

INTERVENCIÓN E INDICACIÓN FARMACÉUTICA EN DOLOR DE CABEZA

El dolor de cabeza es una dolencia muy común y, aunque suele ser benigno, si se produce con frecuencia o es intenso, produce sufrimiento y conlleva a una incapacidad para desarrollar las actividades habituales. Se trata de una dolencia que causa un elevado número de bajas laborales y disminución del rendimiento en el trabajo. Es importante distinguir los diferentes tipos de dolor de cabeza diferenciando claramente la migraña de las Cefaleas.

VALORACIÓN DEL PACIENTE CON MIGRAÑA Y CEFALEA

Ante un paciente con dolor de cabeza se deben dilucidar aspectos como la frecuencia de las crisis, la localización, irradiación, duración e intensidad del dolor, así como las primeras manifestaciones y síntomas asociados (estado emocional, cambios en hábitos y/o en horas de sueño, enfermedades y traumatismos). También hay que descartar cualquier medicación que pueda ser la causante de su dolor de cabeza.

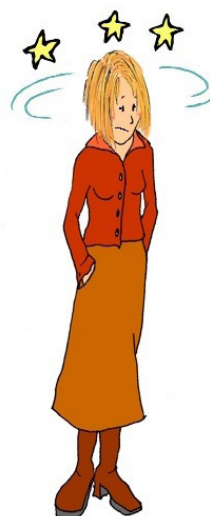
Entre los medicamentos que pueden inducir dolor de cabeza encontramos: nitratos (nitroglicerina, dinitrato de isosorbida...), antagonistas de los canales de calcio o hidralazina, pueden ocasionar cefalea al comienzo del tratamiento, pero desaparece con el uso continuado. También los anticonceptivos, la indometacina, los suplementos de vitamina A o los inhibidores de la bomba de protones se han asociado a la cefalea. Por otro lado, se ha descrito dolor de cabeza asociado a crisis hipertensivas inducidas por inhibidores de la mono-amina oxidasa tomados en combinación con agonistas simpáticos como efedrina, antidepresivos tricíclicos o comidas que contienen tiramina.

Cefalea crónica diaria (Cefalea por abuso de analgésicos): Cualquier tipo de dolor de cabeza (migraña, cefa-

lea de tensión) puede empeorar o volverse crónico por el abuso de fármacos para la migraña y/o cefalea: AINE, derivados del ergot, opiodes y triptanes. Este problema se establece en los casos en los que el paciente toma 4 veces o más a la semana analgésicos simples o dos veces a la semana, si se trata de opiodes o ergóticos. El mecanismo por el que se produce la cefalea por abuso de analgésicos se cree que está relacionado con la transmisión serotoninérgica.

CRITERIOS GENERALES DE DERIVACIÓN

Los "Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores" publicados por la Fundación Abbott con la colaboración de SEFAC, SEMFYC y el grupo de investigación de Atención Farmacéutica de la universidad de Granada establecen unos criterios consensuados de derivación según los síntomas referidos por el paciente con dolor de cabeza.



Síntomas	Posible(s) problema(s) de salud	Actuación
Fiebre, dolor corporal, síntomas catarrales, náuseas, vómitos o diarrea	Catarro común, gripe, gastroenteritis viral	TRATAMIENTO POR EL FARMACÉUTICO
Dolor de cabeza severo, rigidez de nuca y vómitos o visión borrosa	Meningitis, hemorragia subaracnoidea	URGENCIAS HOSPITALARIAS
Dolor tras un golpe reciente en la cabeza	Hematoma cerebral o conmoción cerebral	URGENCIAS HOSPITALARIAS
Perdida de fuerza, sensibilidad o movilidad en brazos, piernas o cara en paciente con hipertensión	Ictus trombótico o hemorrágico	URGENCIAS HOSPITALARIAS
Pesadez alrededor de los ojos con congestión y mucosidad nasal espesa y purulenta desde hace días	Sinusitis	MÉDICO DE FAMILIA
Dolor de cabeza que aparece después de leer, ver TV o trabajar con pantallas de ordenador	Problemas de refracción oculares	MÉDICO DE FAMILIA
Dolor que recuerda a un casco que le oprime toda la cabeza y se extiende hasta el cuello, o dolor que aparece después de trabajar durante horas o conducir un coche. Dolor que se relaciona con momentos de ansiedad y que después mejora espontáneamente	Cefalea de Tensión	TRATAMIENTO POR EL FARMACÉUTICO Si se repite frecuentemente DERIVAR AL MÉDICO DE FAMILIA
Dolor intenso, afecta a un lado de la cara, a menudo asociado a náusea o vómitos. Dolor recurrente, antes del dolor el paciente ha presentado luces brillantes o manchas oscuras. Dolor que coincide con la menstruación o una situación estresante	Migraña con o sin aura	TRATAMIENTO POR EL FARMACÉUTICO Si no existe diagnóstico previo, le ocurre frecuentemente, usa medicación inapropiada o requiere triptanes (precisan receta médica) DERIVAR AL MÉDICO DE FAMILIA
Otras características no reconocibles	Muchas opciones	MÉDICO DE FAMILIA

