

El papel del farmacéutico comunitario en las patologías del SNC

1	Introducción a la patología del SNC. Papel de la farmacia comunitaria
2	Cefalea y migraña
3	Dolor neuropático y fibromialgia
4	Patologías cerebrovasculares: ictus isquémico, hemorragia cerebral y papel de la HTA
5	Enfermedad de Parkinson, demencias y enfermedad de Alzheimer
6	Patología neurológica y urgencias (epilepsia, meningitis, lesiones traumáticas...)
7	Trastornos del estado de ánimo y trastorno bipolar
8	Trastornos del neurodesarrollo. Trastorno del espectro autista y trastorno por déficit de atención e hiperactividad
9	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
10	Urgencias psiquiátricas y patología psiquiátrica aguda (crisis psicóticas, riesgo de suicidio)
11	Trastornos de la conducta alimentaria. Trastornos conductuales y del control de los impulsos
12	Trastornos relacionados con el consumo de sustancias adictivas y otras adicciones

Atención farmacéutica

MÓDULO 2

Cefalea y migraña

Juan Carlos Roig¹, Rafael Sánchez Roy²

¹Farmacéutico comunitario. ²Jefe de Servicio de Neurología del Hospital Arnau de Vilanova (SVN). Profesor asociado de la Universidad CEU Cardenal Herrera

Objetivos de aprendizaje

- Definir las principales características (concepto, epidemiología, patogenia, sintomatología y diagnóstico) de la cefalea y la migraña.
- Conocer los criterios de derivación al médico, desde la farmacia comunitaria, de los pacientes que consultan por dolor de cabeza.
- Identificar los fármacos utilizados para el tratamiento de la cefalea y de la migraña.
- Conocer la información sobre las medidas terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas para el tratamiento de la cefalea y la migraña, así como el reconocimiento de sus principales factores desencadenantes.
- Mostrar la aplicación real del contenido teórico presentado a través de un caso clínico de servicio profesional farmacéutico asistencial (SPFA) de indicación farmacéutica, al que le sigue un caso clínico de dispensación.

Caso clínico

Mujer de 30 años que acude a la farmacia comunitaria solicitando que le den «algo para el dolor de cabeza que padezco». Si bien presenta un historial previo de episodios de cefalea desde la infancia, refiere padecerlos últimamente con más frecuencia. No tienen una duración excesiva, y suele automedicarse con antiinflamatorios (ibuprofeno 600 mg/8 h durante las crisis).



Concepto

La cefalea consiste en el dolor o molestia localizada en cualquier parte de la cabeza. El dolor de cabeza es el síntoma neurológico más prevalente, y la mayoría de las personas lo han experimentado en alguna ocasión a lo largo de su vida. La cefalea puede ser síntoma de una enfermedad grave que puede poner en peligro la vida del paciente, pero en la mayoría de los casos es un trastorno benigno, aunque no por ello menos discapacitante, con repercusión a nivel personal y con afectación emocional, con posibilidad aumentada de abuso de sustancias analgésicas y disminución del rendimiento laboral. Es de gran importancia realizar una anamnesis y una exploración física completas para detectar a aquellos pacientes con una enfermedad causal grave.

Epidemiología

Las cefaleas son el más común de los dolores, con una prevalencia de alrededor del 90%. El 50-60% de los adultos sufre cefaleas esporádicamente, el 12-13% de la población padece migrañas y el 4-5% sufre cefaleas a diario. La cefalea tensional tiene una incidencia de 14,2 por 1.000 personas/año. El coste total estimado de la migraña en Europa es de 579 euros por paciente y de 27.000 millones de euros para los 41 millones de pacientes de edades comprendidas entre los 18 y 65 años que se estiman que padecen esta enfermedad.

Globalmente, es el trastorno neurológico más costoso, por encima del ictus, la esclerosis múltiple, la enfermedad de Parkinson o la demencia. En neurología, las cefaleas son la primera causa de consulta, especialmente la migraña.

Las cefaleas en general y las migrañas en particular presentan comorbilidad con procesos bien definidos, como ictus, hipertensión, diabetes, asma y obesidad, y con algunos otros procesos peor definidos, como la fibromialgia, el dolor lumbar o el dolor muscular local, la ansiedad y la depresión. Es importante remarcar que la migraña, la hipertensión y la obesidad son factores de riesgo independientes para enfermedades cardiovasculares, y en particular para los ictus.

Patogenia

La patogenia de los diferentes tipos de cefaleas es variada. Las arterias del polígono de Willis, las arterias de las meninges (durales), las venas y los senos venosos duros conforman las estructuras dolorosas intracraneales, mientras que las principales estructuras extracraneales dolorosas son las arterias carótidas y vertebrales, el cuero cabelludo, los músculos del cuello, los nervios periféricos de la piel y los nervios cervicales.

