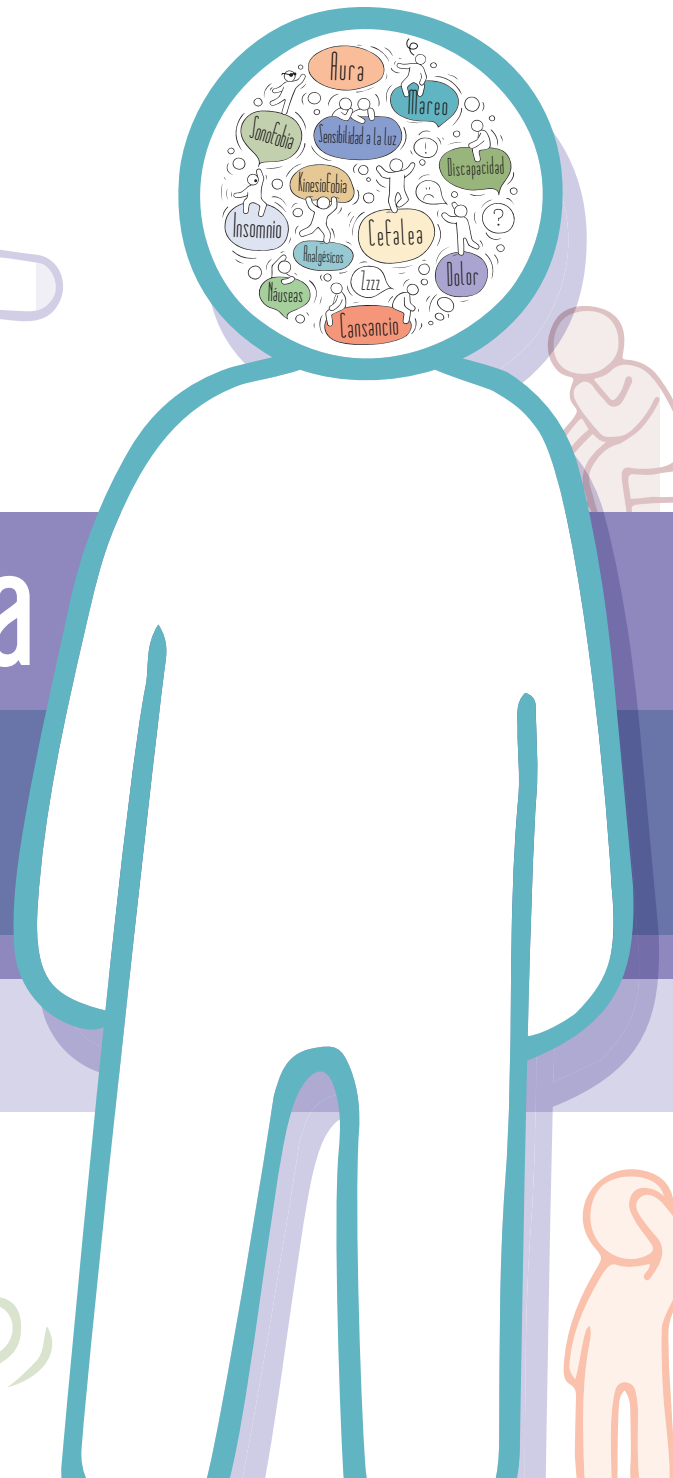


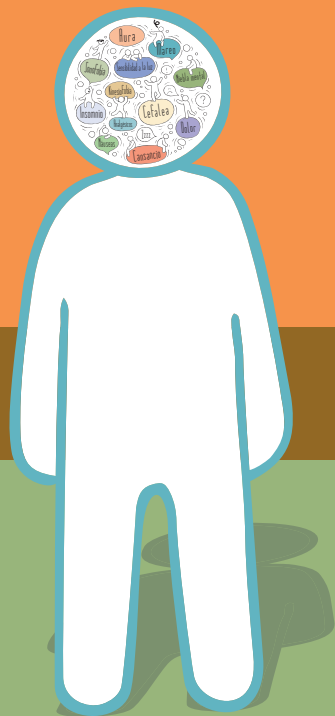
A large, stylized white figure with a teal outline stands in the center. Inside its head is a circular area containing various migraine symptoms in Spanish, each with a small stick figure icon. The symptoms include: Aura (orange), Mareo (blue), Sensibilidad a la luz (blue), Hiperacusidad (green), Cefalea (yellow), Dolor (purple), Cansancio (red), Insomnio (purple), Náuseas (green), and Fotofobia (green). Other symptoms like Sonofobia, Intolerancia al movimiento, and Irritabilidad are also present. In the background, there are three smaller stick figures: a purple one on the top left, a pink one on the top right, and a green one on the bottom left. The background consists of horizontal stripes in shades of purple and blue.

Migraña

Guía para
pacientes

Migraña:

Guía para Pacientes



Dra. Pilar Alcántara Miranda

Servicio de Neurología.

Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.

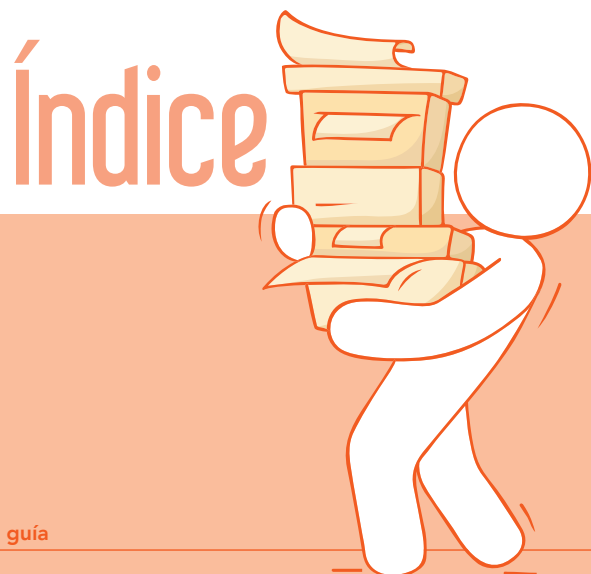
Dra. Ana Beatriz Gago Veiga

Unidad de Cefaleas.

Dr. Germán Latorre González.

Unidad de Cefaleas.

ISBN: 978-84-09-59628-7



04	Objetivos de la guía
04	¿A quién afecta?
05	¿Cuáles son los síntomas?
06	¿Qué es la migraña con aura?
07	¿Cuáles son las fases de la migraña?
09	¿Cada cuánto aparecen los episodios de migraña?
10	¿Cuál es la causa de la migraña?
11	¿Cómo se diagnostica la migraña?
14	¿Es necesaria alguna prueba para diagnosticar migraña?
15	¿Existen factores que influyan en la aparición y empeoramiento de los episodios de migraña?
17	¿Cómo puedo mejorar mis migrañas?
26	¿Cómo afecta la migraña al embarazo y qué tratamientos puedo tomar?



Objetivos de la guía

Con esta guía se pretende informar sobre la migraña, los síntomas que implica directa e indirectamente, y los abordajes farmacológicos y no farmacológicos que actualmente se utilizan en España.

