



Me duele la cabeza, ¿Qué hacemos?

Dr. Daniel Gómez Sánchez
PEDIATRA



OBJETIVO



- Importancia - epidemiología.
- ¿Qué preguntar?
- ¿Qué explorar?
- ¿Qué pruebas complementarias solicitar?
- ¿Cuándo y cómo tratar?
- ¿Cuándo y dónde derivar?
- Algoritmo de manejo
- Conclusiones.

IMPORTANCIA:



- Muy frecuente, prevalencia cercana al 50%
- Más un síntoma que una enfermedad.
 - En procesos banales (catarro)
 - En procesos graves. (Meningitis, HIC)
- 2º Enfermedad crónica de la infancia más frecuente tras la obesidad.

EPIDEMIOLOGÍA



■ Niños → (pubertad) → Niña

■ Diferente patrón que adultos

- Más cortos, menos intensos
- Más signos vegetativos
- Desencadenantes más identificables.
- Más frontales menos hemicraneales.

■ Impacto en calidad de vida

Parte I. Cefaleas primarias

- 1. Migraña
 - 1.1. Migraña sin aura
 - 1.2. Migraña con aura
 - 1.2.1. Migraña con aura típica
 - 1.2.2. Migraña troncocefálica
 - 1.2.3. Migraña hemipléjica
 - 1.2.4. Migraña retiniana
 - 1.3. Migraña crónica
 - 1.4. Complicaciones de la migraña
- 2. Cefalea tensional
 - 2.1. Cefalea tensional episódica infrecuente
 - 2.2. Cefalea tensional episódica frecuente
 - 2.3. Cefalea tensional crónica
- 3. Cefaleas trigeminoautonómicas
 - 3.1. Cefalea en racimos
 - 3.1.1. Cefalea en racimos episódica
 - 3.1.2. Cefalea en racimos crónica
 - 3.2. Hemicránea paroxística
 - 3.2.1. Hemicránea paroxística episódica
 - 3.2.2. Hemicránea paroxística crónica
 - 3.3. Cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración
 - 3.3.1. Con inyección conjuntival y lagrimeo (SUNCT)
 - 3.3.2. Con síntomas autonómicos craneales (SUNA)
 - 3.4. Hemicránea continua
- 4. Otras cefaleas primarias
 - 4.1. Cefalea tusígena primaria
 - 4.2. Cefalea primaria por esfuerzo físico
 - 4.3. Cefalea primaria asociada con la actividad sexual
 - 4.4. Cefalea en trueno primaria
 - 4.5. Cefalea por criostímulo
 - 4.6. Cefalea por presión externa
 - 4.7. Cefalea punzante primaria
 - 4.8. Cefalea numular

4. Otras cefaleas primarias (cont.)

4.9. Cefalea hipóica

4.10. Cefalea diaria persistente de novo

Parte II. Cefaleas secundarias

- 5. Cefalea atribuida a traumatismo craneal o cervical
- 6. Cefalea atribuida a trastornos vasculares craneales o cervicales
- 7. Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular
- 8. Cefalea atribuida a administración o supresión de una sustancia
- 9. Cefalea atribuida a infección
- 10. Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis
- 11. Cefalea o dolor facial atribuido a trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otra estructura facial o craneal
- 12. Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico

Parte III. Neuropatías craneales dolorosas y otros dolores faciales y otras cefaleas

- 13.1. Neuralgia del trigémino
- 13.2. Neuralgia del glossofaríngeo
- 13.3. Neuralgia del nervio intermediario (nervio facial)
- 13.4. Neuralgia occipital
- 13.5. Neuritis óptica
- 13.6. Cefalea por parálisis de origen isquémico del nervio motor oculomotor
- 13.7. Síndrome de Tolosa-Hunt
- 13.8. Síndrome oculosimpático paratrigeminal (de Raeder)
- 13.9. Neuropatía oftalmopléjica dolorosa recurrente
- 13.10. Síndrome de la boca ardiente
- 13.11. Dolor facial idiopático persistente
- 13.12. Dolor neuropático central

14.1. Cefalea no clasificada en otra categoría

14.2. Cefalea sin especificar

Apéndice

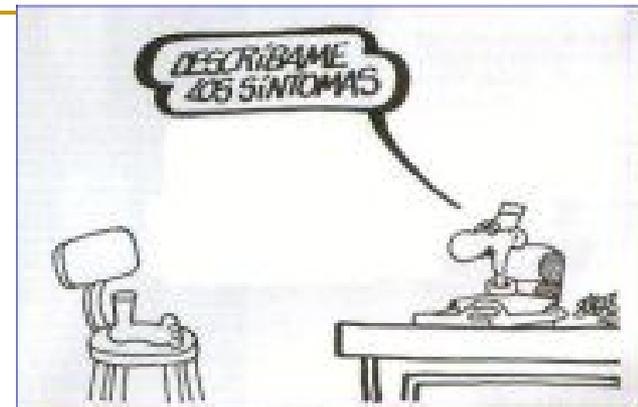
ANAMNESIS

■ ¿Qué preguntar?

■ FAMILIAR:

■ Antecedentes de:

- Cefalea y características.
- Tumores.
- Problemas psicológicos/psiquiátricos.



ANAMNESIS

PERSONAL

- Embarazo, parto y perinatal.
- Desarrollo psicomotor
- Adaptación-carácter
- Rendimiento escolar

- **Antecedentes de:**
 - Traumatismos, Infecciones, Anorexia, Síncope, Abdominalgia.



