

CEFALEAS

El dolor de cabeza es una dolencia muy común en la población general. Suele ser benigno pero si se produce con frecuencia o el dolor 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.

En un estudio sobre la prevalencia de la cefalea en una población general se determinó que es de un 42%, siendo más elevada en personas jóvenes y de mediana edad con predominio en mujeres.

Es importante distinguir los diferentes tipos de dolor de cabeza diferenciando claramente las Cefaleas de la migraña.

Cefaleas

Tipos de cefaleas primarias:

- Cefalea tensional o dolor de cabeza común.
- Cefalea acumulada o en racimos (cluster headache).
- Cefalea crónica diaria.

Entre las cefaleas primarias también se consideran las cefaleas postraumáticas, las provocadas por el ejercicio, los tics 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 aunque puede ser difícil de diferenciar una cefalea tensional de una migraña, y también puede ser que el paciente padezca ambos tipos de cefaleas. Suele empeorar a medida que transcurre el día. El comienzo del dolor es, generalmente, lento y gradual, y suele ser de intensidad ligera o mediana (más leve que la migraña). 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.

Cefalea acumulada o en racimos.

La cefalea en racimos o acumulada (cluster headache) resulta extremadamente intensa, debilitante, no pulsátil y que tiende a repetirse en la misma zona de la cabeza o de la cara en cada ocasión.

La cefalea en racimo es más común en la población masculina, con una proporción de 4:1 a 7:1. Su mayor prevalencia se sitúa entre los 20 y 50 años. La diferencia entre ambos sexos está disminuyendo progresivamente con el tiempo, pero aún no está claro si es por aumento de la prevalencia en mujeres o por un mejor diagnóstico de la patología en forma global. La latitud ocupa también un papel importante en la prevalencia de cefalea por racimo, 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.

Este tipo de cefaleas producen un dolor torturante, con distribución unilateral y localización orbitaria y periorbitaria o temporal. 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.

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.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y RESULTADOS ESPERADOS.

Los objetivos terapéuticos dependerán del tipo de cefalea que presente el paciente, ya que cada una de ellas deberá abordarse de diferente modo.

Cefaleas Tensionales: 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 benzodiacepinas. El tratamiento profiláctico de las cefaleas tensionales se realiza con amitriptilina o fluoxetina, junto con apoyo psicoterapéutico y técnicas de autorrelajación.

Cefalea en ráfagas: 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: 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 antiemigráficos 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.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO Y MEDIDAS PREVENTIVAS

En cuanto al tratamiento no farmacológico de las cefaleas podremos proponer una serie de medidas que pueden contribuir a minimizar la aparición de brotes y combatirlos cuando estos se presenten.

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 todos, 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.

El objetivo es tratar los síntomas del dolor de cabeza de inmediato y prevenir dolores de cabeza evitando o cambiando los factores desencadenantes. Un paso clave para hacerlo consiste en aprender a manejar las cefaleas tensionales:

- Llevando el diario del dolor de cabeza antes presentado para ayudar a identificar los factores desencadenantes de éste para poder realizar cambios en el estilo de vida del paciente para reducir el número de dolores de cabeza que presente.
- Aprendiendo qué hacer para aliviar un dolor de cabeza cuando éste empiece.
- Aprendiendo cómo tomar los medicamentos para el dolor de cabeza de la forma correcta.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El tratamiento sintomático a seguir dependerá de la intensidad, duración y frecuencia de los mismos de cada episodio y debe ser individualizado y estratificado.

Cefaleas Tensionales

Los medicamentos que pueden aliviar una cefalea tensional abarcan:

- Analgésicos menores, como ácido acetilsalicílico, ibuprofeno o paracetamol.
- Analgésicos narcóticos.
- Miorelajantes tipo Diazepam.

Es importante recordarle al paciente que el uso excesivo de analgésicos durante casi todas las semanas puede provocar cefaleas de rebote (dolores de cabeza que siguen reapareciendo).