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO Y MEDIDAS PREVENTIVAS

Conocer los factores desencadenantes para intentar disminuir el número de crisis es básico para alcanzar el mayor éxito del tratamiento ya que, aunque el hecho de que estos factores a veces sea imposible evitarlos, el paciente debe conseguir una regularidad en sus hábitos, más que seguir estrictamente una serie de prohibiciones y actividades. Así, un paciente con ataques de cefalea debe seguir un patrón de sueño y un horario de comida normalizado, practicar ejercicio físico de forma regular y evitar al máximo el estrés así como una excesiva relajación.

Aunque no hay una buena evidencia científica de que la dieta pueda mejorar la migraña, excepto en el hecho de la suspensión de la cafeína, se recomienda evitar una serie de alimentos como:

- Chocolate
- Ahumados
- Frutos secos
- Quesos muy curados
- Alimentos ricos en grasas

- Comidas orientales
- Aquellas comidas ricas en glutamato o muy condimentadas.

Una vez instaurada la crisis existen unas recomendaciones que pueden ayudar a su resolución como:

- Reposo en un ambiente tranquilo y libre de ruidos
- Evitar olores fuertes
- Descansar a oscuras o con iluminación tenue.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA MIGRAÑA

Los tratamientos disponibles actualmente para tratar la migraña son de dos tipos: El sintomático, cuando aparece el dolor de cabeza, y el preventivo que se indica en aquellos casos de migraña complicados, o cuando el número de crisis es frecuente (3 crisis mensuales). Por estas y otras razones es importante que el paciente rellene un impreso como el que aquí le presentamos, que llamamos “calendario de cefaleas”, y que se lo lleve en cada visita a su médico para que así puedan decidir el tratamiento más conveniente en su caso.

Calendario de Cefaleas				
Fecha	Hora inicio	Síntomas	Medicamentos	Hora terminación

Para el tratamiento sintomático de los episodios de migraña se puede recurrir a los siguientes fármacos:

1. Analgésicos simples o calmantes (ácido acetilsalicílico o paracetamol): Son poco efectivos y no es aconsejable recurrir a ellos, ya que pueden provocar complicaciones como la cefalea crónica diaria (CCD) que consiste en un dolor de cabeza de presencia diaria o casi diaria.
2. Antiinflamatorios (tipo diclofenaco o naproxeno): Se usan en las crisis poco intensas. Presentan el problema de los efectos indeseables, sobre todo a nivel gastrointestinal.
3. Ergóticos: Se utilizan frecuentemente asociados a analgésicos simples. Se debe advertir al paciente que consulten con su médico en caso de aparición de entumecimiento, hormigueos, frialdad, debilidad o calambres musculares persistentes en miembros inferiores. Pueden inducir CCD.
4. Triptanes: Son los fármacos específicos para tratar la migraña y constituyen la primera opción en la mayoría de los episodios de migraña con dolor intenso.

El tratamiento sintomático a seguir dependerá de la intensidad, duración y frecuencia de cada episodio y debe ser individualizado y estratificado. Los ataques leves se tratarán con analgésicos o AINEs, mientras que los graves e incapacitantes suelen responder mejor a fármacos específicamente antimigrañosos. Escogiendo siempre uno u otro según las experiencias previas del paciente. Hay pacientes que responden bien a los AINEs incluso en ataques moderados o graves.

Los **triptanes** suelen reservarse para aquellos ataques moderados o graves. En principio todos los triptanes son igual de eficaces, aunque hay publicaciones que describen diferencias en el tipo de respuesta:

- Mejor respuesta inmediata (antes de 2 horas) con 10 mg de rizatriptan y 80 mg de eletriptan.
- Mayor respuesta inmediata (ausencia de dolor antes de 2 horas) con 10 mg de rizatriptan, 12,5 mg de almotriptan y 80 mg de eletriptan.
- Menor tasa de recurrencia (en 2 a 24 horas) con 40 – 80 mg de eletriptan.
- Mejor respuesta en ausencia mantenida de dolor con 10 mg de rizatriptan, 12,5 mg de almotriptan y 80 mg de eletriptan.

