

# ORIENTACION DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA DEL NIÑO CON CEFALEAS POR EL PEDIATRA DE ATENCION PRIMARIA

**Dr. José Luis Herranz**

**Profesor Titular de Pediaría. Universidad de Cantabria.**

Neuropediatría. Hospital Universitario M. Valdecilla. Santander

## INTRODUCCION

El dolor de cabeza es uno de los síntomas que más consultas demanda de los pediatras de Atención Primaria y de las Unidades de Neuropediatría (1, 2), actitud lógica si se considera: 1) que la incidencia acumulada de cefaleas durante la infancia es muy elevada, entre 31-79 % para las cefaleas en general y entre 4-14 % para las migrañas (3-9); 2) que es un problema que preocupa especialmente a los padres, porque lo relacionan con tumores cerebrales y con enfermedades graves.

El Pediatra de Atención Primaria es el primer y principal eslabón de la consulta clínica por cefaleas, puesto que:

es el que atiende casi todas las primeras consultas por cefaleas  
el que elabora las primeras hipótesis diagnósticas  
realiza las primeras exploraciones clínicas  
decide las primeras exploraciones complementarias  
instaura los primeros tratamientos sintomáticos  
valora la instauración de tratamientos profilácticos  
decide la derivación del niño a Urgencias o a Neuropediatría  
y tiene, además, la importante misión de informar, orientar y tranquilizar a los familiares.

Ante un niño con cefaleas, las cinco cuestiones que se plantea el pediatra de Atención Primaria son las siguientes:

- ¿Qué preguntar?
- ¿Qué explorar?
- ¿Qué pruebas complementarias solicitar?
- ¿Cuándo y como tratar?
- ¿Cuándo y adónde derivar al paciente?

Cuestiones que van a desarrollarse a continuación.

## 1 ¿QUÉ DEBE PREGUNTAR EL PEDIATRA DE ATENCION PRIMARIA?

El proceso diagnóstico de las cefaleas es análogo al de cualquier otra entidad clínica (Figura 1) (1, 10-12), aunque con una mayor relevancia de la anamnesis. Aunque la **anamnesis familiar** y **personal** son importantes, la **anamnesis de la cefalea** es, obviamente, la fundamental, y al mismo tiempo la más compleja, por la dificultad del

niño para interpretar y transmitir la información y por la subjetividad de los padres cuando informan de algo que no les ocurre a ellos.

Después de escuchar la información espontánea del niño y de los padres, se deben realizar preguntas dirigidas, concretamente 12 cuestiones (Figura 2) (10-12), con las que se analizan minuciosamente las características de las cefaleas.

**¿Tiene uno o varios tipos de cefaleas?** En el 10% de los casos se asocian la migraña y la cefalea de tensión.

**¿Desde cuando padece cefaleas? ¿Coincidió el comienzo con algo?** Los dolores de cabeza de más de 3 meses de evolución raramente van a estar producidos por una tumoración intracraneal, mientras que las cefaleas más recientes pueden alertarnos de dicha posibilidad. El comienzo de las mismas coincidiendo con problemas emocionales o afectivos, con estrés, etc, puede subrayar el origen tensional de las cefaleas.

**¿Con qué frecuencia tiene las cefaleas?** Mientras que las cefaleas tensionales y las condicionadas por hipertensión intracraneal son diarias, la migraña cursa con episodios paroxísticos recidivantes con periodicidad variable, desde uno al año a uno cada varios días.

**¿Tienen un ritmo horario las cefaleas?** La cefalea tensional es continua o se incrementa a lo largo del día, por lo que es más intensa por las tardes y noches. Las cefaleas orgánicas también pueden ser continuas, pero habitualmente son matutinas, al despertar y levantarse de la cama. La migraña ocurre a cualquier hora del día o de la noche, pudiendo despertar al niño durante el sueño nocturno.

**¿Hay factores desencadenantes o agravantes de las cefaleas?** Pueden identificarse ansiedad, estrés o depresión en las cefaleas tensionales, pero también en algunos niños con migrañas, que pueden ser inducidas por alguno de los múltiples factores que se refieren posteriormente. Cuando es la tos el factor condicionante o agravante, debe valorarse la posibilidad de migraña, pero también la de un proceso expansivo intracraneal como causa de la cefalea.

