

Atención farmacéutica

TEMA 7

Cefalea

Marta Olmedillo, Leire Grijelmo, Laura Eguiraun
Farmacéuticas. Miembros del grupo Tramadol del COFBI

Síndromes menores

1	Aftas
2	Fiebre
3	Conjuntivitis y sequedad ocular
4	Estreñimiento
5	Prurito vaginal
6	Diarrea
7	Cefalea
8	Dermatitis
9	Gripe y resfriado
10	Lumbalgia
11	Insomnio
12	Pirosis
13	Tos
14	Hemorroides
15	Prurito

Introducción

La cefalea, o dolor de cabeza, es uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso. Es una sensación dolorosa, a menudo incapacitante, localizada en la bóveda craneal, desde la región frontal hasta la occipital, aunque en muchas ocasiones se aplica también a dolores de localización cervical y facial.

La cefalea es un problema que afecta a personas de todas las edades, razas, niveles de ingresos y zonas geográficas del mundo.

Constituye la primera causa de consulta neurológica y, a pesar de ello, continúa siendo una afección subestimada en cuanto a su gravedad y prevalencia, y sigue estando entre las dolencias poco diagnosticadas y mal tratadas en toda Europa.

Se calcula que prácticamente el 90% de la población española ha presentado al menos un episodio de cefalea de intensidad significativa durante el último año.

Clasificación

Cefaleas primarias

Suponen en torno al 78% de las cefaleas y, aunque no son graves, el dolor puede ser muy intenso. Tienen un gran impacto socioeconómico debido a su alta prevalencia y su carácter incapacitante (tabla 1).

Migraña (jaqueca)

Es un problema de salud muy frecuente e incapacitante que afecta al 12-16% de la población mundial. Según el estudio Global Burden of Disease Survey, de



Tabla 1. Otras cefaleas primarias

- Cefalea asociada a la actividad sexual
- Cefalea benigna por tos
- Cefalea benigna por ejercicio
- Cefalea en trueno benigna
- Cefalea por criostímulo
- Cefalea por presión externa
- Cefalea punzante primaria
- Cefalea numular
- Cefalea hípica
- Cefalea diaria persistente *de novo*

2010, es el tercer trastorno más prevalente y la séptima causa de incapacidad en el mundo. Produce crisis de dolor intenso, que se deben a la liberación de sustancias inflamatorias alrededor de los nervios y vasos sanguíneos craneales. Generalmente, afecta sólo a la mitad derecha o izquierda de la cabeza, y se acompaña de náuseas, vómitos y sensación pulsátil. No es un dolor continuo, sino que se presenta en forma de episodios a lo largo de toda la vida del paciente.

Según la International Headache Society (1988), se clasifican en «migrañas con aura» y «migrañas sin aura».

El aura es un fenómeno generalmente de afectación visual (visión borrosa, aparición de puntos brillantes y centelleantes, pérdida de visión en parte del campo visual...), aunque también puede incluir sensación de hormigueo, entumecimiento o incluso parálisis facial. Aparece unas horas o minutos antes de la crisis, por lo que podría decirse que avisa de la llegada inminente del dolor. Dura entre 20 y 60 minutos.

Algunos pacientes también experimentan una «fase prodrómica», con una serie de síntomas que se presentan varias horas o incluso días antes del dolor, como euforia, irritabilidad, falta de atención o incluso cambios físicos como la palidez.

Existe además la migraña crónica, que se caracteriza por aparecer durante 15 días o más al mes en un periodo de 3 meses.

Cefalea tensional (CTA)

Es la más frecuente, con una prevalencia a lo largo de la vida en la población general que oscila entre el 30 y el 78% según los estudios. El dolor suele afectar a toda la cabeza y es de tipo opresivo, como si una banda rodeara todo el perímetro del cráneo. La causa principal es la tensión que se produce en los músculos de los hombros, del cuello, del cuero cabelludo y de la mandíbula, especialmente en situaciones de estrés o ansiedad. Suele mejorar con la actividad física y la relajación. Si se manifiesta menos de 15 días al mes o menos de 180 días al año, se habla de «CTA episódica», y si es más frecuente, se trata de «CTA crónica». Cuando es episódica, las crisis duran por lo general unas pocas horas, aunque pueden persistir varios días. Suele comenzar en la adolescencia y afecta más a las mujeres que a los hombres, en una relación de 3:2.