ANAMNESIS DE CEFALEA

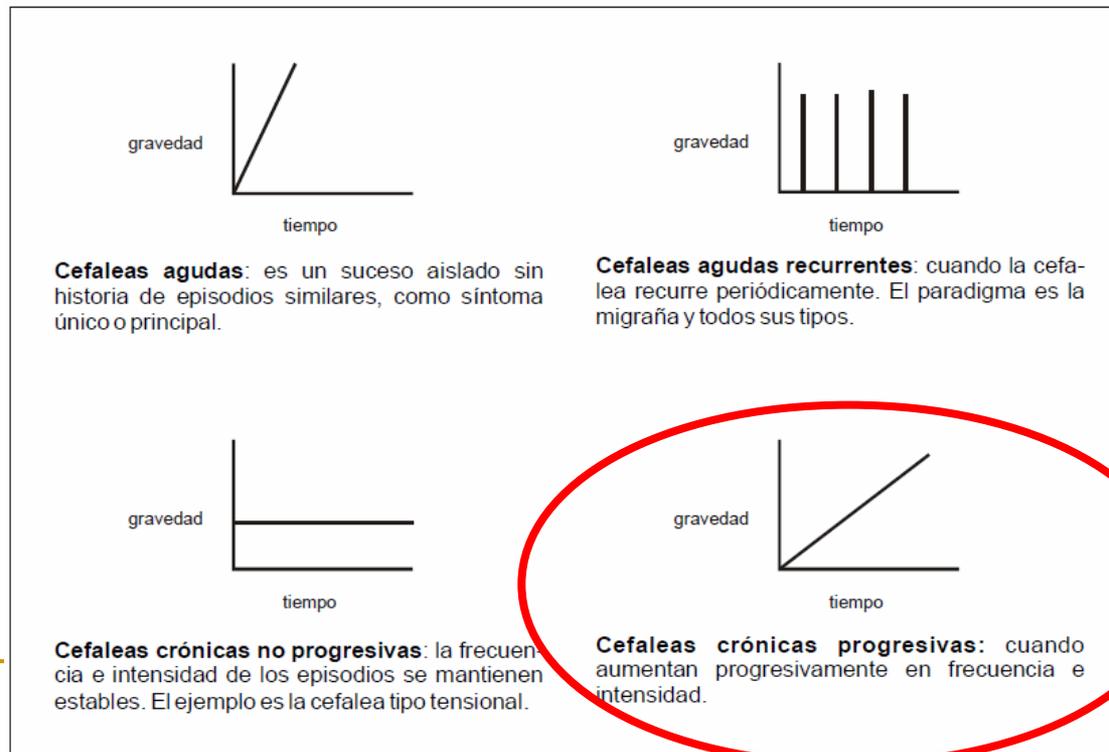
- ¿Desde cuándo tiene cefaleas?
- ¿Coincidió el comienzo con algo en particular?
- ¿Tiene uno o varios tipos de dolor de cabeza?
- ¿Con qué frecuencia tiene las cefaleas?
- ¿Tienen un ritmo horario?
- ¿Hay síntomas previos al dolor de cabeza?
- ¿Hay factores que desencadenan o agravan las cefaleas?
- ¿Dónde se localiza el dolor?
- ¿Cuáles son sus características?
- ¿Hay síntomas asociados al dolor de cabeza?
- ¿Las cefaleas interrumpen o alteran la actividad habitual?
- Hay circunstancias o fármacos que alivian el dolor de cabeza?



ANAMNESIS CEFALEA



■ 1. ¿Uno o varios tipos de Cefalea? ¿Patrón temporal?



ANAMNESIS CEFALEA



- **2. ¿Desde cuándo? ¿Coincidió con algo?**
 - Más de 3 meses. —→ Raro Tumor.
 - Coincide con problema —→ Tensional.
-

ANAMNESIS CEFALEA



■ 3.Frecuencia

- Diarias. → Tensionales, HIC
- Puntuales → Migraña

■ 4.Ritmo horario.

- Tarde/noche → Tensional.
 - Matutina → Orgánica.
-

ANAMNESIS CEFALEA



■ 5. Desencadenantes o agravantes

■ Estrés → Tensionales.

■ Tos → Cuidado proceso expansivo intracraneal

■ 6. Síntomas previos a la cefalea

■ Aura generalmente visual → Migraña

ANAMNESIS CEFALEA



■ 7. ¿Dónde se localiza?

- Holocraneal y occipital → Tensional
- Hemicraneal → Migraña
- Variable → Tumoral

■ 8. ¿Cómo es el dolor?

- Opresivo → Tensional.
 - Pulsátil → Migraña
-

ANAMNESIS CEFALEA



■ 7. ¿Dónde se localiza?

- Holocraneal y occipital → Tensional
- Hemicraneal → Migraña
- Variable → Tumoral

■ 8. ¿Cómo es el dolor?

- Opresivo → Tensional.
 - Pulsátil → Migraña
-

ANAMNESIS CEFALEA



■ 9. ¿Síntomas asociados?

- Emocionales, Sueño, mareo → Tensional
 - Nauseas, vomitos, foto/fonofobia → Migraña
 - Alt conducta al levantarse → Orgánica
-

ANAMNESIS CEFALEA



■ 10. ¿Interrumpe la vida habitual?

■ No → Tensional

■ Sí → Migraña u orgánica

■ 11. ¿Cuánto dura?

■ Días/semanas/meses → Tensional

■ Horas → Migraña

■ Constantes → Orgánica

ANAMNESIS CEFALEA



- **12.Circunstancias o fármacos que la alivian.**
 - Calman con analgésicos → Migrañas
 - Analgesia no calma → Tensional/Orgánica
 - Calma al dormir → Tensional o migraña
 - No calma al dormir o despierta → Orgánica

¿QUÉ EXPLORAR?



■ 1.-Exploración general:

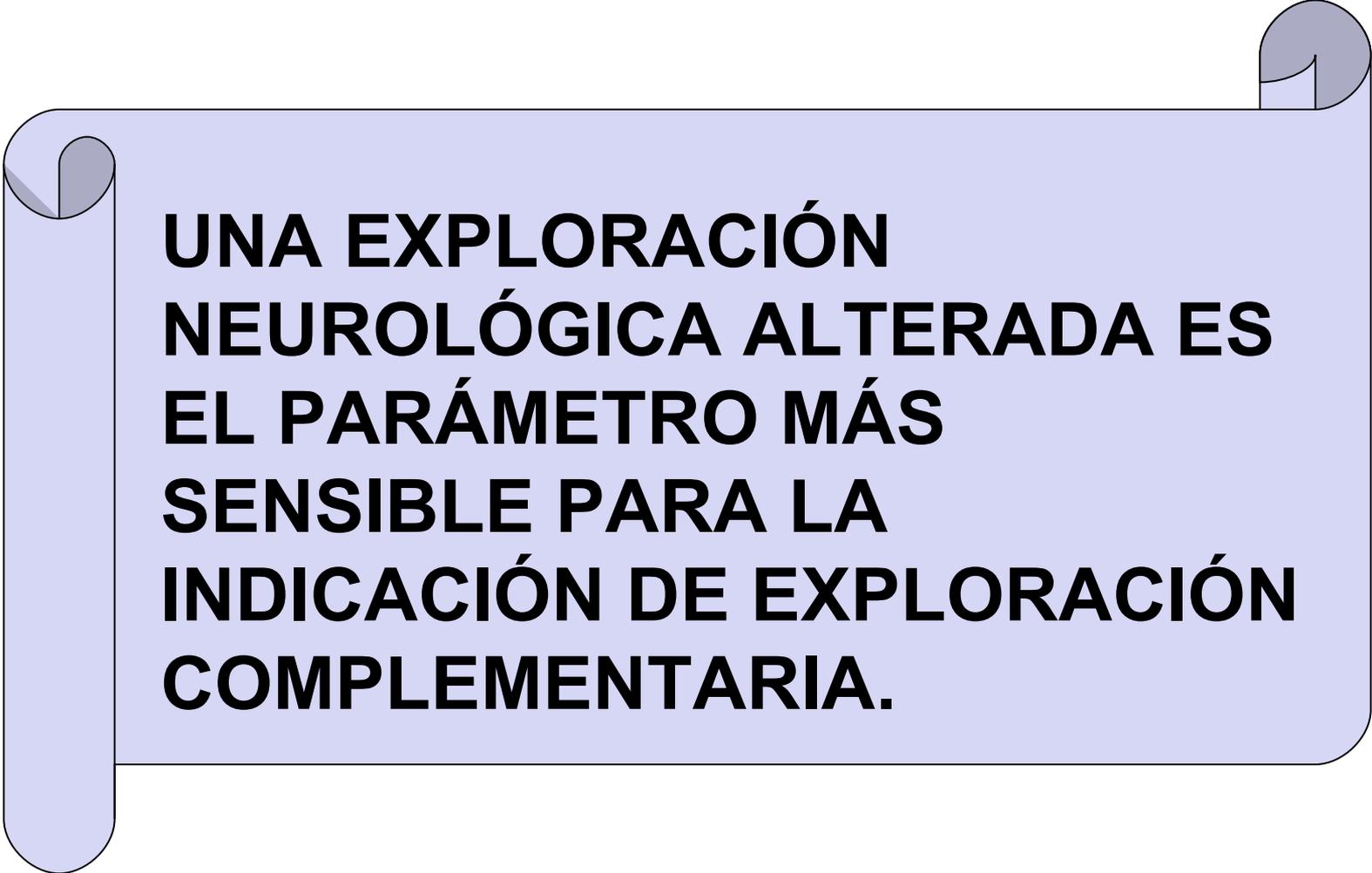
- Somatometría y Tensión Arterial
- Inspección
- Percusión de senos.
- Valoración articulación temporo-mandibular.
- Completa por aparatos.

¿QUÉ EXPLORAR?

■ 2.-Exploración neurológica.

- Nervios craneales.
- Tono muscular, motilidad, coordinación
- Reflejos tendinosos
- Signos meningeos
- Babinski, Romberg, ataxia, Nistagmo.





**UNA EXPLORACIÓN
NEUROLÓGICA ALTERADA ES
EL PARÁMETRO MÁS
SENSIBLE PARA LA
INDICACIÓN DE EXPLORACIÓN
COMPLEMENTARIA.**

EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA

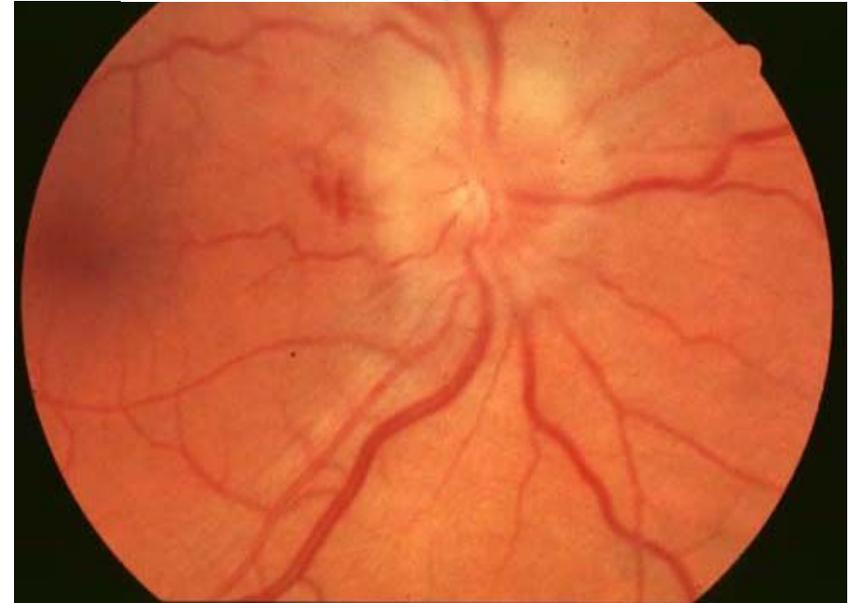
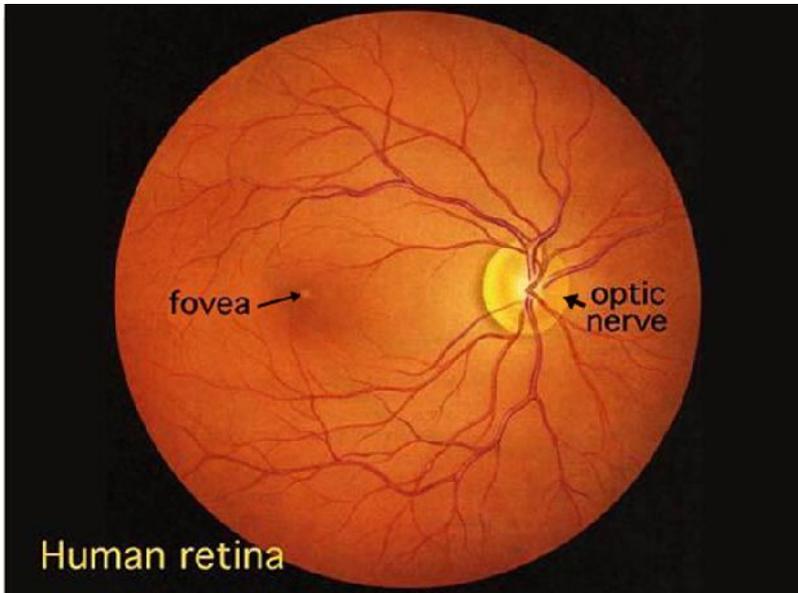


Fig. 1. Human retina as seen through an ophthalmoscope.