No obstante, la respuesta depende de cada individuo e incluso si un triptan no ha sido efectivo en un paciente deberá probar otro ya que podría ser efectivo.

Se escogerá la vía de administración más adecuada. Para aquellos pacientes con náuseas les será más útil la administración subcutánea (sumatriptan) o intranasal (sumatriptan, zolmitriptan). Algunos de los triptanes se presentan en comprimidos dispersables, haciendo su administración más cómoda (no necesitan ningún líquido para ser administrados) y su acción es más rápida.

Los **derivados ergóticos** no suelen pautarse en primera elección, sólo se emplean en aquellos pacientes en los que ya han demostrado su eficacia o en ataques de larga duración por poseer un efecto más prolongado. Tienen un elevado riesgo de desarrollar tolerancia, cefalea crónica diaria y también cefalea de rebote. Están contraindicados en enfermedades cardio y cerebrovasculares, así como en niños, embarazo, hipertiroidismo, fallo hepático, fallo renal, hipertensión arterial grave y sepsis.

El paciente con migraña debe ser monitorizado regularmente para re-evaluar el éxito del tratamiento. Ha de tenerse en cuenta que la migraña no es un desorden estático, por lo que debe ser seguido de forma dinámica e interactiva.

Una norma a seguir para evitar un abuso de estos fármacos (analgésicos, ergóticos y triptanes) y el desarrollo de la CCD es:

- No administrar más de 2 dosis de triptanes por ataque o 12 dosis al mes.
- No administrar más de 4 mg de ergotamina por ataque o 20 mg al mes.
- Y no administrar más de 1000 mg de un analgésico simple por ataque más de 2 días a la semana.

En cuanto a la profilaxis de migraña se pueden utilizar fármacos como los betabloqueantes, bloqueantes de los canales del calcio, antidepresivos tricíclicos, IECAs y ARA II, antiserotoninérgicos, AINEs, antiepilépticos,...

El tratamiento profiláctico se inicia a dosis bajas y se va aumentando según las necesidades hasta alcanzar la dosis óptima. Se requiere administrar durante un tiempo (unos tres meses) para observar si es efectivo.

SEGUIMIENTO, VIGILANCIA Y ACOMPAÑAMIENTO AL PACIENTE

La Farmacia es, muchas veces, el único contacto del paciente migrañoso con el sistema sanitario. Este hecho supone una carga adicional de responsabilidad para el Farmacéutico y, por lo tanto, es especialmente importante que las causas de derivación al médico estén claramente establecidas. Si se trata de un paciente cuya migraña no ha sido diagnosticada y, por lo tanto, no tratada, derivaremos al paciente a su médico cuando refiera:

- 4 o más ataques mensuales.
- No responde a los tratamientos sintomáticos o sufre algún efecto secundario.
- Refiere aura que resulta incapacitante.
- Dolor pulsátil y localizado en un lado.

Si se trata de pacientes diagnosticados que siguen un tratamiento derivaremos al paciente al médico en los siguientes casos:

- Pacientes con migraña que han presentado modificaciones no aclaradas en las características de la cefalea.
- Sospecha de cefalea secundaria intracraneal asociada.
- Persistencia de la migraña a pesar de un tratamiento sintomático y profiláctico adecuado.
- Aparición de signos o síntomas neurológicos en la exploración.
- Migrañas transformadas de difícil manejo terapéutico.
- Subtipos de migraña excepto migraña sin aura y migraña con aura típica.
- A petición del paciente.

INICIO DE TRATAMIENTO

En pacientes que inician tratamiento los objetivos son:

- Que el paciente conozca cómo, cuánto y hasta cuando tiene que usar cada uno de los medicamentos, tanto si es para un tratamiento sintomático como preventivo.
- Instruir al paciente si se trata de una especialidad farmacéutica compleja EFC.
- Prevenir duplicidades, interacciones, contraindicaciones.
- Advertir de aquellos efectos adversos que sean relevantes y como actuar si se producen.
- En tratamientos preventivos advertir de que el efecto puede no aparecer hasta pasados dos meses para evitar abandonos del tratamiento.

CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO

Se comprobará el uso adecuado, la efectividad y la seguridad del tratamiento:

- Aumento de dosis por cantidad o intervalo entre dosis.
- Valoración del paciente: Reducción del número y duración de los ataques en tratamientos preventivos y disminución del dolor y el tiempo hasta su desaparición

en los tratamientos sintomáticos.

