



TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA

SUMARIO

- ▶ INTRODUCCIÓN
- ▶ DIAGNÓSTICO
- ▶ TRATAMIENTO
 - TRATAMIENTO AGUDO
 - Analgésicos y antiinflamatorios
 - Triptanes
 - Antieméticos
 - Otros fármacos
 - TRATAMIENTO PREVENTIVO
 - Profilaxis de la migraña menstrual
- ▶ CONSIDERACIONES DEL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA EN EL EMBARAZO
- ▶ TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
- ▶ CEFALEA POR ABUSO DE FÁRMACOS



INTRODUCCIÓN

La migraña se caracteriza por episodios recurrentes de dolor de cabeza incapacitantes, típicamente unilaterales, generalmente acompañados de náuseas y/o sensibilidad a la luz o sonidos. Las crisis duran de 4 a 72 horas (sin tratamiento adecuado) y pueden ir precedidas o acompañadas de un aura. Con frecuencia existe una historia familiar de migraña. Es más frecuente en mujeres que en hombres; las crisis ocurren hasta en un 17% de las mujeres y en un 6% de los hombres, cada año^{1,2}.

Según la tercera edición del "The International Classification of Headache Disorders" (ICHD-3) la migraña se clasifica en migraña con aura o sin aura. La migraña sin aura es el tipo más común, aproximadamente el 75% de los casos¹. A su vez las migrañas se pueden clasificar como episódicas, cuando ocurren menos de 15 días al mes, o crónicas cuando aparecen cefaleas durante 15 o más días al mes (de las cuales 8 o más son crisis de migraña), durante más de tres meses³.

Además de la migraña, entre las cefaleas primarias se incluyen la cefalea tensional y la cefalea en racimos. La cefalea por abuso de fármacos es un problema cada vez más reconocido, que afecta aproximadamente al 1% de la población y cuyo origen es frecuentemente la migraña^{3,4}.

En este INFAC se revisan el manejo de la migraña, los tratamientos disponibles para paliar los síntomas agudos y los tratamientos preventivos para disminuir la intensidad o frecuencia de las crisis de migraña, tanto en adultos como en población pediátrica.

DIAGNÓSTICO

A menudo la migraña se infradiagnostica o no se diagnostica de forma correcta, por lo que puede no tratarse adecuadamente³. La mayoría de los pacientes se pueden diagnosticar mediante una adecuada anamnesis y una exploración minuciosa. Solo son necesarias pruebas complementarias en caso de signos de alarma o cefaleas que no cumplen los criterios diagnósticos⁴.

Criterios diagnósticos de la migraña (según ICHD-3):

Migraña sin aura	Migraña con aura
A. Al menos 5 crisis que cumplan todos los criterios B a D B. Crisis de cefalea que duran de 4 a 72 horas (sin tratamiento o sin éxito) C. El dolor de cabeza tiene al menos dos de las siguientes características: • Unilateral • Carácter pulsátil • Dolor moderado o intenso • Se agrava al realizar actividades físicas habituales (por ejemplo, caminar o subir escaleras) o se evita hacer esas actividades D. Durante el dolor de cabeza al menos uno de los siguientes: • Náuseas, vómitos o ambos • Fotofobia y fonofobia E. No se explica mejor por otro diagnóstico ICHD-3	A. Al menos 2 crisis que cumplan todos los criterios B y C B. Al menos uno de los siguientes síntomas reversibles de aura: visual, sensorial, habla y/o lenguaje, motor, tronco cerebral o retina C. Al menos 2 de las siguientes características: • Al menos un síntoma de aura se manifiesta gradualmente durante ≥ 5 minutos y/o, a continuación, dos o más síntomas • Cada síntoma individual del aura dura de 5 a 60 minutos • Al menos un síntoma de aura es unilateral • Aura acompañada o seguida (antes de 60 minutos) por cefalea D. No se explica mejor por otro diagnóstico ICHD-3 y se ha excluido el ataque isquémico transitorio

TRATAMIENTO

En los pacientes con migraña es importante mantener ciertas rutinas como la regularidad en las comidas, ejercicio y sueño, hidratarse de forma adecuada, evitar factores desencadenantes en el caso de que el paciente los tenga identificados y considerar actividades que inviten a la relajación³.

