

# 10 puntos clave

del tratamiento de las cefaleas  
en atención primaria



# ÍNDICE

1	Las cefaleas más frecuentes son la cefalea tensional y la migraña, que en general pueden tratarse en atención primaria una vez descartadas las señales de alarma.....	3
2	El primer paso para tratar la migraña es identificar y evitar los factores desencadenantes de las crisis .....	4
3	Es preciso tratar todas las crisis de migraña, para lo cual se debe usar el fármaco más apropiado según las características del paciente y la frecuencia y gravedad de las crisis.....	5
4	Los AINE son los fármacos de elección en las crisis de migraña leves-moderadas .....	6
5	Los triptanes son los fármacos de elección en las crisis de migraña moderadas-graves .....	7
6	En situaciones especiales (vómitos, embarazo), el tratamiento de las crisis de migraña tiene particularidades.....	8
7	El objetivo del tratamiento preventivo de la migraña es reducir la frecuencia e intensidad de las crisis.....	9
8	La elección del tipo de tratamiento preventivo depende de las características de la migraña, el fármaco y el paciente.....	10
9	El tratamiento de la cefalea tensional debe ser tanto farmacológico como no farmacológico.....	11
10	La prevalencia de la cefalea por abuso de analgésicos es del 1-2%.....	12

1 Las cefaleas más frecuentes son la cefalea tensional y la migraña, que en general pueden tratarse en atención primaria una vez descartadas las señales de alarma<sup>1</sup>.



- ☑ Anamnesis
- ☑ Exploración física
- ☑ Identificación de criterios de alarma

- Más del 90% de los pacientes valorados en atención primaria tienen una **cefalea primaria**<sup>1</sup>. De ellas, el 60% son cefaleas tensionales y el 15%, migrañas<sup>2</sup>.
- La correcta **anamnesis** y **exploración física** (incluida la neurológica) es suficiente para orientar el diagnóstico y decidir si es preciso remitir al paciente a otro nivel asistencial<sup>1</sup>.
- Los **criterios de alarma** de una cefalea son los siguientes<sup>1</sup>:
  - **Cefalea en estallido**.
  - **Empeoramiento** reciente de una cefalea crónica.
  - **Cefalea siempre del mismo lado** (excepto cefalea en racimos, hemicránea paroxística, neuralgia del trigémino y hemicránea continua).
  - **Cefalea con otras manifestaciones**: trastornos de conducta o alteración del nivel de conciencia, crisis epilépticas, alteración neurológica focal o exploración neurológica anormal, papiledema, fiebre, signos meníngeos, náuseas y vómitos no explicables por una cefalea primaria (migraña) ni por una enfermedad sistémica.
  - **Cefalea que debuta en mayores de 40-50 años**.
  - **Características atípicas** o sin respuesta a un tratamiento teóricamente correcto.
  - Presentación de **predominio nocturno** o que se agrava con el sueño (salvo cefalea en racimos o cefalea hípica).
  - Historia de **traumatismo craneoencefálico** reciente, especialmente en pacientes que están tomando anticoagulantes.
  - Cefalea de novo en pacientes **inmunodeprimidos u oncológicos**.
  - Precipitada por **esfuerzo, tos** (cefalea tusígena) o **cambio postural** (sospecha de hipotensión intracraneal).

<sup>1</sup> Casado Naranjo I (coord.). [Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas](#). Sociedad Extremeña de Neurología y Sociedad Extremeña de Medicina de Familia y Comunitaria. Extremadura; 2015.

<sup>2</sup> Ezpeleta D, Pozo-Rosich P, editores. [Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas](#). Madrid: Editorial Luzán 5; 2015.

## 2 El primer paso para tratar la migraña es identificar y evitar los factores desencadenantes de las crisis<sup>1</sup>.



