

Cefaleas en la infancia y adolescencia

G. García Ron*, E. Arias Vivas**

*Centro de Salud Las Águilas. Madrid

**Servicio Neuropediatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid



Resumen

La cefalea es un motivo de consulta frecuente en pediatría, con una prevalencia creciente durante la infancia y adolescencia. Las formas primarias, como la migraña y la cefalea tensional, constituyen la mayoría de los casos. El diagnóstico se basa en la anamnesis y la exploración física, reservando las pruebas complementarias para casos con signos de alarma. La Clasificación Internacional de las Cefaleas (ICHD-3) y escalas como PedMIDAS son herramientas útiles para el abordaje diagnóstico y terapéutico. El tratamiento debe ser integral, combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, con especial énfasis en la educación sanitaria y la prevención de la cronificación. El manejo debe individualizarse según tipo de cefalea, frecuencia e impacto funcional. En casos refractarios o con características atípicas, se recomienda la derivación a neuropediatría. La identificación de comorbilidades psiquiátricas y la valoración del impacto funcional son elementos clave en el enfoque integral. Se revisan opciones terapéuticas actuales, desde analgésicos y triptanes hasta neuromodulación y nuevos tratamientos, como anticuerpos monoclonales anti-CGRP.

Abstract

Headache is a common reason for consultation in Pediatrics, with increasing prevalence during childhood and adolescence. Primary forms, such as migraine and tension-type headache, account for the majority of cases. Diagnosis is based on clinical history and physical examination, reserving complementary tests for cases with warning signs. The International Classification of Headache Disorders (ICHD-3) and tools like PedMIDAS are valuable resources for both diagnosis and management. Treatment should be comprehensive, combining pharmacologic and non-pharmacologic measures, with particular emphasis on health education and prevention of chronification. Management must be individualized according to the type of headache, its frequency, and functional impact. In refractory or atypical cases, referral to pediatric neurology is recommended. Identification of psychiatric comorbidities and assessment of functional impact are key components of the comprehensive approach. Current therapeutic options are reviewed, ranging from analgesics and triptans to neuromodulation and new treatments such as anti-CGRP monoclonal antibodies.

Palabras clave: Cefalea; Migraña; Niño; Adolescente; Tratamiento.

Key words: Headache; Migraine; Child; Adolescent; Treatment.

OBJETIVOS

- Conocer que la cefalea es una de las principales causas de consulta pediátrica.
- Ser capaz de clasificar a los diferentes tipos de cefaleas en función de la sintomatología.
- Identificar los signos de alarma que implicarían la derivación a Atención especializada.
- Saber la importancia que tiene la anamnesis y la exploración física en el diagnóstico de las cefaleas, reservando las pruebas complementarias para casos seleccionados.
- Evaluar el impacto que la cefalea provoca en la vida diaria del paciente.
- Aplicar un tratamiento integral que combine medidas no farmacológicas y farmacológicas y que se adapte al diagnóstico, la frecuencia y al impacto en su calidad de vida.

Autora de correspondencia: gemargarciaron@hotmail.com

Introducción

La cefalea es un síntoma muy común en la edad pediátrica y un motivo de consulta frecuente, por lo que su adecuado manejo es fundamental para los pediatras.

La cefalea en la infancia y adolescencia es un motivo habitual de consulta en pediatría, tanto en Atención Primaria como en Especializada. Se estima una prevalencia global de cefalea primaria del 62 % en niños y adolescentes, siendo la migraña y la cefalea de tipo tensional los subtipos más prevalentes, con un 11 % y un 17 %, respectivamente⁽¹⁾. La incidencia aumenta con la edad y es mayor en niñas, especialmente a partir de la adolescencia.

Más allá de su frecuencia, el verdadero impacto de las cefaleas reside en la discapacidad que generan: dificultades en el rendimiento académico, ausencias escolares, interferencia con la vida familiar, las relaciones sociales y las actividades de ocio.

La alta prevalencia, el impacto funcional y la complejidad diagnóstica y terapéutica justifican la elaboración de manuales actualizados que faciliten la toma de decisiones en el primer nivel asistencial y contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes pediátricos con cefalea⁽²⁾.

Clasificación

La clasificación principal de las cefaleas se hace según su origen y su temporalidad.

La Clasificación Internacional de las Cefaleas, tercera edición (ICHD-3), disponible en: <https://ichd-3.org/>, consensuada tanto para la edad pediátrica como adulta, es la herramienta recomendada y más utilizada para la clasificación de las cefaleas, estableciendo un marco diagnóstico estructurado^(3,4). La ICHD-3 utiliza los mismos criterios para clasificar los diversos tipos de cefalea sin tener en cuenta el rango de edad, aunque sí hace algunas observaciones específicas para la edad pediátrica⁽⁵⁾.

La ICHD-3 distingue entre **cefaleas primarias** (migraña, tipo tensional, trigémino-autonómicas y otras) y **secundarias** (aquellas atribuibles a una causa identificable, como infecciones, traumatismos, alteraciones vasculares, tumores, trastornos metabólicos o consumo/retirada de sustancias).

En relación con el patrón temporal, la clasificación de Rothner (1983) es útil en la práctica diaria, tanto para el cribado como para la priorización de estudios complementarios. Existen cuatro patrones: agudo, agudo recurrente (o episódico), crónico progresivo y crónico no progresivo⁽⁶⁾.

Cefaleas primarias

Los principales tipos de cefalea primaria pediátrica son: migraña con y sin aura, cefalea tensional y cefaleas trigeminales autonómicas.

Migraña

La migraña es la forma más frecuente de cefalea primaria en la infancia. Los criterios diagnósticos de migraña quedan reflejados en la tabla I.

La **migraña crónica** es aquella cefalea que ocurre durante 15 o más días al mes, durante más de 3 meses y en la que, al

Tabla I. Criterios diagnósticos de migraña de la III edición de la Clasificación internacional de las cefaleas (ICHD-3)

Migraña sin aura	
A	Al menos, cinco crisis que cumplen los criterios B-D
B	Episodios de cefalea de entre 4 y 72 horas de duración
C	La cefalea presenta, al menos, dos de las siguientes cuatro características: <ol style="list-style-type: none"> 1. Localización unilateral* 2. Carácter pulsátil 3. Dolor de intensidad moderada o severa 4. Empeora por o condiciona el abandono de la actividad física habitual (p. ej., andar o subir escaleras)
D	Al menos, uno de los siguientes durante la cefalea: <ol style="list-style-type: none"> 1. Náuseas y/o vómitos 2. Fotofobia y fonofobia
E	Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-3
Migraña con aura	
A	Al menos, dos crisis que cumplan los criterios B y C
B	Uno o más síntomas de aura totalmente reversibles , entre los siguientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Visuales 2. Sensitivos 3. De habla o del lenguaje 4. Motores 5. Troncoencefálicos 6. Retinianos
C	Al menos, dos de las siguientes cuatro características : <ol style="list-style-type: none"> 1. Progresión gradual de ≥ 5 minutos de, al menos, un síntoma de aura y/o aparición secuencial de dos o más síntomas 2. Cada síntoma dura entre 5 y 60 minutos 3. Al menos, un síntoma de aura es unilateral 4. El aura se acompaña o es seguida, en menos de 60 minutos, por cefalea
D	No se explica mejor por otro diagnóstico según ICHD-3 y se ha descartado un accidente isquémico transitorio (AIT)

*En niños pequeños, el dolor suele ser bilateral (frontal o temporoparietal).

menos, 8 días al mes tienen características de migraña.

