



Servicio Canario de la Salud

Complejo Hospitalario Universitario  
Insular - Materno Infantil  
Atención Primaria del Área  
de Salud de Gran Canaria

**PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN  
PRIMARIA**

**COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA  
DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA  
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO  
INSULAR-MATERNAL INFANTIL**



Revisión 0

**PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN  
PRIMARIA**

**COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA  
DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA,  
COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO  
INSULAR-MATERNAL INFANTIL**





Servicio Canario de la Salud

Complejo Hospitalario Universitario  
Insular - Materno Infantil  
Atención Primaria del Área  
de Salud de Gran Canaria

## PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA


### COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL



Revisión 0

## ÍNDICE

<b>1. OBJETIVO</b>	<b>3</b>
<b>2. ALCANCE</b>	<b>3</b>
<b>3. CONTENIDO DEL PROTOCOLO</b>	
a. INTRODUCCIÓN	3
b. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	3
c. CLASIFICACIÓN	4
d. MIGRAÑA	5
e. CEFALEA TENSIONAL	7
f. MANEJO DEL NIÑO CON CEFALEA	8
g. CONCLUSIONES	10
<b>4. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>12</b>
<b>5. ANEXO 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE MIGRAÑA</b>	<b>13</b>
<b>6. ANEXO 2. Hª CLÍNICA SEMI ESTRUCTURADA</b>	<b>14</b>
<b>7. ANEXO 3. EXPLORACIÓN APARATO MASTICATORIO</b>	<b>17</b>
<b>8. ANEXO 4. GRÁFICAS DE PC &gt; 2 AÑOS</b>	<b>19</b>
<b>9. ANEXO 5. CRITERIOS DE DERIVACIÓN</b>	<b>20</b>
<b>10. ANEXO 6. HOJA REGISTRO EPISODIOS CEFALEA</b>	<b>21</b>
<b>11. GRUPO DE TRABAJO</b>	<b>22</b>

Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	
07/06/2011	<b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL</b>	Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria

## 1. OBJETIVO

Orientar a los profesionales sanitarios en el manejo de la cefalea en Atención Primaria. Este protocolo está diseñado para tratar de diferenciar aquellas cefaleas que son de manejo en Atención Primaria de las que deben ser remitidas para estudio y tratamiento al nivel especializado; en algunos casos con carácter urgente al Servicio de Urgencias correspondiente.

## 2. ALCANCE

El ámbito de aplicación de este protocolo incluye a los profesionales sanitarios involucrados en la atención al paciente durante el periodo de la infancia y adolescencia, así como a los niños y las niñas de 0 a 13 años del Área de Salud de Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura.

## 3. PROTOCOLO

### INTRODUCCIÓN

La cefalea es un síntoma común que puede manifestarse desde los primeros años de la vida. La importancia de este síntoma radica en que, en algunas ocasiones, puede representar una patología de base seria. Además,


cuando se presenta de manera recurrente y frecuente ó con una intensidad severa, es capaz de interferir en el rendimiento escolar, alterar su conducta e incluso interrumpir su actividad diaria. Se presenta con una frecuencia del 3% entre 3-7 años, del 4-7% entre 7-11 años y del 8-23% entre 11-15 años; con predominio de niños durante la infancia y de niñas en la pubertad. La cefalea recurrente es aquella que presenta 5 episodios o más.<sup>1</sup>

La cefalea de tipo migrañoso y de tipo tensional son las más frecuentes en la infancia y adolescencia.<sup>2,3,4</sup>

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Están excluidas de este protocolo el estudio de la cefalea en:

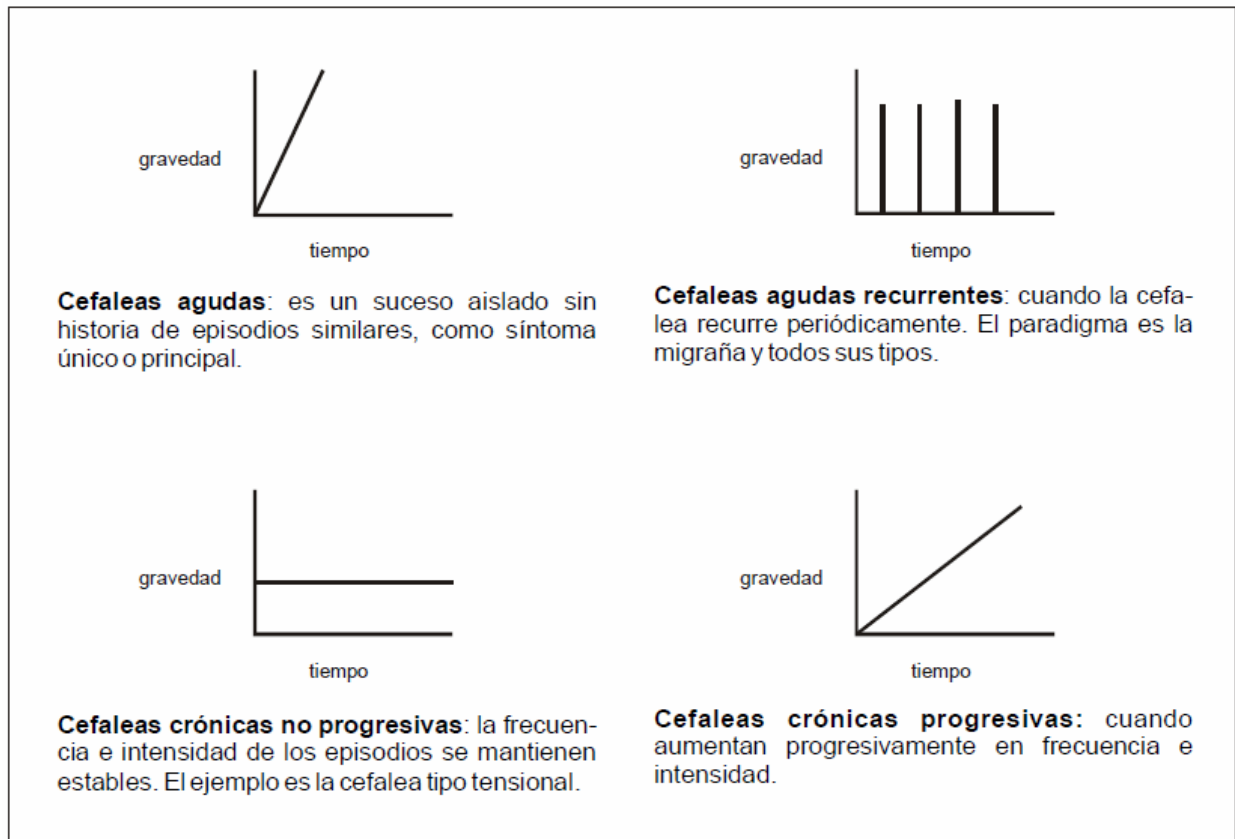
- Menores de 3 años
- La que acompaña a procesos infecciosos del sistema nervioso central (meningitis, encefalitis)
- La que acompaña a procesos infecciosos intercurrentes (síndrome gripal, otitis media aguda, faringitis, catarro de vías altas, etc.)

Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	 <b>Servicio Canario de la Salud</b> Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria
07/06/2011	<b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL</b>	


## CLASIFICACIÓN

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

1. Cefaleas agudas
2. Cefaleas agudas recurrentes
3. Cefaleas crónicas no progresivas
4. Cefaleas crónicas progresivas.



**Cuadro 1. Clasificación de las cefaleas**

Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	 <b>Servicio Canario de la Salud</b> Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria
07/06/2011	<b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL</b>	

### MIGRAÑA O JAQUECA

Es el tipo más frecuente de cefalea aguda recurrente en pediatría. Se trata de una cefalea periódica con ataques separados por intervalos libres de síntomas, y se caracteriza por ser:

1. Uni o bilateral.
2. Pulsátil o no.
3. Pueden acompañarse de náuseas y/o vómitos.
4. Pueden acompañarse de fotofobia y/o fonofobia.
5. Pueden empeorar con el ejercicio.

A su vez se clasifican en dos tipos:

- a) Sin aura (mas frecuente)
- b) Con aura: visuales, sensoriales, trastornos del habla o debilidad motora.

Entre el 14-30% de los niños refieren algún tipo de aura que precede a la migraña.<sup>5</sup>

Los síntomas visuales son los más frecuentes y generalmente consisten en escotomas, visión borrosa, puntos brillantes o líneas en zig-zag.

Las parestesias, sobre todo en la cara o en las manos de forma unilateral, son los síntomas sensoriales más comunes. También puede haber afectación del lenguaje (disartria); los síntomas disfásicos son mucho menos frecuentes y muy raramente aparecen

aislados sin síntomas visuales o sensitivos.<sup>6</sup>

Otros signos y síntomas como mareos, vómitos cíclicos o dolor abdominal recurrente pueden observarse como antecedentes o en asociación a ella. Para su diagnóstico nos basaremos en los criterios clínicos establecidos por la Internacional Headache Society (IHS).<sup>7</sup>


Ver Anexo 1

### **Tratamiento de la migraña**

1) Medidas generales. Es importante explicar a los padres y al niño/a en qué consiste y cuál es su importancia. Durante el ataque se recomienda que se acueste con la luz apagada y evitando ruidos; así como aquellos factores desencadenantes (estrés, ejercicio, alimentos relacionados) para prevenir ulteriores ataques.

2) Tratamiento del ataque migrañoso<sup>2,3,4,8,9,10,11</sup>

- *Paracetamol* 10-15 mg/kg/dosis, cada 4-6 horas (dosis máxima total diaria: 4 gramos / día)<sup>12</sup>

Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	
07/06/2011	<b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL</b>	Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria

- *Ibuprofeno* 20 mg/kg/día, cada 6 horas, (dosis máxima diaria total: 500 mg/día, para niños de menos de 30 kg).

Puede usarse cualquiera de los dos fármacos. Si no hay respuesta al tratamiento:


- *Sumatriptán*, es el único triptán aprobado de momento para los niños mayores de 12 años. La presentación intranasal (*Imigran*<sup>®</sup>, *Arcoiran*<sup>®</sup>) ha demostrado beneficio en este grupo etario. Los efectos secundarios más frecuentes son: náuseas, somnolencia, vómitos y sofocos. Está contraindicado en cardiópatas por la posibilidad de provocar espasmos coronarios.

