

2016

cefaleas

GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO
Y EL TRATAMIENTO

cefaleas

GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO
Y EL TRATAMIENTO

Impreso en España.

ISBN: 478-56-225-8745-7

Depósito legal: GC 528-2015

Edición: Servicio Canario de la Salud

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Director General de Programas Asistenciales.

Bernardo E. Macías Gutiérrez.

Grupo Redactor y Revisor

Nuria Bañón Morón.

Farmacéutica. Servicio URM y Control de la Prestación de la DG de Programas Asistenciales.

Juan Luis Burgazzoli Samper.

Médico de Familia.

José Luis Castellano Cabrera.

Médico de Familia. Servicio URM y Control de la Prestación de la DG de Programas Asistenciales.

M. Teresa Flórez-Estrada Hernández.

Jefa de Servicio de Atención Especializada.

Eugenio Gómez Ontañón.

Especialista en Neurología. Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria.

Alicia González Sansó.

Directora Médica de la Gerencia de AP de Gran Canaria.

Miguel Hervás García.

Especialista en Neurología. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Gran Canaria.

Francisco José Hernández Díaz.

Técnico de la Dirección General de Programas Asistenciales.

Javier Lobato González.

Técnico de la Dirección General de Programas Asistenciales.

Ana Carolina López Veloso.

Especialista en Neurología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

Erika Montes Gómez.

Médico de Familia. Servicio URM y Control de la Prestación de la DG de Programas Asistenciales.

Elena Pérez Cánovas.

Directora Médica de la Gerencia de AP de Tenerife.

Josefa Maila Pérez Mendoza.

Médico de Familia. Servicio URM y Control de la Prestación de la DG de Programas Asistenciales.

Diana Pestana Grafiña.

Especialista en Neurología. Hospital Universitario de Canarias.

M. Mercedes Plasencia Núñez.

Farmacéutica. Servicio URM y Control de la Prestación de la DG de Programas Asistenciales.

Rita Tristancho Ajamil.

Jefa de Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación.

cefaleas

GUÍA PARA EL DIAGNÓSTICO
Y EL TRATAMIENTO

Introducción

«... el 50% de la población adulta, entre 18 y 65 años, sufre algún tipo de dolor de cabeza por año».



Las cefaleas imponen además una carga personal bajo la forma de intenso sufrimiento, menoscabo de la calidad de vida y costes económicos.

La cefalea frecuente, así como el temor constante con respecto al siguiente episodio, dañan la vida familiar, las relaciones sociales y el trabajo.

Además los pacientes que sufren de una cefalea crónica están predispuestos a la aparición de otras enfermedades; por ejemplo, la depresión es tres veces más frecuente en las personas aquejadas de migraña con respecto a la población general.

La cefalea es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria y el primero en Atención Especializada. Esta alta prevalencia, demostrada por diversos estudios poblacionales, junto a las repercusiones sociolaborales y económicas que conlleva, ha llevado a la OMS a incluir esta entidad entre los procesos más incapacitantes. Además es una patología que consume gran cantidad de recursos tanto en horas de consulta como en gasto sanitario debido al consumo de medicamentos, realización de pruebas diagnósticas, visitas a urgencias e incluso días de hospitalización.

En el mapa mundial sobre la cefalea publicado por esta organización (*Atlas of Headache Disorders and Resources in the World 2011*) realizado por un lado a través de cuestionarios que respondieron neurólogos, médicos y pacientes de 101 países entre octubre de 2006 y marzo de 2009, y por otro lado, mediante una revisión sistemática de estudios epidemiológicos, se describe que el 50% de la población adulta, entre 18 y 65 años, sufre algún tipo de dolor de cabeza por año. En el 4% de los afectados, el dolor está presente más de 15 días al mes. Dentro del total de los afectados, el 10% padece de migraña. Además se advierte que sólo una minoría de ellos accede a un diagnóstico profesional. Este subdiagnóstico conduce a un problema en el tratamiento: la mitad de los pacientes se automedica. Y una de las consecuencias de esta automedicación es, precisamente, otra causa de los dolores de cabeza: el 10% son provocados por abuso de medicamentos, especialmente analgésicos.

Ante la necesidad de aunar esfuerzos para mejorar el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas entre los distintos niveles asistenciales, el Servicio Canario de la Salud ha llevado a cabo esta guía para acordar protocolos y criterios de diagnóstico, tratamiento, derivación y seguimiento de estos pacientes, con la idea de facilitar su manejo en el día a día, a los profesionales sanitarios implicados en esta patología, tanto en Atención Primaria como Especializada.

CONTENIDO

CEFALEAS Y ALGIAS FACIALES.....	06
Definición.....	06
Aproximación diagnóstica.....	06
Clínica.....	07
Pruebas complementarias.....	10
Cefaleas primarias.....	12
MIGRAÑA.....	13
Introducción.....	13
Diagnóstico.....	13
Migraña sin aura.....	13
Migraña con aura típica.....	14
Otras migrañas con aura.....	15
Migraña con aura del tronco encefálico.....	15
Tratamientos de la migraña.....	17
Medidas generales.....	17
Tratamiento sintomático.....	18
Medicamentos inespecíficos.....	19
Medicamentos específicos.....	20
Medicamentos coadyuvantes.....	20
Otras recomendaciones.....	20
Tratamiento preventivo.....	21
Indicaciones.....	21
Objetivos.....	22
Pautas de administración.....	22
Elección del fármaco adecuado.....	22
Consejos prácticos sobre el tratamiento preventivo.....	24
MIGRAÑA CRÓNICA.....	25
Concepto.....	25
Epidemiología e impacto.....	26
Fisiopatología.....	26
Tratamiento.....	27
Consideraciones generales y tratamiento sintomático.....	27
Tratamiento preventivo oral.....	28
Toxina botulínica pericraneal.....	29
CEFALEA TENSIONAL.....	30
Epidemiología.....	30
Fisiopatología.....	30
Criterios diagnósticos.....	31
Diagnóstico.....	33
Exploración física.....	33
Tratamiento.....	34
Tratamiento no farmacológico.....	34
Tratamiento farmacológico.....	34
Tratamiento preventivo.....	35
CEFALEAS TRIGÉMINO AUTONÓMICAS. CEFALEA EN RACIMOS.....	36
Tratamiento agudo sintomático.....	37
Tratamiento profiláctico.....	38
NEUROPATÍAS CRANEALES DOLOROSAS.....	39
Tratamiento.....	40
ANEXOS.....	43
I. Criterios de derivación de atención primaria a neurología.....	43
II. Signos o síntomas indicativos de una posible cefalea secundaria (criterios de alarma).....	45
III. Información a remitir por médico de atención primaria.....	46
IV. Vademecum.....	47
V. Diario de migraña.....	84
VI. Glosario de términos.....	86

Cefaleas y algias faciales



«...la cefalea es un síntoma, no un diagnóstico o una enfermedad.»

1. Morgenstern LB, Huber JC, Luna-Gonzales H, Saldin KR, Grotta Jc, Shaw SG et al. Headache in the emergency department. *Headache* 2001; 41: 537-541.

DEFINICIÓN

La cefalea es un síntoma que sirve para definir cualquier dolor localizado en la bóveda craneal. Por el contrario, los dolores localizados en regiones anatómicas de la cara, se denominan algias faciales.

Las cefaleas y las algias faciales son un motivo frecuente de consulta, representando aproximadamente un 1-3% de las visitas al Servicio de Urgencias¹ y la tercera causa de urgencia neurológica.

Las más frecuentes son las cefaleas primarias que representan más del 90% de todas las consultas. Sólo alrededor del 12% de las consultas por cefaleas crónicas o recidivantes responden a una enfermedad orgánica intracraneal.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

Un punto importante a resaltar a la hora de abordar el diagnóstico y tratamiento de un paciente que consulta por un dolor de cabeza es que la cefalea es un síntoma, no un diagnóstico o una enfermedad; por lo tanto, nuestro objetivo primario siempre será intentar determinar la causa última de la misma. Un diagnóstico al alta de "cefalea" no es aceptable.



«... La anamnesis es la principal herramienta diagnóstica, sobre todo en el caso de las cefaleas primarias»

CLÍNICA

[1] Historia clínica

La exploración física deberá ser normal o irrelevante en el caso de que se trate de una cefalea primaria y su anomalía apuntará hacia la posibilidad de que nos encontremos ante una cefalea secundaria. En este sentido, cabe resaltar que los estudios complementarios no dirigidos son poco rentables.

Los aspectos más importantes sobre los que deberá incidirse en la anamnesis son en primer lugar los antecedentes previos -personales y familiares- incluidos fármacos (anticonceptivos orales, nitritos, abuso de analgésicos de cualquier tipo), craneotomías y traumatismos cervicales (latigazo) y/o craneales. En segundo lugar, las características del dolor de cabeza: edad de inicio (infancia, adolescencia, ancianos); pródromos; modo de inicio (hiperagudo, agudo, subagudo, progresivo); momento de aparición y ritmo o periodicidad horarias (matutino, vespertino, sueño); cualidad (opresivo, punzante, pulsátil); intensidad (leve, moderada, severa); tiempo de evolución o duración (segundos a minutos, minutos a pocas horas, días, semanas, meses, años); localización (holocraneal, hemicraneal estricta o alternante) e irradiación; cambios evolutivos; factores desencadenantes, precipitantes y/o agravantes (sueño, alcohol, alimentos, tabaco, fármacos, ortostatismo, decúbito, ejercicio físico, coito, tos y maniobras de Valsalva, etc.) y factores aliviantes. Finalmente, la presencia o no de otros síntomas -sistémicos y/o neurológicos- acompañantes (náuseas, vómitos, fotofobia, sonofobia, autonómicos locales, fiebre, auras, etc.).

La exploración física deberá centrarse tanto en aspectos generales como neurológicos, debiendo poner especial atención a: temperatura, presión arterial, pulsos arteriales -incluidas las arterias temporales; soplos vasculares, fondo de ojo, nivel de conciencia, signos de irritación meníngea, maniobras de traqueteo y tos, trastornos cervicales, alteraciones temporo-mandibulares, dolor a palpación y/o percusión pericraneales, zonas gatillo, déficit neurológico focal.

En el Servicio de Urgencias, la evaluación de un paciente afecto de una cefalea y/o de un algia facial tendrá como objetivo primario descartar una cefalea secundaria potencialmente grave. Para ello, resulta especialmente útil considerar la forma en que ésta se instauró (**Figura 1**)². Una instauración súbita (o hiperaguda) nos debe hacer considerar la posibilidad de una hemorragia subaracnoidea (HSA), un ictus hemorrágico, un primer ataque de cefalea coital (subtipo “explosivo”) o una cefalea “en trueno”. Un inicio agudo puede apuntar hacia ataques repetidos de una cefalea episódica como, por ejemplo, un primer ataque de migraña o una cefalea tipo tensión.

El inicio subagudo o crónico no progresivo pone sobre la pista de una cefalea tipo tensión crónica, una migraña transformada o cualquier otra cefalea clasificable dentro del grupo de las cefaleas crónicas diarias; por el contrario, una instauración subaguda o crónica progresiva nos alertará sobre un tumor o una hipertensión intracraneal primaria.

2. Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN. Aproximación diagnóstica al paciente con cefalea. En: Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2006. Madrid: Ergon, S.A; 2006. p. 1-18.

<http://cefaleas.sen.es/profesionales/recomendaciones2006.htm>

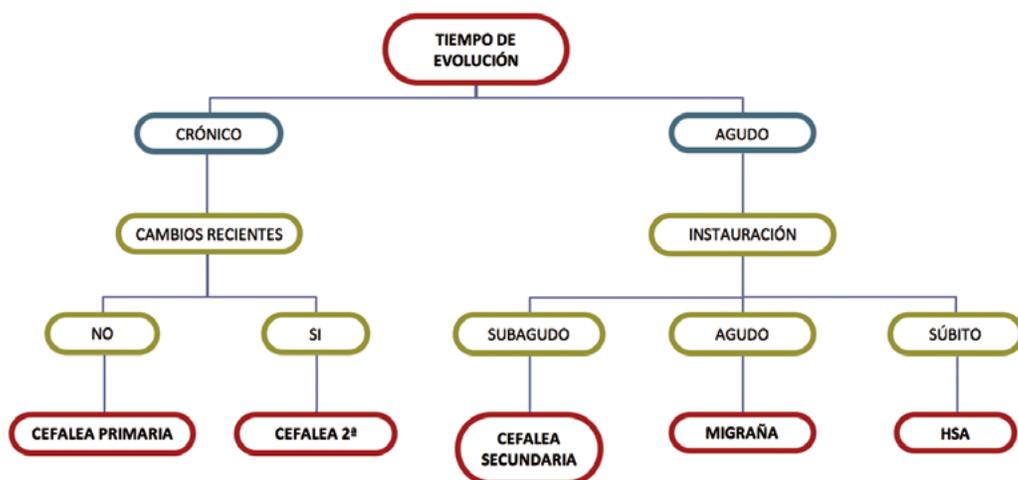


Figura 1. Algoritmo para el diagnóstico etiológico en función de la forma de instauración de la cefalea y de la presencia o no de cambios recientes en su patrón de presentación. Fuente: elaboración propia a partir de²

[2] Síntomas y signos de alarma

Se ha señalado que una buena historia clínica es el aspecto más determinante a la hora de intentar establecer la etiología de una cefalea. La anamnesis puede poner de manifiesto algunos síntomas de alarma (*"banderas rojas"*) que pueden sugerir la posibilidad de que nos encontremos ante una cefalea de causa orgánica. Entre ellos, pondremos especial atención a los siguientes: cefalea intensa de comienzo súbito; cefalea de frecuencia y/o intensidad creciente y/o empeoramiento reciente de una cefalea crónica; cefalea de inicio reciente y gradual; cefalea precipitada al toser (Valsalva) o con ejercicio; cefalea unilateral estricta (excepto algunas cefaleas y algias craneales que son habitualmente unilaterales estrictas como, por ejemplo, cefalea en racimos, hemicránea paroxística, hemicránea continua, SUNCT, neuralgia del trigémino); cefalea constante que aumenta con el decúbito supino; cefalea asociada a síntomas neurológicos y/o psiquiátricos (trastornos de la personalidad, déficit neuropsicológicos, déficit neurológicos focales, crisis epilépticas); cefalea en pacientes oncológicos; cefalea en pacientes

inmunodeprimidos (VIH, trasplantados); cefalea en edades extremas de la vida (comienzo de la cefalea después de los 50 años); cefalea asociada a fiebre; cefalea en pacientes con traumatismos craneales moderados o graves; cefalea asociada a rinorrea; cefalea asociada a odinofagia, otalgia y/o dolor focal facial; cefalea refractaria al tratamiento médico; cefalea inclasificable o que no cumple los criterios diagnósticos de una cefalea primaria (p.ej. migraña, cefalea tipo tensión, cefalea trigémino-autonómica, otras cefaleas primarias); cefalea crónica diaria sin abuso de analgésicos y sin distimia.

Así mismo, por la exploración física -general y neurológica- se podrán poner de manifiesto igualmente la existencia de determinados signos de alarma (*"banderas rojas"*) indicativos de que se puede estar en presencia de una cefalea de causa orgánica (Figura 2).

Entre estos, debemos fijar la atención especialmente en la existencia de: fiebre y rigidez de nuca (no confundir con rigidez cervical) como posibles indicadores de meningitis o absceso cerebral; edema de papila, palidez de la papila óptica y/o hemorragia subhialoi-

2. Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN. Aproximación diagnóstica al paciente con cefalea. En: Actitud diagnóstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2006. Madrid: Ergon, S.A; 2006. p. 1-18.

<http://cefaleas.sen.es/profesionales/recomendaciones2006.htm>

de sugestivos de hipertensión intracraneal o hemorragia subaracnoidea (HSA); dolor sobre las arterias temporales o carótidas en el caso de una arteritis de la temporal; déficit neurológico focal (motor, sensitivo, lenguaje, visual, etc.) en el caso de tumor, ictus isquémico y/o hemorrágico; supuración nasal u ótica que apunten hacia otitis, sinusitis y absceso cerebral; soplo carotídeo ipsilateral al lugar de la cefalea como en la disección carotídea o en una trombosis carotídea; soplo intracraneal de una fístula arteriovenosa; síndrome de Horner por una disección carotídea o un tumor; hipertensión arterial maligna indicativos de una

encefalopatía hipertensiva, una emergencia hipertensiva o un feocromocitoma; zonas gatillo características de la neuralgia del trigémino y de otras neuralgias craneales; trastorno de conciencia y/o síncope asociados; pérdida de audición con acúfeno y/o sensación de taponamiento del oído sugieren un tumor del ángulo pontocerebeloso o una malformación arteriovenosa; lagrimeo, enrojecimiento ocular, ptosis palpebral unilaterales sugestivas de cefalea trigémica autonómica; quemosis, enrojecimiento ocular y soplo orbitarios indicativos de fístula del seno cavernoso.