Cefalea en racimo

Es un tipo de dolor de cabeza extraordinariamente intenso. Recibe otros muchos nombres, como *cluster headache*, cefalea histamínica y cefalea de Horton. Se considera el dolor más fuerte que puede sufrir un ser humano antes de perder el sentido, lo que le ha dado el nombre de «dolor de cabeza suicida». Se caracteriza por ser un dolor unilateral, de gran intensidad, de distribución en el territorio del nervio trigémino, que se acompaña de síntomas autonómicos como lagrimeo, escurrecimiento de mucosidad nasal, miosis, sudoración facial, inflamación del párpado y de la zona de alrededor del ojo, y enrojecimiento. Las crisis tienen una duración de entre 15-180 minutos, aunque en la mayoría de los casos no superan los 60 minutos.

Cefaleas secundarias

Pueden deberse a patologías muy diversas, como:

- Traumatismos craneales o cervicales.
- Trastornos vasculares craneales o cervicales: accidente cerebrovascular (ACV), arteritis de la temporal, fle-

botrombosis cerebral, apoplejía hipofisaria...

- Trastornos intracraneales no vasculares: elevación o descenso de la presión del líquido cefalorraquídeo, inflamación intracraneal no infecciosa, neoplasias intracraneales, ataques epilépticos o inyecciones intratecales.
- Infecciones: intracraneales, como la meningitis y la encefalitis, o generales, como la gripe.
- Trastornos de la homeostasis: hipoxia, diálisis, hipertensión arterial, hipotiroidismo.
- Afecciones del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca u otras estructuras faciales o craneales.
- Trastornos psiquiátricos. Cefaleas debidas a trastornos psicóticos.

Las cefaleas secundarias también pueden ser causadas por la administración de sustancias y fármacos, o tras la supresión de su consumo: por abuso de analgésicos, por consumo de otros fármacos o de drogas de abuso, o por síndrome de abstinencia.

Además, los dolores de cabeza pueden deberse a neuralgias, principalmente del trigémino y del nervio glosofaríngeo, o producirse por estímulos sensoriales (como la cefalea por frío o «cefalea del helado») y por dolores faciales (central y primario).

Etiología

Hay una serie de factores que se relacionan con la aparición de las cefaleas:

- **Antecedentes familiares.** En pacientes con migraña se ha demostrado mayor susceptibilidad cuando otros miembros de la familia la padecen. Aunque la forma de herencia no está totalmente establecida, en algunos tipos de migraña (como la hemipléjica familiar) ya se ha identificado el gen que la transmite, que está situado en el cromosoma 9.
- **Edad.** Los jóvenes tienen más tendencia a sufrir cefaleas primarias, y en los adultos y ancianos la probabilidad de que las cefaleas sean secundarias es mayor.



- **Estrés.** A menudo el dolor se asocia a situaciones de ansiedad o estrés, aunque su tipología es independiente de la causa que la origina y de los factores que desencadenan esa situación.
- **Ingestión de alimentos.** Aunque el consumo de determinados alimentos (como chocolate, plátano, frutos secos, salchichas, quesos fermentados...) se ha relacionado tradicionalmente con la aparición de crisis de migraña, la influencia de los alimentos es muy variable de unas personas a otras. Por ello no se considera acertado hablar de alimentos «migrañógenos», y lo que se recomienda es que cada paciente procure identificar si sus crisis se relacionan con la ingestión de algún alimento determinado y evitar en lo posible su inclusión en la dieta.
- **Consumo de alcohol.** Aunque los vinos tintos que contienen taninos suelen desencadenar migraña con mayor frecuencia, cualquier bebida alcohólica puede favorecer la aparición de este trastorno.
- **Cambios hormonales.** El nivel de estrógenos se relaciona directamente con la migraña, de manera que su incidencia en las mujeres se incrementa tras la aparición de la menstruación, disminuye transitoriamente durante el embarazo y de forma con-

tinuada en la menopausia. También aumenta con la toma de anticonceptivos hormonales, y la aparición de las crisis es más probable durante la ovulación y la menstruación.

- **Uso de medicamentos.** Los vasodilatadores, los antagonistas del calcio y los nitritos son algunos de los grupos de fármacos que se relacionan con una mayor frecuencia de crisis migrañosas.
- **Cambios climáticos.** En algunos pacientes, las crisis de migraña se asocian a las variaciones meteorológicas, sobre todo si son bruscas.
- **Falta o exceso de sueño.** Tanto la falta de sueño como el exceso se relaciona con la aparición de migraña.

Otras causas menos frecuentes de dolores de cabeza son las patologías dentales (como la caries), las anomalías del raquis cervical (como la artrosis cervical), la hipertensión arterial, la sinusitis, la otitis, la fiebre, los problemas de la vista que no se han tratado o corregido, las alergias, etc.

Medidas preventivas

Para intentar evitar la aparición del dolor de cabeza pueden hacerse las siguientes recomendaciones:

- Intentar llevar una vida sana, suprimiendo el hábito de fumar, regularizando la pauta de sueño y haciendo

actividad física con regularidad, ya que ésta aumenta los niveles de endorfinas del organismo que actúan como sustancias analgésicas naturales.

- Procurar evitar las situaciones que produzcan estrés y ansiedad, o controlarlas a través de técnicas de relajación.
- Además, y especialmente en lo que se refiere a la migraña, es importante esforzarse en identificar y suprimir, en la medida de lo posible, los factores desencadenantes, como pueden ser el ruido y la luz intensos, o la ingestión de ciertos alimentos, como los quesos, los embutidos, el chocolate, los ricos en grasas o muy condimentados, el café y en particular el alcohol, sobre todo el vino tinto.

Tratamiento de las cefaleas No farmacológico

Para intentar disminuir la intensidad del dolor, pueden hacerse las siguientes recomendaciones:

- Retirarse a descansar a un lugar tranquilo, con poca luz y libre de ruidos.
- Aplicar frío (mediante bolsas de gel frío o con hielo envuelto en un paño) en la cabeza y cuello durante varios minutos.
- Llevar a cabo técnicas de relajación en el caso de cefaleas desencadenadas por situaciones de estrés.

Farmacológico

Tratamiento agudo de las crisis:

- **Analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos (AINE).** Tanto el paracetamol como los AINE son la primera opción terapéutica en cuadros leves y moderados, debido a su demostrada eficacia y tolerabilidad. En ocasiones, estos fármacos se asocian a antieméticos para tratar las náuseas que frecuentemente acompañan a las cefaleas. En la tabla 2 se muestran los más utilizados, las dosis adecuadas y las contraindicaciones. Las reacciones adversas más habituales de estos fármacos son las gastrointestinales y cardiovasculares.

Tabla 2. Analgésicos más utilizados

Fármaco	Dosis*	Recomendado en...	Contraindicaciones y categoría de uso en embarazo
Paracetamol	• 500 mg-1 g/4-6 horas – Dosis máxima: 4 g/día	• Adultos sanos, embarazadas, madres lactantes, pacientes con hipertensión, enfermedad cardíaca, asma, enfermedad renal y úlcera gástrica	• Enfermedades hepáticas. Categoría B
	• 10 mg/kg/4-6 horas – Dosis máxima: 2,6 g/día	• Niños > 12 años	
Ácido Acetilsalicílico	• 500 mg- 1 g/6-8 horas – Dosis máxima: 4 g/día	• Adultos sanos y pacientes con enfermedad hepática	• Úlcera gástrica • Asma • Trastornos de la coagulación • Insuficiencia hepática o renal grave • Niños menores de 16 años Categoría C (en el tercer trimestre, D)
Ibuprofeno	• 400-600 mg/6-8 horas – Dosis máxima: 2,4 g/día	• Adultos sanos, embarazadas (en 1º y 2º trimestre, categoría B) y pacientes con enfermedad hepática	• Úlcera gástrica • Insuficiencia cardíaca grave • Trastornos de la coagulación • Insuficiencia hepática o renal grave • Enfermedad inflamatoria intestinal Categoría B (en el tercer trimestre, D)
	• 400 mg/6-8 horas – Dosis máxima: 4 g/día	• Madres lactantes	
	• 5-10 mg/kg/6-8 horas – Dosis máxima: 40 mg/kg/día	• Niños >12 años	
Naproxeno	• 500 mg/12 horas – Dosis máxima: 1.250 mg/día • Dosis para las crisis: 750 mg	• Adultos sanos y pacientes con enfermedad hepática	• Úlcera gástrica • Insuficiencia cardíaca grave • Insuficiencia hepática o renal grave • Enfermedad inflamatoria intestinal Categoría C (en el tercer trimestre, D)

*Debe emplearse siempre la menor dosis que permita controlar el dolor.