“ En las crisis, el tratamiento debe tomarse lo antes posible ”

Entre las medidas no farmacológicas que pueden ser útiles en la prevención de la migraña se incluyen el ejercicio aeróbico, el biofeedback, terapias cognitivo-conductuales, acupuntura y estimulación transcutánea nerviosa eléctrica (TENS supraorbital)⁵. Sin embargo, para la mayoría de los pacientes, el tratamiento basado únicamente en prevenir los factores desencadenantes consigue un efecto marginal y el tratamiento farmacológico es necesario, pudiendo usarse medidas no farmacológicas de forma combinada. No existen actualmente tratamientos curativos para la migraña⁴.

El manejo farmacológico de la migraña se basa en el tratamiento sintomático de los episodios agudos, valorando también en algunos casos el tratamiento preventivo. La selección entre los distintos fármacos que se utilizan (analgésicos, AINE, triptanes, antieméticos, betabloqueantes, antidepresivos, antiepilépticos...) se realiza en función de la intensidad y frecuencia de las crisis, la presencia de náuseas o vómitos, las preferencias del paciente, la existencia de comorbilidades (por ejemplo factores de riesgo cardiovascular) y otros tratamientos concomitantes^{3,6}.

TRATAMIENTO AGUDO

El objetivo es eliminar o reducir de forma significativa la intensidad de la cefalea y otros síntomas de la migraña. El tratamiento es más eficaz si se inicia tan pronto como el paciente identifique la cefalea migrañosa^{2,3,6}. Generalmente se administra una sola vez, con la posibilidad de repetirlo con el mismo o con otro medicamento si no hay respuesta adecuada³. Una única dosis alta es más efectiva que pequeñas dosis repetidas⁶.

“ Se debe advertir al paciente del riesgo de cefalea por abuso de fármacos ”

La estrategia utilizada debe tener en cuenta las preferencias del paciente y debe ser individualizada para cada paciente y para cada crisis^{3,4}.

El ácido acetilsalicílico (AAS), los AINE y los triptanes se consideran tratamientos de primera línea.

El tratamiento puede ser escalonado o estratificado. En el tratamiento escalonado se utilizan de primera línea altas dosis de analgésicos (AAS) o AINE y si no son eficaces en tres crisis de migraña se pasa a utilizar triptanes. En el tratamiento estratificado los pacientes pueden utilizar dosis altas de analgésicos o AINE para un dolor de cabeza más leve y triptanes para uno más intenso³.

En caso de falta de respuesta a un determinado tratamiento, el paciente deberá tener pautados tratamientos alternativos⁶. Cuando se inicia un tratamiento agudo es importante advertir al paciente del riesgo de cefalea por abuso de fármacos y limitar el número de días al mes con tratamiento sintomático^{3,4}.

Analgesicos y AINE^{3,6,7}

- AAS se recomienda a dosis de 1 g.
- Entre los AINE se recomienda el ibuprofeno a dosis de 400 mg. Si no es eficaz se puede aumentar la dosis a 600 mg. Naproxeno también se ha mostrado eficaz en el alivio del dolor. Si un AINE no funciona se puede probar con otro, ya que algunos pacientes pueden responder mejor a un AINE que a otro. Otros AINE con eficacia demostrada en migraña son diclofenaco o dexketoprofeno.
- Se puede considerar la utilización de paracetamol a dosis de 1 g en pacientes que no puedan utilizar otros tratamientos.

“ El AAS, los AINE y los triptanes se consideran tratamientos de primera línea en las crisis ”

Triptanes

Su eficacia es mayor si se administran de forma precoz, mientras el dolor es leve o moderado, ya que mejoran la respuesta al dolor y reducen la tasa de recurrencias^{3,7}. En pacientes con aura, se toman al inicio de la cefalea, no al inicio del aura, salvo que se presenten simultáneamente^{2,3,6}.

“ Si un triptán no es eficaz en 3 crisis consecutivas, se debe probar con otro ”

El tratamiento con triptanes orales proporciona alivio de la cefalea en aproximadamente dos tercios de los pacientes⁴. Si no hay respuesta no se debe administrar una segunda dosis⁸. Por otra parte, del 20 al 40% de los pacientes con migraña moderada a intensa presentan recurrencias dentro de las 24 horas siguientes a la

toma de un triptán. Estas recurrencias pueden responder a una segunda dosis⁷. El uso de triptanes se debería restringir a 2 veces por semana (≤ 9 días al mes) para evitar la cefalea por abuso de fármacos^{3,9}.

