

# Farmacia Comunitaria

## Curso básico sobre dolor

### Tema 2 Cefaleas

La cefalea es uno de los síntomas de mayor prevalencia en todo el mundo (se estima que el 90% de la población ha presentado algún episodio en el último año) y ocasiona elevados costes sanitarios. Se trata de uno de los principales motivos de consulta en atención primaria y es causa muy habitual de demanda de medicamentos sin receta en la farmacia comunitaria.

**GOIURI URIBE BENGOA**

**IRANTZU GANDARIAS ZÁRRAGA**

Farmacéuticas comunitarias en Lasarte-Oria. Miembros del grupo de trabajo "Gaur" del COFBi



Aunque en la mayoría de los casos resulta tratarse de un proceso benigno que cede espontáneamente o con ayuda de un analgésico, hay que tener presente que, en ocasiones, puede ser un síntoma de una enfermedad grave, por lo que es importante aprender a conocer las señales de alarma.

#### **Definición**

El término cefalea se aplica al dolor o malestar referido a la bóveda craneal y a las regiones cervical y facial, originado en estructuras craneales o bien irradiando a las mismas. En lenguaje coloquial es sinónimo de dolor de cabeza.

#### **Tipos y clasificación**

El año 1988 la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS) realizó la primera clasificación para facilitar el diagnóstico y la selección del tratamiento. La última clasificación de la IHS es del año 2013.

Contempla más de un centenar de variedades de cefalea y busca ser congruente con la clasificación de enfermedades de la OMS.

En la práctica clínica, las cefaleas se clasifican de una manera más operativa en dos grupos:

- Cefaleas primarias, cuando no se encuentran asociadas a ninguna causa subyacente. Se caracterizan por ser recidivantes y de curso benigno. Son las más frecuentes (90-95% de todas las cefaleas) y dentro de este grupo cabe destacar:

- migraña con y sin aura,
- cefalea tensional,
- cefalea en racimos, salvos o cúmulos,
- hemicránea paroxística crónica,
- cefalea crónica diaria por abuso de analgésicos y/o ergóticos.

Las cefaleas primarias se pueden dividir a su vez en episódicas, o crónicas (si se presentan con una frecuencia mayor de 15 días al mes durante más de seis meses), siendo la migraña y la cefalea tensional las que presentan más habitualmente un curso crónico.

- Cefaleas secundarias, en caso de que se deban a una patología subyacente. Destacan por su prevalencia:

- traumatismo craneal,
- trastornos vasculares,
- alteraciones metabólicas,
- alteraciones estructurales craneales,
- infecciones,
- neuralgias.

## Etiología. Factores desencadenantes y agravantes

El parénquima cerebral es insensible al dolor, con la excepción de los núcleos del rafe, por lo que el dolor que aparece en las cefaleas es producido fundamentalmente por la activación de los

nociceptores periféricos. Las estructuras craneales sensibles al dolor son la piel, el tejido subcutáneo, los músculos, las arterias extracraneales, el periostio, los ojos, los oídos, las cavidades intracraneales, los senos paranasales, los grandes senos venosos, las arterias meníngea y temporal y los pares craneales.

El dolor resulta de la activación del sistema trigémino-vascular, produciéndose una compleja cascada de procesos bioquímicos. Entre los neurotransmisores implicados en la inducción de las cefaleas destaca la serotonina, que actúa fundamentalmente en los receptores 5-HT<sub>1A</sub> y 5-HT<sub>2</sub>.

Los factores que pueden desencadenar y/o agravar los distintos tipos de cefaleas, o predisponer a ellas, son los siguientes:

- Estrés (1,2), fatiga, ansiedad.
- Sedentarismo (2).
- Conflictos familiares, personales o laborales.
- Cambios meteorológicos (1), humedad, frío, luminosidad intensa.
- Alteraciones del sueño (1), tanto por exceso como por defecto.
- Lesiones de cuello y espalda en la infancia (2).
- Ciertos alimentos y sus conservantes (1): queso curado y fermentado (tiramina), saborizantes (glutamato monosódico), chocolate (feniletilamina), cacao, vainilla, plátano, frutos secos, cítricos, aditivos de comidas basura, salchichas, grasas, picantes, café.
- Bebidas alcohólicas (1,3); los vinos tintos que contienen taninos suelen desencadenar migraña con mayor frecuencia.
- Tabaco.
- Drogas.
- Perfumes y olores (1).
- Maniobras de Valsalva (tosar, defecar).
- Ejercicio físico.
- Actividad sexual.
- Ayuno prolongado (1,2).
- Hambre (2).
- Menstruación (1).
- Fármacos (tabla 1).