Forma de administración: aplicar una insuflación de 10 mg en una fosa nasal. Se puede repetir a las dos horas, en la otra fosa nasal, si ha mejorado pero persiste dolor. En caso de que no exista ninguna mejoría no aplicar 2ª dosis ni volver a utilizarlo en sucesivos ataques migrañosos.

Si el ataque de migraña no cede en 72 horas será criterio de derivación urgente al Servicio de Urgencias del Hospital de referencia

3) *Profilaxis de la migraña*. Si presenta 3 o más ataques al mes durante al menos 2 meses seguidos o si los ataques son poco frecuentes pero prolongados o incapacitantes:

-*bloqueantes de los canales del calcio*: eficaces en la migraña. Flunarizina (*Sibelium*<sup>®</sup>): 5mg por la noche durante 1mes, si responde parcialmente subir a 10mg (dosis máxima 10mg/día). Si no hay respuesta en 1 mes se considera refractaria al tratamiento y se deriva a la Unidad de Neurología Pediátrica o al Servicio hospitalario de Pediatría correspondiente con carácter normal. Si hay respuesta a este tratamiento se podrá mantener durante 3 a 6 meses. Hay trabajos que avalan la seguridad y eficacia de este fármaco en niños y este comité, al igual que la Academia Americana de Neurología y la Academia Americana de Pediatría, recomienda su uso en mayores de 5 años de edad, aunque en la ficha técnica no está aprobado para menores de 18 años<sup>3,11,13,14,15</sup>

Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	 <b>Servicio Canario de la Salud</b> Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria
07/06/2011	<b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL</b>	

### CEFALEA TENSIONAL

A veces resulta difícil distinguir de la migraña sin aura, y puede coexistir con ella. Son precipitadas o asociadas a causas emocionales. Son cefaleas crónicas no progresivas, y en ocasiones cefaleas agudas recurrentes. Los niños señalan el dolor a punta de dedo, en la región occipital si tienen componente de contracción muscular, o de forma difusa, a veces holocraneal. Siempre de forma inespecífica ó de forma demasiado específica.

Se caracteriza por ser:

1. Bilateral
2. Opresiva
3. No suele acompañarse de nauseas ni vómitos.
4. Puede acompañarse de fotofobia o de fonofobia, nunca los dos a la vez.

El diagnóstico se basa en los criterios clínicos.


Migraña	Cefalea Tensional
Uni o bilateral	Bilateral
Pulsátil o no	Opresiva
Foto y/o fonofobia	Foto o fonofobia
Vómitos y/o nauseas	No vómitos ni nauseas
Antecedentes familiares	No antecedentes familiares
Con o sin aura	Relacionada con estrés
Empeora con ejercicio	No empeora con ejercicio
La migraña y la cefalea tensional pueden coexistir	

**Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la migraña y la cefalea tensional**

### **Tratamiento cefalea tensional**

- 1) Medidas generales. Es importante explicar a los padres y al niño en qué consiste y cuál es su importancia. Durante el ataque se recomienda que se

acueste con la luz apagada y evitando ruidos; así como factores desencadenantes para prevenir ulteriores ataques.

Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	 <b>Servicio Canario de la Salud</b> Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria
07/06/2011	<b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL</b>	

- 2) Medidas relajación y antiestrés:  
psicoterapia<sup>4</sup>: se recomienda realizar una actividad física diaria.
- 3) Analgésicos: sí dolor paracetamol o ibuprofeno a las dosis habituales.
- 4) Relajante musculares: en caso de cefalea de localización predominantemente occipito-cervical en la que se sospeche contractura muscular, asociar Diazepam 0,1-0,2 mg/kg/ día, cada 8 horas (dosis máxima 10 mg/día). Durante 1 semana.

Si persisten los episodios derivar, vía normal, a la Unidad de Neurología Pediátrica o servicio hospitalario de Pediatría correspondiente o a la Unidad de Salud Mental.

### MANEJO DEL NIÑO CON EFALEA

En este proceso diagnóstico estableceremos una primera clasificación atendiendo al patrón temporal de presentación y posteriormente según los criterios diagnósticos anteriores.

- a) Anamnesis. Lo primero es realizar una cuidadosa

anamnesis seguida de una exploración clínica y neurológica completa, que **siempre debe incluir el fondo de ojo**. La anamnesis será dirigida y sistematizada: desde cuando le duele, dónde le duele, características del dolor, síntomas asociados, factores emocionales, características del aura, factores desencadenantes, así como los que alivian el dolor. Ver Anexo 2


---

Una H<sup>a</sup>C<sup>a</sup> completa y una exploración física minuciosa clave para el diagnóstico y permite identificar a la mayoría de los pacientes con lesiones cerebrales subyacentes

---

- b) Exploración. Hacer una exploración detallada:
  - a. Exploración general
  - b. Exploración neurológica
  - c. Tensión arterial
  - d. Auscultación del cráneo
  - e. Perímetro craneal (PC).  
Un aumento del PC por encima de 3 DS nos debe hacer sospechar



Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	 Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria
07/06/2011	<b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL</b>	

una lesión ocupante de espacio. Ver anexo 3

- f. Fondo de ojo
- g. Exploración del aparato masticatorio (extraoral e intraoral), en busca del Síndrome del Compromiso Mandibular (CAT) o Síndrome del Músculo Temporal (SMT). Ver anexo 4
- h. Examinar el área ORL
- i. Palpar músculos pericraneales (contractura)
- j. Valoración agudeza visual

---

Una exploración neurológica anormal es el predictor más potente de Lesión Intracraneal Grave<sup>1</sup>

---

Si se trata de una **cefalea aguda** pautaremos medidas generales y analgesia habitual (paracetamol, ibuprofeno). Si persiste dolor, de manera continua e intensa a las 36 horas, derivar al Servicio de Urgencias del Hospital de referencia.


Si se trata de una **cefalea aguda recurrente**, como la migraña, una vez confirmado el diagnóstico en base a los

criterios clínicos expuestos, no se recomiendan exploraciones complementarias.<sup>2,9,10</sup>

Si se trata de una **cefalea crónica no progresiva**, como la cefalea tensional, una vez confirmado el diagnóstico en base a los criterios clínicos expuestos, es importante identificar factores emocionales y desencadenantes así como la correcta utilización de los analgésicos, evitando su abuso, ya que esto puede ser el origen de la cefalea o perpetuar la misma. Otras causas de cefalea crónica no progresiva a tener en cuenta son: sinusitis crónica, déficit de refracción visual o cefalea postraumática.

Ante una **cefalea crónica progresiva** hay que considerar como probable causa etiológica una patología intracraneal. En primer lugar descartar un Síndrome de Hipertensión Endocraneal en cuyo caso se deriva al Servicio de Urgencias del hospital de referencia. Este síndrome tiene las siguientes características:

- a) Cefalea matutina de intensidad leve a moderada, de breve duración (una

Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	 <b>Servicio Canario de la Salud</b> Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria
07/06/2011	<b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA</b> <b>COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO</b> <b>INSULAR-MATerno INFANTIL</b>	

hora), referida en la región frontal u occipital, de carácter recurrente, varias veces en la semana.

- b) Vómitos en escopetazo, matutinos, no precedidos de náuseas
- c) Edema de papila
- d) Aumento del perímetro cefálico en niños menores de 2 años
- e) Ataxia
- f) Fenómenos vegetativos
- g) Retraso madurativo o deterioro
- h) Trastornos del sensorio
- i) Alteración de pares craneales: diplopía, estrabismo etc.
- j) Convulsiones.

Sí descartamos el Síndrome de Hipertensión Endocraneal, cualquier cefalea crónica progresiva debe ser derivada a la Unidad de Neurología Pediátrica o Servicio hospitalario de Pediatría correspondiente con carácter preferente.

**c) Pruebas complementarias en Atención Primaria**

1. Las pruebas de laboratorio como un hemograma o una bioquímica no están indicadas de manera rutinaria en el estudio de la cefalea en Atención Primaria.

2. La radiografía de senos no está indicada

3. El EEG no está indicado de manera rutinaria en el estudio de la cefalea

4. Dentro de los estudios por imagen, la Tomografía Axial Computerizada (TAC) está indicada en el estudio de la *cefalea crónica progresiva* y de la *cefalea que se presenta con frecuencia durante el sueño o al despertar*. En estos casos, la solicitaremos de manera simultánea con la Inter. Consulta a la Unidad de Neurología Pediátrica o Servicio hospitalario de Pediatría correspondiente con carácter preferente.

---

No están indicadas solicitar de rutina:


- Hemograma y Bioquímica
- Rx Senos
- EEG

La TAC cerebral está indicada en la *cefalea crónica progresiva* y la que *con frecuencia aparece durante el sueño o al despertar*

---

**CONCLUSIONES**

- La cefalea es un síntoma muy frecuente en la infancia que debe ser abordado por el pediatra de Atención

Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	 <b>Servicio Canario de la Salud</b> Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria
07/06/2011	<b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL</b>	

Primaria, y sólo en pocos casos remitido a las unidades especializadas.

- Inicialmente se debe clasificar la cefalea atendiendo al patrón temporal de presentación (aguda, aguda recurrente, crónica no progresiva y crónica progresiva).

- Mediante la anamnesis se diagnostican el 99 % de las migrañas.

- Las cefaleas agudas recurrentes más frecuentes son la migraña sin aura y la cefalea tipo tensional, cuyo diagnóstico es clínico y, por lo tanto, no son necesarias exploraciones complementarias.

- El fondo de ojo y la toma de la presión arterial forman parte de la exploración clínica.


- La neuroimagen debe limitarse a los niños con un examen neurológico y/o fondo de ojo anormal o cuando la historia clínica sugiere una afectación neurológica. Las características del dolor de cabeza que, referidas en la historia clínica, pueden hacernos sospechar una lesión intracraneal grave son: cefalea severa de reciente aparición (< 1 mes), cambios significativos en el carácter o estado de ánimo (tristeza), cambios en el tipo de cefalea o cefalea que aparece con

frecuencia durante el sueño o al despertar.<sup>1,16</sup>

- Cualquier episodio de cefalea que se acompañe de exploración neurológica anormal deberá ser derivada al Servicio de Urgencia del HUMIC.