En las migrañas se sabe que existe un sustrato anatómico constituido por varias estructuras, desempeñando un papel fundamental el sistema trigeminovascular, junto con el sistema neurolímbico, el sistema modulador ascendente y el descendente. Esta red es la encargada de modular y con-

ducir la señal nociceptiva. En pacientes con migraña, hay una hiperexcitabilidad condicionada por alteraciones genéticas y epigenéticas. La presencia de factores externos (como cambios ambientales o el consumo de alcohol) y factores internos (como trastornos hormonales o alteraciones del sueño) contribuye a la generación del dolor.

Hay diversos neurotransmisores (como la serotonina o el péptido relacionado con el gen de la calcitonina) implicados en las migrañas y sobre los que se puede actuar farmacológicamente.

« El 50-60% de los adultos sufre cefaleas esporádicamente, el 12-13% de la población padece migrañas y el 4-5% sufre cefaleas a diario »

Sintomatología

La clasificación más utilizada es la propuesta por la International Headache Society (3.ª edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas, 2013). De manera resumida, las cefaleas pueden dividirse en agudas de inicio reciente, agudas recurrentes, crónicas progresivas y crónicas no progresivas.

Cefaleas agudas de inicio reciente

En general, las cefaleas agudas de inicio reciente son potencialmente graves y requieren un diagnóstico y tratamiento precoz. Aquí se engloban procesos tales como la hemorragia subaracnoidea, las meningoencefalitis agudas, los ictus, los primeros episodios de migraña y otras cefaleas vasculares, la cefalea tras consumo excesivo de alcohol y las cefaleas asociadas a cuadros febriles. Son causas menos frecuentes de cefalea la encefalopatía hipertensiva, la trombosis de senos y venas intracraneales, las cefaleas agudas de origen ocular (glaucoma agudo) y las cefaleas agudas de origen en estructuras sinusales (sinusitis).

Cefaleas agudas recurrentes

En las cefaleas agudas recurrentes, el prototipo es la migraña con sus diferentes variantes y las cefaleas trigémico-autonómicas, con la cefalea en racimos como causa más frecuente.

La migraña sin aura se caracteriza por ser una cefalea recurrente con episodios de 4-72 horas de duración. Las características típicas del dolor son: localización unilateral, carácter pulsátil, intensidad moderada o severa, empeoramiento con la actividad física y asociación con náuseas o fotofobia y fonofobia. En el caso de las migrañas con aura hay síntomas sensitivos o del sistema nervioso central unilaterales, transi-

torios y visuales, que se desarrollan progresivamente y suelen preceder a la cefalea.

Cefaleas crónicas progresivas

Para las cefaleas crónicas progresivas, las causas más frecuentes son aquellas que aumentan la presión intracraneal, como tumores cerebrales, hemorragia subdural, absceso cerebral, trombosis de senos y venas intracraneales o seudotumor cerebral.

Cefaleas crónicas no progresivas

Las cefaleas crónicas no progresivas corresponden la mayoría de las veces a casos de cefalea tensional o migraña crónica. La cefalea tensional se caracteriza por dolor de localización típicamente bilateral, con una cualidad de dolor opresivo de intensidad leve a moderada y con una duración variable. El dolor no empeora con la actividad física habitual ni está asociado a náuseas.

Más allá de otras consideraciones, existen algunos signos de alarma en las cefaleas que, cuando están presentes, obligan a intentar establecer un diagnóstico de manera urgente:

- Cefalea de comienzo reciente en personas mayores de 50 años.
- Cefalea de intensidad progresiva.
- Cefalea de carácter gravitatorio que empeora con el sueño, el decúbito o maniobras de Valsalva (tos, estornudos, etc.).
- Cefalea de inicio brusco.
- Aura atípica.
- Cefalea asociada a fiebre, alteraciones de la conciencia u otras alteraciones en la exploración física.
- Cefalea asociada a signos de disfunción neurológica.
- Cambios en el patrón de la cefalea.
- Cefalea estrictamente unilateral.
- Falta de respuesta a tratamientos habituales.

Diagnóstico

El diagnóstico se basa fundamentalmente en una buena anamnesis y una exploración física y neurológica. Esto nos ayudará no sólo a la orientación diagnóstica de la cefalea, sino también a descartar los signos de alarma.