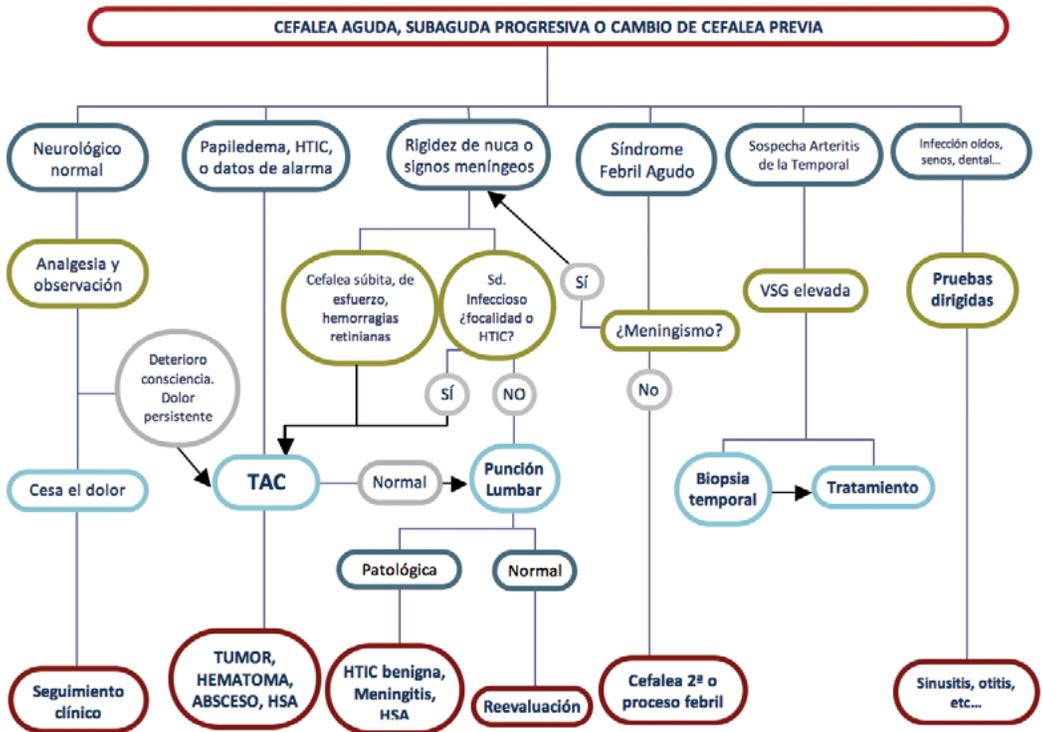


Figura 2. Algoritmo para el diagnóstico etiológico en función de la forma de instauración de la cefalea y de la presencia o no de cambios recientes en su patrón de presentación. Fuente: elaboración propia a partir de Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Las pruebas complementarias pueden ser necesarias en aquellos casos en los que se sospeche una cefalea secundaria. Las pruebas complementarias de mayor rentabilidad diagnóstica en pacientes afectados de una cefalea y/o una algia facial son las analíticas de laboratorio, las radiológicas (radiografía simple, TAC craneal) y la punción lumbar.

El/los exámenes a realizar vendrán determinados por la sospecha clínica inicial, establecida siempre tras una anamnesis y una exploración física completas (**Figura 3**). En caso de que se sospeche una cefalea primaria, no será preciso realizar estudios complementarios en la gran mayoría de los casos; así mismo, no se recomienda la realización rutinaria de pruebas de neuroimagen si no van a generar un cambio en la actitud terapéutica.

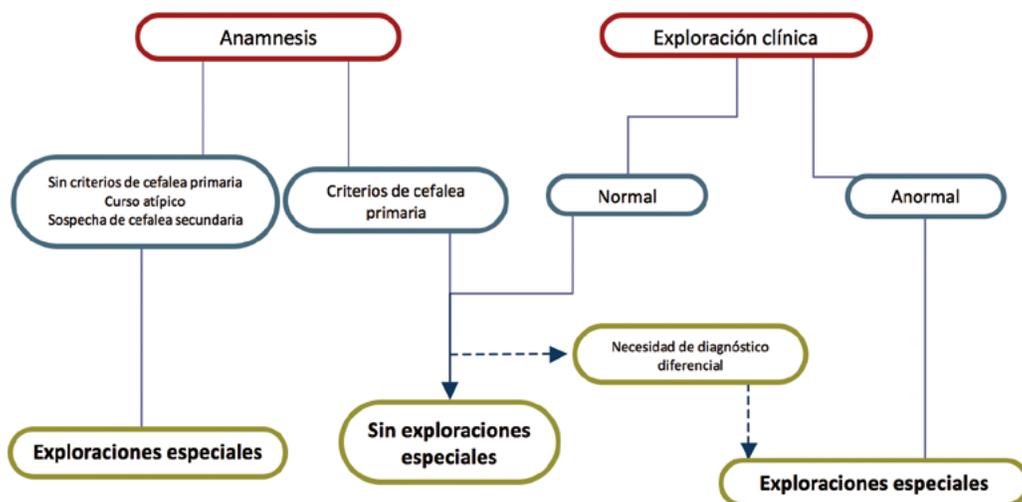


Figura 3. Algoritmo para la solicitud de pruebas complementarias diagnósticas. Fuente: elaboración propia

[1] Laboratorio.

Los únicos exámenes de laboratorio indicados específicamente en el diagnóstico de un paciente con una cefalea y/o una algia facial son la determinación de la VSG/PCR y los estudios de hipercoagulabilidad. Se deberá realizar una VSG/PCR en aquellos pacientes de edad superior a 50 años con cefalea

de reciente comienzo en los que se sospeche una arteritis de células gigantes. Los estudios de hipercoagulabilidad se llevarán a cabo en pacientes con cefalea secundaria a trombosis venosa intracraneal o en cefaleas migrañosas con auras prolongadas o atípicas.



[2] Neurroradiología.

Las modernas técnicas de neurroradiología han relegado la utilidad de los estudios radiológicos simples a un papel secundario. Una radiología simple de cráneo y/o de columna cervical puede ser útil en el caso de que se sospechen mastoiditis o malformaciones óseas de la charnela cráneo-cervical. Los estudios de neuroimagen están indicados siempre que exista alguno de los criterios de alarma (banderas rojas) anteriormente señalados que nos hagan sospechar que nos encontramos ante una cefalea secundaria. En términos generales, se puede decir que un TAC craneal estaría indicado en los casos en que la historia

clínica es atípica, hay datos clínicos indicativos de que nos encontramos ante una cefalea secundaria (orgánica), existen criterios de alarma (banderas rojas) y/o la exploración neurológica es anormal. Las situaciones más frecuentes en la práctica clínica son aquellas en las que encontramos una historia de convulsiones, síntomas y/o signos neurológicos focales, presencia de factores de riesgo adicional (p.ej. tumores sistémicos, inmunodepresión, alteraciones de la hemostasia, VIH, etc.) o un cambio en el patrón temporal o en las características de la cefalea.

[3] Punción lumbar.

La punción lumbar no es una técnica diagnóstica de uso rutinario en el estudio de una cefalea. En pacientes con cefalea, la punción lumbar no debería practicarse sin haber explorado el fondo de ojo y hasta que un TAC craneal haya descartado un proceso expansivo intracraneal. Su realización en el Servicio de Urgencias a un paciente con cefalea estaría indicada cuando existan las siguientes

sospechas diagnósticas: HSA con TAC craneal normal, meningitis, meningoencefalitis o aracnoiditis leptomenígea, hipertensión intracraneal primaria, hipopresión de líquido cefalorraquídeo y, ocasionalmente, en pacientes con cefalea crónica desde el inicio de reciente comienzo, sin abuso de analgésicos y con estudios etiológicos negativos.



CEFALEAS PRIMARIAS

Son las más frecuentes. Para su diagnóstico nos basamos en la anamnesis y en la normalidad de la exploración física y atendiendo a la III Clasificación Internacional de las Cefaleas versión beta (ICHD-III)³.

Este documento se centra en las cefaleas primarias, por su frecuencia en atención primaria, y dentro de éstas en:

- 1. Migraña**
- 2. Migraña Crónica**
- 3. Cefalea tensional**
- 4. Cefalea en racimos**
- 5. Cefaleas Trigémico Autonómicas:**
Neuralgia del Trigémino

3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013; 33: 629-808.

Migraña

INTRODUCCIÓN

La migraña es el motivo neurológico de consulta más frecuente⁴. Estudios epidemiológicos han documentado su alta prevalencia y enorme impacto socioeconómico y personal. Los estudios poblacionales estiman que la migraña afecta aproximadamente al 5% de los varones y a un 15-20% de las mujeres⁵. El estudio Global Burden of Disease Survey 2010⁶ confirma que la migraña es el tercer trastorno más prevalente y la séptima causa de discapacidad en el mundo.

En nuestro país se pierden 13 millones de jornadas laborales al año por la migraña y, en términos de costes indirectos, el impacto de la migraña se cifra en al menos mil millones de euros al año. A pesar de su enorme prevalencia e impacto, la migraña sigue siendo un trastorno infradiagnosticado e infratratado. Por tanto, es necesario disponer de criterios diagnósticos consensuados y guías clínicas de actuación para su manejo.

DIAGNÓSTICO

Siguiendo la clasificación de la International Headache Society (IHS), la migraña se divide en dos subtipos principales: **la migraña sin aura y la migraña con aura**.

MIGRAÑA SIN AURA

Descripción

Cefalea episódica recurrente de 4-72 horas de duración. Las características típicas del dolor son las siguientes: localización unilateral, carácter pulsátil, intensidad moderada o severa, empeoramiento con la actividad física y asociación con náuseas o fotofobia o fonofobia.

Criterios diagnósticos⁷

- A. Al menos cinco crisis que cumplen los criterios B-D.
- B. Episodios de cefalea de entre 4 y 72 horas de duración (no tratados o tratados sin éxito).
- C. La cefalea presenta al menos dos de las siguientes cuatro características:
 - 1. Localización unilateral.
 - 2. Carácter pulsátil.
 - 3. Dolor de intensidad moderada o severa.
 - 4. Empeorada por o condiciona abandono de la actividad física habitual (p. ej., andar o subir escaleras).
- D. Al menos uno de los siguientes durante la cefalea:
 - 1. Náuseas y/o vómitos.
 - 2. Fotofobia y fonofobia.
- E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

4. Pascual J, Combarros O, Leno C, Polo JM, Rebollo M, Berciano J. Distribución por diagnósticos del dolor de cabeza como motivo de consulta neurológica. Med Clin 1995; 104: 161-4.

5. Guía de recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la migraña en la práctica clínica. Láinez JM, Castillo J, González VM, Otero M, Mateos V, Leira R, Pascual J

6. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 Lancet 2012; 380: 2163-96

7. Comité de Clasificación de la Cefalea de la International Headache Society (IHS). III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas. Versión beta (marzo 2013)



MIGRAÑA CON AURA TÍPICA

Descripción

El diagnóstico de migraña con aura añade, a los criterios de migraña sin aura, síntomas de disfunción neurológica focal que acontecen antes o durante las crisis de migraña. Estos síntomas se denominan aura y se presentan en forma de episodios recurrentes de trastorno visual, sensitivo o de lenguaje, en la mayoría de las ocasiones. Dependiendo del nivel asistencial, la migraña con aura típica supone entre un 15 y un 30% de las consultas de migraña⁸.

Criterios diagnósticos⁹

- A. Al menos dos crisis que cumple los criterios B y C.
- B. El aura comprende síntomas visuales, sensitivos y/o del lenguaje, todos ellos completamente reversibles, pero no presenta síntomas motores, troncoencefálicos ni retinianos.
- C. Al menos dos de las siguientes cuatro características:
 1. Progresión gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un periodo mayor o igual de 5 minutos y/o dos o más síntomas se presentan consecutivamente.
 2. Cada síntoma individual 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 de la ICHD-III y se ha descartado un accidente isquémico transitorio.

8. Guía de recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la migraña en la práctica clínica. Láinez JM, Castillo J, González VM, Otero M, Mateos V, Leira R, Pascual J

9. Comité de Clasificación de la Cefalea de la International Headache Society (IHS). III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas. Versión beta (marzo 2013)

OTRAS MIGRAÑAS CON AURA

Migraña con aura del tronco encefálico

La migraña con aura incluye también otras variantes como el aura típica con cefalea no migrañosa o sin cefalea, la migraña hemipléjica familiar o esporádica, en la que existe hemiparesia en el aura, y la migraña basilar. La migraña de tipo basilar o con aura de tronco encéfalo, se observa con más frecuencia en adultos jóvenes y cursa con síntomas que claramente se originan en el tronco encefálico y/o afectación simultánea de ambos hemisferios, sin déficit motor. Sus criterios son:

- A. Al menos dos crisis que cumplen los criterios B-D.
- B. El aura comprende síntomas visuales, sensitivos o del lenguaje, todos ellos completamente reversibles, pero no incluye síntomas motores ni retinianos.
- C. Al menos dos de los siguientes síntomas troncoencefálicos:
 - Disartria
 - Vértigo
 - Acúfenos
 - Hipoacusia
 - Diplopia
 - Ataxia
- D. Al menos dos de las siguientes cuatro características:
 1. Progresión gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un período \geq 5 minutos, 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.
- E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III y se ha descartado un accidente isquémico transitorio.



«...la migraña es una enfermedad recurrente que no tiene tratamiento curativo pero sí se puede intentar controlar para conseguir una aceptable calidad de vida».



TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA

De forma general, el tratamiento de la migraña se sustenta en **tres pilares**:

1. Medidas generales preventivas:

Recomendaciones sobre los hábitos de vida que actúan como complemento al tratamiento farmacológico. Estas recomendaciones estarán siempre indicadas en estos pacientes.

2. Tratamiento sintomático o abortivo:

Se trata del tratamiento agudo del dolor y los síntomas acompañantes, intentando la restauración funcional del paciente en el mínimo tiempo posible, además de evitar la recurrencia en al menos las siguientes 24 horas, con pocos o ningún efecto adverso.¹⁰

3. Tratamiento preventivo:

Es un tratamiento de mantenimiento, que el paciente tomará a diario durante un periodo de tiempo, con el objetivo de reducir la frecuencia e intensidad de las crisis.

El primer paso antes de iniciar el tratamiento de la migraña es explicarle al paciente de forma comprensible en qué consiste este padecimiento, cuáles son las medidas terapéuticas para combatirlo, haciendo especial hincapié en las diferencias entre el tratamiento abortivo y el tratamiento preventivo, y por último, qué podemos esperar del tratamiento: la migraña es una enfermedad recurrente que no tiene tratamiento curativo pero sí podemos intentar controlarla para conseguir una aceptable calidad de vida. Es recomendable pedir al paciente que cumplimente un **diario de migraña (anexo V)** durante un mes en el que recoja el número de días de dolor y la medicación sintomática que haya requerido¹¹. Por un lado, las apreciaciones del paciente sobre los días con dolor son siempre subjetivas, y por otro, dispondremos de un instrumento objetivo para evaluar, en ese paciente particular, la eficacia del tratamiento. El diario, además, permitirá identificar a los pacientes que serán realmente responsables a la hora de seguir adecuadamente un tratamiento diario.

MEDIDAS GENERALES

Debemos identificar los posibles factores desencadenantes (**tabla 1**) e intentar prevenir aquellos que son evitables. Estos factores son individuales y específicos para cada paciente (no todos los migrañosos son sensibles a los mismos desencadenantes):

1. Evitar desencadenantes alimentarios (chocolate, vino rico en taninos, cafeína), aditivos alimentarios (nitritos, glutamato monosódico, aspartamo) y cierta medicación (p. ej. anticonceptivos orales, nitroglicerina, sildenafil); estímulos físicos (luces fluctuantes, cambios en presión barométrica, olores como perfumes)

2. Patrón de sueño regular.

3. Cambios en niveles hormonales (menstruación, ovulación, embarazo)

4. Evitar el ayuno.

10. Cefalea (II): migraña. A. Yusta Izquierdo, M.A. Cubilla Salinas, M.J. Sánchez Palomo, F. Higes Pascual. En: Rev. Medicine serie 11, nº 70, 2015. 4155-4166.

11. Pascual J. Migraña crónica: tratamiento. Rev Neurol 2012; 54 (Supl 2): S31-8.

Factores desencadenantes de la migraña	
Psicológicos	Estrés, ansiedad, depresión
Hormonales	(Pre)Menstruación, ovulación, anovulatorios
Alimentarios	Alcohol, chocolate, quesos, comida rica en nitritos, glutamato monosódico o aspartamo
Ambientales	Estímulos visuales, olores, cambios atmosféricos, altitud elevada
Sueño	Exceso o déficit de sueño
Fármacos	Nitroglicerina, reserpina, estrógenos
Otros	Trauma craneal, ejercicio físico, fatiga, poscoital, tos

Tabla 1. Principales factores desencadenantes de la crisis de migraña. Fuente: Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas de la SEN

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

Debe ser individualizado y diferenciado para cada paciente teniendo en cuenta factores como gestación, edad fértil, adolescencia, comorbilidades, etc. y cada crisis (**Figura 4**).