AGUDEZA VISUAL

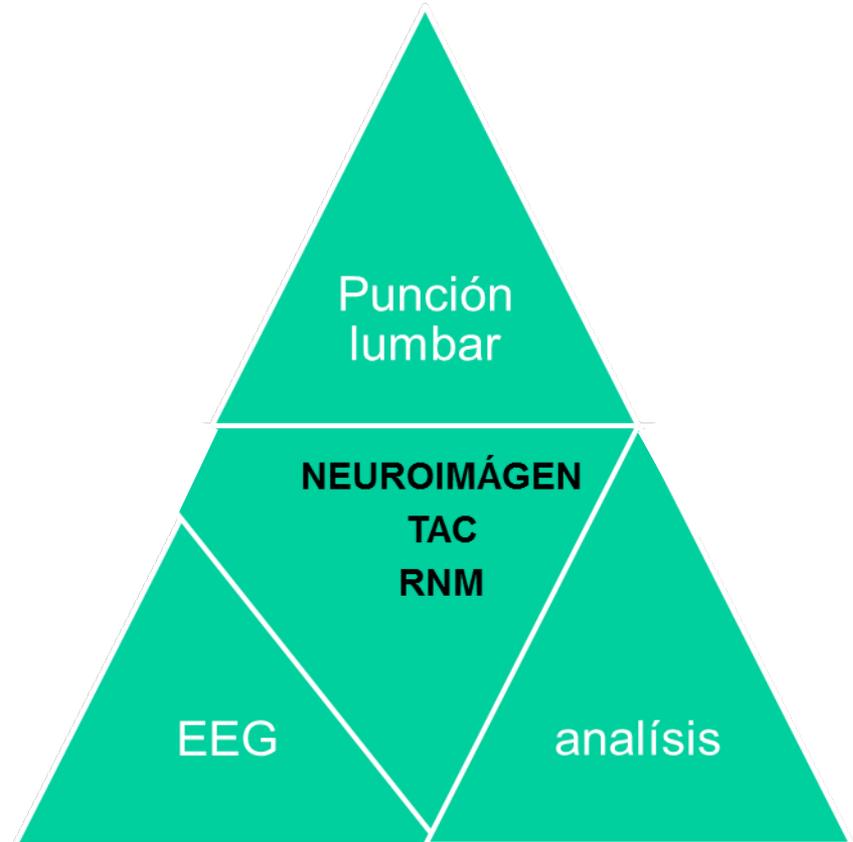
EDEMA DE PAPILA SUGESTIVO DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

**EL DIAGNÓSTICO ES
CLÍNICO**

**CEFALEA
SECUNDARIA**

SIGNOS DE ALARMA



*Como sea normal
vamos a tener que
hacer la historia
clínica*

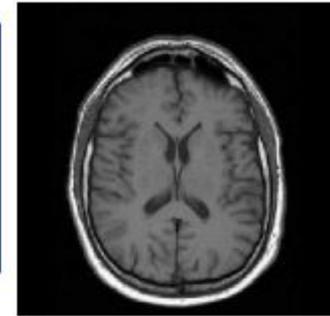
¿ ESTUDIOS NEURORRADIOLOGICOS ?



When is neuroimaging appropriate in children with headaches?

Luis S. Medina

Pediatr Radiol (2011) 41 (Suppl 1):S135



- **Cefalea persistente de menos de 1 mes de duración**
- **Cefaleas con exploración neurológica anormal**
- **Cefaleas asociadas a crisis epilépticas**
- **Cefaleas de gran intensidad o con cambio de sus características**
- **Cefaleas persistentes sin historia familiar de migraña**
- **Anamnesis personal o familiar de trastornos que predisponen a lesiones en SNC (esclerosis tuberosa)**
- **Hallazgos clínicos o de laboratorio que sugieren afectación del SNC**

SOSPECHA DE HIPERTENSIÓN O LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO

SINTOMAS

- Primer episodio de cefalea intensa
- Cefalea persistente en un hemicráneo
- Cefalea progresiva en intensidad y frecuencia
- Cefalea relacionada con el sueño o al despertar
- Empeoramiento con tos, defecación, orinar
- Vómitos matutinos sin náuseas
- Ineficacia de analgésicos
- Cambios en la personalidad
- Otros síntomas neurológicos (crisis, diplopía, ataxia)



SOSPECHA DE HIPERTENSIÓN O LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO

SIGNOS

Macrocefalia

Abombamiento de la fontanela magna

Letargia

Rigidez de nuca

Signos neurocutáneos

Edema de papila

Signos neurológicos focales



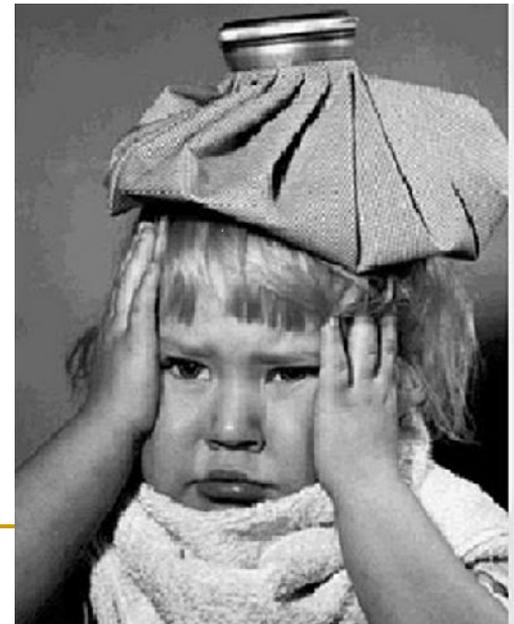
TRATAMIENTOS UTILIZADOS

■ SINTOMÁTICO

■ A.- NO FARMACOLÓGICO

■ B.- FARMACOLÓGICO

■ PREVENTIVO



TTO SINTOMÁTICO NO FARMACOLÓGICO

■ 1.-Cambios en el estilo de vida:

- Patrón de sueño regular
- Horario de comida regular
- Práctica de ejercicio
- Evitar el estrés
- Evitación desencadenantes alimentarios