La anamnesis nos permitirá encuadrar al paciente en alguno de los grupos diagnósticos comentados. La exploración física es fundamental para descartar signos de alarma. En la exploración neurológica hay que considerar el nivel de conciencia y las funciones cognitivas básicas, que pueden valorarse en la anamnesis. Las alteraciones campimétricas pueden indicar procesos expansivos hipofisarios o alteraciones en las vías ópticas. La presencia de oftalmoparesias puede indicar compresión de los pares craneales III o VI. La presencia de papiledema en el fondo de ojo suele indicar la existencia de hipertensión intracraneal. La presencia de fo-



“**Los tratamientos farmacológicos no específicos para el abordaje de las crisis de migraña leves o moderadas están basados en analgésicos simples»**

calidad neurológica debe considerarse indicativa de origen sintomático de la cefalea.

En cuanto a las pruebas complementarias, en caso de presencia de signos de alarma o sospecha de cefalea secundaria deben solicitarse pruebas de neuroimagen (tomografía computarizada [TC], resonancia magnética [RM]). La analítica general no suele ser de utilidad, aunque el volumen de sedimentación globular (VSG) debe solicitarse de forma urgente ante la sospecha de arteritis de la temporal. El electroencefalograma (EEG) no está justificado de forma habitual, ya que su utilidad clínica en cefaleas es limitada.

Bibliografía

- Ezpeleta D, Pozo-Rosich P. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas. Madrid: Sociedad Española de Neurología, 2015. Disponible en: http://cefaleas.sen.es/pdf/GUIA_NEURO_2015.pdf (última consulta: 21 de diciembre de 2018).
- Macaya Ruiz A, Pozo Rosich P. Guía práctica diagnóstico-terapéutica de la cefalea del adulto y el niño en urgencias. Madrid: Sociedad Española de Neurología, 2016; 1-114. Disponible en: <http://cefaleas.sen.es/pdf/GuiaCefalea-adulto-nino.pdf> (última consulta: 21 de diciembre de 2018).
- Pedrerá Carbonell V, Miralles Parres MJ, Lainez Andrés JM. Cefaleas. Guía de actuación clínica en Atención Primaria, 2007. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.4006-2002%20bis.pdf> (última consulta: 21 de diciembre de 2018).
- Sociedad Catalana de Neurología. Guía oficial de diagnóstico i tractament de la cefalea, 2019. Disponible en: https://scneurologia.cat/wp-content/uploads/2019/05/Guia-CEFALEES_Societat-Catalana-de-Neurologia_Actualitzaci%C3%B3-2019.pdf (última consulta: 22 de mayo de 2019).

Caso clínico

El motivo de consulta, «dolor de cabeza», que plantea la paciente debe ser entendido por el farmacéutico como aquel que corresponde al SPFA de indicación farmacéutica¹, definido por el Foro de Atención Farmacéutica de Farmacia Comunitaria (AF-FC) como «el prestado ante la demanda de un paciente o usuario que llega a la farmacia sin saber qué medicamento debe adquirir y solicita el remedio más adecuado para un problema de salud concreto».

Debe tratarse, por tanto, de un «síntoma menor o trastorno menor»², en el que, si el tratamiento elegido fuera farmacológico, dicho fármaco será entendido como de indicación farmacéutica², y por tanto estará legalmente autorizado para dispensarse sin receta médica.

El procedimiento propuesto para la aplicación del servicio se resume en los siguientes pasos: recogida de información, evaluación de la información obtenida y actuación. Seguiremos para ello un diagrama general¹ para facilitar su puesta en práctica de una manera eficaz y eficiente. Este diagrama se adaptará a las circunstancias específicas de cada paciente y síntoma menor.

La entrevista llevada a cabo con la paciente nos aporta la siguiente información: refiere un dolor que ella define como «soportable», que cuando aparece «me dura entre 1 día y día y medio» y presenta unas características bien definidas:

«Me duele en un solo lado de la cabeza, noto como un latido, y la luz y el ruido lo empeoran (lo cual me lleva a intentar aislarme en una habitación) y alguna vez ha ido acompañado de náuseas. Habitualmente tomo ibuprofeno 600 mg/8 h durante los 2 días que me dura el dolor».

Al preguntarle por sus hábitos de vida concretos, problemas de salud diagnosticados y/o tratamientos prescritos en la actualidad, refiere «ausencia de falta de sueño, de cansancio, de ansiedad o de estrés», y como situación destacable dice haber sido «intervenida hace 1 año por un problema de endometriosis, llevando desde entonces prescrito por parte del ginecólogo un medicamento que me administro semanalmente (etinilestradiol 600 µg/norelgestromina 6 mg)», bajo la forma farmacéutica de parches transdérmicos.

