

PROTOCOLO

PROTOCOLO DE CEFALEA EN EL NIÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. M. Melián

Pediatra Centro de Salud de San Antonio. Santa Cruz de Tenerife

En Atención Primaria es frecuente que el pediatra se enfrente a cuadros de cefaleas, referidas como único motivo de consulta o en contexto de un cortejo sintomático más amplio y generalmente con una carga emocional considerable.

Este protocolo pretende proporcionar pautas de abordaje del paciente de una manera sencilla y práctica, facilitando la labor de realizar una historia dirigida que conduzca a un diagnóstico seguro que permita distinguir los casos que pueden ser tratados en dicho nivel asistencial de aquellos que precisan derivación y proporcionando el tratamiento apropiado actualizado así como las condiciones de remisión a neuropediatría, bien para evaluar la posibilidad de instaurar tratamiento profiláctico en casos mal controlados, bien para continuar su estudio y tratamiento, todo ello ha sido supervisado por los responsables de dichas consultas de neuropediatría de nuestros hospitales de referencia.

OBJETIVOS DEL PROTOCOLO

1. FACILITAR EL ABORDAJE SENCILLO Y PRÁCTICO AL NIÑO CON CEFALEA.
2. ELABORAR UNA HISTORIA CLÍNICA.
3. PROPORCIONAR UN DIAGNÓSTICO SEGURO.
4. DEFINIR CRITERIOS DE DERIVACIÓN ESPECIALIZADA.
5. PRESCRIBIR TRATAMIENTO.
6. SELECCIONAR POSIBLES CANDIDATOS A TRATAMIENTO PROFILÁCTICO.

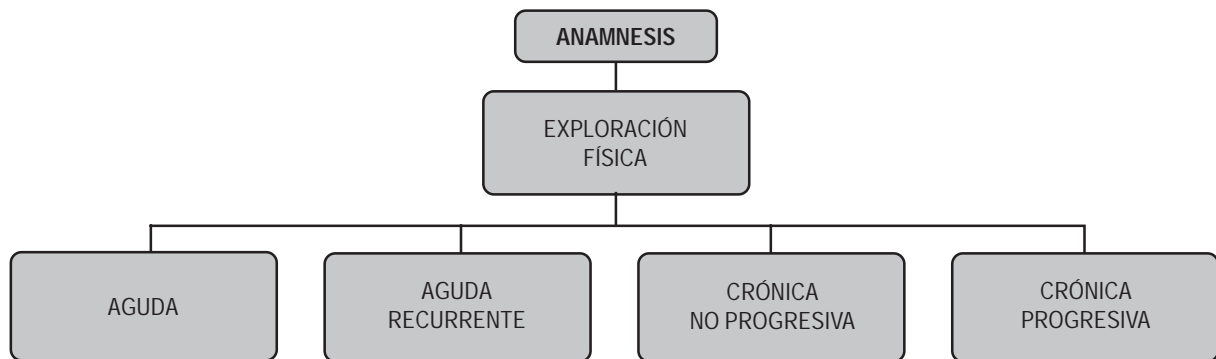
CONSENSUADO CON LOS RESPONSABLES DE LAS CONSULTAS DE NEUROPEDIATRÍA DE NUESTRA ÁREA

JUSTIFICACIÓN DEL PROTOCOLO DE CEFALEAS EN PEDIATRÍA

1. La prevalencia de la cefalea en la infancia, ya que es una de las patologías crónicas más frecuentes en la edad pediátrica y el principal problema neurológico como motivo de consulta en AP.
2. La carga emocional que arrastra en los pacientes (sobre todo adolescentes), en familiares y en el pediatra que sistemáticamente se plantean lesiones graves subyacentes como tumores intracraniales.
3. Ser causa de numerosas derivaciones a consultas de neuropediatría, muchas de las cuales se podrían evitar apoyándonos en un protocolo supervisado por los responsables de dichas consultas o, en su caso, realizarlas tras su estudio exhaustivo, que veremos que está basado en la historia clínica y en la exploración física del niño.
4. Finalmente, por la repercusión de la cefalea a nivel personal y familiar que deriva en ansiedad, pérdida de días de escolarización y de trabajo de los familiares ya que, con un tratamiento adecuado mejora significativamente la calidad de vida de los niños.

APROXIMACIÓN AL NIÑO CON CEFALEA

Desde el punto de vista práctico, tras realizar la anamnesis y exploración física, conviene clasificarlas en principio en función de la forma de presentación y de la evolución de la cefalea en agudas (aisladas o recurrentes) y crónicas (progresivas o no progresivas). De esta forma realizaremos una aproximación que nos permitirá orientar el diagnóstico y precisar la necesidad o no de realizar exploraciones complementarias y/o derivación.



HISTORIA CLINICA DEL NIÑO CON CEFALEAS

Antecedentes familiares:

- cefaleas (tipo).
- epilepsia.
- trastornos psicológicos/psiquiátricos.
- dinámica familiar.

Antecedentes personales:

- vómitos cíclicos, vértigo paroxístico, dolores abdominales recurrentes en primera infancia.
- «mareos», cinetosis.
- epilepsia.
- TCE.
- hábitos de sueño, TV.
- rendimiento y adaptación escolar.
- rasgos de carácter.

Características de la cefalea:

- localización (holocraneal, bifrontal, temporal, ápex, hemicraneal, otras).
- tipo (pulsátil, opresiva, «en cinta»), irradiaciones.
- tiempo de evolución (< 1 m, 1-3 m, 3-12 m, > 1a).
- periodicidad (ocasional, recurrente, constante, imprecisada).
- duración del episodio.
- intensidad (1-10, fijo-fluctuante).
- instauración (brusca, gradual).