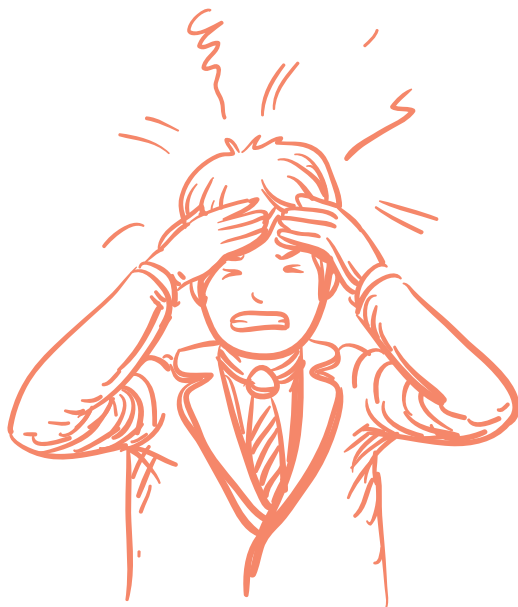
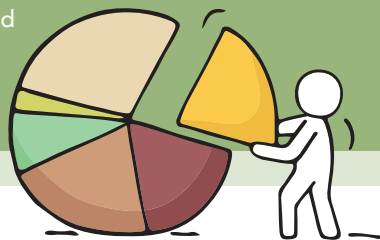
Sabemos que las personas mejor informadas sobre sus enfermedades y opciones de abordaje tienen mayor control sobre las mismas y participan en la toma de decisiones junto con los profesionales, mejorando sus resultados en salud y disminuyendo la incertidumbre y preocupación asociadas.

¿A quién le afecta?

La migraña es un trastorno neurológico caracterizado por episodios de dolor y otros síntomas neurológicos y físicos. **Afecta aproximadamente a un 12% de la población mundial**, lo que corresponde a más de 5 millones de personas en España. La migraña crónica, que supone la forma más grave, afecta al 1-2% de la población, lo que supone alrededor de 1 millón de personas en nuestro país. **Cualquier persona puede desarrollar migraña**, pero se han encontrado algunos grupos más susceptibles: las mujeres, especialmente antes de la menopausia, las personas con antecedentes de migraña en la familia y las personas con algunos antecedentes médicos específicos como el insomnio, la epilepsia y los trastornos ansioso-depresivos.



Existe alta probabilidad de presentar migraña si hay personas de la familia que la padecen, aunque también son importantes otros factores y no tiene por qué afectar con la misma gravedad. Una persona con un progenitor con migraña, tiene hasta un 50% de probabilidad de desarrollarla. Si afecta a los dos progenitores, el porcentaje aumenta hasta un 75%. La mayoría de los afectados tienen su primer episodio antes de los 40 años. También se ha observado que casi la mitad de las personas con migraña comienzan a tener los episodios de forma menos intensa y más espaciados por encima de los 65 años.



¿Cuáles son los síntomas?

El síntoma más característico es el **dolor de cabeza unilateral de cualidad pulsátil o palpitante** que suele empeorar con los movimientos cefálicos, aunque en muchas personas el dolor puede ser bilateral y no palpar. Quizá sea más diferenciador que **siempre asocia otros síntomas** como veremos a continuación. El dolor de cabeza intenso, aunque muy característico, es solamente uno de los síntomas entre los múltiples que padecen las personas con migraña.

¿Qué es la migraña con aura?

Un aura es una combinación de síntomas neurológicos que suele ocurrir antes del dolor en la migraña. Hasta un 20-30% de las personas con migraña experimentará al menos un episodio a lo largo de su vida. El aura dura varios minutos, habitualmente menos de una hora y se debe a cambios que ocurren en el cerebro antes y durante la crisis de dolor (ver apartado de depresión cortical propagada más adelante). Los síntomas de aura pueden incluir los **trastornos visuales, sensitivos, del lenguaje** y otros síntomas del sistema nervioso central menos frecuentes. Estos síntomas suelen aparecer de forma progresiva y escalonada.

Los **cambios visuales** afectan habitualmente a los dos ojos, aunque parezca que sólo ocurren en uno. Para comprobarlo se puede tapar cada uno de los ojos por separado mientras se mira a una pared blanca.

Algunos ejemplos de auras visuales son:

- Flashes de luz.
- Líneas curvas o en zig-zag.
- Puntos ciegos o pérdida de visión temporal.
- Imágenes o formas distorsionadas.

Algunas personas mayores pueden tener síntomas de aura visual aislados, sin el dolor pulsátil posterior o con molestias muy leves a las que no dan importancia. Esto lleva a algunos adultos a buscar primero una valoración oftalmológica.

Los **síntomas sensitivos** del aura suelen manifestarse como hormigueos o acorchamientos alrededor de la boca, en un brazo o la pierna.

Los **cambios en el lenguaje** durante el aura se presentan como dificultad para decir y comprender palabras o frases.

Existen otras variantes muy poco frecuentes de migraña con aura como el aura típica sin cefalea, aura retiniana, hemipléjica o troncoencefálica.



Imagen 1. Ejemplos de aura visual.

¿Cuáles son las fases de una crisis de migraña?

5

En cada episodio de migraña se pueden diferenciar hasta cuatro fases, aunque la duración de cada una de ellas puede variar en cada ataque. Puede ser muy útil aprender a identificarlas para manejarlas mejor y reducir sus consecuencias.

1. Síntomas premonitorios

Algunas personas con migraña pueden notar síntomas muy precoces de "aviso" del inicio del dolor, que suelen aparecer desde unas horas a unos días antes. Entre estos síntomas encontramos: irritabilidad, bajo ánimo, cansancio, cambios en el apetito y "antojos", bostezar, dificultades para concentrarse, hipersensibilidad a la luz y al ruido, aumento de ganas de orinar, rigidez de cuello y náuseas.

2. Aura

Algunos pacientes experimentan en esta fase los síntomas de aura comentados en el apartado anterior.



3. Fase de cefalea

En esta fase predomina el dolor de cabeza que, aunque puede tener intensidades diferentes, habitualmente es moderado o muy fuerte. Es la fase, generalmente, más incapacitante, pudiendo interferir en la realización de las actividades diarias. Aunque el dolor es el síntoma predominante, la mayoría de los pacientes experimentan otros síntomas asociados:

- Náuseas y vómitos.
- Sensibilidad a la luz, sonidos y olores.
- Mareo.
- Visión borrosa.
- Miedo al movimiento (kinesiofobia) por el probable empeoramiento del dolor (signo del traqueteo) y preferencia por estar quieto.
- Dificultades para la concentración.
- Hipersensibilidad en el cuero cabelludo.
- Más raramente, cambios en el hábito intestinal.

4. Postdromo

Tras el episodio de dolor intenso, muchos pacientes experimentan un período informalmente denominado la "resaca de la migraña", en el que pueden aparecer síntomas de cansancio intenso, cambios en el carácter o dificultades en la concentración. Puede durar hasta 24-48h.