**¿Hay síntomas previos a las cefaleas?** En las migrañas con aura la cefalea va precedida de otros síntomas, generalmente de tipo visual, como visión borrosa, escotomas centelleantes, micropsias o macropsias.

**¿Dónde se localiza la cefalea?** La localización holocraneal y occipital es sugestiva de cefalea tensional, la migraña típica es hemicraneal (aunque, en los niños, sólo en la mitad de los casos) y la cefalea tumoral presenta una localización variable.

**¿Cuáles son las características del dolor de cabeza?** Es el dato más subjetivo de la anamnesis y el más difícil de interpretar en los niños, por sus limitaciones para expresar verbalmente sus sensaciones y molestias. Puede facilitarse esa descripción, sin sugestionarlos en exceso, ofreciéndoles diversas alternativas: “como un peso, como si le oprimieran o apretaran la cabeza, pulsátil como el corazón, descarga eléctrica, pinchazo, hormigueo”.

**¿Hay síntomas asociados al dolor de cabeza?** Cuando los hay, orientan mucho al origen de la misma. En la cefalea tensional existen simultáneamente otros síntomas de

ansiedad, como irritabilidad, trastornos del sueño, rechazo escolar o mareos. La migraña se suele acompañar de fonotobia, fotofobia, náuseas y vómitos. La sinusitis se acompaña de rinorrea purulenta. La cefalea orgánica puede inducir cambios en el comportamiento, tristeza y vómitos, que son típicamente matutinos, al levantarse de la cama, sumándose otros síntomas neurológicos a medida que transcurren las semanas.

**¿Las cefaleas interrumpen la actividad habitual?** Esto traduce de manera indirecta la intensidad de las mismas, de modo que se consideran de poca intensidad las que no modifican la actividad lúdica ni la vida social del niño.

**¿Cuánto tiempo dura la cefalea?** Es un dato muy valioso. Las cefaleas tensionales se prolongan durante días, semanas e incluso meses, mientras que las cefaleas migrañosas suelen durar unas horas o, como máximo, 1 ó 2 días. Las cefaleas orgánicas, que al principio son solo matutinas, después son permanentes.

**¿Hay circunstancias o fármacos que alivian las cefaleas?** Las cefaleas tensionales y las migrañas mejoran o desaparecen con el sueño. Los analgésicos mejoran las migrañas pero poco o nada las cefaleas tensionales y las cefaleas orgánicas.

Con toda esta información, el Pediatra de Atención Primaria debe intuir el tipo de cefalea que padece el paciente. Son **migrañas sin aura** cuando ha habido, como mínimo, 5 crisis de cefalea de 1 a 48 horas de duración con, al menos, 2 de las siguientes características: localización unilateral o bilateral, cualidad pulsátil, intensidad moderada o grave, empeoramiento con la actividad física rutinaria; y, durante la cefalea, al menos 1 de los siguientes signos: náusea o vómito, fotofobia o fonofobia (10, 11).

En las **migrañas con aura** tienen que darse, como mínimo, 2 episodios de cefalea con, al menos, 3 de las siguientes características: uno o más síntomas de aura reversible, habitualmente de tipo visual, que traduce disfunción focal cortical o bulbar; por lo menos un aura de desarrollo gradual, que dure más de 4 minutos, con 2 o más síntomas sucesivos; no habiendo auras que se prolonguen más de 60 minutos; y que la cefalea ocurra antes de 60 minutos, prolongándose después durante 1 a 48 horas (10, 11).

Comparando con adultos, en el niño con migrañas son más frecuentes (13) los antecedentes familiares; los factores desencadenantes son identificables con más frecuencia; las cefaleas tienen una preferencia vespertina; suelen localizarse en la región frontal media en lugar de ser hemicraneales; tienen menor intensidad y duración; y se suelen acompañar de signos vegetativos y vasomotores: náusea, vómitos, anorexia, dolor abdominal, diarrea, palidez, ojeras, frialdad acra, fotofobia, fonofobia.