### **CRITERIOS DE DERIVACIÓN**

Los criterios de derivación se detallan en el **Anexo II**

Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	 <b>Servicio Canario de la Salud</b> Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria
07/06/2011	<b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL</b>	

## BIBLIOGRAFÍA

- Young II Rho et al. The Role of Neuroimaging in Children and adolescents With Recurrent Headaches-Multicenter Study. *Headache* 2011;51:403-408.
- Lewis, DW; Ashwal, S; Dahl, BS; Dorbad, BS; Hirtz, D; Prensky, A; Jarjour, I. 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: 490-498.
- Lewis, DW; Ashwal, S; Hershey, A; Hirtz, D; Yonker, M and Silberstein, S. Practice parameter: Pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents. Report of the of the American Academy of Neurology Quality Standards Subcommittee and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology* 2004; 63: 2215-2224.
- Lewis, DW; Headaches in Childrens and Adolescents. *Am Fam Physician* 2002;65:625-632,635-6.
- Cruse RP. Classification of migraine in children. UpToDate 2011. Disponible en: [http://www.uptodate.com/contents/classification-of-migraine-in-children?source=search\\_result&selectedTitle=5%7E150](http://www.uptodate.com/contents/classification-of-migraine-in-children?source=search_result&selectedTitle=5%7E150)
- Láinez JM. Guía de recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la migraña en la práctica clínica. Guías Fistera
- Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd ed. *Cephalalgia*. 2004; 24 Suppl 1:9-160.
- Martí Herrero, M; Cabrera López, JC. Protocolo de Actuación ante un Niño con Cefaleas en el Centro de Salud. *An Esp Pediatr* 1996; (Supl 74): 67-68
- Martí Herrero, M; Cabrera López, JC. Cefaleas en la infancia. *Pediatría Social y Preventiva*; 1999. ICEPS Editores, ISBN nº 84-89151-20-2
- Mulas Delgado, F. Evaluación del niño con cefaleas. *An Esp Pediatr* 1996; (Supl 74): 64-66.
- Campos-Castelló, J. Cefaleas. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Asociación Española de Pediatría. Protocolo de neurología. Nº 30. <http://www.aeped.es/protocolos/neurolog>
- Sorge, F; DeSimone, R; Marano, E et al. Flunarizine in prophylaxis of childhood migraine. A double-blind, placebo-controlled crossover study. *Cephalalgia* 1988;8:1-6
- Medimecum 2011
- Guidetti, V; Moscato, D; Ottaviano, S; et al. Flunarizine and migraine in childhood: an evaluation of endocrine function. *Cephalalgia* 1987;7:263-26613.
- Machin, V; Valtuena, J; Aparicio, M. Evaluation of flunarizine dimethothiazine and placebo in the preventive management of migraine in infancy. *Revista española de Pediatría* 1987;43:37-43.
- Lutschg, J; Vassella, F. The treatment of juvenile migraine using flunarizine or propranolol. *J Suisse Med* 1990;120:1731-1736.
- Bonthius DJ, Lee AG. Approach to the child with headache. UpToDate 2011. Disponible en: [http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-headache?source=search\\_result&selectedTitle=1%7E150](http://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-child-with-headache?source=search_result&selectedTitle=1%7E150)
- Herranz Fernández JL. Orientación diagnóstica y terapéutica de la cefalea en el niño. *FMC* 2010;17(6):375-80.
- González Gutierrez-Solana L. Diagnóstico y tratamiento de la cefalea en el niño. *Pediatr Integral* 2003;VII(9):671-684.
- Rosenblum RK, Graham Fisher P. A Guide to Children with Acute and Chronic Headaches. *J Pediatr Health Care* 2001;15:229-235. AUSCULTAR SIENES Y R SUPRAORBITARIA
- Fejerman N., Fernández Álvarez, E. *Neurología Pediátrica*, 1997, 2ª edición. Editorial Médica Panamericana. P.599-611
- Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias, and facial pain. Second Edition. *Cephalalgia* 2004 (Suppl 1), 1160.
- Gladstone, JP; Dodick, DW. Revised 2004 International Classification of Headache Disorders: New Headache Types. *Can J Neurol Sci* 2004; 31: 304-314. [ia/index.htm](http://ia/index.htm) Entrada a pagina web mayo de 2005

Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	 <b>Servicio Canario de la Salud</b> Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria
07/06/2011	<b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL</b>	

## ANEXO 1. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE MIGRAÑA

### Criterios diagnósticos de migraña sin aura

- A. *Al menos 5 episodios que cumplan los criterios B-D*
- B. *Duración de los episodios de 4-72 horas\* (sin tratamiento)*
- C. *Cefaleas con al menos 2 de las características siguientes:*
- *Localización hemicraneal\*\**
  - *Pulsátil*
  - *Intensidad moderada-grave*
  - *Empeora con el ejercicio físico*
- D. *Al menos 1 de los siguientes durante la cefalea:*
- *Nauseas, vómitos o ambos*
  - *Fotofobia o fonofobia*
- E. *No atribuible a otro desorden*