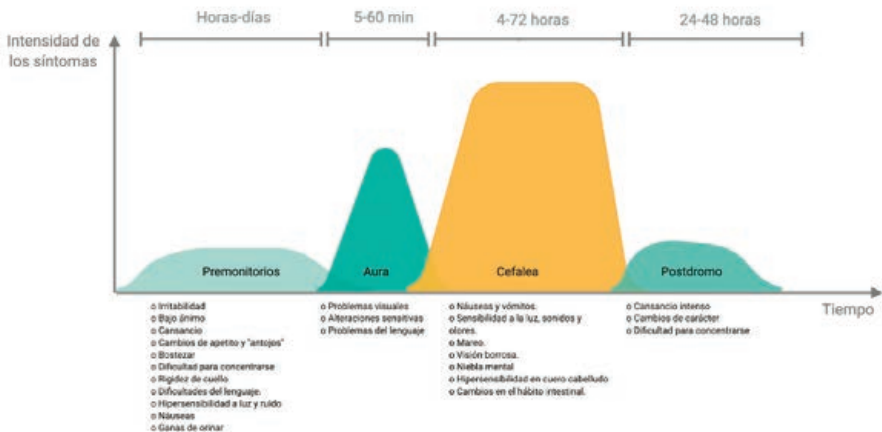
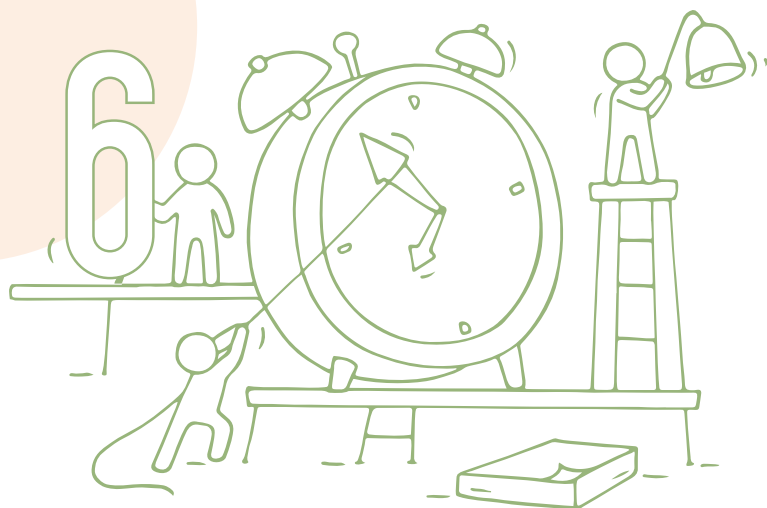


Imagen 2. Fases de una crisis de migraña.



¿Cada cuánto aparecen los episodios de migraña?

La migraña se caracteriza por ser cíclica y su frecuencia puede ser considerablemente variable entre las personas e incluso en diferentes épocas en un mismo individuo. Los episodios de dolor pueden aparecer desde unas pocas veces al año hasta ser continuos, con temporadas de episodios frecuentes o de años de casi remisión.

Migraña episódica

Por consenso se define así cuando la persona sufre menos de 15 días de dolor al mes. Esta suele separarse a su vez en dos categorías: episódica de baja frecuencia (menos de 8 días al mes) y episódica de alta frecuencia (entre 8 y 14 días de dolor mensualmente).

Migraña crónica

Si se presentan más de 15 días de dolor al mes. Es la forma más grave e incapacitante, aunque las personas que tienen migraña episódica de alta frecuencia presentan una discapacidad similar a los que tienen migraña crónica y algunas personas con migraña de baja frecuencia también pueden sufrir un impacto muy importante en su calidad de vida. Suele acompañarse de otras comorbilidades como la ansiedad, el insomnio, la depresión y el uso excesivo de analgésicos, que también pueden aparecer en la forma episódica.

¿Cuál es la causa de la migraña?

La búsqueda de la causa de la migraña es objeto de estudio desde hace décadas y, aunque siguen sin haberse contestado con exactitud todas las preguntas sobre cómo se produce, cada vez se conocen mejor los mecanismos implicados en la percepción del dolor, el aura y el resto de síntomas asociados.

Es importante comprender que la migraña **no se debe a una lesión del cerebro**, si no a un funcionamiento alterado del mismo. Los cerebros de las personas con migraña reaccionan automáticamente de forma desproporcionada a ciertos estímulos externos e internos que en otros individuos no causan problemas.

Se sabe que existen **factores biológicos** (genéticos, hormonales, bioquímicos, etc), **psicológicos** (personalidad, conducta, afecto, etc) y **sociales** (culturales, familiares, económicos, etc) que hacen a algunos grupos de personas más susceptibles que a otros. Además, los estudios más recientes de neuroimagen funcional en personas con dolor están cambiando nuestra forma de entender estos trastornos neurológicos como cuadros más complejos de lo que se pensaba previamente. Ahora sabemos que la experiencia de dolor implica la activación de múltiples áreas cerebrales de forma coordinada, que incluyen áreas de procesamiento multisensorial, motor, cognitivo, emocional y conductual, dando lugar a todos los síntomas asociados. También se ha demostrado que durante un ataque de dolor se produce la liberación de una serie de sustancias, entre las que se encuentra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP), cuyo bloqueo a través de ciertos medicamentos reduce el riesgo de que la persona sufra dolor de cabeza.



Imagen 3. Depresión cortical propagada.

Finalmente, conocemos que el aura de migraña se debe a un fenómeno conocido como **depresión cortical propagada**. Este se basa en la aparición de una onda anómala de actividad eléctrica y química (similar a una corriente eléctrica), que comienza por la parte posterior de la corteza cerebral (la encargada de procesar las imágenes visuales) y se extiende por el resto del cerebro hacia las estructuras más anteriores. Durante su propagación genera en primer lugar una activación de las áreas cerebrales afectadas, causando las luces (áreas cerebrales visuales), las alteraciones del lenguaje (áreas encargadas del procesamiento del lenguaje) o el hormigueo (áreas sensitivas cerebrales), seguidas de una reducción de la función con pérdida de visión o falta de sensibilidad.

Todo este continuo avance en el conocimiento de la migraña está ayudando a redefinir y optimizar el manejo de las personas que la padecen.

¿Cómo se diagnostica la migraña?

El diagnóstico de la migraña es clínico y se realiza en base a los síntomas que presente el paciente, es decir, las características del dolor de cabeza y los síntomas asociados o situaciones en las que más aparecen. Para ello es muy importante hacer una buena historia clínica (entrevista en consulta) por parte del médico, que incluya la presencia de otras enfermedades médicas previas, los fármacos que se están tomando y durante la que el paciente pueda expresar todo lo que le ocurre.

Los **criterios diagnósticos** de la **migraña SIN aura**, según la Clasificación Internacional de las Cefaleas (3ª Edición), son:

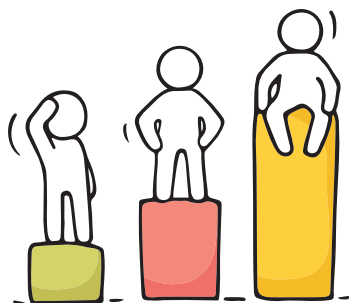
A

Haber presentado al menos 5 episodios de dolor que cumplan los criterios B-D. Si son menos de 5 pero los cumplen, se debe clasificar como "probable".

B

Duración de las crisis de 4 a 72h. Se refiere a las no tratadas o tratadas sin éxito. Si se queda dormido y se despierta sin cefalea, se contabiliza hasta el despertar. En niños y adolescentes pueden durar menos de 4h.





La cefalea tiene al menos 2 de las siguientes características:

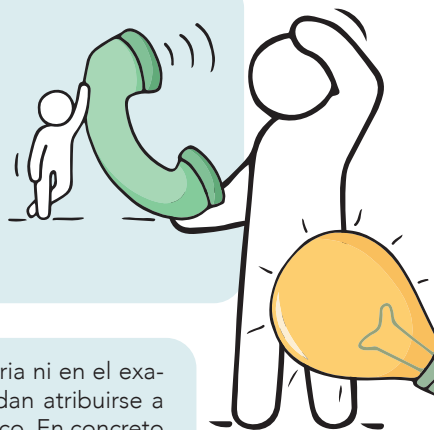
- 1- Localización unilateral.** Aunque en un 30-40% son bilaterales, suele iniciarse en un lado, en niños y adolescentes también es más a menudo bilateral. Suelen cambiar de lado, aunque un 10% de las estrictamente unilaterales son migraña.
- 2- Calidad pulsátil.** Más del 50% de pacientes con migraña presentan dolor no pulsátil. Se cumple esta condición, aunque la pulsatilidad del dolor sea discontinua, ya que suele cambiar durante la crisis.
- 3- Intensidad moderada-grave.**
- 4- Se agrava con las actividades habituales** o impide la realización de estas (por ejemplo caminar o subir escaleras). El agravamiento por el simple traqueteo de la cabeza es muy habitual.