En caso necesario puede instaurarse un tratamiento profiláctico para ayudar a prevenir o disminuir el número de dolores de cabeza. Estos medicamentos son:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), como paroxetina o citalopram.
- Antidepresivos tricíclicos como amitriptilina, nortriptilina o doxepina Pregúntele al médico por el entrenamiento en relajación y manejo del estrés, biorretroalimentación, terapia conductual cognitiva o acupuntura que pueden ayudar a aliviar los dolores de cabeza crónicos.

Cefaleas en racimos

El tratamiento para las cefaleas en racimos implica:

- Medicamentos para tratar el dolor cuando se presente.
- Medicamentos para prevenir los dolores de cabeza.
- Tratamiento de las cefaleas en racimos cuando éstas se presentan:
- Triptanos, como sumatriptán.
- Medicamentos antiinflamatorios (esteroides) como prednisona, que se inicia con una dosis alta, y luego se disminuye lentamente durante 2 a 3 semanas.
- Inhalar oxígeno al 100% (puro).
- Inyecciones de dihidroergotamina (DHE), el cual puede detener los ataques de las cefaleas en brotes en cuestión de 5 minutos (Advertencia: este fármaco puede ser peligroso si se toma con sumatriptán).

Se puede necesitar más de uno de estos tratamientos para controlar los síntomas del dolor de cabeza. Pueden ser necesarios cambios en la medicación para conocer la opción a la que mejor responde y mejor tolera cada paciente.

Los analgésicos normalmente no alivian el dolor de las cefaleas en racimos y, en general, tardan mucho tiempo en hacer efecto.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

El dolor de cabeza en la farmacia comunitaria es motivo de consulta frecuente y por ello, dado que el farmacéutico es, probablemente el que primero recibirá la consulta por parte del paciente, 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. Suele ser improbable que una cefalea primaria se manifieste de forma progresiva, pero puede responder a una 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 disfagia, 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.

SEGUIMIENTO, VIGILANCIA Y ACOMPAÑAMIENTO AL PACIENTE

En el seguimiento farmacoterapéutico, si se trata de un dolor de cabeza secundario o primario en el que el médico ha pautado unos tratamientos, el seguimiento se concretará en el control de la adherencia a la medicación prescrita, su eficacia y su seguridad ofreciendo también las recomendaciones pertinentes en cada caso.

Ante una consulta por dolor de cabeza, una vez descartados los criterios de derivación al médico, se instaurará el tratamiento farmacológico más adecuado a la situación clínica de cada paciente y se le proporcionará la información necesaria para el uso de dicha medicación y las medidas pertinentes para prevenir nuevos brotes remarcando los siguientes puntos:

- La medicación indicada no es curativa, pero sirve para aliviar la sintomatología y debe usarse según la pauta indicada. Recordar los riesgos de automedicación no responsable. Cefaleas de rebote, cronicidad.
- Evitar o aprender a manejar los factores desencadenantes. Es importante identificarlos con el paciente para poder buscar soluciones y realizar el seguimiento de éstas.
- Regularizar los hábitos de vida en la medida de lo posible (horarios de comida y descanso).
- Realizar ejercicio físico moderado y practicar técnicas de relajación como las señaladas anteriormente.
- Evitar en la medida de lo posible el consumo de tabaco y alcohol.

Posibles factores desencadenantes de la cefalea tensional

- Psicológicos: ansiedad, estrés, insomnio...
- Contracturas musculares
- Problemas dentales
- Hormonales (fase menstrual y premenstrual)

Tratamiento farmacológico aconsejado/desaconsejado según la situación clínica del paciente.