El **estatus migrañoso** es un ataque de migraña que dura más de 72 horas. Requiere que el dolor sea intenso, que cause discapacidad y que no se deba a abuso de medicación ni a otra causa identificable.

Muchos pacientes no presentan inicialmente cefalea como síntoma principal, sino que muestran uno de los llamados **síndromes episódicos asociados a la migraña**. La ICHD-3 describe cuatro de estos síndromes (Tabla II); su reconocimiento precoz puede evitar derivaciones innecesarias y orientar mejor el manejo.

Cefalea tensional

Las características clínicas clave de la cefalea tensional en pediatría incluyen: dolor de cabeza de intensidad leve a

moderada, de localización bilateral, con calidad opresiva o de presión (no pulsátil), que no empeora con la actividad física rutinaria y sin náuseas ni vómitos. Puede haber fotofobia o sonofobia, pero no ambas simultáneamente. La duración es variable, desde 30 minutos hasta varios días, y puede ser episódica o crónica.

Los **criterios ICHD-3** para cefalea tensional incluyen, al menos, 10 episodios de dolor de cabeza que cumplen las características mencionadas sin síntomas asociados prominentes como los de la migraña.

Diferencias entre migraña y cefalea tensional

La distinción entre migraña y cefalea tensional puede ser difícil, ya que existe solapamiento de síntomas, pero

Tabla II. Síndromes episódicos asociados a migraña ICHD-3

Trastorno	Criterios diagnósticos
Migraña abdominal	<ul style="list-style-type: none"> – Al menos, cinco episodios recurrentes de dolor abdominal, de 2 a 72 horas de duración – Al menos, dos de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> • Localización periumbilical o difusa • Dolor sordo o tipo “molestia” • Intensidad moderada o severa – Acompañado por, al menos, dos de: palidez, vómitos, náuseas o pérdida de apetito – Sin síntomas entre los ataques
Tortícolis paroxística benigna	<ul style="list-style-type: none"> – Episodios recurrentes de inclinación de la cabeza, que remiten tras minutos a días – Asociados a uno o más de los siguientes: palidez, vómitos, ataxia, irritabilidad y malestar general
Vértigo paroxístico benigno	<ul style="list-style-type: none"> – Al menos, cinco episodios de vértigo súbito, de inicio máximo inmediato, que se resuelven espontáneamente en minutos a horas – Sin pérdida de conciencia – Asociado a uno o más de: palidez, vómitos, ataxia, nistagmo y miedo
Síndrome de vómitos cíclicos	<ul style="list-style-type: none"> – Al menos, cinco episodios de náuseas y vómitos intensos (≥ 4 veces por hora), estereotipados y con periodicidad predecible – Duración: 1 hora a 10 días – Separación de, al menos, una semana entre episodios – Sin síntomas entre los ataques

Tabla III. Diferencias entre migraña y cefalea tensional

Característica	Migraña	Cefalea tensional
Edad de inicio	>5 años (pico en adolescencia)	Niñez o adolescencia
Localización	Unilateral o bilateral	Bilateral (frontal o generalizada)
Carácter del dolor	Pulsátil	Opresivo, en banda o peso
Intensidad	Moderada a severa	Leve a moderada
Duración	2 a 72 horas	30 minutos a días
Actividad física	Empeora con el ejercicio	No influye o mejora
Síntomas acompañantes	Náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia	Generalmente ausentes; ocasional fotofobia leve
Aura	Puede haber (en migraña con aura)	Ausente
Respuesta a analgesia	Buena, si se administra precoz	Variable, pero generalmente buena
Frecuencia	Variable (de episódica a crónica)	Puede ser episódica, frecuente o crónica
Factores desencadenantes	Sueño irregular, estrés, menstruación, ayuno, luz, olores y ciertos alimentos	Estrés, fatiga y mala postura
Exploración neurológica	Normal	Normal

la ausencia de náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia simultáneas, y la menor intensidad del dolor, orientan hacia cefalea tensional (Tabla III).

Cefaleas trigeminales autonómicas (TACs)

Las cefaleas trigeminales autonómicas son un grupo de cefaleas primarias, que se caracterizan por: dolor severo, unilateral, típicamente en región orbitaria, supraorbitaria o temporal, y que se acompaña de síntomas autonómicos craneales ipsilaterales, como lagrimeo, enrojecimiento ocular, congestión nasal o ptosis.

Estos trastornos se diferencian por la duración del ataque, el curso crónico o episódico y la respuesta a la indometacina, pudiéndose distinguir:

- **Responden a indometacina:** hemicránea paroxística y hemicránea continua.
- **No responden a indometacina:** cefalea en racimos (*cluster headache*), SUNCT (cefalea neuralgiforme unilateral de corta duración con inyección conjuntival y lagrimeo) y SUNA (cefalea neuralgiforme unilateral de corta duración con síntomas autonómicos craneales).

No se dispone de estudios poblacionales amplios que estimen la prevalencia de TACs en niños y adolescentes. En general, se consideran más raras en niños que en adultos. Es fundamental que el clínico mantenga un alto índice de sospecha ante la posibilidad de una cefalea trigeminal autonómica⁽³⁻⁵⁾.

Cefalea secundaria

La cefalea secundaria en la edad pediátrica se define como aquella atribuible a una **causa identificable**. Es más frecuente en niños pequeños y puede deberse a infecciones (meningitis, sinusitis), traumatismos, alteraciones vasculares, tumores, trastornos metabólicos, consumo o retirada de sustancias y enfermedades sistémicas^(7,8).

El **diagnóstico diferencial** entre cefalea primaria y secundaria se basa en una anamnesis detallada, una exploración física y neurológica completa y en la identificación de signos de alarma (“*red flags*”) (Fig. 1). El uso de pruebas complementarias (de imagen, analítica, punción lumbar o EEG) debe individualizarse según la sospecha clínica⁽⁷⁾.