Los distintos triptanes tienen una eficacia similar, por lo que no se recomienda un triptán en concreto para iniciar el tratamiento^{3,9}. Cuando el primer triptán no es eficaz (después de haberlo administrado en 3 crisis consecutivas), se debe cambiar a otro triptán en la siguiente crisis⁹, considerar un aumento de dosis o cambiar a otra forma galénica^{3,4,6}.

Dentro de una misma crisis, aunque la primera dosis no sea eficaz, no se debería cambiar a otro triptán diferente⁹. No se deben usar triptanes en 24 horas tras el uso de otro triptán o derivado ergotamínico, debido a la posible vasoconstricción aditiva.

Tabla de triptanes comercializados adaptado de 2,8,10

	Inicio de acción	Repetir dosis en	Interacciones significativas	Dosis/unidad (Dosis máx./día)	Precio/dosis (€)
Orales					
Almotriptán	30 min	2h	Ninguna	12,5 mg (máx. 25 mg)	4,90
Eletriptán	30 min	2h	No usar inhibidores CYP3A4 en 72 h	20 mg 40 mg (máx. 80mg)	2,75 4,40
Frovatriptán (*)	2h	2h	Ninguna	2,5 mg (máx. 5 mg)	5,35
Naratriptán (*)	1 h	4 h	Ninguna	2,5 mg (máx. 5 mg)	3,23
Rizatriptán	30 min	2h	No utilizar IMAO de forma concomitante, ni en las dos semanas siguientes. Con propranolol, limitar la dosis a 5 mg de rizatriptán.	10 mg (máx. 20 mg)	4,40
Sumatriptán	30 min	2h	No utilizar IMAO de forma concomitante, ni en las dos semanas siguientes.	50 mg 100 mg (máx. 300 mg)	3,05 5,86
Zolmitriptán	1 h	2h	No utilizar IMAO de forma concomitante, ni en las dos semanas siguientes. Con inhibidores CYP1A2, limitar la dosis a 5 mg de zolmitriptán	2,5mg 5 mg (máx. 10 mg)	2,68 5,36
Subcutáneo					
Sumatriptán (**)	10 min	1h	No utilizar IMAO de forma concomitante, ni en las dos semanas siguientes.	6 mg (máx. 12 mg)	13,11
Nasal					
Sumatriptán	15 min	2h	No utilizar IMAO de forma concomitante, ni en las dos semanas siguientes.	10 mg 20 mg (máx. 40 mg)	5,90 10,70
Zolmitriptán	10-15 min	2h	No utilizar IMAO de forma concomitante, ni en las dos semanas siguientes. Con inhibidores CYP1A2 (fluvoxamina, quinolonas), limitar la dosis a 5 mg de zolmitriptán	5 mg (máx. 10 mg)	10,70

(*) Tienen un inicio de acción más lento y menor respuesta inicial pero se toleran mejor^{6,7}

(**) El sumatriptán subcutáneo tiene más efectos adversos que el oral⁷

En pacientes con crisis intensas se debe valorar combinar el triptán con un AINE (por ejemplo, naproxeno), así como el uso de formas nasales o subcutáneas si se precisa un inicio de acción inmediato^{3,6,7,9}.

Todas las presentaciones orales, incluidas las bucodispersables, se absorben a nivel gástrico, por lo que en pacientes con vómitos al inicio de la crisis, se deberá valorar el uso de presentaciones nasales (sumatriptán, zolmitriptán) o subcutáneas (sumatriptán), junto con el antiemético, teniendo en cuenta también, que una proporción significativa de la dosis nasal se absorbe a nivel gástrico³.

Los efectos adversos de los triptanes son de leves a moderados⁷. No se deben usar en caso de hipertensión no controlada, o enfermedad cardiovascular o cerebrovascular. Se deben usar con precaución en pacientes con factores de riesgo cardiovascular^{3,7}. Sumatriptán está contraindicado en insuficiencia hepática grave y naratriptán en insuficiencia renal o insuficiencia hepática grave⁷.

Antieméticos

Deben asociarse al tratamiento en pacientes con náuseas o vómitos. Se puede considerar metoclopramida 10 mg oral o parenteral o domperidona 10 mg por vía oral⁴.

Como tratamiento de urgencia, para el alivio del dolor, se puede administrar metoclopramida 10 mg o clorpromazina 10-12,5 mg en monoterapia por vía intravenosa⁴. Metoclopramida no debe utilizarse regularmente debido al riesgo de efectos adversos extrapiramidales³. Domperidona se debe usar con precaución en pacientes con patología cardíaca⁸.