Objetivo: regularidad en los hábitos, más que una lista de prohibiciones

DESENCADENANTES POTENCIALES DE CRISIS DE MIGRAÑA

ESTILO DE VIDA	ALIMENTOS	HORMONALES	AMBIENTALES	FARMACOS
Estrés emocional	Chocolate	Ciclo menstrual	Cambios climáticos	Abuso de analgésicos
Acoso escolar	Espicias (glutamato)	Anticonceptivos orales	Calor intenso	Metilfenidato
Depresión	Frutos secos	Estrógenos	Viajes a lugares lejanos	Antiepilépticos
Sueño escaso	Queso, yogur		Olores intensos	Nitritos
Ansiedad	Vino tinto, alcohol		Polución	Corticoides
Ayuno prolongado	Conservas (nitritos)		Luz muy brillante	
Ejercicio físico	Exceso de cafeína		Vientos cálidos y secos	

TTO SINTOMÁTICO NO FARMACOLÓGICO

- **2.- Técnicas de relajación.**
 - **3.- Medidas térmicas**
 - Aplicar frío o presión en frente y sienes
 - **4.-Técnicas de neuroestimulación.**
 - En investigación
 - **5.-Acupuntura**
 - **6.-Cannabis**
 - **7.-DIARIO CEFALEA**
-

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO FARMACOLÓGICO

- Precoz una vez identificada la cefalea.
 - Ha de ser empleado a dosis adecuadas.
 - El tipo de tratamiento dependerá de la intensidad, duración y frecuencia de los episodios.
 - Planteamiento individualizado y estratificado
-

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO FARMACOLÓGICO

A.- Fármacos No específicos para la cefalea

-Analgésicos y AINEs

B.- Fármacos específicos para la migraña

-Triptanes

C.-COADYUVANTES

-Antieméticos y procinéticos.

-Otros



FÁRMACOS NO ESPECÍFICOS PARA MIGRAÑA

ANALGÉSICOS Y AINES

-Paracetamol: 15 mg/kg/dosis c/ 6-8h
(max 1gr/dosis)

-Ibuprofeno: 10-20 mg/Kg/dosis c/6-8h
(máx 600 mgr/dosis)

FÁRMACOS NO ESPECÍFICOS PARA MIGRAÑA

ANALGÉSICOS Y AINES

Naproxeno: 5 mg/kg/dosis c/ 8-12 h (vo)
(máx 500mgr/dosis)

Diclofenaco: 2-3 mg/kg/día cada 8-12h,
(máx 75 mg/día (im), 100-150 mgr/día (vo)

Metamizol: 10-25 mg/kg/6-8h (vo)
20-40 mg/kg/6-8h (iv) *Máximo 6 gr/día*

FÁRMACOS NO ESPECÍFICOS PARA MIGRAÑA

ANALGÉSICOS Y AINES

■ Considerar:

- Sólo son eficaces al inicio de la crisis
 - Inducen poca cefalea de rebote
 - Los AINES presentan efectos adversos GI
 - Tener presente nefropatía por abuso de analgésicos
-

FÁRMACOS ESPECÍFICOS PARA MIGRAÑA

TRIPTANES (Agonistas selectivos receptores 5-HT 1B/1D de la serotonina)

- Sumatriptan: 50-100 mg vo (máximo 300 mg/24h), 10 mg intranasal (máximo 20 mg/24h)
 - A partir de los 12 años
 - Eficaz en administración tardía.
 - Poca cefalea de rebote
-

OTROS



- **Antieméticos.** Motilium, domperidona, ondansetrón
 - **Oxígeno** con mascarilla al 100%
 - **Corticoides:** Metilprednisolona, prednisona, o dexametasona, en pauta descendente.
 - **Opiáceos mayores, narcóticos:** meperidina.
 - **Gabapentina**
-

CRITERIOS DE INGRESO

- Cefalea secundaria a enfermedad orgánica intracraneal.
 - Status migrañoso refractario al tratamiento.
 - Cefalea complicada con abuso de farmacos.
 - Cefalea acompañada de fiebre de origen desconocido.
-

TRATAMIENTO PREVENTIVO

■ INDICACIONES

- Frecuencia superior a 5 crisis al mes
 - Crisis de intensidad grave.
 - Afectación importante calidad de vida (escala Ped-Midas, PEdsQL).
 - Tratamiento sintomático ineficaz
 - Efectos secundarios importantes
 - El aura resulte incapacitante
 - Situaciones especiales (migraña basilar)
-

Escala PedMIDAS

Escala de discapacidad.

Las preguntas siguientes tratan de valorar cómo la cefalea afecta al día a día. Las debe de contestar el paciente solo o con la ayuda de sus padres. Las respuestas deben basarse en los últimos 3 meses. No existen respuestas correctas o falsas, así que trate de poner las respuestas que más se acerquen a la realidad de los últimos 3 meses.

1. ¿Cuántos días completos de colegio se han perdido en los últimos 3 meses debido a cefaleas?

2. ¿Cuántos días parciales de colegio se han perdido en los últimos 3 meses debido a cefaleas? (no incluir los días de la pregunta 1) (se refiere a días en los que tuvo que llevar a su hijo/a más tarde al colegio o tuvo que recogerlo antes)

3. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses cree que se funcionó a menos de la mitad del rendimiento habitual en el colegio debido a cefaleas (no incluir los días contados en las preguntas 1 y 2)

4. ¿Cuántos días cree que no se fue capaz de hacer las tareas o deberes escolares en casa por culpa de las cefaleas?

5. ¿Cuántos días se dejó de participar en otras actividades (jugar en el parque, salir con amigos, hacer deporte, etc.) debido a las cefaleas?

6. ¿Cuántos días se participó en actividades sociales, pero con un funcionamiento inferior a la mitad de lo normal? (no incluir los días contados en la pregunta 5)

Total PedMIDAS	ptos.
Frecuencia cefaleas	/mes
Severidad cefaleas	/10

Escaso: 0-10
Leve: 11-30
Moderado: 31-50
Severo: >50

PedMIDAS Fecha: ___/___/___

TRATAMIENTO PROFILACTICO DE LAS MIGRAÑAS



Con factores emocionales,
ansiedad, estrés



PROPANOLOL (Sumial®)



Con anorexia o
trastornos del sueño



FLUNARIZINA (Sibelium®)

ANTIEPILEPTICOS

EFFECTOS:

- A partir de las 4-6 semanas de tratamiento
- Durante 3-6 meses. (Máximo 9 meses)
- Se puede repetir varias ocasiones

CEFALEA DE TENSION

Repercusión en calidad de vida del niño
Repercusión en ambiente familiar
Repercusión en ambiente escolar / social