Presenta al menos alguno de los siguientes síntomas durante la cefalea:

D

1. Náuseas y/o vómitos.

2. Sensibilidad y/o intolerancia a la luz, ruido (sono- y fotofobia). La **osmofobia** (sensibilidad a olores) no está incluida en los criterios ni es muy frecuente, pero es un síntoma bastante específico de la migraña respecto a otras cefaleas.



E

No se encuentran indicios en la historia ni en el examen físico de que los síntomas puedan atribuirse a otra causa que sugiera otro diagnóstico. En concreto no deben existir datos de alarma en la exploración.

Para el diagnóstico de la **migraña CON aura** se añade a los criterios anteriores los siguientes:

A

Al menos dos crisis que cumplen 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- Troncoencefálicos.
- 6- Retinianos.



C

Al menos dos de las siguientes cuatro características:

- 1- Progresión gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un período de ≥ 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.

Los criterios diagnósticos sirven de guía al médico, pero es muy importante recordar que cada migraña es única de la persona que la sufre, al igual que en la mayoría de las enfermedades. A veces el dolor de cabeza y otros síntomas pueden no ser exactos "de libro" o iguales que los de otra persona, pero seguir siendo muy compatibles con migraña. De hecho, suelen existir errores diagnósticos en pacientes con migraña que son catalogados como sinusitis, hernias cervicales y vértigos periféricos.



¿Es necesaria alguna prueba para diagnosticar migraña?



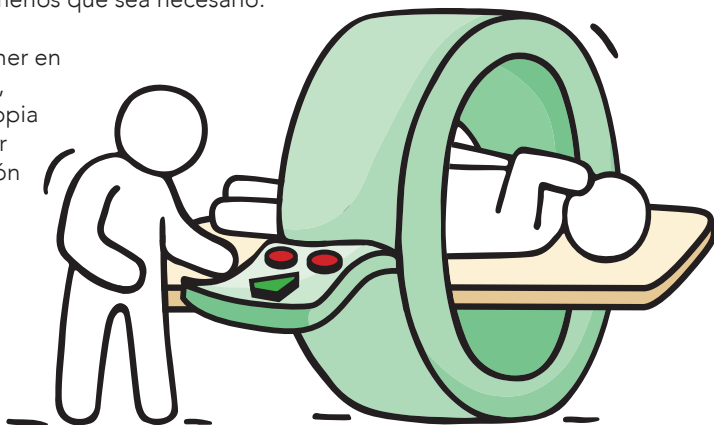
En la actualidad no existe ninguna prueba específica para diagnosticar la migraña.

Con una buena entrevista y exploración clínica puede llegarse al diagnóstico, ya que todas las pruebas disponibles en la práctica clínica (tomografía cerebral computerizada o TAC, la resonancia magnética cerebral básica o el electroencefalograma) son normales en la migraña y, por tanto, no está indicada su realización.

Recordando lo comentado en el apartado de las causas, la migraña no se debe a una lesión del cerebro, si no a alteraciones en el funcionamiento de este. Algunas pruebas utilizadas actualmente en investigación (pruebas de imagen funcional cerebral, mediciones de volumen cerebral, determinaciones analíticas en sangre y líquido cefalorraquídeo de neuropéptidos, etc), si están mostrando cambios diferenciadores en personas que sufren migraña respecto a otras personas sin dolor, que no son detectables por las pruebas utilizadas en la práctica habitual. Sin embargo, aún no se ha encontrado un biomarcador específico de este tipo que pueda utilizarse en el diagnóstico y dichas pruebas se reservan sólo para estudios de investigación en el momento actual.

Únicamente está indicado solicitar una prueba de imagen si existen características atípicas o de alarma en la historia del paciente o si se observan alteraciones en la exploración neurológica. En más del 95% de todos los tipos de cefaleas (término médico para describir cualquier tipo de dolor o molestia de cabeza), no existe ninguna lesión en el cerebro asociada y, en el pequeño porcentaje restante, los pacientes presentan síntomas de alarma o alteraciones en la exploración que van a hacer pensar que puede existir una lesión y es necesario realizar la prueba de imagen. Algunas pruebas como la **TC cerebral suponen una cierta cantidad de radiación** para el paciente, que hay que intentar evitar a menos que sea necesario.

Es importante tener en cuenta todo esto, puesto que la propia preocupación por tener alguna lesión en la cabeza puede empeorar y cronificar el dolor de cabeza.



¿Existen factores que influyan en la aparición y empeoramiento de los episodios de migraña?

Se ha observado que existen una serie de factores que, sin ser la causa de la migraña, se relacionan con la aparición de los episodios y aumentan el riesgo de empeoramiento de su frecuencia e intensidad (cronificación) con el paso del tiempo. Aunque estos factores suelen ser comunes en la mayoría de las personas con migraña, cada uno puede tener una implicación diferente en cada caso particular. Es importante tenerlos en cuenta porque su abordaje adecuado puede ayudar tanto a la mejora de los síntomas como a la mejora de la salud global del individuo. A continuación, se nombran los más habituales.

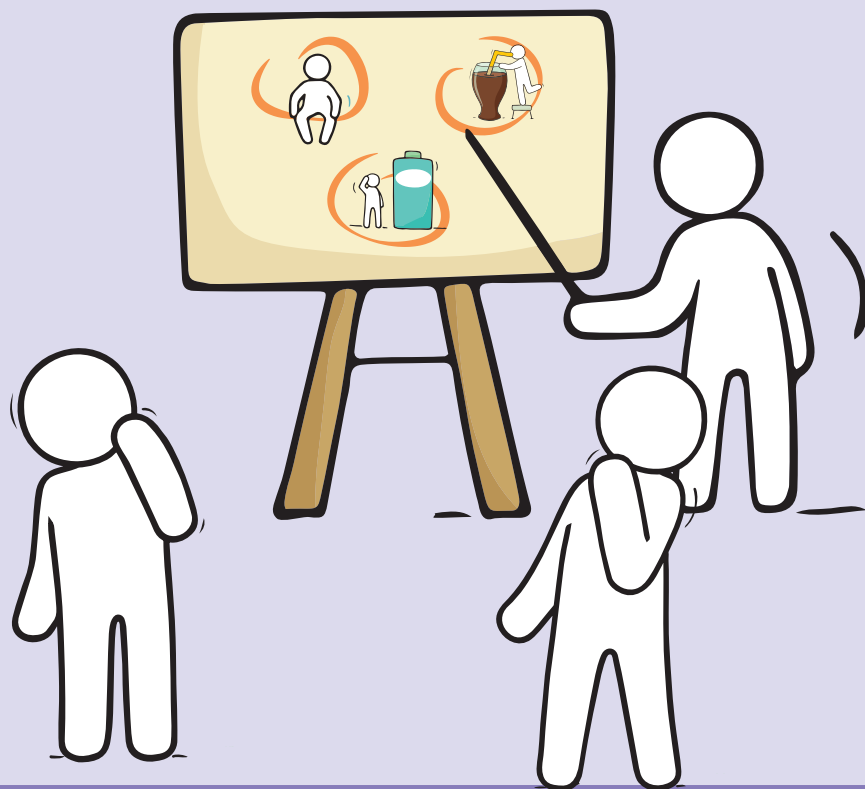


CALIDAD Y CANTIDAD DE SUEÑO INSUFICIENTE

Si hay un empeoramiento de las crisis, es útil preguntarse si estamos durmiendo horas insuficientes (bien por insomnio, trabajo u otros motivos), si existen cambios en el horario habitual de sueño (como trasnochar, viajes o cambios de turnos) o si puede haber enfermedades que influyan en la mala calidad del sueño como es el caso del síndrome de apnea del sueño (ronquidos, paradas de respiración nocturna). Otros factores cronificadores de la migraña, como el estrés y la ansiedad, el sedentarismo y el consumo excesivo de cafeína, también alteran la calidad del sueño.