Fuente: Headache Classification Subcommittee of The Internacional Headache Society/


### Criterios diagnósticos de migraña con aura

- A. *Al menos 2 episodios que cumplan los criterios B*
- B. *Al menos 3 de las características siguientes:*
- *1 o más síntomas de aura completamente reversibles*
  - *Al menos 1 de los síntomas se desarrolla gradualmente en menos de 4 minutos o 2 o más síntomas se desarrollan sucesivamente*
  - *Ninguno de los síntomas del aura dura más de 60 minutos*
  - *La cefalea sigue al aura con un intervalo libre de menos de 60 minutos; también puede antes o la vez que el aura*
- C. *La anamnesis, la exploración física y los estudios complementarios excluyen cefalea secundaria*

Fuente: Headache Classification Subcommittee of The Internacional Headache Society/

\*En los niños la duración puede ser menor, entre 1-72 horas.<sup>16, 17, 18</sup>

\*\*En los niños suele ser bilateral<sup>15</sup>, en la región frontal<sup>17</sup>, y en la adolescencia adopta el patrón de dolor unilateral típico de la edad adulta<sup>16</sup>.

Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	 <p>Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria</p>
07/06/2011	<b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNO INFANTIL</b>	

## ANEXO 2. HISTORIA CLÍNICA SEMI ESTRUCTURADA PARA CEFALEAS

### 1. Antecedentes personales

- Embarazo, parto
- Desarrollo psicomotor
- Rendimiento escolar (para > 5 años)
- Situaciones estresantes en el ámbito familiar, escolar, social
- Hábitos de sueño
- Fármacos
- Antecedentes clínicos: traumatismos, HTA, dolor abdominal recidivante, vómitos cíclicos, cinetosis.

### 2. Antecedentes familiares cefaleas: SI NO

- Migraña:  padre  madre  hermanos  abuelos  tíos
- Otras cefaleas:  padre  madre  hermanos  abuelos  tíos

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

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

### 5. Frecuencia: diaria \_\_\_/ semana \_\_\_/ mes \_\_\_/ año


### 6. Horario de presentación:

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

### 7. Relación con el sueño:

- Mejora con el sueño:  SI  NO
- **Le despierta durante el sueño:**  alguna vez  **con frecuencia\***

### 8. Características del dolor

Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>  <b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA</b> <b>COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO</b> <b>INSULAR-MATerno INFANTIL</b>	 <b>Servicio Canario de la Salud</b> Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria
07/06/2011		

**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.

## 9. Síntomas acompañantes

Nauseas y/o vómitos

Fotofobia

Fonofobia

Síntomas vegetativos: malestar abdominal, sudoración, palidez

Mareos


Vértigo

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

## 10. Factores que desencadenan o agravan el dolor

- El inicio de la cefalea coincidió con \_\_\_\_\_
- Psicológicos: estrés, nerviosismo, ansiedad \_\_\_\_\_
- Hormonales: menstruación
- Alimentos: chocolate, quesos, golosinas, frutos secos, embutidos, etc.
- Ambientales: estímulos visuales, olores, cambios atmosféricos (avión), altitud elevada, exposición al sol, ayuno, viajes.
- Sueño: exceso o déficit de sueño
- Otros: ejercicio físico, traumatismos craneales leves, etc. \_\_\_\_\_

**11. Aura:**  nunca  una vez  en 2 o más ocasiones

Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	 <b>Servicio Canario de la Salud</b> Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria
07/06/2011	<b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA          DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA          COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO          INSULAR-MATERNO INFANTIL</b>	

- Síntomas visuales: escotomas, visión borrosa, puntos brillantes, líneas en zig-zag, etc.
- Síntomas sensitivos: parestesias (manos, cara)
- Afectación transitoria del lenguaje (más raro): disartria
- Pérdida de fuerza

## 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\***

15. Tensión Arterial: \_\_\_\_\_

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

**\*signos o síntomas de alerta**



Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	 <b>Servicio Canario de la Salud</b> Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria
07/06/2011	<b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL</b>	

## ANEXO 3. EXPLORACIÓN DEL APARATO MASTICATORIO

### APARATO MASTICATORIO COMO CAUSA DE CEFALEAS

#### SÍNDROMES POR COMPROMISO MECÁNICO

##### Síndrome del Compromiso Mandibular (CAT)



Figura 1

Figura 2

Figura 3

Limitación de la amplitud de los movimientos funcionales mandibulares por impactar la cara interna de la rama mandibular contra el maxilar superior, ya sea diente, proceso alveolar o tuberosidad maxilar. Se debe a la pérdida del espacio normal entre el maxilar superior y la mandíbula para que ésta se mueva libremente al hablar, masticar, posición de dormir, etc. Puede tener como consecuencia una cefalea migrañosa (Fig. 1, 2 y 3).