Identificar (y modificar) los factores causales
Informar exhaustivamente al paciente y a los familiares
Valoración y tratamiento en Unidad de Salud Mental



Predominio de
ansiedad



Clorazepato dipotásico (*Tranxilium*®)
Bromacepam (*Lexatin*®)



Predominio de
depresión



Fluoxetina (*Prozac*®)
Paroxetina (*Seroxat*®)

EFFECTOS:

- A partir de las 4-6 semanas de tratamiento
- Durante 3-6 meses. (Máximo 9 meses)
- Se puede repetir varias ocasiones

TRATAMIENTO PREVENTIVO MIGRAÑA

-Betabloqueantes

-Bloqueadores canales de calcio

-Psicofármacos:

Antidepresivos tricíclicos y ansiolíticos

Otros:

Anticonvulsionantes, Riboflavina,
Toxina botulínica A, Gabapentina,
Ciproheptadina, Pizotifeno, metisergida,
pregabalina

EFICACIA DE LOS FARMACOS PREVENTIVOS DE MIGRAÑA

	Fármaco	Dosis diaria	Nivel de evidencia
Beta-bloqueantes	Propranolol (Sumial®)	60-120 mg 3 mg/kg	C / B
Antidepresivos tricíclicos	Amitriptilina (Tryptizol®)	10 mg 1 mg/kg	C
Antagonistas canal Ca ⁺⁺	Flunarizina (Sibelium®)	5-10 mg	A
Valproato	Depakine®	500-1000 mg	B
Pregabalina	Lyrica®	75-150 mg	B / A
Topiramato	Topamax®	50-100 mg	A / B
Levetiracetam	Keppra®	1000-2000 mg	B

BETABLOQUEANTES



Propranolol: 1-3 mg/kg/día en 2 dosis.

Mantenimiento 10 a 40 mg 2 veces al día

RAM: bradicardia, hipotensión, hipoglucemia en lactantes, broncoespasmo, parestesias, aumento peso, pesadillas, fatiga, depresión, mareo.

Contraindicados en: asmáticos, bloqueos cardíacos, enfermedad arterial periférica.

BLOQUEADORES CANALES DE CALCIO

Flunarizina: 2.5-5 mgr día al acostarse, hasta 10 mgr en adolescentes

RAM: sedación, aumento peso, depresión , extrapiramidalismo, estreñimiento



ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

- Tipos: Amitriptilina: 10-50 mg c/24h al acostarse, inicio gradual
- Considerar:
- Efecto antimigrañoso es independiente del antidepresivo

Recomendado si existe cefalea tensional asociada, cefalea crónica diaria o sintomatología depresiva.

Contraindicada: epilepsia y glaucoma

ANTICONVULSIONANTES

- Ácido Valproico: 10-20 mg/kg/d

Indicado en migraña con aura prolongada.

RAM: hepatotoxicidad, ganancia de peso, alopecia, rash, temblor.

- Topiramato (A): 25- 50 mg/día

SEGUIMIENTO EN ATENCIÓN PRIMARIA

- 1.- Diagnóstico establecido
 - 2.- El aura, si se presenta, debe ser típica.
 - 3.- No existen indicios de cefalea secundaria.
 - 4.- Descartado el abuso de analgésicos
 - 5.- Ausencia de comorbilidad
 - 6.- El paciente debe tener un conocimiento de cual es su problema y debe existir buena relación médico-paciente.
-

DERIVACIÓN URGENTE



- 1.- Presencia de aura intensa que se sigue de cefalea nula o leve
- 2.- Aura prolongada
- 3.- Trastornos neurológicos acompañantes.
- 4.- Cefalea Aguda que dura más de 72 horas
- 5.- Crisis de migraña que no responden al tratamiento (> 48-72 horas)
- 6.- Mal estado general del paciente
- 7.- Sospecha de HIC

DERIVACIÓN A NEUROLOGÍA

PREFERENTE

- 1.- Variación características del dolor (frecuencia, intensidad, topografía)
- 2.- Cefalea en < 5 años.
- 3.- Ineficacia del tratamiento
- 4.- Dudas diagnósticas de cefalea secundaria, Ej altera el sueño.
- 5.- Cefalea crónica progresiva



DERIVACIÓN A NEUROLOGÍA

NORMAL

- 1.- Comorbilidad.
- 2.- Efectos secundarios
- 3.- Abuso de fármacos
- 4.- Necesidad de tratamiento profiláctico.
- 5.- Cefalea complicada



ALGORITMO DIAGNOSTICO EN CEFALEAS AGUDAS

Anamnesis + Exploración
Tensión arterial
Patrón de cefalea

CEFALEA AGUDA

CEFALEA CRONICA / RECURRENTE

Fiebre

No fiebre

Rigidez de nuca

No rigidez de nuca

Punción lumbar +

Punción lumbar -

Expl. normal

Expl. anormal

Infección SNC

Foco ORL
Neumonía
Viriasis
Infección
Absceso dental

TAC/RM craneal

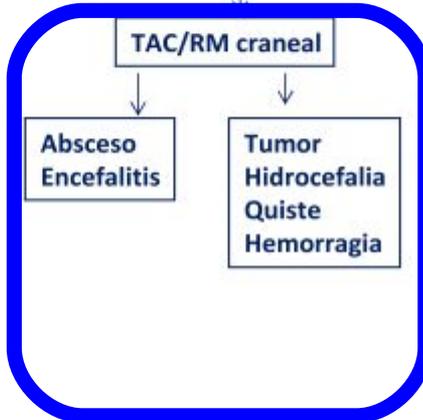
Absceso
Encefalitis

Tumor
Hidrocefalia
Quiste
Hemorragia

Migraña
Tensional

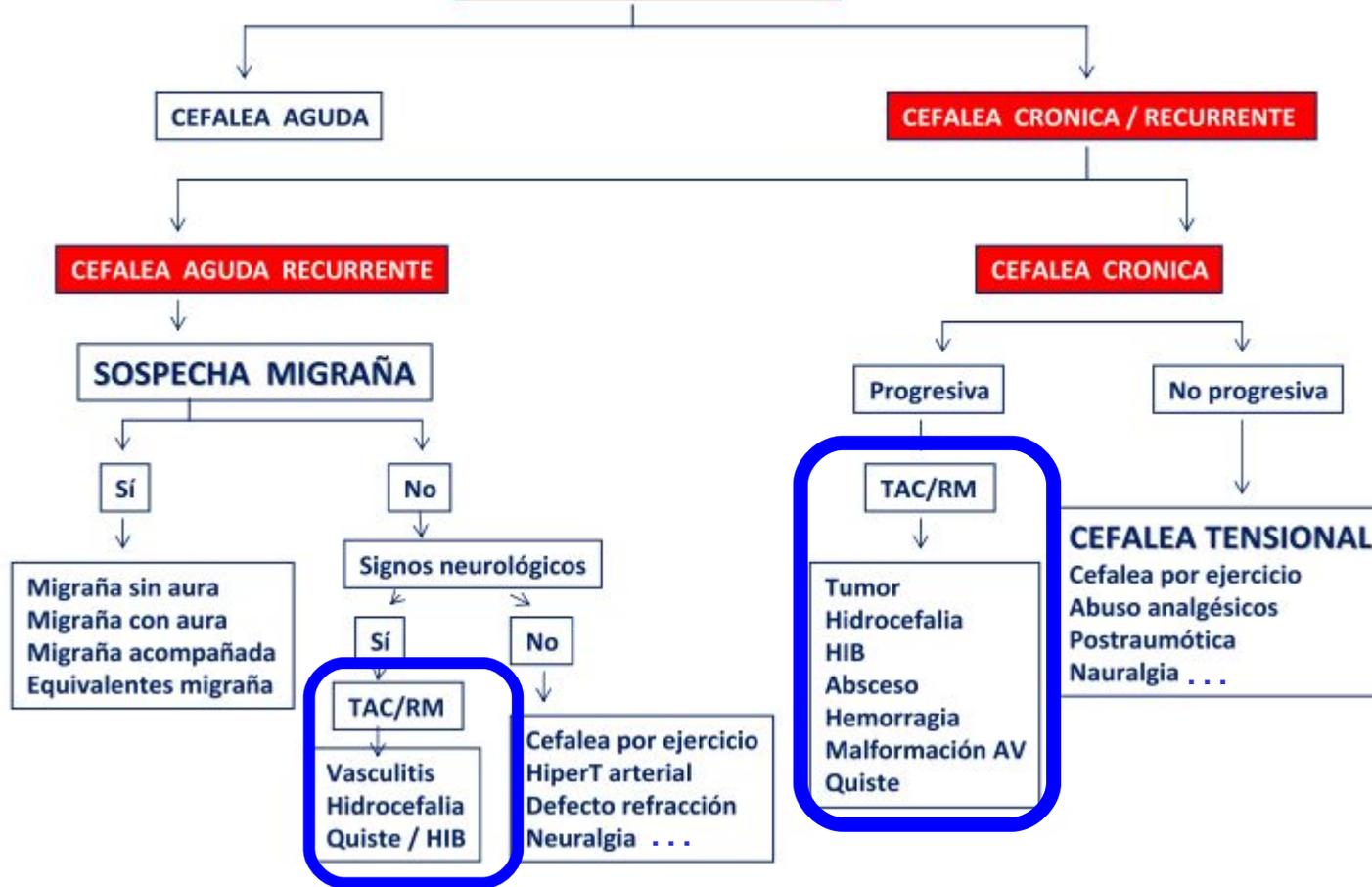
HiperT arterial
Traumatismo
Ejercicio
Hipoglucemia
Postsíncope
Postconvulsión

Manejo
hospitalario

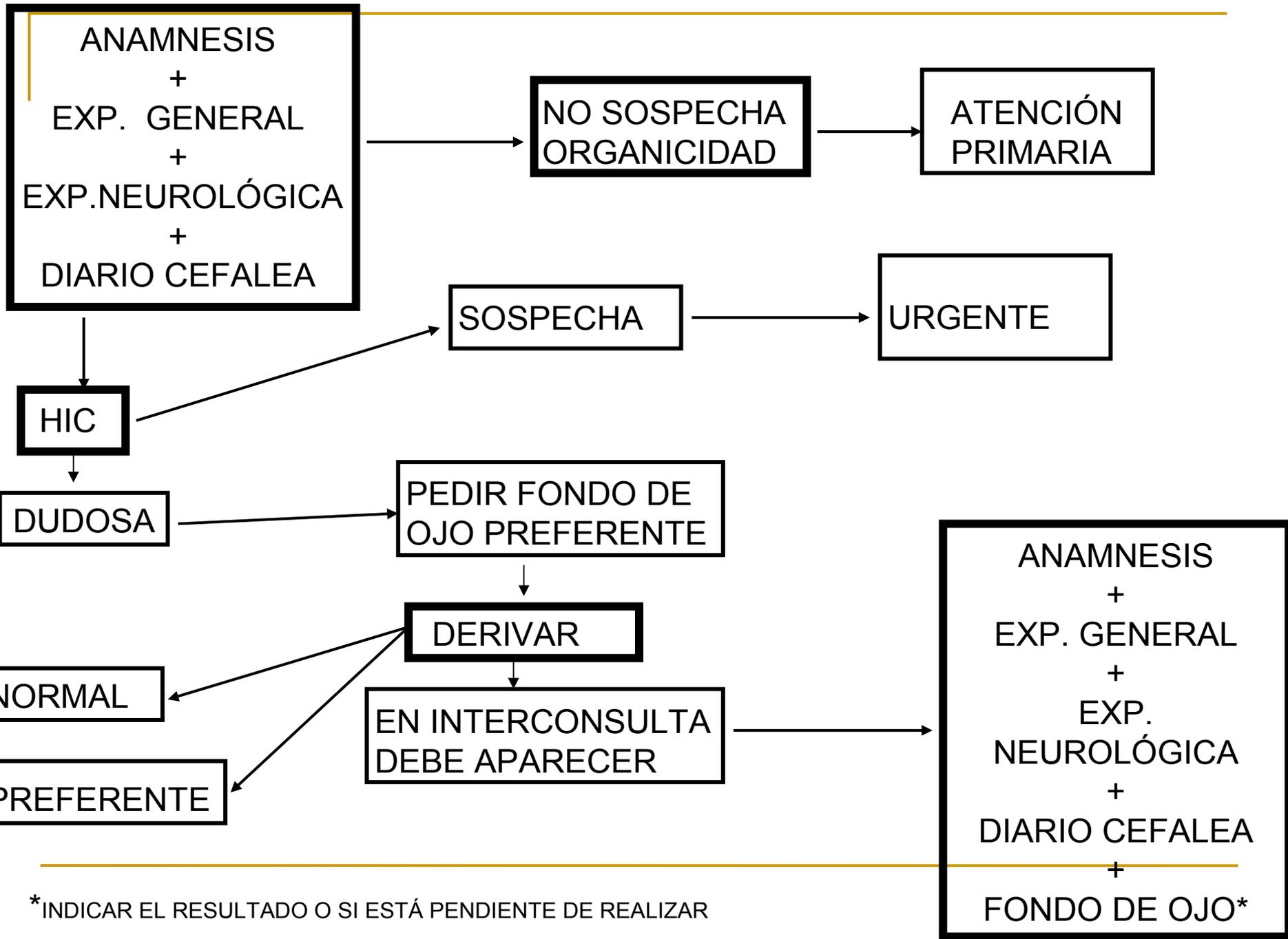


ALGORITMO DIAGNOSTICO EN CEFALIAS CRONICAS

Anamnesis + Exploración
Tensión arterial
Patrón de cefalea, calendario



Manejo hospitalario



*INDICAR EL RESULTADO O SI ESTÁ PENDIENTE DE REALIZAR

CONCLUSIONES



- Síntoma muy frecuente en la infancia que puede ser abordado por el pediatra de Atención primaria y excepcionalmente por unidades especializadas.
- La anamnesis diagnostica el 99 % de las migrañas.
- No son necesarias pruebas complementarias
- Las cefaleas agudas recurrentes más frecuentes son la migraña sin aura y la cefalea tipo tensional.

CONCLUSIONES



- La cefalea secundaria a trastornos de refracción es excepcional.
- 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.
- Cualquier episodio de cefalea que se acompañe de exploración neurológica anormal deberá ser derivada al Servicio de Urgencias

CONCLUSIONES



- Los analgésicos convencionales administrados a dosis adecuadas son eficaces en la mayoría de los niños con cefalea.
 - Para el tratamiento preventivo de la migraña en la infancia se recomienda: flunarazina, propanolol, antidepresivos, ansiolíticos u antiepilépticos según el perfil del paciente.
-

MUCHAS GRACIAS



BIBLIOGRAFÍA

- UptoDate. Management of migraine headache in children. Robert P Cruse, DO
 - Fisterra. Guía clínica de Neurología 2008.
 - Manual de Neurología pediátrica.
 - Protocolos Diagnóstico-Terapéutico de la AEP de Neurología Pediátrica.
 - Gracia Naya M, Huerta Villanueva M, Rios Gómez C, Latorre Jiménez A, Sánchez Valiente S, Santos Lasasa S. estudio comparativo de la efectividad del topiramato y del nadolol en el tratamiento preventivo de la migraña episódica en series independientes de pacientes. Rev Neurol 2010; 50 (9): 513-519
-

BIBLIOGRAFÍA

- Gracia- Nayra M, Huerta Villanueva M, Ríos Gómez C, Latorre Jiménez A. Estudio comparativo de la efectividad del topiramato y del nadolol en el tratamiento preventivo de la migraña episódica en series independientes de pacientes. Rev Neurol 2010; 50 (9): 513-519.
 - Cacabelos P, El Berdei Y, Rivas MT, Rivera C, Conde A, Pascual J. Dosis bajas frente a dosis altas de topiramato en el tratamiento preventivo de la migraña. Neurología 2009; 24:808-10.
 - Nelles G, Delbrück A, Schulze L, Kademmann B. Topiramate for migraine prevention in a naturalistic setting: results from an open label, flexible dose study. Headache 2009; 49:1454-65
 - Rapoport A; Mauskop A, Diener HC, Schwalen S, Pfeil J. Long-term migraine prevention with topiramate: open label extension of pivotal trials. Headache 2006; 46:1151-60.
-

BIBLIOGRAFÍA

- Victor S, Ryan SW. Medicamentos para prevenir las cefaleas migrañosas en los niños. Revisión Cochrane traducida. Cochrane Plus, 2005 numero 2.
- Lewis D, Ashwal S, Hersey A, Hirtz D, Yonker M, Silberstein S. Pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents. Report of the American Academy of neurology quality standars subcomimittee and the practice committee of the child neurology society. Neurology 2004; 63:2215-24
- Ferrari MD, Goadsby PJ, Roon KI, Lipton RB. Triptans in migraine: detailed results and methods of a meta-analysis of 53 trials. Cephalalgia 2002; 22: 633-58
- Ferrari MD, Goadsby PJ, Roon KI, Lipton RB. Oral triptans (serotonin 5-HT (1B/1D agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysisi of 53 trials. Lancet 2002 Mar 30; 359 (9312): 1152. Headache 2002 Oct; 42 (9): 948

BIBLIOGRAFÍA

- Cano A, Palomares E, Alfonso S, Ortega D, Sanz P, Fosas P. Migraine without aura and migrainous disorder in children; International Headache Society (IHS) and revised IHS criteria. *Cephalalgia* 2000 Sep; 20(7): 617-20.
 - Hernández –Latorre MA, Macaya Ruiz A, Roig Quilis M. Clinical Characteristics of migraine in childhood. *Rev Neurol* 2001; 33 (8): 708-715.
 - Pajaron E, laínez JM , Monzón MJ, Parra J, Peiró C, sancho J. Validez de los criterios de clasificación de la International Headache Society para la migraña, cefalea de tensión episódica y cefalea tensional crónica. *Neurología* 1999; 14: 283-9.
 - Abu- Arefeh I, Rusell G. Prevalence of Headache and migraine in schoolchildren. *BMJ* 1994; 309:765-9
-

ANAMNESIS DE CEFALEA

- ¿Desde cuándo tiene cefaleas?
- ¿Coincidió el comienzo con algo en particular?
- ¿Tiene uno o varios tipos de dolor de cabeza?
- ¿Con qué frecuencia tiene las cefaleas?
- ¿Tienen un ritmo horario?
- ¿Hay síntomas previos al dolor de cabeza?
- ¿Hay factores que desencadenan o agravan las cefaleas?
- ¿Dónde se localiza el dolor?
- ¿Cuáles son sus características?
- ¿Hay síntomas asociados al dolor de cabeza?
- ¿Las cefaleas interrumpen o alteran la actividad habitual?
- Hay circunstancias o fármacos que alivian el dolor de cabeza?