• **Derivados ergóticos.** Son fármacos que sólo se utilizan para las crisis de migraña y que están en desuso debido a sus problemas de seguridad y a su efecto rebote. El más utilizado es la ergotamina, asociada en la mayoría de los casos a cafeína, debido a que ésta incrementa y acelera la absorción del fármaco.

La ergotamina se absorbe mal por vía oral, por lo que también se emplea la vía rectal.

Está contraindicada en trastornos circulatorios periféricos, enfermedad vascular obliterante, cardiopatía isquémica, hipertensión mal controlada, estado de sepsis, *shock*, insuficiencia hepática o renal severa, arteritis temporal y migraña hemipléjica o basilar.

También está contraindicado su uso concomitante con antibióticos macró-

lidos, antirretrovirales inhibidores de la proteasa o de la transcriptasa inversa, antifúngicos azólicos, vasoconstrictores, incluyendo los triptanes (no debe administrarse dentro de las 24 horas siguientes a la toma de un triptán, y si se ha utilizado un ergótico, deben pasar al menos 6 horas antes de administrar uno de estos fármacos).

• **Triptanes: agonistas de los receptores 5-HT₁.** Los triptanes son los fármacos de elección en el tratamiento de las migrañas y las cefaleas en racimo de intensidad moderada a intensa, en pacientes que no responden de forma correcta a los AINE. Aunque pueden ser útiles si se administran en cualquier momento de la crisis migrañosa, cuanto antes se tomen, más efectivos resultan.

En la tabla 3 se muestran los triptanes más utilizados, las dosis e indi-

caciones, y los casos en los que su uso está contraindicado.

Aunque muy usados por su eficacia en las crisis migrañosas de intensidad moderada, los triptanes también presentan reacciones adversas conocidas como «sensaciones triptánicas», que son bastante comunes, consistentes en sensación de parestesias, calor en la cabeza, el cuello y el pecho, mareos, pesadez y rigidez de cuello. Otro efecto característico de estos medicamentos es la sensación de opresión en el pecho y cuello acompañada de disnea, palpitaciones y alteraciones del ritmo cardíaco.

Además de interactuar con ergotamínicos, también está contraindicado su uso concomitante con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), y su asociación a inhibidores selectivos de la recaptación de sero-

Tabla 3. Triptanes más utilizados

Fármaco	Dosis*	Indicaciones	Contraindicaciones y categoría de uso en el embarazo
Sumatriptán	<ul style="list-style-type: none"> Vía oral: 50 mg/día (en algunos pacientes es necesario 100 mg/día). – Dosis máxima: 300 mg/24 horas Vía intranasal: 20 mg/día en una fosa nasal (en algunos pacientes es suficiente con 10 mg/día) – Dosis máxima: 40 mg/24 horas en dos pulverizaciones Vía subcutánea: 6 mg/día – Dosis máxima: 12 mg/24 horas 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento agudo de migraña con o sin aura Por vía subcutánea, indicado además en el tratamiento agudo de cefaleas en racimo 	<p>En general, los triptanes están contraindicados en:</p> <ul style="list-style-type: none"> Isquemia cardíaca Episodio anterior de infarto agudo de miocardio Enfermedad vascular periférica Episodio anterior de accidente cerebrovascular Hipertensión no controlada Insuficiencia hepática grave <p>Además, rizatriptán y naratriptán en insuficiencia renal grave</p> <ul style="list-style-type: none"> No recomendados en niños, adolescentes y adultos mayores de 65 años <p>Categoría C en el embarazo</p>
Zolmitriptán	<ul style="list-style-type: none"> Vía oral: 2,5 mg/día (en algunos pacientes se necesita 5 mg/día) – Dosis máxima: 10 mg/24 horas (existen comprimidos recubiertos y comprimidos bucodispersables) Vía intranasal: 5 mg/día – Dosis máxima: 10 mg/24 horas 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento agudo de migrañas con o sin aura Los comprimidos bucodispersables y la vía intranasal se utilizan especialmente en pacientes con náuseas y vómitos Por vía intranasal, también para el tratamiento de la cefalea en racimo 	
Rizatriptán	<ul style="list-style-type: none"> Vía oral: 10 mg/día – Dosis máxima: 20 mg/24 horas (existen comprimidos recubiertos y liofilizados orales) 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento agudo de la cefalea en migrañas con o sin aura Los liofilizados orales se usan en pacientes con náuseas o vómitos 	
Naratriptán	<ul style="list-style-type: none"> Vía oral: 2,5 mg/día – Dosis máxima: 5 mg/24 horas (comprimidos recubiertos) 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento agudo de migraña con o sin aura 	
Almotriptán	<ul style="list-style-type: none"> Vía oral: 12,5 mg/día – Dosis máxima: 25 mg/24 horas (comprimidos recubiertos con película) 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamiento agudo de la cefalea en migrañas con o sin aura 	

*Si el paciente no ha respondido de forma satisfactoria a la primera dosis del tratamiento con un triptán, no debe administrarse otra dosis para la misma crisis y hay que esperar como mínimo 2 horas para administrar otra dosis.

tonina (ISRS) puede producir síndrome serotoninérgico.