- ¿cómo le sienta este medicamento? ¿Ha tenido efectos adversos? si los hubo ¿qué hizo?
- Es importante recordar al paciente que el consumo excesivo de analgésicos y ergotámicos produce efecto rebote y que es necesario el lavado de esta medicación para iniciar otras medidas terapéuticas.
- También se deben recordar los factores desencadenantes de migraña:
 - Hormonales. Menstruación, postparto,...
 - Estrés y post-estrés.
 - Ejercicio físico desmesurado.
 - Sueño: Alteraciones en el ritmo.
 - Ayuno.
 - Clima.
 - Yatrogenia: anticonceptivos, vasodilatadores, THS,...
 - Dietéticos:
 - » Tiramina (quesos, vinos, ahumados).
 - » Feniletilamina (chocolate, vino...).
 - » Histamina (marisco, cítricos, huevos).
 - » Nitritos (bacon, embutidos, marisco).
 - » Glutamato monosódico (cefalea del restaurante chino).
 - » Cafeína, alcohol, tabaco...
 - Estímulos sensoriales: luces, ruidos, olores...
 - Otros: Cambios barométricos, exposición al sol, cansancio, fatiga...

AUTOMEDICACIÓN

Es importante prestar una especial atención a aquellos pacientes que solicitan habitualmente analgésicos para el dolor de cabeza, bien sea solicitando un analgésico por su nombre o con el "qué me da para", con el fin de detectar pacientes que se automedican e identificar Problemas Relacionados con los Medicamentos (la cefalea puede ser debida al uso de medicamentos) y prevenir el mal uso y abuso de estos.

Estos pacientes deben ser derivados al médico con un informe farmacoterapéutico en el que se hará constar los medicamentos que utiliza, a que dosis y durante cuanto tiempo.

CEFALEAS PRIMARIAS

Los diferentes tipos de cefaleas primarias incluyen la cefalea tensional o dolor de cabeza común, la cefalea acumulada o en racimos (cluster headache) y la cefalea crónica diaria CCD, aunque también se pueden considerar las cefaleas postraumáticas, las provocadas por el ejercicio, la tos y los dolores punzantes de cabeza, una vez descartadas posibles lesiones orgánicas.

CEFALEA TENSIONAL

Es el tipo de dolor de cabeza más común y se describe como una opresión a ambos lados de la cabeza y, a veces, en la nuca y el cuello. El comienzo del dolor es, generalmente, lento y gradual, y suele ser de intensidad ligera o mediana (más leve que la migraña, aunque puede confundirse con ésta). Los criterios diagnósticos de la cefalea tensional son opuestos a los de la migraña y en ella se presentan como mínimo dos de las siguientes características:

- Bilateral.
- No pulsátil.
- Intensidad leve o moderada.
- No se agrava por el movimiento.
- No suele haber, o muy levemente, náuseas, fotofobia ni fonofobia.

La ansiedad y el estrés agravan el dolor y suele acompañarse de rigidez en los músculos cervicales.

Las cefaleas tensionales suelen responder a los analgésicos menores. El tratamiento farmacológico debe apoyarse con una correcta pauta de sueño y con relajación. A veces suele ser necesaria la administración de benzodiazepinas. El tratamiento profiláctico de las cefaleas tensionales se realiza con amitriptilina o fluoxetina, junto con apoyo psicoterapéutico y técnicas de autorrelajación.

CEFALEA ACUMULADA O EN RACIMOS

La cefalea en racimos o acumulada (cluster headache) resulta extremadamente intensa, debilitante, no pulsátil y tiende a repetirse en la misma zona de la cabeza o de la cara en cada ocasión. La latitud ocupa un papel importante en la prevalencia de cefalea en racimos, siendo más común en zonas alejadas del ecuador. Se sospecha que la influencia de estas regiones es la mayor variación de la duración del día.

Los ataques duran entre media hora y dos horas, y se acompañan de disfunción autónoma unilateral. Se cree que son causadas por un aumento de la presión arterial. El alcohol y la nitroglicerina precipitan este tipo de cefaleas. El dolor recidiva prácticamente todos los días a la misma hora.

Su diagnóstico y tratamiento deben ser prescritos por el médico y, además, aunque está clasificada como cefalea primaria un pequeño porcentaje puede ser la expresión de un problema subyacente. Para el tratamiento de los brotes agudos el médico puede prescribir el uso de triptanos, antiinflamatorios esteroideos, inhalación de oxígeno o inyecciones de dihidroergotamina.

CEFALEA CRÓNICA DIARIA

Se clasifican dentro de este grupo aquellas cefaleas que se presentan más de 15 días al mes, se excluyen a las que tienen una duración del episodio de menos de 4 horas. Con frecuencia se asocian al consumo de analgésicos o ergóticos (70%) y a sintomatología psiquiátrica de tipo ansioso-depresivo.

