciente
 - Cefalea occipital o en racimos
 - Falta de respuesta a la terapia adecuada
 - Dolor al levantarse por la mañana con/sin vómitos, o al cambio de postura
 - Despertares nocturnos con dolor, con vómitos o sin ellos
 - Cefaleas crónicas progresivas o que cambian de características
 - Cefalea recurrente siempre localizada en el mismo lugar
 - Cambio de personalidad o conducta
 - Empeoramiento con ejercicio o maniobras de Valsalva
- Patología previa de riesgo como hidrocefalia (derivada o no), neurofibromatosis, esclerosis tuberosa, enfermedad hematológica con riesgo de sangrado, etc.

- Incapacidad del paciente para caracterizar la cefalea, edad inferior a 3 años
- Disfunción neurológica aunque sea leve (excluir aura migrañosa)
- Alteración de la conciencia, cambio de conducta o personalidad
- Crisis epilépticas
- Deterioro cognitivo
- Poliuria, polidipsia.

- Signos de alarma por la exploración:
 - Alteración de conciencia, del comportamiento o estado mental
 - Heridas/marcas craneales
 - Parálisis de pares craneales, alteración de movimientos oculares, pupilas, de la visión...
 - Papiledema
 - Signos neurológicos focales: reflejos anormales, hemiparesia, etc.
 - Deterioro del desarrollo psicomotor
 - Ataxia, trastorno de la marcha
 - Fallo de crecimiento
 - Pubertad precoz o alteración en su desarrollo
 - Megacefalia

- Indicaciones de neuroimagen de la cefalea en la infancia: preferiblemente RNM cerebral para evitar radiación, TAC sólo en situación urgente.
 - Reciente (< 3 meses) y con carácter progresivo o cambio en el patrón de cefalea
 - Interrumpen el sueño nocturno
 - Precipitadas por esfuerzos físicos, maniobras de Valsalva o cambios posturales
 - Acompañadas de síntomas neurológicos, edema de papila y/o alteración de conciencia
 - Cualquier anormalidad en la exploración neurológica, no existente previamente
 - No responden a tratamientos correctos
 - Edad menor de 3 años
 - En algunos casos cuando:
 - Miedo incontrolable del paciente o padres a tumor cerebral
 - Historia de tumor cerebral en la familia
 - Imposibilidad para hacer historia/exploración correctas

Manejo de las cefaleas orgánicas o secundarias:

La migraña junto a la cefalea tensional constituyen más del 90% de las cefaleas agudas recurrentes. Sugerimos que el diagnóstico de las mismas se realice de acuerdo con los criterios de la Sociedad Internacional de Cefalea (International Headache Society), publicados en Cephalalgia, 2018. (Anexos 1, 2 y 3).

La anamnesis es la clave para realizar el diagnóstico del tipo de cefalea. El examen físico debe incluir siempre: examen físico general, exploración neurológica, determinación de tensión arterial y fondo de ojo. Si todo es normal, el pediatra valorará la realización de analítica general, valoración ORL y Oftalmología en función de la clínica.

Para la valoración de la gravedad, aconsejamos que se pida un calendario de cefaleas y se aplique, según el mismo, el test MIDAS (Anexo 4).

Características clínicas diferenciales que orientan el diagnóstico:

	MIGRAÑA	CEFALEA TENSIONAL
Localización	Unilateral o bilateral	Bilateral
Tipo de dolor	Pulsátil u opresivo	Opresivo
Frecuencia	Episódica	Episódica o continua
Cambios en el aspecto físico	Frecuente	No
Fotofobia y sonofobia	Frecuente	No
Naúseas y vómitos	Frecuente	No
Intensidad	Moderada-grave	Ligera-Moderada
Síntomas neurológicos	Posibles	No
Aura	Posible	No
Antecedentes Familiares	Frecuentes	Posible

Tratamiento:

- Tratamiento de la migraña
 - Tratamiento del episodio agudo:
 - Reposo, en penumbra, tranquilidad.
 - Medicaciones, inicio precoz, mantener hasta la desaparición completa de la cefalea, con el analgésico que en su caso le sea más eficaz:
 - Analgésicos
 - Ibuprofeno 10 – 20 mg/Kg/dosis, cada 6 horas (máx 3-4 dosis / día) (nivel evidencia A)
 - Paracetamol 10-15 mg/Kg/dosis, cada 6 horas (máx 3-4 dosis / día)
 - Naproxeno sódico 10 mgr / Kg /dosis (máx 4 dosis / día)
 - Metamizol 10 -20 mg/ Kg / dosis
 - Triptanes: sumatriptan 10 mgr spray nasal, a partir 12 años (A). Aplicación de una dosis 10 mgr que puede repetirse a las 2 horas si ha mejorado pero persiste la cefalea. No aplicar > 2 dosis en 24 h ni en sucesivas crisis migrañosas. Contraindicado en pacientes con patología cardiovascular
 - Antieméticos, oral o iv si se precisa.

-Tratamiento preventivo: objetivos: disminuir la frecuencia, intensidad y duración de los ataques al menos en un 50%, sin efectos adversos. Es muy importante recomendar evitar factores desencadenantes.

Indicaciones tratamiento farmacológico:

- Frecuencia de crisis superior a 3-4 / mes que interfieren la actividad de forma significativa (PedMIDAS moderado o más)
 - Pacientes con contraindicación para el tratamiento sintomático
 - Por efectos adversos de los tratamientos sintomáticos
 - Episodios de migraña complicada (p.ej., Migraña hemipléjica,...)
 - Cuando existe riesgo de abuso de fármacos analgésicos o ya esté presente
 - Cuando el control de las crisis no es bueno a pesar del tratamiento
- Fármacos, se aconseja la menor dosis posible, mantener 3-6 meses y retirar de forma lenta. Elegir en el orden que se refiere:

- Flunarizina (bloqueante canales Ca), nivel de evidencia A. Dosis 2,5 mgr en pacientes con peso < 20 Kg. 5 mg con peso > 20 Kg y 10 mg/día a veces en niños de más de 40 Kg. Una sola dosis en la cena.
- B-bloqueantes: propranolol (A). Dosis 1-4 mg/Kg/d en 1 ó dos dosis.
- Antiepilépticos: Topiramato y A. Valproico (A)
- Otros: faltan evidencias suficientes en edad pediátrica.

- Tratamiento de la cefalea tensional

-Tratamiento del episodio agudo:

- Reposo y tranquilidad
- Técnicas de relajación
- Medicaciones: analgésicos, la menor cantidad y tiempo posible
 - Ibuprofeno 10 mg/Kg/dosis, cada 6 horas
 - Paracetamol 15 mg/Kg/dosis, cada 6 horas

-Tratamiento preventivo de los episodios, según gravedad:

- Informar, identificar y evitar factores estresantes
- Psicoterapia, técnicas de relajación
- Consultar con Centro de Salud Mental Infantojuvenil
- Fármacos:
 - Ansiolíticos a dosis bajas (ej diazepam 2,5 mg/12 h)
 - Antidepresivos tricíclicos: Amitriptilina 10-25 mg/noche

Criterios de derivación:

- Derivación a Urgencias e ingreso hospitalario:

- Sospecha de hipertensión intracraneal
- Sospecha de proceso expansivo
- Hipertensión arterial
- Estado migrañoso o migraña complicada
- Exploración neurológica anormal
- Intensidad severa que no responde al tratamiento agudo

-
- Derivación a consultas de Neuropediatría:
 - Dificultad en el diagnóstico etiológico
 - Migraña con ausencia de respuesta al tratamiento profiláctico
 - Cuando la sintomatología habitual de los episodios de un niño cambia a lo largo de la evolución
 - Opcional: para valoración de tratamiento preventivo

ANEXOS

Anexo 1. CRITERIOS CEFALEA EPISÓDICA FRECUENTE DE TIPO TENSIONAL, según International Headache Society (IHS) 2018.

A-Al menos 10 episodios (1-14 días/mes durante > 3 meses) y cumplen criterios B-D

B-Duración de 30 minutos a 7 días

C-Al menos dos de las siguientes cuatro características:

Bilateral

Presión, no pulsátil

Leve o moderada

No se agrava con la actividad física habitual como andar o subir escaleras.