Se orienta el diagnóstico hacia **cefaleas de tensión** cuando hay 10 o más episodios de cefalea (menos de 15 días al mes en la cefalea de tensión **episódica**; más de 15 días al mes en la cefalea de tensión **crónica**) que tienen una duración de 30 minutos a 7 días, con 2 al menos de las siguientes características: carácter opresivo, intensidad leve o moderada (cefalea limitante, pero no invalidante), dolor bilateral, que no se agrava con la actividad física; sin náuseas ni vómitos, aunque puede haber anorexia; sin fonofobia ni fotofobia, o únicamente una de ambas (10, 11). Se suelen identificar ansiedad o depresión como sustrato de estas cefaleas.

Las **cefaleas por hipertensión intracraneal** se producen en un niño que no padecía previamente cefaleas, o en el que cambian las características de las mismas. Son cefaleas matutinas o que despiertan por la noche, que empeoran al cambiar de postura y con maniobras de Vasalva. Hay vómitos matutinos, sin náuseas, en ayunas, tras los que mejora la cefalea. Se acompañan de cambio de carácter, tristeza, apatía, cansancio, adelgazamiento. Posteriormente se incorporan signos neurológicos: visión borrosa, diplopía, ataxia de manos o de tronco, estrabismo, inclinación de la cabeza a un lado, rigidez de nuca, paresia de un miembro, etc (10, 11).

Las **cefaleas de origen oftalmológico** son muy poco frecuentes, contrastando con ser la causa que suele invocarse siempre y en primer lugar. Las cefaleas están relacionadas con esfuerzos visuales prolongados, por lo que suelen ser vespertinas o nocturnas. Son cefaleas sordas, leves, opresivas, retrooculares o frontales, acompañadas de molestias oculares (visión borrosa, diplopía), que mejoran con el reposo visual o cerrando los ojos (14). Son producidas por defectos de refracción, estrabismo, dacriocistitis, orzuelo interno y, muy raramente, por neuritis óptica.

También es poco frecuente la **cefalea aguda por sinusitis**, que se acompaña de secreción nasal purulenta y se localiza sobre el seno, retroorbitaria o en vertex cuando afecta al seno frontal; sobre antro, frente o maxilar superior cuando afecta al seno maxilar; frontal, orbitaria, occipital o en vertex en el seno esfenoidal; y retroorbitaria o temporal en el seno etmoidal (14).

## **2 ¿QUE DEBE EXPLORAR EL PEDIATRA DE ATENCION PRIMARIA?**

La sospecha diagnóstica sugerida con la anamnesis debe apoyarse en el resultado normal o anormal de la exploración clínica, tanto general como, especialmente, de la exploración neurológica y del fondo de ojo (Figura 3). En relación con esta última, su principal objetivo es observar directamente el estado de las papilas ópticas, en concreto si están bien delimitadas o están borrosas-edematosas, es decir, si traducen un aumento de la presión intracraneal. Cuando la valoración del fondo de ojo resulta difícil, por falta de experiencia o de colaboración del niño, se pueden instilar unas gotas de tropicamida que, en pocos minutos, inducen una midriasis, que es reversible en poco tiempo. Advirtiéndolo de ello si se envía el niño a un Servicio de Urgencias.

## **3 ¿QUÉ PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DEBE SOLICITAR EL PEDIATRA DE ATENCION PRIMARIA?**

En casi todos los niños con cefaleas, con la anamnesis y la exploración clínica se puede concretar el diagnóstico etiológico de las mismas (1, 10, 11). De hecho, los estudios complementarios que se realizan en estos pacientes están motivados, generalmente, por inseguridad, ignorancia, complacencia o por medicina defensiva.

Cuando hay sospecha clínica de sinusitis está indicada la radiografía de senos, aunque debiendo observar mucha cautela en su interpretación, porque en muchos niños con sinusitis “radiológica” las cefaleas no se relacionan con ello. Si se sospecha un defecto de refracción o una cefalea de origen ocular, será oportuna la valoración por el Oftalmólogo. Debido a cefaleas, nunca debe solicitarse un EEG desde el Centro de Salud, puesto que la interpretación de posibles alteraciones del mismo conduce a

frecuentes errores diagnósticos. Por supuesto, desde el Centro de Salud no deben solicitarse estudios neurorradiológicos (scanner, resonancia magnética); si se piensa en ellos, debe derivarse al paciente a Neuropediatría, pero no es oportuno ni conveniente que el Pediatra sugiera a los padres que debe hacerse una TAC o una RM, porque puede haber discordancia con la decisión posterior del neuropediatra y originar así una situación de ansiedad o de rechazo.