ESTRÉS Y ANSIEDAD MANTENIDOS

Se ha observado mayor riesgo de aparición de ataques de dolor cuando existen experiencias estresantes cercanas. Las personas con migrañas describen tener dolor tanto durante el momento de estrés como de forma retardada en el momento de relajación (por la tarde, fin de semana, durante vacaciones, etc). Además, es un factor asociado con el empeoramiento del control de la migraña a lo largo del tiempo (cronificación). Existen muchos aspectos de salud, sociales, laborales y económicos que pueden influir en la experiencia de estrés y ansiedad.



SEDENTARISMO Y OBESIDAD

El sedentarismo y obesidad, habitualmente relacionados, se han asociado con un peor control de las migrañas y con su cronificación, además de con otros múltiples problemas de salud a largo plazo (diabetes, enfermedades vasculares, enfermedades neurológicas, etc).

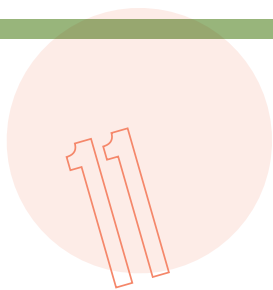
CAFEÍNA Y OTROS ESTIMULANTES

Aunque algunos pacientes notan un efecto analgésico en momentos de dolor, tanto la toma excesiva como la abstinencia brusca de bebidas cafeinadas o estimulantes (café, té, refrescos y bebidas energéticas...) se ha asociado con empeoramiento de migraña y otras cefaleas.

TOMA EXCESIVA DE MEDICACIÓN ANALGÉSICA

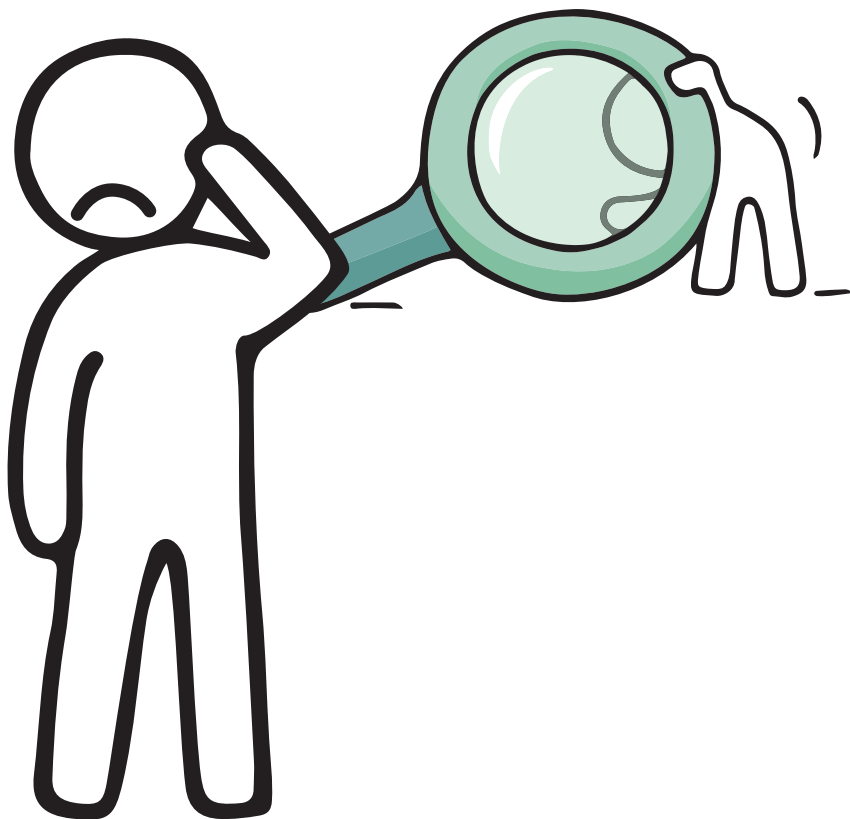
La toma continuada de medicación de rescate (antiinflamatorios, triptanes y opioides) puede llevar a un estado de dolor continuo sin mejoría tras la toma de analgésicos que antes eran útiles, conocido como cefalea por uso excesivo de medicación (CUEM).

¿Cómo puedo mejorar mis migrañas?



Como se ha mencionado, existen muchos factores implicados en la migraña, por lo que es importante realizar un **abordaje integral** para conseguir mejorías lo más óptimas posibles. Afortunadamente, cada vez tenemos más recursos farmacológicos y no farmacológicos estudiados específicamente para su manejo que están mejorando claramente la evolución y la calidad de vida de las personas que padecen migraña.

A la hora de elegir un tratamiento es importante tener en cuenta que no todo funciona igual para todas las personas, por lo que siempre **hay que individualizar todos los tratamientos**. En el caso de las mujeres, si crees que puedes estar embarazada o planeas estarlo, coméntalo con tu médico desde el inicio. Algunos tratamientos farmacológicos de la migraña pueden no ser seguros durante el embarazo o la lactancia.





MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Dentro de las medidas no farmacológicas se destacan las tres siguientes: educación en neurobiología del dolor, afrontamiento activo y hábitos saludables. Estas medidas son importantes y complementarias al resto de tratamientos farmacológicos.

EDUCACIÓN EN NEUROBIOLOGÍA DEL DOLOR

Consiste en explicar al paciente la fisiopatología de lo que le está ocurriendo bajo los nuevos conocimientos en neurociencia del dolor. Se hace con la finalidad de calmar la incertidumbre sobre el diagnóstico, ajustar conocimientos y establecer un modelo de enfermedad junto con el paciente, para así poder abordarlo con todas las alternativas disponibles.

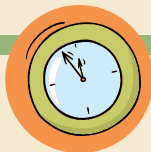
AFRONTAMIENTO ACTIVO

Una vez establecido el modelo de enfermedad, el afrontamiento activo consiste en estrategias cognitivo-conductuales. Se establecen objetivos con el paciente y se hace un análisis de los factores perpetuadores de la migraña para poder ir abordándolos de forma multidisciplinar.

HÁBITOS SALUDABLES

A continuación, se ofrecen recomendaciones sobre hábitos saludables para mantener una salud óptima y mejorar la calidad de vida. Es importante tener en cuenta que estos consejos están dirigidos a promover un organismo más saludable y han demostrado relacionarse con mejoras en el control de la migraña. Sin embargo, culpabilizarse y obsesionarse por no poder cumplirlos a rajatabla puede ser contraproducente. Además, pueden existir circunstancias personales, familiares, laborales y económicas complejas, que sobrepasen las posibilidades de algunas personas para incorporar estos hábitos. Enfócate en aquellos aspectos que puedas modificar de forma realista y comienza a incorporarlos poco a poco en tu día a día en la medida de lo posible.

Mejora la calidad del sueño. Las estrategias de higiene del sueño deben ser el punto de partida para mejorar la calidad y cantidad del sueño. Para ello, intenta reservar entre 7 y 8 horas diarias para dormir, con horarios lo más regulares posibles, recibir luz natural exterior al menos 20-30 minutos por la mañana, evitar la luz artificial intensa y las pantallas por la noche. Mantén un nivel de activación más alto por el día y reduce progresivamente la actividad tanto física como mental desde unas horas antes de dormir. Para aquellos en los que estas medidas no son suficientes, la terapia cognitivo-conductual específica para insomnio es la más recomendada y se basa en estrategias que potencien la relación del entorno (habitación, cama) con el momento de dormir en lugar de con estar despiertos. Se están desarrollando aplicaciones móviles para realizarla de forma telemática.