D-Cumple las dos características siguientes:

No náuseas ni vómitos

Puede asociar fotofobia o fonofobia (no ambas)

E-No atribuible a otro diagnóstico de la ICHD-3 (the third edition of the International Classification of Headache Disorders)

Anexo 2. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE MIGRAÑA SIN AURA (IHS)

A-AL MENOS 5 CRISIS CON B-D (si < 5 crisis, migraña sin aura probable)

B-DURACIÓN 4-72 HORAS (>2 h EN NIÑOS)¹

C-CEFALEA CON AL MENOS 2 CARACTERÍSTICAS:

Unilateral (**o bilateral, frontal o temporal**)

Pulsátil

Intensidad moderada o grave

Aumento al realizar actividad física habitual (andar o subir escaleras)

D-DURANTE LA CEFALEA, AL MENOS 1 SÍNTOMA:

Náuseas y/o vómitos

Fotofobia y fonofobia (**o uno de ellos**)

E-NO ATRIBUIBLE A OTRO DIAGNÓSTICO DE LA ICHD-3

(1) Si concilia el sueño durante una crisis de migraña y se despierta sin dolor, la duración de la crisis será computada hasta el momento del despertar.

Anexo 3. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA MIGRAÑA CON AURA (IHS)

A-AL MENOS 5 CRISIS CON B y C

B-Uno ó mas delos siguientes síntomas de aura completamente reversibles:

Visuales

Sensitivos

De habla o de lenguaje

Motores

Troncoencefálicos

Retinianos

C-AL MENOS, 3 DE LAS SIGUIENTES 6 CARACTERÍSTICAS:

Propagación gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un período mayor o igual a 5 min.

Se suceden 2 ó mas síntomas de aura

Cada síntoma de aura dura 5-60 minutos ¹

Al menos un síntoma de aura es unilateral (la afasia es siempre síntoma unilateral)

Al menos un síntoma de aura es positivo (centelleo y hormigueo son positivos)

El aura está acompañada o seguida en 60 minutos por cefalea

E-NO ATRIBUIBLE A OTRO DIAGNÓSTICO DE LA ICHD-3

(1) Los síntomas motores pueden prolongarse hasta 72 horas.

Anexo 4. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA. ESCALA PedMIDAS (Pediatric Migraine Disability Assesment) Está validado para niños entre 4 y 18 años.

Valoración de la discapacidad por cefalea, ayuda a decidir si se precisa tratamiento preventivo y para monitorizar la eficacia de la profilaxis.

En relación a las cefaleas que ha presentado en los últimos tres meses. Cada uno de los días cuenta un punto. Las preguntas 1 y 2 hacen referencia a la actividad escolar (o laboral, en su caso). La 3 y 4 a las tareas en casa. Las 5 y 6 a las actividades lúdicas.

1) Nº de días perdidos de colegio

2) Nº de días perdidos parcialmente

3) Nº de días de pérdida de tareas en casa

4) Nº días de actividades domésticas en casa limitadas

5) Nº días perdidos actividad recreativa

6) Nº días actividad recreativas limitadas

Grado I: 0-10puntos, repercusión mínima

Grado II: 11-30puntos, leve

Grado III: 31-50 puntos, moderada

Grado IV: >50, grave

Anexo 5. PLANTILLA DE DERIVACIÓN A NEUROPEDIATRÍA

1. Antecedentes personales

- Embarazo, parto Normal Alterado Especificar
- Desarrollo psicomotor Normal Alterado Especificar
- Rendimiento escolar (para > 5 años) Normal Alterado Especificar
- Situaciones estresantes en el ámbito familiar, escolar, social. Normal Alterado Especificar
- Hábitos de sueño Normal Alterado Especificar
- Fármacos Si No Especificar
- Antecedentes clínicos: traumatismos, HTA, dolor abdominal recidivante, vómitos cíclicos, cinetosis. Si No Especificar