Otros fármacos

- La ergotamina oral o rectal en asociación con cafeína y/o paracetamol (Cafergot® o Hemicraneal®), no es el fármaco de elección en la mayoría de los pacientes debido a su incierta eficacia y riesgo de efectos adversos graves⁶. Es menos eficaz que los triptanes⁷. Debe evitarse en pacientes con factores de riesgo cardiovascular⁶ y está contraindicada en el embarazo y lactancia⁷. Puede empeorar las náuseas y vómitos asociados a la migraña⁶. Puede ser de utilidad en pacientes con migrañas prolongadas (más de 48 horas) y posiblemente en aquellos con recurrencias frecuentes^{4,6}.
- Metamizol: existen alternativas mejor contrastadas y carentes de los efectos secundarios propios de este fármaco⁴.
- Los opioides se deben evitar ya que no son tan efectivos como los triptanes y su uso se puede asociar a tolerancia, dependencia, sobredosificación y cefalea por abuso de fármacos^{2,6,9}.
- Existe limitada experiencia en cuanto a la utilidad de prednisona o dexametasona en la migraña³.
- Lasmiditan es un fármaco de una familia nueva: los ditanes, agonistas selectivos de los receptores serotoninérgicos 5-HT_{1F}. Tiene la particularidad de que no tiene actividad vasoconstrictora. No está comercializado aún en nuestro país¹¹.

IDEAS CLAVE DEL DIAGNÓSTICO DE LA MIGRAÑA

- Considerar el diagnóstico de migraña en cualquier paciente con cefaleas episódicas incapacitantes.
- Si las cefaleas episódicas incapacitantes son prácticamente diarias, probablemente se trata de una migraña crónica.
- Preguntar por el uso de medicación aguda. Si se toma más de 2 veces por semana considerar una cefalea por abuso de fármacos. Un diario de cefaleas puede ser útil.

IDEAS CLAVE DEL DEL TRATAMIENTO AGUDO DE LA MIGRAÑA

- AAS 1 g o ibuprofeno 400-600 mg.
- Triptanes:
 - Todos los triptanes tienen una eficacia similar
 - Los triptanes solo actúan cuando ha empezado el dolor de cabeza
 - Es eficaz si actúa en 2 de cada 3 crisis
- Si hay vómitos precoces persistentes, añadir metoclopramida o domperidona 10 mg. Considerar zolmitriptán nasal o sumatriptán subcutáneo.
- En caso de ausencia de respuesta tras varias crisis, cambiar de triptán o combinar un triptán con un AINE.
- Evitar el uso de opioides y restringir el uso de medicación aguda a 2 días a la semana.
- Una dosis insuficiente o la elección de una vía de administración inadecuada (por ejemplo vía oral en pacientes con vómitos) puede prolongar la clínica, aumentar la ingesta de analgésicos y cronificar el proceso.

TRATAMIENTO PREVENTIVO

Los objetivos del tratamiento preventivo son reducir la frecuencia de las crisis, su severidad y duración, mejorar la respuesta al tratamiento agudo, mejorar la función y reducir el malestar y prevenir la progresión de migraña episódica a migraña crónica⁵.

Se deben recordar las medidas higiénico-dietéticas del sueño, rutinas en los horarios de comidas, ejercicio regular y manejo de desencadenantes, que son la base del tratamiento preventivo⁵.

La profilaxis de la migraña se puede valorar en los siguientes casos, siempre en función del impacto y preferencias del paciente^{2,5}:

- Crisis de migraña que reducen de forma significativa la calidad de vida a pesar de recibir un tratamiento agudo apropiado, debido a su alta frecuencia, su intensidad o su duración.
- Cuando el tratamiento agudo está contraindicado, presenta efectos adversos intolerables o no es eficaz.
- Riesgo de cefalea por abuso de fármacos.

El tratamiento preventivo se toma de forma continua y a menudo se requiere combinarlo con el tratamiento agudo³.

Cuando se valora el uso de medicamentos para la profilaxis de la migraña se deben tener en cuenta los posibles efectos adversos, comorbilidades y otros tratamientos que toma el paciente².