- ritmo horario (despierta en la noche, matutino, vespertino, relación con horario escolar).
- relación con ritmos biológicos (ovulación, menstruación).
- factores desencadenantes (ejercicio continuado, comidas, queso, comida china, colas, olores, disgustos, estrés).
- factores agravantes (ejercicio, luz, ruido, tos, defecación, cambios posturales cefálicos, otros).
- factores que alivian la cefalea (sueño, otros).
- respuesta al tratamiento analgésico.
- síntomas prodrómos (ansiedad por consumir determinados alimentos, irritabilidad, melancolía, hipersomnía, otros).
- síntomas durante la crisis (mareos, palidez, dolor abdominal, fotofobia, fonofobia, osmofobia, parestesias, síncope, otros).
- síntomas sugestivos de aura: vértigo, parestesias periorales, de manos o pies, mareo, distorsión de la imagen corporal, visión borrosa, escotomas, fotopsias, espectros de fortificación, distorsión irregular de objetos.
- síntomas tras cefalea sugestivos de cefalea complicada: ataxia, parestesia-parestesia unilateral, afasia, acúfenos, diplopía, parálisis ocular.

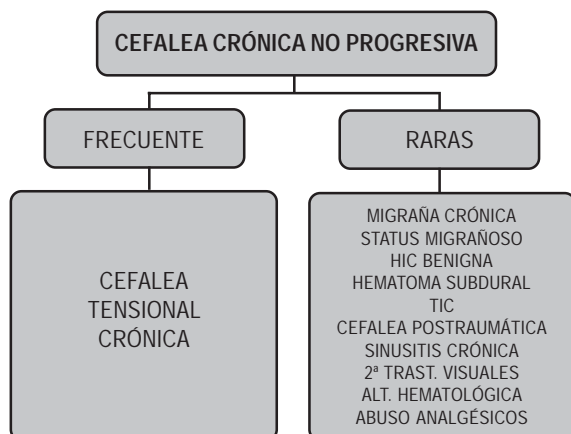
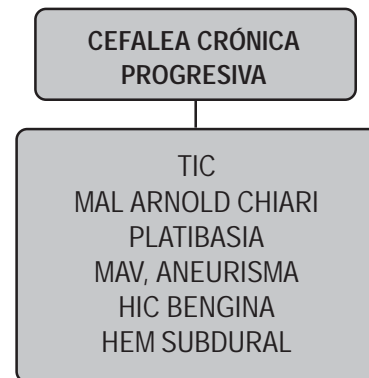
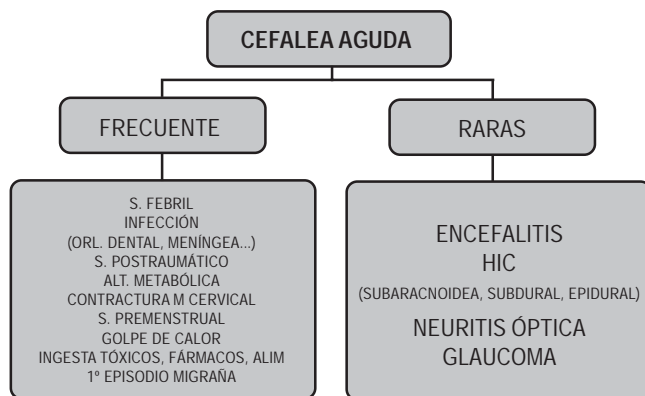
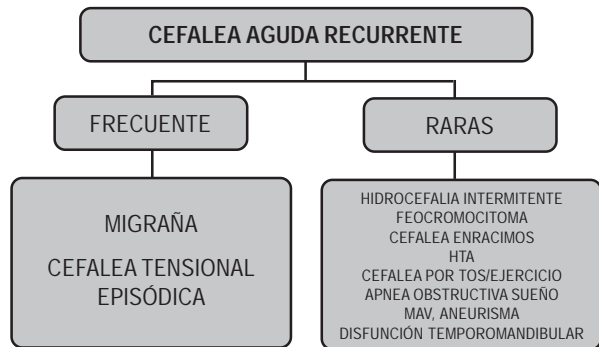
Exploración física:

- coloración cutáneo mucosa, discromias.
- sensibilidad a la palpación de senos maxilares y frontal.

- exploración articulación témporo-mandibular.
- exploración de la musculatura cervical y craneal.
- otoscopia.
- defectos visuales.
- medida P C.
- T A.
- fondo de ojo.
- auscultación craneal.
- pares craneales.
- exploración neurológica general (fuerza y tono muscular, ROT, motilidad, sensibilidad, Romberg, pruebas cerebelosas, coordinación...). En la crisis, además, el nivel de conciencia, exploración del campo visual...

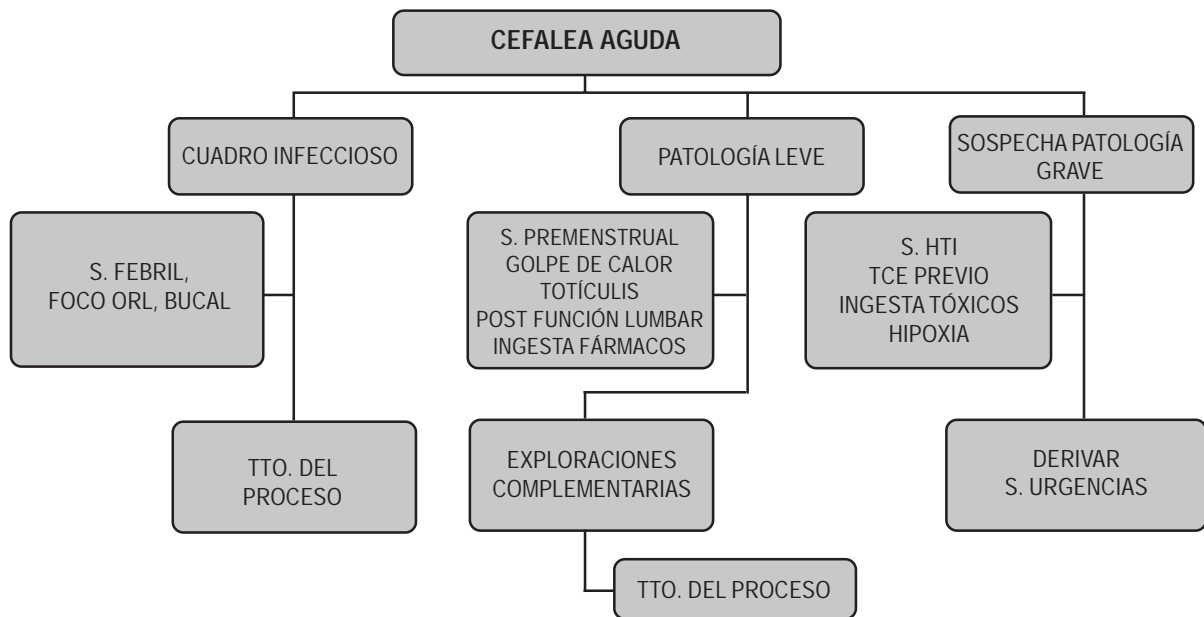
DIAGNÓSTICO

Atendiendo al criterio de patrón temporal de presentación, establecemos la base etiológica de la cefalea, distinguiendo las causas más frecuentes y las que más raramente la producen, como queda reflejado a continuación:

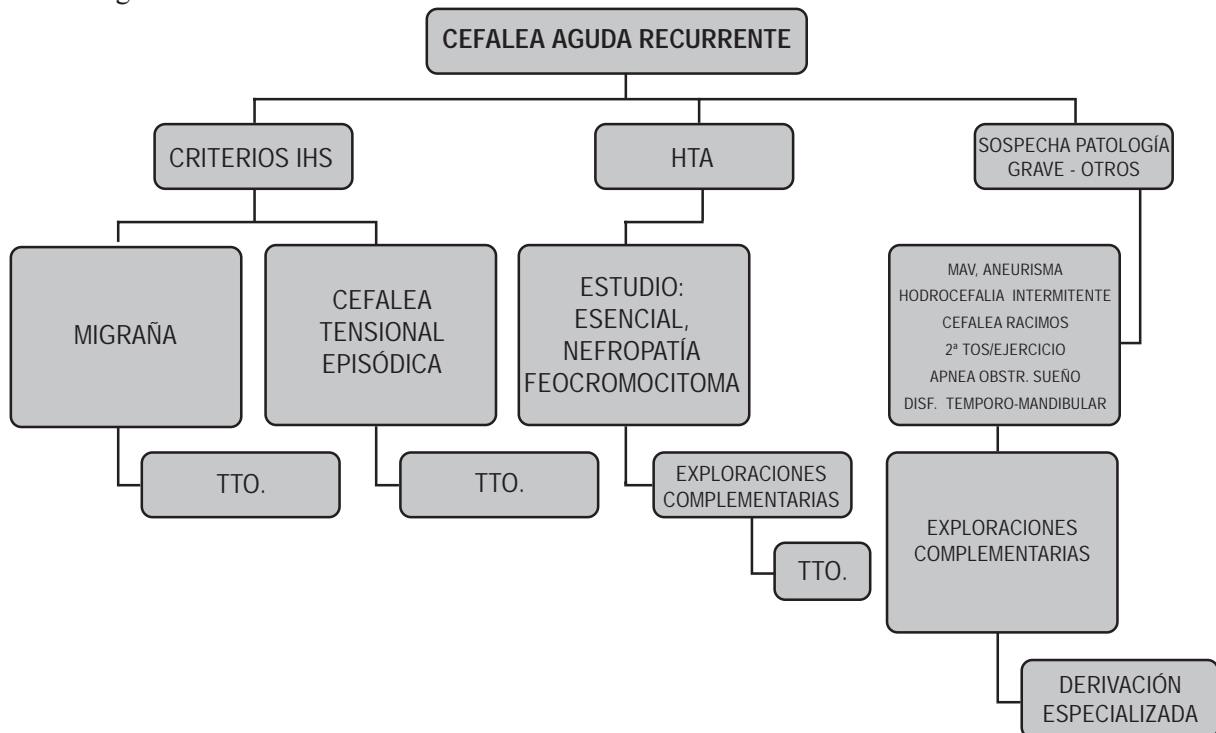


Una vez realizada la orientación diagnóstica, nos plantearemos la necesidad o no de realizar estudios complementarios y/o derivación.

En el caso de la cefalea aguda, puntual, sin historia de episodios similares, consideraremos, en primer lugar la posibilidad de que se trate de un cuadro infeccioso (ORL, etc) que trataremos o bien realizaremos estudios dirigidos (analítica para descartar anemia, poliglobulia, hipoglucemia...), controles periódicos de TA, IC, ORL... El tratamiento de la cefalea aguda depende del diagnóstico en cada caso, muchas veces podrá ser realizado en nuestra consulta y otras será necesaria la derivación al Servicio de Urgencias (en caso de meningitis, posttraum tico, intoxicación medicamentosa...).



Si se trata de una cefalea aguda recurrente debemos plantearnos en primer lugar los diagnósticos más probables: migraña o cefalea tensional episódica (atendiendo a los criterios de la IHS) en cuyo caso no es necesario realizar pruebas complementarias. Si el paciente presenta HTA la estudiaremos descartando nefropatía... En los demás casos sí serán necesarios estudios complementarios así como derivación a neuropediatría por sospecha de patología grave. Conviene recordar que si la cefalea es de intensidad severa y con síntomas de localización, es importante descartar el diagnóstico de MAV o aneurisma, mediante neuroimagen.



Los criterios que nos permiten diagnosticar la migraña común (sin aura), clásica (con aura) y la cefalea tensional episódica según la clasificación internacional (IHS) quedan resumidos a continuación.

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
MIGRAÑA COMÚN (SIN AURA)**

1. > 5 ATAQUES/MES DE ENTRE 1H-5 D DE DURACIÓN (SIN TTO.)
2. CEFALEA CON > 2 DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:
 - « LOCALIZACIÓN UNILATERAL
 - « PULSÁTIL
 - « INTENSIDAD MODERADA-SEVERA (limita actividad)
 - « > INTENSIDAD CON CON ACTIV. FÍSICA(escaleras, Valsava...)
3. DURANTE LA CEFALEA, AL MENOS UN DE LAS SIGUIENTES:
 - « NÁUSEAS Y/O VÓMITOS
 - « FOTOFOBIA Y FONOFOBIA
4. CEFALEA NO ATRIBUIBLE A OTRAS ENFERMEDADES

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
MIGRAÑA CLÁSICA (CON AURA)**