Una vez evaluada la información obtenida, se decide proponer a la paciente la derivación a su médico de atención primaria para la correcta valoración y realización del diagnóstico correspondiente, ya que presenta varios criterios de derivación para ello, como son:

- La clara sintomatología típica de las crisis de migraña.
- La frecuencia repetida de las crisis.
- La relativa mejoría (aunque no definitiva) de los síntomas tras tomar antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

Tabla 1. Signos de alarma y criterios de derivación al médico³

Síntomas	Sospecha de posible problema de salud	Actuación
• Dolor de cabeza severo, rigidez de nuca y vómitos o visión borrosa	Meningitis, hemorragia subaracnoidea	• Urgencias hospitalarias
• Dolor tras un golpe reciente en la cabeza	Hematoma cerebral o conmoción cerebral	• Urgencias hospitalarias
• Pérdida de fuerza, sensibilidad o movilidad en brazos, piernas o cara en paciente con hipertensión	Ictus trombótico o hemorrágico	• Urgencias hospitalarias
• Pesadez alrededor de los ojos con congestión y mucosidad nasal espesa y purulenta desde hace días	Sinusitis	• Médico de familia
• Dolor de cabeza que aparece después de leer, ver la TV o trabajar con pantallas de ordenador	Problemas de refracción oculares	• Médico de familia
• Dolor que recuerda a un casco que le oprime la cabeza y se extiende hasta el cuello, o dolor que aparece después de trabajar durante horas o conducir un coche • Dolor que se relaciona con momentos de ansiedad y que después mejora espontáneamente	Cefalea de tensión	• Tratamiento por el farmacéutico • Si se repite frecuentemente: derivar al médico de familia
• Dolor intenso, que afecta a un lado de la cara, a menudo asociado a náuseas o vómitos • Dolor recurrente, antes del dolor el paciente ha visto luces brillantes o manchas oscuras • Dolor que coincide con la menstruación o una situación estresante	Migraña con o sin aura	• Tratamiento por el farmacéutico • Si se repite frecuentemente: derivar al médico de familia
• Otras características no reconocibles	Muchas opciones	• Médico de familia

Tabla 2. Tratamiento farmacológico no específico en crisis de migraña de leves a moderadas

Fármaco	Dosis	Dosis máxima 24 h	Presentación de IF (no sujetos a prescripción médica)
Ácido acetilsalicílico	• 500-1.000 mg	• 4 g	• 500 mg
Naproxeno	• 500 o 550 mg (naproxeno sódico) seguido de 250 mg cada 6-8 horas (naproxeno) o 275 mg cada 6-8 horas (naproxeno sódico)	• 550-1.100 mg	• 200 mg
Diclofenaco	• 50-100 mg vía oral • 100 mg vía rectal • 75 mg inyectable	• 150 mg vía oral • 200 mg vía rectal • 150 mg inyectable	
Ibuprofeno	• 400-1.200 mg	• 2.400 mg	• 200-400 mg
Dexketoprofeno	• 12,5 mg/4-6 horas o 25 mg/8 h vía oral • 50 mg/8-12 h inyectable (i.m., i.v.)	• 75 mg vía oral • 150 mg inyectable (i.m., i.v.)	
Paracetamol			• 500 mg • 650 mg • 1.000 mg

- La posibilidad de que las crisis de migraña se vean agravadas por el efecto adverso propio de los estrógenos, que debe tomar de forma continuada para evitar la posible nueva aparición de tejido endometriósico fuera del útero, con el consiguiente riesgo que ello supondría para su salud. Dada esta circunstancia, informamos a la paciente de que no puede ni debe abandonar este tratamiento.

Signos de alarma y criterios de derivación (tabla 1)³

La intervención se completa con la indicación de un tratamiento farmacológico no sujeto a prescripción médica (ibuprofeno 400 mg/6-8 h) durante las horas que dura la cefalea, complementada con la recomendación (tanto de forma oral como escrita, a través de un folleto informativo⁴) de las medidas higiénico-dietéticas y de estilo de vida que pudieran favorecer, o al menos no desencadenar o agravar, la situación, de modo que la paciente pudiera reconocerlas y evitarlas en la medida de lo posible:

- Una buena higiene del sueño.
- Horarios regulares de comidas.
- Ejercicio regular.
- Evitar desencadenantes.

Los tratamientos farmacológicos no específicos para el abordaje de las crisis de migraña leves o moderadas están basados en analgésicos simples⁵ (tabla 2): AINE o paracetamol. Si bien recordemos que, bajo este SPFA de indicación farmacéutica en la farmacia comunitaria, únicamente deberán indicarse aquellos fármacos no sujetos a prescripción médica.

Factores desencadenantes de la migraña (tabla 3)⁶

Los principales factores desencadenantes de la migraña, por orden de frecuencia, son los siguientes⁵:

Tabla 3. Principales factores desencadenantes de la crisis de migraña

Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés • Periodo postestrés • Ansiedad • Depresión
Hormonales	<ul style="list-style-type: none"> • (Pre)menstruación • Ovulación • Anovulatorios
Alimentarios	<ul style="list-style-type: none"> • Alcohol • Chocolate • Quesos • Ayuno • Comidas ricas en nitritos • Glutamato monosódico • Aspartamo • Exceso o abstinencia de cafeína
Ambientales	<ul style="list-style-type: none"> • Estímulos visuales • Olores • Cambios atmosféricos • Altitud elevada
Sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Exceso o déficit de sueño
Fármacos	<ul style="list-style-type: none"> • Nitroglicerina • Reserpina • Estrógenos
Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma craneal • Ejercicio físico • Fatiga • Cervicalgia • Falta de ejercicio

- Estrés (79,7%).
- Hormonas en mujeres (65,1%).
- No comer (57,3%).
- Clima (53,2%).

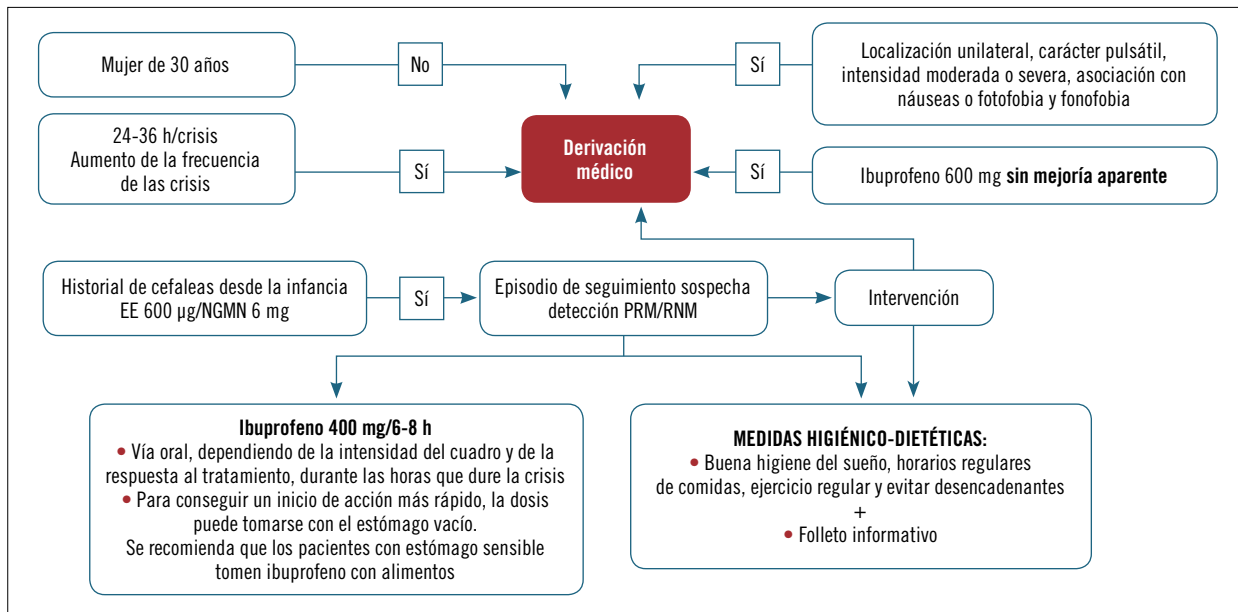


Figura 1. Algoritmo de intervención farmacéutica y derivación al médico. Actuación del farmacéutico para la prestación del servicio profesional farmacéutico asistencial (SPFA) de indicación farmacéutica