SIGNOS DE ALARMA (<i>Red flags</i>)
Síntomas sistémicos (fiebre, vómitos, traumatismo craneoencefálico, pérdida de peso, comorbilidades)
Déficit neurológico identificado (alteración de los pares craneales, ataxia, alteración de conciencia, conductual, crisis epiléptica)
Inicio súbito : cefalea que alcanza su máxima intensidad en menos de un minuto (es decir, cefalea en trueno o <i>"thunderclap"</i>)
Patrón de empeoramiento progresivo en un corto periodo (<6 meses)
Inicio matutino que se acompaña de vómitos o despierta por la noche
Las cefaleas con desencadenantes posicionales (empeoran al acostarse o al ponerse de pie)
Cefaleas que comienzan con maniobra de Valsalva o ejercicio
Ausencia de historia familiar de cefalea primaria
Edad < 5 años
Cambios en las características de cefalea previamente diagnosticada

Figura 1. Signos de alarma.

Orientación diagnóstica

Por lo general, la realización de una anamnesis y una exploración física detallada suelen ser suficientes para establecer un diagnóstico adecuado entre cefalea primaria o secundaria.

Anamnesis

La herramienta más útil a la hora de abordar una cefalea en la edad pediátrica es, sin duda, la historia clínica. A través de ella, podemos orientar el diagnóstico, identificar signos de alarma y establecer el plan de actuación.

Cabe destacar que la anamnesis debe centrarse en la información que aporta el niño; la información de los padres y familiares solo proporcionará aclaraciones y detalles de apoyo. El **inicio** y el **patrón temporal** de la cefalea pueden ayudar a orientar el diagnóstico diferencial; así, generalmente, las cefaleas episódicas y crónicas no progresivas se asocian con cefaleas primarias, mientras que las agudas o crónicas progresivas pueden sugerir una etiología secundaria⁽⁷⁾.

Conviene realizar una anamnesis detallada que abarque todos los aspectos del dolor. El esquema **OPQRST+** puede resultar útil como guía⁽⁹⁾:

- *Onset* (inicio: ¿cuándo?).
- *Provocation/Palliation* (factores desencadenantes o alivio).
- *Quality* (características del dolor).
- *Radiation* (irradiación).

- *Severity* (intensidad).
- *Time* (duración y patrón).
- Síntomas asociados.

Para evaluar la **intensidad**, podemos apoyarnos en escalas del dolor, como la Escala Visual Analógica (EVA), la Escala de Dolor de Caras Revisada y la Escala Analógica de Color^(10,11).

Se debe investigar también la presencia de **síntomas asociados**, prestando especial atención a aquellos que nos puedan ayudar a diferenciar entre las distintas cefaleas primarias. Si el niño tiene habilidades motoras finas suficientes, se le puede pedir que dibuje cómo se siente cuando tiene cefalea. Estos dibujos pueden ofrecer pistas diagnósticas útiles y ayudar al niño a expresarse^(12,13).

Además de la historia de la cefalea, se deben considerar la **historia clínica pasada** del niño y la **historia familiar**. Se incluirán preguntas dirigidas relacionadas con la historia de trastornos primarios de cefalea y cefaleas secundarias⁽⁷⁾.

Experiencias adversas en la infancia y atención informada por trauma

Un último aspecto, pero crítico, que deben considerar los profesionales al realizar la historia clínica de cualquier niño o adolescente con cefaleas recurrentes, es que muchos pacientes viven con antecedentes de experiencias adversas en la infancia, traumas o ambos.

Existen datos que demuestran una relación temporal entre las experiencias adversas tempranas y la aparición de migraña en la adolescencia, así como una relación dosis-respuesta entre la cantidad de experiencias adversas y los trastornos de cefalea, lo cual sugiere una posible relación causal.

Dado el creciente conocimiento sobre la relación entre las experiencias adversas en la infancia, el trauma y los trastornos de cefalea en niños y adolescentes, los profesionales deben informarse sobre cómo practicar una atención informada por el trauma⁽⁹⁾.

La exploración física

La exploración física debe incluir la toma de **constantes vitales** (temperatura, frecuencia cardíaca, tensión arterial), valoración del **estado general** (peso, talla y estado nutricional), detección de **signos constitucionales** (fiebre, pérdida de peso o aspecto tóxico), exploración de la cabeza y cuello y un examen neurológico dirigido.

La **exploración neurológica** es obligada en todo paciente con cefalea. Se deben valorar las funciones superiores, pares craneales, la fuerza, tono y reflejos osteotendinosos, evaluación de coordinación y de la marcha.

Asimismo, se recomienda una exploración específica:

- Fondo de ojo, siempre que sea posible, para descartar edema de papila.
- Palpación sobre los nervios supraorbitario, supratroclear, occipital mayor y menor.
- Evaluación de la articulación temporomandibular.
- Palpación de los senos paranasales: puede ayudar a identificar una posible sinusitis.
- Evaluación del cuello y de la musculatura cervical, especialmente del trapecio, que es un punto gatillo doloroso en niños y adolescentes con migraña^(7,9).

Pruebas complementarias

La mayoría de los niños y adolescentes que presentan cefalea y que no presentan signos de alarma (Fig. 1) no requieren estudios complementarios más allá de una historia clínica detallada y un examen físico completo.

¿Cuándo debemos realizar pruebas complementarias?^(7,14):

- La **neuroimagen** (preferentemente RM cerebral) está indicada ante sig-

nos de alarma (Fig. 1), exploración neurológica anormal o cefalea de características atípicas o progresivas que no encajan con los patrones benignos.

- El electroencefalograma (EEG) y otras pruebas neurofisiológicas solo están indicados si se sospechan crisis epilépticas asociadas.
- **Análisis de sangre:** solo en casos seleccionados, si hay una fuerte sospecha de una causa médica subyacente que pueda manifestarse con cefalea, como anemia ferropénica o enfermedad celíaca.
- **Punción lumbar:** se analiza el líquido cefalorraquídeo:
 - Si hay sospecha de **meningoencefalitis** (infección cerebral o de las membranas), especialmente si se presenta con alteración del estado mental, fiebre o petequias.
 - Cuando se sospecha **hipertensión intracraneal** (p. ej., un paciente con papiledema y cefalea, pero sin lesiones visibles en la neuroimagen), para medir la presión de apertura y analizar el líquido.

Evaluar el impacto: más allá del dolor

La evaluación del impacto de la cefalea en pacientes pediátricos debe ir más allá de la valoración del dolor, incluyendo, de forma sistemática, la discapacidad funcional, la calidad de vida y la presencia de comorbilidades psiquiátricas o somáticas.

Para valorar la discapacidad funcional, se recomienda el uso de escalas validadas como la PedMIDAS (*Pediatric Migraine Disability Assessment*), que cuantifica el impacto en la asistencia escolar, actividades familiares y sociales, y rendimiento académico (Fig. 2)⁽¹⁵⁾.

Es fundamental explorar síntomas de **ansiedad, depresión y trastornos del sueño**, ya que la literatura muestra que existe una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica y somática en niños con cefalea, lo cual puede perpetuar o agravar el cuadro clínico⁽²⁾.