Ajusta el consumo de cafeína. Se recomienda la disminución progresiva del consumo de cafeína (café, té, refrescos y bebidas energéticas, etc) en personas con migrañas frecuentes para determinar si reducen su frecuencia. La cafeína puede influir en la profundidad y calidad del sueño por su larga permanencia en el organismo (vida media), por lo que se recomienda que se tome siempre por las mañanas y evitar dosis elevadas. Asegura tomarlo a la misma hora durante el fin de semana para evitar el síndrome de abstinencia, que puede aparecer a pesar de dosis bajas.

Realiza ejercicio físico regular. Estudios recientes han mostrado que el ejercicio físico se asocia a mejoras en la discapacidad e impacto negativo que produce la migraña en la vida de la persona. Una intervención regular de ejercicio variada, personalizada, basada en las preferencias de la persona y graduada, parece mostrar los mayores beneficios terapéuticos en la migraña. Para reducir su aparición es clave la regularidad y los aumentos de intensidad o volumen de ejercicio progresivos, sin sobrepasarse los días buenos o descansar en exceso los malos. Por ser una intervención basada en el estilo de vida, el ejercicio regular no sólo ayuda a reducir los ataques de migraña, sino que también ayuda a controlar otras comorbilidades como la obesidad, la depresión y el insomnio.

Modifica la reacción a los desafíos prolongados. Podríamos definir el estrés como el estado de nuestro organismo cuando responde a estímulos desafiantes o amenazantes. Incluye un conjunto de reacciones que nos ayudan a enfrentarnos a situaciones puntuales de incertidumbre o amenaza con éxito. Sin embargo, cuando experimentamos estrés de forma sostenida, sin momentos de distensión, estos cambios mantenidos en el tiempo pueden ser perjudiciales para el funcionamiento normal de los diferentes sistemas corporales, como el sistema nervioso, el inmune o el metabólico. Afortunadamente, existen muchas herramientas que pueden ayudarnos a reducir los efectos del estrés crónico en nuestro organismo. Sabemos que es clave incluir momentos de relajación, juego y distensión en nuestro día a día. En este sentido, varios estudios han mostrado que técnicas de relajación, biofeedback, mindfulness y terapia cognitivo-conductual contribuyen al mejor control de la migraña al enseñar a las personas que la padecen a modificar su respuesta a situaciones potencialmente estresantes. Llevar a cabo otras actividades de ocio como escuchar o tocar música, quedar con amigos, pintar, hacer yoga, practicar un deporte o dedicar tiempo a un hobby pueden ser útiles. Identifica aquellas actividades que te ayuden a lograr esos efectos beneficiosos particularmente en ti..

Mantén una dieta saludable. No hay una dieta específica para la migraña, pero adoptar una alimentación saludable parece asociarse a efectos beneficiosos en personas que la sufren. Es aconsejable que la dieta sea variada, baja en alimentos procesados, grasas saturadas y azúcares simples de rápida absorción y rica en verduras, legumbres y frutas. No se ha conseguido demostrar que restringir o eliminar alimentos de la dieta realmente sea útil para mejorar su control. También la pérdida de peso, ya sea mediante cambios de estilo de vida o con otras medidas, parece asociarse con una disminución en la frecuencia de las cefaleas.



MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

Dentro de las opciones farmacológicas, existen unas que ayudan a aliviar los síntomas y el dolor una vez el episodio de migraña ya ha empezado (**tratamiento agudo**), y otras que pueden ayudar a reducir la frecuencia y la intensidad de los episodios (**tratamiento preventivo**).

TRATAMIENTO AGUDO

En el grupo de fármacos que se utilizan cuando el dolor ha comenzado encontramos varios grupos que nombramos a continuación. Es imprescindible conocer que su toma continuada puede tener efectos adversos, entre ellos, el empeoramiento de la cefalea por el uso excesivo de analgesia. Se recomienda **no sobrepasar los 10-15 días de consumo al mes** (o menos en algunos grupos) y **potenciar el tratamiento preventivo** si estos no son suficientes para el control de los episodios.

- **Antiinflamatorios no esteroideos (AINES):** Ibuprofeno, naproxeno sódico, dextetoprofeno, diclofenaco, ácido acetil-salicílico. Tomados en dosis elevadas o con mucha frecuencia pueden producir entre otros efectos secundarios, úlceras en el estómago.
- **Otros analgésicos no antiinflamatorios:** Paracetamol. Suele referirse menor efectividad que los anteriores en episodios intensos.
- **Triptanes:** Existen diferentes tipos y formas de administración (pastillas, spray nasal, inyecciones). Algunas personas refieren cansancio, mareo y debilidad generalizada tras su toma, aunque habitualmente son bien tolerados. En pacientes con factores de riesgo vascular, el médico debe valorar su uso de forma individual



- **Opioides:** Los opioides son fármacos con alto riesgo de dependencia y abuso, y conducen con frecuencia a la cronificación del dolor. Además, asocian efectos adversos importantes como mareo, náuseas, estreñimiento y confusión. En migraña, actualmente no se recomiendan.
- Existen **combinaciones de fármacos** comercializados (paracetamol con codeína o cafeína; dextetoprofeno con codeína, etc). Aunque algunos pacientes reportan beneficio en la fase aguda, la mayoría de ellas pueden producir dependencia a largo plazo y no se recomiendan actualmente.
- **Fármacos anti-nauseosos:** Como metoclopramida o domperidona. Estos fármacos pueden ser útiles para un ataque de migraña, incluso si no se asocian náuseas habitualmente. Además de mejorar este síntoma, pueden influir sobre el dolor y la motilidad intestinal, a veces reducida durante un ataque de migraña, facilitando a su vez la absorción de otros fármacos.
- **Corticoides:** Se suelen usar en episodios más prolongados de lo habitual. Se pautan en ciclos de días o semanas de prednisona o dexametasona. Estos fármacos no deben usarse a largo plazo por sus efectos adversos. Actúan de forma lenta (en horas-días) pero son útiles para acortar episodios muy prolongados (estatus migrañoso) o malas rachas con acumulación de crisis. Siempre deben estar pautados bajo supervisión médica.

Uno de los errores que pueden surgir en los tratamientos agudos, es la toma de un fármaco que es posteriormente vomitado o no se absorbe rápidamente. En estos casos, la eficacia puede mejorar si se administra como una inyección, spray o polvo nasal o supositorio, más que por vía oral. También resulta útil administrarlo junto con fármacos que aumenten la motilidad intestinal y disminuyan las náuseas, como la metoclopramida o domperidona.

- **Ditanes:** lasmiditán es un fármaco con un mecanismo de acción cercano al de los triptanes que podría utilizarse en pacientes que no responden o que no los toleran adecuadamente. Tienen una eficacia similar y en algunos pacientes pueden producir mareo o somnolencia por lo que se debe evitar la conducción cuando se consumen. En el momento de elaboración de esta guía se encuentra pendiente de comercialización en nuestro medio.
- **Gepantes:** rimegepant es un fármaco antagonista de CGRP que ha demostrado su utilidad como tratamiento del ataque agudo de migraña con una buena tolerabilidad y con una eficacia al menos similar a la de los triptanes. En el momento de elaboración de esta guía se encuentra pendiente de comercialización en nuestro medio.

TRATAMIENTO PREVENTIVO

Se trata de fármacos que buscan reducir la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de migraña, disminuyendo a su vez el uso excesivo de analgesia.