- Es importante identificar y evitar en lo posible los factores desencadenantes de las crisis<sup>1</sup>.
- Aunque los desencadenantes de las crisis son **específicos de cada paciente**, los más frecuentes son el estrés, las alteraciones del sueño (exceso o déficit), el ayuno, los cambios atmosféricos y los factores hormonales (menstruación y premenstruación, ovulación, anticonceptivos)<sup>1</sup>.
- Otros factores desencadenantes son ciertos alimentos y medicamentos, los cambios bruscos en la actividad física, los estímulos visuales y los olores y ruidos fuertes<sup>1</sup>.
- De entre los **alimentos** que favorecen la aparición de migraña, destacan el chocolate, los cítricos, las carnes que contienen nitritos (tocino y embutidos), el alcohol (vino tinto), el queso curado, el pescado ahumado y, en general, los alimentos procesados, fermentados, adobados o marinados, así como los que contienen glutamato monosódico o aspartamo. También es un desencadenante la abstinencia o exceso de cafeína<sup>1</sup>.
- Es preciso tener en cuenta, sin embargo, que evitar los desencadenantes es una medida **insuficiente** para controlar la migraña y la mayoría de los pacientes precisarán medicación<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Ezpeleta D, Pozo-Rosich P, editores. [Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas](#). Madrid: Editorial Luzán 5; 2015.

### 3 Es preciso tratar todas las crisis de migraña, para lo cual se debe usar el fármaco más apropiado según las características del paciente y la frecuencia y gravedad de las crisis<sup>1</sup>.



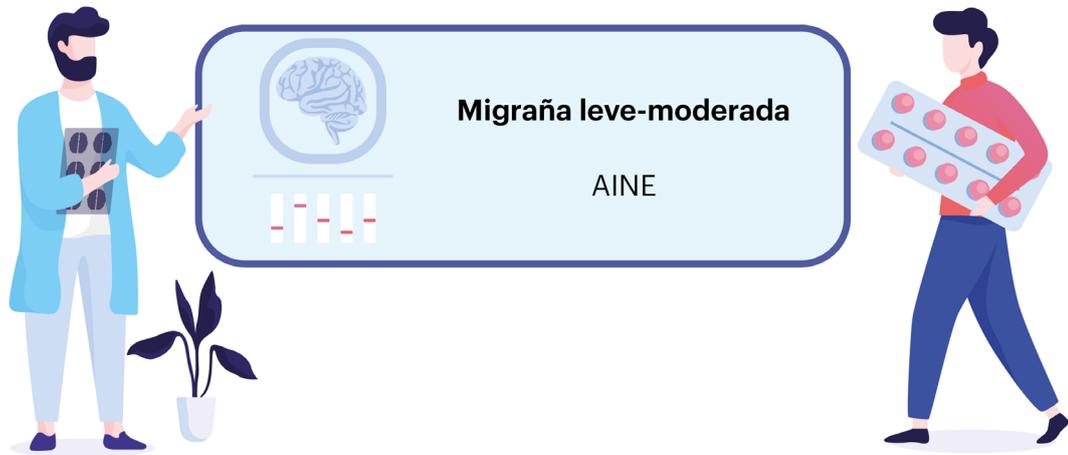
- **Todas** las crisis de migraña deben tratarse. El tratamiento debe individualizarse teniendo en cuenta las preferencias, comorbilidad y experiencia previa del paciente; el riesgo de efectos adversos; la intensidad del dolor, y los síntomas asociados<sup>1</sup>. No todas las crisis requerirán el mismo tratamiento en un mismo paciente<sup>1,2</sup>.
- Cuando las crisis son **leves-moderadas**, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son los fármacos de elección, mientras que el tratamiento de elección para las crisis **moderadas-graves** son los triptanes<sup>1,2</sup>.
- Los **analgésicos** —como el paracetamol— tienen una utilidad escasa en el tratamiento de la migraña, y el **metamizol** no cuenta con estudios sólidos que lo avalen<sup>1</sup>. Tampoco se recomiendan los **ergóticos** ni los **opioides**<sup>1</sup>.
- Si hay **náuseas o vómitos**, se recomienda asociar fármacos coadyuvantes con acción antiemética/procinética, como la metoclopramida o la domperidona por vía oral o parenteral<sup>1,2</sup>.
- El tratamiento **debe tomarse tan pronto como el paciente sepa que está empezando** la crisis de migraña. Se administra una vez, pero si la respuesta es insuficiente puede repetirse el mismo tratamiento u otro diferente transcurridas 2 horas<sup>3</sup>.
- **No se deben usar AINE** ni paracetamol más de 14 días al mes, ni triptanes, ergotamina y opioides más de 9 días al mes<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Ezpeleta D, Pozo-Rosich P, editores. [Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas](#). Madrid: Editorial Luzán 5; 2015.

<sup>2</sup> Casado Naranjo I (coord.). [Guía para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas](#). Sociedad Extremeña de Neurología y Sociedad Extremeña de Medicina de Familia y Comunitaria. Extremadura; 2015.

<sup>3</sup> Scottish Intercollegiate Guidelines Network. [SIGN 155. Pharmacological management of migraine. A national clinical guideline](#). 2018.

## 4 Los AINE son los fármacos de elección en las crisis de migraña leves-moderadas<sup>1</sup>.



- Las crisis de migraña leves o moderadas pueden tratarse inicialmente con un AINE por vía oral, preferiblemente asociado a metoclopramida o domperidona<sup>1</sup>.
- Los **AINE más recomendables**, de los cuales se ha probado la eficacia, son el ácido acetilsalicílico, el naproxeno sódico, el ibuprofeno (en dosis de 400 mg y, si no es efectiva, de 600 mg), el diclofenaco y el dexketoprofeno trometamol<sup>1,2</sup>.
- El factor más limitante son los **efectos adversos digestivos**: hasta el 20% de los pacientes tiene dispepsia con su consumo, aunque el efecto más grave es la úlcera con hemorragia y perforación<sup>1</sup>.
- Además, **suben la presión arterial**, aumentan el riesgo **cardiovascular** y pueden causar **nefropatía**<sup>1</sup>.
- Los pacientes con crisis leves-moderadas que no responden o tienen intolerancia a los AINE deben recibir **triptanes**<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Ezpeleta D, Pozo-Rosich P, editores. [Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas](#). Madrid: Editorial Luzán 5; 2015.

<sup>2</sup> Scottish Intercollegiate Guidelines Network. [SIGN 155. Pharmacological management of migraine. A national clinical guideline](#). 2018.

## 5 Los triptanes son los fármacos de elección en las crisis de migraña moderadas-graves<sup>1</sup>.



- Los triptanes son **agonistas selectivos de los receptores 5-HT<sub>1B/1D</sub>**. Son fármacos específicos para tratar la migraña, efectivos tanto para el dolor como para otros síntomas, como los digestivos, la fonofobia y la fotofobia<sup>1</sup>.
- El efecto es **rápido** y son **muy seguros**<sup>1</sup>, aunque están contraindicados en pacientes con hipertensión no controlada y cardiopatía isquémica. Tienen pocos efectos adversos: mal sabor de boca, molestia nasal, mareos y sensación de calor en cara y cuello<sup>2</sup>.
- Un paciente puede no responder a un triptán en una crisis, pero sí en la siguiente, por lo que se recomienda **probar un mismo triptán en 3 ocasiones** diferentes antes de descartarlo. Se puede aumentar la dosis o cambiar de forma galénica<sup>1</sup>.
- Un paciente puede no responder a un triptán, pero sí a otro. Por eso, merece la pena **probar varios triptanes si es preciso**, hasta encontrar el adecuado para ese paciente<sup>1</sup>.
- Su eficacia es mayor cuanto más precoz es su administración. Por eso, deben **tomarse al inicio del dolor**<sup>1,2</sup>. En las migrañas con aura, la medicación también se toma al inicio del dolor, no del aura<sup>3</sup>.
- Si el triptán no es efectivo en absoluto, no se debe repetir la dosis. Si es efectivo, pero no del todo o la cefalea reaparece, se puede tomar una **segunda dosis**, sin superar 2 tomas en 24 horas<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Ezpeleta D, Pozo-Rosich P, editores. [Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas](#). Madrid: Editorial Luzán 5; 2015.

<sup>2</sup> González Oria C, Jurado Cobo CM, Viguera Romero J (editores). [Guía oficial de cefaleas 2019](#). Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). 2019; 153 pp.

<sup>3</sup> Agirrezabala JR, et al. [Tratamiento de la migraña](#). INFAC. 2018;26(9).