Cuando no hay datos suficientes para establecer un diagnóstico concreto o cuando se duda del mismo, y no habiendo cefaleas con importante repercusión en la calidad de vida del niño, es muy útil que los padres cumplimenten durante las siguientes 4 a 8 semanas un Calendario de cefaleas (Figura 4), en las que se concretan la frecuencia, la intensidad y las características puntuales de las mismas, información que en muchas ocasiones va a contrastar con los datos facilitados en la toma inicial de la anamnesis, evidentemente más subjetiva, y que parece actuar como medida terapéutica, puesto que frecuentemente acuden con el Calendario casi vacío.

### **¿CUÁNDO Y COMO DEBEN SER TRATADOS LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON CEFALÉAS POR EL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA?**

En la mayor parte de casos, las cefaleas no repercuten sustancialmente en la calidad de vida del niño, por lo que deben darse solamente las siguientes recomendaciones:

Higiene del sueño, es decir, dormir cada noche un número adecuado de horas, de acuerdo con su edad cronológica.

Ingestión de cafeína en el desayuno, si no es rechazada por el niño.

Toma de analgésicos –paracetamol, ibuprofeno- cuando se produce la cefalea, en cuanto comienza la misma. Evidentemente, tras valorar los padres de si se trata de cefaleas reales o ficticias, para evitar la administración frecuente de analgésicos, lo que puede inducir también cefaleas.

La restricción de factores desencadenantes que no hayan sido identificados con fiabilidad en la anamnesis no tiene ningún sentido (1), además de que dicha actitud repercute negativamente en la calidad de vida social del niño. En consecuencia, no es oportuno dar un listado de cosas que el niño no debe hacer o de sustancias que no debe comer. Aunque se han referido como desencadenantes de crisis de migraña factores ambientales (luz potente y brillante, olores intensos, cambios climáticos), del régimen de vida (ayuno, emociones, ansiedad, alteraciones del sueño, estrés, ejercicio físico), dietéticos (chocolate, helados, queso curado, frutos secos, hamburguesas, salchichas, especias) y hormonales (menstruación, anovulatorios), la verdad es que en pocos niños y adolescentes puede asegurarse la relación de dichos factores con sus crisis de migraña. Y solo en esos casos serán desaconsejados.

En los niños que padecen más de 2 crisis de **migraña** al mes, y/o las crisis son de mucha intensidad y/o duración, o son rebeldes al tratamiento agudo, y/o repercuten en su calidad de vida, es conveniente instaurar tratamiento profiláctico crónico. La fisiopatología de las migrañas es muy compleja y, en consecuencia, las alternativas farmacológicas para su prevención son muy heterogéneas, pudiendo ser eficaces sustancias tan diferentes como antiserotónérgicos, moduladores noradrenérgicos, estabilizadores de las membranas celulares vía canales iónicos, o antiglutamérgicos

(15). Evidentemente, el pediatra de Atención Primaria que decide instaurar esta profilaxis, debe conocer perfectamente los fármacos que va a utilizar. Por ello, es conveniente que recurra a uno de los dos fármacos siguientes:

Propranolol (Sumial® comprimidos de 10 y de 40 mg). Dosis inicial de 1 mg/kg/día en 2 dosis, aumentando cada semana hasta 3 mg/kg/día en 2 dosis, es decir, de 10 a 40 mg en desayuno y la misma cantidad en la cena, dependiendo de la edad del paciente. Puede producir ligera hipotensión arterial -que se traduce en cansancio y mareo-, insomnio, pesadillas. La eficacia y la tolerabilidad del tratamiento deben ser valoradas a las 6 u 8 semanas y, tras mantener o ajustar la dosis, se prolonga el tratamiento durante 4 o 6 meses.

Flunarizina (Sibelium® comprimidos de 5 mg): dosis diaria de 5 a 10 mg, según edad y peso, en toma única en la cena, porque puede inducir sueño. También puede aumentar el apetito o producir estreñimiento, náuseas, o hipotensión arterial. Como en el caso anterior, valorar la evolución a las 6 u 8 semanas, y prolongar el tratamiento profiláctico durante 4 o 6 meses.