El tratamiento se inicia con una dosis baja y se incrementa gradualmente. La dosis puede ser variable entre distintos pacientes. El efecto empieza a ser valorable en unas cuatro semanas y puede incrementarse durante los primeros tres meses⁵. Si a los dos meses los efectos adversos son importantes o si el tratamiento no es eficaz, se suspenderá la medicación² y si a los 6-12 meses hay un buen control de las cefaleas (por ejemplo una reducción del 50% en la frecuencia o intensidad con respecto a la situación basal), se puede valorar la necesidad de continuar con la profilaxis o reducir la dosis de la medicación³. Las migrañas pueden mejorar independientemente del tratamiento preventivo⁵.

A pesar de que no hay ensayos clínicos que lo apoyen, en caso de que un tratamiento preventivo no controle las migrañas, se suele sugerir probar con otro⁵.

Se sugiere iniciar la profilaxis con los fármacos con mayor nivel de evidencia: propranolol, metoprolol, topiramato o amitriptilina², valorando también los efectos adversos y otras condiciones como hipertensión, depresión, epilepsia, insomnio o síndrome de Raynaud^{3,5}. Se espera que aproximadamente el 50-75% de los pacientes que reciban estos fármacos reducirán en un 50% la frecuencia de sus migrañas, pero las dosis requeridas pueden suponer efectos adversos intolerables⁵.

Medicamentos para el tratamiento preventivo^{2,3,5}

FÁRMACOS	DOSIS	OBSERVACIONES
BETABLOQUEANTES		
Propranolol	– Dosis inicial: 20-40 mg/12 h (10 mg en mujeres jóvenes) aumentando 20 mg dos veces al día cada 1-2 semanas hasta dosis tolerada (80-160 mg/día) – Dosis máxima: 240 mg/día	Opción razonable en: menores de 60 años no fumadores con enfermedad cardiovascular concomitante.
Metoprolol	– Dosis inicial: 25-50 mg/12 h – Dosis máxima: 100-200 mg/día	
ANTIDEPRESIVOS		
Amitriptilina	– Dosis inicial: 10 mg por la noche, aumentando 10 mg cada 1-2 semanas hasta 25-150 mg/día	Opción razonable en: insomnio, depresión o trastornos del humor. Si no se tolera utilizar otro menos sedante
Venlafaxina	– Dosis inicial: 37,5 mg aumentando hasta 75-150 mg/día	La evidencia de su eficacia en migraña es débil.

FÁRMACOS	DOSIS	OBSERVACIONES
ANTIEPILÉPTICOS (*)		
Topiramato	– Dosis inicial: 15-25 mg al acostarse, aumentando 15-25 mg/día cada semana, según se tolere – Dosis máxima: 100 mg/día	En pacientes que no han respondido, al menos, a un tratamiento preventivo. Antes de comenzar el tratamiento, las mujeres en edad fértil deben ser advertidas de que deben utilizar un método anticonceptivo
OTROS		
Ácido valproico		Amplio uso pero escasa evidencia para su uso
Candesartán		
Flunarizina		

(*) Otros antiepilépticos como gabapentina o pregabalina no han mostrado beneficios de forma consistente y no hay evidencia que respalde su uso. Carbamazepina ha demostrado una eficacia superior a placebo, pero su uso se asocia a numerosos efectos adversos.

Tratamientos preventivos hospitalarios

Toxina botulínica A

Está comercializada en nuestro medio con la indicación de alivio de los síntomas en los adultos que cumplen los criterios de migraña crónica (cefaleas en 15 o más días al mes, de los que al menos 8 días corresponden a migraña), en los pacientes que no han respondido adecuadamente o que son intolerantes a los medicamentos profilácticos. Es de uso hospitalario y se administra mediante inyecciones intramusculares de 155-195 unidades cada 3 meses en 31-39 puntos de la cabeza y el cuello. No ha mostrado diferencias en la prevención de migraña o evaluación del malestar frente a topiramato o valproato^{3,12}. En migraña crónica ha demostrado reducir el número de días con migraña en dos días al mes frente a placebo, pero no ha demostrado reducir el número de crisis al mes. Los efectos adversos son ligeramente más frecuentes que con placebo, siendo los más comunes caída del párpado y debilidad muscular¹².

“ A veces se requiere combinar el tratamiento preventivo y el agudo ”

Anticuerpos monoclonales CGRP

Próximamente está prevista la comercialización de dos anticuerpos monoclonales, erenumab y galcanezumab, con la indicación autorizada de profilaxis de la migraña en adultos con al menos 4 días de migraña al mes. Se administran vía subcutánea cada 28 días.