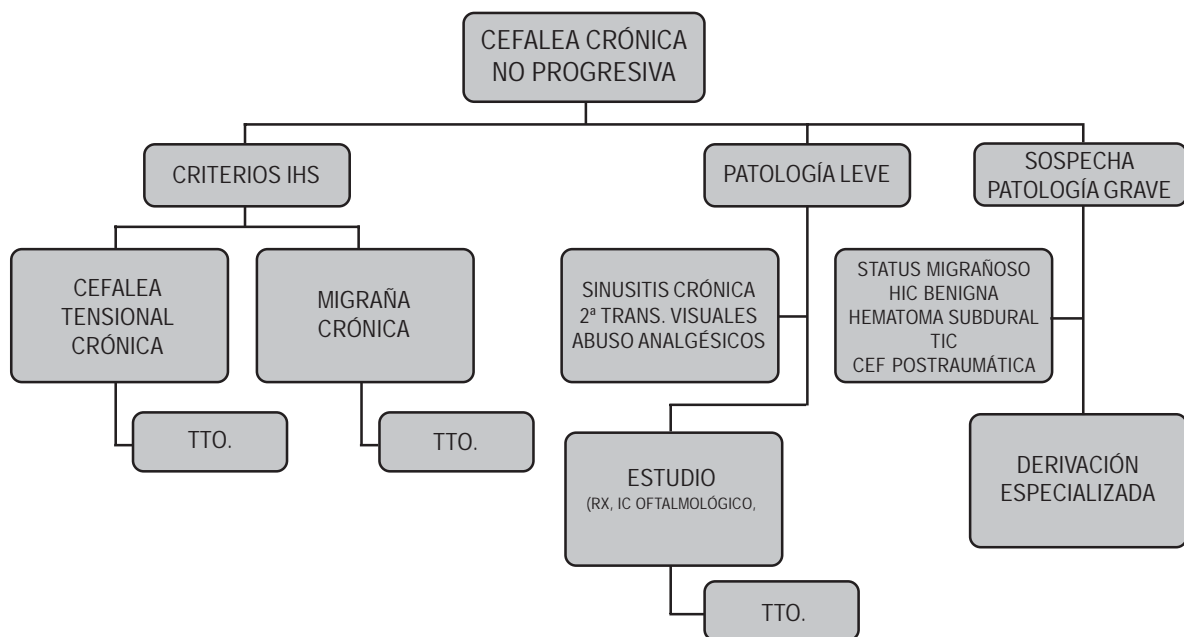
- A. > 2 ATAQUES QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS B-D
- B. AURA CON > 1 DE LOS SIGUIENTES (SIN DEBILIDAD MOTORA):
 - Síntomas visuales reversibles positivos (luces, líneas...) y/o negativos (pérdida de visión).
 - Síntomas sensoriales reversibles positivos (pinchazos...) y/o negativos (acorchamiento...).
 - Trastornos disfásicos reversibles.
- C: > 2 DE LOS SIGUIENTES:
 - Síntomas visuales homónimos y/o sensitivos unilaterales.
 - Al menos un síntoma del aura se desarrolla gradualmente en > 5 min y/ o diferentes auras se suceden durante > 5 min.
 - Cada síntoma dura entre 5 y 60 min.
- D: LA CEFALEA SE INICIA DURANTE EL AURA O EN LA PRIMERA HORA.
- E: NO ATRIBUIBLE A OTRA PATOLOGÍA.

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
CEFALEA TENSIONAL EPISÓDICA**

1. > 15 DÍAS/MES CON CEFALEA
2. > 10 EPISODIOS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS A-D:
 - « A: DURACIÓN 30 MIN - 7 DÍAS
 - « B: > 2 DE LOS SIGUIENTES:
 - CARÁCTER OPRESIVO (no pulsátil)
 - INTENSIDAD LEVE-MODERADA (no interfiere actividad diaria)
 - LOCALIZACIÓN HOLOCRANEAL (bilateral)
 - NO AUMENTA CON EJERCICIO FÍSICO HABITUAL
 - « C: AUSENCIA DE NÁUSEAS-VÓMITOS Y DE FOTOFONOFOBIA
 - « D: NO ATRIBUIDO A OTRO TRANSTORNO

Ante una cefalea crónica no progresiva valoraremos si existe contractura muscular ya que el diagnóstico más frecuente es la cefalea tensional crónica (basándonos en los criterios IHS y exclusión de otras patologías) y no será necesario realizar más pruebas diagnósticas. En caso contrario nos plantearemos realizar pruebas tipo hemograma, bioquímica, Rx senos paranasales, IC Oftalmología, control TA... Si no conseguimos filiar la cefalea o existen síntomas de alarma que orienten al diagnóstico de cefalea orgánica, derivaremos para realizar estudios de imagen.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA



Los criterios que propone la IHS para diagnosticar la cefalea tensional crónica y la migraña crónica son los que se exponen a continuación:

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
CEFALEA TENSIONAL EPISÓDICA**

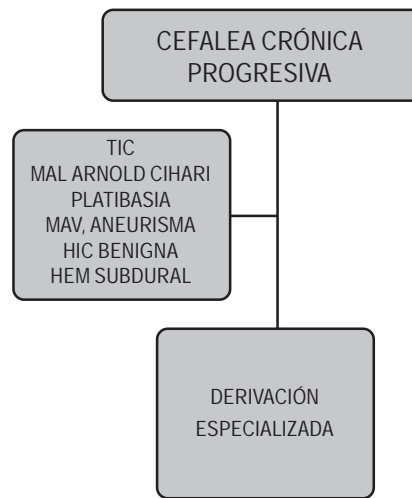
1. > 15 DÍAS/MES CON CEFALEA
2. > 10 EPISODIOS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS A-D:
 - « A: DURACIÓN 30 MIN - 7 DÍAS
 - « B: > 2 DE LOS SIGUIENTES:
 - CARÁCTER OPRESIVO (no pulsátil)
 - INTENSIDAD LEVE-MODERADA (no interfiere actividad diaria)
 - LOCALIZACIÓN HOLOCRAREAL (bilateral)
 - NO AUMENTA CON EJERCICIO FÍSICO HABITUAL
 - « C: AUSENCIA DE NÁUSEAS-VÓMITOS Y DE FOTOFOBIA
 - « D: NO ATRIBUIDO A OTRO TRANSTORNO