Otros fármacos -nicardipino, metisergida, pizotifeno, valproato, gabapentina, topiramato, lamotrigina- solo deben ser administrados por el neuropediatra, con mayor experiencia en su utilización en estas indicaciones.

En los niños cuyas **cefaleas de tensión** repercuten en su calidad de vida y/o en el medio familiar y/o en el ambiente escolar y social, es necesario identificar el factor o los factores condicionantes -problemas familiares, estrés escolar, hiperactividad con defecto de atención, etc- para modificarlos o anularlos. Cuando el Pediatra de Atención Primaria decide iniciar el tratamiento farmacológico, puede ofertar los siguientes:

En niños con ansiedad: clorazepato dipotásico (Tranxilium pediátrico® sobres de 2.5 mg, 1 a 3 sobres diarios, en función de la edad, de los efectos favorables y adversos, intentando identificar la dosis mínima eficaz, que se mantendrá durante 2 o 3 meses.

En niños con depresión: amitriptilina (Tryptizol® comprimidos de 10 y de 25 mg): 10 a 50 mg diarios, según la edad, ajustando siempre la dosis mínima eficaz y bien tolerada, que se mantendrá durante 2 o 3 meses.

En cualquiera de los supuestos clínicos, es fundamental que los familiares abandonen la Consulta convencidos de que el Pediatra ha estado acertado con el diagnóstico y con la actitud terapéutica propuesta. Caso contrario, van a incumplir con las medidas terapéuticas o van a solicitar otras opiniones.

## **5 ¿CUÁNDO Y DONDE DERIVAR AL NIÑO CON CEFALAS DESDE ATENCION PRIMARIA?**

Se debe derivar a **NEUROPEDIATRIA** a los niños con estas características:

Cefaleas con signos clínicos no característicos de cefaleas crónicas primarias (migraña, cefalea de tensión)

Cefaleas crónicas primarias -migraña, cefalea de tensión- cuyo tratamiento profiláctico no va a realizarse en Atención Primaria.

Persistencia de migrañas o de cefaleas de tensión a pesar del tratamiento profiláctico administrado en el Centro de Salud durante 2 o 3 meses.

Modificaciones no aclaradas de las características clínicas de las cefaleas.

Sospecha de cefalea secundaria (¡PREFERENTE!).

Se debe derivar a la **UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL** a los niños y adolescentes con estas características:

Cefaleas de tensión que no van a ser tratadas en Atención Primaria.

Cefaleas de tensión persistentes a pesar del tratamiento farmacológico durante 2 o 3 meses.

Se debe derivar a un **SERVICIO HOSPITALARIO DE URGENCIAS** a los niños o adolescentes con estas características:

Cefalea aguda intensa de etiología no aclarada.

Sospecha clínica de cefalea secundaria (tumor, hemorragia intracraneal, meningitis, etc).

Signos neurológicos focales, signos de irritación meníngea, afectación de la conciencia.

Persistencia de cefalea aguda a pesar de la administración de tratamiento adecuado.

## **CONCLUSIÓN**

Habiéndose resuelto las cinco cuestiones planteadas, el Pediatra de Atención Primaria debería eliminar definitivamente los mitos y miedos en torno a los niños con cefalea, tomando una actitud decidida, en base a que:

Los niños con cefaleas no son difíciles de diagnosticar, puesto que el 95% suelen ser cefaleas migrañosas o cefaleas de tensión.

Los niños con cefaleas no ocupan mucho tiempo de consulta, puesto que suele resolverse en 15 minutos.

En los Centros de Salud hay medios suficientes para valorar a los niños con cefaleas, puesto que la anamnesis detallada y la exploración clínica suelen ser suficientes para efectuar la orientación diagnóstica acertada y para instaurar el tratamiento adecuado.

## **BIBLIOGRAFIA**

Herranz JL. Cefaleas en la infancia. Bol S Vasco-Nav Pediatr 1997; 30: 22-29.

Garaizar C, Sousa T, Lambarri I, Martín MA, Prats JM. Los datos clínicos de la demanda asistencial en la consulta neuropediátrica. Ren Neurol 1997; 25: 187-193.

Bille B. Migraine in school children. Acta Paediatr Scand 1962; 51 (Suppl. 136): 3-151.

Deubner DC. An epidemiologic study of migraine and headache in 10-20 year olds. Headache 1977; 17: 173-180.