Todo paciente que padezca cefaleas frecuentes debe ser interrogado sobre el consumo que hace de analgésicos y cafeína. El número de dosis consumidas es importante, el uso diario aunque de pequeñas dosis tiene mayor riesgo que el empleo de altas dosis un día a la semana. Los pacientes que emplean fármacos antimigrañosos o analgésicos más de 1 ó 2 veces por semana deberían suspender radicalmente este consumo, así como el de cafeína. Tras unas pocas semanas con síntomas de abstinencia, empieza a disminuir la gravedad y frecuencia de las cefaleas y vuelve a aparecer la cefalea original, lo que permite un diagnóstico y tratamiento correctos.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

El dolor de cabeza es motivo de consulta frecuente en la farmacia comunitaria y, por ello, es necesario tener presentes que situaciones o síntomas nos pueden hacer pensar en un problema subyacente que deberá ser abordado por el médico, así que vamos a repasar en que casos será esto necesario:

- Si la cefalea se presenta como un síntoma nuevo en un paciente mayor de 60 años.
- Dolor agudo en la parte posterior de la cabeza, ya que puede tratarse de un cuadro de Meningitis.
- Antecedentes de traumatismo craneal reciente (menos de 15 días).
- Cefalea de inicio brusco.
- Cefalea de intensidad progresiva, ya que es improbable en cefaleas primarias. Posible lesión cerebral.
- Cefalea que empeora con el sueño, los cambios posturales, el esfuerzo físico, la tos o la actividad sexual. Hipertensión craneal.
- Cefalea unida a disfunciones neurológicas como disfgia, hemiparesia, alteraciones de la visión o la conciencia,...
- Cefalea con fiebre que no responde a ningún otro problema de salud.
- Cefaleas recurrentes de 15 días al mes o más durante un periodo de 3 meses. Cefalea por abuso de medicamentos.
- Clínica de cefalea en racimos.
- Migraña de intensidad moderada o grave o primer episodio de migraña con aura, o migraña de más de 72 horas.
- Falta de respuesta al tratamiento.

INTERVENCIONES EN DOLOR DE CABEZA

La intervención más importante que debe hacer el farmacéutico es ayudar a diferenciar los tipos de cefalea, recomendar y aconsejar sobre los posibles desencadenantes y estar ALERTA en el consumo de analgésicos por el paciente, consumo de >15 días de analgésicos, combinaciones de Triptanes+ Analgésicos, Codeína u otros > 10 Días, por todo ello esta ficha tiene un formato diferente.

TIPOS DE DOLOR DE CABEZA	SÍNTOMAS DIFERENCIALES	FACTORES DESENCADENANTES	CONSEJOS Y RECOMENDACIONES	COMO ACTUAR
CEFALEA PRIMARIA OCASIONAL	Ocasional, dolor leve sin más síntomas.	Estrés, fatiga, exceso de ruido, insomnio.		ANALGÉSICOS O AINE. Lo antes posible. No más de 10 días seguidos en adultos.
CEFALEA TENSIONAL	Bilateral, Contractura muscular, dolor en la nuca y frente, dolor opresivo, puede irradiar a cuello y hombros. Fluctúa en intensidad y persiste de forma continua, aumenta a lo largo del día y es máximo por la noche. Puede durar semanas. No se agrava con el ejercicio. Alivian los masajes de hombros, cuello y cabeza. Aprender a gestionar el estrés y conocer técnicas de relajación son ayudas importantes.	Hormonal en mujeres: menstruación y embarazo. Estreñimiento. Ejercicio físico exigente. Espacios entre comidas muy amplios, con disminución de la glucemia. Depresión.	Detectar factores desencadenantes y aconsejar evitarlos. Alimentación, sin los componentes descritos, equilibrada y variada. Hidratación adecuada. Si hay estrés y ansiedad, aconsejar terapias de relajación, meditación, yoga...	Paracetamol en embarazo y lactancia. No se recomienda mezclar analgésicos. El dolor de cabeza en niños debe ser evaluado por el Médico. También en C.
CEFALEA VASCULAR Más frecuente en jóvenes	MIGRAÑA Dolor pulsátil, de intensidad variable, afecta a uno o ambos lados de la cabeza, asociado a náuseas, foto y sonofobia. Duración > 15 días al mes y > 3 meses INTERFIERE CON LA ACTIVIDAD DIARIA . Antecedentes familiares. Mejora con el sueño y relajación. Con aura: signos premonitores, centelleos luminosos, otros síntomas neurológicos. EN RACIMOS Dolor muy intenso, unilateral, zona ocular y frontal, se puede irradiar a la zona mandibular y laterocervical. Dolor de aparición brusca y corta duración (15-180 minutos). Aparece varias veces al día y es más prevalente en hombres.	Medicamentos que utiliza el paciente y pueden provocar cefalea: ¡OJO! Polimedicados. Humo, luces brillantes, olores fuertes, altitud, consumo de Tabaco y/o Alcohol. Alimentos con: Aspartamo, ahumados, glutamatos, feniletilamina (chocolate). Tiramina: queso curado, vino tinto. Nitritos. Cefalea por abuso de analgésicos: ALERTA FARMACÉUTICA	Durante LAS CRISIS, en cualquier tipo de cefalea es recomendable el reposo, ambiente tranquilo, sin ruido, olores, iluminación tenue. El frío local no muy intenso es un alivio para el dolor.	C. VASCULAR DERIVAR AL MÉDICO: Cefalea de inicio brusco. Dolor asociado a un traumatismo craneal, somnolencia. Cefalea de nueva aparición. Cefalea asociada a pérdida de memoria, visión borrosa, fiebre... Dolor con rigidez de cuello. Presencia de aura El dolor empeora con un cambio de postura o con el sueño. Paciente realiza correctamente el tratamiento sin mejoría.
CEFALEA SECUNDARIA	Aparición en >50 años, INICIO BRUSCO, INTENSO. Síntomas mandibulares. Historia de sinusitis. Dolor muy intenso, continuo y progresivo en intensidad. Cambio en las características del dolor en un paciente con Cefalea.			