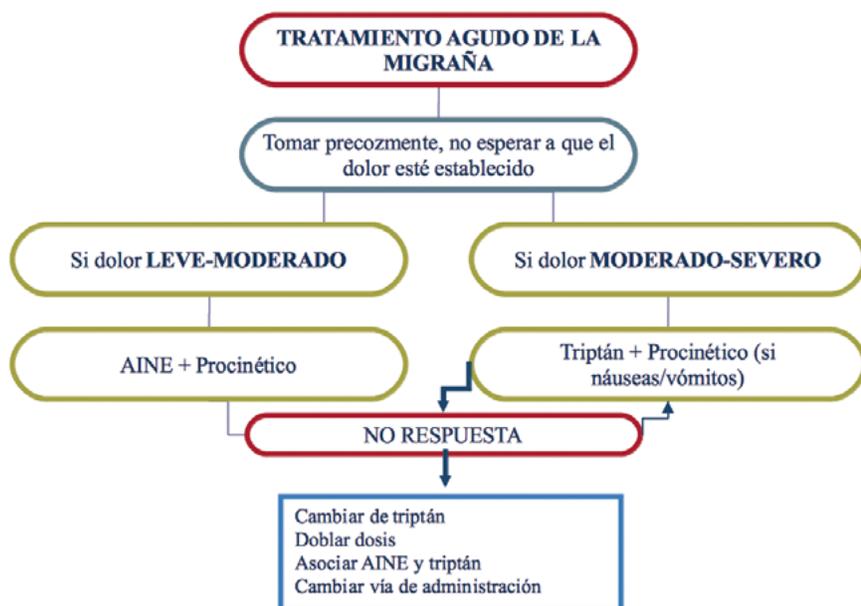


Figura 4. Algoritmo del tratamiento agudo de la migraña. Fuente: elaboración propia

El tratamiento sintomático de la migraña ha de basarse en la combinación juiciosa de antiinflamatorios no esteroideos (**tabla 2**) y triptanes (**tabla 3**). Los AINE están indicados en las crisis leves/moderadas, y los triptanes, en las crisis moderadas-severas y en aquellos pacientes resistentes o con contraindicaciones a los AINE¹². Ambos tipos de fármacos pueden combinarse dentro de la misma crisis en caso de necesidad¹³.

12. Guía de recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la migraña en la práctica clínica. Láinez JM, Castillo J, González VM, Otero M, Mateos V, Leira R, Pascual J

13. Pascual J. Migraña crónica: tratamiento. Rev Neurol 2012; 54 [Supl 2]: S31-8.

Medicamentos inespecíficos:

AINE.

Indicados en las crisis de **dolor leve-moderado**. Tienen eficacia bien demostrada el naproxeno sódico, ibuprofeno, diclofenaco sódico y ácido acetil salicílico¹⁴. Sus frecuentes efectos secundarios a nivel digestivo, así como, su seguridad cardiovascular, constituyen los factores limitantes más importantes para su uso^{15,16}

Compuesto	Dosis recomendadas y vía de administración
Ácido acetilsalicílico	500-1000 mg oral
Naproxeno	550-1100 mg oral
Ibuprofeno	600-1200 mg oral
Diclofenaco	50-100 mg oral; 100 mg rectal; 75 mg parenteral

Tabla 2. AINE indicados en el tratamiento sintomático de la crisis de migraña. Fuente: Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de la cefalea. Sociedad Española de Neurología. Edición. 2011

Analgésicos.

Utilidad escasa y con indicaciones limitadas (migraña en infancia, adolescencia y embarazo). En relación al paracetamol es el indicado especialmente en embarazadas y niños, aunque parece que se precisan dosis muy altas para obtener una mínima eficacia¹⁷. El metamizol, ampliamente utilizado en España, no cuenta con estudios sólidos que avalen su uso¹⁸, por lo que no se recomienda su prescripción.

Analgesicos combinados, ergóticos, opiáceos y barbitúricos, solos o en combinación, no están indicados en pacientes con **migraña crónica** y deben retirarse inmediatamente en aquellos pacientes que cumplan criterios de abuso por su reconocida capacidad de inducir cefalea de rebote¹⁹ y cefalea asociada al abuso de analgésicos.

14. Acute treatment of migraine in adults. Zahid H Bajwa, Jonathan H Smith. <http://www.uptodate.com/contents/acute-treatment-of-migraine-in-adults>

15. Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios AEMPS. Diclofenaco y riesgo cardiovascular: restricciones de uso. Fecha de publicación: 17 de junio de 2013. Referencia: MUH (FV), 16/2013

16. Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios AEMPS. Seguridad cardiovascular de los AINE tradicionales: conclusiones de la revisión de los últimos estudios publicados. Fecha de publicación: 22 de octubre de 2012. Referencia: MUH (FV) 15/2012

17. Guía Terapéutica en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 5ª edición. Marzo de 2013

18. Guía de recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la migraña en la práctica clínica. Láinez JM, Castillo J, González VM, Otero M, Mateos V, Leira R, Pascual J.: Rev Clin Esp. 2007;207(4):190-3.

19. Pascual J. Migraña crónica: tratamiento. Rev Neurol 2012; 54 (Supl 2): S31-8.

Medicamentos específicos:

Útiles de forma casi exclusiva en esta indicación por su afinidad con receptores serotoninérgicos (implicados en la fisiopatología de la migraña).

- **Ergóticos** (no selectivos):

Son los más utilizados en nuestro país. Sin embargo, salvo en situaciones concretas como la de aquellos pacientes que lo están utilizando de forma esporádica con buena eficacia, se desaconseja su uso, entre otras cosas por su capacidad de producir efectos adversos cardiovasculares y de generar cefalea de rebote. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios desaconseja su uso para la profilaxis de la migraña desde julio de 2013²⁰.

- **Triptanes** (selectivos):

Se utilizan para las crisis moderadas-graves o en crisis leves cuando no responden a AINE o existe intolerancia/contraindicación para su uso. No se ha demostrado que su administración durante el aura prevenga la cefalea migrañosa y, por lo tanto, deben administrarse durante la fase de cefalea. Existen siete triptanes comercializados en España, que no se diferencian en su mecanismo de acción o farmacodinamia, pero sí presentan diferencias farmacocinéticas que pueden condicionar su uso según el tipo de crisis y tolerabilidad (**tabla 3**).

20. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. Derivados ergóticos y riesgo de fibrosis y ergotismo: restricción de indicaciones. Referencia: MUH (FV), 19/2013

21. Zahid H Bajwa, Jonathan H Smith. Preventive treatment of migraine in adults. Uptodate, Aug.2015.

22. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. Metoclopramida: restricciones de uso, actualización de indicaciones y posología. Referencia: MUH (FV); 22/2013

23. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. Domperidona y riesgo cardiaco. Referencia: MUH (FV); 24/2011

Medicamentos coadyuvantes

Son antieméticos/procinéticos (metoclopramida y domperidona). Su administración es beneficiosa en los episodios moderados-severos si se acompañan de náuseas y/o vómitos.²¹ Precaución en el uso de metoclopramida por riesgo de prolongación del QT²², o arritmias ventriculares graves y muerte súbita en el caso de la domperidona²³.

Otras recomendaciones

- Reposo. En crisis invalidantes, reposo en cama con cabecera elevada.
- Aislamiento sensorial: habitación en penumbra, con reducida sonoridad ambiental.
- Bebida azucarada.
- Aplicación en la cabeza de compresas frías.

Indicación*: Crisis migrañosas moderadas - intensas con aura o sin aura con intolerancia o no respuesta a AINEs

Principio Activo	Presentación	Observaciones
Sumatriptán	Oral 25, 50, 100 mg	De elección en cefalea en racimos.
	Nasal 10 mg, 20 mg	Nasal y subcutánea en caso de intolerancia oral o vómitos.
	Subcutánea 6mg	
Zolmitriptán	Oral 2,5 y 5 mg	Nasal en caso de intolerancia oral o vómitos.
	Bucodispersable 2,5 y 5 mg Nasal 5 mg	
Rizatriptán	Oral 5 y 10 mg	5mg en pacientes con propranol, insuficiencia renal o hepática leve o moderada.
Almotriptán	Oral 12,5 mg	
Naratriptán	Oral 2,5 mg	
Eletriptán	Oral 20 y 40 mg	
Frovatriptán	Oral 2,5 mg	

* La experiencia de uso en pacientes mayores de 65 años es limitada

Tabla 3. Triptanes comercializados en España. Destacados en negrita los fármacos de elección.

TRATAMIENTO PREVENTIVO

De forma general, está indicado en monoterapia en aquellos pacientes con crisis frecuentes, incapacitantes o de larga duración.

Indicaciones

- Tres o más crisis de migraña al mes
- Crisis intensas o de varios días de duración con pobre respuesta al tratamiento sintomático
- Contraindicación o intolerancia a los tratamientos sintomáticos
- Necesidad de consumir medicación sintomática más de 2 días por semana o ≥ 10 tomas al mes
- Presencia de abuso de fármacos para el control del dolor
- Auras prolongadas o atípicas (aura de tronco-encéfalo, migraña hemipléjica), auras muy frecuentes o molestas para el paciente

Se basa en la utilización de fármacos con diferentes mecanismos de acción utilizados inicialmente para otras indicaciones (antiepilépticos, antihipertensivos, antidepresivos...), y para los que se desconoce en general su mecanismo de acción en la migraña. Los que han mostrado eficacia con mayor nivel de certeza son:

- Algunos betabloqueantes: propranolol es el más utilizado, siendo el de primera elección. Metoprolol y timolol son eficaces para la prevención de la migraña. Atenolol es probablemente eficaz²⁴.
- Algunos antiepilépticos: topiramato, valproato²⁵.
- Calcio antagonistas: flunarizina. De utilidad en pacientes sin respuesta o contraindicaciones a betabloqueantes o topiramato²⁶.
- Antidepresivos: amitriptilina²⁶.
- Algunos estudios proponen, en pacientes hipertensos en los que no han dado resultados las estrategias preventivas convencionales, el uso de lisinopril y candesartan^{28,29}. Sin embargo, dado que los tamaños muestrales de los estudios son pequeños, el periodo de seguimiento es corto y su eficacia se comparó sólo con placebo, no se recomiendan como alternativa.

24. <http://www.uptodate.com/contents/acute-treatment-of-migraine-in-adults#H18>

25. Chronicle E, Mulleners W. Anticonvulsant drugs for migraine prophylaxis. Cochrane Database Syst Rev 2004; (3): CD003226 (revisado mayo 2004).

26. Pascual J. Migraña crónica: tratamiento. Rev Neurol 2012; 54 [Supl 2]: S31-8.

27. Evers SD, Mylecharane EJ. Nonsteroidal anti-inflammatory and miscellaneous drugs in migraine prophylaxis. En: Olesen J, Goadsby PJ, Ramadan NM, Tfelt-Hansen P, Welch KMA, editores. The Headaches, 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2006; 533-66.

28. Schrader H, Stovner LJ, Helde G, Sand T, Bovim G. Prophylactic treatment of migraine with angiotensin converting enzyme inhibitor (lisinopril): randomised, placebo controlled, crossover study. BMJ 2001; 322: 19-22.

29. Tronvik E, Stovner LJ, Helde G, Sand T, Bovim G. Prophylactic treatment of migraine with an angiotensin II receptor blocker: a randomized controlled trial. JAMA 2003; 289: 65-9.

Objetivos

Reducir la frecuencia e intensidad de las crisis (se considera que el tratamiento es eficaz si conseguimos una reducción del 50% en la frecuencia de crisis), y mejorar la respuesta al tratamiento sintomático.

Pautas de administración

- Para reducir la incidencia de efectos adversos, iniciar el tratamiento a dosis bajas e ir aumentándolas progresivamente hasta alcanzar la dosis eficaz³⁰ o que los efectos adversos sean intolerables³¹.
- **Esperar un mes** con la dosis adecuada para **valorar eficacia**³¹. Si no se han conseguido los objetivos de mejoría durante el mes, se debe valorar su retirada. La eficacia puede ir aumentando hasta los tres meses de inicio de tratamiento.
- **Se recomienda mantener** el tratamiento 6 meses³².
- El periodo máximo es individualizado, en general **tras 6-12 meses** se puede **intentar la retirada** del fármaco, haciéndolo de forma progresiva³² (1 mes) o mantener si precisa la dosis mínima eficaz (la tendencia es mantener cada vez más tiempo los tratamientos preventivos).

Elección del fármaco adecuado

Una aproximación inicial según el perfil de migraña se muestra en la **Figura 5**. Las indicaciones específicas van a depender del perfil de efectos secundarios, subtipo de migraña y comorbilidad del paciente. Las dosis recomendadas de estos fármacos son variables y aparecen en la **tabla 4**

En general podemos emplear la siguiente estrategia:

- **Primera elección**^{31,32}:
 - Betabloqueantes: propranolol
 - Amitriptilina (indicación no incluida en Ficha Técnica)
 - Topiramato
- **Segunda elección**:
 - Flunarizina
- **Si ineficacia o intolerancia a los anteriores**:
 - Ácido valproico. No ha sido aprobada su administración con esta indicación en nuestro país.

30. Pascual J. Migraña crónica: tratamiento. Rev Neurol 2012; 54 (Supt 2): S31-8.

31. BAJWA, Zahid H.; SABAHAT, A. Preventive treatment of migraine in adults. Uptodate, Aug.2015.

32. Láinez JM, Castillo J, González VM, Otero M, Mateos V, Leira R, et al. Guía de recomendaciones para el tratamiento de la migraña en la práctica clínica. Revista Clínica Española; 2007(4):190-3.

Figura 5. Indicaciones específicas de los fármacos preventivos antimigraña

Propranolol

Migraña sin aura pura
Migraña e hipertensión
Migraña y embarazo
Migraña y ansiedad

Amitriptilina

Migraña asociada a cefalea tensional
Migraña y depresión
Migraña e insomnio

Topiramato

Migraña sin aura y con aura típica
Migraña crónica o transformada
Migraña y epilepsia
Migraña y sobrepeso

Ácido valproico

Migraña sin aura y con aura con intolerancia/contraindicaciones a bloqueantes beta y topiramato

Migraña y epilepsia

Flunaricina

Migraña sin aura y con aura con intolerancia/contraindicaciones a bloqueantes beta y topiramato

Fuente: Adaptado de la Guía de recomendaciones para el tratamiento de la migraña en la práctica clínica³³

Tabla 4. Dosis recomendadas de los principales tratamientos preventivos

		Minima	Recomendada	Máxima
Bloqueantes beta				
	Propranolol	80 mg/d	80-160 mg/d	240 mg/d
Antagonistas del calcio				
	Flunaricina	5-10 mg/d/2 m**	5-10 mg/d/5d/6m***	10 mg/d
Antidepresivos				
	Amitriptilina	10 mg/d	25 mg/d	75 mg/d
Antiepilépticos/neuromoduladores				
	Topiramato	50 mg/d	100 mg/d	200 mg/d****
	Ác. Valproico	300 mg/d	600 mg/d	1500 mg/d

** 5 mg en pacientes mayores de 65 años. En todas las edades evaluar a los dos meses: si no es eficaz, retirar.

*** De 5 a 10 mg al día durante 5 días a la semana un máximo de seis meses

**** Esta dosis puede ser beneficiosa en algunos pacientes, sin embargo, se recomienda precaución.

Fuente: Elaboración propia a partir de ficha técnica y adaptado de 33

33. Láinez JM, Castillo J, González VM, Otero M, Mateos V, Leira R, et al. Guía de recomendaciones para el tratamiento de la migraña en la práctica clínica. Revista Clínica Española; 2007(4):190-3.

Consejos prácticos sobre el tratamiento preventivo

- Explicar al paciente de forma clara la diferencia entre tratamiento para el dolor y tratamiento de mantenimiento (algunos pacientes suspenden el tratamiento preventivo porque “no les quita el dolor”).
- Esperar el tiempo necesario para alcanzar un efecto adecuado. Puede empezar a partir de las 4 semanas de tratamiento y tardar hasta tres meses en tener una respuesta óptima.
- Plantear un objetivo realista: se trata de reducir la frecuencia de las crisis a la mitad.
- Explicar la indicación específica del fármaco utilizado, como tratamiento preventivo en la migraña (muchos pacientes no toman el tratamiento al leer que se trata de antidepresivos, antiepilépticos...).
- Realizar aumento lentamente progresivo de dosis:
 - Topiramato: comenzar por dosis de 12,5-25mg y aumentar semanalmente. Con esta pauta disminuye la tasa de efectos secundarios.
 - Amitriptilina: pautar 2-3 horas antes de irse a dormir para reducir la hipersomnolia diurna.
- Si al retirar el tratamiento el paciente empeora, volver a introducir y replantear pauta.
- Vigilar los efectos secundarios, teniendo en cuenta la edad y circunstancias clínicas del paciente.
- Valorar la continuidad del tratamiento profiláctico a los seis meses.

Migraña crónica

«[...] con frecuencia los pacientes con migraña crónica presentan abuso de medicación».



CONCEPTO

La migraña crónica ha sido recientemente reconocida como entidad diferenciada por la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS). Aunque se trata de un concepto práctico e intuitivo, sólo en las últimas clasificaciones de la IHS se ha incorporado dicho término, que ha sufrido variaciones en su significado y en los criterios diagnósticos. Los nuevos criterios diagnósticos de migraña crónica recogidos en la versión beta de la clasificación internacional de las cefaleas de 2013 son³⁴:

- A. Cefalea (tipo tensional o migrañosa) durante un período de 15 o más días al mes durante más de tres meses que cumple los criterios B y C.
- B. Aparece en un paciente que ha sufrido al menos cinco crisis que cumplen los criterios B-D para Migraña sin aura y/o los criterios B y C de Migraña con aura.
- C. Durante un período de ocho o más días al mes por espacio de más de tres meses que cumple cualquiera de los siguientes:
 - ✓ Criterios C y D para Migraña sin aura.
 - ✓ Criterios B y C para Migraña con aura.
 - ✓ En el momento de la aparición el paciente cree que es migraña y se alivia con un triptán o derivados ergóticos.
- D. Sin mejor explicación por otro diagnóstico ICHD-III.

La migraña crónica se define por la presencia de cefalea quince o más días al mes durante al menos tres meses, de los que al menos ocho deben cumplir criterios de migraña sin aura o responder a triptanes o ergóticos, en ausencia de abuso de medicación y no atribuibles a otra causa³⁵.

El diagnóstico de migraña crónica excluye el diagnóstico de cefalea tensional, puesto que la cefalea tensional puede formar parte de la migraña crónica. La razón por la que se diferencia la migraña crónica de la episódica, permitiendo la entrada de la cefalea tensional en la primera, es porque a veces en pacientes con cefaleas frecuentes y continuadas resulta difícil diferenciar entre unas y otras, puesto que la cefalea en un mismo paciente, en un mismo día, puede variar de tensional a migrañosa o viceversa como si de un continuo se tratara.

La migraña crónica se puede presentar tanto en pacientes con migraña sin aura y con aura. Con frecuencia los pacientes con migraña crónica presentan abuso de medicación y podrían por tanto ser diagnosticados de forma simultánea de migraña crónica y de cefalea por abuso de medicación.

En estos casos la supresión de medicación que genera el abuso podría transformar la migraña crónica en una migraña episódica o bien continuar en rango de cronicidad, lo cual nos permitiría reconsiderar el diagnóstico de forma unitaria, cefalea por abuso en el primer caso y migraña crónica en el segundo.

34. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013; 33: 629-808.

35. Olesen J, Bousser MG, Diener HC, Dodick D, First M, Goadsby PJ, et al. New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. Cephalalgia 2006; 26: 742-6.



EPIDEMIOLOGÍA E IMPACTO

La migraña crónica es una enfermedad con una prevalencia del 0,5 - 2,4%, muy discapacitante, que tiene gran impacto en la calidad de vida de los pacientes y sobre el gasto socio sanitario³⁶.

FISIOPATOLOGÍA

La migraña crónica se considera una complicación de la migraña episódica. Cada año un 2,5 % de los pacientes con migraña episódica pasan a padecer migraña crónica. En la migraña crónica existe una activación casi permanente del sistema trigémino vascular responsable del dolor. La molécula implicada con mayor consistencia en la activación de este sistema es el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP). Los factores de riesgo que influyen en la cronificación se dividen en modificables y no modificables³⁷:

A. Factores modificables

- ✓ Abuso de analgésicos
- ✓ Ingesta excesiva de cafeína
- ✓ Frecuencia de los ataques
- ✓ Obesidad
- ✓ Estrés
- ✓ Apneas del sueño
- ✓ Presencia de otros trastornos de dolor crónico

B. Factores no modificables

- ✓ Sexo femenino
- ✓ Raza caucásica
- ✓ Nivel cultural bajo
- ✓ Posición socioeconómica desfavorable
- ✓ Factores genéticos

36. Patricia Pozo-Rosich. Migraña crónica: epidemiología e impacto. Rev Neurol 2012; 54 (Supl 2): S3-S11.

37. Adaptación de Bigal ME, Lipton RB. Modifiable risk factors for migraine progression. Headache 2006; 46: 1334-43.

TRATAMIENTO

Consideraciones generales y tratamiento sintomático

El manejo de los pacientes con migraña crónica es complejo. Es esencial informar al paciente de las características de su padecimiento y de las posibilidades reales de tratamiento sin crear falsas expectativas de rápida curación.

Es muy importante desde la consulta poner en marcha una serie de medidas encaminadas a evitar la cronificación de la migraña episódica y a descronificar la migraña crónica actuando sobre los factores precipitantes modificables. Para ello se recomienda:

1. Evitar y vigilar el abuso de medicación analgésica, particularmente, opiáceos y analgésicos compuestos.
2. Evitar el abuso de cafeína.
3. Disminuir la frecuencia de los ataques de migraña con un tratamiento preventivo adecuado.
4. Mantener un peso adecuado.
5. Investigar y tratar los problemas de sueño y las apneas.
6. Vigilar y tratar la existencia de depresión u otras comorbilidades psiquiátricas. Muchos de estos pacientes de forma asociada presentan criterios de **abuso de medicación analgésica**³⁸, para lo que se recomienda:
 1. Retirada del analgésico o ergótico responsable del abuso.
 2. Prescripción de una pauta fija con AINE (naproxeno 550 mg cada 12 horas durante 15 días) durante 2-3 semanas, como tratamiento de base, utilizando triptanes de rescate si no los utilizaba en rango de abuso.
 3. Establecer un tratamiento preventivo (ver apartado relativo al tratamiento preventivo pág. 21-24) de fondo según la comorbilidad del paciente.
 4. Como tratamiento sintomático recomendar AINE y triptanes utilizados en migraña episódica evitando incurrir nuevamente en abuso: no superar los 15 días/mes de tratamiento con AINE y los 10 días/mes para el caso de los triptanes³⁹.

Criterios temporales de abuso de medicación³⁹

Ergóticos ≥ 10 días al mes durante ≥ 3 meses

Triptanes ≥ 10 días al mes durante ≥ 3 meses

Analgésicos simples ≥ 15 días al mes durante > 3 meses

Opiáceos ≥ 10 días al mes durante 3 meses

Combinaciones ≥ 10 días al mes durante >3 meses

38. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2 ed. Cephalalgia 2004; 24 (Suppl 1): S9-160.

39. Bigal ME, Lipton RB. Excessive acute medication use and migraine progression. Neurology 2008; 71: 1821-8.

Tratamiento preventivo oral

El tratamiento preventivo para la migraña crónica está menos estudiado que para la migraña episódica.

El tratamiento preventivo de elección en la **migraña episódica** consiste en la utilización de topiramato o propranolol, según el perfil del paciente. Si no hay respuesta o existe intolerancia/contraindicación con estos fármacos las siguientes opciones serían la flunarizina⁴⁰ y ácido valproico.

Es posible que estas recomendaciones para migraña episódica sean válidas para migraña crónica, pero hay que tener en cuenta que sólo el topiramato dispone de datos contrastados que avalen su uso en migraña crónica⁴¹, incluso en el caso de coexistencia con abuso de analgésicos⁴².

La dosis recomendada de topiramato es de 100 mg/día repartida en dos tomas. Para aquellos pacientes con intolerancia a topiramato, podría ser de utilidad la zonisamida que comparte mecanismo de acción con el topiramato. Se ha visto que un 40% de los

pacientes con migraña crónica que no toleran topiramato, toleran la zonisamida con una respuesta moderada⁴³. No es infrecuente que los fármacos mencionados no resulten eficaces en monoterapia para el tratamiento de la migraña crónica.

Ante la ausencia de ensayos clínicos reglados, la experiencia ha demostrado que el empleo de varios fármacos preventivos en combinación a dosis bajas, buscando mecanismos de acción diferentes, puede tener un efecto sinérgico con un incremento de eficacia y tolerancia aceptable.

Algunos estudios han explorado la asociación de propranolol a topiramato o ácido valproico, y han demostrado su eficacia en algo más de la mitad de los pacientes que no habían respondido durante al menos dos meses a ambos fármacos por separado^{44, 45}. Aunque no se disponen de ensayos controlados, estos estudios sugieren que la combinación de grupos a dosis bajas es más eficaz y mejor tolerada que la monoterapia a dosis máximas.

40. Leone M, Grazi L, La Mantia L, Bussone G. Flunarizine in migraine: a minireview. *Headache* 1991; 31: 388-91.

41. Silberstein S, Diener HC, Lipton R, Goadsby P, Dodick D, Bussone G, et al. Epidemiology, risk factors, and treatment of chronic migraine: a focus on topiramate. *Headache* 2008; 48: 1087-95.

42. Diener HC, Bussone G, Van Oene JC, Lahaye M, Schwaben S, Goadsby PJ. Topiramate reduces headache days in chronic migraine: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Cephalalgia* 2007; 27: 814-23.

43. Pascual J. Migraña crónica: tratamiento. *Rev Neurol* 2012; 54 [Supl 2]: S31-8.

44. Pascual J, Leira R, Láinez JM. Combined therapy for migraine prevention? Clinical experience with a beta-blocker plus sodium valproate in 52 resistant migraine patients. *Cephalalgia* 2003; 23: 961-2.

45. Pascual J, Rivas MT, Leira R. Testing the combination betablocker plus topiramate in refractory migraine. *Acta Neurol Scand* 2007; 115: 81-3.



Toxina botulínica pericraneal

La toxina botulínica tipo A -OnabotulinumtoxinA (OnabotA)- tiene aprobada su indicación, en el ámbito hospitalario, para el alivio de los síntomas en adultos que cumplen los criterios de migraña crónica (cefaleas en ≥ 15 días al mes, de los que al menos ocho días corresponden a migraña), en los pacientes que no han respondido adecuadamente o que son intolerantes a los medicamentos profilácticos de la migraña^{46,47}.

La dosis recomendada es de 155 a 195 Unidades, administradas por vía intramuscular, entre 31 y 39 puntos, en zonas musculares específicas de ambos lados de la cabeza y cuello. Tras la primera inyección puede ocurrir que no se obtenga respuesta clínica o que el efecto se retrase hasta 10-14 días, por lo que, con el fin de mejorar la frecuencia, la intensidad y la respuesta al tratamiento sintomático, se recomienda repetir el tratamiento cada 12 semanas, al menos

en dos o tres ocasiones, para observar la respuesta al tratamiento porque en muchos casos ésta se obtiene a medio plazo⁴⁸.

El uso de OnabotA es compatible con la medicación sintomática y preventiva oral, sin que aumenten los efectos adversos, permitiendo en pacientes respondedores rebajar la dosis y los fármacos utilizados.

La incidencia de reacciones adversas es del 26% con el primer tratamiento, y se reduce al 11% con un segundo tratamiento, siendo las reacciones adversas más frecuentes la cefalea, migraña, paresia facial, ptosis palpebral, prurito, erupción cutánea, dolor del cuello, mialgia, dolor y rigidez músculo-esquelética, espasmos, tirantez y debilidad muscular así como dolor en el lugar de la inyección.

46. Aurora SK, Dodick DW, Turkel CC, DeGryse RE, Silberstein SD, Lipton RB, et al; PREEMPT 1 Chronic Migraine Study Group. OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 1 trial. *Cephalalgia* 2010; 30: 793-803.

47. Diener HC, Dodick DW, Aurora SK, Turkel CC, DeGryse RE, Lipton RB, et al; PREEMPT 2 Chronic Migraine Study

Group. OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 2 trial. *Cephalalgia* 2010; 30: 804-14

48. J. Pascual, S. Díaz Insa, C. Jurado, A.L. Guerrero y L.C.A. González. Migraña y migraña crónica. E: Guía Oficial para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. 2011; 43-75

CEFALEA TENSIONAL

EPIDEMIOLOGÍA

Se considera la cefalea primaria más frecuente. Su prevalencia global exacta es desconocida (30-78%)⁴⁹ ya que la ayuda médica se busca sólo cuando es lo bastante frecuente o crónica como para interferir en la vida del paciente. El pico de prevalencia se sitúa entre los 30 y los 39 años tanto en hombres (42,3%) como en mujeres (46,9%) y a partir de ahí su frecuencia desciende con la edad⁵⁰. A pesar de que disminuye con la edad, la cefalea tensional sigue siendo relativamente frecuente en la vejez, siendo la principal cefalea de novo en pacientes ancianos⁵¹.

FISIOPATOLOGÍA⁵²

El estrés y la tensión mental son dos de los factores desencadenantes más frecuentes de la cefalea tensional. La ansiedad y la depresión se asocian con frecuencia a la cefalea tensional crónica. En la fisiopatología del dolor se han propuesto mecanismos periféricos (miofasciales) y centrales, con predominio de los primeros en la cefalea tensional episódica (frecuente e infrecuente) y de los segundos en la cefalea tensional crónica:

- **Mecanismos periféricos:** aumento de la sensibilidad de los músculos pericraneales, “puntos gatillo” craneales y cervicales (oblicuo superior, trapecio, temporal, suboccipital y esternocleidomastoideo).
- **Mecanismos centrales:** disminución del umbral del dolor y un aumento de la sensibilidad a estímulos (sensibilización de las neuronas de las astas dorsales/núcleo trigeminal por un aumento en los inputs nociceptivos desde los tejidos miofasciales pericraneales).

49. J. Pascual-Gómez. Cefalea y algias craneofaciales. En: Manual de diagnóstico y terapéutica neurológicos. 2007; 79-100.

50. Brian S. Schwartz, Walter F. Stewart, David Simon, Richard B. Lipton. Epidemiology of Tension-Type Headache FREE. JAMA. 1998;279(5):381-383.

51. Pascual J, Berciano J. Experience in the diagnosis of headaches beginning in the elderly. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1994; 57: 1255-1257.

52. J. Porta Etessam, J.J. Aguirre Sánchez, M.L. Cuadrado, A.B. Gago Veiga, J. González Menacho y A. Rey. Cefalea Tensional. En: Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. Sociedad Española de Neurología. 2011; 77-98

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS*

- **2.1 Cefalea tensional episódica infrecuente:**

A. Al menos 10 episodios con una frecuencia de menos de un día por mes (menos de 12 días al año).

B. La cefalea dura entre 30 minutos y 7 días.

C. Tiene al menos dos de las siguientes características:

1. Localización bilateral.
2. No pulsátil.
3. Dolor leve-moderado.
4. No se agrava con la actividad física habitual.

D. Cumple las dos características siguientes:

1. No cursa con náuseas ni vómitos (puede haber anorexia).
2. Fotofobia o fonofobia (no ambas).

E. Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

- **2.1.1 Cefalea tensional episódica infrecuente asociada a hipersensibilidad pericraneal:**

A. Cumple criterios 2.1

B. Hipersensibilidad pericraneal a la palpación manual.

- **2.1.2 Cefalea tensional episódica infrecuente no asociada a hipersensibilidad pericraneal:**

A. Cumple criterios 2.1

B. No hipersensibilidad pericraneal a la palpación manual.

- **2.2 Cefalea tensional episódica frecuente:**

Igual que la infrecuente, salvo lo siguiente:

Al menos 10 episodios con una frecuencia de un día o más al mes pero menos de 15 días por mes durante al menos 3 meses (≥ 12 y < 180 días/año).

*. La numeración se corresponde con los códigos de la ICHD-III.

- **2.2.1 Cefalea tensional episódica frecuente asociada a hipersensibilidad pericraneal:**
 - A. Cumple criterios 2.2
 - B. Hipersensibilidad pericraneal a la palpación manual.
- **2.2.2 Cefalea tensional episódica frecuente no asociada a hipersensibilidad pericraneal:**
 - A. Cumple criterios 2.2
 - B. No hipersensibilidad pericraneal a la palpación manual.

- **2.3 Cefalea tensional crónica:**

- A. Dolor con una frecuencia media de al menos 15 días por mes durante más de 3 meses (≥ 180 días/año).
- B. La cefalea dura horas y puede ser continua.
- C. Tiene al menos dos de las siguientes características:
 1. Localización bilateral.
 2. No pulsátil.
 3. Dolor leve-moderado.
 4. No se agrava con la actividad física habitual.
- D. Cumple las dos características siguientes:
 1. No más de una de las siguientes: fotofobia, sonofobia o náuseas leves.
 2. Sin náuseas moderadas o fuertes ni vómitos.

- **2.3.1 Cefalea tensional crónica asociada a hipersensibilidad pericraneal:**
 - A. Cumple criterios 2.3
 - B. Hipersensibilidad pericraneal a la palpación manual.
- **2.3.2 Cefalea tensional crónica no asociada a hipersensibilidad pericraneal:**
 - A. Cumple criterios 2.3
 - B. No hipersensibilidad pericraneal a la palpación manual.

DIAGNÓSTICO

Se debe realizar una adecuada anamnesis, recogiendo los datos ya explicados previamente para el resto de cefaleas.

Suele ser un dolor bilateral, no pulsátil y de intensidad leve o moderada (en ocasiones puede ser intenso), que no empeora con los esfuerzos, generalmente descrito como compresivo o constrictivo, a menudo se compara con un peso, un casco o una banda tensa situada alrededor de la cabeza. No suele impedir las actividades de la vida diaria, aunque sí las dificulta. Puede acompañarse de fotofobia o fonofobia, pero no de ambas al mismo

tiempo y no se asocia con náuseas importantes ni vómitos.

La duración de los episodios es variable, habitualmente más de cuatro horas. Empeora con el transcurso del día, aunque algunos pacientes sufren un dolor más o menos continuo y pueden despertarse con dolor.

La cefalea tensional crónica se puede confundir con otras cefaleas crónicas diarias, como la migraña crónica.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se debe realizar una exploración general y neurológica minuciosa en busca de signos que puedan indicar la existencia de una cefalea secundaria.

Los hallazgos exploratorios que más se han relacionado con la cefalea de tensión son la presencia de puntos hipersensibles (tender points) y puntos gatillo (trigger points).

Un punto hipersensible es un punto donde se produce dolor local al aplicar sobre él una presión controlada. Se explora mediante el

“test de sensibilidad craneal” que consiste en la palpación manual de ocho puntos craneo-cervicales (músculos frontal, temporal, masetero, esternocleidomastoideo, suboccipitales y trapecio, apófisis mastoides y apófisis coronoides).

Un punto gatillo miofascial se define como un nódulo hipersensible y doloroso localizado dentro de una banda tensa de un músculo esquelético, cuya estimulación provoca un dolor referido.

TRATAMIENTO

Tratamiento no farmacológico

Evidencias científicas limitadas. Podrían ser consideradas en pacientes seleccionados, siempre teniendo presente su papel complementario y nunca como sustitutivas de los tratamientos farmacológicos.

1. La comunicación con el paciente es fundamental. Es importante mostrar interés por sus molestias e inquietudes, pero también hacerle comprender la naturaleza benigna de su enfermedad y explicar brevemente los mecanismos de producción de la cefalea y buscar factores desencadenantes.
2. Técnicas de biorretroalimentación con electromiografía (EMG biofeedback): el paciente aprende a controlar su grado de tensión muscular. El biofeedback, combinado con técnicas de relajación, es eficaz en términos de reducción de frecuencia de episodios agudos⁵³. Precisa de personal muy especializado.
3. Terapia cognitiva conductual y técnicas de relajación.
4. Técnicas de fisioterapia encaminadas a la inactivación de puntos gatillo.
5. Ejercicio físico.



Tratamiento farmacológico

Sintomático

1. Los analgésicos/AINE, a las dosis recomendadas para la migraña, son la primera elección en el tratamiento de los episodios agudos de dolor en la cefalea de tensión siendo el ác. acetilsalicílico, el paracetamol y el ibuprofeno, los recomendados⁵⁴. Hay que vigilar el **abuso de analgésicos** y el riesgo de cefalea crónica secundaria (restringir las dosis de analgésicos a un máximo de 10-15 días al mes, e iniciar tratamiento preventivo si el paciente se ve obligado a tomar medicación sintomática 8 o más días al mes)⁵⁵.

Pautas de tratamiento de la Cefalea Tensional

De elección	
Ác. Acetilsalicílico	Dosis adulto: 500 mg/6 h vo
Paracetamol	Dosis adulto: 0,5-1 g/4-6 h vo Dosis máxima: adulto: 4g/día Ancianos o IR grave: 3 g/día I. Hepática: 2g/día
Ibuprofeno	Dosis adulto: 400-600 mg/6-8 h vo Dosis máxima: 2.400 mg/día, (1.200 mg/d si hay riesgo CV elevado)
Naproxeno	Dosis adulto: 550 mg/12 h vo

53. Nestoriuc Y1, Martin A, Rief W, Andrasik F. Biofeedback treatment for headache disorders: a comprehensive efficacy review. En: Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2008 Jun;76(3):379-96.

54. Guía Terapéutica en Atención Primaria. 5ª edición. semFYC.

55. Tratado de Neurología. Julio Pascual Gómez. Área de Neurociencias. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Capítulo 4: Migraña y Cefalea Tensional. 2011.

Tratamiento preventivo

Indicaciones

- Cefalea tensional crónica y tensional episódica que obligue a la toma de analgésicos más de 8 días al mes.
- Su objetivo es disminuir la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de cefalea.
- Iniciar tratamiento a dosis bajas, con aumento progresivo para disminuir efectos secundarios y abandono de tratamiento.
- Se recomienda su empleo por periodos de al menos seis meses. Su efecto beneficioso suele comenzar al cabo de una o dos semanas de tratamiento.
- Retirada de forma progresiva.



Tratamiento preventivo de la cefalea tensional	
Antidepresivos Tricíclicos	
Amitriplilina	10-75 mg/d
Nortriptilina	25-75 mg/d
Clomipramina	25-75 mg/d
ISRS	
Sólo en pacientes con depresión asociada	

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de la Guía de cefaleas de la Sociedad Española de Neurología 2011.

El fármaco de primera elección para el tratamiento preventivo de la cefalea de tensión crónica es la **amitriptilina**. Se recomienda su empleo por un período de 6 meses, comenzando con una dosis baja nocturna (10-25 mg) seguida de un incremento lento (10-25 mg por semana), hasta alcanzar una dosis recomendable de 25-75 mg/día. Su efecto beneficioso suele comenzar al cabo de una semana de tratamiento, y es máximo a las 2-3 semanas. La amitriptilina está contraindicada en pacientes con glaucoma, hipertrofia de próstata, estreñimiento importante, enfermedad hepática grave (su metabolismo es hepático) o arritmia cardíaca, particularmente en casos de bloqueo auriculoventricular^{56,57}.

Una reciente revisión Cochrane no encontró evidencia para recomendar el uso de ISRS en la prevención de este tipo de cefaleas, por lo que serían útiles sólo en pacientes con depresión⁵⁸. Por otro lado, los resultados con mirtazapina parecen prometedores pero son preliminares por lo que se necesitarían estudios más largos para recomendarlos como tratamiento de rutina⁵⁹.

56. Tratado de Neurología. Julio Pascual Gómez. Área de Neurociencias. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Capítulo 4: Migraña y Cefalea Tensional. 2011.

57. J. Porta Etessam, J.J. Aguirre Sánchez, M.L. Cuadrado, A.B. Gago Veiga, J. González Menacho y A. Rey. Cefalea tensional. En: Díaz-Insa S, editor. Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. Guías Oficiales de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona: Prous Science; 2011. p. 77-98

58. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) for the prevention of tension-type headache in adults. Banzi, Rita. Cusi, Cristina. Randazzo, Concetta. Sterzi, Roberto. Tedesco, Dario. Moja, Lorenzo. Cochrane Database of Systematic Reviews. 5, 2015.)

59. Frederick R Taylor, MD. Tension-type headache in adults: Preventive treatment. Updated: Jul 08, 2015.

CEFALEAS TRIGÉMINO AUTONÓMICAS. CEFALEA EN RACIMOS

Grupo integrado por 3 síndromes:

- ✓ Cefalea en Racimos o Cefalea de Horton
- ✓ Hemicránea Paroxística
- ✓ SUNCT (Cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración con inyección conjuntival y lagrimeo)

Se caracterizan por la combinación de **(tabla 7):**

- Dolor unilateral de intensidad severa o muy severa, en región periorbitaria, de aparición paroxística, y duración variable (según el tipo de cefalea) que se repiten varias veces, a lo largo de un tiempo determinado
- Síntomas autonómicos faciales ipsilaterales:
 - Inyección conjuntival
 - Lagrimeo
 - Congestión nasal y/o rinorrea
 - Edema palpebral
 - Sudoración frontal y facial
 - Miosis y/o ptosis

En las formas secundarias de igual presentación es obligada la realización de una RM craneal.



Tabla 7. Cefaleas Trigémico Autonómicas

	Cefalea en racimos	Hemicránea Paroxística	SUNCT
Duración del dolor	15-180 minutos	2-30 minutos	5 s- 4 minutos
Frecuencia de ataques	1 vez c/2días hasta 8 veces/día	>5 veces/día	3-200 veces/24 h
Predominio horario	Misma hora. 50% nocturnos		
Síntomas asociados	Al menos un síntoma vegetativo ipsilateral o inquietud	Al menos un síntoma vegetativo ipsilateral	Lagrimeo + inyección conjuntival
Intensidad	Severo	Leve	Severo
Respuesta a indometacina	No	Completa	No
Sexo	Hombres	Mujeres	2:1 (H:M)

TRATAMIENTO

El tratamiento de la cefalea en racimos tiene dos vertientes: la aguda sintomática y la profiláctica.

Tratamiento agudo sintomático

El tratamiento agudo sintomático de los ataques de cefalea en racimos en urgencias puede realizarse con oxígeno o sumatriptán⁶⁰.

1. **Oxígeno.** El oxígeno al 100% es seguro, eficaz (70% de los casos a los 15 minutos⁶¹) y económico. Es necesario utilizar un equipo provisto de mascarilla con reservorio -las gafas no son útiles- y administrar a flujos elevados (7-12 litros/mto.) durante 15 minutos⁶².
2. **Sumatriptán.** El sumatriptán a la dosis de 6 mg administrados por vía **subcutánea** es el fármaco de elección en el tratamiento agudo de un ataque de cefalea en racimos. El alivio del dolor o su desaparición se consigue habitualmente antes de 15 minutos en el 95% de los ataques. La dosis máxima diaria recomendada es de dos inyecciones, con un intervalo mínimo de una hora entre las dos dosis. Si el paciente no responde a la primera dosis de sumatriptán, no se puede tomar una segunda dosis para el mismo ataque. En estos casos se debe tratar con paracetamol, ácido acetilsalicílico o AINE. Sumatriptán se puede dar en subsecuentes ataques.

Los efectos secundarios son generalmente poco importantes (molestias en el sitio de la inyección, picor, etc.). A pesar de esta buena tolerabilidad, es importante recordar que el sumatriptán está contraindicado en los pacientes con cardiopatía isquémica, ángor vasoespástico, enfermedad vascular cerebral o periférica y en pacientes hipertensos no controlados. Esta advertencia cobra su importancia por el hecho de que este tipo de paciente es habitual en la cefalea en racimos, a diferencia de la migraña. La **formulación intranasal** tanto del sumatriptán (10-20 mg pulverizados en una fosa nasal con un máximo de 40 mg/24 horas) como del zolmitriptán (5-10 mg pulverizados en una fosa nasal con un máximo de 10 mg/24 horas), es una alternativa de administración a la vía subcutánea, o al oxígeno si no se dispone del mismo⁶³.



60. Guía Terapéutica en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. 5ª edición. Marzo de 2013.

61. Kudrow L. Response of cluster headache attacks to oxygen inhalation. In: Headache. 1981; 21: 1-4.

62. J.A. Pareja, A.B. Caminero, S. Díaz-Insa, C. González Oria, M.D. Jiménez, V. Medrano, A. Rey y S. Santos. Cefaleas trigéminoautonómicas. En: Díaz-Insa S, editor. Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. Guías Oficiales de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona: Prous Science; 2011. p. 99-107

63. M. L. Cuadrado Pérez, V. Mateos Marcos y J. A. Pareja Grande. Cefaleas trigéminoautonómicas y otras cefaleas primarias. Cefaleas secundarias. Neuralgias craneofaciales. En: Pascual Gómez J, editor. Tratado de Neurología clínica. Madrid: Luzan 5; 2011. p. 101-140..



Tratamiento Profiláctico

TRANSICIÓN

A. Prednisona. Se administra por vía oral a la dosis de 60 mg durante 3-5 días, seguido de una reducción de 10 mg cada 3 días hasta su completa supresión⁶⁴. La desaparición de los ataques de cefalea en racimos tiene lugar habitualmente en el plazo de 24-72 horas.

B. Otros como, triptanos (naratriptán) o bloqueo anestésico del nervio occipital se indicaran desde el ámbito de la atención especializada.

A LARGO PLAZO

A. Verapamilo. Aunque no esté contemplada en su ficha técnica, esta indicación se recoge en las principales guías de práctica clínica y su uso está ampliamente respaldado⁶⁵. Es la medicación preventiva **de elección**, tanto para la cefalea en racimos episódica como para la crónica. La dosis inicial es 80 mg/8 horas ó 120 mg/12 horas de la formulación retardada; la dosis de mantenimiento habitual se encuentra entre 240-720 mg/día dividida en 2-3 tomas diarias.

B. Carbonato de litio. El litio se ha utilizado extensamente en la profilaxis de la cefalea en racimos, aunque sin evidencia formal de eficacia derivada de estudios aleatorizados⁶⁶. Es el fármaco preventivo a largo plazo de segunda elección. Es efectivo en la crónica, mientras su eficacia en la episódica es menos clara. La dosis inicial es de 200-600 mg/8 h. Aumentar 200 mg cada 2 días, según respuesta y tolerancia, hasta alcanzar niveles séricos de litio dentro del rango terapéutico (0,75-1,5 mEq/L).

C. Topiramato Es el neuromodulador por excelencia en este trastorno. Las dosis utilizadas varían según los estudios entre 25-200 mg/día. Con el fin de minimizar los efectos adversos (no infrecuentes con dosis altas), debe realizarse una escalada lenta y progresiva de la medicación⁶⁶.

64. González Oria C, Jiménez Hernández MD. Tratamiento de cefalea en racimos episódica y crónica. En: Heras Pérez JA, editor. Guía rápida de cefaleas. Granada: Tleo editorial; 2012 p. 51-58

65. J.A. Pareja, A.B. Caminero, S. Díaz-Insa, C. González Oria, M.D. Jiménez, V. Medrano, A. Rey y S. Santos. Cefaleas trigéminoautonómicas. En: Díaz-Insa S, editor. Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. Guías Oficiales de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona: Prous Science; 2011. p. 99-107

66. M. L. Cuadrado Pérez, V. Mateos Marcos y J. A. Pareja Grande. Cefaleas trigéminoautonómicas y otras cefaleas primarias. Cefaleas secundarias. Neuralgias craneofaciales. En: Pascual Gómez J, editor. Tratado de Neurología clínica. Madrid: Luzan 5; 2011. p. 101-140.

NEUROPATÍAS CRANEALES DOLOROSAS

Neuralgia del trigémino y otras neuralgias de nervios craneales (intermedio, glosofaríngeo, laríngeo superior, nasociliar, supraorbitario y ramas terminales del nervio trigémino).



La neuralgia del trigémino es un dolor unilateral similar a una descarga eléctrica, breve, de aparición y desaparición repentinas, limitado a la distribución de una o más ramas de la división del nervio trigémino y desencadenado por estímulos inocuos. Puede desarrollarse sin motivo aparente o estar causado por otro trastorno diagnosticado. Además, podría o no presentar dolor facial persistente de intensidad moderada.

Crterios diagnósticos de la neuralgia del trigémino idiopática⁶⁷

- A.** Al menos tres episodios de dolor facial unilateral que cumplen los criterios B y C
- B.** Se localiza en una o más ramas de la división del nervio trigémino, sin irradiación más allá de la distribución del trigémino.
- El dolor presenta al menos tres de las siguientes características:
- C.**
- Ataques paroxísticos recurrentes de entre una fracción de segundo hasta dos minutos de duración
 - Intensidad severa
 - Sensación de descarga eléctrica, lancinante, punzante o dolor agudo
- D.** Sin déficit neurológico clínicamente evidente.
- E.** Sin mejor explicación por otro diagnóstico de la ICHD-III.

67. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013; 33: 629-808.



68. J.A. Pareja, A.B. Caminero, S. Díaz-Insa, C. González Oria, M.D. Jiménez, V. Medrano, A. Rey y S. Santos. Cefaleas trigéminoautonómicas. En: Díaz-Insa S, editor. Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas. Guías Oficiales de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona: Prous Science; 2011. p. 99-107

TRATAMIENTO^{68,69}

- 1. Carbamazepina.** La carbamazepina es el fármaco con mayor nivel de evidencia en lo que respecta a su eficacia; por lo tanto, debe ser considerada en la mayoría de los casos el fármaco de primera elección en el tratamiento de estos procesos dolorosos. Reduce la intensidad y el número de ataques de dolor en alrededor del 70% de pacientes. La dosis inicial es 100 mg/12 horas. Posteriormente, se procederá a titular la dosis de forma lentamente progresiva, incrementándola a razón de 200 mg/día cada 2-3 días hasta alcanzar la dosis de mantenimiento efectiva. La dosis de mantenimiento es muy variable (400-1.200 mg/día). Ajustar la dosis en función de los niveles plasmáticos. Antes de instaurar el tratamiento se debería realizar analítica con hemograma, función renal y hepática, así como EKG.

Los efectos adversos más frecuentes se dan entre personas mayores y dependen generalmente de la dosis, consistiendo en anorexia, ataxia, confusión, agitación, cefalea, diarrea o estreñimiento, diplopía e hiponatremia.

- 2. Gabapentina.** Útil en tratamiento de casos resistentes. La dosis inicial es 300 mg/día. Posteriormente, se procederá a titular la dosis de forma lentamente progresiva, incrementándola a razón de 300 mg/día cada 2-3 días hasta alcanzar la dosis de mantenimiento efectiva. La dosis de mantenimiento habitual varía entre 1.200-1.800 mg/día. Precaución en pacientes con enfermedad renal.

Tratamiento con Carbamazepina (Ficha Técnica): antes de iniciar el tratamiento con carbamazepina, examinar el cuadro hemático y la función hepática. Después realizar análisis hemáticos, primero semanalmente durante el primer mes y luego mensualmente, especialmente en aquéllos que reciban dosis muy altas y finalmente, vigilar la función hepática. Si el paciente muestra reacciones cutáneas alérgicas, deterioro hepático, cómputo bajo de leucocitos o plaquetas, deberá monitorizarse estrechamente y si existiera cualquier evidencia de depresión de la médula ósea, interrumpir el tratamiento. Cuando éste se interrumpa bruscamente, la transición a otros medicamentos debe hacerse con diazepam.

69. M. L. Cuadrado Pérez, V. Mateos Marcos y J. A. Pareja Grande. Cefaleas trigéminoautonómicas y otras cefaleas primarias. Cefaleas secundarias. Neuralgias craneofaciales. En: Pascual Gómez J, editor. Tratado de Neurología clínica. Madrid: Luzan 5; 2011. p. 101-140.

3. **Fenitoína.** Se usa como primera elección en ancianos, sola o asociada a carbamazepina para disminuir dosis. La dosis inicial es 100 mg/8-12 horas, no siendo preciso titular la dosis. La dosis de mantenimiento habitual está entre 300-500 mg/día. Ajustar la dosis en función de los niveles plasmáticos.
4. **Oxcarbacepina.** Este fármaco es mejor tolerado que la carbamazepina; sin embargo, su perfil de efectos secundarios es similar. La dosis inicial es 300 mg/12 horas. Posteriormente, se procederá a titular la dosis a razón de un máximo de 600 mg/día a intervalos semanales hasta alcanzar la dosis de mantenimiento efectiva. Esta dosis de mantenimiento es igualmente variable (600-1.200 mg/día).
5. **Ácido Valproico.** Se usa cuando los otros tratamientos no son bien tolerados o no son efectivos. Debe usarse en monoterapia por sus interacciones. Se administra a dosis de 800-1200 mg/día.
6. **Lamotrigina.** Tiene un efecto adicional en aquellos casos que encuentran un alivio insuficiente con carbamazepina o fenitoína. Se comienza con 25 mg/día, aumentando 25 mg/día cada dos semanas hasta 500 mg/día. La dosis de mantenimiento habitualmente efectiva es 400 mg/día, en pacientes que además toman carbamazepina o fenitoína.
7. **Baclofeno.** Es un fármaco efectivo cuando se administra en combinación con carbamazepina o fenitoína. La dosis inicial es 5 mg/12 horas. A continuación, se procederá a titular la dosis lentamente a razón 5-10 mg/día cada 2-3 días hasta alcanzar la dosis de mantenimiento efectiva que suele ser muy variable (30-80 mg/día).
8. **Clonazepam.** Se asocia a carbamazepina o fenitoína si no son suficientes en monoterapia. La dosis de inicio es 0,5 a 1 mg/día, aumentando cada 3 días 0,5 a 1 mg y hasta una dosis máxima de 20 mg/día.
9. **Otros (escasa evidencia científica).**
 - **Pregabalina.** Inicio de 75 mg/12 h, con incremento semanal de 50-75 mg/día, hasta una dosis de mantenimiento de 300-600 mg/día en dos tomas.
 - **Pimozida.** Se utiliza en dosis única de 10 mg/día. Contraindicado en ancianos, dado que produce discinesia tardía.
 - **Duloxetina.** Se inicia con 30 mg/día, subiendo hasta una dosis de 60-120 mg/día generalmente en dos tomas.

En conclusión, el fármaco con mejor nivel de certeza y, por tanto, de primera elección para la neuralgia trigeminal, es la **carbamazepina**. De hecho, de los fármacos enunciados, es el único que tiene aprobada en su ficha técnica esta indicación específica.

Una serie de observaciones no controladas y la práctica clínica habitual sugieren que otros tratamientos como amitriptilina, clomipramina, bloqueantes de los receptores NMDA (un tipo de neuroreceptor del glutamato involucrado, entre otros, con los estados de dolor agudo y crónico), venlafaxina y los parches de lidocaína tópica, son también eficaces en el tratamiento de la neuralgia trigeminal⁷⁰.

Si un fármaco falla, se utilizarán dos o más en combinación, aunque no hay datos basados en la evidencia para el uso y recomendación de estas combinaciones.

Asimismo, se ha demostrado la eficacia del sumatriptán subcutáneo⁷¹ y la toxina botulínica cuando se administra en puntos gatillo⁷², aunque la evidencia en este sentido es muy limitada ya que la calidad de los estudios es muy débil.

Previamente a la instauración del tratamiento deberíamos disponer en todos los pacientes de una analítica básica de control (hemograma, iones, pruebas de función hepática y renal) que nos permita no sólo ajustar las

dosis de medicación en función de si existen o no alteraciones previas, sino también por la posibilidad de que sean los propios fármacos los que induzcan estas alteraciones.



70. Zakrzewska JM. Medical management of trigeminal neuropathic pains. In: Expert Opin Pharmacother 2010;11:1239-54.

71. Kanai A et al. Subcutaneous sumatriptan for refractory trigeminal neuralgia. In: Headache 2006;46:577-82

72. Bohluli B, Motamedi MH, Bagheri SC, Bayat M, Lassemi E, Navi F, et al. Use of botulinum toxin A for drug-refractory trigeminal neuralgia: preliminary report. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2011;111:47-50.

ANEXOS

I. CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA A NEUROLOGÍA

Pacientes que deben ser remitidos desde Atención Primaria a Neurología de forma normal:

- Cefaleas de diagnóstico problemático.
- Primer episodio de migraña con aura.
- Neuralgias faciales en fase no activa.
- Cefalea primaria que no mejora a pesar de al menos un intento terapéutico preventivo.
- Cefaleas trigeminoautónomas en fase no activa.

Pacientes que deben ser remitidos desde Atención Primaria a Neurología de forma preferente.

- Cefaleas por abuso de analgésicos, con mal control a pesar del tratamiento preventivo.
- Migrañas crónicas.
- Modificaciones no aclaradas en las características clínicas de la cefalea primaria (cambio de perfil).
- Cefalea de aparición tardía (> 45 años).
- Cefalea episódica recurrente que ocurre durante el sueño.
- Cefaleas recurrentes con la tos, el ejercicio o la actividad sexual.
- Neuralgias faciales en fase activa.
- Migrañas con auras atípicas o prolongadas.
- Presencia de signos anormales o deficitarios en la exploración neurológica que por su gravedad y tiempo de evolución no requieran envío al Servicio de Urgencias.
- Sospecha clínica (o confirmación tras pruebas complementarias) de cefalea secundaria que no precisa por su gravedad y tiempo de evolución ser enviada al Servicio de Urgencias.
- Cefaleas trigeminoautónomas en fase activa (valorar remitir al servicio de urgencias hospitalario según disponibilidad para ser atendido).
- Paciente diagnosticado de hipertensión intracraneal benigna, con empeoramiento de la cefalea y/o síntomas visuales.

Pacientes que deben ser remitidos desde Atención Primaria al servicio de urgencias:

- Cefalea de presentación aguda y/o etiología confusa.
- Sospecha de cefalea secundaria grave:
 - Procesos vasculares de aparición aguda: hematoma cerebral, ictus isquémico, hemorragia subaracnoidea, trombosis venosa, etc.
 - Lesión ocupante de espacio cerebral.
 - Meningitis o encefalitis.
- Aparición de signos neurológicos focales, irritación meníngea y alteración del nivel de consciencia, con o sin aumento de la temperatura, de aparición reciente.
- Datos de hipertensión endocraneal (dolor persistente, náuseas, vómitos, aumento con el Valsalva y el decúbito, síntomas visuales, etc.)
- Migraña complicada: estatus migrañoso (persistencia de una crisis migrañosa más de 72 horas) e infarto migrañoso.
- Sospecha de arteritis de la temporal (aportar analítica con VSG y PCR).

Pacientes que pueden ser seguidos en Atención Primaria sin necesidad de derivación a Neurología:

- Pacientes con cefaleas primarias episódicas (tensional o migraña) con aumento de frecuencia de las crisis y sin criterios de alarma. Considerar uso de tratamientos preventivos y TAC craneal si fuese necesario.
- Pacientes con cefaleas primarias episódicas, con tratamiento sintomático no efectivo. Optimizar el tratamiento de las crisis probando otras categorías de fármacos o cambio de producto dentro de la misma categoría (p. ej., triptanes).
- Pacientes con cefaleas secundarias a procesos tratables:
 - TA no controlada.
 - Glaucomas o afección refractiva.
 - Sinusitis.
 - Disfunción de la articulación temporomandibular.
 - Síndrome de apnea obstructiva del sueño.
 - Fármacos que puedan causar cefaleas (nitritos, antagonistas del calcio, etc.).
- Cefaleas primarias o secundarias ya valoradas por neurología y con una pauta terapéutica y de seguimiento concreta.

II. SIGNOS O SÍNTOMAS INDICATIVOS DE UNA POSIBLE CEFALEA SECUNDARIA (CRITERIOS DE ALARMA)

- Cefalea intensa de comienzo súbito.
- Empeoramiento reciente de una cefalea crónica.
- Cefalea de frecuencia o intensidad creciente.
- Localización unilateral estricta (excepto cefalea en racimos, hemicránea paroxística, neuralgia occipital, neuralgia del trigémino, hemicránea continua y otras cefaleas primarias unilaterales).
- Cefalea con manifestaciones acompañantes:
 - Trastorno de conducta o del comportamiento.
 - Crisis epilépticas.
 - Alteración neurológica focal.
 - Papiledema.
 - Fiebre.
 - Náuseas y vómitos inexplicables por una cefalea primaria (migraña) ni por una enfermedad sistémica.
 - Presencia de signos meníngeos.
- Cefalea precipitada por un esfuerzo físico, tos o cambio postural.
- Cefalea de características atípicas.
- Cefalea que no responde a un tratamiento teóricamente correcto.
- Cefalea en edades extremas de la vida.
- Cefalea de presentación predominantemente nocturna.
- Cefalea en pacientes oncológicos o inmunodeprimidos.

III. INFORMACIÓN A REMITIR POR MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

Edad:

Género:

Alergias medicamentosas:

Hábitos tóxicos:

Antecedentes personales:

Antecedentes familiares de interés:

Tratamiento habitual:

Inicio cefalea:

Localización y características:

Intensidad y limitación funcional:

Síntomas acompañantes:

Frecuencia:

Desencadenantes:

Focalidad neurológica:

Preferencia horaria:

Se modifica-empeora con cambios posturales:

Síntomas de alarma:

Respuesta al tratamiento sintomático:

Tratamientos preventivos previos:

IV. VADEMECUM

El presente Vademécum se ha elaborado sobre la base del Catálogo de Especialidades Farmacéuticas publicado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, a fecha de marzo de 2015⁷³(Bot Plus 2,0); del Centro de información online del medicamento de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS-CIMA)⁷⁴; la base de datos online sobre compatibilidad de la lactancia materna con medicamentos, plantas y tóxicos⁷⁵; y adaptado de la Guía Oficial para el Diagnóstico y tratamiento de las Cefaleas 2011 de la Sociedad Española de Neurología.

Los datos aquí recogidos no pueden sustituir en modo alguno la información oficial que aparece en la ficha técnica de los diferentes medicamentos de uso humano.

Entre los pictogramas incluidos está el que informa que el medicamento no tiene la indicación para el tratamiento y/o prevención de las patologías incluidas en esta guía **(Fuera de Ficha Técnica). Este tipo de prescripción esta regulada mediante Real Decreto⁷⁶ y debe cumplir, entre otras, las condiciones de justificación de este uso en la historia clínica del paciente e informar adecuadamente al paciente y obtener su consentimiento por escrito.**

73. <https://botplusweb.portalfarma.com/>

74. Centro de información online del medicamento de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS-CIMA). <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>

75. <http://e-lactancia.org/>

76. Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

Abreviaturas

IH (insuficiencia hepática); **IR** (insuficiencia renal); **ICC** (insuficiencia cardiaca congestiva); **DI**: dosis inicial; **DM**: dosis de mantenimiento; **Dmáx**: dosis máxima recomendada. **ATC**: Clasificación Anatómica, Terapéutica y Química del medicamento. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/04/pdfs/A38970-39019.pdf>

Pictogramas



No usar durante el embarazo



Riesgo muy bajo. Compatible. Sin riesgo para la lactancia y el lactante



Puede provocar reacción de fotosensibilidad



Puede tener efecto sobre la capacidad de conducir



Deporte/dopaje.

DH

Diagnóstico Hospitalario



Fuera de ficha técnica

H

Uso Hospitalario

Clasificación de la FDA según el riesgo para el feto⁷⁷

A B C D E X

77. Safe fetus. Monografías dirigidas a pacientes con la clasificación de la FDA. Disponible en: <http://safefetus.com/index.php>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>ACETILSALICÍLICO, ÁCIDO. ATC: N02BA01</p> <p>D</p>	<p>Vía oral: <u>Adultos y niños >16 años:</u> DI= 500 mg/4-6 h.; Dmáx= 4 g/24 h.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Alergia a salicilatos; Trastornos respiratorios (broncoespasmo y poliposis nasal asociada a asma bronquial inducida o exacerbada por AAS u otros AINE); Trastornos digestivos (ulcus péptico, hemorragia digestiva, IH grave); Trastornos hematológicos (coagulopatías, hipoprotrombinemia, hemofilia, tratamiento con anticoagulantes orales); Trastornos renales (IR grave).</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos respiratorios (asma bronquial crónico); Trastornos hematológicos (déficit glucosa-6-fosfato deshidrogenasa); Trastornos endocrino-metabólicos (diabetes mellitus, gota); Trastornos cardiovasculares (HTA, ICC); Trastornos digestivos (IH); Trastornos renales (IR).</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>ALMOTRIPTAN ATC: N02CC05</p> <p> </p>	<p>Vía oral: <i>Migraña:</i> <u>Adultos:</u> DI= 12,5mg; administrar una 2ª dosis si los síntomas persisten o reaparecen dentro de las siguientes 24h., siempre que exista un intervalo mínimo de 2h. entre ambas tomas. Dmáx= 25 mg/24h. <u>IR severa:</u> Dmáx= 25 mg/24h. <u>IH:</u> no recomendado.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Pacientes que hayan sufrido un accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio. Enfermedad vascular periférica. Administración concomitante con ergotamina y derivados y otros agonistas 5-HT_{1B/1D}. Pacientes con insuficiencia hepática grave.</p> <p>PRECAUCIONES: Pacientes con hipersensibilidad conocida a las sulfonamidas. Tratamiento concomitante con triptanes e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) (riesgo desíndrome serotoninérgico). Tras utilizar almotriptán se recomienda esperar como mínimo 6 horas antes de administrar ergotamina. Tras la administración de un preparado que contenga ergotamina, deben transcurrir por lo menos 24 horas antes de administrar almotriptán. Uso concomitante de triptanes y preparados a base de Hierba de San Juan (<i>Hypericum perforatum</i>).</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>AMITRIPTILINA ATC: N06AA09</p> <p>  </p>	<p>Vía oral: <u>Adultos:</u> DI= 10-25 mg x noche. Incremento lento (10-25 mg x semana), DM= 25-75 mg/día, Dmáx= 75 mg/d</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Alergia a amitriptilina u otros antidepresivos tricíclicos (posible reacción cruzada con clomipramina, imipramina, nortriptilina, etc.); Uso simultáneo con IMAOs.</p> <p>Pacientes durante la fase aguda de recuperación tras infarto de miocardio.</p> <p>Pacientes que toman cisaprida debido a la posibilidad de interacciones cardíacas adversas incluyendo prolongación del intervalo QT, arritmias cardíacas y trastornos en el sistema de conducción.</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos cardiovasculares (angina, arritmias, HTA, ICC); Trastornos neuropsiquiátricos (epilepsia, esquizofrenia, psicosis); Trastornos oculares (glaucoma); Trastornos endocrinos-metabólicos (hipertiroidismo); Trastornos digestivos (IH); Pacientes de edad avanzada.</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>ATENOLOL ATC: C07AB03</p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p>	<p>Vía oral: DI= 50 mg/24 h.; DM= 50-100 mg/24h. <u>IR:</u> ajustar dosis según grado de R; ClCr 35-15mL/minuto= 50 mg/día ó 100 mg/48 h.; ClCr <15 mL/minuto= 50 mg/48 h. ó 100 mg/96 h.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco; Trastornos cardiovasculares (síndrome del seno enfermo, bloqueo seno-auricular, bloqueo cardiaco 2º ó 3º grado, bradicardia <50 latidos/minuto, hipotensión, shock cardiogénico, ICC no controlada y/o grave, trastornos circulatorios periféricos graves); Feocromocitoma no tratado; Trastornos metabólicos (acidosis metabólica); Trastornos respiratorios (asma bronquial grave, EPOC grave).</p> <p>PRECAUCIONES: Cirugía; Trastornos respiratorios (asma bronquial); Trastornos cardiovasculares (cardiopatía isquémica y supresión brusca, angina de Prinzmetal, ICC, enfermedad de Raynaud, claudicación intermitente y otras enfermedades vasculares periféricas); Trastornos neuropsiquiátricos (depresión, miastenia grave); Trastornos endocrino-metabólicos (diabetes mellitus, hipertiroidismo, feocromocitoma tratado); Trastornos génito-urinarios (IR); Trastornos cutáneos (psoriasis); Historia de reacciones de hipersensibilidad graves y pacientes sometidos a terapias de desensibilización.</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>BACLOFENO ATC: M03BX01</p>    	<p>Vía oral: <u>Adultos:</u> 5 mg/8 h. Aumentar cada 3 días en 5 mg/toma hasta dosis óptima: 30-75 mg/día.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco; Trastornos neurológicos (epilepsia).</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos digestivos (ulcus péptico); Trastornos endocrino-metabólicos (diabetes mellitus); Trastornos genito-urinarios (IR, hipertrofia prostática); Trastornos respiratorios (insuficiencia respiratoria); Trastornos neuropsiquiátricos (enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, depresión, psicosis); Suspensión brusca de tratamientos crónicos (riesgo de síndrome de abstinencia).</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>CANDESARTAN ATC: C09CA06</p> <p>  </p>	<p>Vía oral: <u>Adultos y ancianos:</u> DI= 4 mg/día; DM= 8-16 mg/día; Dmáx= 32 mg/día. Pacientes con reducción del volumen intravascular: 4 mg/día. <u>IR (hemodiálisis):</u> 4 mg/día. <u>IH (leve-moderada):</u> 2 mg/día</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco; Embarazo y lactancia; Trastornos digestivos (IH grave y/o colostasis).</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos genitourinarios (IR, enfermedad renal subyacente); Trastornos endocrino-metabólicos (hiperaldosteronismo primario, riesgo de hiperpotasemia); Trastornos hepáticos (IH leve-moderada, trasplante renal reciente); Trastornos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, ICC grave, estenosis valvular mitral y aórtica, miocardiopatía hipertrófica, estenosis bilateral de las arterias renales o estenosis de la arteria renal de un único riñón funcional); Trastornos metabólicos (hiponatremia y/o reducción del volumen plasmático); Otros (cirugía mayor o durante la anestesia, raza negra, niños y adolescentes <18 años).</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>CARBAMAZEPINA ATC: N03AF01</p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p>	<p>Vía oral: <u>Adultos:</u> DI= 200-400 mg/día; DM= 400-800 mg/día. <u>Ancianos o pacientes hipersensibles:</u> DI= 100 mg/12 h. <u>IH:</u> ajustar dosis. <u>IR:</u> ajustar dosis.</p> <p>Indicaciones: Neuralgia esencial del trigémino. Neuralgia esencial del glossofaríngeo.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco y/o a antidepresivos tricíclicos; Trastornos hematológicos (historia de insuficiencia medular); Trastornos cardiovasculares (bloqueo cardiaco); Trastornos metabólicos (porfiria).</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos oculares (glaucoma); Trastornos hematológicos (historia de discrasias sanguíneas por fármacos); Trastornos cardiovasculares (ICC); Trastornos digestivos (IH); Trastornos renales (IR).</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>CLONAZEPAM ATC: N03AE01</p> <p>  </p>	<p>Vía oral: <u>Adultos:</u> DI= 1,5 mg/d repartida en tres tomas. DM= 3-6 mg/d. Dmáx= 20 mg/d</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Contraindicado en los pacientes con hipersensibilidad a las benzodiazepinas o en pacientes con insuficiencia respiratoria grave o insuficiencia hepática grave. No se debe utilizar en pacientes en coma, o en pacientes con farmacodependencia, drogodependencia o dependencia alcohólica.</p> <p>PRECAUCIONES: se debe controlar la aparición de signos de ideación y comportamiento suicida en los pacientes y valorar el tratamiento adecuado. Se debe advertir tanto a los pacientes como a sus cuidadores sobre la necesidad de buscar asistencia médica en caso de que aparezcan signos de ideación o comportamiento suicida.</p> <p>Es preciso vigilar estrechamente a los pacientes con antecedentes de depresión y/o intento de suicidio.</p> <p>Ha de utilizarse con especial precaución en las siguientes situaciones: ataxiaespinal o cerebelosa, intoxicación aguda por alcohol o fármacos, insuficiencia hepática grave (p. ej.: cirrosis hepática). Debe evitarse el uso concomitante de clonazepam con alcohol y/o depresores del SNC. Debe utilizarse con precaución en pacientes con apnea del sueño, insuficiencia pulmonar crónica o deterioro de la función renal o hepática, y en ancianos o pacientes debilitados. Generalmente en estos casos la dosis se debe reducir. Debe ser utilizado con precaución en pacientes con porfiria.</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>DICLOFENACO⁷⁸ ATC: M01AB05</p> <p>  </p>	<p>Vía oral: Dolor: <u>Adultos</u>: DI= 100 mg; DM= 50 mg/8 h.; Dmáx= 200 mg/día.</p> <p>Vía rectal: 100 mg.</p> <p>Vía IM: DI= 75 mg seguido de 75 mg a los 30 minutos, si fuera necesario; Dmáx= 150 mg/día.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco y/o alergia a salicilatos; Trastornos metabólicos (porfiria); Trastornos digestivos (IH severa, enfermedad inflamatoria intestinal, ulcus péptico, hemorragia digestiva); Trastornos hematológicos (coagulopatías); Trastornos renales (IR severa). Insuficiencia cardíaca congestiva establecida (clasificación II-IV de NYHA), cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica y/o enfermedad cerebrovascular.</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos respiratorios (asma bronquial); Trastornos renales (IR); Trastornos digestivos (IH); Trastornos cardiovasculares (ICC, HTA, cardiopatía isquémica); Trastornos renales (IR: monitorizar función renal).</p>

78. Nota informativa AEMPS 17 junio 2013:

http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2013/docs/NI-MUH_FV_16-2013-diclofenaco.pdf

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>DOMPERIDONA⁷⁹ ATC: A03FA03</p> <p></p> <p></p>	<p>Vía oral: <u>Adultos:</u> 10 mg hasta tres veces al día, con una dosis máxima de 30 mg al día. <u>IR grave</u> (ClCr <30 mL/minuto): una sola dosis diaria.</p> <p>Vía rectal: <u>Adultos:</u> 30mg/12h.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco; Trastornos digestivos (hemorragia digestiva, obstrucción intestinal mecánica, perforación intestinal, IH grave o moderada); Trastornos endocrinos (prolactinoma). En pacientes con prolongación existente conocida de los intervalos de conducción cardíaca, en particular del QTc, pacientes con alteraciones electrolíticas significativas o cardiopatías subyacentes, como insuficiencia cardíaca congestiva.</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos renales (IR grave); Trastornos digestivos (apendicitis); Cuadros de intoxicación aguda.</p> <p><i>Utilizar domperidona únicamente para el tratamiento sintomático de náuseas y vómitos, durante el menor tiempo posible y sin sobrepasar una dosis de 10 mg tres veces al día.</i></p>

79. NOTA INFORMATIVA AEMPS:

http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2014/docs/NI-MUH_FV_04-2014-domperidona.pdf

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>ELETRIPTAN ATC: N02CC06</p> <p></p> <p></p> <p></p>	<p>Vía oral: Migraña: <u>Adultos:</u> DI= 40 mg. Si hay respuesta inicial pero la cefalea reaparece en menos de 24 h. siguientes, administrar otros 40 mg dejando un intervalo entre dosis de ≤ 2 h. Si no respuesta inicial en 2 h. con la 1ª dosis, no se deberá tomar una 2ª dosis para el mismo ataque. Dmáx= 80 mg/día. <u>IH leve-moderada:</u> No precisa ajuste. <u>IH grave:</u> No recomendado. <u>IR leve-moderada:</u> DI= 20 mg/día; Dmáx=40 mg/día. <u>IR grave y ancianos:</u> No recomendado.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco; Trastornos digestivos (IH grave); Trastornos renales (IR grave); Trastornos cardiovasculares (HTA grave, HTA moderadamente grave, HTA leve no tratada, enfermedad coronaria confirmada, arritmias cardíacas, ICC, enfermedad vascular periférica, enfermedad cerebrovascular). Administración de ergotamina o derivados de la ergotamina (incluyendo metisergida) en las 24 horas previas o posteriores al tratamiento con eletriptán. Administración simultánea con eletriptán de otros agonistas del receptor 5-HT1.</p> <p>PRECAUCIONES: No debe utilizarse junto con inhibidores potentes de CYP3A4 como ketoconazol, itraconazol, eritromicina, claritromicina y josamicina. No debe ser administrado para el tratamiento de las cefaleas "atípicas", p. ej. cefaleas que pueden estar relacionadas con una patología posiblemente grave (ictus, rotura de aneurisma) en los que la vasoconstricción cerebrovascular puede ser perjudicial.</p> <p>Eletriptán no debe administrarse sin una evaluación previa en pacientes con una posible enfermedad cardíaca no diagnosticada ni en pacientes con riesgo de enfermedad coronaria [p.ej. pacientes con hipertensión, diabéticos, fumadores o sometidos a un tratamiento de sustitución de la nicotina, varones mayores de 40 años, mujeres postmenopáusicas y pacientes con antecedentes familiares importantes de enfermedad coronaria].</p> <p>Los agonistas del receptor 5-HT1 se han asociado con vasoespasma coronario. Se han comunicado casos raros de isquemia o infarto miocárdicos con agonistas del receptor 5-HT1.</p> <p>Las reacciones adversas pueden ser más frecuentes durante la utilización simultánea de triptanes con preparados medicinales que contengan la hierba de San Juan (<i>Hypericum perforatum</i>).</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>FENITOÍNA ATC: N03AB02</p> <p>   </p>	<p>Vía oral: <u>Adultos:</u> DI= 100 mg/8 h.; Dmáx= 600 mg/día DM= 300-500 mg.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Alergia a fenitoína y/o hidantoínas; Trastornos cardiovasculares (bloqueo cardíaco 2º ó 3º grado, bradicardia sinusal); Trastornos metabólicos (porfiria).</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos cardiovasculares (hipotensión, ICC grave, insuficiencia coronaria, IAM); Trastornos metabólicos (diabetes mellitas; hipokalemia); Trastornos hematológicos (historia de discrasias de células plasmáticas, anemia, leucopenia, neutropenia: realizar controles hematológicos periódicos); Trastornos digestivos (IH); Trastornos renales (IR); Ancianos. Embarazo y lactancia.</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLÓGIA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>FLUNARIZINA ATC: N03AB02</p> <p>B</p> 	<p>Vía oral: <u>Adultos</u>: DI= 10 mg/día en dosis única nocturna; DM= 10 mg/día en dosis única nocturna en ciclos semanales de 5 días de tratamiento y 2 días de descanso. <u>Mayores de 65 años</u>: DI= 5 mg/día en dosis única nocturna. IH: ajustar dosis.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco; Trastornos neuropsiquiátricos (depresión, enfermedad de Parkinson).</p> <p>PRECAUCIONES: Si durante el tratamiento se observa depresión, reacciones extrapiramidales o cualquier otra reacción adversa, se suspenderá el mismo. Si después de 2 meses de tratamiento inicial no se observa ninguna mejoría significativa, se considera que el paciente no responde al tratamiento y éste deberá suspenderse.</p> <p>Incluso cuando el tratamiento de mantenimiento preventivo sea satisfactorio y bien tolerado, éste debe interrumpirse después de 6 meses y se ha de reiniciar únicamente en caso de recaída.</p>
<p>FROVATRIPTAN ATC: N02CC07</p> <p>C</p> 	<p>Vía oral: <u>Adultos</u> (18-65 años): DI= 2,5 mg. Si la migraña recurre tras un alivio inicial, se puede administrar una 2ª dosis siempre que se deje un intervalo mínimo de 2 h. entre ambas dosis. Dmáx (recomendada)= 5 mg/día. <u>Ancianos</u> (>65 años): no recomendado (datos limitados). <u>IR</u>: no requiere ajuste. <u>IH leve-moderada</u>: no requiere ajuste. <u>IH severa</u>: contraindicado.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco; Trastornos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, vasoconstricción periférica, HTA severa, HTA moderada, HTA leve no controlada, enfermedad cerebrovascular); Trastornos digestivos (IH severa Child-Plugh C); Administración concomitante de ergotamina (las 24 h. previas) o derivados (incluida metisergida) u otros agonistas del receptor 5-HT1.</p> <p>PRECAUCIONES: No exceder la dosis recomendada; Uso concomitante de preparados de hierba de San Juan (<i>Hypericum perforatum</i>).</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>GABAPENTINA ATC: N03AX12</p> <p>   </p>	<p>Vía oral: <u>Adultos:</u> DM=1200-1800 mg/día. DI= 300 mg/8 h.; Dmáx= 3.600 mg/día repartida en 3 dosis. IR: ajustar dosis.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco. PRECAUCIONES: Trastornos renales (IR).</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLÓGIA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>IBUPROFENO⁸⁰ ATC: M01AE01</p> <p></p> <p></p> <p></p>	<p>Vía oral: <u>Adultos:</u> 200-400 mg/4-6 h. ó 600 mg/6-8 h. Dmáx= 2,4 g/día.</p> <p>Vía rectal: 500 mg/4-6 h. Dmáx= 2,4 g/día.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco y/o historia previa de alergia a salicilatos y/o alergia a otros AINE; Trastornos respiratorios (historia de asma bronquial, rinitis, urticaria, pólipos nasales, angioedema); Trastornos digestivos (ulcus péptico activo, enfermedad inflamatoria intestinal, IH grave); Trastornos renales (IR severa).</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos digestivos (alteraciones digestivas por AINE, IH); Trastornos respiratorios (historia de espasmo bronquial); Trastornos cardiovasculares (ICC, HTA): No administrar dosis altas (>1200 mg/día) de ibuprofeno o dexibuprofeno a pacientes con patología cardiovascular grave como insuficiencia cardiaca (clasificación II-IV de New York Heart Association-NYHA), cardiopatía isquémica establecida, enfermedad arterial periférica o enfermedad cerebrovascular; Trastornos hematológicos (coagulopatías, administración de anticoagulantes); Tratamiento previo con corticoides y/o ingesta concomitante de otros AINE; Trastornos neurológicos (meningitis aséptica y LES); Consumo de alcohol; Trastornos oculares; Trastornos genito-urinarios (IR, nefritis aguda intersticial con hematuria, disuria, síndrome nefrótico); Ancianos.</p>

80. Nota informativa AEMPS abril 2015:

http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2015/docs/NI-MUH_FV_04-ibuprofeno-dexibuprofeno.pdf

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLÓGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>LAMOTRIGINA ATC: N03AX09</p> <p>  </p>	<p>Vía oral: Terapia complementaria CON inductores de la glucuronidación de lamotrigina (fenitoína y carbamazepina): DI=25 mg/d. DM= 400 mg/d dividido en dos tomas. Para alcanzar la dosis de mantenimiento, se puede aumentar la dosis en 25 mg cada dos semanas hasta que se alcance la respuesta óptima. Dmáx=-= 500 mg/d</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco.</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos digestivos (IH); Trastornos renales (IR); Trastornos dermatológicos (riesgo de erupciones cutáneas y síndrome de hipersensibilidad letales: suspender inmediatamente y no reiniciar); Trastornos renales (IR); Trastornos neuropsiquiátricos (vigilar aparición de signos de ideación y comportamiento suicida; epilepsia: suspender gradualmente; trastorno bipolar).</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>LITIO, CARBONATO ATC: N05AN01</p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p>	<p>Vía oral: <u>Adultos:</u> DI= 200-600 mg/8 h.; aumentar 200 mg cada 2 días, según respuesta y tolerancia, hasta alcanzar niveles séricos de litio dentro del rango terapéutico (0,75-1,5 mEq/L). <u>IR:</u> ajustar dosis.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco; Trastornos hematológicos (leucemia). Embarazo y lactancia Insuficiencia renal grave Enfermedad cardiovascular grave.</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos neurológicos (epilepsia, parkinsonismo, miastenia grave); Trastornos endocrinometabólicos (deshidratación, dietas restrictivas en sal, diabetes mellitus, enfermedad de Addison); Trastornos cardiovasculares (ICC); Trastornos renales (IR).</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>METAMIZOL ATC: N02BB02</p> <p>D 3er trim.</p> 	<p>Vía oral: <u>Adultos:</u> 500-575 mg/6-12 h.</p> <p>Vía parenteral (IM profunda, IV directa lenta, infusión intermitente o continua): <u>Adultos:</u> 2 g IM profunda o IV lenta (3 minutos)/8 h. o bien 2g/12-24 h. La inyección IV debe realizarse lentamente (≤ 1 mL/minuto) en decubito y controlando presión arterial, frecuencia cardíaca y respiración. <u>IH:</u> ajustar dosis. <u>IR:</u> ajustar dosis.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Alergia a pirazolonas y/o otros AINE (sensibilidad cruzada en pacientes con asma, rinitis o urticaria tras tomar AAS u otros AINE); Trastornos hematológicos (historia de agranulocitosis y/o anemia aplásica por fármacos, déficit glucosa 6-fosfato deshidrogenasa); Trastornos metabólicos (porfiria). 3er trimestre de embarazo.</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos respiratorios (asma bronquial); Trastornos cardiovasculares (HTA, IAM, hipotensión, shock); Trastornos renales (IR); Trastornos digestivos (ulcus péptico, hemorragia digestiva, IH); Trastornos hematológicos (discreasias sanguíneas).</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLÓGIA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>METOCLOPRAMIDA⁸¹ ATC: A03FA01</p> <p>  </p>	<p>Vía oral: <u>Adultos:</u> 15-60 mg/24 h. en 2-4 dosis.</p> <p>Vía parenteral: <u>Adultos:</u> 15-60 mg/24 h. en 2-4 dosis. <u>IR grave</u> (ClCr <40 mL/minuto): DI= 50% de dosis del adulto; DM= ajustar según respuesta y tolerancia.</p> <p>Restringido su uso en pacientes adultos para prevención y tratamiento de náuseas y vómitos inducidos por la migraña.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Alergia a ortopramidas; Trastornos digestivos (hemorragia digestiva, obstrucción intestinal mecánica, perforación intestinal); Trastornos neurológicos (historia de discinesia tardía); Trastornos metabólicos (porfiria); Feocromocitoma. Trastornos neurológicos (enfermedad de Parkinson, tratamiento con fármacos parkinsonizantes, aparición de síntomas de parkinsonismo, discinesia tardía, epilepsia); Trastornos hematológicos (metahemoglobinemia por deficiencia de NDHA citocromo b5 reductasa). Menores de un año.</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos renales (IR ClCr <40 mL/minuto); Trastornos psiquiátricos (depresión, ideas suicidas); Síndrome neuroléptico maligno; Trastornos digestivos (apendicitis, IH); Cuadros de intoxicación; Se debe tener especial cuidado cuando se administre metoclopramida, particularmente por vía intravenosa a la población de edad avanzada, a pacientes con alteraciones de la conducción cardiaca (incluyendo la prolongación QT), pacientes con desequilibrio electrolítico no corregido, bradicardia y aquellos que estén tomando medicamentos conocidos por prolongar el intervalo QT.</p>

81. Nota informativa AEMPS 30 julio 2013:

http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2013/docs/NI-MUH_FV_22-2013-metoclopramida.pdf