**Tabla 1. Fármacos productores de cefalea**

Ácido nicotínico	Hidralazina
Ácido retinoico	IMAO
AINE	Indometacina
Amantadita	Isosorbida dinitrato
Anticonceptivos orales	Isotretinoína
Atenolol	L-Dopa
Barbitúricos	Metoprolol
Cafeína	Minoxidilo
Captopril	Nifedipino
Ciclofosfamida	Nitritos
Cimetidina	Nitroglicerina
Clomifeno	Opiáceos
Corticosteroides	Piroxicam
Diclofenaco	Prazosina
Dipiridamol	Ranitidina
Ergotamínicos	Tamoxifeno
Eritropoyetina	Teofilina
Fenotiacinas	Tetraciclina
Ganisetron	Trimetoprim-sulfametoxazol

- Herencia (1): la mayoría de pacientes migrañosos tiene padres o hermanos con migraña. Aunque la forma de herencia no está totalmente establecida, en algunos tipos especiales de migraña (migraña hemipléjica familiar) ya se ha identificado el gen que la transmite situado en el cromosoma 9.

- Cambios hormonales (1): la incidencia de la migraña se dispara en las mujeres tras la menarquia, habitualmente empeora con la ovulación y la menstruación, así como con la toma de anticonceptivos orales y suele mejorar durante el embarazo y con la menopausia.

(1) influyen más en la migraña; (2) afectan más a la cefalea tensional; (3) desencadenante de cefalea en racimos.

## Diagnóstico

La clave para el diagnóstico correcto en la consulta médica es la historia clínica, que debe ser lo más detallada posible. Requiere un estudio pormenorizado donde se recabe la siguiente información:

- Características del dolor (por ejemplo si es pulsátil).
  - Localización (hemicraneal o frontal).
  - Tiempo de evolución del dolor.
  - Factores que lo desencadenan o agravan.
  - Factores que lo alivian.
  - Síntomas que se asocian al dolor (náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia).
  - Síntomas que lo preceden.
- Y Antecedentes familiares.

Llevar un diario durante algunas semanas ayuda a establecer el patrón de los ataques, los síntomas y los medicamentos utilizados.

A continuación se realiza una exploración física que sirve para confirmar el diagnóstico. En ella se recogen datos sobre valores de tensión arterial, estado mental del paciente, posibles signos meníngeos, fondo de ojo, reflejos, déficit motor,...

Ocasionalmente se realizan pruebas complementarias como analíticas sanguíneas y radiografías simples.

En la cefalea por abuso de medicamentos (tabla 2) un dato clave es que los pacientes toman los medicamentos antes de que se presente la cefalea (tabla 3).

## Descripción del dolor. Síntomas asociados

El dolor puede localizarse en una parte de la cabeza o afectar a toda ella y su intensidad suele ser moderada o severa, pero con cierta frecuencia puede ser. Las características concretas del dolor y los síntomas asociados varían en función del tipo de cefalea.

La migraña se caracteriza por episodios de dolor comúnmente punzantes, de gran intensidad y frecuentemente unilaterales; aunque también hay casos en los que es bilateral y/o no pulsátil. Además, las personas con migraña suelen presentar uno o varios síntomas precursores de la cefalea llamados "pródromos" como son: depresión, hiperactividad, euforia, irritabilidad, contractura cervical, anorexia, diarrea, náusea, antojo de comida, fotofobia, fonofobia, alteraciones de la concentración, disfasia e hipersomnia. También es frecuente que aparezca un fenómeno de premonición de la migraña llamado "aura", que es un proceso neurológico focal, reversible, que suele aparecer entre 4 y 60 minutos antes de inicio de la crisis, pero también puede hacerlo durante ella o incluso después de que se

**Tabla 2. Criterios diagnósticos de la OMS para la cefalea por abuso de analgésicos**

Analgésicos simples	Más de 1 g de AAS o similar al día durante más de 5 días a la semana
Analgésicos compuestos	Más de 3 comprimidos al día durante más de 3 días a la semana
Narcóticos	Más de un comprimido al día durante más de dos días a la semana
Ergóticos	1 mg oral o 0,5 mg parenteral durante más de 2 días a la semana

**Tabla 3. Características de los distintos tipos de cefalea**

Patología	Episodios	Duración	Localización	Tipo	Intensidad	Síntomas
Migraña sin aura	Más de 5	4-72 h	Unilateral	Pulsatil	Moderada a grave	Náuseas y/o vómitos, fotofobia, fonofobia
Migraña con aura		Aura 5-20 min y ataque menos de 60 min	Unilateral	Pulsatil	Moderada a severa	Aura: visión borrosa, escotomas centellantes, pérdida de visión en parte del campo Ataque: cefalea, náuseas, fotofobia
Cefalea tensional	Episódica: menos de 15 días/mes o 180 días al año Crónica: más de 15 días al mes	Menos de 24 h	Bilateral	Opresivo no pulsatil	Leve o moderado	Anorexia, fotofobia o fonofobia
Cefalea en racimos	Ataques 2-3 veces al día en 2-3 semanas	15-180 min	Unilateral suborbitario	Perforante, taladrante	Muy intenso	Hiperemia conjutival, lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración, miosis, ptosis. Síntomas neurológicos atípicos, sistémicos, psiquiátricos, coagulopatías

alivia el dolor y que se caracteriza por la presencia de síntomas oculares como visión borrosa, escotomas centellantes o pérdida de visión.