PRINCIPIOS ACTIVOS EN DOLOR DE CABEZA: COMÚN. CEFALEA TENSIONAL, CEFALEA

TIPOS DE DOLOR DE CABEZA	GR. Tpeutico.	P.A.	POSOLOGIA	PRECAUCIONES	CONTRAINDICACIONES
CEFALEA PRIMARIA OCASIONAL	Analgésicos	Paracetamol, Ibuprofeno, AAS: Descritos en Ficha Gripe y resfriado, son de elección según paciente y comorbilidades. No más de 15 días/mes.			
CEFALEA TENSIONAL: Si no responde solo a analgésicos ni al control de F. desencadenantes, se asocian otros PA como antieméticos que disminuyen el tiempo de absorción del analgésico. ANTIDEPRESIVOS, MIORELAJANTES	ANTIEMÉTICOS	METOCLOPRAMIDA	10mg/día, D. Máxima 30mg/Día y no > 5 Días.	Insuficiencia Renal y/o Hepática. Efectos extrapiramidales, se pueden producir desde la primera dosis. ¡OJO! si el paciente utiliza otros medicamentos de acción en el SNC, en > 65 años. Vigilar efectos cardíacos, bradicardia... Metahemoglobinemia . ¡ojo! polimedicados puede modificar la absorción de otros medicamentos	Hipersensibilidad a Metoclopramida. Hemorragia gastrointestinal. Discinesia tardía inducida por neurolepticos o metoclopramida. Epilepsia (aumento de la frecuencia e intensidad de las crisis). Enfermedad de Parkinson. No utilizar en el último trimestre del embarazo, se excreta por la leche, no utilizar en periodo de lactancia.
		DOMPERIDONA	10MG/hasta 3 veces al día. D. Máxima 30mg/Día. NO EN < 12 AÑOS.	Se ha asociado con una prolongación del intervalo QT en electrocardiograma. Aumento del riesgo de arritmias. Insuficiencia renal y/o hepática. ¡OJO! polimedicados Embarazo y lactancia solo en ausencia de otras alternativas	Hipersensibilidad a Domperidona. Hemorragia Gastrointestinal. Pacientes con patología cardíaca.