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
MIGRAÑA CRÓNICA**

1. > 15 ATAQUES/MES DURANTE > 3 MESES EN AUSENCIA DE ABUSO DE MEDICAMENTOS
2. CEFALEA CON > 2 DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:
 - « LOCALIZACIÓN UNILATERAL
 - « PULSÁTIL
 - « INTENSIDAD MODERADA-SEVERA (limita actividad)
 - « > INTENSIDAD CON EJERCICIO (escaleras, Valsava...)
3. DURANTE LA CEFALEA, AL MENOS UN DE LAS SIGUIENTES:
 - « NÁUSEAS Y/O VÓMITOS
 - « FOTOFOBIA Y FONOFOBIA
4. NO ATRIBUIBLE A OTRA PATOLOGÍA

Finalmente, la cefalea crónica progresiva es la que puede presentar pronóstico más ominoso y nos obliga a descartar la presencia de HIC y lesiones o malformaciones intracraneales, por lo que está indicado estudio de imagen y derivación. El *síndrome de HIC* se manifiesta con cefalea matutina de corta duración (1h) de intensidad leve-moderada, en región frontal u occipital, recurrente, varias veces en semana, por lo que debemos estar alerta a esta sintomatología, aunque se asocia a corto plazo a vómitos en escopetazo matutinos, ataxia, fenómenos vegetativos, deterioro madurativo, aumento del PC en niños pequeños, trastornos del sensorio, convulsiones, edema de papila y lesión de pares craneales (diplopía, estrabismo...), lo que facilita el diagnóstico.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA



SÍNDROMES PROPIOS DE LA INFANCIA

Son cuadros mucho menos frecuentes, que anteriormente se denominaban «equivalentes migrañosos» y «migrañas complicadas». Al ser propios de la edad pediátrica es muy importante conocerlos e intentar identificarlos, pero en caso de sospecha diagnóstica debemos derivarlos puesto que presentan criterios que, como veremos, nos sugieren dicha derivación ya que precisan estudios propios de los hospitales de referencia para confirmar el diagnóstico y descartar patología orgánica de base.

En la Clasificación de la IHS se estudian en los grupos 1.2, 1.3 y 1.4. Entre las Migrañas con aura se incluyen la migraña hemipléjica (familiar y esporádica) y la tipo basilar, antes llamadas complicadas porque se presentan síntomas neurológicos durante una cefalea que persisten tras cesar la misma.

MIGRAÑA HEMIPLÉJICA

Representa los tipos 1.2.4 y 1.2.5 de la Clasificación IHS y antiguamente se incluía entre las migrañas complicadas.

Consiste en la aparición de síntomas sensitivos o motores *durante* un episodio de migraña. La sintomatología hemicorporal es más frecuente en niños que en adultos y puede aparecer como parestesias o paresia en la cara, brazo y pierna y con afasia. Los signos neurológicos pueden ser transitorios o durar varios días.

En adolescentes y niños mayores esta migraña tiene un pronóstico relativamente bueno y suele existir antecedentes familiares similares, aunque existe el «síndrome de la hemiplejía alternante» que debuta en la lactancia y puede recurrir, afectando cada vez un lado en los que, si se repiten con frecuencia, la vasoconstricción y la consiguiente isquemia puede producir daño cerebral irreversible que conlleve retraso mental y epilepsia.

MIGRAÑA TIPO BASILAR (TIPO 1.2.6 DE LA IHS)

Ha sido descrita en niños de ambos sexos, aunque predomina en niñas menores de 4 años y predominan, *durante* la cefalea, los signos de afectación del tronco del encéfalo con vértigo, tinnitus, diplopia, visión borrosa, escotomas, ataxia, dolor en zona occipital, puede existir ptosis manifiesta, dilatación de pupilas, e incluso alteración de la conciencia que deriva en crisis epiléptica generalizada. Tras el episodio hay resolución completa de síntomas y signos neurológicos. La mayoría de los niños tienen antecedentes familiares de migrañas y muchos de ellos tendrán migrañas clásicas durante la adolescencia o en la edad adulta.

SÍNDROMES PERIÓDICOS DE LA INFANCIA

Son los que anteriormente se denominaban «equivalentes migrañosos», constituyen el grupo 1.3 de la clasificación de la IHS y son comúnmente precursores de migraña.

Se incluyen 3 cuadros propios de la edad pediátrica:

VÓMITOS CÍCLICOS (TIPO 1.3.1 DE LA IHS)

Son propios de niños pequeños y se caracterizan por crisis recurrentes (a veces mensuales) de vómitos que pueden durar horas o días y ser tan intensos que produzcan deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas, fiebre y dolor abdominal, sobre todo en lactantes. Durante el episodio el niño puede estar pálido y aparecer asustado, pero no pierde la conciencia y tras un periodo de sueño profundo despierta y retoma sus juegos y hábitos normales de alimentación como si no hubiera presentado los vómitos. Muchos de estos niños presentan antecedentes familiares de migraña y, cuando crecen y

pueden verbalizar, describen un cuadro de migraña típica, que no deja duda sobre el diagnóstico y la asociación de los vómitos cíclicos con la misma.

MIGRAÑA ABDOMINAL (TIPO 1.3.2 DE LA IHS)

Consiste en episodios recurrentes de dolor abdominal, en la línea media en zona periumbilical, mal localizados, de intensidad moderada-severa (interfiere con la vida normal) asociados a síntomas vasomotores, náuseas, vómitos y anorexia que duran entre 1 h y 3 días y ceden totalmente tras un periodo de sueño. Durante el periodo intercrisis la exploración es normal.

Al igual que ocurre con el cuadro anterior, existe antecedentes familiares de migraña y al crecer el niño suele desarrollar el cuadro de forma típica.