Tratamiento de la cefalea

El tratamiento de la cefalea en la infancia debe ser integral, combinando medidas no farmacológicas y farmacológicas, adaptándose al diagnóstico, la frecuencia y al impacto en la calidad de vida.

Antes de iniciar el tratamiento sintomático de la cefalea, es fundamental seguir los pasos previos y descartar signos de alarma. En caso de identificarse una **cefalea secundaria**, el manejo debe centrarse en el tratamiento de la causa subyacente, siguiendo protocolos específicos según la etiología. En este caso, debemos derivar a atención especializada.

En cuanto a la **cefalea primaria**, es fundamental:

- Iniciar el tratamiento **agudo** precozmente y con dosis adecuadas.
- Considerar tratamiento **preventivo** en pacientes con cefaleas frecuentes o con impacto significativo en la calidad de vida.
- Incorporar estrategias **no farmacológicas** (educación, manejo del estrés, sueño, actividad física, técnicas conductuales) como parte integral del plan terapéutico.

Tratamiento agudo de cefalea

Tiene como objetivo lograr un rápido alivio del dolor, reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida.

En la migraña es fundamental instruir a la familia para que administre el tratamiento agudo de forma precoz, idealmente en la primera hora desde el inicio del dolor y no cuando el dolor esté ya muy avanzado, con el objetivo de lograr alivio rápido y completo, minimizando efectos adversos⁽¹⁶⁾.

Tratamiento farmacológico (Tabla IV)

- **Analgésicos orales:** el ibuprofeno (10 mg/kg) se recomienda como opción inicial para la migraña de leve a moderada, mostrando una mejor eficacia que el paracetamol. Aunque no hay evidencia específica en pediatría para otros AINEs, algunos se usan en la práctica, basándose en datos extrapolados de adultos (como diclofenaco, ketoprofeno o naproxeno).
- **Triptanes:** poco utilizados, pero beneficiosos para pacientes con respuesta inadecuada a los AINEs, ataques de aparición rápida o discapacidad de moderada a grave. Han demostrado ser superiores al placebo en adolescentes, y los que no están aprobados también se usan fuera de indicación (*off-label*) en la práctica,

En los últimos 3 meses:

1. ¿Cuántos días tu hijo/a faltó a la escuela debido a dolores de cabeza? Número de días: _____
2. ¿Cuántos días tu hijo/a tuvo que ir a la escuela con un dolor de cabeza, pero fue capaz de hacer solo algunas de sus tareas? Número de días: _____
3. ¿Cuántos días tu hijo/a no pudo participar en actividades deportivas, de recreación o de ocio (p. ej.: jugar en casa, ir a parques, prácticas deportivas, etc.) debido a dolores de cabeza? Número de días: _____
4. ¿Cuántos días tu hijo/a no pudo hacer tareas domésticas, quehaceres o participar en actividades familiares (p. ej.: ir de compras, cenar fuera, etc.) debido a dolores de cabeza? Número de días: _____
5. ¿Cuántos días tu hijo/a tuvo un dolor de cabeza en el que tuvo que limitar el tiempo dedicado a alguna de sus actividades habituales (escolares, deportes, juegos o tareas domésticas) al menos a la mitad? Número de días: _____
6. ¿Cuántos días tu hijo/a tuvo un dolor de cabeza en el que el dolor fue tan intenso que tuvo que tumbarse o permanecer tranquilo y no hacer nada (sin ver la televisión, leer, etc.)? Número de días: _____

Puntuación (suma 6 preguntas)
La suma indica el nivel de discapacidad:

- **0-10:** poca o ninguna discapacidad
- **11-30:** discapacidad leve
- **31-50:** discapacidad moderada
- **> 50:** discapacidad grave

Figura 2. PedMIDAS (*Pediatric Migraine Disability Assessment*).

Tabla IV. Fármacos principales para el tratamiento agudo de cefalea

Fármacos	Dosis	Edad de aprobación
- Ibuprofeno (opción recomendada)	- 10 mg/kg/dosis - Oral (comprimidos, jarabes)	Todas las edades
- Paracetamol	- 15 mg/kg/dosis - Oral (comprimidos, jarabes)	Todas las edades
- Otros AINEs (datos extrapolados de adultos)	Naproxeno: - 5-7 mg/kg/8-12 h	Todas las edades
- Rizatriptán	- 5 mg si <40 kg - 10 mg si >40 kg	Mayores de 6 años
- Almotriptán	- 6,25-12,5 mg	Mayores de 12 años
- Zolmitriptán	- 2,5 mg. Si no eficaz: 5 mg	Mayores de 12 años
- Sumatriptán	- Oral: 25-100 mg/dosis - Nasal: 5 mg (6 años), 10 mg (7-11 años), 20 mg (>12 años) - Subcutáneo: 0,06 mg/kg (6-12 años). 6 mg (>12 años)	Mayores de 12 años
- Sumatriptán/ Naproxeno		Mayores de 12 años (no disponible en España)

con base en estudios farmacocinéticos y de seguridad.

Una gran ventaja de los triptanes es que están disponibles en múltiples formulaciones. Disponemos de cuatro fármacos aprobados por la FDA para uso pediátrico: rizatriptán, almotriptán, zolmitriptán y sumatriptán/naproxeno. Si un triptán falla, se puede probar otro. Las formas no orales son beneficiosas para las náuseas y/o vómitos. Se puede considerar una segunda dosis si hay alivio parcial o recurrencia a las 2 horas de tomar la primera. La combinación con AINEs puede ser beneficiosa.

- **Opioides y barbitúricos:** no recomendados debido a la falta de evidencia.
- **Antieméticos:** la presencia de náuseas y vómitos incoercibles agrava el curso y la percepción negativa de la cefalea. Para el tratamiento sintomático, se sugiere el uso de ondansetrón⁽¹⁷⁾. Los antagonistas de los receptores de dopamina (como metoclopramida) han demostrado efecto antiemético y analgésico, pero hay riesgo de síntomas extrapiramidales.
- **Anticuerpos monoclonales anti-CGRP:** actúan como antagonistas del receptor del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP), aprobados en paciente adulto. Se están realizando ensayos clínicos

pediátricos en curso, por lo que podrían convertirse en una opción válida en el futuro (fremanezumab, galcanezumab, eptinezumab y erenumab).

- **Antagonista receptor 5-HT_{1F} (ditanes):** aprobados para el uso agudo en adultos.

Se debe advertir sobre el riesgo de abuso de medicación que puede cronicar la cefalea. Se recomienda limitar el ibuprofeno/paracetamol a no más de 14 días/mes y los triptanes a no más de 9 días/mes.

En la **cefalea tensional**, el manejo agudo se basa en analgésicos simples (ibuprofeno o paracetamol) y medidas no farmacológicas, ya que la evidencia sobre el uso de triptanes es limitada y no se recomienda su uso rutinario^(9,18).