## 6 En situaciones especiales (vómitos, embarazo), el tratamiento de las crisis de migraña tiene particularidades.



- En migrañas caracterizadas por la **recurrencia** de las crisis, se puede probar con naratriptán o frovatriptán, que tienen un inicio de acción más lento pero una vida media más larga<sup>1</sup>.
- En pacientes que **vomitan** precozmente en los ataques de migraña, se deben considerar triptanes nasales y subcutáneos y el uso complementario de antieméticos<sup>1,2</sup>.
- A los pacientes que **no responden al triptán oral o nasal**, se les debe ofrecer medicación de rescate adecuada, como el sumatriptán subcutáneo o la combinación de un triptán y un AINE<sup>3</sup>.
- Si es preciso **combinar un triptán con un AINE**, la asociación más estudiada es el sumatriptán (50-85 mg) con naproxeno (500 mg)<sup>1,3</sup>.
- El paracetamol es de elección para tratar las crisis leves-moderadas de migraña durante el **embarazo**. Si no es efectivo, el ibuprofeno es de elección hasta la semana 28. Si el AINE no es efectivo o está contraindicado, puede evaluarse el uso de un triptán, con independencia del trimestre de gestación<sup>3</sup>.
- Las crisis de **migraña menstrual** se tratan igual que el resto, aunque suelen responder peor. En cuanto al tratamiento preventivo, si la mujer es capaz de saber cuándo va a comenzar con la menstruación, una opción es el naproxeno 500 mg cada 12 horas durante 7 días desde el inicio de la menstruación. De los triptanes, la mayor evidencia la tiene el frovatriptán 5 mg cada 12 horas los dos días previos al inicio previsto de la menstruación, seguidos de 2,5 mg cada 12 horas durante 5 días más<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Ezpeleta D, Pozo-Rosich P, editores. [Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas](#). Madrid: Editorial Luzán 5; 2015.

<sup>2</sup> González Oria C, Jurado Cobo CM, Viguera Romero J (editores). [Guía oficial de cefaleas 2019](#). Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). 2019; 153 pp.

<sup>3</sup> Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 155. [Pharmacological management of migraine. A national clinical guideline](#). 2018.

<sup>4</sup> MacGregor EA. Menstrual and perimenopausal migraine: A narrative review. *Maturitas*. 2020; 142: 24-30.

## 7 El objetivo del tratamiento preventivo de la migraña es reducir la frecuencia e intensidad de las crisis<sup>1</sup>.

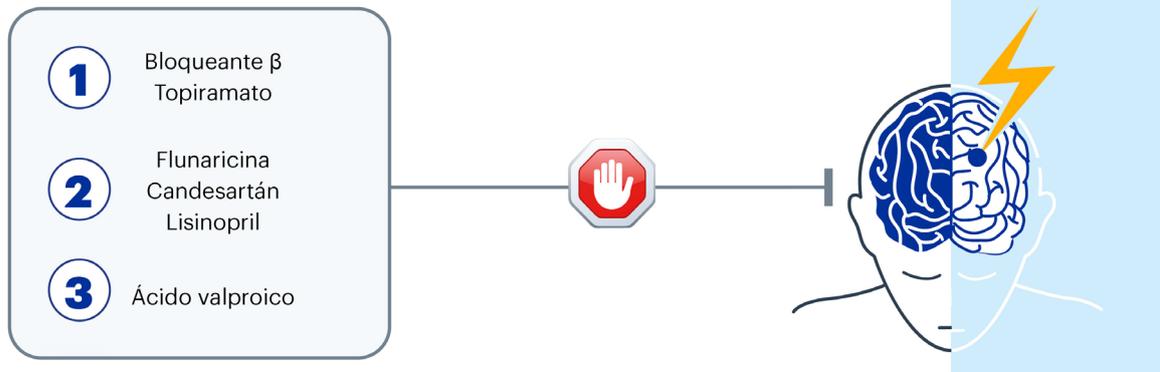


- Es preciso **optimizar al máximo el tratamiento sintomático** antes de plantearse el tratamiento preventivo<sup>1</sup>.
- El **tratamiento preventivo** está indicado en las siguientes circunstancias<sup>1,2</sup>:
  - Pacientes que sufren más de 3 crisis de migraña al mes.
  - Pacientes con crisis de varios días de duración, intensas y con pobre respuesta al tratamiento sintomático.
  - Pacientes que precisan medicación sintomática 2 o más días a la semana.
  - Fracaso, contraindicaciones, efectos secundarios o abuso de los medicamentos para las crisis.
  - Circunstancias especiales, como migraña hemipléjica o crisis con riesgo de lesiones neurológicas permanentes.
  - Preferencias del paciente.
- El tratamiento preventivo debe empezarse por una dosis baja y **aumentarla progresivamente**<sup>2</sup>.
- Puede tardar 1,5 meses en actuar, por lo que se recomienda **esperar al menos 4-6 semanas** antes de decidir que un tratamiento preventivo no es eficaz<sup>1</sup>.
- Se debe mantener el tratamiento preventivo entre **3 y 9-12 meses**. La retirada debe ser gradual, a lo largo de 1 mes<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Ezpeleta D, Pozo-Rosich P, editores. [Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas](#). Madrid: Editorial Luzán 5; 2015.

<sup>2</sup> González Oria C, Jurado Cobo CM, Viguera Romero J (editores). [Guía oficial de cefaleas 2019](#). Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). 2019; 153 pp.

## 8 La elección del tipo de tratamiento preventivo depende de las características de la migraña, el fármaco y el paciente<sup>1</sup>.



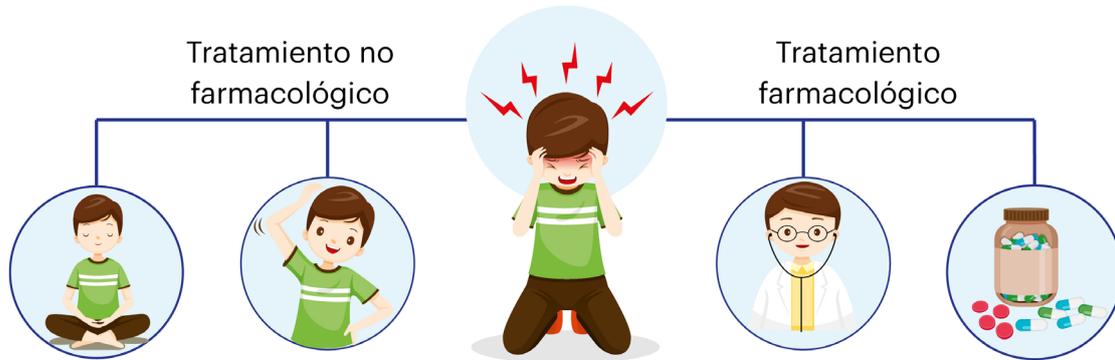
- El tipo de tratamiento preventivo debe **individualizarse**. En general, la primera opción podría ser un bloqueante  $\beta$  o topiramato; de segunda elección estaría la flunaricina o, como alternativa, candesartán o lisinopril. El siguiente paso sería el ácido valproico<sup>1</sup>.
- Los **bloqueantes  $\beta$**  (propranolol y metoprolol) son de elección en pacientes con episodios de migraña con aura y sin aura. Son especialmente adecuados en pacientes migrañosos que tienen ansiedad, estrés, hipertensión, temblor esencial o hipertiroidismo<sup>2,3</sup>.
- Los **neuromoduladores** (sobre todo, topiramato y ácido valproico) son los fármacos de elección para el tratamiento de la migraña con aura, los casos de migraña frecuente y aquellos en los que los bloqueantes  $\beta$  fracasan<sup>1</sup>. La lamotrigina se usa para tratar el aura migrañosa prolongada<sup>2</sup>. La gabapentina y la pregabalina no se recomiendan. La zonisamida podría plantearse en los pacientes que no toleran el topiramato<sup>1</sup>.
- El único antagonista del calcio que se recomienda en nuestro medio es la **flunaricina**<sup>1,2</sup>.
- Los **antidepresivos** están indicados en aquellos pacientes con migraña y cefalea tensional o en los que coexisten depresión o ansiedad. La amitriptilina es el de elección y la venlafaxina también ha probado su eficacia<sup>2</sup>.
- El **lisinopril** y, sobre todo, el **candesartán** son una opción en pacientes que no toleran los bloqueantes  $\beta$ <sup>1</sup>.
- Los **anticuerpos monoclonales contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP)** están indicados para la profilaxis de la migraña en adultos con al menos 4 días de migraña al mes<sup>2</sup>.
- La **toxina botulínica de tipo A** está aprobada para su uso en migraña crónica refractaria<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Ezpeleta D, Pozo-Rosich P, editores. [Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas](#). Madrid: Editorial Luzán 5; 2015.

<sup>2</sup> González Oría C, Jurado Cobo CM, Viguera Romero J (editores). [Guía oficial de cefaleas 2019](#). Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). 2019; 153 pp.

<sup>3</sup> Scottish Intercollegiate Guidelines Network. SIGN 155. [Pharmacological management of migraine. A national clinical guideline](#). 2018.