Casi todos los fármacos utilizados como preventivos no se diseñaron inicialmente para su uso en migraña. Sin embargo, en las últimas décadas se están investigando tratamientos específicos para esta entidad.

Los tratamientos preventivos de migraña se pueden agrupar en diferentes grupos según su forma de administración (oral o inyectado) y mecanismo de acción. Tu médico debe ir eligiendo entre todas las opciones cuál se adapta mejor a tu situación y comorbilidades. Aunque habitualmente las dosis bajas utilizadas en migraña no suelen asociarse con problemas de tolerancia, pregunta siempre a tu médico sobre posibles efectos adversos y contraindicaciones. A continuación, se describen los fármacos más comúnmente utilizados.



Fármacos preventivos orales

GRUPO DE ANTIDEPRESIVOS

Este grupo de fármacos han mostrado mejorar el control de trastornos que cursan con dolor crónico o recurrente, como es el caso de la migraña, además de ser útiles en caso de existir comorbilidad con ansiedad y depresión. Los efectos adversos más frecuentes son boca seca, somnolencia, disminución de libido y aumento de peso.

Dentro de este grupo se encuentran:

- **Amitriptilina.**
- **Venlafaxina.**
- **Otros tipos** como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (sertralina, fluoxetina, paroxetina, etc) o la duloxetina, son útiles para las comorbilidades de la migraña como la depresión y la ansiedad, aunque no han demostrado eficacia en la reducción de los ataques de migraña.



GRUPO DE FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS

Son fármacos dirigidos a la regulación de tensión arterial y frecuencia cardíaca. Dentro de este grupo, se utilizan como preventivos de migraña los siguientes:

- **Beta-bloqueantes** (propranolol, nebivolol, nadolol, metoprolol).
- **Candesartán.**
- **Lisinopril.**

Los efectos adversos más frecuentes son la disfunción eréctil, la hipotensión o trastorno de ánimo con los beta-bloqueantes; el mareo e hipotensión con lisinopril y candesartán. Específicamente lisinopril puede producir tos crónica.

GRUPO DE ANTAGONISTAS DEL CALCIO

Dentro de este grupo destaca la **flunarizina**, que actúa impidiendo la contracción de la musculatura de los vasos, produciendo vasodilatación. Como efectos adversos podemos encontrar el aumento de peso y el trastorno de ánimo.



GRUPO DE FÁRMACOS NEUROMODULADORES

Son fármacos aprobados para epilepsia, pero que, usados durante un periodo de tiempo a dosis más bajas, han demostrado su utilidad en la reducción de episodios de migraña.

Destacamos los principales y los efectos adversos que pueden asociar:

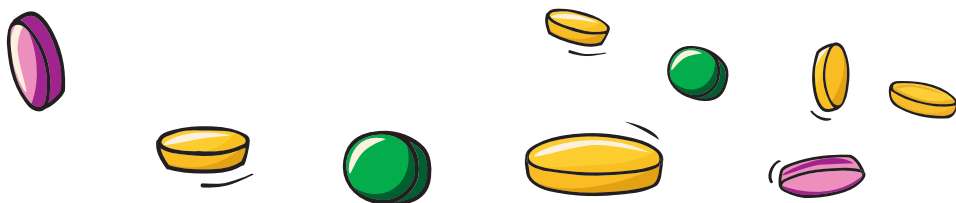
- **Topiramato:** En algunos casos puede producir dificultad para encontrar palabras y concentrarse, hormigueos en palmas y plantas que se autolimitan con el tiempo, así como litiasis renales.
- **Zonisamida:** Efectos adversos similares a topiramato.
- **Ácido valproico:** Debe evitarse en edad fértil, por el riesgo de malformaciones u otros problemas en el recién nacido.
- **Lamotrigina:** Menos eficaz y menos usado que los anteriores, sobre todo dirigido a tratar el aura. Generalmente bien tolerado, aunque raramente puede producir alergias cutáneas graves.

NUTRACEÚTICOS

Se trata de compuestos que, además de tener una función en la nutrición (como las vitaminas o las grasas), pueden ser útiles para tratar una enfermedad. Se pueden adquirir en farmacias y herbolarios. Aunque no suelen precisar receta deben ser indicados por tu médico con las recomendaciones de dosis, forma y tiempo. El magnesio, la coenzima Q10 o la riboflavina, se han asociado con mejorías en la migraña, aunque siguen siendo necesarios estudios de mejor calidad para confirmar los hallazgos. No suelen tener efectos adversos, pero no se recomienda su uso durante períodos largos y hay que revisar las posibles interacciones con otras medicaciones. En general son compuestos con baja potencia de efecto en migraña y no se suele recomendar su uso en monoterapia.

GRUPO DE LOS GEPANTES

Rimegepant y Atogepant son fármacos antagonistas de CGRP que pueden ser útiles en prevención de migraña. Rimegepant tiene una posología más cómoda (1 comprimido cada 48 horas) y eficacia en migraña episódica y asimismo se puede utilizar como tratamiento abortivo de la crisis. Atogepant se utiliza en una posología diaria y puede indicarse en migraña episódica o crónica. Otros fármacos de este grupo se han estudiado en este contexto pero no se espera su comercialización en nuestro medio. En el momento de elaboración de esta guía no se encuentran todavía disponibles en España.



Fármacos preventivos inyectados

Estos fármacos suelen utilizarse en pacientes con migraña crónica o de alta frecuencia, en los que hayan fracasado los fármacos orales.

INFILTRACIÓN O BLOQUEO ANESTÉSICO DE NERVIOS PERICRANEALES

Esta técnica consiste en la administración subcutánea de anestesia local (con o sin corticoides) en el punto de salida de nervios pericraneales. La técnica más utilizada es la del bloqueo de los nervios occipitales mayor y menor sin corticoides, situados en la parte posterior de la cabeza. También puede ser útil la infiltración en la salida del nervio supraorbitario (cerca de la ceja, en dolores periorbitales) y auriculotemporal (cerca de las sienes). La duración del efecto es muy variable entre pacientes, desde días hasta meses. La única contraindicación es el antecedente de neurocirugía craneal, así como traumatismo craneal grave.

TOXINA BOTULÍNICA

Aunque se trata del mismo fármaco usado en medicina estética para disminuir las arrugas, en medicina también se usa para tratar múltiples enfermedades. En la migraña ha demostrado la reducción de los episodios de forma eficaz. Se realiza un protocolo de inyecciones repartidas en diferentes áreas de la cabeza, llamado protocolo PREEMPT. Es una técnica sencilla que se hace en consulta y que no suele llevar más de 10 minutos, donde su principal ventaja es que tiene muy pocos efectos adversos. No se debe infiltrar antes de tres meses desde la última sesión por riesgo de producción de autoanticuerpos que hagan que pierda eficacia. El efecto se empieza a evidenciar tras las primeras 3 semanas y se debe repetir, al menos al principio, cada 3 meses; si bien con el tiempo se puede intentar ir alargando este periodo.