Tratamiento preventivo

El objetivo del tratamiento preventivo es reducir la frecuencia, duración, intensidad de los ataques y disminuir la discapacidad que produce.

Las **intervenciones no farmacológicas** son la base del manejo inicial y deben recomendarse a todos los pacientes. Incluyen educación sobre la enfermedad y modificaciones del estilo de vida. Adjuntamos hoja de recomendaciones para padres y pacientes con cefalea primaria (Fig. 3)^(19,20).

La **profilaxis farmacológica** está indicada solo si las medidas no farmacológicas y el tratamiento agudo no son suficientes, o si la frecuencia y la discapacidad son elevadas.

Se recomienda considerar tratamiento preventivo en pacientes que presenten^(9,16):

- Tres o más episodios al mes que interfieren con la actividad diaria.
- Dos o más ataques severos por mes, que no responden adecuadamente al tratamiento agudo.
- Uso excesivo de medicamentos agudos (riesgo de cefalea por uso excesivo de medicación).
- Cefaleas con síntomas prolongados o aura hemipléjica.
- Preferencia familiar o del paciente para evitar crisis.
- PedMIDAS > 21.

Adjuntamos resumen de los fármacos preventivos en la tabla V. Hay pocos estudios controlados aleatorizados prospectivos en niños y adolescentes, que brinden orientación sobre cuál es el medicamento más efectivo y seguro en la prevención de la migraña. La mayoría de los estudios randomizados y controlados sobre eficacia de medicamentos preventivos en la migraña no demuestran su superioridad frente a placebo⁽²¹⁻²⁴⁾. Por ello, parece prudente iniciar el tratamiento preventivo con aquellas opciones que pueden tener menos efectos secundarios. Se recomienda un ensayo de tratamiento de, al menos, 2 meses, para determinar la eficacia y si se debe suspender la terapia preventiva una vez que las cefaleas sean infrecuentes.

Derivación a neuropediatría

- Cefaleas con “Signos de Alarma” (Fig. 1). **Derivar a Urgencias si sospecha de patología grave** (meningoencefalitis, HTIC o tumoración).
- Migrañas de difícil control o atípicas (frecuencia elevada, fallo tratamiento agudo, refractariedad a preventivo, migraña crónica).
- Impacto significativo en la calidad de vida.
- Sospecha de cefalea trigémino-autonómica.
- Duda diagnóstica.

Conclusiones

- La cefalea es un síntoma muy prevalente en la infancia y adoles-

HOJA DE RECOMENDACIONES PARA PACIENTES CON CEFALEA



- SUEÑO:

- Levantarse y acostarse todos los días, aproximadamente a la misma hora.
- Evitar **siestas** en mayores de 6 años.
- Establecer una rutina pre-sueño (20-30 minutos) y condiciones ambientales adecuadas para dormir (temperatura, ventilación, ruidos, luz).
- Evitar comidas copiosas antes de acostarse y actividades estresantes/deporte intenso en las horas previas a acostarse.
- Evitar la utilización de aparatos electrónicos (**pantallas**) antes de acostarse.



- ALIMENTACIÓN:

- Evitar ayunos prolongados.
- Dieta equilibrada (variedad de frutas y verduras, proteínas y productos lácteos).
- Consumo de agua abundante, evitando otras bebidas azucaradas o con cafeína.
- Mantener peso adecuado.



- ACTIVIDAD FÍSICA:

- Se recomienda ejercicio diario y evitar inactividad durante el día.



- AFRONTACIÓN DE ESTRÉS Y RELAJACIÓN:

- Evitar factores estresantes relacionados con el entorno escolar o familiar.
- Estrategias de enfrentamiento para afrontar factores estresantes.
- Técnicas de relajación y *mindfulness*.
- Pueden beneficiarse de terapia cognitivo-conductual.



- EVITAR DESENCADENANTES:

- Alimentos específicos si se relaciona su consumo con empeoramiento de la migraña.
- Evitar alcohol y cafeína.
- Clima: control de temperatura ambiental. Protegerse del calor extremo y del frío extremo.
- Situaciones emocionales positivas y negativas intensas.
- Abuso de pantallas.

Eva Arias Vivas/Gema García Ron

Figura 3. Hoja de recomendaciones para pacientes con cefalea.

- cencia que tiene un alto impacto en la calidad de vida del paciente y su entorno.
- Las cefaleas primarias (migraña y cefalea tensional) son las más frecuentes y su diagnóstico debe basarse en la **historia clínica y la exploración física**.
- Es fundamental identificar **signos de alarma** que orienten hacia una posible cefalea secundaria y requieran estudios complementarios o derivación urgente.
- El **tratamiento** debe ser integral, combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, con un enfoque **individualizado** según tipo, frecuencia e impacto funcional de la cefalea.
- La evaluación sistemática del **impacto funcional**, las comorbilidades y el entorno psicosocial del niño son clave para un abordaje completo.

Tabla V. Tratamiento preventivo de migraña

Fármaco	Dosis	Efectos secundarios	Evidencia
Topiramato	– 2-3 mg/kg/día; dosis típica 100 mg/día, dosis máxima 200 mg/día	Parestesia, anorexia, fatiga, deterioro cognitivo y disminución de la transpiración. Cálculo renal y glaucoma	Probablemente, mejor que placebo. Aprobado FDA
Ácido valproico	– 15-30 mg/kg/día hasta 1.000 mg/día	Náuseas, aumento de peso, mareos, somnolencia, alopecia, trombocitopenia, pancreatitis, hiperamonemia, hepatotoxicidad y teratogenicidad	No ensayos pediátricos
Zonisamida	– 4-10 mg/kg/día, máximo habitual 200 mg/día	Somnolencia, anorexia, pérdida de peso, parestesia, mareos y fatiga	No ensayos pediátricos
Levetiracetam	– 20-40 mg/kg/día en dos dosis	Somnolencia, irritabilidad y cambios de comportamiento	No ensayos pediátricos
Pregabalina	– 1-2 mg/kg/día. Mantenimiento: 5-6 mg/kg/día (cada 12 horas)	Reacciones locales en el lugar de inyección. Síntomas respiratorios leves y estreñimiento	Probablemente, mejor que placebo
Amitriptilina	– 0,25-1 mg/kg/día (al acostarse)	Sedación, mareos, sequedad de boca, aumento de peso; puede causar prolongación del intervalo QTc	Junto con terapia conductual, mejor que placebo
Propranolol	– 20-40 mg – 3 veces al día	Sedación, hipotensión, bradicardia, aumento de peso; empeorar asma	Probablemente, mejor que placebo
Flunarizina	– 5-10 mg antes de acostarse	Sedación y aumento de peso	Probablemente mejor que placebo
Cinarizina	– 1,5 mg/kg/día < 30 kg – 50 mg/día > 30 kg	Sedación y aumento de peso	Probablemente, mejor que placebo
Toxina botulínica A	– 155 unidades (protocolo PREEMPT) cada 12 semanas	Dolor local y debilidad	Evidencia insuficiente. Buenos resultados en adultos
Anticuerpos monoclonales anti-CGRP (mAb anti-CGRP): erenumab, galcanezumab, fremanezumab y eptinezumab	– <i>Off-label</i> . Inicial: ensayo terapéutico de 2 meses con la dosis más baja disponible para adultos – Si no hay mejoría: aumentar la dosis por otros 2 meses	Reacciones locales en el lugar de la inyección. Síntomas respiratorios leves, estreñimiento. Teratogénico	Ensayos clínicos en marcha. Buenos resultados en adultos
Nutraceuticos	Dosis	Efectos secundarios	Evidencia
Riboflavina	– 50-400 mg/día	Decoloración de la orina	Estudios limitados
Magnesio	– Magnesio elemental – 9 mg/kg/día con alimentos (óxido de magnesio dividido 3 veces al día)	Diarrea	Estudios limitados, algunos positivos
Coenzima Q10	– 1-3 mg/kg/día por la mañana	Insomnio y malestar gastrointestinal	Estudios limitados, algunos positivos
Vitamina D	– 400 UI/día	Bien tolerado	Estudios limitados
Melatonina	– 2-3 mg todos los días antes de acostarse	Sedación	Estudios limitados, algunos positivos
Ácidos grasos poliinsaturados	– Compuesto de aceite de pescado	Náuseas	Estudios limitados
Dispositivos de neuromodulación	Dosis	Efectos secundarios	Evidencia
Estimulación magnética transcraneal de pulso único (sTMS)	– Dos veces al día (preventivo) – Con pulsos adicionales (agudo)	Molestias leves	Autorizado FDA. Coste elevado y baja disponibilidad