La cefalea tensional suele describirse como un dolor sordo, opresivo de intensidad leve a moderada, cuya duración en la mayoría de casos no excede de las 24 h y generalmente cursa sin síntomas asociados, aunque puede haber presencia leve de náuseas (sin vómito), fotofobia y fotofobia.

En la cefalea en racimos el dolor es muy intenso, unilateral, orbitario y periorbitario, de aparición y finalización brusca, y de entre 15 y 90 minutos de duración. Entre los síntomas asociados están la inyección conjuntival, el lagrimeo, congestión nasal, rinorrea, sudoración facial, miosis, ptosis y edema palpebral.

Los ataques siguen una periodicidad diaria y suelen presentarse a las mismas horas. Habitualmente se producen dos o tres veces al día, y comúnmente uno de ellos se origina durante la noche y su intensidad es tal que es capaz de despertar al paciente. Estas crisis pueden ser recurrentes a lo largo de varias semanas o meses, periodo al que se denomina racimo o ciclo, que es seguido de un intervalo de tiempo libre de síntomas.

La cefalea por abuso de medicamentos presenta un patrón diario o casi diario. Es de característica opresiva, comúnmente de mayor intensidad al despertar por la mañana y aumenta después del ejercicio. Desaparece después de algunas semanas de haber suspendido el medicamento causante.

## Señales de alarma. Criterios de derivación

La cefalea es generalmente un síntoma benigno y sólo en ocasiones se debe a la presencia de una afección grave (tumor, hemorragia subaracnoidea, meningitis, etc.). Las manifestaciones clínicas de esta entidad son muy variadas y es de capital importancia la detección de las señales de alarma (tabla 4).

También deber remitirse al médico las cefaleas que se presentan en las edades extremas de la vida y en pacientes oncológicos o inmunodeprimidos.



**El dolor puede localizarse en una parte de la cabeza o afectar a toda ella y su intensidad suele ser moderada o severa, pero con cierta frecuencia puede ser. Las características concretas del dolor y los síntomas asociados varían en función del tipo de cefalea**

Ante la detección de cualquiera de estos síntomas, en la farmacia se debe derivar al paciente con urgencia al servicio de atención primaria y será el médico

de cabecera quien decida enviarlo a un servicio de urgencia o a neurología en función de la gravedad de los síntomas.

## Tratamiento

Es obvio que para lograr la eficacia del tratamiento se debe conocer que tipo de cefalea sufre el paciente.

### Recomendaciones generales

En el tratamiento de la cefalea es importante que el paciente conozca que, en la mayoría de los casos, no existe un tratamiento definitivo, por lo que no deben crearse falsas expectativas de curación con el fin de evitar el abandono de los tratamientos y la automedicación desmedida.

Aunque el tratamiento de las cefaleas es básicamente farmacológico, es importante y puede ser de gran ayuda seguir las siguientes recomendaciones generales:

- Evitar los factores desencadenantes y/o agravantes conocidos.
- Mantener una dieta sana y equilibrada.
- Procurar seguir un ritmo de sueño regular, intentando dormir el mismo número de horas todos los días, incluso los fines de semana.
- Realizar ejercicio físico moderado.
- Practicar técnicas de relajación y de *bio-feedback*.

### Tratamiento farmacológico

El inicio de cualquier tratamiento farmacológico se debe hacer a dosis adecua-

**Tabla 4. Señales de alarma de las cefaleas**

Dolor intenso de comienzo súbito y brusco
Empeoramiento brusco de una cefalea crónica
Frecuencia o de intensidad creciente
Localización unilateral estricta (excepto en los casos en que el paciente ya esté diagnosticado de cefalea en racimos, cefalea hemicránea paroxística, neuralgia occipital, neuralgia del trigémino, cefalea hemicránea continua, y otras cefaleas primarias unilaterales)
Presencia de manifestaciones físicas (fiebre, náuseas, vómitos), conductuales, neurológicas (crisis epilépticas) o meningéas no explicables por una cefalea primaria o por una enfermedad sistémica
Cefalea precipitada por un esfuerzo físico, tos, o cambio postural
Dolor de características atípicas
Cefalea rebelde a tratamiento teóricamente correcto
Cefalea de presentación predominantemente nocturna