Tratamiento preventivo de las crisis

En los pacientes que padecen crisis migrañosas más de tres veces al mes o que no responden bien a la terapia, puede realizarse un tratamiento preventivo que debe mantenerse durante al menos 2 meses, e incluso hasta 6 meses o 1 año.

En la tabla 4 se muestran los fármacos más habitualmente utilizados en el tratamiento preventivo de las crisis migrañosas.

Papel del farmacéutico

La cefalea es una enfermedad que cursa con episodios de carácter autolimitado que se prestan a la auto-



Tabla 4. Fármacos más utilizados en el tratamiento preventivo de las crisis migrañosas

Fármaco	Dosis	Indicaciones	Reacciones adversas	Contraindicaciones
Betabloqueadores (propranolol)	<ul style="list-style-type: none"> • 40 mg/día – Dosis máxima: 160 mg/día 	<ul style="list-style-type: none"> • Migraña sin aura • En pacientes con hipertensión arterial y con cuadros de estrés y ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Presión arterial baja • Disminución de la frecuencia cardíaca • Extremidades frías • Náuseas y vómitos • Fatiga • Disfunción eréctil 	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con: <ul style="list-style-type: none"> – Diabetes mellitus – Asma – Insuficiencia cardíaca y arritmias – Antecedentes depresivos destacables • En migrañas con aura
Antagonistas de los canales del calcio (flunarizina)	<ul style="list-style-type: none"> • 5-10 mg/día 	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con crisis frecuentes y que no responden bien a otros tratamientos • También en pacientes hipertensos y con migraña con aura 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de peso y apetito • Somnolencia • Depresión • Rinitis 	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con: <ul style="list-style-type: none"> – Enfermedad de Parkinson – Historial previo de depresión
Antidepresivos tricíclicos (amitriptilina)	<ul style="list-style-type: none"> • 10 mg/día – Dosis máxima: 75 mg/día 	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes con migraña y depresión acompañada de insomnio, y en pacientes con cefalea tensional 	<ul style="list-style-type: none"> • Somnolencia • Sequedad de boca • Náuseas • Estreñimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • En pacientes que utilizan IMAO
Antiepilépticos (topiramato)	<ul style="list-style-type: none"> • 50 mg/día – Dosis máxima: 200 mg/día 	<ul style="list-style-type: none"> • Migrañas con o sin aura • En pacientes que asocien migraña y epilepsia 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos digestivos • Temblor en las extremidades • Disminución de peso • Mareos • Insomnio 	<ul style="list-style-type: none"> • En embarazadas

Causas de derivación al médico

- Cefalea *de novo* en paciente mayor de 60 años. Las cefaleas primarias suelen debutar a edades más tempranas; en este caso, debería descartarse la presencia de una arteritis de células gigantes, enfermedad que afecta en el 95% a mayores de 60 años y que, si no se trata, puede dar lugar a la pérdida de visión.
- Dolor agudo en la parte posterior de la cabeza, con rigidez de cuello y nuca, ya que puede tratarse de un cuadro de meningitis.
- Antecedentes de traumatismo craneal reciente (menos de 15 días).
- Cefalea de inicio brusco.
- Dolor de intensidad progresiva.
- Cefalea que empeora con el sueño, los cambios posturales, el esfuerzo físico, la tos o la actividad sexual. Hipertensión craneal.
- Dolor asociado a disfunciones neurológicas como disfagia, hemiparesia, alteraciones de la visión o la conciencia...
- Presencia de fiebre que no se justifique por ningún otro problema de salud ya conocido.
- Cefaleas recurrentes de 15 días al mes o más durante un periodo de 3 meses.
- Casos en los que se detecte abuso de medicamentos.
- Síntomas de cefalea en racimo, de migraña grave o que se presente en un paciente que no ha sido previamente diagnosticado.
- Además, deben remitirse al médico los casos en que el tratamiento recomendado desde la farmacia no resulte eficaz.

medicación, y por ello es importante que el farmacéutico asesore al paciente acerca de cuál es el tratamiento más adecuado, seguro y eficaz en función de sus características, la etiología, la naturaleza y la gravedad de su proceso.