Situación	Medicación aconsejada	Medicación desaconsejada
Adulto sano	AAS, Ibuprofeno	
Niños	Paracetamol	AAS, Naproxeno
Ancianos	Paracetamol	AINE
Embarazo	Paracetamol	AAS, AINE 3º Trimestre
Lactancia	Paracetamol, Ibuprofeno	
Úlcera péptica	Paracetamol	AINE
Asma	Paracetamol	AINE en gral., AAS
Alteraciones coagulación	Paracetamol	AINE en gral., AAS
Diabetes	Paracetamol	AINE en gral., AAS
Gota		AAS
Enfermos renales	Remitir al médico	
Enfermos hepáticos	Remitir al médico	Paracetamol
Insuficiencia cardíaca/HTA	Paracetamol	AINE/ Efervescentes
Menorragia	Paracetamol	AINE en gral., AAS

Una vez indicado el tratamiento, es importante realizar revisiones periódicas de seguimiento revisando con el paciente su diario de cefaleas para controlar la frecuencia, intensidad, duración, repercusiones a nivel del desempeño de las tareas de la vida diaria y medicación utilizada para poder evaluar la eficacia del tratamiento indicado y la evolución del problema de salud del paciente.

La pauta de administración del analgésico debe ser de inicio inmediato cuando aparecen los primeros síntomas de un episodio de cefalea, utilizando dosis eficaces desde el principio, evitando combinaciones de analgésicos. Es importante recomendar al paciente que, en caso necesario y si es posible, se acomode en un lugar lejos de estímulos sensoriales auditivos, olfativos o visuales.

Automedicación.

En el abordaje del dolor de cabeza es muy importante hacer incapié desde la Oficina de farmacia en el control de la automedicación, ya que tanto en las cefaleas como en las migrañas, puede producirse una automedicación no responsable que puede evolucionar a la cefalea por abuso de medicación (CAM), de carácter crónico y muy difícil control.

Abordaje terapéutico de la cefalea por abuso de medicación (CAM).

El tratamiento de elección para la CAM requiere la retirada abrupta de los medicamentos que la originaron. Durante

esta fase de suspensión de los fármacos sobreutilizados (ó desintoxicación), suelen presentarse síntomas con una duración de 2 a 10 días, entre los que se incluyen cefalea por abstinencia, náuseas, vómitos, hipotensión arterial, taquicardia, problemas de insomnio, agitación y ansiedad. Esta fase es mucho más corta en pacientes que han abusado solamente de triptanos. Las crisis o alucinaciones son raramente observadas, aún en personas con abuso de medicamentos antimigrañosos que contienen barbitúricos.

Los tratamientos recomendados para la fase aguda de desintoxicación varían considerablemente, según el tipo de estudio. Incluyen desde fluidos de reemplazo, analgésicos, tranquilizantes, neurolépticos, amitriptilina, valproato, dihidroergotamina intravenosa, hasta oxígeno y estimulación eléctrica. Posteriormente, o durante la fase de retirada, los pacientes continúan el proceso con medicamentos profilácticos, elegidos entre las sustancias que han probado ser efectivas en el tratamiento de la migraña (valproato de sodio, topiramato, betabloqueantes).

La mayoría de los pacientes mejoran como resultado del proceso de desintoxicación, aunque el porcentaje de recaída es de un 45%. Por ello, el enfoque de cuidados adoptado durante el período de seguimiento es de vital importancia. Desde la Oficina de farmacia es posible llevar a cabo un control del proceso de retirada y establecer un vínculo con el paciente que pueda ayudar a reducir ese porcentaje de recaídas.

Migraña

Las migrañas consisten en dolores de cabeza recurrentes y periódicos que se presentan en forma de crisis o ataques, y que de manera característica afectan únicamente a un lado de la cabeza. La frecuencia de los episodios es variable (entre 1 al año y varios por semana), siendo lo más frecuente entre una crisis cada 2 meses y una por semana.

La migraña tiene un fuerte componente hereditario aunque por el momento no se ha identificado un único gen que explique de forma coherente y conjunta la patogenia de la migraña.