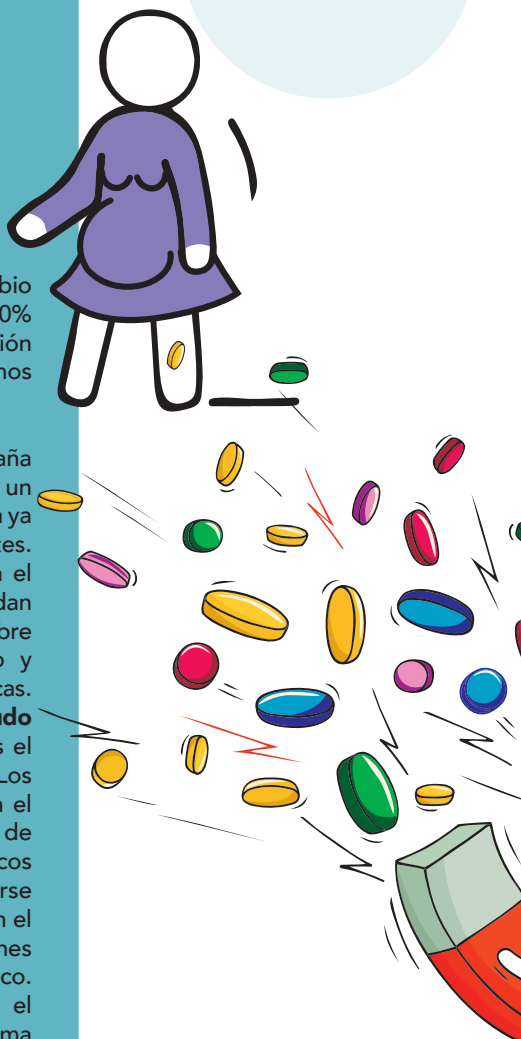
INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (INHIBIDORES DEL CGRP)

Estos fármacos son los primeros aprobados específicamente para la prevención de la migraña, tanto episódica como crónica. Han comenzado a pautarse en las consultas de Neurología desde el año 2020 aproximadamente. Existen 4 fármacos dentro de este grupo, 3 de ellos (erenumab, fremanezumab, o galcanezumab), que se aplican de forma subcutánea, habitualmente una vez al mes, y uno de ellos intravenoso (eptinezumab), trimestral. Actúan bloqueando el CGRP, una molécula implicada en la migraña. En vida real, estamos viendo que pueden ser efectivos, en ocasiones incluso con muy buena respuesta, en pacientes que habían sido refractarios a muchos tratamientos previos. En general son muy bien tolerados (el efecto adverso más habitual es el estreñimiento), no existen interacciones con otros tratamientos y la principal contraindicación es el embarazo y patologías cardio-cerebrovasculares graves previas, pero también es cierto que por el momento hay que ser cuidadoso hasta comprobar la seguridad a más largo plazo.

¿Cómo afecta la migraña al embarazo y qué tratamientos puedo tomar?

Durante el embarazo puede existir un cambio en los patrones de migraña. Hasta el 50-80% de las pacientes experimentan una reducción en los episodios, especialmente en los últimos trimestres.

Aunque en la mayoría de las pacientes la migraña mejora durante el embarazo, se recomienda un seguimiento durante el mismo por neurología ya que los tratamientos pueden necesitar ajustes. Dado que la mayoría de los fármacos para el tratamiento de la migraña no se recomiendan en el embarazo por su posible impacto sobre el feto, lo más importante es planificarlo y centrarse en las medidas no farmacológicas. Para el **tratamiento farmacológico agudo** durante las crisis, el fármaco más seguro es el paracetamol, utilizado de forma moderada. Los AINEs (ibuprofeno) sólo deberían usarse en el segundo trimestre. En algunas pacientes y de forma puntual pueden usarse otros fármacos como el sumatriptán, aunque deben evitarse en la medida de lo posible, especialmente en el primer trimestre. Igualmente, estas las opciones terapéuticas debes comentarlas con tu médico. Para el **tratamiento preventivo** durante el embarazo se recomienda la elección de forma individualizada por parte del neurólogo según las características de la paciente, del dolor y comorbilidades.



¿Existen organizaciones de pacientes con migraña?

Las organizaciones de pacientes son entidades sin intereses lucrativos formadas por personas que comparten una misma enfermedad. Ofrecen información, orientación y apoyo psicosocial además de defender los derechos y necesidades sanitarias y sociales de quienes sufren esa enfermedad ante terceros.

En el campo de las cefaleas, concretamente en migraña, existen asociaciones de pacientes que pueden brindarte el apoyo e información necesarios en cualquier momento de tu enfermedad.

Si deseas tomar contacto con una asociación de pacientes, a continuación te indicamos los datos de contacto:

AEMICE Asociación Española de Migraña y Cefaleas
www.dolordecabeza.net • Contacto: info@dolordecabeza.net

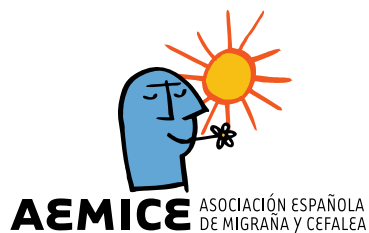
Atribuciones de derechos de imagen

Las imágenes 1, 2, 3, y 4 han sido diseñadas por la autora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Andreou, A.P., Edvinsson, L. Mechanisms of migraine as a chronic evolutive condition. *J Headache Pain* 20, 117 (2019). doi: 10.1186/s10194-019-1066-0
2. Migraine Patients Guideline. Global Healthy Living Foundation. First edition 2019. https://migraineresearchfoundation.org/wp-content/uploads/2019/05/Migraine_Patient_Guidelines.pdf
3. Sociedad Española de Neurología y Grupo de estudio de cefaleas. (2020). Manual de práctica clínica en cefaleas. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología en 2020. Ediciones SEN. ISBN: 978-84-18420-19-1. <https://www.sen.es/pdf/2020/ManualCefaleas2020.pdf>
4. Torres-Ferrús M et al. From transformation to chronification of migraine: pathophysiological and clinical aspects. *J Headache Pain*. 2020 Apr 29;21(1):42. doi: 10.1186/s10194-020-01111-8.
5. Seng EK, Martin PR, Houle TT. Lifestyle factors and migraine. *Lancet Neurol*. 2022 Oct;21(10):911-921. doi: 10.1016/S1474-4422(22)00211-3.
6. Woldeamanuel YW, Oliveira ABD. What is the efficacy of aerobic exercise versus strength training in the treatment of migraine? A systematic review and network meta-analysis of clinical trials. *J Headache Pain*. 2022 Oct 13;23(1):134. doi: 10.1186/s10194-022-01503-y.
7. Tiseo C et al & European Headache Federation School of Advanced Studies (EHF-SAS). Migraine and sleep disorders: a systematic review. *J Headache Pain*. 2020 Oct 27;21(1):126. doi: 10.1186/s10194-020-01192-5.
8. Aguirrezebal I et al. Effectiveness of a primary care-based group educational intervention in the management of patients with migraine: a randomized controlled trial. *Prim Health Care Res Dev*. 2019 Dec 13;20:e155. doi: 10.1017/S1463423619000720.
9. Minen MT et al. Neuroscience Education as Therapy for Migraine and Overlapping Pain Conditions: A Scoping Review. *Pain Med*. 2021 Oct 8;22(10):2366-2383. doi: 10.1093/pm/pnab131.
10. Latorre Gonzalez G, Gonzalez García N, Calle de Miguel CA, Barcenilla Rodríguez B, Cárcamo Fonfría A, Casas Limón J, Díaz de Terán J, Jaimes Sánchez A, Ordás Bandera C, Rodríguez Vico J, Rubio Flores L, Sastre Real M, Toribio Díaz E, Treviño Peinado C, Quintas Gutiérrez S, Pareja Grande JA, Porta-Etessam J, Sánchez del Río González M, Santos-Lasaosa S, Gago-Veiga AB. Consenso sobre anticuerpos monoclonales en migraña del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Asociación Madrileña de Neurología. *Kranion*. 2023;18(1):5-20. doi: 10.24875/kranion.M23000050.
11. Li D, Abreu J, Tepper SJ. A Brief Review of Gepants. *Curr Pain Headache Rep*. 2023 Sep;27(9):479-488. doi: 10.1007/s11916-023-01142-1. Epub 2023 Aug 2. PMID: 37531032.





Con la colaboración de:

