



PROCESO DE ACTUACIÓN ANTE UN PACIENTE CON CEFALEA

**Validado por la Comisión Regional de Farmacia y Terapéutica
Consejería de Salud - Región de Murcia
30 de junio de 2017**



ÍNDICE

INTEGRANTES DEL GRUPO DE TRABAJO DE CEFALEAS	3
I. ABREVIATURAS	4
II. INTRODUCCIÓN	5
III. CLASIFICACIÓN CEFALEAS ICHD-III	6
IV. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO	7
1. ANAMNESIS	7
2. EXPLORACIÓN FÍSICA	7
3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	9
4. CRITERIOS DE DERIVACION	12
V. EPIDEMIOLOGÍA, CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO	17
1. MIGRAÑA	17
2. MIGRAÑA CRÓNICA	23
3. CEFALEA TENSIONAL	28
4. CEFALEA EN RACIMOS	31
5. NEURALGIA DEL TRIGÉMINO	37
6. CEFALEA POR ABUSO ANALGÉSICOS	40
VI. REVISIONES	44
VII. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y REGISTRO	44
VIII. INDICADORES	44
IX. ANEXOS	45
X. BIBLIOGRAFÍA	49



INTEGRANTES DEL GRUPO DE TRABAJO DE CEFALEAS MIEMBROS SERVICIO DE NEUROLOGÍA:

- **D. Joaquín Gabriel Bautista Prados.** Médico especialista en Neurología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)
- **D. José Bernardo Escribano Soriano.** Médico especialista en Neurología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)
- **D. Francisco Antonio Martínez García.** Médico especialista en Neurología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia)
- **Dña. Cristina Naranjo Fernández.** Médico especialista en Neurología. Hospital Comarcal del Noroeste.
- **D. José López Sánchez.** Médico especialista en Neurología. Hospital General Universitario Los Arcos.

FACULTATIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

- **D. Juan de Dios González Caballero.** (SMUMFYC) Médico de Familia. Centro de Salud de Librilla.
- **Dña. Inés María Luna Calcaño.** Médico de Familia Centro de Salud de Lorca.
- **Dña. Pilar Ripoll Muñoz.** (SEMERGEN Murcia) Médico de Familia Centro de Salud de Aljucer.
- **D. Armando Santo González** (SEMERGEN Murcia) Médico de Familia Centro de Salud de Sangonera la Verde.
- **D. Javier Ángel Rodríguez Calvillo.** (SMUMFYC) Médico de Familia Centro de Salud de Aljucer.

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN SOCIOSANITARIA, FARMACIA E INVESTIGACIÓN:

- **Dña. M^a José Hernández Martínez.** Farmacéutica. DG de Planificación Sociosanitaria, farmacia e Investigación. Consejería de Salud.
- **D. Casimiro Jiménez Guillén.** Subdirector General de Farmacia e Investigación. DG de Planificación Sociosanitaria, farmacia e Investigación. Consejería de Salud.
- **Dña. Isabel Lorente Salinas.** Jefe del Servicio de Ordenación y atención Farmacéutica. Servicio de Ordenación y atención Farmacéutica. DG de Planificación Sociosanitaria, farmacia e Investigación. Consejería de Salud.
- **Dña. Lourdes Fernández López.** Médico. DG de Planificación Sociosanitaria, farmacia e Investigación. Consejería de Salud.



I. ABREVIATURAS

ACHO Anticonceptivos hormonales

AP Atención primaria

CAM: Cefaleas por abuso de medicación

CS Centros de Salud

CT Cefalea tensional

ECG Electrocardiograma

HCUVA Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

ICHD-III Clasificación Internacional de las Cefaleas

IM Intramuscular

MC Migraña crónica

NRL Neurología

OMI-AP Oficina Médica Informatizada

SAHOS Apnea obstructiva del sueño

SC Subcutánea

SEMG Sociedad española de Médicos Generales y de Familia

SEMERGEN Sociedad española de Médicos de Atención Primaria

SMUMFYC Sociedad Murciana de medicina familiar y comunitaria

Tto Tratamiento

II. INTRODUCCIÓN

La cefalea es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria (AP) y la más frecuente en las consultas de Neurología. Se calcula que la prevalencia mundial de cefalea en adultos es de un 47%. Un 1,7 a un 4% de la población adulta en el mundo, sufre de cefalea con una duración de 15 días o más al mes. A pesar de las variaciones regionales, las cefaleas son un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, razas, niveles de ingresos económicos y zonas geográficas.

Su diagnóstico es fundamentalmente clínico: Tiene una alta relevancia la anamnesis y exploración física desde AP.

La cefalea puede ser, episódica o puede cronificarse. El 74% de la población padecerá cefalea alguna vez en su vida (69% hombres y 79% mujeres). Las cefaleas más frecuentes en AP son las CEFALEAS PRIMARIAS, ascendiendo a un 90%: migraña, cefalea tensional, cefalea en racimos, etc., y el 10% son cefaleas secundarias.

La cefalea es con frecuencia una patología discapacitante, por lo que presenta un coste económico elevado, tanto en horas de consulta como en gasto sanitario, debido al consumo de medicamentos, a la realización de pruebas complementarias, a las visitas a urgencias e incluso por los días de hospitalización. A todo ello hay que añadir el altísimo coste indirecto que representan las horas de trabajo perdidas por bajas laborales debidas a cefaleas. Por otro lado, hay que recordar la pérdida en calidad de vida que sufren muchos enfermos, fundamentalmente los que padecen migrañas, que en muchas ocasiones impiden al paciente desarrollar una vida social y de ocio satisfactoria.

Aunque esta enfermedad no constituye, en la mayoría de los casos, una amenaza para la vida, sus síntomas pueden afectar negativamente a la calidad de vida de los pacientes que la padecen.

En el ámbito de la gestión sanitaria, este documento surge con la finalidad de implantar, en la Región de Murcia, un proceso de actuación ante un paciente con cefalea que garantice la calidad y la coordinación de la asistencia sanitaria en toda la Región.



III. CLASIFICACIÓN DE LAS CEFALEAS

(Basada en la III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas)

- 1) Migraña
- 2) Cefalea tensional
- 3) Cefaleas trigémino-autonómicas
- 4) Otras cefaleas primarias
 - 4.1 Cefalea tusígena primaria
 - 4.2 Cefalea primaria por esfuerzo físico
 - 4.3 Cefalea primaria asociada con la actividad sexual
 - 4.4 Cefalea en trueno primaria
 - 4.5 Cefalea por crio estímulo
 - 4.6 Cefalea por presión externa
 - 4.7 Cefalea punzante primaria
 - 4.8 Cefalea numular
 - 4.9 Cefalea hipóptica
 - 4.10 Cefalea diaria persistente de novo

Cefalea atribuida a:

- 5) Traumatismo craneal y/o cervical
- 6) Trastorno vascular craneal y/o cervical
- 7) Trastorno intracraneal no vascular
- 8) Administración o supresión de una sustancia
- 9) Infección
- 10) Trastorno de la homeostasis
- 11) Cefalea o dolor facial atribuida a trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dientes, boca o de otras estructuras faciales o cervicales
- 12) Trastorno psiquiátrico.

Otras

- 13) Neuropatías craneales dolorosas y otros dolores faciales
- 14) Otras cefaleas

IV. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO

Los tres aspectos básicos en el manejo de la cefalea en Atención Primaria son:

- Determinar si se trata de un problema URGENTE.
- Aproximarse al diagnóstico de Cefalea primaria o secundaria.
- Instaurar el tratamiento adecuado.

El diagnóstico de una cefalea es fundamentalmente clínico, siendo especialmente relevante la **anamnesis y exploración física** desde AP, sin que haya ningún marcador biológico o de neuroimagen que permita diferenciar entre sí las cefaleas primarias.

I. PACIENTE QUE ACUDE A CONSULTA DE AP

1. ANAMNESIS

La anamnesis es el **primer y más importante paso** para el diagnóstico de una cefalea.

Se debe hacer una anamnesis semiestructurada que además de edad, antecedentes familiares, antecedentes personales, hábitos tóxicos y consumo de fármacos..., incluya una serie de preguntas básicas sobre:

1. Perfil temporal
 - Tiempo de evolución
 - Frecuencia y periodicidad
 - Duración
2. Descripción del dolor
 - Instauración
 - Localización
 - Calidad
 - Intensidad
3. Síntomas asociados
 - Generales
 - Neurológicos
4. Factores agravantes y de alivio
5. Factores desencadenantes

2. EXPLORACION FISICA

La exploración física tanto sistémica como fundamentalmente neurológica servirá en la gran mayoría de los casos para confirmar el diagnóstico.

Exploración sistémica: se ha de centrar en las constantes vitales y en localizaciones de estructuras propias del macizo cráneo-facial. Daremos especial importancia a los pulsos

temporales, percusión de los senos paranasales y exploración de la articulación temporo-mandibular.

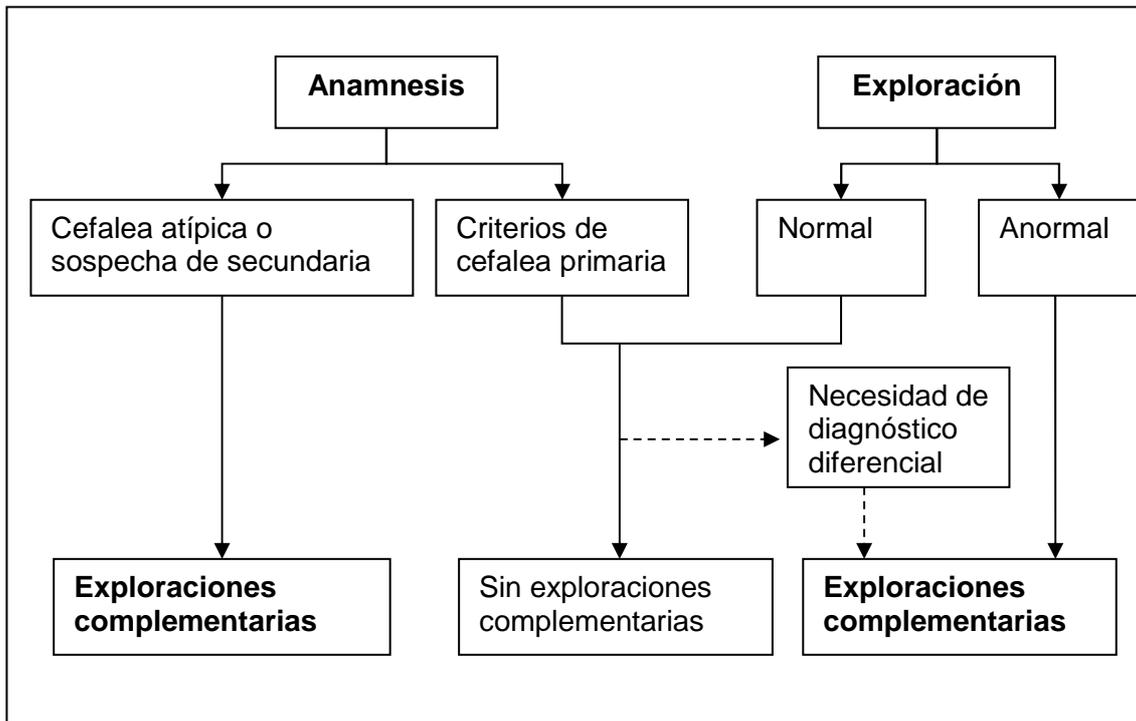
Exploración neurológica: es poco probable que un paciente con una exploración física neurológica normal presente una alteración orgánica; no ocurre lo mismo con las técnicas de neuroimagen, ya que una exploración de neuroimagen normal no excluye causa orgánica como puede ocurrir en el caso de trombosis venosa cerebral, hipertensión endocraneal idiopática o meningitis tuberculosa.

Se explorará:

- Estado mental: nivel de conciencia, capacidad de atención, alteraciones del lenguaje, conductuales.
- Signos meníngeos: en cefalea de inicio reciente o asociadas a fiebre o alteración del estado mental.
- Fondo de ojo: siempre en cualquier consulta por cefalea.
- Campimetría: explorando los cuatro cuadrantes del campo visual.
- Motilidad ocular intrínseca: presencia de ptosis o miosis, midriasis. Respuesta pupilar directa y consensual a la luz.
- Motilidad ocular extrínseca: diplopía, alteraciones de la alineación ocular.
- Paresia facial: asimetrías de los surcos nasogenianos, entre los pliegues de la frente, etc.
- Examen de la lengua y el velo del paladar: asimetrías indicativas de lesión de los pares bulbares.
- Déficit motor y fuerza de las extremidades superiores.
- Reflejo cutáneo plantar: la extensión del dedo gordo es siempre indicativa de lesión de la vida piramidal.
- Reflejos tendinosos profundos.
- Disimetría de extremidades superiores e inferiores: maniobra de dedo-nariz o dedo-dedo y maniobra de talón-rodilla.
- Marcha.
- Maniobra de Romberg: indica lesión vestibular o de los cordones posteriores de la medula. En patología cerebelosa el paciente tiene ya dificultad en mantener el equilibrio con los ojos abiertos.

Tras la exploración:

- ◆ Criterios de CEFALEA PRIMARIA (90%) → Sin exploraciones complementarias
- ◆ CEFALEA ATÍPICA o sospechosa de SECUNDARIA → Exploraciones complementarias



3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA CEFALEA

En este apartado se indican las pruebas complementarias para la toma de decisiones respecto a la cefalea, los criterios para su realización y el nivel asistencial en el que llevarlas a cabo.

Analítica.

Radiología simple.

Ecografía y Doppler.

Neuroimagen simple (TC y RM)

Neuroimagen con vascular: angio-TC y angio-RM.

Arteriografía

Punción Lumbar

En la cefalea la mejor prueba complementaria es una segunda anamnesis.

La anamnesis y la exploración física permitirán el diagnóstico correcto de la mayoría de los pacientes que consultan por cefalea, no siendo necesarios estudios o exploraciones

complementarias para el diagnóstico de entidades tales como migraña o cefalea de tensión.

Se practicará una analítica sanguínea con velocidad de sedimentación globular y hemograma únicamente ante la sospecha de arteritis de la temporal u otras vasculitis.

Las radiografías simples de columna cervical solo estarán indicadas ante la sospecha de anomalías significativas a este nivel como fracturas, tumores óseos, espondilitis o alteraciones de la charnela occipital. La presencia de artrosis por sí misma no justifica el detener el estudio etiológico. La radiología simple de cráneo solamente nos puede ser útil en la sospecha de mieloma múltiple, metástasis óseas o enfermedad de Paget.

INDICACIONES DE TÉCNICAS DE NEUROIMAGEN:

Aproximadamente 1 de cada 10.000 pacientes con cefalea crónica y exploración neurológica normal presenta un tumor cerebral en la TAC. Si la cefalea cumple criterios de migraña es menos probable encontrar un tumor o una malformación arteriovenosa que si se trata de una cefalea no clasificable. Los pacientes con alteraciones en la TAC generalmente refieren al menos uno de los siguientes signos de alarma:

- Cambios en el patrón de la cefalea o aumento importante en la frecuencia.
- Unilateralidad estricta.
- Síntomas neurológicos focales durante la cefalea en vez de precediéndola.
- Cefalea crónica diaria de inicio reciente.
- Cefalea intensa de inicio agudo-subagudo.
- Cefalea de inicio brusco.
- Aura menor de cinco minutos o más de sesenta minutos.

La sociedad española de neurología ha establecido las indicaciones de TAC y RM en los casos de cefalea:

Cefalea no migrañosa-Indicaciones de TAC

- Cefalea intensa de inicio agudo.
- Evolución subaguda con empeoramiento progresivo.
- Síntomas, signos de focalidad neurológica.
- Cefalea asociada a papiledema o rigidez de nuca.
- Cefalea asociada a fiebre, náusea o vómitos no explicables por enfermedad sistémica.
- Mala respuesta al tratamiento.



- Cefaleas no clasificables por historia clínica.
- Pacientes que dudan del diagnóstico y/o del tratamiento ofrecido.

Cefalea no migrañosa-Indicaciones de RMM

- Hidrocefalia en la TAC.
- Sospecha de lesiones de fosa posterior, silla turca o seno cavernoso.
- Cefalea tusígena.
- Hipertensión endocraneal con TAC normal.
- Cefalea por hipotensión licuoral.
- Sospecha de infarto migrañoso.

Cefalea migrañosa-Indicaciones de neuroimagen:

- Primer episodio de migraña con aura.
- Cambios no explicados en la frecuencia e intensidad.
- Crisis de migraña con aura con manifestaciones focales no cambiantes en lateralidad ni en expresividad clínica.
- Migraña con aura prolongada.
- Migraña asociada a síncope.
- Ansiedad o hipocondriasis del paciente.

	CUÁNDO	QUIÉN
Analítica (VSG, PCR, HM, BQ, TSH)	Arteritis temporal y otra causa sistémica	ATENCIÓN PRIMARIA NEUROLOGÍA
ECODOPPLER arteria temporal	Arteritis temporal dudosa	ATENCIÓN PRIMARIA NEUROLOGÍA
RX CRÁNEO	Sinusitis, metástasis, mieloma, Paget ...	ATENCIÓN PRIMARIA NEUROLOGÍA
TC CRÁNEO	Historia clínica atípica, criterios de alarma, cefalea secundaria, exploración anormal, insistencia del paciente	ATENCIÓN PRIMARIA NEUROLOGÍA
RM ENCÉFALO		NEUROLOGÍA
Punción Lumbar, angio-RM , arteriografía		NEUROLOGÍA



Electroencefalografía.	NUNCA	NADIE
-------------------------------	--------------	--------------

¿CUÁNDO HACER UNA NEUROIMAGEN?

No ha de hacerse cuando estemos ante una historia clínica típica, cumpla los criterios clínicos de la International Headache Society (IHS) o tenga una exploración normal.

Sí cuando:

- Historia clínica atípica.
- Existen “criterios de alarma”.
- La exploración es anormal.
- A veces ante la insistencia del paciente.
- Cefalea en racimos.

4. CRITERIOS DE DERIVACION

Los dos principales motivos para derivar un paciente a otro nivel asistencial son:

- la sospecha (o confirmación, en el caso de que se pidan pruebas en atención primaria) de una cefalea secundaria.
- la falta de respuesta al tratamiento de una cefalea primaria o secundaria ya diagnosticada.

➤ **CRITERIOS DE ALARMA**

Signos o síntomas indicativos de una posible cefalea secundaria:

- Cefalea intensa de comienzo súbito de causa no conocida.
- Empeoramiento reciente de una cefalea crónica.
- Cefalea de frecuencia o intensidad creciente.
- Localización unilateral estricta (excepto cefalea en racimos, hemicránea paroxística, neuralgia occipital, neuralgia del trigémino, hemicránea continua y otras cefaleas primarias unilaterales).
- Cefalea con manifestaciones acompañantes:
 - Trastorno de la conducta o el comportamiento
 - Crisis epilépticas
 - Focalidad neurológica
 - Papiledema
 - Fiebre
 - Náuseas y vómitos inexplicables por migraña o enfermedad sistémica
 - Signos meníngeos
- Cefalea precipitada por un esfuerzo físico, tos o cambio postural.
- Cefalea de características atípicas.
- Cefalea que no responde a un tratamiento teóricamente correcto.
- Cefalea en edades extremas de la vida.



- Cefalea de presentación predominantemente nocturna.
- Cefalea en pacientes oncológicos o inmunodeprimidos y anti coagulados.

➤ **DERIVACIÓN URGENTE**

- Cefalea de presentación aguda de etiología no aclarada
- Sospecha clínica de cefalea secundaria grave
- Aparición de signos neurológicos focales, signos de irritación meníngea o alteración del nivel de conciencia
- Cefalea aguda que no cede al tratamiento sintomático adecuado (estatus migrañoso)

➤ **DERIVACIÓN NORMAL A NEUROLOGÍA**

- Cefaleas con síntomas clínicos no característicos de cefalea primaria (migraña, cefalea tensional).
- Presencia de signos anormales en la exploración neurológica o presencia de síntomas deficitarios neurológicos asociados a cefalea.
- Cefalea con mala respuesta a tratamientos sintomáticos y preventivos adecuados.
- Modificaciones no aclaradas en las características clínicas de la cefalea.
- Sospecha clínica de cefalea secundaria.
- Cefalea complicada por abuso de fármacos.
- Cefalea en racimos.
- Neuralgia del trigémino.
- El paciente lo pide.

➤ **Informe de AP para neurología:** Deben constar al menos los siguientes datos

- Síntomas de cefalea
- Exploración
- Impresión diagnóstica
- Tratamientos instaurados
- Razón de la derivación.



II. PACIENTE QUE, TRAS VALORACION POR NEUROLOGÍA, ES DERIVADO A AP PARA TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO.

CRITERIOS DE SEGUIMIENTO POR AP

- ◆ Diagnóstico previo de la cefalea
- ◆ Buena respuesta al tratamiento.
- ◆ Situación estable.
- ◆ Informe de neurología para AP.
- ◆ Se facilita al paciente el conocimiento de su problema de salud
- ◆ Que el paciente acepte ser derivado a AP, explícitamente como continuación de tratamiento y no como abandono

Informe de neurología para AP

- Diagnóstico de cefalea
- Pruebas complementarias solicitadas y resultados
- Tratamientos recomendados
- ACTITUD:
 - Seguimiento NRL
 - Recomendaciones a AP

El seguimiento de la mayoría de los pacientes diagnosticados de migraña, con independencia de que hayan precisado valoración inicial o en algún momento de su evolución por el neurólogo, corresponde al ámbito de la Atención Primaria.

Los objetivos del seguimiento dependerán del tipo de cefalea que se trate y las peculiaridades de cada paciente, profesional o centro en el que desarrolle su trabajo. De todas formas los objetivos que pretende alcanzar un correcto seguimiento serán:

- Mejorar la calidad de vida del paciente, facilitando el control del dolor
- Reducir la frecuencia de las crisis
- Evitar la evolución a cefalea crónica diaria

Actividades encaminadas a ordenar de forma eficiente las visitas de seguimiento de los pacientes con cefalea (Baos et al.):

- Instruir al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento.



- Mantener un diario de cefaleas que permite un registro longitudinal de los diferentes episodios. Son útiles para el seguimiento de la migraña, cefalea de tensión y cefalea en racimos.
- Fomentar la autonomía del paciente evitando la médico-dependencia. En esta actividad intervienen tanto el médico como el profesional de enfermería de los equipos
- Establecer revisiones periódicas. La periodicidad de las visitas depende directamente de las características de la cefalea, del paciente y de la confianza que se tenga depositada en el médico:

Periodicidad de revisiones. Migraña-cefalea de tensión (Lainez JM et al. 1998)

Si es la primera crisis: a demanda

Primer control: al mes

Si la frecuencia es baja (<3 crisis/mes)

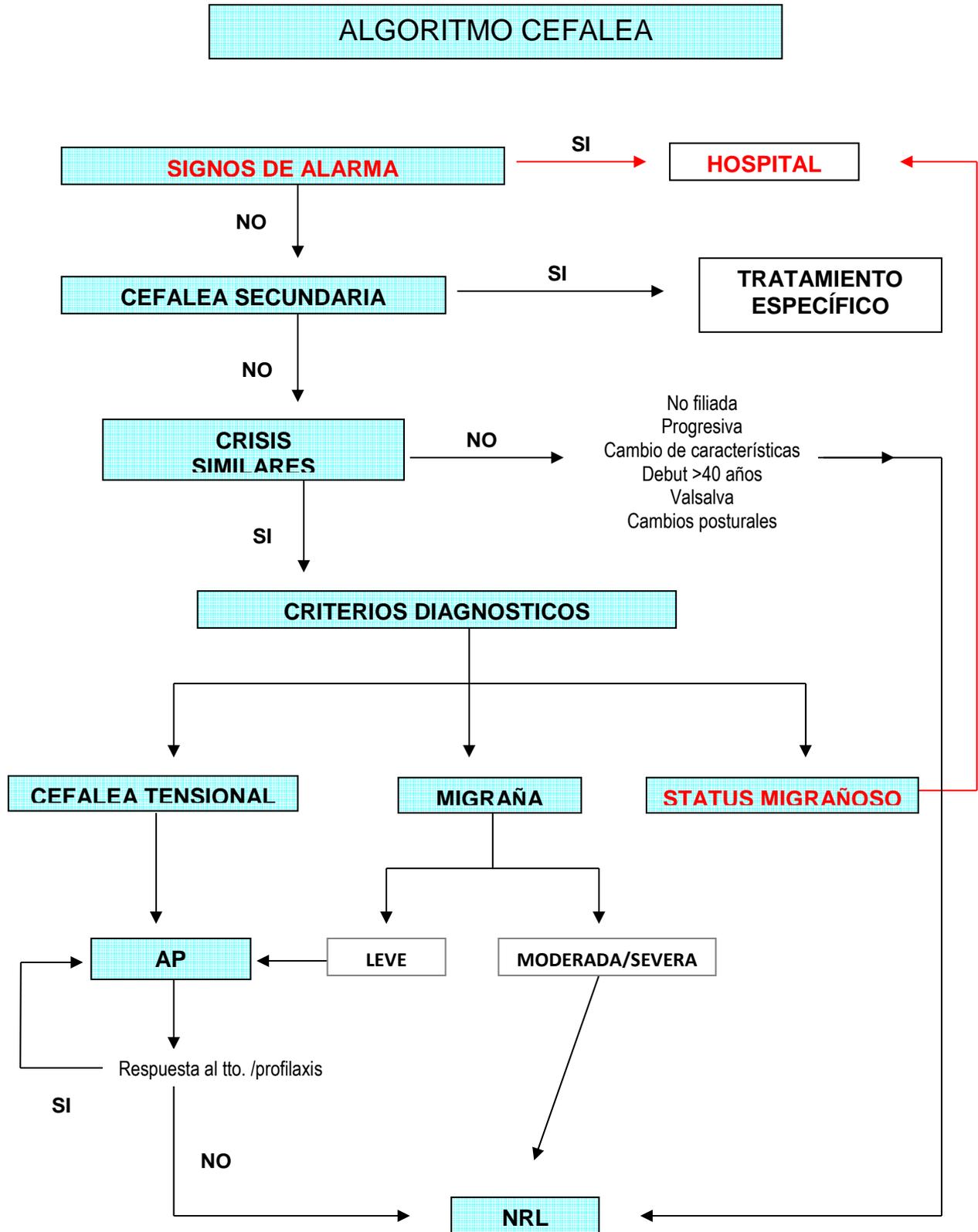
– Mal control: cada 2-3 meses

– Buen control: cada 6-12 meses

Si la frecuencia es alta (>3/mes)

– Mal control: cada 2 meses

–Buen control: cada 3-6 meses





V. EPIDEMIOLOGÍA, CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO DE LAS CEFALÉAS PRIMARIAS

Las cefaleas son un problema mundial que afecta a personas de todas las edades, razas, niveles de ingresos económicos y zonas geográficas.

Este documento se centra en las cefaleas primarias y cefaleas por abuso de medicación, por su frecuencia en atención primaria:

1. Migraña
2. Migraña Crónica
3. Cefalea tensional
4. Cefalea en racimos
5. Cefaleas Trigémico Autonómicas
6. Neuralgia del Trigémico
7. Cefalea por abuso de medicación

1. MIGRAÑA

EPIDEMIOLOGÍA

La migraña, también llamada jaqueca, es una enfermedad recurrente y episódica, causada por la activación de un mecanismo neuronal central que acaba activando al sistema vascular periférico, provocando una vasodilatación neurogénica, que conduce a la liberación de sustancias inflamatorias, causantes de dolor.

Afecta a un 10-15% de la población mayor de 40 años, y a partir de esta edad disminuye. Es más frecuente en la mujer. En los varones tiende a comenzar en la infancia y en las mujeres con la menarquía. El 75% de las mujeres mejoran tras la menopausia.

Aproximadamente un 60% de los pacientes tienen antecedentes familiares.



TIPOS DE MIGRAÑA

1.1. MIGRAÑA SIN AURA

Descripción:

Cefalea recurrente con episodios de 4 -72 horas de duración. Las características típicas del dolor son las siguientes: localización unilateral, carácter pulsátil, intensidad moderada o severa, empeoramiento con la actividad física y asociación con síntomas vegetativos como vómitos, náuseas, fotofobia y fonofobia.

Criterios Diagnósticos:

- A. Al menos 5 crisis que cumplan los criterios siguientes:
- B. Episodios de cefalea de entre 4 y 72 horas de duración (no tratados o tratados sin éxito).
- C. La cefalea presenta, al menos, dos de las siguientes cuatro características:
 - 1. Localización unilateral.
 - 2. Carácter pulsátil.
 - 3. Dolor de intensidad moderada o severa.
 - 4. Empeorada por o condiciona el abandono de la actividad física habitual (por ejemplo, andar o subir escaleras).
- D. Durante la cefalea, se asocia, al menos, uno de los siguientes síntomas:
 - 1. Náuseas y/o vómitos
 - 2. Fotofobia y fonofobia
- E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

1.2. MIGRAÑA CON AURA

Descripción:

Episodios recurrentes de varios minutos de duración con síntomas sensitivos o del sistema nervioso central unilaterales, transitorios y visuales, que se desarrollan progresivamente y suelen preceder a una cefalea y a síntomas asociados a migraña.

Criterios Diagnósticos:

- A. Al menos dos crisis que cumplan los criterios B y C.
- B. Uno o más de los síntomas de aura siguientes totalmente reversibles:
 - 1. Visuales
 - 2. Sensitivos
 - 3. De habla o del lenguaje
 - 4. Motores
 - 5. Tronco encefálicos

6. Rutinarios

C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:

1. Progresión gradual de, al menos, uno de los síntomas de aura durante un periodo ≥ 5 min. y/o dos o más síntomas se presentan consecutivamente.
2. Cada síntoma de aura tiene una duración de entre 5 y 60 minutos.
3. Al menos uno de los síntomas de aura es unilateral.
4. El aura se acompaña, o se sigue antes de 60 minutos, de cefalea.

D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III y se ha descartado un accidente isquémico transitorio.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA MIGRAÑA

Tratamiento de la migraña aguda

A. Tratamiento sintomático:

El tratamiento de elección en la migraña aguda, *leve a moderada*, son los AINES: entre ellos el **ácido acetilsalicílico** (500-1000mg), **ibuprofeno** (400-1200mg), **diclofenaco** (50-100mg), **naproxeno sódico** (550-1100 mg) cuando aparezcan los primeros síntomas y en caso de exacerbaciones administrar 275 mg más, a los 30 min. Otra opción es el **dexketoprofeno** (25-50 mg, vía oral), no excediéndose de esta última dosis. Estos cinco medicamentos expuestos, han sido los fármacos que mayor eficacia han demostrado.

En caso de que los pacientes tengan vómitos, los AINES se combinarán con antieméticos como **domperidona** o **metoclopramida**.

En la migraña de *grado moderado a grave*, los triptanes (**almotriptán, rizatriptán, eletriptán, naratriptán, sumatriptán, frovatriptán y zolmitriptán**), constituyen el tratamiento de primera línea, utilizándose los mismos, según el tipo de crisis que aparezca. No se deben utilizar derivados ergotamínicos de manera conjunta con este último grupo, ya que puede existir una potenciación de sus efectos cardiovasculares (principalmente vasoconstricción coronaria). Una combinación también efectiva y muy utilizada es la asociación de **naproxeno sódico** con un triptán. Igualmente en caso de náuseas y vómitos es conveniente administrar un antiemético.

El tratamiento abortivo de la migraña es más efectivo si se realiza lo antes posible al inicio de la crisis y, además, administrando una sola dosis suficiente, en lugar de dosis repetidas.



Algunos medicamentos antimigrañosos administrados por vía oral, resultan inefectivos debido a una mala absorción como resultado de la gastroparesia asociada a veces con esta patología, por lo que se recomienda utilizar en estos casos la administración subcutánea o nasal.

Los pacientes que acuden a *urgencias* con migraña moderada a grave, acompañada de náuseas y vómitos, el tratamiento de elección es **sumatriptán** 6mg, vía subcutánea mas un antiemético como **metoclopramida** (10 mg) por vía intravenosa.

B. Tratamiento preventivo:

El mecanismo de acción de los medicamentos utilizados en el tratamiento profiláctico de la migraña es diferente y ningún fármaco ha demostrado ser de elección en dicho tratamiento. La finalidad de este tratamiento es la de reducir la frecuencia, duración y severidad del ataque, mejorar la respuesta al tratamiento en ataques agudos y de la discapacidad. El tratamiento profiláctico de la migraña se debe utilizar en el caso de pacientes que presentan más de cuatro cefaleas al mes y provoca una discapacidad importante. A la hora de elegir el tratamiento debemos de tener en cuenta la opinión del paciente y de las comorbilidades que éste presente (diabetes, HTA, manía, depresión, etc.).

Para la elección del medicamento adecuado y que la profilaxis sea efectiva con el menor número de efectos adversos, debemos de tener en cuenta una serie de principios. Se debe comenzar con la dosis más baja, incrementándola hasta obtener beneficio clínico e intentar que la duración y dosificación sean las adecuadas, ya que la eficacia del tratamiento profiláctico bien realizado, se inicia a las cuatro semanas y dura unos tres meses. Por último decir, que la cefalea migrañosa puede mejorar independientemente del tratamiento. Se aconsejaba mantener el tratamiento preventivo durante un periodo de 3- 6 meses retirando la medicación en cuanto el paciente mejoraba. Sin embargo esta pauta puede ocasionar que las crisis vuelvan a aparecer. No existen pautas basadas en la evidencia sobre cuando retirar un tratamiento preventivo que ha sido eficaz, se recomienda mantener el tratamiento preventivo unos 9-12 meses si el efecto terapéutico se ha mantenido estable y entonces reducirse paulatinamente.

El período máximo de tratamiento es individualizado, pero se debería valorar retirada tras 6-12 meses de tratamiento. No se debe retirar un tratamiento preventivo por falta de eficacia antes del mes y medio tras el inicio del mismo.

En estudios controlados se ha observado la eficacia en el tratamiento preventivo de la migraña con los beta-bloqueantes: **propranolol**: 20mg/12h, que se utilizan

preferiblemente en pacientes hipertensos con migraña. Los antidepresivos como **amitriptilina** y **venlafaxina**, anticonvulsivantes como **topiramato** y **valproato** y el calcioantagonista **flunarizina**, constituyen otras opciones de tratamiento. El valproato no se debe dar en mujeres en edad fértil ya que puede provocar alteraciones fetales.

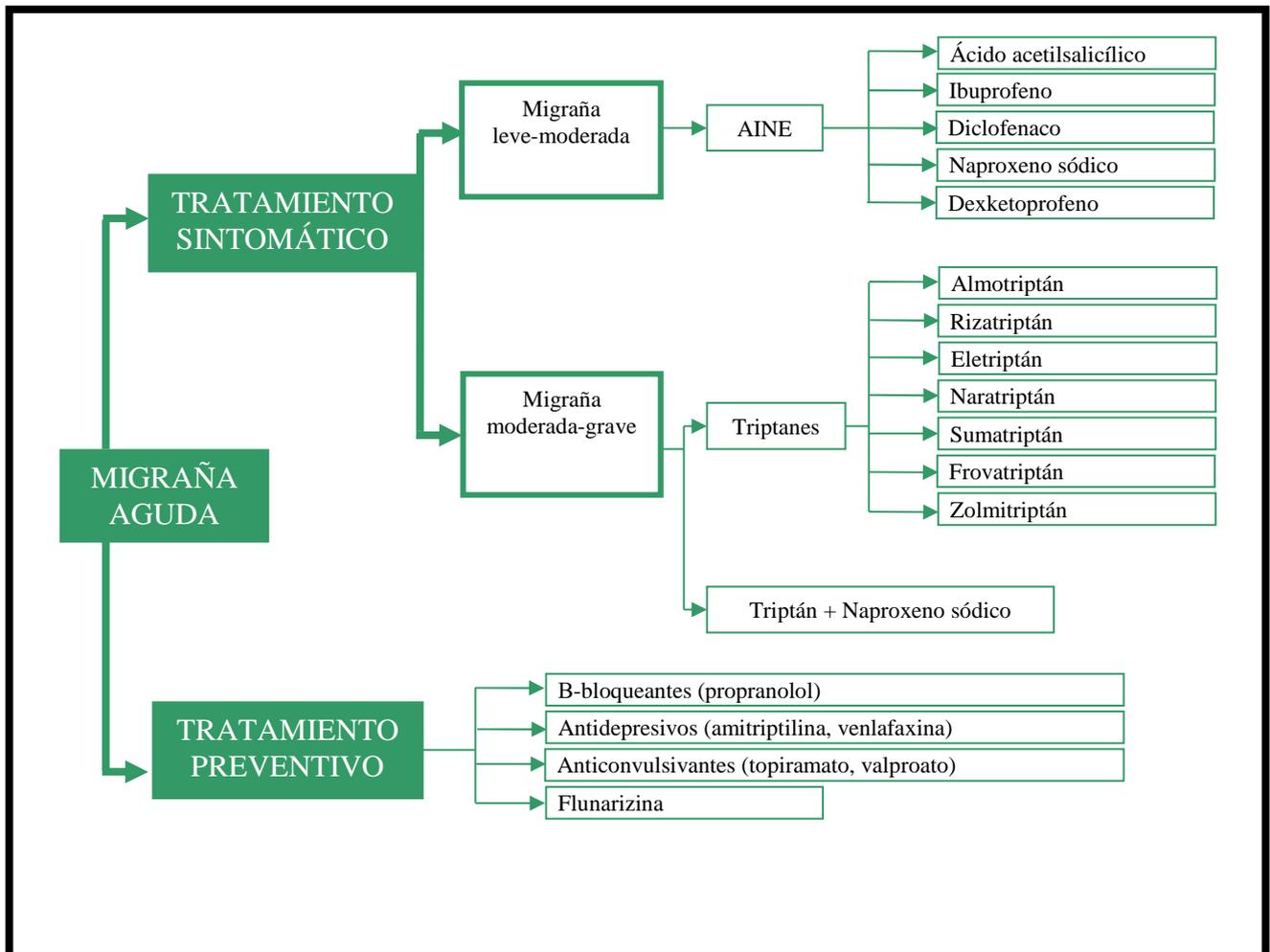


Figura 2. Tratamiento farmacológico de la migraña aguda.



Tabla 3. Fármacos utilizados en el tratamiento sintomático de la migraña aguda.

FÁRMACO	POSOLÓGIA	OBSERVACIONES
Ácido acetilsalicílico	500-1000 mg	▫ Dosis máxima/día 4000 mg
Ibuprofeno	400- 1600 mg	▫ Dosis máxima/día 2400 mg
Diclofenaco	50-100mg	▫ Administración iv ▫ Dosis máxima/día 150 mg
Naproxeno sódico	550-1100 mg	▫ Exacerbaciones hasta 1650 mg/día (excepto antecedentes de alteraciones gástricas)
Dexketoprofeno	25-50 mg	▫ Dosis máxima/día 75 mg
Domperidona	40-80 mg	▫ Dosis máxima/día 80 mg
Metoclopramida	10-30 mg	▫ Dosis máxima/día 30 mg
Almotriptán	12.5 mg	▫ Dosis máxima/día 25 mg ▫ (no mas de 2 tomas /día)
Eletriptán	20-40 mg	▫ Se puede administrar 40 mg a las 2 horas de la 1ª toma. ▫ Dosis máxima/día 80 mg
Rizatriptán	10 mg	▫ Dosis máxima/día 20 mg
Naratriptán	2.5 mg	▫ Dosis máxima/día 5 mg
Sumatriptán subcutáneo	6 mg	▫ Crisis severas resistentes a la vía oral y nasal ▫ Contraindicado en pacientes con enfermedad cardiovascular isquémica; infarto, angina Prinzmetal; HTA mal controlada; embarazo
Sumatriptán intranasal	10 -20 mg	▫ Niños y adolescentes
Frovatriptán	2.5 mg	▫ Migraña menstrual ▫ Dosis máxima/día 5mg
Zolmitriptán	2.5 y 5 mg	▫ No administrar +2 dosis/día ▫ Nasal; 5 mg en vómitos
Zolmitriptán intranasal	5-10 mg	▫ Dosis máxima/día 10 mg.
Dexametasona:	10-25 mg / iv o im.	▫ Evita recurrencia de la migraña.

Tabla 4. Fármacos utilizados en el tratamiento preventivo de la migraña aguda.

FÁRMACO	POSOLÓGÍA	OBSERVACIONES
Propranolol	20-75 mg	▫ Dosis máxima/día 150 mg
Amitriptilina	15-75 mg	▫ Dosis máxima/día 150 mg
Venlafaxina	37,5-150 mg	▫ Dosis máxima/día 375 mg
Topiramato	25-200 mg	Dosis máxima/día 500 mg
Ácido valproico	500-2000 mg	▫ Aumentar dosis en 5 mg/Kg./día/4-7 semanas.

Tabla 5. Indicación de los tratamientos preventivos

FÁRMACO	1ª ELECCIÓN	2ª ELECCIÓN
Betabloqueantes	Migraña sin aura; +HTA;+embarazo (propranolol)	Migrañas con y sin aura
Topiramato	Migrañas: con y sin aura; crónica;+obesidad;+epilepsia	Migraña con aura grave
Valproato	Migrañas con y sin aura e intolerancia o contraindicación de los anteriores	Migraña y Epilepsia
Flunaricina	Migrañas con y sin aura e intolerancia o contraindicación de los anteriores	
Amitriptilina	Migraña + depresión	
Venlafaxina		Migraña y depresión

2. MIGRAÑA CRÓNICA

El pico máximo de incidencia se produce entre los 40-50 años y se estima que la prevalencia es de un 2%, aunque puede variar según los criterios utilizados para su definición: cefalea que aparece durante 15 días o más al mes durante al menos 3 meses, de los que, por lo menos, 8 días al mes, la cefalea debe cumplir: los criterios de la



migraña con y sin aura, la cefalea debe responder a triptanos o ergóticos y que no pueda atribuirse a otras causas.

La migraña crónica constituye uno de los principales motivos de consulta en neurología, debido a que produce una mayor discapacidad y deterioro de la calidad de vida, en comparación con la migraña episódica, asociándose con más comorbilidad médica y psiquiátrica, triplicando el gasto sanitario directo. Aunque el abuso de analgésicos esta presente en un tercio de estos pacientes la International Headache Society, recomienda que los pacientes que cumplan los criterios de migraña crónica y abuso de medicación, deben clasificarse con ambos diagnósticos.

Criterios diagnósticos:

- A. Cefalea (tipo tensional o migrañoso) durante un período de 15 o más días al mes durante más de 3 meses que cumple los criterios B y C.
- B. Aparece en un paciente que ha sufrido al menos cinco crisis que cumplen los criterios B-D migraña sin aura y/o los criterios B y C de la migraña con aura.
- C. Durante un período de 8 ó más días al mes por espacio de más de 3 meses cumple cualquiera de los siguientes:
 - 1. Criterios C y D para migraña sin aura
 - 2. Criterios B y C para migraña con aura
 - 3. En el momento de la aparición, el paciente cree que es migraña, y se alivia con un triptán o derivados ergóticos.
- D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

COMPLICACIONES DE LA MIGRAÑA

Estado o Status Migrañoso

Duración de cefalea más de 72 horas de forma continua, siendo el dolor debilitante, de intensidad severa, a pesar del tratamiento.

Migraña crónica:

Migraña que tiene una duración de 15 días o más al mes, durante más de 3 meses seguidos y en ausencia de abuso de medicación. De estos, 8 días o más tienen características de migraña.

Aura persistente sin infarto:

Síntomas compatibles con aura migrañosa que duran más de una semana sin evidencia de infarto cerebral en la neuroimagen.



Infarto migrañoso:

Uno o más síntomas de aura migrañosa persistente más de 60 minutos, asociado a lesión isquémica cerebral demostrado en neuroimagen.

Crisis epiléptica desencadenada por migraña:

Crisis epiléptica que aparece, durante o una hora después, tras aura migrañosa.

SITUACIONES ESPECIALES

Infancia/Adolescencia:

- Evitar factores desencadenantes
- Analgésicos, descanso
- Triptán (12-16 años): Sumatriptán 10mg nasal
- Preventivo: Propranolol 1mg/kg/día (Otros: calcioantagonistas, amitriptilina, carbamacepina, ácido valproico...)

Embarazo y lactancia:

- Mejoría 60-70%
- Triptán: sumatriptán
- Preventivo: metoprolol. Retirar 2-3 semanas antes parto (amitriptilina)...Clase B.
- Lactancia prolonga el beneficio del embarazo

Migraña menstrual:

-Ciclo profiláctico corto de AINE durante 3-7 días antes de la menstruación ó Triptanes de larga vida media como Frovatriptán; Naratriptán.

Infarto migrañoso:

-Prevención activa de los factores de riesgo: HTA, ACHO, tabaco, obesidad, SAHOS, abuso medicación antimigrañosa, uso excesivo de cafeína, comorbilidad psiquiátrica.

-Antiagregación.

Tratamiento de la migraña crónica

El diagnóstico diferencial de la migraña crónica (MC), se debe realizar con todas aquellas patologías que cursan con cefalea de larga duración (4 horas o más) y la aparición de dolor diario, como es el caso de la cefalea tensional, cefalea por abuso de medicación, cefalea hemicraneal continua y cefalea persistente diaria.

En algunas ocasiones ocurre un proceso de transformación, en donde la migraña episódica pasa a crónica, considerada esta cuando se producen ≥ 15 cefaleas al mes, de los que al menos 8 deben cumplir criterios de migraña sin aura durante al menos 3 meses en ausencia de abuso de medicación, y no atribuibles a otra causa. Los pacientes

padecen con frecuencia comorbilidades de tipo psiquiátrico, alteraciones del sueño, fatiga y alteraciones gastrointestinales.

El tratamiento preventivo es el tratamiento clave de la MC, el tratamiento sintomático correcto en estos pacientes tiene una importancia crucial. Como en el caso de la migraña episódica (ME), el tratamiento preventivo debe iniciarse de forma escalonada para minimizar los efectos adversos. Aunque teóricamente los fármacos utilizados para la ME puedan ser válidos para la MC, actualmente sólo se dispone de datos contrastados que avalen su uso en MC para el caso del **Topiramato**.

En *segunda línea* se puede administrar inyecciones de **toxina botulínica (Botox®)**. La neurotoxina botulínica tipo A (NTB-A) es uno de los serotipos de la neurotoxina producida por bacterias anaerobias, Gram positivas, formadoras de esporas del género *Clostridium* como *Clostridium botulinum*, que actúa bloqueando de forma temporal, la liberación de acetilcolina en las terminaciones nerviosas de la unión neuromuscular, y también de glándulas exocrinas y del músculo liso. Este bloqueo es reversible ya que con el paso del tiempo, el axón y la placa neuromuscular recuperan su funcionalidad (12 semanas). Este tratamiento está indicado para el alivio de los síntomas, y en los pacientes que no han respondido adecuadamente o que son intolerantes a los medicamentos profilácticos. Los signos clínicos se manifiestan en 2-3 días con un efecto máximo a las 5-6 semanas de la inyección. Las inyecciones de toxina botulínica demostraron ser modestamente superiores a placebo en el tratamiento de la MC, en el artículo publicado por Aurora S., *et al* (2010). Estos beneficios consistieron en una reducción de 2.3 episodios de cefalea por mes con respecto a un basal de 12, o en resultados secundarios (reducción de la frecuencia de días de cefalea por mes), 1.5 episodios con respecto a un basal de 20 días. La dosis recomendada de toxina botulínica para tratar la MC es de 155 U hasta 195 U administradas por vía intramuscular mediante inyecciones de 5 U cada una en 31 puntos situados en siete áreas musculares específicas de la cabeza y cuello.

El resto de medicamentos han sido poco estudiados, por lo que la eficacia profiláctica, en esta enfermedad es dudosa. Tal es el caso de los **calcioantagonistas (flunarizina)**, que se emplean fundamentalmente en pacientes con migraña e hipertensión en los que los beta-bloqueantes estén contraindicados y los **inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) como fluoxetina, paroxetina** en los pacientes con asociación de migraña y cefalea tensional. La **venlafaxina** es un antidepresivo inhibidor de la serotonina y noradrenalina, también utilizado en el tratamiento de MC.

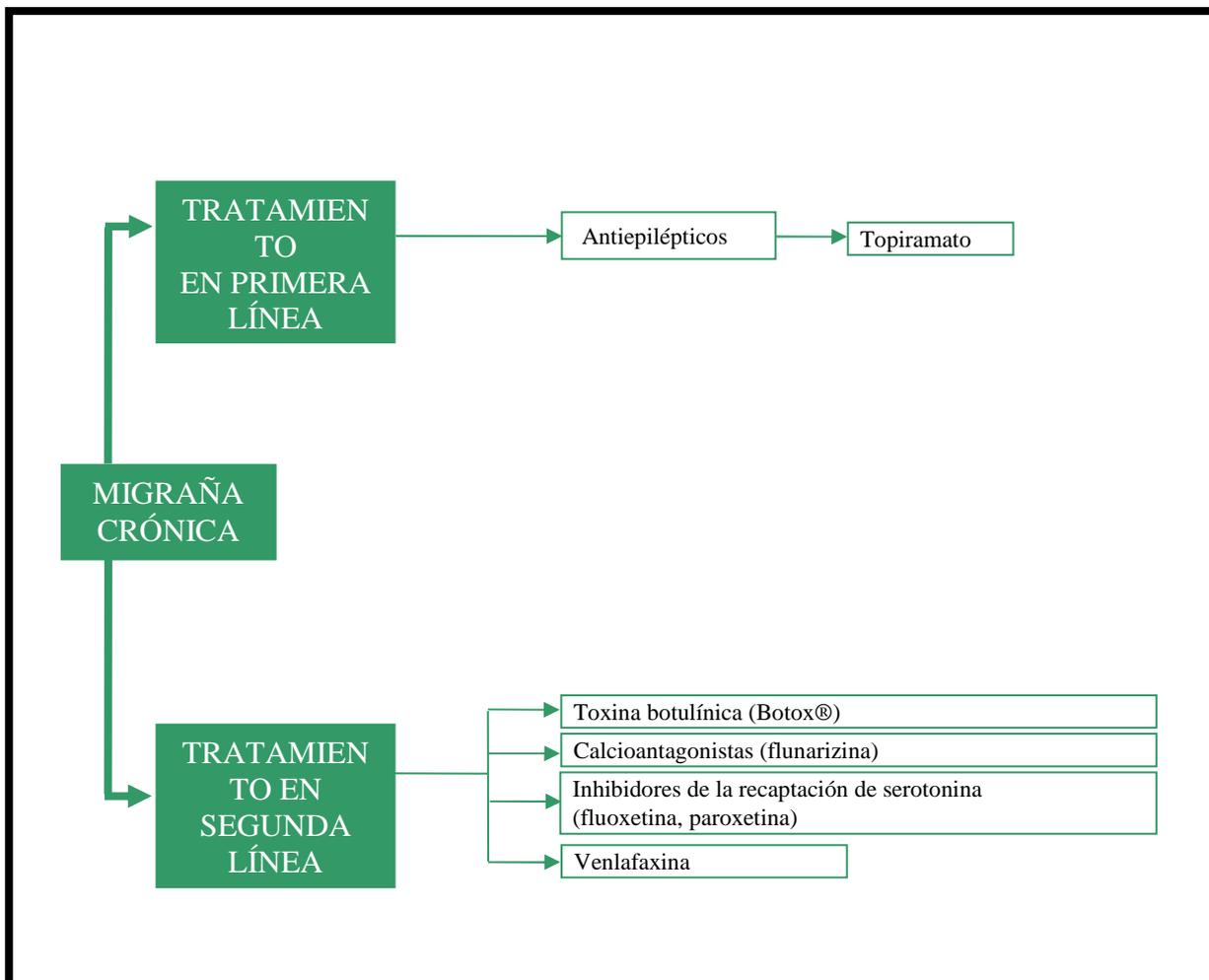


Figura 3. Tratamiento farmacológico de la migraña crónica.

Tabla 6. Fármacos utilizados en el tratamiento de la migraña crónica.

FÁRMACO	POSOLOGÍA	OBSERVACIONES
Propranolol	25-75 mg	▫ Dosis máxima/día 300 mg
Amitriptilina	10-75 mg	▫ Dosis máxima/día 150 mg
Topiramato	25-200 mg	Dosis máxima/día 500 mg
Ácido valproico	500-2000mg	▫ Aumentar dosis en 5 mg/Kg./día/4-7 semanas.
Toxina botulínica A	155U hasta 195U	▫ Las dosis de Botox® no son intercambiables con otros preparados de TB



FÁRMACO	POSOLÓGÍA	OBSERVACIONES
Fluoxetina	20 mg	▫ Dosis máxima /día 60 mg
Paroxetina	20 mg	▫ Dosis máxima /día 50mg
Flunarizina	5-10 mg	▫ Suspender en caso de reacciones extrapiramidales. A largo plazo puede producir parkinsonismo y aumento de peso.
Venlafaxina	75 mg	▫ Dosis máxima/día 375 mg

3. CEFALEA TENSIONAL O POR TENSION

Es la cefalea primaria más común. El paciente describe esta cefalea como una especie de banda de presión u opresión alrededor de la cabeza, que a veces se irradia al cuello o desde éste. Su prevalencia exacta es desconocida (30-78%) ya que la ayuda médica se busca sólo cuando es lo bastante frecuente o crónica como para interferir en la vida del paciente. El pico de prevalencia se sitúa entre los 30 y los 39 años tanto en hombres como en mujeres y a partir de ahí su frecuencia desciende con la edad. A pesar de que disminuye con la edad, la cefalea tensional sigue siendo relativamente frecuente en la vejez.

A menudo empieza en la adolescencia y afecta más a las mujeres que a los hombres. Puede guardar relación con el estrés y con alteraciones en la musculatura pericraneal y facial, asociándose a veces a una sensación de rigidez cervical.

En la cefalea tensional aguda episódica, el dolor es de corta duración (horas a varios días).

En la cefalea tensional **crónica** el dolor persiste semanas y es mucho más incapacitante que la forma episódica.

Criterios diagnósticos

- A. Al menos 10 episodios de cefalea.
- B. Con una duración entre 30 minutos y 7 días
- C. Tener al menos 2 de las siguientes características:
 - 1. Localización bilateral
 - 2. Calidad opresiva o tensiva (no pulsátil)
 - 3. Intensidad leve o moderada



4. No agravada por la actividad física habitual (caminar, subir escaleras)
- D. Ambas características siguientes:
1. No náuseas ni vómitos (sí puede haber anorexia)
 2. Fotofobia o fonofobia (pero no las dos)
- E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA CEFALEA TENSIONAL

Debido al autodiagnóstico y a la automedicación por parte de muchos pacientes, no existen datos fiables acerca de la eficacia en el tratamiento en este tipo de cefalea. Además no existen criterios válidos en el estudio de la eficacia del tratamiento agudo de la cefalea tensional, aunque se pueden aplicar aquellos parámetros que miden la eficacia del tratamiento en la migraña aguda. Para evitar cefaleas por abuso de analgésicos, el tratamiento agudo de esta patología debe de ser restrictivo y así la combinación de analgésicos no se debe administrar más de 9 días al mes, los AINE no más de 15 días al mes.

A. Tratamiento sintomático:

En el tratamiento de las crisis de cefalea tensional aguda leve, de elección se administrará una dosis única por vía oral de **ibuprofeno** de 400-1200 mg ó bien de **ácido acetil salicílico** (500 a 1000 mg), ya que ambos han demostrado ser igual de eficaces en esta enfermedad. En caso de intolerancia a los mismos utilizar **naproxeno sódico** (550 - 1100 mg). En pacientes embarazadas, usar preferiblemente el **paracetamol** a una dosis de 1000 mg 3 veces al día por vía oral.

La combinación de barbitúricos y opioides se utiliza con frecuencia en la migraña moderada a grave, sin embargo la mayoría de las guías, no los recomiendan por la posible dependencia, toxicidad y tolerancia que puedan producir.

En pacientes con cefalea moderada a grave se puede administrar dexketoprofeno 25-50 mg vía oral.

Cuando sea necesario se administrará tratamiento relajante asociado con **diazepam** y **clorpromazina**.

B. Tratamiento preventivo:

Estará indicado cuando los pacientes presenten más de 9 episodios al mes, en caso de dolor de intensidad moderada-grave que produzca una discapacidad importante y cuando la cefalea tensional se cronifique.

Se utilizarán *antidepresivos*: **amitriptilina, imipramina, fluoxetina, paroxetina, mirtazapina, venlafaxina y citalopram**. La amitriptilina es el fármaco más usado en prevención de la CT tanto episódica como crónica y cuando la cefalea tensional se asocia a migraña. En varios estudios frente a placebo redujo el índice de cefalea de forma significativa. El tratamiento se inicia con 10-12,5 mg, en la cena (por su efecto sedante, y por la mejoría que produce en el insomnio que estos pacientes asocian). Se debe incrementar de forma paulatina la dosis (5 mg por semana) hasta una dosis recomendable de 75 mg, siempre en una toma única en la cena.

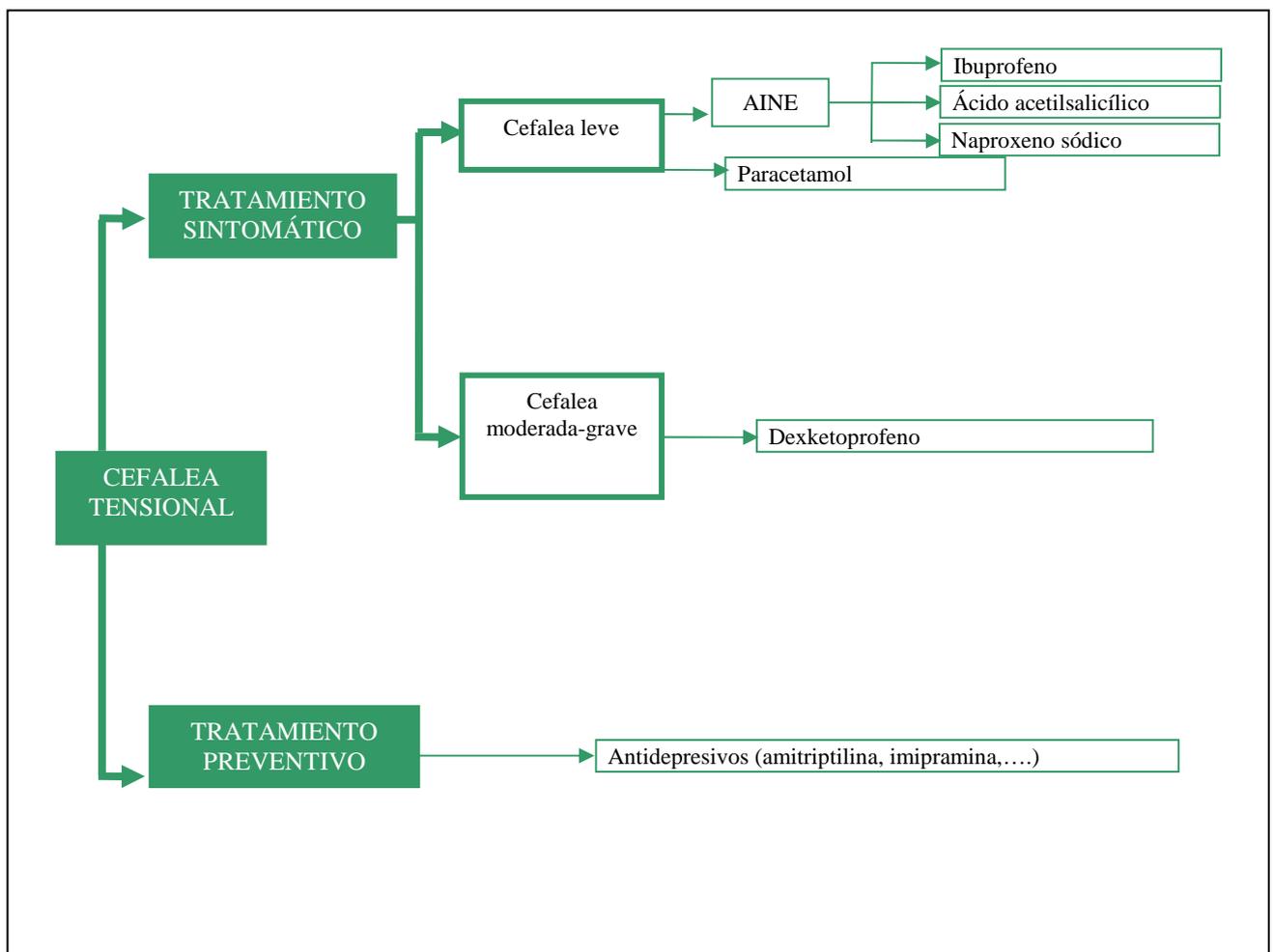


Figura 4. Tratamiento farmacológico de la cefalea tensional.



Tabla 7. Fármacos utilizados en el tratamiento sintomático de la cefalea tensional.

FÁRMACO	POSOLOGÍA/DOSIS	OBSERVACIONES
Ácido acetilsalicílico	1000 mg	▫ Dosis máxima diaria: 4000 mg /día
Ibuprofeno	400-1200 mg	▫ Dosis máxima diaria: 2400 mg /día
Naproxeno sódico	550 mg	▫ En exacerbaciones y sin antecedentes de úlcera gástrica añadir 275 mg a los 30 min. tras la 1ª dosis. ▫ Dosis máxima: 1650 mg/día
Paracetamol	1000 mg	▫ En embarazo ▫ Dosis Máxima: 4000mg/día
Dexketoprofeno	25-50 mg	▫ En cefalea moderada-grave ▫ Dosis máxima: 75 mg/día
Diazepam	2-10 mg/6-12 h	▫ Retirar gradualmente ▫ Dosis Máxima:40mg/día
Clorpromazina	75-150 mg	▫ Dosis máxima 300mg/día

Tabla 8. Fármacos utilizados en el tratamiento preventivo de la cefalea tensional.

FÁRMACO	POSOLOGÍA	OBSERVACIONES
Amitriptilina	12,5-75 mg	▫ Dosis máxima/día 150mg
Imipramina	25-75 mg	▫ Dosis máxima/día 300 mg
Fluoxetina	20 mg	▫ Dosis máxima/día 60 mg
Paroxetina	20 mg	▫ Dosis máxima/día 50 mg
Mirtazapina	15-30 mg	▫ Dosis máxima/día 45 mg
Venlafaxina	75-150 mg	▫ Dosis máxima/día 375 mg
Citalopram	15-30 mg	▫ Dosis > 40 mg/día inducen prolongación del QT
Gabapentina	1000-2000 mg	▫ Dosis máxima/día 3.600 mg



4. CEFALEA EN RACIMOS

Es una cefalea primaria relativamente rara, menos frecuente que las anteriores (8%) del total de cefaleas que afecta sobre todo a la región fronto-orbitaria. Se caracteriza por episodios breves (15-180 minutos), generalmente a una hora fija, recurrentes (1-3 meses) y frecuentes (1-3 ataques diarios), seguidos de un intervalo de tiempo (6 meses a años) libre de síntomas. El dolor es de gran intensidad de localización periorcular, con lagrimeo e inyección conjuntival, acompañada de rinorrea, congestión nasal, ptosis palpebral y miosis ipsilaterales. Son frecuentes los episodios nocturnos.

Afecta más a hombres que a mujeres, entre los 20 y los 40 años y se asocia al consumo de alcohol (90%) y tabaco (65%), puede ser episódica o crónica.

Criterios diagnósticos

- A. Al menos 5 episodios que cumplan los criterios B-D.
- B. Dolor intenso o muy intenso unilateral orbitario, supraorbitario y/o temporal con una duración de 15-180 minutos sin tratamiento.
- C. Cualquiera o los dos siguientes:
 - 1. Al menos uno de los siguientes síntomas o signos, homolaterales a la cefalea:
 - a. Hiperemia conjuntival y/o lagrimeo ipsilateral.
 - b. Congestión nasal y/o rinorrea ipsilateral.
 - c. Edema palpebral ipsilateral.
 - d. Sudoración frontal y facial ipsilateral.
 - e. Rubefacción frontal y facial.
 - f. Sensación de taponamiento en los oídos.
 - g. Miosis y/o ptosis ipsilateral.
 - 2. Inquietud motora y desasosiego
- D. Frecuencia de episodios: 1 cada 2 días hasta 8 al día.
- E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA CEFALEA EN RACIMOS

Actualmente, el tratamiento de la cefalea en racimos se basa en datos empíricos, más que en un claro entendimiento de los mecanismos biológicos que producen dicha cefalea (Dodick DW *et al*, 2000; May A, 2003).

En general, el tratamiento de la cefalea en racimos se divide en:



- A. Tratamiento agudo de las crisis
- B. Tratamiento preventivo

A. Tratamiento agudo de las crisis:

A día de hoy, se recomienda uso de **oxígeno inhalado (100%)** y/o la inyección **subcutánea** de **sumatriptan** (6 mg; no más de 2 dosis en 24 h) como las opciones en primera línea para el tratamiento de los ataques agudos de la cefalea en racimos (May A, 2006). El oxígeno debería utilizarse como primera opción (en el hospital o en la puerta de urgencias, por ejemplo) por su carencia de efectos adversos. Sin embargo, se puede utilizar sumatriptán subcutáneo (6 mg) como terapia inicial en pacientes con crisis de cefalea en racimos y sin contraindicaciones para el mismo.

Para aquellos pacientes que no respondan al tratamiento con oxígeno inhalado o a los que no se pueda administrar o no toleren la inyección subcutánea de sumatriptán, se sugiere el tratamiento con triptanes intranasales. Esto incluye **sumatriptán intranasal** (20 mg) o **zolmitriptán intranasal** (5 mg) (no más de 3 dosis en 24 h). El tratamiento con triptanes intranasales tiene un comienzo de acción más lento que con la inyección subcutánea, pero tiene la ventaja de permitir una mayor frecuencia de tratamiento en las crisis recurrentes en un periodo de 24 horas (May A, 2006).

En el caso de pacientes que no respondan o no toleren los triptanes o el oxígeno, se puede utilizar **lidocaína nasal** (10 mg por pulsación, la dosis suele ser 2-3 pulsaciones en la fosa nasal del lado afecto, máximo 20 pulsaciones por día).

B. Tratamiento preventivo:

El tratamiento preventivo debería iniciarse lo antes posible al comienzo de la cefalea en racimo. El tratamiento con **verapamilo** (240 – 960 mg/día) es el de primera elección como preventivo de este tipo de cefaleas (May A, 2006). Se recomienda verapamilo como terapia de inicio en pacientes con cefalea en racimos crónica y para pacientes con periodos relativamente largos de episodios activos de esta cefalea (May A, 2014).

Debido a que se necesita un largo periodo de tiempo para alcanzar la dosis eficaz de verapamilo, puede utilizarse conjuntamente con glucocorticoides durante las dos primeras semanas de tratamiento.

Se recomienda el uso de **glucocorticoides** (**prednisona** – 60-100 mg/día) como tratamiento preventivo de primera elección en pacientes con episodios de cefalea en racimos de corta duración (por ejemplo, menos de 3 semanas). Debido a sus efectos



adversos sistémicos, sólo deberían utilizarse los glucocorticoides como profilaxis de corta duración.

Como tratamiento transicional, también se utilizan los triptanes de vida media-larga. (Naratriptán 2,5 mg, Frovatriptán 2,5-5 mg) Cada 12 a 24 horas durante una semana, hasta que comience a hacer efecto el tratamiento preventivo.

Como regla general, se pueden utilizar diferentes medicamentos combinados, en pacientes con intolerancia o contraindicaciones a los tratamientos estándar. En la mayoría de los casos en los que se usa la terapia combinada, una dosis media de **verapamilo** puede usarse **en combinación con prednisona, litio, topiramato o metisergida**.

Los datos disponibles sugieren que no son eficaces ni la toxina botulínica ni el oxígeno hiperbárico en la profilaxis de la cefalea en racimos.

El tratamiento quirúrgico es una opción en los casos de cefaleas en racimos crónica refractaria al tratamiento médico, con dolor estrictamente unilateral, un perfil psicológico adecuado y sin tendencia a las adicciones. Hay dos tipos:

- a) Procedimientos lesivos: intervenciones en la raíz sensitiva del V par homolateral.
- b) Neuroestimulación periférica del nervio occipital mayor o del ganglio esfenopalatino y neuroestimulación central hipotalámica profunda bilateral.

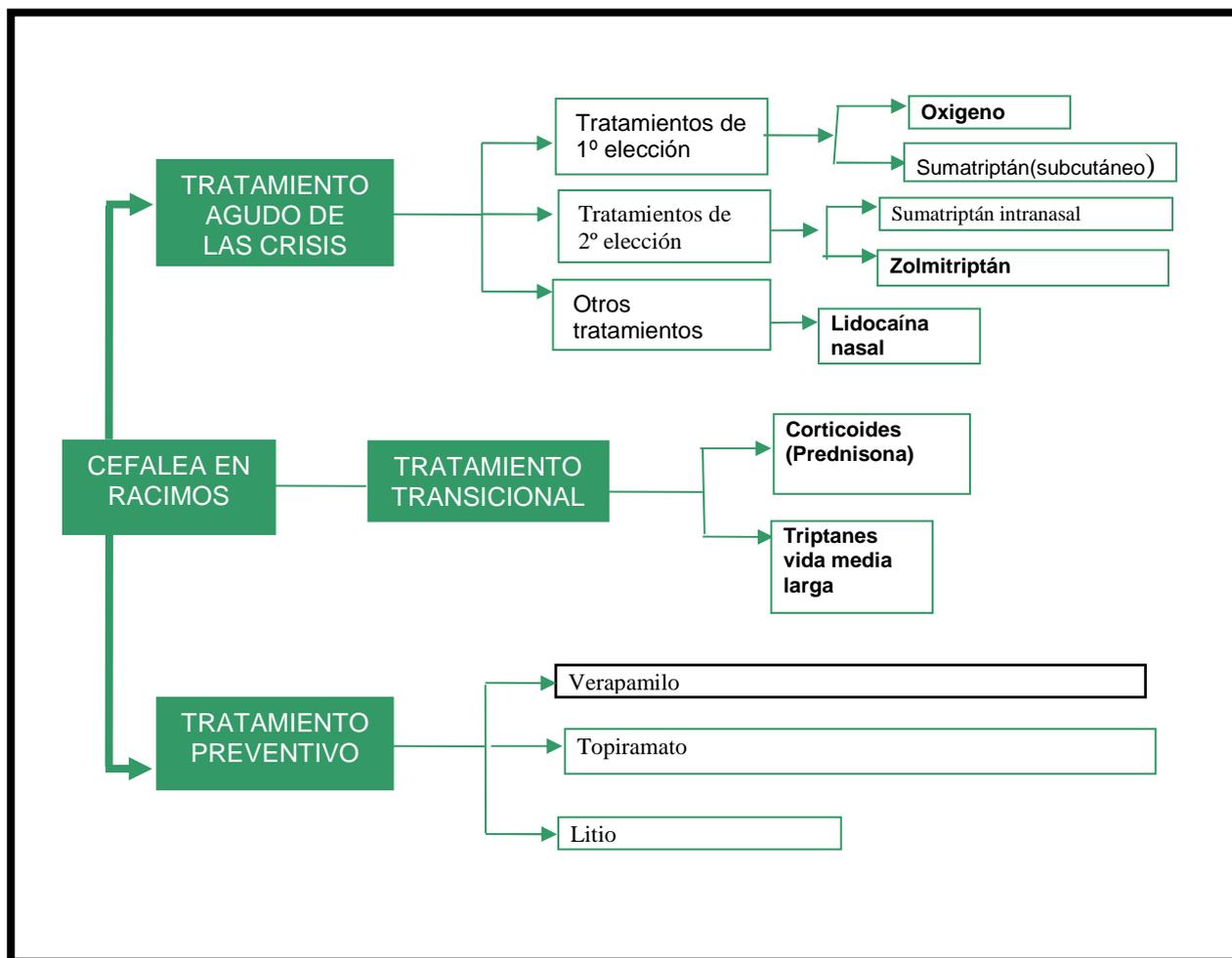


Figura 5. Tratamiento farmacológico de la cefalea en racimos.

Tabla 9. Fármacos utilizados en el tratamiento de la cefalea en racimos.

FÁRMACO	POSOLÓGÍA	OBSERVACIONES
Oxígeno 100%	Flujo: 12 l/min. (15 min.)	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Vía inhalatoria ▫ Se ha visto que flujos de 15 l/min. también son eficaces.
Sumatriptán	6 mg ▫ Dosis máxima diaria: 2	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Vía subcutánea ▫ Contraindicado en pacientes con enfermedad cardiovascular isquémica; infarto, angina Prinzmetal; HTA mal controlada; embarazo.



FÁRMACO	POSOLOGÍA	OBSERVACIONES
Sumatriptán	10-20 mg □ Dosis máxima diaria: 3	□ Vía intranasal
Zolmitriptán intranasal	5-10 mg Dosis máxima diaria: 3	□ Vía intranasal
Lidocaína	1 ml (solución 4-10%)	□ Vía intranasal
Verapamilo	360 mg/día □ Dosis de inicio: 240 mg/día □ Aumentar la dosis: 80 mg cada 10-14 días □ Dosis final: 240-320 mg/día (algunos pacientes toleran un máximo de 960 mg/día)	□ Vía oral □ Contraindicaciones: insuficiencia cardiaca y bloqueos cardiacos.
Prednisona	60-100 mg/día; 5 días □ Reducción de dosis hasta 10 mg cada 3-4 días, hasta la supresión total en 3-4 semanas.	□ Vía oral □ Efectos adversos: síndrome Cushingoide; aumento de peso; hipertensión; osteoporosis.
Litio (carbonato)	900-1200 mg/día □ Dosis inicial: 20 mg/kg (300 mg/8-12 h) □ Se aumentarán las dosis cada 4-5 días, en función de los niveles plasmáticos de litio.	□ Vía oral □ Niveles plasmáticos de litio deben mantenerse en 0.6-1.2 mmol/L □ Solo se utilizará cuando los tratamientos previos no hayan sido eficaces o estén contraindicados, debido a su estrecho margen terapéutico. □ Efectos adversos: hipertiroidismo, disfunción renal, temblor.
Topiramato	100 mg/día □ Dosis inicial: 25 mg/día; aumentar semanalmente 25 mg hasta alcanzar 100 mg/día.	□ En la mayoría de las ocasiones se asocia a verapamilo.
Gabapentina	800-3600 mg/día	

HTA: hipertensión arterial

Tabla 10. Características diferenciales de la migraña, cefalea tensional y cefalea en racimos.

	MIGRAÑA*	CEFALEA TENSIONAL*	CEFALEA EN RACIMOS
Localización	Unilateral (70%) Bilateral (30%)	Bilateral	Unilateral (periocular)
Edad	5 - 35 años	10 - 50 años	15 - 40 años
Sexo	Femenino	Femenino	Masculino
Características del dolor	Intensidad moderada, grave, pulsátil	Intensidad leve, moderada, opresivo, sordo	Gran intensidad, urente, punzante
Duración	4 - 72 horas	Variable	15 min - 90 min
Síntomas asociados	Foto y/o fonofobia	Foto o Fonofobia Mareo	Lagrimo, ptosis y miosis ipsilateral, rinorrea
	Vómitos y/o nauseas	No vómitos ni nauseas	Sudoración y palidez
	Antecedentes familiares (70%)	No antecedentes familiares	Antecedentes familiares (3-7%)
	Con o sin aura	Relacionada con estrés	Ataques nocturnos (50-75%)
	Empeora con ejercicio	Puede o no empeorar con ejercicio	No empeora con el ejercicio

- La migraña y la cefalea tensional pueden coexistir.

5. NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

Se utiliza el término neuralgia del trigémino clásica o esencial (en lugar de primaria) según criterios diagnósticos por neuroimagen, en donde se visualiza compresión neurovascular del nervio trigémino por la arteria cerebelosa superior. Es recomendable la práctica de una RMN craneal a toda neuralgia del trigémino de nuevo diagnóstico que permita descartar las neuralgias sintomáticas.

Es la neuralgia más frecuente dentro de las algias faciales produciéndose con mayor frecuencia en mujeres mayores de 40 años, aumentando su frecuencia con la edad. Sospechar que es secundaria sobre todo en menores de 50 años.



La presencia de hipoestesia o hipoalgesia en la región del trigémino afectada siempre señala un daño axonal.

Criterios diagnósticos

Se distinguen dos tipos de neuralgia del trigémino:

- **Neuralgia esencial o clásica del trigémino** caracterizada por presentar al menos 3 episodios de dolor facial unilateral localizados en una o más ramas del nervio trigémino, no existiendo evidencia clínica de déficit neurológico. A su vez el dolor debe presentar al menos tres de las siguientes características:
 - Ataques paroxísticos recurrentes de entre una fracción de segundo hasta 2 minutos de duración.
 - Intensidad severa
 - Sensación de descarga eléctrica, lancinante, punzante o dolor agudo.
 - Se agrava con estímulos triviales (tocar “zonas gatillo”), aunque también puede aparecer de forma espontánea.
- **La neuralgia sintomática del trigémino**, presenta las mismas características que la anterior, diferenciándose en que puede mostrar alteración sensitiva y se relaciona con lesiones estructurales diferentes de la compresión vascular.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

La neuralgia del trigémino esencial tiene como primera elección el tratamiento médico que se realiza generalmente con fármacos antiepilépticos o, como ahora se denominan, neuromoduladores. Se puede intentar tratamiento quirúrgico, que se usa en neuralgias secundarias o ante las que no responden a tratamiento. Se debe intentar conseguir la menor dosis eficaz, incrementándola si es preciso.

Entre los fármacos más usados en el tratamiento médico se encuentran:

- Carbamazepina.

Es tratamiento de elección. Se inicia con dosis de 100 mg/12 h, aumentando progresivamente 100 mg cada 2-3 días hasta que desaparezca el dolor o hasta un máximo de 800-1200 mg/día en tres dosis. Se debe mantener el tratamiento hasta estabilización de los síntomas y posteriormente bajar hasta una dosis mínima eficaz de mantenimiento que variará según el paciente de 200 a 800 mg / día. *(O también se podría retirar)*



Antes de instaurar el tratamiento se debería realizar analítica con hemograma, función renal y hepática, así como ECG. Los efectos adversos más frecuentes se dan entre personas mayores y dependen generalmente de la dosis, consistiendo en anorexia, ataxia, confusión, agitación, cefalea, diarrea o estreñimiento, diplopía...

- Fenitoína

Se usa como primera elección en ancianos, sola o asociada a carbamazepina para disminuir dosis. Se inicia con 100 mg/12 h., subiendo dosis progresivamente hasta 300-600 mg/24 h.

- Lacosamida

Está yendo muy bien en casos que no han respondido a otros fármacos, como tratamiento asociado o como monoterapia.

- Gabapentina

Útil en tratamiento de casos resistentes. Su dosis es de 900 a 3500 mg / día. Con precaución en fracaso renal y contraindicada en crisis de ausencia.

- Pregabalina

Inicio de 75 mg/12 h, con incremento semanal de 50-75 mg/día, hasta una dosis de mantenimiento de 300-600 mg/día en dos tomas.

- Lamotrigina

Se puede usar en neuralgias idiopáticas y secundarias. Se comienza con 25 mg/día, aumentando 25 mg/ día cada dos semanas hasta 500 mg / 24 h.

- Ácido Valproico

Se usa cuando los otros tratamientos no son bien tolerados o no son efectivos. Debe usarse en monoterapia por sus interacciones. Se administra a dosis de 800-1200 mg / día.

- Oxcarbazepina

Dosis de inicio de 150 mg en dosis nocturna, con subida progresiva de dosis de 150/300 cada 3-5 días, hasta 600 - 2400 mg /día repartidos en dos tomas.

- Baclofeno

Suele asociarse a la carbamazepina cuando no es suficiente su efecto o puede usarse como tratamiento único. Se inicia con 5 mg / 8 horas, aumentando cada 3 días 5 mg en una de las tomas hasta llegar a 75 mg/ día en tres tomas.

- Clonazepam

Se asocia a carbamazepina o fenitoína si no son suficientes en monoterapia. La dosis de inicio es 0,5 a 1 mg / día, aumentando cada 3 días 0,5 a 1 mg y hasta una dosis máxima de 20 mg / día.



- Topiramato

Inicio con 12,5 a 25 mg / día con incrementos semanales de 12,5 a 25 mg/ día. La dosis diaria final sería de 200-300 mg dividido en dos tomas.

- Duloxetina

Se inicia con 30 mg/día, subiendo hasta una dosis de 60-120 mg/día generalmente en dos tomas.

6. CEFALEA POR ABUSO DE MEDICACIÓN

Es una cefalea prevalente, ya que la sufre más de un 1% población general, debida en parte al incremento de la automedicación. Se da más en mujeres (74%) que en hombres (26%), con una edad media de de 40-50 años y en personas con nivel socioeconómico bajo. El nivel de calidad de vida de estos pacientes, se ve afectado con mayor intensidad que en aquellos que padecen cefaleas esporádicas.

Se debe a una interacción por la toma excesiva de medicamentos para el tratamiento de las cefaleas, sobre todo los analgésicos, y de pacientes susceptibles.

La cefalea primaria que con mayor frecuencia se ha relacionado con la CAM es la migraña.

La CAM tiene un patrón clínico variable, generalmente existe una cefalea de fondo de intensidad moderada, opresiva, holocraneal, sobre la que se superponen episodios de agravamiento que conservan las características originales de la cefalea primaria (por ejemplo, unilateralidad o pulsatilidad en los pacientes migrañosos).

Algunos fármacos, como los triptanos, los ergóticos, la codeína, y otros opioides, pueden inducir dependencia física, por lo que producen también con frecuencia CAM

Se ha descrito que tanto el periodo medio como las dosis mensuales de inducción de CAM es menor para los triptanes que para los ergóticos y para estos menor que para los analgésicos. Sin embargo, las cefaleas que conducen al abuso de triptanes son más graves, sesgando la comparación. La cefalea de rebote, por supresión, que presentan los pacientes si no toman los fármacos conduce a la perpetuación del consumo. Esta cefalea de rebote es con frecuencia matutina o despierta al paciente.

Otros mecanismos psicológicos, como el miedo de la cefalea inminente o la mayor efectividad del tratamiento precoz pueden favorecer el aumento del consumo de fármacos, provocando CAM.



Criterios diagnósticos

El diagnóstico de cefalea por abuso de fármacos se hace en cefaleas presentes ≥ 15 días al mes, con abuso regular durante más de tres meses de uno o más fármacos para el tratamiento sintomático de la cefalea:

- ≥ 10 días al mes de consumo de ergotamina, triptanes, opioides, combinaciones de analgésicos
- ≥ 15 días de consumo de un analgésico simple
- combinaciones de diferentes fármacos

La cefalea suele resolverse o revertir a su patrón previo, tras la interrupción del tratamiento.

MANEJO DE LA CEFALEA POR ABUSO DE MEDICACIÓN

En el manejo de la cefalea por abuso de medicación o de fármacos, son importantes los siguientes pasos:

- A. Educar al paciente
- B. Retirada brusca del analgésico que provoca la cefalea
- C. Terapia de transición

A. Educar al paciente:

Es importante educar al paciente sobre el efecto perjudicial del abuso de analgésicos, concretamente informarle sobre que los medicamentos analgésicos pueden producir cefaleas por abuso de analgésicos y que el abuso de estos medicamentos puede llegar a anular la eficacia de las medidas preventivas de las cefaleas.

B. Retirada brusca del analgésico que provoca la cefalea:

Para la mayoría de los pacientes con cefalea por abuso de analgésicos se recomienda la retirada brusca del analgésico. Durante la retirada, los dolores de cabeza pueden exacerbarse y además, pueden aparecer el síndrome de abstinencia con síntomas tales como náuseas, vómitos, ansiedad, nerviosismo o alteraciones del sueño. Estos síntomas suelen durar entre 2 y 10 días aunque en ocasiones pueden llegar a durar hasta 4 semanas.

En el caso de abuso de barbitúricos, opiáceos o benzodiacepinas, cuando las dosis y/o la frecuencia de administración no son muy elevadas, se recomienda la retirada brusca de los mismos; sin embargo, cuando estos fármacos se utilizan a altas dosis o se



administran frecuentemente, se recomienda una retirada paulatina de dichos medicamentos, especialmente de los barbitúricos y benzodiazepinas.

Terapia de transición

También se puede llevar a cabo lo que se conoce como terapia de transición, que se usa para aliviar los síntomas del síndrome de abstinencia provocado por la retirada brusca de los analgésicos.

En el caso de pacientes ambulatorios, como tratamiento de primera elección se utilizarían **AINE** de larga duración de acción (**naproxeno**) o **prednisona** oral.

En el caso de pacientes hospitalarios, los medicamentos de elección serían **valproato** intravenoso o **metilprednisolona** intravenosa.

C. Tratamiento preventivo

Se recomienda utilizar un tratamiento preventivo con el fin de evitar la recurrencia del abuso y según el tipo de cefalea de base. Si la cefalea de base es la *migraña* y los ataques son frecuentes, se utilizarán betabloqueantes o neuromoduladores como topiramato o ácido valproico; y amitriptilina si se asocia a componente *tensional* (ver apartados correspondientes).

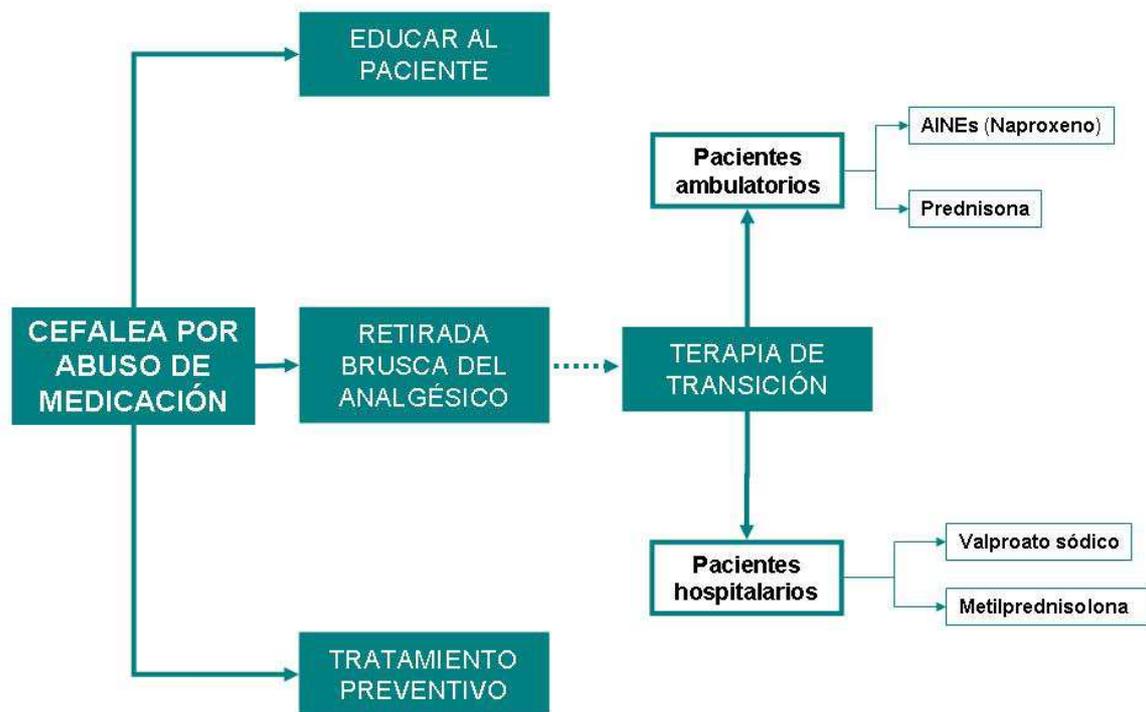


Figura 6. Manejo de la cefalea por abuso de medicación.

Tabla 11. Fármacos utilizados en el tratamiento de la cefalea por abuso de medicación.

FÁRMACO	POSOLÓGÍA	OBSERVACIONES
Naproxeno	550 mg/12 h (2-4 semanas)	▫ Vía oral
Prednisona	100 mg	▫ Vía oral
Valproato sódico	▫ Dosis inicial: 15 mg/kg durante 30 min. ▫ Dosis de mantenimiento: 5 mg/kg durante 15 cada noche durante 12-48 h.	▫ Vía intravenosa
Metilprednisolona	100-200 mg/12 h; 2-3 días	▫ Vía intravenosa



VI. REVISIONES

Próxima revisión en 2 años.

VII. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTRO

Historia clínica en atención primaria y especializada.

VIII. INDICADORES

Normas de Calidad

- Porcentaje de pacientes en los que la valoración inicial de la cefalea en Atención Primaria incluye: anamnesis mediante entrevista semiestructurada, exploración física, pruebas complementarias.
- Porcentaje de pacientes en los que el tiempo de respuesta en Atención Especializada ambulatoria, en caso de estado de mal jaquecoso; cefaleas en racimos y cefaleas sintomática con sospecha de procesos intracraneales, es inferior a 7 días.

Otros indicadores

- Cobertura del Proceso en Atención Primaria (pacientes distintos incluidos en el proceso).
- Pacientes con diagnóstico de migraña y tratamiento profiláctico adecuado.
- Uso inadecuado de pruebas de neuroimagen en pacientes con migraña.
- Tratamiento analgésico adecuado en mujeres con migraña menstrual.

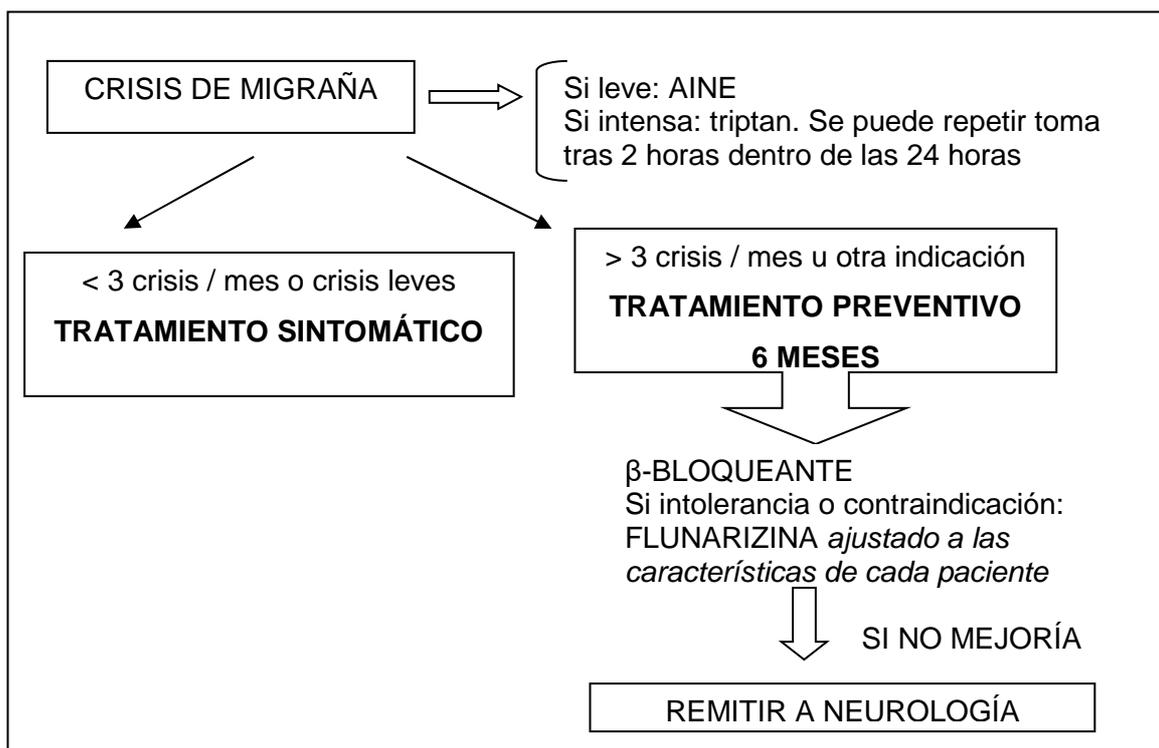


IX. ANEXOS

VIDA MEDIA TRIPTANES

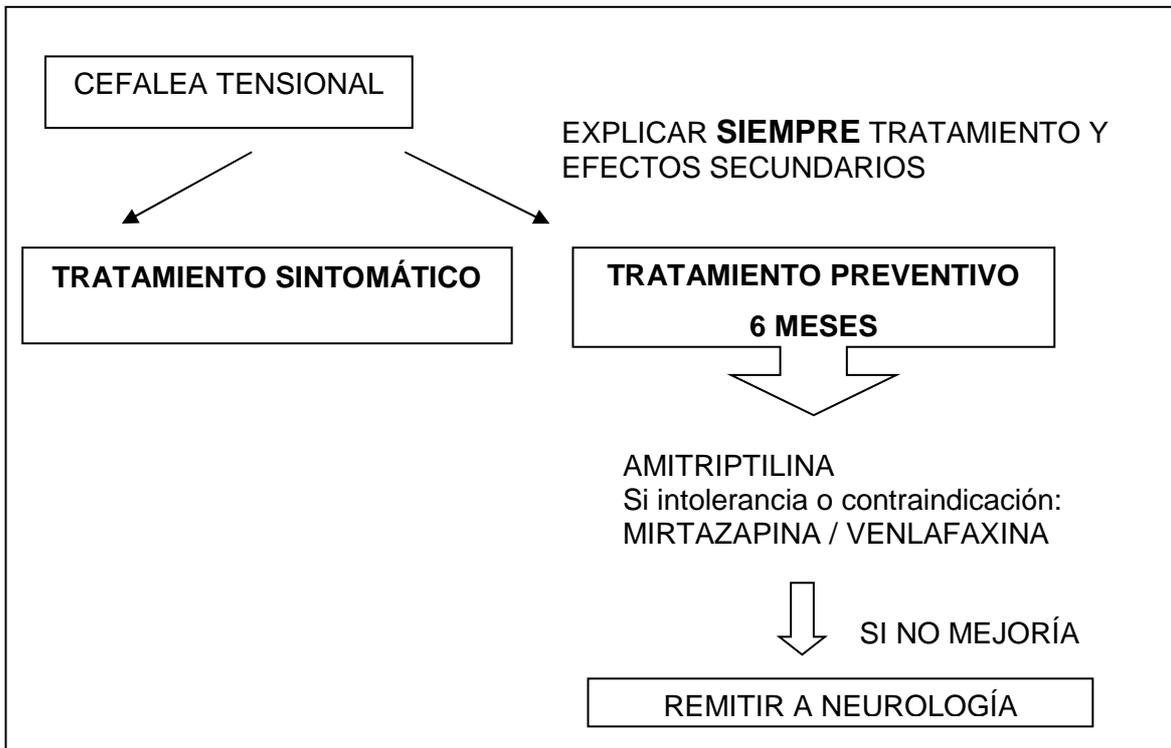
	Tiempo en alcanzar la Max concentración plasmática(horas)	Vida $\frac{1}{2}$ (horas)
Sumatriptan	10 min	2
Rizatriptan	1	2
Zolmitriptan	1,5	2,3-3
Almotriptan	2,5-2,7	3,1-3,6
Eletriptan	1,4-1,8	6,3
Naratriptan	2	5,5
Frovatriptan	2-4	26