FDA: Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos. Fuente: referencias⁽²⁵⁻³²⁾.

- La derivación a **neuropediatría** debe considerarse ante cefaleas atípicas, refractarias, con elevada discapacidad o con sospecha diagnóstica compleja.

Función del pediatra de Atención Primaria

- Realizar una anamnesis completa con una exploración física detallada, tanto general como neurológica, que nos permita determinar la presencia o no de signos de alarma.
- Clasificar, de forma adecuada, el tipo de cefalea ante el que nos encontramos para establecer el tratamiento más adecuado.
- Realizar revisiones frecuentes al paciente para objetivar el control de las cefaleas.
- Derivar al paciente a Atención Especializada ante la presencia de signos de alarma, mal control de la cefalea con impacto significativo en su calidad de vida y/o ante dudas diagnósticas.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del presente manuscrito ni fuente de financiación.

Bibliografía

Los asteriscos muestran el interés del artículo a juicio de las autoras.

1. Onofri A, Pensato U, Rosignoli C, Wells-Gatnik W, Stanyer E, Ornello R, et al. Primary headache epidemiology in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *J Headache Pain*. 2023; 24: 8.
2. Irwin SL, Greene KA, Pavitt SJ, Ross AC. Headache in the pediatric population: focus on migraine. *Semin Neurol*. 2022; 42: 479-88.
3. Özge A, Faedda N, Abu-Arafeh I, Gelfand AA, Goadsby PJ, Cuvellier JC, et al. Experts' opinion about the primary headache diagnostic criteria of the ICHD-3rd edition beta in children and adolescents. *J Headache Pain*. 2017; 18: 109.
- 4.** Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018; 38: 1-211.
5. Patterson Gentile C, Hershey AD, Szperka CL. A critical appraisal of the International Classification of Headache

- Disorders migraine diagnostic criteria based on a retrospective multicenter cross-sectional headache registry study in youth. *Headache*. 2024; 64: 1217-29.
6. Cancho Candela R, Hedrerá Fernández A. Cefalea en el niño y adolescente. *Pediatr Integral*. 2015; 9: 632-9. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-11/cefalea-en-el-nino-y-adolescente/>.
7. Kelly M, Strelzik J, Langdon R, DiSabella M. Pediatric headache: overview. *Curr Opin Pediatr*. 2018; 30: 748-54.
8. Dao JM, Qubty W. Headache diagnosis in children and adolescents. *Curr Pain Headache Rep*. 2018; 22: 17. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11916-018-0675-7>.
- 9.** Orr SL. Headache in children and adolescents. *Continuum (Minneapolis)*. 2024; 30: 438-72.
10. Calvano J, Ehsanian R, Buttner JA, Balk A, Lai D, McGillivray M, et al. A systematic review of self-reported pain rating scales for children and adolescents. *Pain Physician*. 2025; 28: 183-96.
11. McGrath PA, Seifert CE, Speechley KN, Booth JC, Stitt L, Gibson MC. A new analogue scale for assessing children's pain: an initial validation study. *Pain*. 1996; 64: 435-43.
12. García-Ron A, Arias-Vivas E, Bote-Gascón M, González-García N, Porta-Etessam J. Utilidad del dibujo espontáneo en la orientación diagnóstica de pacientes pediátricos con cefalea. *Rev Neurol*. 2024; 79: 265-71.
13. Mazzotta S, Pavlidis E, Cordori C, Spagnoli C, Pini LA, Pisani F. Children's headache: drawings in the diagnostic work up. *Neuropediatrics*. 2015; 46: 261-8.
14. Lewis DW, Ashwal S, Dahl G, Dorbad D, Hirtz D, Prenskey A, et al.; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology; Practice Committee of the Child Neurology Society. Parámetro de práctica: evaluación de niños y adolescentes con cefaleas recurrentes. *Neurology*. 2002; 59: 490-8.
15. Hershey AD, Powers SW, Vockell AL, LeCates S, Kabbouche MA, Maynard MK. PedMIDAS: development of a questionnaire to assess disability of migraines in children. *Neurology*. 2001; 57: 2034-9.
16. Oskoui M, Pringsheim T, Holler-Managan Y, Potrebic S, Billingham L, Gloss D, et al. Practice guideline update summary: acute treatment of migraine in children and adolescents. *Neurology*. 2019; 93: 487-99.
17. Talai A, Heilbrunn B. Ondansetron for acute migraine in the pediatric emergency department. *Pediatr Neurol*. 2020; 103: 52-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2019.06.011>.
18. Rao R, Hershey AD. An update on acute and preventive treatments for migraine in children and adolescents. *Expert Rev Neurother*. 2020; 20: 1017-27. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1797493>.
19. Gazerani P. Episodic migraine in the pediatric population: behavioral therapies and other non-pharmacological treatment options. *Curr Pain Headache Rep*. 2025; 29: 57.
20. Baglioni V, Bozza F, Beatrice A, Cameli N, Colacino Cinnante EM, Lentini G, et al. Non-pharmacological treatments in paediatric migraine. *J Clin Med*. 2024; 13: 1278. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm13051278>.
21. Hershey AD, Powers SW, Coffey CS, Eklund DD, Chamberlin LA, Korbee LL; CHAMP Study Group. Childhood and adolescent migraine prevention (CHAMP) study: a double-blinded, placebo-controlled, comparative effectiveness study. *Headache*. 2013; 53: 799-816.
22. Powers SW, Coffey CS, Chamberlin LA, Eklund DJ, Klingner EA, Yanke JW, et al.; CHAMP Investigators. Trial of amitriptyline, topiramate, and placebo for pediatric migraine. *N Engl J Med*. 2017; 376: 115-24.
23. Gibler RC, Peugh JL, Coffey CS, Chamberlin LA, Eklund D, Klingner E, et al. Impact of preventive pill-based treatment on migraine days: a secondary outcome study of the CHAMP trial. *Headache*. 2023; 63: 805-12.
- 24.** Kohandel Gargari O, Aghajanian S, Togha M, Mohammadifard F, Abyaneh R, Mobader Sani S, et al. Preventive medications in pediatric migraine: a network meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2024; 7: e2438666.
25. Szperka CL. Headache in children and adolescents. *Continuum (Minneapolis)*. 2021; 27: 703-31.
26. Loh NR, Whitehouse WP, Howells R. What is new in migraine management in children and young people? *Arch Dis Child*. 2022; 107: 1067-72.
27. Greene KA, Gentile CP, Szperka CL, Yonker M, Gelfand AA, Grimes B, et al. Calcitonin gene-related peptide monoclonal antibody use for preventive treatment of refractory headache in adolescents. *Pediatr Neurol*. 2021; 114: 62-7.
28. Gelfand AA, Goadsby PJ. The role of melatonin in the treatment of primary headache disorders. *Headache*. 2016; 56: 1257-66.
29. Fallah R, Fazelishoroki F, Sekhavat L. A randomized clinical trial comparing the efficacy of melatonin and amitriptyline in migraine prophylaxis of children. *Iran J Child Neurol*. 2018; 12: 47-54.
30. Irwin SL, Qubty W, Allen IE, Patniyot I, Goadsby PJ, Gelfand AA. Estimulación magnética transcraneal para la prevención de la migraña en adolescentes: un estudio piloto abierto. *Headache*. 2018; 58: 724-31.
31. Bakhshandeh Bali M, Rahbarimaneh AA, Sadeghi M, Sedighi M, Karimzadeh P, Ghofrani M, et al. Comparison of