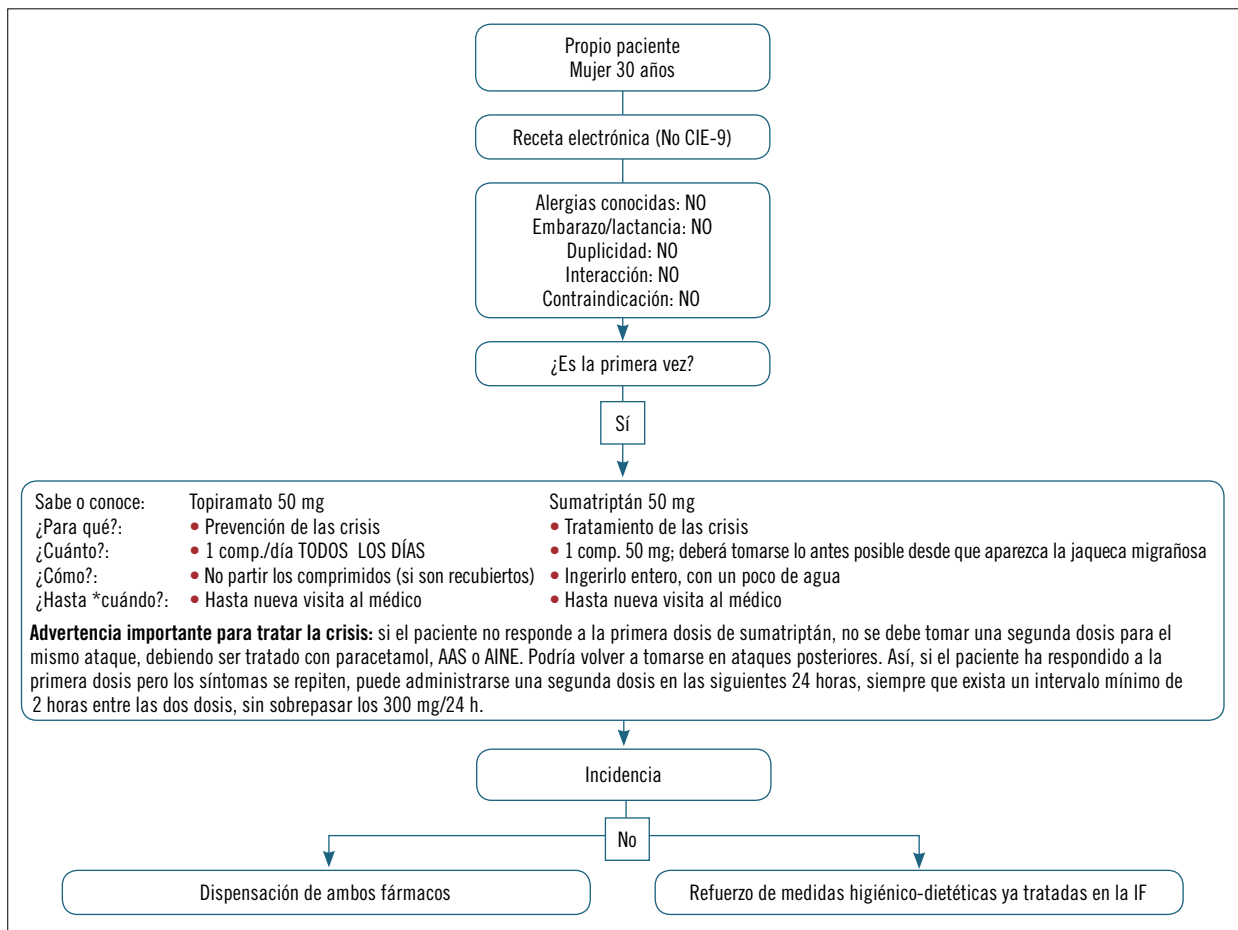


Figura 2. Protocolo de dispensación

Tabla 4. Tratamiento sintomático de la migraña

Compuesto	Formulación	Dosis (mg)	Indicación
Sumatriptán	<ul style="list-style-type: none"> • Subcutáneo • Nasal • Oral 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 • 10-20 • 50-100 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis con dolor grave resistentes a la vía oral y nasal • Crisis resistentes a la vía oral • Pacientes con vómitos • Niños y adolescentes • Paciente migrañoso estándar • Paciente en riesgo potencial de embarazo
Zolmitriptán	<ul style="list-style-type: none"> • Oral • Nasal 	<ul style="list-style-type: none"> • 2,5 • 5 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente migrañoso estándar • Crisis resistentes a la vía oral • Pacientes con vómitos
Eletriptán	<ul style="list-style-type: none"> • Oral 	<ul style="list-style-type: none"> • 20-40 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis con dolor grave de larga duración
Rizatriptán	<ul style="list-style-type: none"> • Oral 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis con dolor grave, rápidas y de corta duración
Naratriptán	<ul style="list-style-type: none"> • Oral 	<ul style="list-style-type: none"> • 2,5 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis leves-moderadas de larga duración • Efectos adversos con otros triptanes
Frovatriptán	<ul style="list-style-type: none"> • Oral 	<ul style="list-style-type: none"> • 2,5 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis leves-moderadas de larga duración • Efectos adversos con otros triptanes
Almotriptán	<ul style="list-style-type: none"> • Oral 	<ul style="list-style-type: none"> • 12,5 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente migrañoso estándar • Efectos adversos con otros triptanes • Niños y adolescentes
Ergotamina	<ul style="list-style-type: none"> • Oral • Rectal 	<ul style="list-style-type: none"> • Cafeína-ergotamina: dosis inicial 2 comprimidos • Cafeína-ergotamina-paracetamol: dosis inicial 2 comprimidos • Rectal: 1 supositorio 	

- Trastornos del sueño (49,8%), incluyendo la presencia de síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS).
- Perfume u olor (43,7%).
- Dolor de cuello (38,4%).
- Luz (38,1%).
- Alcohol (37,8%).
- Humo (35,7%).
- Irse a dormir tarde (32,0%).
- Calor (30,3%).
- Comida (26,9%).
- Ejercicio (22,1%).
- Actividad sexual (5,2%).