MANEJO DE LA MIGRAÑA

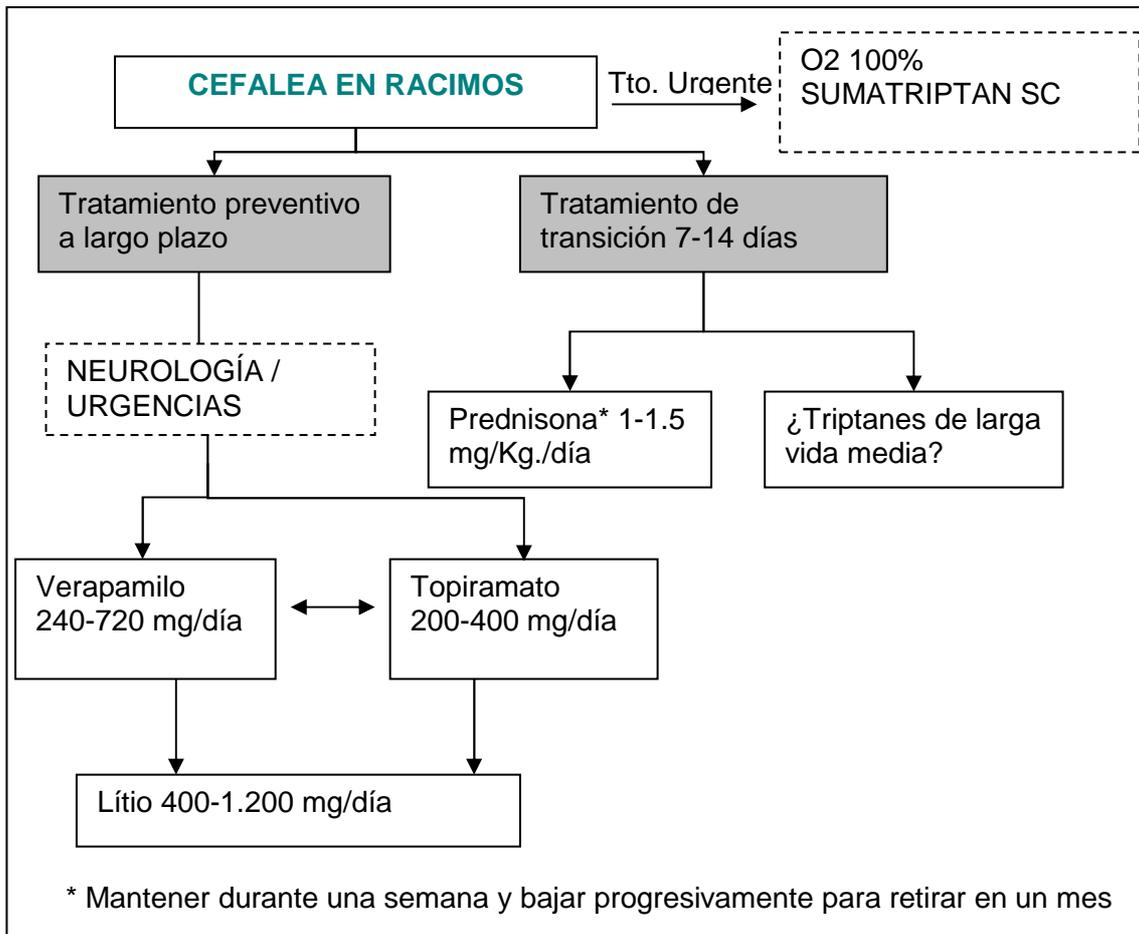




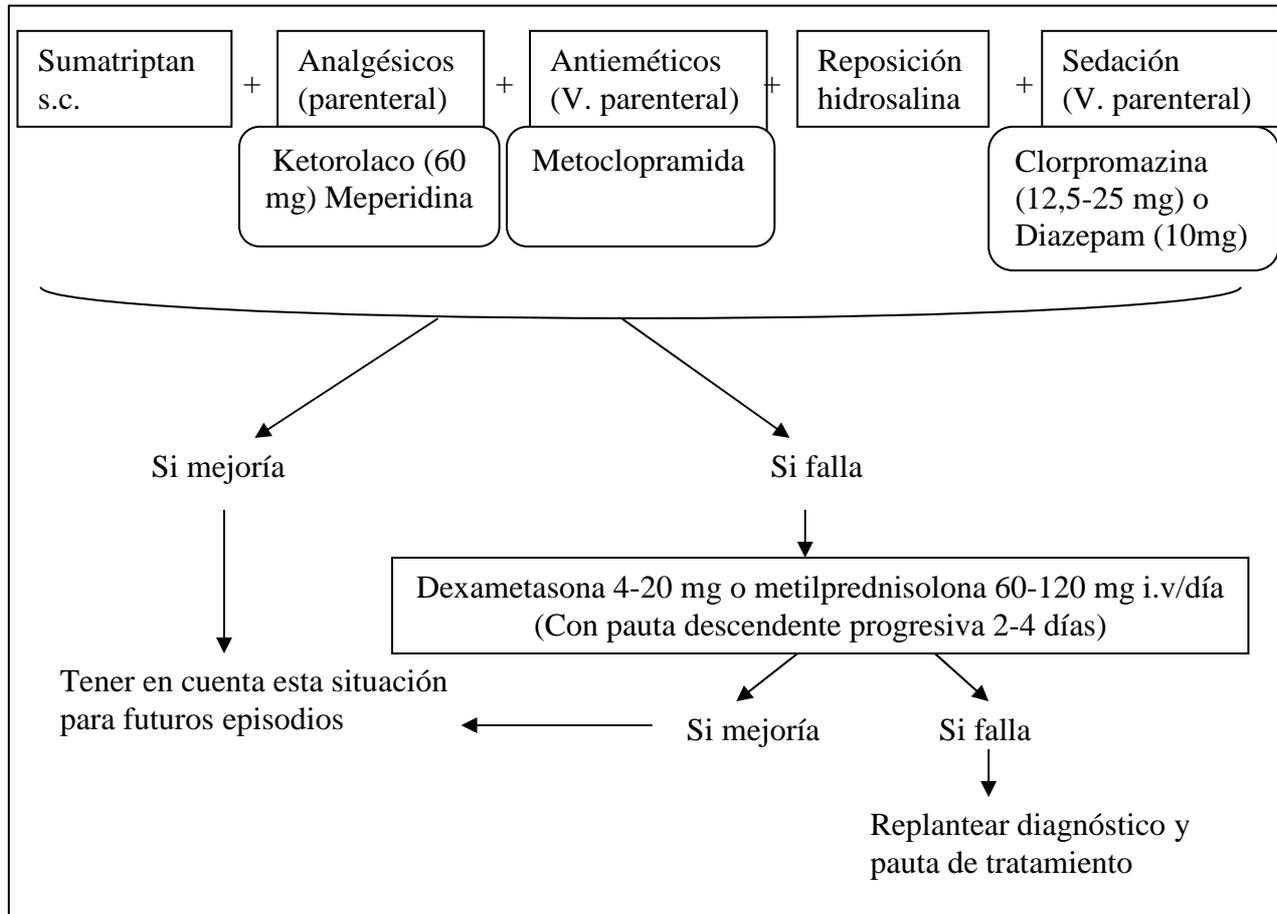
MANEJO DE LA CEFALEA TENSIONAL



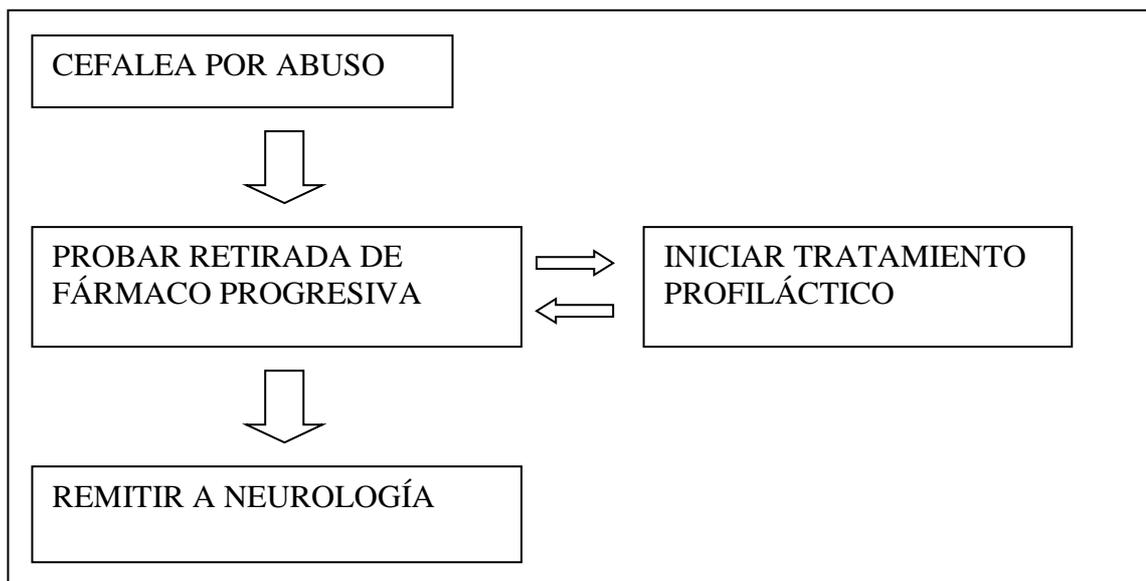
MANEJO DE LA CEFALEA EN RACIMOS.



MANEJO DEL ESTATUS MIGRAÑOSO



MANEJO DE LA CEFALEA POR ABUSO DE ANALGÉSICOS



X. BIBLIOGRAFÍA

- III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas. Versión beta (marzo de 2013). Título abreviado: ICHD-III (beta).
- Aurora S., *et al* *Onabotulinumtoxin A for treatment of chronic migraine: results from the double blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 1 trial.* *Cephalalgia* 2010; 30-793.
- Bajwa ZH. Preventive treatment of migraine in adults. En: UpToDate®, Swanson J (Ed.), UpToDate®, Waltham, MA (Consultado el día 24 de Mayo de 2017).
- Cefaleas. Guía de Actuación Clínica en A. P. Víctor Pedrera Carbonell, Especialista en Medicina de Familia. Director de Atención Primaria del Área 17 de Salud. M^a José Miralles Parres, Residente de Medicina de Familia. 3^a año. C.S. Santa Pola (Alicante). José Miguel Lainez Andrés, Especialista en Neurología. Jefe de la Unidad de Cefaleas del Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Valencia.
- Consejería de Salud. Guías de Lectura Rápida de Procesos Asistenciales Integrados: Cefaleas. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2003.
- Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado: Cefaleas. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla, 2002.
- Dodick DW, Rozen TD, Goadsby PJ, Silberstein SD. Cluster headache. *Cephalalgia* 2000; 20: 787-
- Garza I. Chronic migraine treatment. En: UpToDate®, Swanson J (Ed.), UpToDate®, Waltham, MA (Consultado el día 24 de Mayo de 2017).
- Guía de la SEN para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas 2015.
- Guía rápida de cefaleas. Consenso entre atención Primaria y Neurología. Editores: José Antonio Heras Pérez (coordinador), Comité ad Hoc del grupo de Estudios de Cefaleas de la SAN, SEMERGEN Y SEMFYC. (Granada 2012)
- May A. Cluster headache: treatment and prognosis. En: *UpToDate*®, Swanson J (Ed), UpToDate®, Waltham, MA (Consultado el día 24 de Mayo de 2017).
- May A. Headaches with (ipsilateral) autonomic symptoms. *J Neurol* 2003; 250: 1273-
- Organización Mundial de la Salud (OMS) Nota descriptiva 277. 2012



- Taylor FR. Tension-type headache in adults: treatment. En: UpToDate®, Swanson J (Ed.), UpToDate®, Waltham, MA (Consultado el día 24 de Mayo de 2017).
- Zakrzewska JM, Linskey ME. "Trigeminal neuralgia". BMJ (Clinical research ed.). ISSN 0959-8138. 2015 Mar 12. Vol: 350. Pag: h1238.)