En las crisis de migraña se pueden encontrar 3 fases bien diferenciadas: pródromos (en aproximadamente un tercio de los pacientes), con sintomatología inespecífica entre la que se encuentra decaimiento o hiperactividad, ataques de hambre o falta de apetito, irritabilidad, sensación de euforia e hipersensibilidad a factores sensoriales como la luz o el ruido; aura (también en cerca de un tercio de los pacientes), en la que de forma transitoria pueden ocurrir alteraciones visuales como destellos ante los ojos, alteraciones del habla y del lenguaje, y en los peores casos una hemiparálisis que se prolonga durante el tiempo que dura la migraña; y cefalea y síntomas asociados, que con una duración de entre 4 y 72 horas supone una presencia progresiva en un solo lado de la cabeza, pero que puede ir cambiando durante una misma crisis, de un dolor penetrante, punzante, latente, espasmódico o pulsátil, que puede ir acompañado de náuseas, vómitos y fobia a la iluminación intensa y a los ruidos. Pero la forma más habitual de la migraña es la denominada 'migraña sin aura', en la que el paciente presenta únicamente la fase de cefalea (y síntomas asociados). El dolor es puramente hemicraneal solo en el 50% de los casos, pero en la mayoría de los pacientes con dolor bilateral, la norma suele ser que el dolor se asiente fundamentalmente en la región anterior de uno de los hemicráneos. Se considera migraña crónica cuando un paciente con historia de migraña presenta 15 o más días al mes de cefalea, de los que al menos 8 días se presenta con características de migraña. Si las crisis superan las 72h pasan a denominarse 'estado de mal migrañoso', el cual requiere tratamiento hospitalario específico.

Hasta una tercera parte de los pacientes migrañosos puede padecer migrañas con aura (migraña clásica) mientras que el resto padece migraña sin aura (migraña común), aunque algunos individuos pueden sufrir ambos tipos de ataques durante su vida.

El aura incluye, prácticamente siempre síntomas visuales (99% de los pacientes), junto con síntomas sensoriales (31%) o afásicos (18%) y más raramente síntomas motores (6%). Los síntomas del aura suelen preceder la cefalea y duran desde 5 a 60 minutos. En algunos casos puede aparecer aura sin cefalea posterior.

Algunos de los posibles factores desencadenantes de migraña son: estrés, factores dietéticos, alteraciones en el ritmo del sueño y esfuerzo físico. Los ataques de migraña pueden ser muy variados en cuanto a su frecuencia, duración, sintomatología e impacto, tanto entre pacientes como entre diferentes episodios en un mismo paciente. Según "US Headache Consortium", un panel multidisciplinar de expertos que ha desarrollado unas guías de práctica clínica para el tratamiento de la migraña, hay 6 aspectos principales a tener en cuenta en el tratamiento de un ataque de migraña.

1. Los síntomas deben aliviarse de forma rápida y permanente, sin que aparezca una cefalea de rebote.
2. El paciente ha de ser capaz de reincorporarse a sus actividades habituales.
3. La necesidad de medicación de rescate ha de ser mínima.
4. Se debe educar a los pacientes sobre la enfermedad. Los pacientes han de ser capaces de reconocer los síntomas y saber tratarlos de forma correcta.
5. El tratamiento debe ser coste efectivo.
6. Se debe minimizar o evitar los efectos adversos.

Los ataques de migraña son de una frecuencia, duración y sintomatología muy variable, tanto entre diferentes individuos como en diferentes ataques en un mismo individuo. Es muy importante la educación del paciente para que sea capaz de reconocer la gravedad de cada ataque individual y así poder tratarlo con la medicación adecuada.

Los pacientes deben disponer también de medicación de rescate por si el tratamiento inicial falla. Se considera que un tratamiento no es efectivo si a las dos horas de su administración no ha desaparecido ni mejorado la cefalea. Es importante no interpretar como una falta de eficacia del tratamiento la recurrencia de la cefalea, es decir si tras una buena respuesta inicial (desaparición o mejora del dolor a las dos horas de administrado el tratamiento) reaparece la cefalea.