En la figura 1 se ofrece un algoritmo de intervención farmacéutica y derivación al médico en el que se resume la actuación del farmacéutico para la prestación del SPFA de indicación farmacéutica.

Un mes después, y tras la visita al médico de atención primaria, la paciente vuelve a la farmacia con la prescripción médica correspondiente para que se le dispense la medicación prescrita con los siguientes fármacos:

- Se mantiene el tratamiento ginecológico del parche transdérmico semanal de etinilestradiol 600 µg/norelgestromina 6 mg.
- Se añade como nuevo tratamiento tras el diagnóstico de migraña, compuesto por topiramato (50 mg, 1 comprimido/día) y sumatriptán (50 mg vía oral: 1-0-0 el día de la crisis).

El farmacéutico prestará el SPFA de dispensación¹, definido como «aquel servicio farmacéutico encaminado a garantizar, tras una evaluación individualizada, que los pacientes reciban y utilicen los medicamentos de la forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado, con la información para su correcto uso y de acuerdo a la normativa vigente». Servicio que también se puede resumir en tres pasos: recogida de información, evaluación de la información obtenida y actuación.

Siendo la usuaria la propia paciente, y tras verificar que las consideraciones administrativas son correctas, nos centramos en el tratamiento de inicio.

Tras descartar la presencia de «criterios de no dispensación» (embarazo, lactancia, duplicidad [la paciente debe dejar su automedicación de ibuprofeno], interacción clínicamente relevante o contraindicación absoluta), se procede a garantizar que la paciente reciba y asuma toda la información necesaria para su uso correcto:

- Para qué es cada medicamento.
- Cuál es la pauta prescrita y su posología.
- Cómo debe tomar la medicación.
- Cuál es la duración de cada uno de los tratamientos.
- Advertencias relativas a la influencia de los distintos tratamientos en la vida diaria de la paciente.

En la figura 2 se ofrece un protocolo de dispensación para la prestación del SPFA.

Tabla 5. Tratamiento preventivo de la migraña

Grupo terapéutico	Dosis diarias (mg)	Dosis máxima (mg)	Indicación
Betabloqueantes: <ul style="list-style-type: none"> • Propranolol • Nadolol • Atenolol • Metoprolol 	40-60 40-60 50-100 50-100	160 160 200 200	<ul style="list-style-type: none"> • Migraña sin aura • Migraña e hipertensión • Migraña y temblor
Anticonvulsivos: <ul style="list-style-type: none"> • Topiramato • Ácido valproico • Zonisamida 	50-100 300-600	200 1.500	<ul style="list-style-type: none"> • Topiramato, zonisamida: <ul style="list-style-type: none"> – Migraña con y sin aura – Migraña crónica – Migraña y sobrepeso • Ácido valproico: <ul style="list-style-type: none"> – Migraña con/sin aura refractaria – Migraña crónica
IECA-ARA II: <ul style="list-style-type: none"> • Lisinopril • Candesartán 	5-10 8-16	20 32	<ul style="list-style-type: none"> • Candesartán: <ul style="list-style-type: none"> – Migraña con y sin aura – Migraña e hipertensión – Migraña y depresión
Antidepresivos: <ul style="list-style-type: none"> • Amitriptilina • Venlafaxina 	10-25 37,5-50	75 75	<ul style="list-style-type: none"> • Amitriptilina: <ul style="list-style-type: none"> – Migraña y cefalea tensional – Migraña y depresión – Migraña e insomnio
Antagonistas del calcio: <ul style="list-style-type: none"> • Flunarizina 	2, 5-5	10 (máximo 6 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • Migraña con y sin aura en niños/adolescentes o adultos delgados y sin tendencia a la depresión