2. Antecedentes familiares cefaleas: Si No Especificar

3. Tiempo de evolución: 3 < meses* 3 > meses

4. Edad de comienzo: 3 < años* 3 > años

5. Frecuencia: diaria ___/ semana ___/ mes ___/ año

6. Duración del episodio de cefalea: 36 > horas 36 < horas

7. Horario de presentación:

- al levantarse*
- por la tarde-noche
- variable
- durante todo el día

8. Relación con el sueño:

- Mejora con el sueño: Si No
- Le despierta durante el sueño: alguna vez con frecuencia*

9. Características del dolor

- Localización: unilateral bilateral holocraneal
- Zona o región: frontal temporal occipital parietal peri orbital facial en un punto concreto (se señala con el dedo) variable
- Calidad: pulsátil opresiva pinchazos
- Duración: segundos minutos horas días
- Intensidad:
 - leve: permite hacer vida normal
 - moderada: no permite realizar las actividades cotidianas cómo es habitual
(suele estar en el sofá, sin ganas de hacer nada)
 - severa: llora, incapacitante, le obliga a acostarse.
- Presencia de Aura: Si No Especificar

10. Síntomas acompañantes

Si No Especificar

Náuseas y/o vómitos

Fotofobia

Fonofobia

Síntomas vegetativos: malestar abdominal, sudoración, palidez

Mareos

Vértigo

Cambios significativos en el carácter o estado de ánimo (tristeza)*

convulsiones*

vómitos en escopetazo*

síncope*

11. Observación de factores que desencadenan o agravan el dolor

Si No Especificar

12. Con qué se alivia

Espontáneamente

Fármacos

Sueño

Frío local

Ambiente tranquilo y oscuro

Vacaciones

13. Tratamientos previos

Profilácticos _____

Analgésicos (investigar abuso) _____

14. Exploración neurológica: normal **anormal*** Especificar

15. Tensión Arterial: _____

16. Perímetro craneal: menos 3 DS **más 3 DS***

17. otras exploraciones realizadas. Si No Especificar

***signos o síntomas de alerta**

- 1- **BIBLIOGRAFÍA** Bonthius D, Lee A, Hershey A. Headache in children: Approach to evaluation and general -management strategies. UptoDate 2017.
- 2- Dao JM, Qubty W. Headache diagnosis in children and adolescents. Current Pain and Headache Reports 2018; 22:17
- 3- Whitehouse WP & Agrawal S. Management of children and young people with headache. Archives of Disease in Childhood- Education & Practice Edition, 102 (2), 58-65.
- 4- Blume H K , Childhood Headache: A brief Review. Pediatric Annals 2017;46 (4):e155-e165.
- 5- Eiris J. Cefaleas en la edad pediátrica. Curso de actualización Pediatría 2016; 3.0:113-28.
- 6- Garza I, Schwedt T. Overview of chronic daily headache. UptoDate 2016.
- 7- García M, Bártulos M. Anamnesis, exploración física y síntomas de la cefalea en urgencia. Guía práctica diagnóstica terapéutica de la cefalea del adulto y niño en Urgencias. 2016:85 – 91.
- 8- Bonthius D, Lee A, Hershey A. Patient education Headache in children (Beyond the Basics). UptoDate 2017: 1-7.
- 9- Garza I, Schwedt T. Chronic migraine. UptoDate 2017.
- 10- Subirana L, Camiña J, Macaya A. Esquema terapéutico de las cefaleas primarias en urgencia pediátricas. Guía práctica diagnóstica terapéutica de la cefalea del adulto y el niño en urgencias.2016:102-11
- 11- Contreras M, Bueno J. Hipertensión intracraneal idiopática: análisis descriptivo en nuestro medio. Neurología 2015; 30:106-110. doi: 10.1016/j.nrl.2013.08.009.
- 12- Langdon R, Disabella M. Pediatric Headache: An overview. Curr probl Pediatr Adolesc Health care 2017;47: 44-65. doi10.1016/j.cppeds.2017.01.002.
- 13- Pringsheim T, Davenport W, Mackie G, Worthington I, Aubé M, Christie S, Gladstone J, Becker W. Systematic review: Medications for migraine prophylaxis. Can J Neurol Sci.2012;39: S8-28.
- 14- Headache Classification Committee of the International Headache society (HIS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia 2018 ; 38 (1) 1- 211.