**Tabla 5** Características de los principios activos utilizados para el tratamiento agudo de la cefalea

Principio activo	Tipo de cefalea	Posología		Cómo	Reacciones adversas	Contraindicaciones	Embarazo	Lactancia
				Quando				
Paracetamol	Tensional Migraña	Adultos	0,5 -1 g/4-6 h Max.: 4g/día	Sin alimentos	Hepatotoxicidad Hipersensibilidad: erupción cutánea Citopenias Efectos renales	Hipersensibilidad Insuficiencia hepática grave Insuficiencia renal grave	Categoría B	Compatible
		Niños	15 mg/kg/6 h 10 mg/kg/4 h Max.: 4 tomas/día					
Ácido acetil salicílico	Tensional	500 mg / 4-8 h		Con alimentos	Úlcera péptica, dispepsia, dolor abdominal, náuseas, vómitos, hemorragia. Disnea, rinitis, espasmo bronquial. Urticaria, exantema, angioedema. Insuficiencia renal, nefritis intersticial. Hepatotoxicidad. Síndrome de Reye (menores de 16)	Menores de 16 años  Hipersensibilidad	Categoría C (1º, 2º trimestre)  Categoría D (3º trimestre)	No recomendable
	Migraña	Max.: 4 g / día						
Ibuprofeno	Tensional			Con alimentos	Dispepsia, pirosis, diarrea, náuseas, vómitos, hemorragia digestiva, úlcera, perforación Cefalea, psicosis, depresión, meningitis Cansancio, tinnitus Hepato y nefrotoxicidad Citopenias	Menores de 16 que hayan desarrollado Síndrome de Reye  Hipersensibilidad a AINEs	Categoría C (1º, 2º trimestre)  Categoría D (3º trimestre)	Compatible
	Migraña	Adultos	200-600 mg /4-8 h					
		Niños	20-30 mg/kg/día Max.: 40 mg/kg/día					
Naproxeno	Tensional	Dosis de inicio 550-1.100 mg después		Con o sin alimentos	Molestias gastrointestinales, dispepsia, náuseas, hemorragias digestivas Fotosensibilidad, necrosis, Steven Jonson Edema periférico, tinnitus, vértigo, angioedema, anemia, meningitis, hepatitis, citopenias, nefropatías	Hipersensibilidad a AINE  Úlcera péptica Hemorragia gastrointestinal	Categoría B (1º, 2º trimestre)  Categoría D (3º trimestre)	No recomendable
	Migraña	275 mg/6-8 h						

Tabla 5 continuación

Principio activo	Tipo de cefalea	Posología	Cómo Cuando	Reacciones adversas	Contraindicaciones	Embarazo	Lactancia
Naproxeno		En crisis migrañosa: 750 mg + 275 mg a los 30 min.					
Almotriptan	Migraña	Dosis: 12,5 mg  Dosis max.: 25 mg /día  2 h entre dosis	En cuanto aparezca el primer síntoma  Con o sin alimentos	Mareos  Nauseas y vómitos  Somnolencia  Fatiga  Infarto de miocardio (muy raro)	Hipersensibilidad  Enfermedad isquémica cardíaca  Hipertensión grave o no controlada  Historial de ACV o isquemia transitoria  Enfermedad vascular periférica  Insuficiencia hepática grave	Categoría C	No hay datos disponibles en humanos, pero pasan a leche en animales
Eletriptan	Migraña	Dosis: 40-80 mg  Dosis max.: 80 mg /día  2 h entre dosis	En cuanto aparezca el primer síntoma  Mejor con alimentos	Faringitis y rinitis  Mareos  Somnolencia  Cefalea  Hormigueos  Hipoestesia  Hipertonía  Miastenia  Síncope (raro)  Colitis isquémica (raro)  Infarto de miocardio*	Hipersensibilidad  Enfermedad isquémica cardíaca  Hipertensión grave o no controlada  Historial de ACV o isquemia transitoria  Enfermedad vascular periférica  Insuficiencia hepática grave  Insuficiencia renal grave  Insuficiencia cardíaca  Arritmias	Categoría C	Pasan a la leche materna en pequeñas cantidades
Frovatriptan	Migraña	Dosis: 2,5 mg  Dosis max.: 5 mg /día  2 h entre dosis	En cuanto aparezca el primer síntoma  Mejor sin alimentos	Mareos  Náuseas  Somnolencia  Cefalea  Parestesia  Trastornos visuales  Rubor  Sequedad de boca Opresión de garganta  Dispepsia  Dolor abdominal	Hipersensibilidad  Enfermedad isquémica cardíaca  Hipertensión grave o no controlada  Historial de ACV o isquemia transitoria  Enfermedad vascular periférica  Insuficiencia hepática grave  Insuficiencia renal grave	Categoría C	No hay datos disponibles en humanos, pero pasan a leche en animales