Tabla 6. Tratamiento en distintos tipos de cefaleas⁷

Tipo de cefalea	Tratamiento de la crisis			Profilaxis
	Primera línea	Segunda línea	No hacer	
Migraña en el embarazo	Paracetamol	Triptán ^a o AINE	NO administrar AINE en tercer trimestre ^b	Solicitar consejo experto
Tensional	AAS (a partir de 16 años de edad) o paracetamol o AINE		NO administrar opioides	Acupuntura (hasta 10 sesiones en 5-8 semanas en cefalea tensional crónica)
En racimo	Oxígeno al 100% (con tasa de flujo de al menos 12 L/min con mascarilla con reservorio sin reinhalación) y/o triptán s.c. ^c (<18 años de edad) o nasal ^c		NO administrar paracetamol, AINE, opioides, derivados del ergot o triptanes orales	Verapamilo ^{b,c} (± prednisona) Solicitar consejo experto: <ul style="list-style-type: none"> • Antes de comenzar el tratamiento • En el seguimiento del ECG • Si el tratamiento es ineficaz • Si es preciso durante el embarazo
Por exceso de medicación analgésica (cefalea de rebote)	Cesar el exceso de medicación abruptamente durante al menos 1 mes (excepto si se están administrando opioides fuertes, consultar al especialista)		NO ofrecer de forma rutinaria la retirada al paciente hospitalizado	Considerar tratamiento preventivo para el trastorno primario subyacente de la cefalea, además de la retirada

^a Experiencia limitada durante el embarazo, evitar a menos que el beneficio supere el posible riesgo. ^b Revisar la ficha técnica.

^c Indicación no autorizada. Obtener documento de consentimiento informado.

Tratamientos sintomáticos y preventivos para el abordaje de la migraña en función de la intensidad de las crisis^{5,6} (tablas 4 y 5)

1. Crisis leves a moderadas:

- Si no van asociadas a náuseas o vómitos, valoramos los medicamentos de prescripción presentados en la tabla 2.
- Si las crisis van asociadas a vómitos, el analgésico debe combinarse con metoclopramida o domperidona.

2. Crisis moderadas a graves:

- Si las crisis van asociadas a vómitos o náuseas severas, los fármacos de elección son los triptanes orales o la combinación de sumatriptán con naproxeno.
- Si las crisis van asociadas a vómitos o náuseas severas, valorar una vía diferente a la oral, considerando la vía subcutánea (sumatriptán), nasal (sumatriptán, zolmitriptán) o rectal (hemicraneal supositorios) asociada a medicación coadyuvante antiemética (metoclopramida, domperidona, clorpromazina).
- Los ergóticos son los medicamentos sintomáticos específicos más utilizados en España. Son combinaciones de ergotamina o dihidroergotamina con cafeína, otros analgésicos y barbitúricos. Presentan eficacia intermedia entre los AINE y los triptanes.

3. Crisis graves en urgencias:

- Requieren la vía parenteral. Los fármacos de elección son los siguientes:
 - Sumatriptán (6 mg vía subcutánea).
 - Antieméticos: metoclopramida (10 mg i.v.), clorpromazina (0,1 mg/kg/i.v.), dexametasona (10-25 mg i.v. o i.m.).

La tabla 6 muestra de forma resumida el tratamiento en distintos tipos de cefaleas⁷. La más que probable duración del

riesgo de crisis, puesto que uno de los factores desencadenantes de ellas (tratamiento hormonal con etinilestradiol y norelgestromina) no es evitable, al menos de momento, hace que el farmacéutico tenga la oportunidad de ofrecer al paciente un SPFA que encajaría perfectamente en dicho escenario, como es el seguimiento farmacoterapéutico (SFT)¹, cumpliendo también de este modo con uno de los objetivos propuestos para el SPFA de dispensación: «detectar otras necesidades para ofrecer, en su caso, otros servicios de atención farmacéutica». ●

Bibliografía

1. Foro de Atención Farmacéutica, panel de expertos. Guía Práctica para los Servicios de Atención Farmacéutica en la Farmacia Comunitaria (mayo de 2010). Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. ISBN 978-84-693-1717-4.
2. Faus Dáder MJ, Amariles Muñoz P, Martínez-Martínez F. Atención Farmacéutica: conceptos, procesos y casos prácticos. Madrid: Editorial Ergón, 2008. ISBN: 978-84-8473-609-7.
3. Faus Dáder MJ, Baos Vicente V. Protocolos de Indicación Farmacéutica y Criterios de Derivación al Médico en Síntomas Menores. Cefalea. ISBN: 978-84-608-0683-7.
4. Consejos para diferenciar, prevenir y tratar los principales dolores de cabeza. Recomendaciones de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) a la población. Disponible en: https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/SEF_FR_DoloresCabeza_V.pdf
5. VV.AA. Fisterra. Guía Clínica de Migraña. Última revisión: 25/11/2017. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/migrana/> (última consulta: 20 de enero de 2019).
6. Ezpeleta D, Pozo-Rosich P. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas. Madrid: Sociedad Española de Neurología, 2015. Disponible en: http://cefaleas.sen.es/pdf/GUIA_NEURO_2015.pdf (última consulta: 20 de enero de 2019).
7. Cefaleas y migrañas. Bol Ter ANDAL. 2017; 32(3): 13-23. Disponible en: http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA_32_3_.pdf



¡A partir del 15 de julio acceda a
www.aulamayo.com
 para seguir el curso!