propranolol and pregabalin for prophylaxis of childhood migraine: a randomised controlled trial. *Acta Med Iran.* 2015; 53: 276-80.

32. Jafari N, Nasehi MM, Nasiri Eghbali A, Taghdiri MM, Karimzadeh P. Comparing pregabalin and sodium valproate in pediatric migraine prophylaxis: a randomized clinical trial. *Iran J Child Neurol.* 2023; 17: 121-31. Disponible en: <https://doi.org/10.22037/ijcn.v17i2.36175>.

Bibliografía recomendada

- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). *The International Classification of Headache Disorders*, 3rd edition. Cephalalgia. 2018; 38: 1-211. Su lectura permite realizar una visión global de la clasificación de las cefaleas.
- Orr SL. Headache in children and adolescents. *Continuum (Minneapolis).* 2024; 30: 438-72.

Texto de obligada lectura, por ser la última revisión internacional publicada sobre las cefaleas.

- Kohandel Gargari O, Aghajanian S, Togha M, Mohammadifard F, Abyaneh R, Mobader Sani S, et al. Preventive medications in pediatric migraine: a network meta-analysis. *JAMA Netw Open.* 2024; 7: e2438666.

Reciente metaanálisis sobre el tratamiento preventivo.

Caso clínico

Niño de 13 años que consulta por cefalea recurrente desde hace un año. Presenta 5-6 episodios mensuales, algunos de ellos muy limitantes. Describe el dolor como opresivo, localizado en la región occipital y nuca, de intensidad moderada a intensa. El inicio suele ser por la tarde, especialmente los días de actividad escolar intensa o después de los entrenamientos de fútbol. El dolor se acompaña, en ocasiones, de fonofobia, fotofobia leve y náuseas, aunque sin vómitos. No refiere aura ni otros síntomas neurológicos previos.

Durante los episodios, necesita interrumpir sus actividades y descansar en su habitación, sin ruido ni luz. Refiere mejoría parcial tras el reposo y la administración de ibuprofeno, aunque no siempre logra aliviar el dolor completamente. Su rendimiento académico ha bajado ligeramente en los últimos meses y ha faltado algunos días a clase.

El paciente comenta que duerme mal entre semana (5-6 horas), se acuesta tarde por el uso del móvil en la cama y se despierta cansado. No desayuna habitualmente y, a veces, pasa muchas horas sin comer. La familia ha notado que los

episodios se relacionan con días de mayor estrés o falta de sueño. No realiza técnicas de relajación ni tiene horarios regulares de sueño o comidas.

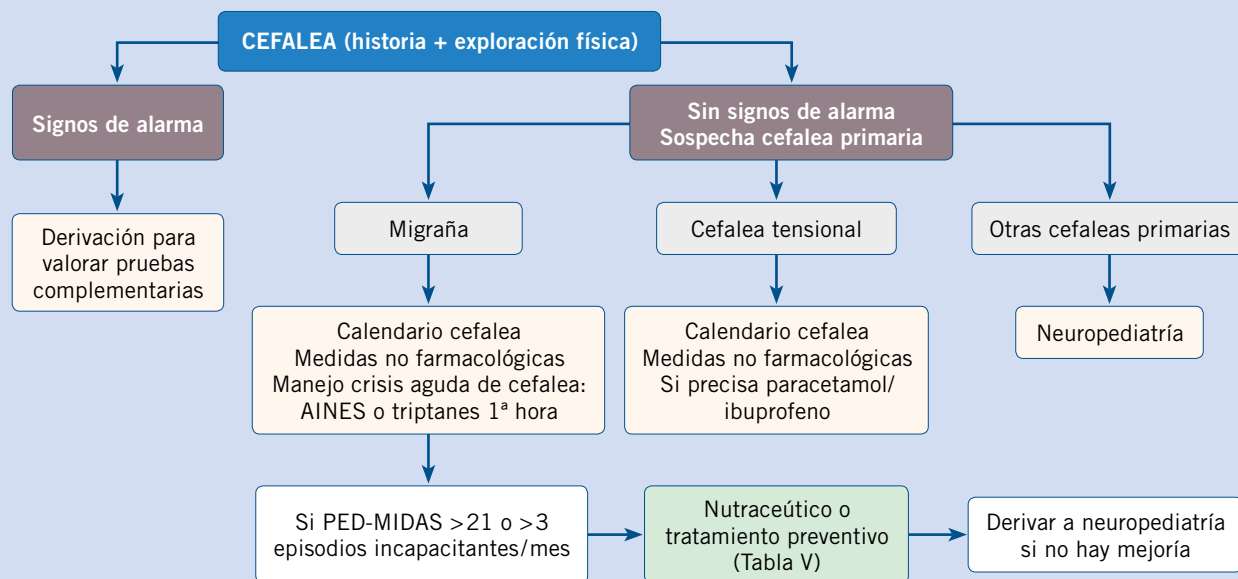
Antecedentes familiares: madre con migraña episódica diagnosticada en la adolescencia. Padre sano. Hermana de 10 años sin antecedentes de cefalea.