**Tabla 5** continuación

Principio activo	Tipo de cefalea	Posología	Cómo Cuándo	Reacciones adversas	Contraindicaciones	Embarazo	Lactancia
Naratriptan	Migraña	Dosis: 2,5 mg  Dosis max.: 5 mg /día  4 h entre dosis	En cuanto aparezca el primer síntoma  Con o sin alimentos	Náuseas y vómitos  Hormigueo  Sensación de calor  Malestar y fatiga  Colitis isquémica (rara)  Infarto de miocardio (muy raro)	Hipersensibilidad  Enfermedad isquémica cardíaca  Hipertensión grave o no controlada  Historial de ACV o isquemia transitoria  Enfermedad vascular periférica  Insuficiencia hepática grave  Insuficiencia renal grave	Categoría C	No hay datos disponibles en humanos, pero pasan a leche en animales
Rizatriptan	Migraña	Dosis: 10 mg  Dosis max.: 20 mg /día  2 h entre dosis	En cuanto aparezca el primer síntoma  Mejor sin alimentos	Mareos  Náuseas y Vómitos  Diarrea  Somnolencia  Cefalea  Parestesia  Temblor  Taquicardia Palpitaciones  Rubor y sofocos  Sequedad de boca Molestia en garganta  Astenia y fatiga  Pesadez muscular  Angioedema** (poco frecuente)  Síncope (raro)  Infarto de miocardio*  Isquemia vascular periférica*  Colitis isquémica*	Hipersensibilidad  Enfermedad isquémica cardíaca  Hipertensión grave o no controlada  Historial de ACV o isquemia transitoria  Enfermedad vascular periférica  Insuficiencia hepática grave  Insuficiencia renal grave	Categoría C	No hay datos disponibles en humanos, pero pasan a leche en animales
Sumatriptan	Migraña	Oral  D.: 50-100 mg  D. max.: 300 mg/d  2 h entre dosis	En cuanto aparezca el primer síntoma  Con o sin alimentos	Mareos  Náuseas y vómitos  Somnolencia  Parestesia  Rubor  Hipertensión	Hipersensibilidad  Enfermedad isquémica cardíaca  Hipertensión grave o no controlada  Historial de ACV o isquemia transitoria  Enfermedad vascular periférica  Insuficiencia hepática grave	Categoría C	Pasan a la leche materna en pequeñas cantidades

**Tabla 5** continuación

Principio activo	Tipo de cefalea	Posología	Cómo Cuándo	Reacciones adversas	Contraindicaciones	Embarazo	Lactancia
		Iny D.: 6 mg D.: max 12 mg/d 1 h entre dosis		Disnea Pesadez muscular Mialgia Fatiga			
		Nasal D.: 10-20 mg D.: max 40 mg/d 2 h entre dosis					
Zolmitriptan	Migraña	Dosis: 2,5 – 5 mg  Dosis max.: 10 mg /día  2 h entre dosis	En cuanto aparezca el primer síntoma  Con o sin alimentos	Mareos  Somnolencia Cefalea Parestesia Náuseas Vómitos Dolor abdominal Sequedad de boca Palpitaciones Debilidad o pesadez muscular Mialgia Astenia Opresión en garganta Infarto de miocardio (muy raro) Colitis isquémica (muy rara)	Hipersensibilidad  Enfermedad isquémica cardíaca Hipertensión grave o no controlada Historial de ACV o isquemia transitoria Enfermedad vascular periférica Insuficiencia renal grave	Categoría C	No hay datos disponibles en humanos, pero pasan a leche en animales

\* El riesgo es tan bajo que no ha podido establecerse la frecuencia de estas RAM, que también podrían producirse con el resto de los triptanes.

\*\* El resto de los triptanes también puede producir angioedema pero no han alcanzado esa frecuencia en los ensayos clínicos, también pueden dar lugar a reacciones graves de hipersensibilidad, pero en general el riesgo es tan bajo que no ha podido establecerse su frecuencia

das, evitando utilizar sistemáticamente combinaciones de fármacos y siempre con prescripción médica para aquellos medicamentos que lo precisen.

Es importante explicar a las personas con cefaleas recidivantes que no deben iniciarse tratamientos precozmente, antes de cualquier molestia, para evitar un consumo innecesario y/o excesivo que además pueda derivar en un abuso a analgésicos.

Los objetivos de cualquier tratamiento son:

- El alivio de la cefalea y de los síntomas que la acompañan lo antes posible,

tomando como referencia las dos horas tras la ingesta del medicamento a dosis correctas.

- La disminución de la frecuencia, intensidad y duración de las crisis.
- La mejora de la calidad de vida del paciente.

El tratamiento farmacológico varía en función del tipo de cefalea y se puede dividir en terapia aguda y preventiva (tabla 5)

### **Migraña**

La elección del fármaco para el tratamiento de la migraña depende de las caracte-

rísticas de las crisis y del paciente (contraindicaciones, alergias, etc.). Se debe administrar el medicamento que menos complicaciones tenga para el paciente y/o haya sido eficaz anteriormente.