Además, desde la farmacia puede actuarse a varios niveles:

- Detectar los casos en los que existen señales de alarma que pueden hacer sospechar que se trata de una cefalea secundaria, y derivarlos con rapidez al médico o incluso a un servicio de urgencias.
- Aconsejar sobre las medidas higiénico-dietéticas que pueden ayudar a prevenir la aparición de los distintos tipos de cefalea y/o mitigar su intensidad.
- Dispensar correctamente los medicamentos prescritos para la prevención y/o el tratamiento de las cefaleas, descartar la posible presencia de problemas relacionados con la medicación e informar sobre la forma de usar los fármacos prescritos.

- Detectar los posibles casos de automedicación, sobredosificación, combinaciones no adecuadas de medicamentos y otros problemas relacionados con la medicación, así como los resultados negativos que puedan surgir a lo largo del tratamiento, ya que en un buen número de casos se trata de un trastorno crónico por el que el paciente acude con cierta frecuencia a la farmacia.

Una vez se haya establecido que la cefalea puede tratarse desde la farmacia, es útil disponer de una guía en la que se recojan los fármacos de elección en cada caso y las dosis en que se utilizan. ●

Bibliografía

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS-CIMA. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>

Bassols-Farrés A, Bosch-Llonch F, Campillo-Grau M, et al. Estudio epidemiológico del dolor de cabeza y su tratamiento en la población general de Cataluña. *Rev Neurol*. 2002; 34: 901-908.

Bóveda E, Díez B, Fernández M, Fernández P, Hidalgo E, Salinas E. Cefaleas. *Farmacia profesional*. 2003; 17(1): 46-54.

Dowson AJ, Sender J, Lipscombe S, et al. Establishing principles for migraine management in primary care. *Int J Clin Pract*. 2003; 57(6): 493-507.

Encabo B, Fernández J, Gaminde M, Gurrutxaga A, Gutiérrez A, Rodríguez E, et al. Protocolo de Tratamiento de Cefaleas. En: Arnáez B, Alonso M, Ardo del J, Casado E, Díez MA, Rodríguez C, et al. *Farmacia Osasun. Manual de Dispensación Informada e Indicación Farmacéutica*. Bilbao: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia, 2007.

Ferrari MD. Migraine. *Lancet*. 1998; 351: 1.043-1.051.

Garrote A, Bonet R. Dolor de cabeza (y II): prevención y tratamiento. *El Farmacéutico*. 2004; 312: 54-58.

Guía clínica para síntomas menores neurológicos. *Pharm Letter*. 2009; 11 (6): 49-56.

International Headache Society. The International Classification of Headache

Disorders, 2nd Edition (ICHD-II)-revision of criteria for 8.2 Medication-overuse headache. *Cephalalgia*. 2005; 25: 460-465.

López I, Rodríguez MP, Sánchez de Enciso M. Migraña. *Guías Clínicas Fisterra*. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/migrana/>

Matchar DB. Acute management of migraine. Highlights of the US Headache Consortium. *Neurology*. 2003; 60 (Suppl 2): S21-S23.

Migraña. Protocolo de actuación farmacéutica en la oficina de farmacia. *PharmLetter*. 2005; 5 (Pr 3): 1-8.

Morillo L. Migraine headache. *Clin Evid*. 2006; 15: 1-3. Disponible en: http://www.clinical-evidence.com/cweb/conditions/nud/1208/1208_11.jsp.

Núñez J, Arco del J. Migraña. *Farmacia Profesional*. 2007; 21(4): 50-55.

Núñez J, Arco del J. Terapéutica para pacientes neurológicos. Tema 1. Cefaleas. *Farmacia profesional*. 2014; 28(1): 34-45.

Tratamiento de la migraña y cefaleas. *Pharm Letter*. 2004; 6 (18): 137-145.

Yamada KA, Mozaffar T y Awadalla S. Urgencias neurológicas en medicina interna. En: *Manual Washington de terapéutica médica*. 10.ª ed. Barcelona: Editorial Masson, 1999.

¡Acceda a
 www.aulamayo.com
 para seguir el curso!