Frente a placebo, en los ensayos clínicos han reducido los días con migraña en 1 ó 2 días al mes, y han mostrado un mayor porcentaje de pacientes con reducciones mayores o iguales al 50% en la frecuencia de sus migrañas. Un porcentaje elevado (más del 50% en algún ensayo) no responden al tratamiento.

Podrían suponer una alternativa para pacientes con migrañas intensas frecuentes que no puedan tolerar otros tratamientos, cuando éstos sean ineficaces o cuando tengan problemas para la administración oral de comprimidos⁵. Actualmente no hay suficientes datos de seguridad a largo plazo y faltan ensayos comparativos con los tratamientos de primera elección^{5,13,14}.

PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA MENSTRUAL

La caída de estrógenos justo antes de la menstruación puede desencadenar migraña en algunas mujeres. Esta migraña suele ser intensa y difícil de tratar. Para su prevención, cuando los ciclos son regulares, se puede utilizar frovatriptán a dosis de 2,5 mg dos veces al día, desde dos días antes hasta tres días después de la menstruación. También se pueden valorar zolmitriptán (2,5 mg tres veces al día) o naratriptán (2,5 mg dos veces al día)^{2,3}. Hay que tener en cuenta el riesgo de desarrollar migraña por abuso de medicamentos en los casos en que se utilicen triptanes fuera del periodo menstrual³.

CONSIDERACIONES DEL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA EN EL EMBARAZO

Debido a su perfil de seguridad, el paracetamol es de primera elección para el alivio a corto plazo de la cefalea leve a moderada en cualquier trimestre del embarazo³.

El ibuprofeno es el AINE de elección hasta la semana 28 del embarazo; después debe evitarse³.

Sumatriptán y posiblemente rizatriptán, eletriptán y zolmitriptán⁷ pueden utilizarse en mujeres en cualquier trimestre del embarazo, cuando el paracetamol o el ibuprofeno no son suficientes³.

Para mujeres en edad reproductiva es importante valorar una adecuada contracepción, ya que algunos de los fármacos empleados en la profilaxis de la migraña (por ejemplo, los antiepilépticos), tienen riesgos teratogénicos o pueden causar daños al feto³. En caso de necesitar el uso de profilaxis, verapamilo o flunarizina pueden ser opciones razonables⁵.

La migraña sin aura a menudo mejora durante el embarazo.

TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

La migraña ocurre en todas las edades y puede iniciarse en la infancia. La prevalencia puede llegar al 2,5% en menores de 7 años y al 5% a los 10 años de edad. Aumenta durante la adolescencia, afectando después de la pubertad a más niñas que niños. En la mayoría de los casos hay una historia familiar de migraña¹⁵. A diferencia de los adultos, puede ser bilateral y a menudo generalizada y puede durar de 2 a 72 horas¹⁵. La migraña en los niños tiene relativamente buen pronóstico. Muchos pacientes mejoran con el tiempo; sin embargo otros continúan teniendo cefaleas o recaen tras un periodo sin ellas¹⁶. Es importante aportar información al niño y a la familia sobre la migraña. Puede ser útil llevar un calendario de las cefaleas para identificar y evitar si es posible los factores desencadenantes (estrés, malos hábitos de sueño, comidas irregulares, olores, cambios meteorológicos, alimentos específicos, entre otros), para reconocer las características de las crisis y ayudar a evaluar la efectividad del tratamiento.

“ En niños la cefalea puede ser bilateral y durar de 2 a 72 horas ”

Durante las crisis, el niño debe descansar o dormir en una habitación oscura y tranquila con un paño frío aplicado en la frente¹⁷.

Hay pocos estudios de calidad sobre el tratamiento de la migraña en esta población; por lo tanto, la mayoría de las recomendaciones se basan en la experiencia en adultos, así como en la opinión de expertos¹⁷.

Para el tratamiento agudo se utilizan AINE, paracetamol, antieméticos o triptanes. Al igual que en los adultos el tratamiento es más eficaz si se administra de forma precoz. Sin embargo, esto no es siempre posible en los niños más pequeños, ya que no advierten de que tienen migraña hasta que ésta es ya intensa¹⁷.

En las migrañas leves o moderadas no acompañadas por náuseas o vómitos importantes, se puede utilizar ibuprofeno 10 mg/Kg, repitiendo la dosis en 4-6 horas si es necesario, hasta un máximo de 40 mg/Kg/día. Como tratamiento alternativo se puede utilizar paracetamol 15 mg/Kg (máximo 1 g), repitiendo si es necesario a las 2-4 horas, con un máximo de 3 dosis diarias¹⁸.