El tratamiento no actúa ni sobre el aura ni sobre los pródromos.

- **Tratamiento agudo.** Para migrañas leves o moderadas son de elección el paracetamol y los AINE, pero sólo son eficaces al inicio de la crisis. Cuando éstos estén contraindicados o no sean efectivos está indicado el uso de agonistas selectivos de la recaptación de la 5HT<sub>1</sub> (triptanos).

Para migrañas de moderadas a graves son de primera elección los triptanos, siendo la alternativa los AINE vía parenteral. También son eficaces los derivados ergóticos (ergotamina y dihidroergotamina, vasoconstrictores y agonistas serotoninérgicos), pero en los últimos años se ha reducido su uso porque presentan un perfil de seguridad menos favorable que los triptanos y propician la aparición de cefalea por abuso de medicación.

El uso de analgésicos opioides está indicado excepcionalmente y sólo cuando la terapia aguda ha fallado y/o se encuentra contraindicada.

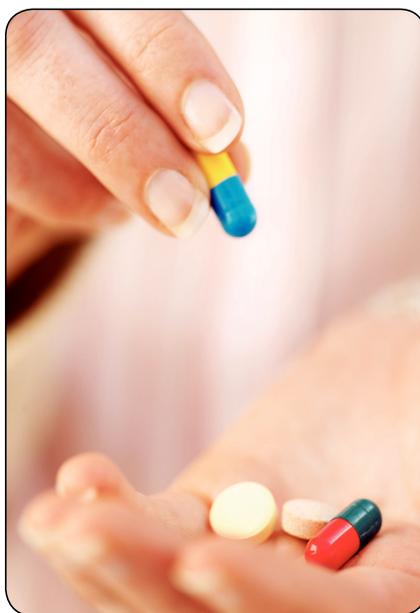
Para evitar las náuseas y los vómitos y mejorar la motilidad gastrointestinal se emplean la metoclopramida o la domperidona.

La terapia aguda se debe limitar a dos días por semana para evitar la cefalea por abuso de medicamentos.

Si con un tratamiento no se obtiene respuesta favorable, se debe pasar a otro grupo terapéutico. Cuando un fármaco fracasa en tres crisis se considera ineficaz.

Ante un resultado no tan bueno como el esperado se puede probar a:

- Cambiar de triptán, ya que todos los pacientes no responden de igual modo a todos los triptanos.
- Utilizar el tratamiento de forma precoz, es decir, en cuanto se manifiesta el primer síntoma.
- Aumentar la dosis del triptán o AINE que utilice el paciente.
- Combinar fármacos, sobre todo triptanos y AINE, ya que los mecanismos de acción son complementarios y no aumentan los efectos adversos.
- Utilizar formulaciones no orales, como la intranasal, subcutánea, intramuscular o endovenosa.
- Considerar el uso de un tratamiento preventivo.
- **Tratamiento preventivo.** El uso de una terapia preventiva conjuntamente con el tratamiento agudo puede evitar el desarrollo de algunas complicaciones evolutivas de la migraña (estatus migrañoso, paso de episódica a crónica e incluso la aparición de ictus asociado a la migraña, en casos de alto riesgo) y de cefaleas por abuso de medicación.



**El farmacéutico, como profesional de la salud, para poder aconsejar correctamente a estos pacientes debe estar familiarizado con las peculiaridades de esta afección y conocer las distintas opciones de tratamiento existentes para la misma**

El objetivo es conseguir una reducción en la frecuencia de las crisis de al menos un 50%.

Las indicaciones y situaciones en las que se recomienda iniciar un tratamiento preventivo en pacientes con migraña son las siguientes:

- Crisis con recurrencia del dolor o intensas y prolongadas.
- Frecuencia de las crisis superior a 2 por semana o 3 - 4 al mes.
- Casos en los que el tratamiento sintomático está contraindicado.
- Importante afectación por los efectos adversos de los tratamientos agudos.
- Solicitud del propio paciente.
- Precio elevado de los tratamientos agudos necesarios.
- Episodios de migraña atípicos.
- Existencia de riesgo o presencia de abuso de fármacos.
- Bajo control de las crisis con el tratamiento agudo.

Los fármacos más utilizados son:

- Betabloqueantes (propranolol, atenolol, nadolol, metoprolol, timolol) o calcioantagonistas (flunarizina, nifedipino, verapamilo).
- Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina).
- Neuromoduladores (valproato sódico, topiramato, lamotrigina, gabapentina, levetiracetam, zonisamida).
- Asociaciones de betabloqueantes con amitriptilina o betabloqueantes con neuromoduladores.

También se emplean como tratamiento preventivo de crisis de migraña:

- Antiserotoninicos (metisergida, pizotifeno).
- Inhibidores de la recaptación de serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina, venlafaxina).

Otros: naproxeno, lisinopril, riboflavina, magnesio, infiltración de toxina botulínica pericraneal.