## 9 El tratamiento de la cefalea tensional debe ser tanto farmacológico como no farmacológico<sup>1</sup>.



- Se recomienda la **actividad física** suave que ejercite los músculos craneocervicales y de la cintura escapular. Otras terapias con potenciales beneficios terapéuticos son la **biorretroalimentación mediante técnicas electromiográficas**, la **terapia cognitiva-conductual** para controlar el estrés y la percepción del dolor, las **técnicas de relajación** y la **fisioterapia manual**<sup>1,2</sup>.
- Los **AINE** son la primera elección en los episodios de dolor, en dosis apropiadas<sup>2</sup>. Los que tienen pruebas de su eficacia son ibuprofeno, ketoprofeno, naproxeno y ácido acetilsalicílico<sup>2</sup>. El paracetamol también es una alternativa, en dosis de 1000 mg<sup>1,2</sup>.
- Los **opiáceos** y las **combinaciones de analgésicos** no se recomiendan, por su tendencia a propiciar al sobreuso y la cronificación<sup>1,2</sup>.
- Los **antidepresivos tricíclicos**, en períodos de 6 meses y en dosis menores que las necesarias para tratar la depresión, son los fármacos de elección para **prevenir la cefalea tensional** tanto episódica como crónica<sup>2</sup>.
- El antidepresivo más usado es la **amitriptilina**. Se empieza por 10 o 12,5 mg por la noche (tiene efecto sedante) y se aumenta cada semana hasta 25-75 mg. El efecto aparece en unas 2 semanas y la mejoría aumenta progresivamente hasta el sexto mes<sup>2</sup>. La nortriptilina, la mirtazapina, la maprotilina y la mianserina son alternativas a la amitriptilina<sup>1,2</sup>.

<sup>1</sup> González Oria C, Jurado Cobo CM, Viguera Romero J (editores). [Guía oficial de cefaleas 2019](#). Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). 2019; 153 pp.

<sup>2</sup> Ezpeleta D, Pozo-Rosich P, editores. [Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas](#). Madrid: Editorial Luzán 5; 2015.

# 10 La prevalencia de la cefalea por abuso de analgésicos es del 1-2%<sup>1</sup>.



- La **cefalea por abuso de analgésicos** se define como aquella que se presenta 15 o más días al mes en un paciente con una cefalea primaria preexistente, y que está causada por el sobreuso habitual de la medicación sintomática (toma de AINE o paracetamol  $\geq 10$  días al mes o toma de triptanes, opioides o ergotamínicos  $\geq 15$  días al mes) durante más de 3 meses<sup>1</sup>.
- **Educar e informar** a los pacientes sobre el uso adecuado de los analgésicos es un método eficaz para **prevenir la cefalea por abuso**. Esto es especialmente importante en mujeres y en personas con depresión, ansiedad y dolor crónico, en los cuales la cefalea por abuso de analgésicos es más frecuente<sup>1</sup>.
- La cefalea por abuso de analgésicos con frecuencia revierte a cefalea episódica cuando **se limita la medicación sintomática y se inicia tratamiento preventivo**<sup>1</sup>.
- La **retirada del tratamiento sintomático** de abuso puede hacerse de forma abrupta y completa —en este caso, se recomienda mantener la abstinencia durante 2-4 semanas— o reduciéndolo a un máximo de 2 tomas a la semana. Si se abusa de los triptanes o de combinaciones analgésicas, una opción es sustituirlos por AINE (naproxeno 500 mg) cuando se presente la crisis de cefalea<sup>1</sup>.
- El **tratamiento preventivo puede iniciarse a la vez** que la retirada, aunque a veces es suficiente con retirar o reducir el tratamiento sintomático, sin necesidad de empezar tratamiento preventivo. Esto se valorará en función de las características de la cefalea, del abuso y del paciente<sup>1</sup>.
- En pacientes en los que la retirada se prevé difícil, puede iniciarse el tratamiento preventivo de la cefalea **sin retirar la medicación sintomática**<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Diener H-C, Dodick D, Evers S, Holle D, Jensen RH, Lipton RB, et al. Pathophysiology, prevention, and treatment of medication overuse headache. The Lancet Neurology. 2018; 18 (9): 891-902.

© 2021 - Almirall.

Material editado por [Kalispera medical writing S.L.](#) para Almirall.  
Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o físico.



**almirall**

feel the science