##### Síndrome del Músculo Temporal (STM)

Atrapamiento del músculo temporal en el agujero cigomático durante los diferentes movimientos mandibulares, masticar, hablar, etc., o por la posición al dormir, flexión del cuello, etc. Se debe a la hipertrofia de la apófisis coronoides por la inserción del músculo temporal y/o a la disminución del diámetro del agujero cigomático. Puede tener como consecuencia una cefalea tensional.




Figura 4. Hipertrofia bilateral apofisis coronoides



Figura 5. Palpación intraoral de la cara interna de la apófisis coronoides del STM.

### CAT Y STM: IMÁGENES

Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	 <b>Servicio Canario de la Salud</b> Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria
07/06/2011	<b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA</b> <b>COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL</b>	



## CAT Y STM: IMÁGENES

Figura 6. Palpación extraoral de las apófisis coronoides.



Figuras 7 y 8. Zona de palpación dolorosa por impacto del CAT

### Anamnesis

*Desencadenante del dolor: al dormir, masticar, hacer ejercicio, hablar, etc.*

*Dos picos de edad: 6 y 12 años por la erupción de molares permanentes. Movimientos y posturas protrusivas.*

*Relación entre lado de dormir, lado de masticar y lado de la cefalea. Amanece con dolor? ¿Le despierta el dolor? Valorar la postura durante el sueño. Hábito de poner la mano o el brazo debajo de la almohada.*

*Aparatos y tratamientos de ortodoncia.*

*Dificultad progresiva para abrir la boca: es necesaria una ortopantomografía para valorar las apófisis coronoides por síntomas de cefalea tensional en el SMT.*

### Exploración

*Test de Romberg: la oscilación nos indica el lado de mas dolor de la cefalea.*

*El niño no reconoce que le duele algo dentro de la boca, solo se le despierta el dolor si lo palpa.*

*Palpación extraoral coronoides en CAT y SMT.*

*Palpación intraoral cara interna rama mandibular en la zona de impacto del CAT.*

*Palpación intraoral cara interna apófisis coronoides del SMT.*

Revisión 0
07/06/2011

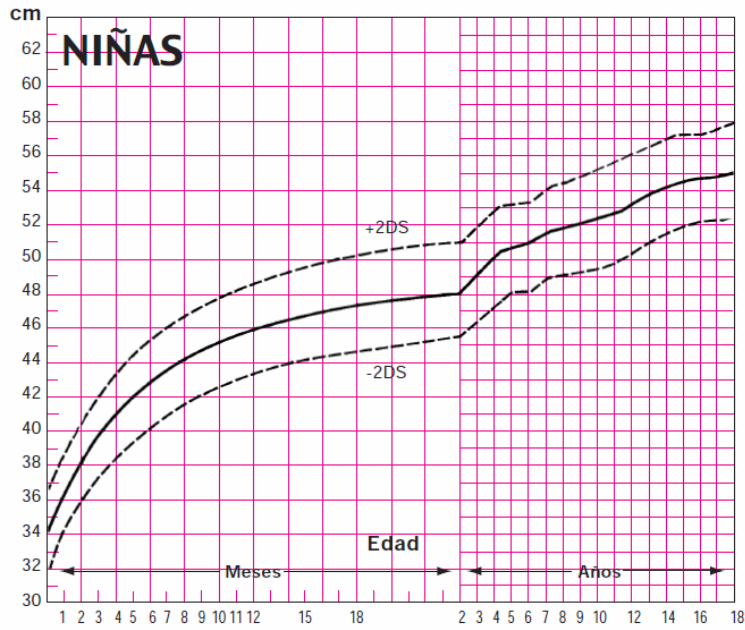
**PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA**

**COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA**

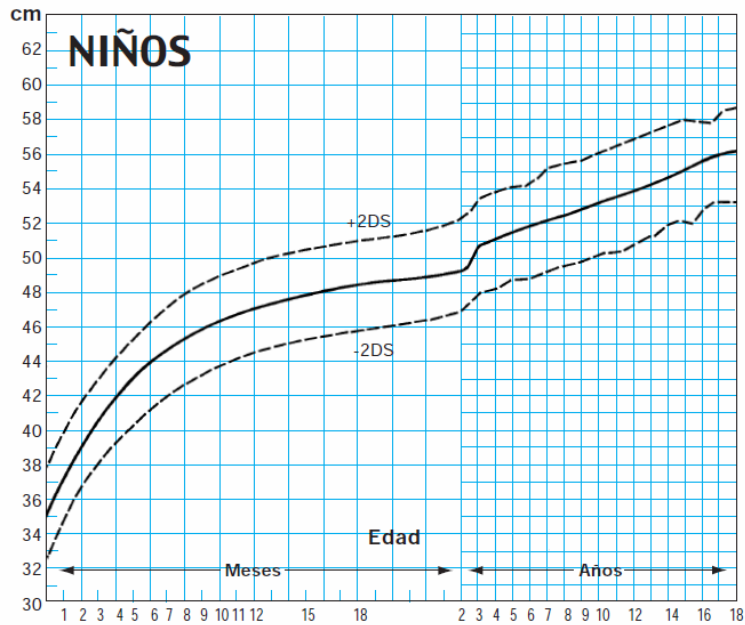
**COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL**