Los beneficios clínicos se observan después de dos meses de tratamiento.

### **Cefalea tensional**

- **Tratamiento agudo.** No hay agentes farmacológicos específicos para el tratamiento de la cefalea tensional, pero los ataques agudos suelen responder a paracetamol o a AINE simples, preferentemente naproxeno e ibuprofeno, o combinados, los cuales se deben limitar a dos días por semana para evitar la cefalea por abuso de medicamentos. No son recomendables las asociaciones con cafeína, barbitúricos o benzodiazepinas.
- **Tratamiento preventivo.** En los pacientes con cefalea tensional crónica es recomendable el uso de amitriptilina como tratamiento preventivo de elección. En ocasiones es útil el valproato sódico. Se establece en pautas de 3 a 6 meses de duración, pudiendo repetirse en sucesivas ocasiones.

### **Cefalea en racimos**

- **Tratamiento agudo.** El tratamiento de primera línea en los ataques agudos es la administración de oxígeno al 100% de 7 a 12 litros por minuto durante 15 minutos. También es efectiva la administración subcutánea de sumatriptán con dihidroergotamina parenteral, teniendo co-

mo alternativas sumatriptán intranasal y lidocaina intranasal.

La medicación oral suele ser ineficaz debido a la corta duración de los ataques.

● **Tratamiento preventivo.** Los episodios crónicos pueden requerir el uso de verapamilo, metilsergida, topiramato, divalproato de sodio o magnesio, o carbonato de litio, durante meses, a veces complementados con corticosteroides (prednisona) o el tartrato de ergotamina en las primeras 2 a 4 semanas de este tratamiento.

Durante los periodos libres de síntomas no es necesaria ninguna medicación puesto que, por el momento, nada previene la aparición de los periódicos ciclos de dolor.



**Uno de los peligros más graves a los que se enfrentan los pacientes con cefalea es el abuso de medicamentos debido a la automedicación y una buena relación farmacéutico-paciente es un instrumento muy valioso para prevenirla**

- Dispensar correctamente los medicamentos prescritos para la prevención y/o el tratamiento de las cefaleas, descartando la posible aparición de PRM o RNM e informando sobre la forma de usarlos.
- Derivar al médico los casos que requieran seguimiento facultativo y procurar detectar las señales de alarma y casos de urgente derivación del paciente al médico.
- Convencer a esos pacientes de la necesidad de un seguimiento médico para su dolencia.
- Fomentar la adherencia a los tratamientos, y evitar el abandono de los mismos,
- Esforzarse en detectar los posibles casos de abuso, sobredosificación, combinaciones no adecuadas de medicamentos y de otros PRM y RNM.
- Identificar los factores desencadenantes o agravantes de la cefalea.
- Insistir en la importancia de las medidas higiénico-dietéticas generales que

pueden ayudar a prevenir la aparición de los distintos tipos de cefalea y/o a mitigar su intensidad.

- Manejar correctamente las cefaleas en situaciones especiales como los niños, los ancianos y las embarazadas.
- Analizar las preocupaciones de cada paciente en particular.
- Distinguir los casos en los que sería beneficioso un abordaje psicológico mediante técnicas de relajación.

En definitiva, en muchos casos la evolución de la cefalea y la mejora de la calidad de vida de algunos de estos pacientes, pueden depender al menos en parte de la implicación del farmacéutico. □

## Bibliografía

1. Migraña. Panorama Actual del Medicamento 2013;37(366):707-23.
2. Núñez J, Arco del J. Terapéutica para pacientes neurológicos. Tema 1. Cefaleas. Farmacia profesional 2014;28(1):34-45.
3. Gil JA, Gómez F, González C, Fernández M, Heras JA, Jurado CM. Guía rápida de cefaleas. Consenso entre Neurología (SAN) y Atención Primaria (Semergen Andalucía). Criterios de derivación. Semergen 2012;38(4)
4. Pascual J. Migraña crónica: tratamiento. Revista de Neurología 2012; 54 (supl 2): S31-8.
5. Quintana MR. Cefaleas. Protocolos diagnóstico – terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP. Disponible en <http://www.aeped.es, las palmas.pdf>. Último acceso enero 2015.
6. Manejo de Cefalea Tensional y Migraña en el adulto. México, secretaria de salud 2009. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gov.mx/interior/gpc.html>. Último acceso enero 2015.
7. Núñez J, Arco del J. Migraña. Farmacia Profesional 2007; 21(4):50-5..
8. Tratamiento preventivo de la migraña. In-fac 2007;15(1). Disponible en <http://www.osanet.euskadi.net/profesionales>. Último acceso enero 2015.
9. Grupo de Estudio de Cefaleas S.E.N. Migraña. Disponible en <http://www.cefaleas.sen.es/profesionales/rec2006/II.pdf>. Último acceso enero 2015.
10. Alduncin N, Kracer B. Cefaleas. Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx.pdf>. Último acceso enero 2015.
11. Raimondi E. Cefaleas, clasificación y diagnóstico. Disponible en <http://www.clinica-unr.com.ar>. Último acceso enero 2015.
12. Bárcena M, Castillo J, García EI. Guía de buena práctica clínica en migraña y otras cefaleas 2003. Disponible en <http://www.cgcom.es>. Último acceso enero 2015.
13. Lainez JM, Millares MJ, Pedrera V. Cefaleas. Guía de actuación clínica en A.P. Disponible en: <http://www.gva.es.pdf>. Último acceso enero 2015.
14. Muruzabal L. Tratamiento de la migraña. Boletín de Información Terapéutica de Navarra 2000; 8 (2).