Los triptanes se han mostrado eficaces en niños y adolescentes pero se asocian con mayor riesgo de efectos adversos leves como disgeusia, síntomas nasales, vértigo, fatiga, cansancio, náuseas o vómitos. Los triptanes orales se podrían utilizar en niños que no responden al tratamiento con analgésicos¹⁷. Sin embargo, en España solo el sumatriptán y el zolmitriptán nasal tienen indicación autorizada para su uso en adolescentes (mayores de 12 años).

La FDA tiene autorizado también almotriptán y la combinación de sumatriptán con naproxeno en mayores de 12 años y rizatriptán en mayores de 6 años^{9,17,18}. La combinación de sumatriptán con naproxeno es una opción eficaz para el tratamiento de los adolescentes con migraña^{17,18}.

La dihidroergotamina oral no se recomienda en niños¹⁸.

Si las náuseas y vómitos son importantes, el uso precoz de un antiemético (metoclopramida o domperidona) puede mejorar los síntomas y facilitar el sueño¹⁷.

Para evitar la cefalea por abuso de fármacos, el tratamiento agudo debe limitarse a menos de 10 días al mes (o a menos de 15 días al mes, en el caso de paracetamol o AINE). En pacientes con cefaleas frecuentes la base del tratamiento es el tratamiento preventivo¹⁷.

Respecto al tratamiento preventivo, las evidencias de eficacia y seguridad son aún más escasas. Hay algún dato con propranolol y flunarizina es probable que también sea eficaz. La evidencia es insuficiente para amitriptilina y ácido valproico, y no concluyente para topiramato¹⁶.

Los tratamientos no farmacológicos, como las terapias cognitivo-conductuales, incluyendo el biofeedback y las técnicas de relajación pueden ser beneficiosos para reducir los síntomas de la cefalea, aunque tienen la limitación de su disponibilidad, alto coste y dificultad para su aplicación¹⁶.

CEFALEA POR ABUSO DE FÁRMACOS

Se define como dolor de cabeza durante 15 o más días al mes y se asocia con el uso frecuente de medicación aguda durante más de tres meses. El uso frecuente de medicación para el tratamiento de la migraña incrementa la frecuencia e intensidad del dolor de cabeza. La migraña es la causa más frecuente de la cefalea por abuso de fármacos³.

Los pacientes a menudo tienen un patrón de migraña crónica. Los factores de riesgo incluyen las cefaleas frecuentes, el uso frecuente de medicación aguda, la presencia de otra causa de dolor y la comorbilidad psiquiátrica. No todos los pacientes con un uso elevado de medicación aguda desarrollan este tipo de cefalea, y en algunos casos es consecuencia de un tratamiento deficiente de la migraña³. El riesgo es menor con los analgésicos y los AINE, parece que es mayor con analgésicos opioides y ergóticos, y para los triptanes se considera intermedio por algunos expertos, pero alto para otros^{3,6}.

En el caso de los triptanes, opioides o combinaciones de analgésicos, el tratamiento durante 10 o más días al mes se considera suficiente para causar cefalea por abuso de fármacos y durante 15 o más días en el caso de los analgésicos y AINE. Normalmente, aunque no siempre, la cefalea se resuelve al abandonar el sobreconsumo. Cuando se prescribe un tratamiento agudo para la migraña, se debe asesorar a los pacientes sobre este riesgo y limitar el tratamiento a 10 ó 15 días al mes, según el caso³.

El manejo de este tipo de cefalea debe ser individualizado. Las estrategias incluyen³:

- Retirada abrupta y tratamiento preventivo más adelante
- Retirada abrupta y comenzar con tratamiento preventivo inmediatamente
- Comenzar con tratamiento preventivo sin retirada del tratamiento agudo