CEFALEA TENSIONAL	ANTIDEPRESIVOS	TRICÍCLICOS : IMIPRAMINA	Adultos: 25-300mg/d. La dosis siempre la mínima eficaz. La dosis media efectiva esta entre 25-75mg/d. >65 años inicio con 10mg, hasta 30-50mg/d. No interrumpir el tto. de forma brusca.	Aparición de pensamientos suicidas, vigilar conducta en pacientes con depresión. Evitar el ALCOHOL. Pacientes con patología cardíaca. ¡OJO! en asociaciones con ISRS, Litio Pacientes Epilépticos, se disminuye el umbral de las convulsiones. Pacientes con Glaucoma. Pacientes tratados con H. tiroideas.	Hipersensibilidad a Imipramina. No asociar a IMAO, esperar 14 días si se están tomando.
		ISRS: FLUOXETINA	Menor dosis efectiva, Adultos: 20mg/d. D. Máxima 60mg/d. Si se suspende el tto. se mantiene en el organismo durante semanas. >65 años, no se deben superar los 40mg/d.	Precaución en pacientes epilépticos. En insuficiencia hepática y/o renal. En patologías cardíacas, no hay suficiente experiencia. Alteraciones en el control glucémico. Glaucoma. Acatisia o inquietud motora. ¡OJO! polimedicados Mucha precaución en el embarazo y lactancia.	Hipersensibilidad a fluoxetina. No combinar con IMAO, existen diferencias entre los IMAO selectivos y los reversibles, en cualquier caso se debe extremar la precaución.
		ISRS: PAROXETINA	Menor dosis efectiva. Iniciar con 10mg por la mañana. D. Máxima 60mg/d. Reducción de dosis siempre gradual. >65 años, no se deben superar los 40mg/d.	Insuficiencia renal/hepática. Idem Fluoxetina. ¡OJO! Polimedicados ¡OJO! pacientes con hiponatremia	Hipersensibilidad Paroxetina. Idem Fluoxetina.
	MIORELAJANTES	DIAZEPAN	Dosis mínima eficaz siempre. Dosis presonalizadas según paciente, no > 3 meses sin reevaluar al paciente.	Tolerancia y dependencia, depende de la dosis y duración del tratamiento. No retirar el tratamiento de forma brusca. Precaución extrema en pacientes con adicciones. No asociar a Alcohol ¡OJO! Polimedicados	Hipersensibilidad a BZD. Miastenia Gravis, apnea del sueño, Insuficiencia respiratoria, hipercapnia, Glaucoma. No utilizar en embarazo y lactancia.

MIGRAÑA, que no responde a Analgésicos solos. Son de 1ª elección en crisis de migraña: TRIPTANES	Triptanes: Sumatriptan Zolmitriptan Rizatriptan Naratriptan	Múltiples vías de administración: oral, nasal, subcutánea...	Según PA y vía de administración Máximo 10 días/mes.	Solo si hay un diagnóstico de Migraña. No son preventivos de crisis de migraña, no utilizar nunca asociados a Ergotamina o metisergida. Asociado a ISRS o IRSN, posible Síndrome Serotoninérgico. No hay información suficiente en embarazo, se excreta en la leche materna. ¡OJO! Polimedicados	NO Asociado a Ergotaminicos en las últimas 24h. Cardiopatías, HTA no controlada, Tratamientos con IMAO o Litio.
	ERGOTAMINICOS	ERGOTAMINA	Vo: 4MG/d. D. Máxima 6mg/d.	Por sus propiedades vasoconstrictoras puede provocar isquemia miocárdica ALERTAR sobre síntomas de vasoespasmo: hipoestesia, parestesias (p.ej. entumecimiento, hormigueo) en los dedos de manos y pies, cefaleas y síntomas de isquemia miocárdica (p.ej. dolor precordial). ¡OJO! > 65 años. ¡OJO! cefaleas de rebote por uso inadecuado	Cardiopatía isquémica, hipertensión mal controlada, estado de sepsis, shock. Insuficiencia hepática o renal severa. Arteritis temporal. En embarazo o lactancia. Con antibióticos macrólidos.
MIGRAÑA CRÓNICA: Combinaciones de varios PA, Preventivos, antieméticos	OTROS ANALGÉSICOS	NAPROXENO	825 al primer síntoma y 275mg 1/2 h. después. En > 65 años < su aclaramiento renal, ajustar dosis.	¡OJO! Polimedicados: anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, corticoides... Pacientes con HTA, cardiopatía, arteriopatía periférica. En insuficiencia renal y/o hepática o cualquier alteración en su funcionamiento. Lesiones cutáneas graves.	Hipersensibilidad al naproxeno. Antecedentes de hemorragia gastrointestinal. En pacientes con insuficiencia cardíaca grave. Asociado a otros AINE. Embarazo y lactancia.
		DEKETOPROFENO	25-50MG/d. D. Máxima 75mg/d. En > 65 años < su aclaramiento renal, ajustar dosis.	Insuficiencia renal y/o Hepática reajustar dosis a la mínima eficaz. No asociar a otros AINE o COX-2. ¡OJO! Polimedicados. Los pacientes de edad avanzada sufren más episodios gastrointestinales Idem Naproxeno y otros AINE.	Hipersensibilidad Dextketoprofeno. Reacciones de fotosensibilidad o fototoxicidad con Ketoprofeno, aumenta el riesgo. Idem Naproxeno y resto AINE. Embarazo y Lactancia.
MIGRAÑA TRATAMIENTOS PREVENTIVOS: Objetivo reducir la frecuencia <50% y severidad de la crisis. Reducir el uso de medicamentos durante la crisis y mejorar la calidad de vida	BETABLOQUEANTES, solo los puros son eficaces	PROPRANOLOL ATENOLOL METOPROLOL	La dosis en prevención de migraña depende de cada PA. 100-200mg/d.	Insuficiencia renal y/o hepática. Pueden aumentar la debilidad muscular en pacientes miasténicos. No deben asociarse a Antagonistas del calcio. En pacientes con Betabloqueantes, un shock anafiláctico puede ser más grave. Deportistas: Positivo en pr. de Dopaje.	En antecedentes de asma bronquial o broncoespasmo. Insuficiencia cardíaca no controlada, tendencia a hipoglucemia puede enmascarar los síntomas. Embarazo y lactancia.
	ANTAGONISTAS DEL CALCIO:	FLUNERAZINA	10MG/cena. >65 años 5mg/cena. Ajustar la dosis según la eficacia, no > 6 meses.	Puede aumentar los síntomas extrapiramidales y depresivos, y desarrollar parkinsonismo, especialmente en pacientes de edad avanzada. Alerta: Aumento de la fatiga, control continuo de la eficacia. Aumento de la sedación con Alcohol, hipnóticos...No existe información suficiente en embarazo y lactancia. Puede aumentar el peso y el apetito. ¡OJO! Polimedicados	Hipersensibilidad a Flunerazina. En pacientes con antecedentes de depresión o trastorno depresivo. En Parkinson y pacientes con síntomas extrapiramidales.
	ANTIÉPILEPTICO	TOPIRAMATO	A la dosis se llega empezando por 25mg y > 25mg cada semana hasta la dosis mínima eficaz. 100mg/d en 2 tomas. individualizar la dosis.	Insuficiencia Renal se debe empezar con la 1/2 de dosis y ampliar el tiempo para ir aumentando la dosis. I. Hepática precaución y control. Muy importante mantener una buena hidratación: < el riesgo de nefrolitiasis. Glaucoma, exacerbación de síntomas. Acidosis metabólica. Control de la pérdida de peso. Insomnio, depresión. ¡OJO! Polimedicados	Hipersensibilidad al Topiramato. Mujeres en edad fértil que no utilicen medios anticonceptivos.