La elección del fármaco adecuado para tratar el ataque debe tener en cuenta las experiencias previas que han te-

nido los pacientes con los fármacos (asegurando que se han usado adecuadamente en cuanto a dosis y forma de administración), instaurando la mínima dosis efectiva al inicio para poder aumentarla si fuera necesario y administrando una segunda dosis si aparece una recurrencia después de una respuesta inicial efectiva. Si la cefalea no desaparece ni mejora en dos horas se deberá administrar otro tipo de fármaco.

Una vez conocida la dosis máxima tolerada y efectiva se tomará en una única dosis en posteriores ataques. La eficacia del tratamiento también está muy relacionada con la precocidad con la que se administre el analgésico. Por ello es muy importante que el paciente reconozca bien los síntomas de su dolencia.

Durante los ataques de migraña la absorción oral de fármacos se ve disminuida, incluso en pacientes que no presentan náuseas y ésta puede mejorarse administrando metoclopramida o domperidona antes de los analgésicos.

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 todos, 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.

El tratamiento preventivo cuando es necesario se hace, en general, con alguno de los fármacos de los dos grupos siguientes:

- Betabloqueantes (tipo Propanolol).
- Bloqueadores de los canales del calcio (tipo flunarizina).
- Fármacos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina-aldosterona (lisinopril y candesartán).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los tratamientos disponibles actualmente para tratar la migraña son igual que en las otras cefaleas, sintomático y preventivo.

El tratamiento sintomático a seguir dependerá de la intensidad, duración y frecuencia de los mismos 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** son los fármacos más efectivos en el tratamiento agudo de la migraña, suelen reservarse para aquellos ataques moderados o graves. En principio todos los triptanes son igual de eficaces, aunque ya 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.

La respuesta exitosa no es predecible, depende de cada individuo. 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 presen-

tan en comprimidos dispersables, haciendo su administración más cómoda (no necesitan de ningún líquido para ser administrados) y su acción es más rápida.

Los **derivados ergóticos** no suelen pautarse de 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.

Un hecho común es que la migraña se transforme en una cefalea crónica diaria (CCD) tras varios años de tratamiento. La CCD con frecuencia es causada por un abuso de la medicación sintomática empleada (analgésicos, ergóticos y triptanes).

Una norma a seguir para evitar un abuso de estos fármacos 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.

Fármacos no específicos empleados en ataques agudos de migraña.

- Paracetamol: 1000 mg vo y vr
- Aspirina: 900 – 1000 mg vo
- Ketorolaco: 30 mg vo; 30 – 60 mg vp
- Naproxeno: 500 – 1000 mg vo y vr
- Ibuprofeno: 600 – 1200 mg vo y vr
- Diclofenaco sódico: 50 – 100 mg vo; 100 mg vr; 75 mg im

Fármacos específicamente antimigrañosos.

Triptanes:

- Sumatriptan:
 - 50-100 mg vo (máximo 300 mg/24 h)
 - 6 mg sc (máximo 12 mg/24 h)
 - 20 mg intranasal (máximo 40 mg/24 h)
- Rizatriptan:
 - 5 – 10 mg vo (máximo 20 mg/24 h)
- Zolmitriptan:
 - 2,5 – 5 mg vo (máximo 10 mg/24 h)
 - 5 mg intranasal (máximo 10 mg/24 h)
- Naratriptan:
 - 2,5 mg vo (máximo 5 mg/24 h)
- Almotriptan:
 - 12,5 mg vo (máximo 25 mg/24 h)
- Eletriptan:
 - 20 – 40 mg vo (máximo 80 mg/24 h)
- Frovatriptan:
 - 2,5 – 5 mg vo (máximo 7,5 mg/24 h)

Derivados ergóticos

- Tartrato de ergotamina:
 - 1 – 2 mg vo y vr
- Dihidroergotamina:
 - 0,5 – 1 mg vo

Vo = vía oral; vr = vía rectal; vp= vía parenteral; im = vía intramuscular; sc= vía subcutánea.