Se debe advertir al paciente de que los síntomas pueden empeorar a corto plazo antes de mejorar⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cutrer FM, Bajwa ZH. Pathophysiology, clinical manifestations, and diagnosis of migraine in adults. UpToDate. Fecha acceso: noviembre 2018. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-migraine-in-adults>
2. Migraine - treatment of acute attack in adults. Dynamed. Fecha acceso: noviembre 2018. Disponible en: <http://www.dynamed.com/topics/dm-p~AN~T259237>
3. SIGN 155. Pharmacological management of migraine. A national clinical guideline. February 2018. Disponible en: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign155.pdf>
4. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2015. 3. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas 2015. Sociedad Española de Neurología. Disponible en: http://cefaleas.sen.es/pdf/GUIA_NEURO_2015.pdf
5. Bajwa ZH, Smith JH. Preventive treatment of migraine in adults. Preventive treatment of migraine in adults. Fecha acceso: noviembre 2018. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preventive-treatment-of-migraine-in-adults?search=preventivo%20de%20migra%C3%B1a&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
6. Bajwa ZH, Smith JH. Acute treatment of migraine in adults. Acute treatment of migraine in adults. UpToDate. Fecha acceso: noviembre 2018. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-treatment-of-migraine-in-adults?search=migraine&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
7. Drugs for migraine. Med Lett Drugs Ther. 2017;59(1514):27-32
8. Fichas técnicas. Disponibles en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.htm>
9. Cefaleas y migrañas. Bol Ter Andal. 2017;32(3):13-23. Disponible en: http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA_32_3_.pdf
10. Micromedex. <http://www.micromedexsolutions.com>
11. Lilly submits new drug application to US FDA for lasmiditan for acute treatment of migraine and receives breakthrough therapy designation for Emgality (galcanezumab-gnlm) for prevention of episodic cluster headache (ECH). Disponible en: <https://www.biospace.com/article/releases/lilly-submits-new-drug-application-to-the-fda-for-lasmiditan-for-acute-treatment-of-migraine-receives-breakthrough-therapy-designation-for-emgality-galcanezumab-gnlm-for-prevention-of-episodic-cluster-headache/>
12. Herd CP, Tomlinson CL, Rick C, Scotton WJ, Edwards J, Ives N, Clarke CE, Sinclair A. Botulinum toxin injections for preventing migraine in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 6. Art. No.: CD011616. DOI: 10.1002/14651858.CD011616.pub2 Fecha acceso: noviembre 2018. Disponible en: https://www.cochrane.org/CD011616/SYMPT_botulinum-toxin-injections-preventing-migraine-adults

«El boletín INFAC es una publicación electrónica que se distribuye gratuitamente a las y los profesionales sanitarios de la CAPV. El objetivo de este boletín es la **promoción del uso racional del medicamento** para obtener un mejor estado de salud de la población».

13. Erenumab. Aust Prescr. Early release: 8 november 2018. Disponible en: https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/erenumab-for-migraine?utm_medium=email-nps&utm_source=npsc_95b3e4b9ce&utm_campaign=aus-prescriber&utm_content=early-release
14. Fremanezumab (Ajovy) and Galcanezumab (Emgality) for Migraine Prevention. Med Lett Drugs Ther. 2018; 60(1559):177-180.
15. Gelfand A. Pathophysiology, clinical features, and diagnosis of migraine in children. UpToDate. Fecha acceso: noviembre 2018. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-clinical-features-and-diagnosis-of-migraine-in-children?search=treatment%20migraine%20children&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
16. Mack KJ. Preventive treatment of migraine in children. UpToDate. Fecha acceso: noviembre 2018. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preventive-treatment-of-migraine-in-children?search=treatment%20migraine%20children&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
17. Mack KJ. Acute treatment of migraine in children. UpToDate. Fecha acceso: noviembre 2018. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-treatment-of-migraine-in-children/print>
18. Richer L, Billingham L, Linsdell MA, Russell K, Vandermeer B, Crumley ET, Durec T, Klassen TP, Hartling L. Drugs for the acute treatment of migraine in children and adolescents (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD005220. DOI: 10.1002/14651858.CD005220.pub2. Disponible en: <https://www.cochrane.org/es/CD005220/farmacos-para-el-tratamiento-agudo-de-la-migrana-en-ninos-y-adolescentes>

Es de gran importancia que se notifiquen a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco las sospechas de reacción adversa a los nuevos medicamentos. La notificación se puede realizar a través de OSABIDE, del formulario de notificación on line de la intranet de Osakidetza, rellenando la tarjeta amarilla o a través de la nueva web de la AEMPS: <https://www.notificaRAM.es>

Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: el farmacéutico de su organización sanitaria o CEVIME - tel. 945 01 92 66 - e-mail: cevime-san@euskadi.eus

Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Maite Callén, Saioa Domingo, Maitane Elola, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Eguzkiñe Ibarra, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Libe Moraza, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



<http://www.osakidetza.euskadi.eus/cevime>
Intranet Osakidetza · <http://www.osakidetza.eus>

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco



Queda totalmente prohibido el uso de este documento con fines promocionales