VERTIGO PAROXISTICO BENIGNO DE LA INFANCIA (TIPO 1.3.3 DE LA IHS)

Aparece típicamente en los niños que comienzan a caminar (y es raro después de los 3 años), son ataques de aparición brusca con ataxia, por lo que los niños se caen y se niegan a sentarse o caminar. Suelen aparecer asustados, pálidos y pueden aparecer náuseas y vómitos importantes. No se pierde la conciencia ni la capacidad de verbalizar y es frecuente encontrar nistagmo (casi siempre horizontal). Los ataques pueden variar en duración (segundos a minutos), frecuencia (diaria a mensual) e intensidad. Al terminar el episodio no aparece letargia ni somnolencia. Los niños mayores verbalizan una sensación rotatoria y estos pacientes suelen presentar cinetosis. La exploración suele ser normal, salvo por el posible hallazgo de nistagmo y de pruebas de función vestibular alterada mediante prueba calórica con agua helada.

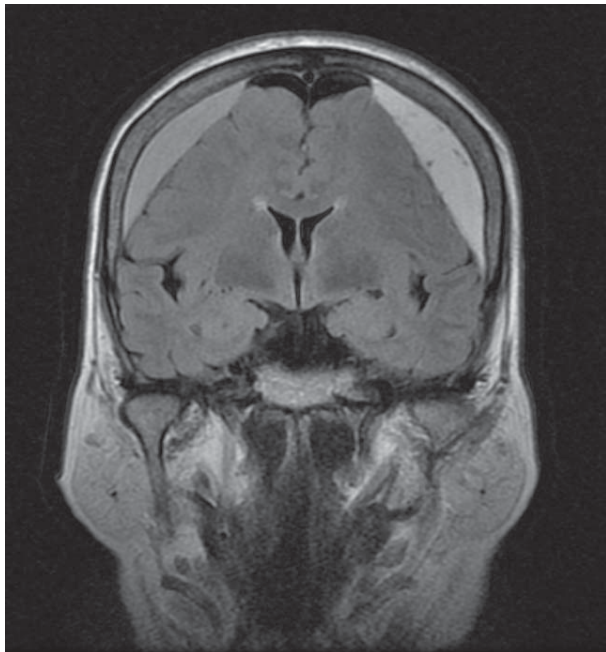
NEUROIMAGEN Y EEG EN LAS CEFALIAS

El estudio de imagen más indicado para el estudio de patología del SNC es la RM, sobre todo por su sensibilidad, no obstante tiene algunas desventajas al ser estudios largos, incómodos por el ruido y sensación claustrofóbica en pacientes sensibles, además de su alto coste. La TC es una técnica también muy válida, más accesible y económica y que proporciona alta rentabilidad diagnóstica como técnica de screening.

En este protocolo se indica la derivación a especializada ante la sospecha de patología grave que precise la realización de estudios de neuroimagen, por lo que esta pruebas complementarias no serían solicitadas por el pediatra de AP.

No se ha mencionado la indicación de EEG porque no existe ningún patrón característico y en caso de hallazgo de alteraciones irritativas sólo complicaremos la información a los padres, puesto que se han descrito alteraciones en gran número de niños sin patología neurológica.

INDICACIONES DE NEUROIMÁGEN



- CEFALEA AGUDA REFRACTARIA AL TTO.
- CEFALEA CRÓNICA PROGRESIVA
- EDEMA DE PAPILA
- SÍNDROME HIC
- FOCALIDAD NEUROLÓGICA
- SÍNCOPE
- SOPLO INTRACRANEAL
- CEFALEA DURANTE EL SUEÑO O AL DESPERTAR
- CEFALEA QUE AUMENTA CON VALSALVA Y CAMBIOS POSTURALES CEFÁLICOS
- VÓMITOS EN ESCOPETAZO
- CONVULSIONES
- ANSIEDAD PACIENTE/FAMILIARES

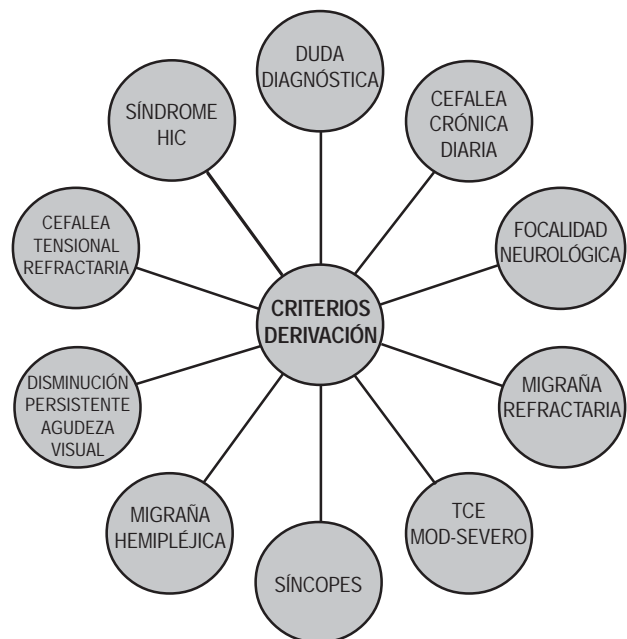
DERIVACIÓN DEL NIÑO CON CEFALEA

Siguiendo la pauta descrita hasta este momento podemos distinguir los cuadros de cefalea susceptibles de tratamiento y seguimiento en A P de los pacientes que deben ser valorados en especializada al tener alguno de los criterios de derivación que se detallan a continuación:

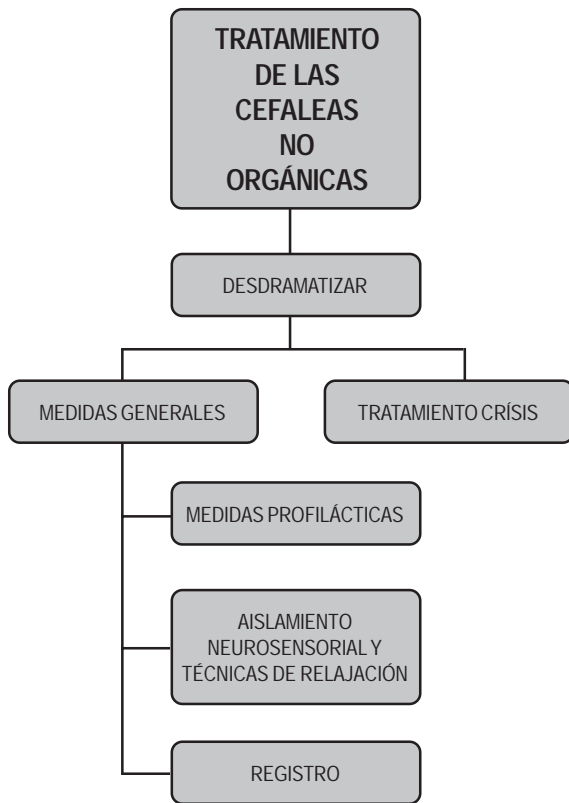
TRATAMIENTO

El estudio del paciente realizado siguiendo estas indicaciones debe permitirnos diagnosticar la inmensa mayoría de las cefaleas en A. P., con lo que procederíamos a su tratamiento, en el que se distinguen unas medidas generales, el tratamiento sintomático de la crisis y, en algunos casos, el tratamiento profiláctico.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN



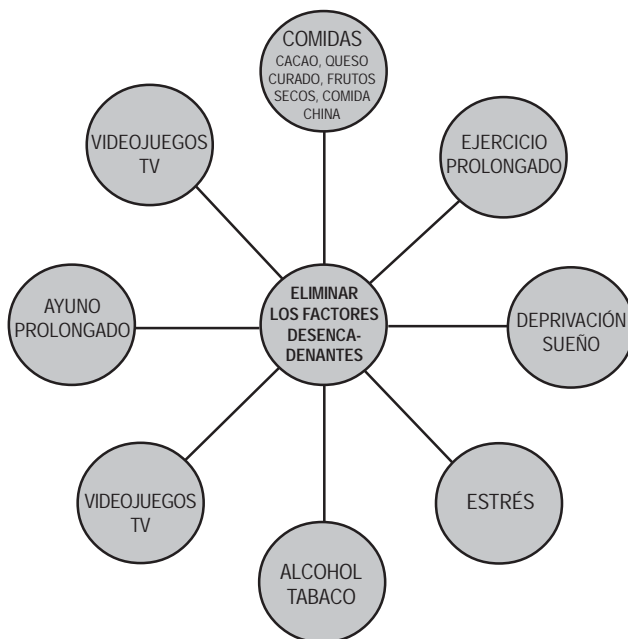
TRATAMIENTO



Medidas generales:

- *Tranquilizar*: a menudo es mayor la preocupación por tener un tumor cerebral que la molestia por el dolor, sobre todo en familiares y adolescentes. Comentarles que el estudio descarta patologías graves y que aunque sean recidivantes tienen sencillo tratamiento y buena respuesta mejora la aceptación del cuadro a largo plazo.
- *Eliminar los factores desencadenantes*, si se han identificado (comidas, ejercicio prolongado, privación de sueño, ayuno prolongado...).
- *Aislamiento neurosensorial y técnicas de relajación*: conviene mantener al paciente en una habitación tranquila y a oscuras favoreciendo que duerma. Se deben evitar situaciones de estrés, en la medida de lo posible y enseñar técnicas de relajación.
- *Registro de la cefalea*: haciendo constar el número de cefaleas, la intensidad, acontecimientos asociados, medicación... con lo que nos proporciona información sobre el tipo de cefalea y factores desencadenantes. Muchas veces el uso del registro desdramatiza el cuadro en el entorno familiar y alivia las cefaleas.

TRATAMIENTO: MEDIDAS GENERALES



REGISTRO

FECHA					
HORA INICIO LOCALIZACIÓN					
DURACIÓN (horas)					
FECHA ÚLTIMA REGLA					
INTENSIDAD (0-10)					
FACTORES DESENCADENANTES					
FACTORES AGRAVANTES					
TRATAMIENTO					
RESPUESTA AL TRATAMIENTO					
MEJORA CON SUEÑO, OSCURIDAD					
SÍNTOMAS PREVIOS AL DOLOR					
SÍNTOMAS DURANTE LA CRISIS DE DOLOR					

Tratamiento sintomático de la crisis de migraña (A.P.):

Normalmente el episodio agudo de las crisis no precisa medidas especiales, se indica reposo en cama, a oscuras, analgésicos y antieméticos, con lo que suele resolverse la cefalea.

- 1.- Entre los analgésicos se suele recurrir al paracetamol, AAS e ibuprofeno, a los que se puede añadir en adolescentes codeína o cafeína (con supervisión para evitar el abuso).
- 2.- Como antiemético se suele utilizar más la domperidona que la metoclopramida, por tener menores efectos secundarios.
- 3.- La Ergotamina es poco útil hasta la adolescencia porque su acción es selectiva sobre el aura, actualmente ha disminuido su uso por la aparición de los triptanos. En general no se debe usar en menores de 6 años y la dosis no debe sobrepasar los 2 mg/d o 4mg semanales.
- 4.- Los triptanos se han desarrollado en los últimos años, aunque la experiencia en la edad pediátrica es limitada: existe indicación del Sumatriptan endonasal en adolescentes con migrañas frecuentes y severas.

Dosis recomendadas

Paracetamol: 10-20 mg/Kg/dosis

AAS: 10-20 mg/Kg/dosis

Ibuprofeno: 20mg/kg/día

Metocloramida: 5-10 mg/Kg/dosis

Domperidona: 5-10 mg/Kg/dosis

Ergotamina: 1-2 mg/d (dosis única)

Sumatriptan: 2-6 mg/dosis

Se han realizado revisiones de ensayos de medicación y, aunque existían defectos metodológicos, se concluyó que tanto el paracetamol, como el ibuprofeno son seguros y efectivos y que no parece existir diferencias entre ellos. Respecto a los triptanos se demuestra que el sumatriptan permite una rápida absorción y alivio de los síntomas aunque tiene efectos adversos menores, pero frecuentes y significati-

vos, por lo que se considera conveniente realizar más estudios.

Tratamiento de formas especiales de migrañas:

1- En algunas formas especiales de migraña como el *cluster* (excepcional en niños) y las *desencadenadas por ejercicio* el medicamento de elección es la indometacina.

2- En el medio hospitalario se puede utilizar oxígeno en mascarilla 100% durante 15-30 mín, con lo que se consigue mejoría en la mitad de los pacientes. El status migrañoso (cuando la crisis dura más de 3 días) se trata con dexametasona iv (0.5mg/Kg/día, repartida en dosis cada 6 h) y con fenitoína iv (15-20 mg/dosis).