Saraceni G, Armani S, Bottazzo S, Gesmundo S. Prevalence of migraine in 901 venetian school children between 6 and 13 years. En: Lanzi G, Balotin U and Cernibori T (Eds). Headache in children and adolescents. Elsevier, Amsterdam, 1989: 185-188.

Manzoni GC, Granella F, Malferrari G et al. An epidemiological study of headache in children aged between 6 and 13. En: Lanzi G, Balotin U and Cernibori T (Eds). Headache in children and adolescents. Elsevier, Amsterdam, 1989: 189-193.

Mortimer MJ, Kay J, Jaron A. Epidemiology of headache and childhood migraine in an urban general practice using Ad Hoc Vahlquist and IHS criteria. Dev Med Child Neurol 1992; 34: 1095-1101.

Artigas J, Grau R, Canosa P et al. Prevalence and characteristics of infantile headache in a selected area. Cephalalgia 1997; 17: 293.

Palencia R, Sinovas MI. Prevalencia de migraña en una muestra de población escolar. Rev Neurol 1997; 25: 1879-1882.

Herranz JL, Argumosa A. Cefaleas. Bol Pediatr 2000; 40: 100-108.

Herranz JL. Cefaleas. Bol Pediatr 2000; 40: 199-209.

Pascual J. Aproximación al paciente con cefalea y su diagnóstico. JANO 1998; 55: 34-42.

Rufo M, Rodriguez Collado C, Poyatos JL, Fernández López M, Bueno MG, García Soria E, Peña D, Nieto M. Forma de presentación de las cefaleas en la infancia. Rev Neurol 1996; 24: 268-272.

Hernández S, Mulas F, Pitarch I, Téllez M. Cefaleas sintomáticas. En: Artigas J, Garaizar C, Mulas F, Rufo M (editores). Cefaleas en la infancia y en la adolescencia. Madrid, Ergon, 2002: 147-160

Wasiewski WW. Preventive therapy in pediatric migraine. J Child Neurol 2001; 16: 71-78.

ANAMNESIS FAMILIAR
<p><b>Antecedentes familiares de cefaleas y sus características</b></p> <p><b>De síncope</b></p> <p>De problemas psicológicos o psiquiátricos</p>
ANAMNESIS PERSONAL

**Embarazo, parto, período neonatal**

Desarrollo psicomotor

Evolución de conducta motora, lenguaje, coordinación, relación social

Adaptación y rendimiento escolar

Rasgos caracteriales

Antecedentes clínicos: traumatismos, infecciones, anorexia, síncope, abdominalgias

Figura 1: Anamnesis familiar y anamnesis en el niño y adolescente con cefaleas.

**ANAMNESIS DE LAS CEFALEAS**

¿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?

Figura 2: Anamnesis pormenorizada de las características de las cefaleas.

<b>EXPLORACION DEL NIÑO CON CEFALEAS</b>
<b>EXPLORACION GENERAL</b>
Talla, peso, perímetro cefálico Inspección y auscultación craneal Auscultación cardíaca y respiratoria Palpación abdominal Percusión de senos Inspección de oídos Signos vegetativos: dermografismo, sudoración, palidez
<b>2. EXPLORACION NEUROLOGICA</b>
Nervios craneales, agudeza visual Tono muscular, motilidad, coordinación Reflejos tendíneos Signos meníngeos Babinski, Romberg, ataxia, nistagmo
<b>3. EXAMEN DEL FONDO DE OJO</b>

Figura 3: Exploración del niño y adolescente con cefaleas.

CALENDARIO DE DOLORES DE CABEZA	Fecha:	Fecha:	Fecha:
Intensidad del dolor (1) leve (2) moderado (3) grave			
Más fuerte en un lado			
Como si me dieran golpes			
Como si me apretaran la cabeza			
Me impide la actividad habitual			
Aumenta con los esfuerzos físicos			
Con náuseas			
Con vómitos			
Me molesta la luz			
Me molestan los ruidos			

Dura aproximadamente (horas)			
No voy a clase por el dolor de cabeza			
Antes del dolor de cabeza he tenido sensaciones en la vista			
He tenido mareos			
Respuesta a los analgésicos: (1) eficaz (2) regular (3) ineficaz			

Figura 4: Calendario de cefaleas.