**ANEXO 4. GRÁFICAS DE PERÍMETRO CRANEAL > 2 AÑOS**



*Nelhaus G. Pediatrics 1968; 41: 106.*



*Nelhaus G. Pediatrics 1968; 41: 106.*

Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	 <b>Servicio Canario de la Salud</b> Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria
07/06/2011	<b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA          DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA          COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO          INSULAR-MATERNO INFANTIL</b>	

## ANEXO 5. CRITERIOS DE DERIVACIÓN HOSPITALARIA

### CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL SERVICIO DE URGENCIAS

---

1. Episodio de cefalea **aguda** que no cede en 36 horas
- 2. Ataque de migraña que no cede en 72 horas**
3. Síndrome de Hipertensión Endocraneal
4. Cefalea con exploración neurológica anormal
5. Cefalea con edema de papila
6. Cefalea con vómitos persistentes y/o “en escopetazo”
7. Cefalea que se acompaña de convulsiones
8. Cefalea que se acompaña de soplo craneal
9. Cefalea con síncope
- 10. Cefalea acompañada de inclinación de la cabeza hacia un lado**

### CRITERIOS DE DERIVACIÓN PREFERENTE A NEUROPEDIATRÍA


---

1. Cefalea en un niño < 3 años
2. Cefalea crónica progresiva
3. Cefalea **que con frecuencia aparece** durante el sueño o al despertar

### CRITERIOS DE DERIVACIÓN NORMAL A NEUROPEDIATRÍA

---


1. Cefalea de etiología no aclarada
2. Migraña refractaria a tratamiento preventivo
3. Cefalea tensional refractaria al tratamiento

Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	 <b>Servicio Canario de la Salud</b> Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria
07/06/2011	<b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATERNAL INFANTIL</b>	

## ANEXO 6. HOJA REGISTRO EPISODIOS CEFALEA

<i>Fecha</i>					
Intensidad del dolor (1, 2, 3)*					
Más fuerte en un lado					
Es como si me dan golpes (pulsátil)					
Aumenta al subir escaleras o realizar algún esfuerzo					
Nauseas					
Vómitos					
Me molesta la luz					
Me molesta el ruido					
¿Cuánto a durado? minutos/horas					
He faltado a clase					
Antes del dolor, he sentido una sensación visual					
Antes del dolor, he sentido una sensación auditiva					
He tenido mareos					
Medicación					
Eficacia de la medicación**					
Factor desencadenante: alimentos, estrés, etc.					
<p>*Intensidad del dolor</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>leve:</b> permite hacer una vida normal y seguir con sus actividades</li> <li><b>moderada:</b> no le permite realizar las actividades cotidianas como es habitual (suele estar en el sofá, sin ganas de hacer nada)</li> <li><b>severa:</b> llora, incapacitante, le obliga a acostarse</li> </ol> <p>**Eficacia medicación: 3 = mucha, 2 = regular, 1 = poca</p>					

Anotar cada episodio de dolor de cabeza señalando con una (X) en la casilla correspondiente

Revisión 0	<b>PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA</b>	 <p>Servicio Canario de la Salud Complejo Hospitalario Universitario Insular - Materno Infantil Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria</p>
07/06/2011	<b>COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA DE PEDIATRÍA DEL ÁREA DE SALUD DE GRAN CANARIA COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR-MATerno INFANTIL</b>	

Pediatra. Coordinadora de Atención Primaria y Especializada del Área de Salud de Lanzarote

## GRUPO DE TRABAJO

### **Doña Ana Bello Naranjo**

Pediatra. FEA de la Unidad de Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

### **Don José Carlos Cabrera López**

Pediatra. FEA del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Unidad de Neurología Infantil

### **Don Néstor Cáceres Alemán**

Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Doctoral. Gran Canaria

### **Doña Ángeles Cansino Campuzano**

Pediatra. Coordinación de Pediatría Atención Primaria/Atención Especializada Área de Salud de Gran Canaria

### **Doña Marisa Cuadrillero Rubio**

Pediatra. FEA del Servicio de Pediatría del Hospital Virgen de la Peña. Área de Salud de Fuerteventura

### **Don José Larena Avellaneda**

Médico estomatólogo. Dentista

### **Don Francisco Machado Fernández**

Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.

### **Don Antonio Machín Jiménez**

Pediatra. Representante de la Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria en Lanzarote

### **Doña Isabel Martínez Toledano**

Neurofisióloga. Responsable del Servicio de Neurofisiología del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

### **Doña Svetlana Pavlovic**

Responsable de la Unidad de Urgencias de Pediatría del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

### **Don Víctor Pérez Candela**

Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

### **Doña Concepción Pérez González**

### **Doña Gladi Rodríguez Pérez**

Pediatra. Coordinadora de Atención Primaria y Especializada del Área de Salud de Fuerteventura y representante de la Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria por Fuerteventura

### **Don Valentín Ruiz Caballero**

Pediatra. Representante de la Sociedad Canaria de Pediatría Extrahospitalaria.

### **Doña Laura Toledo Bravo de Laguna**

Pediatra. FEA del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Unidad de Neurología Infantil