### Cefalea por abuso

El tratamiento principal consiste en la suspensión de los medicamentos causantes y en la educación del paciente.

La identificación temprana es importante ya que el pronóstico a largo plazo depende de la duración del abuso del medicamento.

### Papel del farmacéutico

Dada la alta prevalencia de las cefaleas y la cercanía y accesibilidad del farmacéutico a la población, tanto la demanda de medicamentos concretos, con o sin prescripción médica, para distintos tipos de cefaleas, como la solicitud de consejo para el dolor de cabeza, son dos realidades muy frecuentes en la farmacia comunitaria.

El farmacéutico, como profesional de la salud, para poder aconsejar correctamente a estos pacientes debe estar familiarizado con las peculiaridades de esta afección y conocer las distintas opciones de tratamiento existentes para la misma.

Uno de los peligros más graves a los que se enfrentan los pacientes con cefalea es el abuso de medicamentos debido a la automedicación y una buena relación farmacéutico-paciente es un instrumento muy valioso para prevenirla.

Así, desde la farmacia, se puede y se debe:

- Recomendar los medicamentos sin receta más adecuados para cada caso, asesorando sobre su correcta utilización.

## Cuestionario de evaluación

### Curso básico sobre dolor

### Tema 2. Cefaleas

**1. ¿Qué afirmación es cierta?**

- a) La gran mayoría de las cefaleas son secundarias
- b) El aura de la cefalea en racimos suele ser más intensa que la de la migraña
- c) La cefalea en racimos y la migraña son las que cronifican con más frecuencia
- d) Las cefaleas primarias suelen ser de curso benigno

**2. Cuál de los siguientes factores agravantes es más característico de la cefalea en racimos.**

- a) Las bebidas alcohólicas
- b) El tabaco
- c) El exceso de sueño
- d) Los perfumes y olores fuertes

**3. El lagrimeo y la hiperemia conjuntival son característicos de...**

- a) La cefalea tensional
- b) La migraña
- c) La cefalea en racimos
- d) La cefalea por abuso de analgésicos

**4. Lo más frecuente es que el aura aparezca...**

- a) Un día antes de la crisis
- b) Varias horas antes de la crisis
- c) Poco antes de la crisis
- d) Durante la crisis

**5. El tratamiento de primera elección en migrañas leves y moderadas es:**

- a) AINE o paracetamol
- b) Ergóticos
- c) Triptanes
- d) Opioides

**6. Cuál de las siguientes opciones no sería recomendable ante un fracaso relativo del tratamiento con un triptan:**

- a) Cambiarlo por otro fármaco del mismo grupo
- b) Asociarle un AINE
- c) Alternarlo con un ergótico
- d) Administrarlo por otra vía de absorción más rápida

**7. Qué medicamento no se emplea como tratamiento preventivo de la migraña.**

- a) Gabapentina
- b) Hidroclorotiazida
- c) Lamotrigina
- d) Propranolol

**8. Qué medicamento recomendarías en la farmacia para el tratamiento de la migraña.**

- a) Almotriptan
- b) Diclofenaco
- c) Ibuprofeno
- d) Cualquiera de los anteriores

**9. Qué triptan suele usarse para el tratamiento de cefalea en racimos.**

- a) Almotriptan
- b) Eletriptan
- c) Rizatriptan
- d) Sumatriptan

**10. Qué afirmación es falsa.**

- a) Almotriptan puede tomarse con o sin alimentos
- b) Es mejor administrar eletriptan sin alimentos
- c) Es mejor administrar frovatriptan sin alimentos
- d) Es mejor administrar rizatriptan sin alimentos

## Respuestas correctas

- 1. d) Las cefaleas primarias suelen ser de curso benigno
- 2. a) Las bebidas alcohólicas
- 3. b) La migraña
- 4. c) Poco antes de la crisis
- 5. a) AINE o paracetamol
- 6. c) Alternarlo con un ergótico
- 7. b) Hidroclorotiazida
- 8. c) Ibuprofeno
- 9. d) Sumatriptan
- 10. b) Es mejor administrar eletriptan sin alimentos