Por la complejidad del tratamiento de la Migraña he considerado útil, aunque no son medicamentos de Indicación Farmacéutica, desarrollar esta ficha con los PA más usados y sus posibles combinaciones. En estos pacientes, el conocimiento de la complejidad de los tratamientos nos puede ayudar a acompañar en esta patología tan invalidante para muchos. En precauciones he incluido algunas Reacciones adversas que me han parecido de especial relevancia para esa ALERTA farmacéutica y posible derivación al Médico prescriptor (cima.aemps.es).

Bibliografía:

1. Tratamiento de la migraña y cefaleas. The Pharmaceutical Letter 2004; 6 (18): 137-142.
2. Migrañas. Medicina Clínica 2015; doi:10.1016/j.medcli.2015.07.003.
3. Migraña: epidemiología, etiopatogenia y tratamiento. Farmacia Profesional 2008; 22(2):38-39.
4. Cefalea en racimos. Alternativas terapéuticas. Medicina Clínica 2020; 154 (3): 75-79. DOI: 10.1016/j.medcli.2019.03.023
5. Trial of Galcanezumab in Prevention of Episodic Cluster Headache. N Engl J Med 2019; 381: 132-141
6. Cluster headache. British Medical Journal 2012; 344: e2407
7. Antidepresivos tricíclicos para la migraña y algunos tipos de cefalea. BMJ 2010; 341: C5250
8. Guía clínica para síntomas menores neurológicos. The Pharmaceutical Letter 2009; 11 (6): 49-56.
9. Cefaleas de tensión: síntomas, tratamientos. British Medical Journal 2009; 341: c5222.
10. Cefaleas: signos de alerta. Schweizerisches Medizin-Forum/Forum Méd. Suisse 2012; 12 (4): 72-77. La revue Prescrire 2011; 31 (334): 617-619. http://www.dicaf.es/dicafdigest_card.php?id=4771

FORMACIÓN DICAF / CURSOS ONLINE:

Conciliación y revisión de la medicación con SPD (2ª Edición).

Acreditado con 4,6 créditos - 44 horas.



Edita: **DICAF, SL**
C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA

ISSN: 1575-3611 -- NIF: B61640439
Depósito legal: GI-557/1999

Comité de redacción de The Pharmaceutical Letter: <http://www.dicaf.es/comite.php>
Información y suscripciones:
DICAF, SL - C/Rabassa, 41 - 08024 BARCELONA
Tel. 932.113.093 - e-mail: dicaf@dicaf.es - WEB: <http://www.dicaf.es>