Antecedentes personales: gestación y parto sin incidencias. Desarrollo psicomotor normal. Lactancia materna: 6 meses. Sin antecedentes de enfermedades neurológicas ni digestivas. Sin alergias conocidas. Sin medicación habitual.

Exploración física: en consulta, se encuentra afebril, con constantes normales. Neurológicamente explorado sin hallazgos patológicos. Fondo de ojo normal. Tensión arterial en rango. Sin signos meníngeos ni focalidad.

Exploraciones complementarias: no se han solicitado pruebas de imagen. Sin signos de alarma que indiquen etiología secundaria. Se inicia calendario de cefaleas y se orienta como **cefalea tipo tensional episódica**, con probable influencia de factores posturales, estrés y hábitos de vida irregulares.

Algoritmo de diagnóstico y tratamiento de cefalea





Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 70% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Cefaleas en la infancia y adolescencia

33. Respecto a la cefalea, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la cefalea en la edad pediátrica es la **MÁS PRECISA**?
- La cefalea en trueno es el tipo de cefalea primaria más prevalente en niños y adolescentes.
 - La prevalencia global de cefalea primaria es menor al 10% en la población pediátrica.
 - La incidencia de cefalea disminuye con la edad y es mayor en niños pequeños.
 - La migraña y la cefalea tipo tensional son los subtipos de cefalea primaria más prevalentes.
 - La Clasificación Internacional de las Cefaleas (ICHD-3) solo es aplicable a la población adulta.
34. En la evaluación diagnóstica de la cefalea en niños y adolescentes, ¿cuál de los siguientes aspectos es la herramienta **FUNDAMENTAL** para el diagnóstico y la identificación de signos de alarma?
- La realización rutinaria de un electroencefalograma (EEG).
 - La neuroimagen (RM cerebral) en todos los casos de cefalea.
 - Una anamnesis detallada y la exploración física completa.
 - La punción lumbar como primera prueba en cefalea progresiva.
 - El uso exclusivo de cuestionarios estandarizados para el diagnóstico.
35. Un niño de 8 años presenta episodios de dolor de cabeza de 2-3 horas de duración, bilaterales y pulsátiles, que empeoran con la actividad física, y se acompañan ocasionalmente de fotofobia y náuseas. Su madre sufre de migrañas. Según el artículo, ¿cuál es el diagnóstico de cefalea primaria **MÁS PROBABLE** para este niño?
- Cefalea tensional crónica.
 - Cefalea en racimos.
 - Migraña con aura.
 - Migraña sin aura.
 - Hemicránea paroxística.
36. Respecto a los signos de alarma ("*red flags*") en la cefalea pediátrica que pueden sugerir una causa secundaria, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es **INCORRECTA**?
- Una cefalea que alcanza su máxima intensidad en menos de un minuto ("*thunderclap*") es un signo de alarma.
 - Las cefaleas matutinas que se acompañan de vómitos deben generar sospecha de una causa secundaria.
 - La cefalea únicamente occipital, de forma aislada, es un signo de alarma con alta rentabilidad para realizar neuroimagen.
 - Un patrón de dolor de cabeza, que empeora progresivamente en un corto periodo de tiempo, sugiere una causa secundaria.
37. Un adolescente de 14 años experimenta un ataque de migraña de intensidad moderada a severa que no ha respondido completamente a dosis adecuadas de ibuprofeno. Según las recomendaciones del artículo sobre el tratamiento agudo de la migraña en pediatría, ¿cuál sería la **SIGUIENTE** opción farmacológica más adecuada a considerar?
- Iniciar un tratamiento preventivo con anticuerpos monoclonales anti-CGRP.
 - Administrar opioides o barbitúricos debido a su alta eficacia.
 - Probar con un triptán oral aprobado para su edad.
 - Limitarse a medidas no farmacológicas, como reposo y compresas frías.
 - Utilizar exclusivamente paracetamol en dosis más altas.
38. Un niño de 13 años presenta cefalea recurrente con características opresivas, localización occipital y nuca, asociada a fonofobia, fotofobia leve y náuseas ocasionales. Los episodios se relacionan con actividad escolar intensa, entrenamientos

de fútbol, estrés y falta de sueño. Ante la descripción de este patrón de cefalea, ¿cuál de las siguientes opciones es la consideración diagnóstica **MÁS PROBABLE** en el diagnóstico diferencial, aparte de la migraña?

- a. Cefalea en racimos.
- b. Cefalea por abuso de medicación.
- c. Neuralgia del trigémino.
- d. Hipertensión intracraneal idiopática.
- e. Cefalea tensional.

39. Considerando la historia clínica de un niño de 13 años con cefaleas recurrentes, de intensidad moderada a severa, que interfieren con sus actividades diarias, con síntomas acompañantes como fonofobia,

fotofobia leve y náuseas, mejoría parcial con ibuprofeno y reposo, y antecedentes familiares de migraña materna, ¿cuál es el diagnóstico **MÁS PROBABLE** para su cefalea?

- a. Cefalea tensional crónica.
- b. Migraña con aura.
- c. Migraña sin aura.
- d. Cefalea secundaria a tumor cerebral.
- e. Cefalea por estrés postraumático.

40. Un niño de 13 años presenta migrañas recurrentes que no siempre se alivian completamente con ibuprofeno, con episodios que pueden ser muy limitantes. Ha intentado el reposo y presenta hábitos de sueño y alimentación irregulares. Considerando su edad y la respuesta

parcial al tratamiento actual, ¿cuál de las siguientes opciones sería la estrategia terapéutica **MÁS ADECUADA** a considerar para el control de sus migrañas?

- a. Aumentar la dosis de ibuprofeno y añadir paracetamol de forma regular.
- b. Prescribir un triptán oral aprobado para su edad y trabajar en la modificación de hábitos de vida.
- c. Realizar una resonancia magnética cerebral de forma urgente para descartar patología grave.
- d. Iniciar terapia con antidepresivos tricíclicos para prevenir los episodios.
- e. Recomendar exclusivamente técnicas de relajación y evitar el uso de medicación.



Aniversario

Pediatría Integral



sepeap

Sociedad Española de Pediatría
Extrahospitalaria y Atención Primaria



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 70 % de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".