Tratamiento de la cefalea tensional:

Son aplicables las medidas generales descritas anteriormente y conviene evitar en lo posible medicar a estos pacientes, el tratamiento se apoya en una adecuada supervisión psicológica y/o psiquiátrica y si es necesario administrar analgésicos y diazepam 0.1-0.3 mg/Kg/día si la contractura muscular es intensa. Ocasionalmente se administra amitriptilina en dosis única nocturna como profilaxis.

Tratamiento profiláctico:

En ocasiones, bien por la intensidad, bien por la frecuencia o por la repercusión de la migraña, es necesario establecer un tratamiento profiláctico.

Se ha propuesto que antes de iniciarlo se tenga en cuenta el impacto que la enfermedad tiene sobre la vida del paciente y así se ha creado el cuestionario de autoevaluación MIDAS (Migraine Disability Assessment Questionnaire), diseñado inicialmente para que pacientes adultos ya diagnosticados valorasen cuándo era necesario acudir a consulta. Recientemente se ha elaborado el PED MIDAS, adaptado a la población pediátrica, para orientar al profesional sobre la necesidad de instaurar o no tratamiento profiláctico.

PED MIDAS

En los últimos 3 meses:

- numera los días perdidos de colegio por dolor de cabeza.

- numera los días que has llegado tarde o salido antes del colegio por dolor de cabeza.
- numera los días en que tu rendimiento escolar ha estado disminuido por dolor de cabeza.
- numera los días en que tu rendimiento en las tareas de casa ha estado disminuido por dolor de cabeza.
- numera los días en que no has podido participar en actividades recreativas y deportes por dolor de cabeza.
- numera los días en que has podido participar en ellos, pero tu capacidad ha estado disminuida por dolor de cabeza.

En general, se considera la posibilidad de pautar el tratamiento preventivo:

1. En pacientes con migrañas frecuentes (> 3 crisis/mes).
2. En los que no responden satisfactoriamente a la medicación sintomática y
3. En aquellos en los que el dolor interfiere en la vida diaria tras valoración con PED MIDAS: si la puntuación oscila entre 11-20 se plantea el tratamiento profiláctico y si es > 21 existe indicación de iniciar tratamiento profiláctico, aunque debe valorarse cada caso individualmente.

Los fármacos que se utilizan en la profilaxis son los beta bloqueantes, bloqueantes de los canales del calcio, topiramato, antidepresivos, valproico, anti-histamínicos como la ciproheptadina que resulta útil en niños que presentan cefalea asociada con alergia o sinusitis... pero su estudio escapa al objetivo de este protocolo porque sería pautado en Atención Especializada tras derivación.

Consideraciones especiales de la cefalea en el adolescente:

Las cefaleas recurrentes son un problema frecuente en adolescentes y adultos y causa de numerosas consultas médicas y absentismo escolar. La mayoría no están asociadas a patología orgánica grave, pero pueden ser signos de estrés, ansiedad o depresión. Sin embargo la cefalea aguda, aislada e intensa, particularmente en pacientes sin anteceden-

tes de cefaleas, puede deberse a una afección significativa del SNC o a una enfermedad sistémica.

Es frecuente la asociación de cefaleas vasculares y tensionales en el mismo individuo, son las llamadas *cefaleas mixtas* y su manejo puede ser muy complicado combinando terapias psicológicas y conductuales con analgésicos y fármacos profilácticos.

Entre los factores desencadenantes hay que considerar los medicamentos, el café (ingesta excesiva o privación de cafeína), el alcohol y las drogas (la heroína puede producir vasculitis del SNC y la cocaína y las anfetaminas pueden ocasionar hemorragia intracraneal).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-Canela Cáceres J, Juanes de Toledo B. Tratamiento sintomático de la migraña en los niños: una revisión sistemática de los ensayos de medicación. *Evid pediatr.* 2006; 2:10.
2. Pérez C M Pilar, Rojas G Pamela. Tratamiento agudo de la migraña en niños. *Medfamuc.cl* (27/7/06).
3. Pérez C M Pilar, Rojas G Pamela. Profilaxis de la migraña en niños ¿cómo? ¿cuándo? *medfamuc.cl* (30/7/6).
4. Rodillo E. Nueva clasificación de cefaleas. *Revista Pediatría electrónica.* Vol 2. Nº1. Abril 2005.
5. Ortiz Gordillo E., Campillos Morillo E. Estudio de la frecuentación por cefaleas en Atención Primaria. *Vox Paediatrica*, 11, 1, (12-14). 2003.
6. Cabrera López JC, Martí Herrero M, Toledo Bravo de Laguna L. *Canarias Pediatría.* Vol 29, nº2.
7. Donald D, Lewis M. Cefaleas en niños y adolescentes. *Am Fam Physician* 2002; 65:625-32.
8. Campistol J. Protocolo de Actuación en migraña de la infancia y adolescencia. V Reunión Anual de la Sociedad Asturiana de Pediatría de Atención Primaria. *Boletín AAPap.* Abr-06.
9. Protocolo de Cefaleas de la Asociación Navarra de Pediatría (ANPE).
10. Campos-Castelló J. Cefaleas. Protocolo de la Asociación Española de Pediatría.
11. Headache Classification Comité of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias

- and facial pain. Second ed. Cephalalgia 2004 (Suppl 1).
12. Nelson. Tratado de Pediatría. 17ª ed. Capítulo 588.
 13. Neinstein, L S. Salud del Adolescente. 1991. Capítulo 22, 301-309.
 14. Castellano Barca g, Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM. Medicina de la Adolescencia. 2004. Capítulo 47, 334-341.
 15. Bras J, de la Flor, JE, Masvidal RM. Pediatría en Atención Primaria. 1997. Capítulo 30, 205-209.
 16. Cruz M. Compendio de Pediatría. 1998. Capítulo 154.

AGRADECIMIENTOS:

Mi más sincero agradecimiento a los compañeros de Atención Especializada, por su colaboración desinteresada tanto del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria (Dra. Duque y Dr. Martín) como del HUC (Dr. Hernández Peña) por las sugerencias realizadas y por la supervisión del protocolo.