Cuando el paciente sufre 4 o más ataques mensuales, no responde a los tratamientos sintomáticos o le produzcan efectos secundarios, el aura resulte incapacitante o el no tolere psicológicamente los ataques, se recomienda seguir un tratamiento profiláctico. El objetivo de dicho tratamiento es el de reducir la frecuencia de las crisis en al menos un 50%. En la siguiente tabla se recogen los posibles tratamientos preventivos.

Fármacos empleados en la profilaxis de migraña.

Betabloqueantes

- Propranolol: 40 – 160 mg en 2 – 3 tomas al día.
- Atenolol: 50 – 200 mg en una toma diaria.
- Nadolol: 20 – 120 mg en una toma diaria.
- Metoprolol: 100 – 200 mg en 2 tomas al día.
- Timolol: 10 – 60 mg en 2 tomas al día.

Bloqueantes de los canales del calcio

- Flunarizina: 2,5 mg/día al acostarse.
- Nicardipino: 40 – 60 mg en 1 – 3 tomas al día.
- Verapamilo: 80 – 240 mg en 1 – 3 tomas al día.

Antidepresivos tricíclicos

- Amitriptilina: 10 – 50 mg antes de acostarse (inicio gradual)

Fármacos que actúan sobre el sistema renina-angiotensina-aldosterona

- Lisinopril: 20 mg/día.
- Candesartán: 16 mg/día.

Antiserotoninérgicos

- Metisergida: 2 – 6 mg/día (niños 0,25 mg/Kg de peso/día)
- Ciproheptadina: 8 – 16 mg/día.
- Pizotifeno: 0,5 – 1,5 mg/día.

Antiinflamatorios no esteroideos

- Naproxeno: 500 – 1000 mg/día.
- AAS: 375 – 1300 mg/día.

Antiepilépticos

- Ácido valproico: dosis graduales desde 250 – 750 mg/12 horas

Otros

- Riboflavina: 400 mg/día

*Las dosis descritas se refieren a administración por vía oral.

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. Se ha demostrado que en pacientes refractarios, por lo general con migraña crónica, puede ser útil la combinación a base de un betabloqueante o candesartán junto con topiramato. Si tampoco así se consigue resultado, o si el uso de antiepilépticos está contraindicado, otra opción son las infiltraciones trimestrales pericraneales de toxina botulínica tipo A, que ha demostrado ser útil en la reducción de las recurrencias, pero más aún de la intensidad de las crisis.

También debe monitorizarse el tratamiento profiláctico, por la tendencia al incumplimiento terapéutico por parte de los pacientes y por los posibles efectos adversos que puedan aparecer.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Cefaleas: signos de alerta. La revue Prescrire 2011; 31 (334): 617-619
2. López I, Rodríguez MP, Sánchez de Enciso M. Migraña. Guías Clínicas 2003; 3(43). En www.fisterra.com.
3. Migraña. s.Medicina Clínica 2015; doi:10.1016/j.medcli.2015.07.003
4. Matchar DB. Acute management of migraine. Highlights of the US Headache Consortium. Neurology 2003; 60 (Suppl 2): S21-S23.
5. Dowson AJ, Sender J, Lipscombe S et al. Establishing principles for migraine management in primary care. Int J Clin Pract 2003; 57(6):493-507.
6. Morillo L. Migraine headache. Clin Evid 2006;15: 1–3. Disponible en: http://www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/nud/1208/1208_l1.jsp.
7. International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition (ICHD-II)—revision of criteria for 8.2 Medication-overuse headache. Cephalalgia. 2005; 25: 460–465.

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>