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLÓGIA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>METOPROLOL ATC: C07AB02</p> <p>    </p>	<p>Vía oral: <u>Adultos:</u> 100-200 mg/24 h. en 1-2 tomas (mañana y noche); Retardada: 100-200 mg/24 h. en 1 toma. D_{máx}= 200 mg. <u>IH:</u> ajustar dosis.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco; Trastornos cardiovasculares (síndrome del seno y bloqueo seno-auricular, bloqueo cardíaco 2º ó 3º grado, bradicardia <50 latidos/minuto, hipotensión, shock cardiogénico, ICC descompensada, trastornos circulatorios periféricos graves); Feocromocitoma no tratado; Trastornos metabólicos (acidosis metabólica); Trastornos respiratorios (asma bronquial grave, EPOC grave).</p> <p>PRECAUCIONES: Cirugía; Trastornos respiratorios (asma bronquial, otras enfermedades broncoespásticas); Trastornos cardiovasculares (cardiopatía isquémica y suspensión brusca, angina de Prinzmetal, ICC, enfermedad de Raynaud, claudicación intermitente y otras enfermedades vasculares periféricas); Feocromocitoma tratado; Trastornos neuropsiquiátricos (depresión, miastenia grave); Trastornos endocrino-metabólicos (diabetes mellitus, hipertiroidismo); Trastornos cutáneos (psoriasis); Trastornos digestivos (IH); Historia de reacciones de hipersensibilidad graves y pacientes sometidos a terapias de desensibilización.</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>NAPROXENO ATC: M01AE02</p> <p> </p>	<p>Vía oral: <u>Adultos:</u> Ataques agudos de migraña: DI= 750 mg al primer síntoma, seguida de 250 mg transcurridos 30 minutos; Otras cefaleas: 500 mg/8 h., seguida de 250 mg/6-8 h. (la dosis puede aumentarse a 1.5 g/día en pacientes sin antecedentes de enfermedades digestivas). <u>IR:</u> ajustar dosis.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Alergia al fármaco, salicilatos y/o otros AINE; Trastornos respiratorios (historia de asma, angioedema, pólipos nasales, urticaria o rinitis precipitados por AINE); Trastornos digestivos (ulcus péptico, enfermedad inflamatoria intestinal, IH GRAVE); Trastornos hematológicos (coagulopatías, hemorragias); Trastornos renales (IR ClCr <20 mL/minuto).</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos renales (IR); Trastornos metabólicos (deshidratación); Trastornos digestivos (pacientes de riesgo o con historia de alteraciones digestivas por AINE, cirrosis hepática, IH); Trastornos metabólicos (dieta asódica); Trastornos cardiovasculares (ICC, HTA); Trastornos renales (nefropatía crónica, IR); Trastornos respiratorios (asma bronquial e hipersensibilidad a aspirina); Trastornos hematológicos (coagulopatías); Exposición prolongada al sol (fotosensibilidad); Ancianos.</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLÓGIA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>NARATRIPTAN ATC:a N02CC02</p> <p> </p>	<p>Vía oral: <i>Migraña:</i> <u>Adultos:</u> DI= 2,5 mg. Si tras una respuesta inicial hay recurrencia del ataque en el plazo de 24 h., puede administrarse una 2ª dosis transcurridas 4h.; Dmáx=5 mg/24h. <u>Ancianos:</u> uso no recomendado. <u>IH leve-moderada:</u> DI= 2,5 mg/día; Dmáx= 2,5 mg/día. <u>IR leve-moderada:</u> DI= 2,5 mg/día; Dmáx= 2,5 mg/día.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco; Trastornos neurológicos (migraña hemipléjica, migraña basilar, migraña oftalmopléjica); Trastornos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, IAM, angina Prinzmetal, arritmias cardíacas, HTA moderada, HTA severa, HTA leve no controlada, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Raynaud); Administración concomitante de ergotamina o derivados, sumatriptan y/o otros agonistas 5-HT1 IH/IR graves.</p> <p>PRECAUCIONES: Alergia a sulfonamidas (reacción cruzada); Trastornos digestivos (IH); Trastornos renales (IH); Trastornos cardiovasculares (evaluar la función cardíaca en varones >40 años, tabaquismo severo, post-menopáusicas y pacientes con riesgo de cardiopatía isquémica). Se han descrito casos de síndrome serotoninérgico (incluyendo estado mental alterado, inestabilidad autonómica y anomalías neuromusculares) tras el tratamiento concomitante de triptanes con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRNS). Utilización concomitante de triptanes y preparados de hierbas medicinales que contengan Hierba de San Juan (<i>Hypericum perforatum</i>).</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>OXCARBAZEPINA ATC: N03AF02</p> <p>  </p>	<p>Vía oral: <u>Adultos:</u> DI= 300 mg/12 h. (8-10 mg/Kg/día en 2 tomas); aumentar máximo 600 mg/día a intervalos semanales; DM= 600-1200 mg/día. <u>Ancianos:</u> ajustar dosis si función renal alterada. <u>IH leve-moderada:</u> no precisa ajustar dosis. <u>IH grave:</u> no datos. <u>IR</u> (ClCr <30 mL/minuto): DI= 300 mg/24 h.; aumentar a intervalos semanales hasta la respuesta clínica.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco.</p> <p>PRECAUCIONES: Reacciones de hipersensibilidad a carbamazepina (reacciones cruzadas 25-30%); Trastornos metabólicos (hiponatremia: control de sodio en pacientes con IR preexistente asociado con niveles bajos de sodio, tratamiento concomitante con fármacos perdedores de sodio y/o AINE); Trastornos cardiovasculares (ICC, trastornos de la conducción); Trastornos digestivos (IH, hepatopatías).</p>
<p>PARACETAMOL ATC: N02BE01</p> <p> </p>	<p>Vía oral: <u>Adultos:</u> 500-1000 mg/4-6 h. ó 1g /6-8 h., hasta un máximo de 4 g/día. <u>IR grave</u> (ClCr <10 mL/minuto): intervalo mínimo de administraciones entre 2 tomas será de 8 horas. Dmáx= 3g/d y 2g/d en IH</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco; Pacientes con enfermedades hepáticas (con insuficiencia hepática o sin ella) o hepatitis viral (aumenta el riesgo de hepatotoxicidad).</p> <p>PRECAUCIONES: Alergia a salicilatos; Trastornos psiquiátricos (alcoholismo crónico); Trastornos hematológicos (anemia, anemia por déficit de glucosa 6-fosfato deshidrogenasa); Trastornos cardíacos crónicos; Trastornos pulmonares (reacciones broncoespásticas en algunos pacientes asmáticos hipersensibles a AAS y/o otros AINE); Trastornos renales (IR severa).</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>PREDNISONA ATC: H02AB07</p> <p></p> <p></p> <p></p>	<p>Vía oral: <u>Adultos y adolescentes:</u> DI= 20-60 mg/día; DM= 5-10 mg/día.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Alergia a corticoides; Infecciones por hongos; Administración de vacunas víricas vivas o vivas atenuadas.</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos endocrino-metabólicos (enfermedad de Addison, diabetes mellitus, hipotiroidismo, desequilibrios hidroelectrolíticos, hipocalcemia, osteoporosis); Inmunodeficiencias; Infecciones (infecciones no controladas, TBC, amebiasis intestinal, herpes simple oftálmico); Cirugía, estrés o traumatismos; Trastornos neuropsiquiátricos (epilepsia, convulsiones, neuritis óptica, miastenia grave, psicosis); Trastornos cardiovasculares (IAM, HTA, ICC, enfermedad tromboembólica); Trastornos digestivos (úlceras pépticas, esofagitis, cirrosis hepática y hepatitis activa, diverticulitis); Trastornos renales (IR); Suspensión brusca de tratamientos prolongados; Niños (inhibición del crecimiento).</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>PREGABALINA ATC: N03AX16</p> <p>  </p>	<p>Vía oral: <u>Adultos:</u> DI= 150/mg/día en 2-3 tomas; aumentar a 300 mg/día a intervalos de 3-7 días; Dmáx= 600 mg/día, tras un intervalo adicional de 7 días.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al principio activo.</p> <p>PRECAUCIONES: Aquellos pacientes diabéticos que ganen peso durante el tratamiento con pregabalina, pueden precisar un ajuste de los medicamentos hipoglucemiantes.</p> <p>Debido a a que el tratamiento con pregabalina se ha asociado a mareos y somnolencia, se debe aconsejar a los pacientes que tengan precaución hasta que se familiaricen con los potenciales efectos del medicamento. En algunos pacientes se han observado síntomas de retirada tras la interrupción del tratamiento con pregabalina, tanto a corto como a largo plazo.</p> <p>Precaución en pacientes de edad avanzada (mayores de 65 años) con función cardiovascular comprometida en la indicación de tratamiento del dolor neuropático ya que se han notificado casos de ICC.</p> <p>Se han notificado casos de pensamientos y comportamientos suicidas en pacientes tratados con medicamentos antiepilépticos en distintas indicaciones.</p> <p>Se han notificado casos de obstrucción intestinal, íleo paralítico, estreñimiento) al administrarse pregabalina conjuntamente con medicamentos con potencial para producir estreñimiento, como los analgésicos opioides. En estos casos, debe considerarse la utilización de medidas para evitar el estreñimiento (especialmente en mujeres y pacientes de edad avanzada). Antecedentes de abuso de sustancias.</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>PROPRANOLOL ATC: C07AA05</p> <p>   </p>	<p>Vía oral: Profilaxis de la migraña: <u>Adultos:</u> DI= 40 mg/8-12 h; DM= 80-160 mg/día; Dmáx=240mg/día. <u>IR/IH:</u> ajustar dosis.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco; Trastornos cardiovasculares (bloqueo cardiaco 2º o 3º grado, bradicardia <50 latidos/minuto, síndrome del seno y bloqueo seno-auricular, hipotensión, shock cardiogénico, ICC no controlada, trastornos circulatorios periféricos graves); Feocromocitoma no tratado; Trastornos metabólicos (acidosis metabólica); Trastornos respiratorios (asma bronquial grave, EPOC grave).</p> <p>PRECAUCIONES: Cirugía; Trastornos cardiovasculares (cardiopatía isquémica y supresión brusca, angina de Prinzmetal, enfermedad de Raynaud, ICC, claudicación intermitente y otras enfermedades vasculares periféricas); Trastornos neuropsiquiátricos (depresión, miastenia grave); Trastornos metabólicos (diabetes mellitus); Feocromocitoma; Trastornos endocrinos (hipertiroidismo); Trastornos renales (IR); Trastornos cutáneos (psoriasis); Historia de reacciones de hipersensibilidad graves y pacientes sometidos a terapias de desensibilización.</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>RIZATRIPTAN ATC: N02CC04</p> 	<p>Vía oral: <i>Migraña:</i> <u>Adultos >18 años:</u> DI= 10 mg. Si la cefalea reaparece tras el alivio de la crisis inicial, se puede administrar una 2ª dosis. No administrar más de 2 dosis en 24 h. (separar las dosis al menos al 2 h.). Pacientes en tratamiento con propranolol: separar 2 h. la administración de ambos fármacos. IR y/o IH leve-moderadas: DI= 5 mg; no administrar >2 dosis en 24 h. separando las dosis al menos 2 h.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco; Trastornos cardiovasculares (enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica, HTA moderadamente grave, HTA leve no tratada); IH/IR grave; Administración concomitante de IMAO o utilización dentro de las 2 semanas siguientes a la suspensión del IMAO; Administración concomitante de ergotamina o derivados (incluida metisergida) u otros agonistas 5HT-1B/1D.</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos cardiovasculares (enfermedad cardiaca no identificada, pacientes con riesgo de insuficiencia coronaria). Se recomienda esperar al menos seis horas después del uso de rizatriptán antes de la administración de medicamentos ergotamínicos ; tras administrar ergóticos, esperar ≥24h. antes de administrarse rizatriptán).</p> <p>Síndrome serotoninérgico (incluyendo estado mental alterado, inestabilidad autonómica y anomalías neuromusculares) tras el tratamiento de triptanos con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)</p> <p>Uso concomitante de triptanos (agonistas 5-HT1B/1D) y plantas medicinales que contengan hipérico (Hierba de San Juan) (Hypericum perforatum).</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>SUMATRIPTAN ATC: N02CC01</p> <p>  </p>	<p>Vía oral: <i>Migraña:</i> Adultos: 50-100 mg. En caso de recurrencia de los síntomas, se puede administrar otras dosis adicionales dentro de las 24 h. siguientes hasta un máximo diario de 300 mg. Si el paciente no responde a la 1ª dosis, no debe administrarse una 2ª dosis para el mismo ataque.</p> <p>Vía SC: <i>Migraña y cefalea acuminada:</i> Adultos: 6 mg. En caso de recurrencia de los síntomas, se podrá administrar otra dosis de 6 mg dentro de las 24 h. siguientes y siempre que haya transcurrido 1 hora desde la primera dosis. Dmáx=12 mg/día.</p> <p>Vía intranasal: <i>Migraña:</i> Adultos: 10-20 mg en una fosa nasal. No administrar >1 dosis para el mismo ataque. Si hay respuesta pero los síntomas recurrentes, administrar una 2ª dosis en las siguientes 24 h. con un intervalo mínimo de 2 h. entre las dos dosis. Dmáx= 40 mg/24 h.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco; Trastornos cardiovasculares (enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica, arritmias cardíacas, enfermedad de Raynaud, HTA moderada-severa, HTA leve no controlada); insuficiencia hepática grave; uso concomitante de ergotamina o derivados de ergotamina (incluyendo metisergida) o cualquier triptán/agonista del receptor 5-hidroxitriptamina (5-HT1); administración concurrente de sumatriptán e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs). No se utilizará sumatriptán en las dos semanas desde la finalización de un tratamiento con inhibidores de la monoaminoxidasa.</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos renales (IR); Trastornos digestivos (IH). pacientes con factores de riesgo de enfermedad isquémica cardíaca, incluyendo aquellos pacientes que fuman mucho o utilizan terapia sustitutiva con nicotina, sin realizar previamente una evaluación cardiovascular. Debe prestarse especial atención a mujeres postmenopáusicas y hombres de más de 40 años de edad con estos factores de riesgo.</p> <p>Síndrome serotoninérgico (incluyendo alteración del estado mental, inestabilidad autonómica y anomalías neuromusculares) tras el uso de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) y sumatriptán. Se ha informado de la aparición del síndrome serotoninérgico tras la administración concomitante con triptanes e inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (IRNSs).</p> <p>Pacientes con historial de convulsiones u otros factores de riesgo que disminuyan el umbral de convulsiones.</p> <p>Hipersensibilidad conocida a las sulfonamidas; preparados de hierbas medicinales que contengan Hierba de San Juan (<i>Hypericum perforatum</i>).</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>TOXINA BOTULÍNICA TIPO A ATC: M03AX01</p> <p>  </p>	<p>Vía parenteral: Adultos: De 155 a 195 Unidades, administradas por vía intramuscular (IM), en inyecciones de 0,1 ml (5 Unidades), en 31 y hasta 39 puntos. El calendario recomendado de repetición del tratamiento es cada 12 semanas.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: está contraindicado en individuos con hipersensibilidad conocida a toxina botulínica tipo A; en caso de que exista infección en el (los) punto(s) de inyección propuestos.</p> <p>PRECAUCIONES: No se deben sobrepasar las dosificaciones y frecuencias de administración. Se han notificado reacciones adversas debidas a la diseminación a distancia de la toxina. Los síntomas son consistentes con el mecanismo de acción de la toxina botulínica y se han notificado desde horas a semanas tras la inyección. El riesgo de los síntomas es probablemente mayor en pacientes con afecciones subyacentes y comorbilidades que les pueden predisponer a estos síntomas. Sólo se debería utilizar con extrema precaución y bajo estricta supervisión en pacientes con evidencia subclínica o clínica de trastornos de la transmisión neuromuscular, por ejemplo, miastenia gravis o Síndrome de Eaton Lambert, en pacientes con enfermedades tipo neuropatía motora periférica (por ejemplo, esclerosis lateral amiotrófica o neuropatía motora) y en pacientes con trastornos neurológicos subyacente. Se debe advertir a los pacientes o a sus cuidadores que busquen asistencia médica inmediata en el caso de que se presenten problemas para tragar, hablar o respirar.</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>TOPIRAMATO ATC: N02CC01</p> <p>   </p>	<p>Vía oral: <u>Adultos:</u> DI= 25 mg/día (nocturna) durante la 1ª semana; aumentar 25 mg a intervalos semanales; DM= 50 mg/12 h. IR: ajustar dosis.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco. En la profilaxis de la migraña durante el embarazo y en las mujeres en edad de riesgo de embarazo que no estén usando un método anticonceptivo eficaz.</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos genitourinarios (cálculos urinarios, historia familiar de urolitiasis, hipercalciuria, IR); Trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos conductuales, trastornos cognitivos).</p>
<p>VALPROICO, ÁCIDO ATC: N03AG01</p> <p>   </p>	<p>Vía oral: <u>Adultos:</u> Tratamiento de la Neuralgia del Trigémino: 800-1200 mg/d Profilaxis de migraña: DI= 300 mg/d. DM=600 mg/d Dmáx: 1500 mg/d.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco; Trastornos digestivos (IH, historia familiar hepatopatías graves, hepatitis aguda/crónica, porfiria hepática,).</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos renales (IR); Lupus eritematoso sistémico; Trastornos metabólicos (porfiria); Trastornos digestivos (dolor abdominal-pancreatitis). Mujeres en edad fértil, disfunción hepática, ideación o comportamiento suicida.</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>VERAPAMILO ATC: C08DA01</p>    	<p><i>Cefalea en racimos.</i></p> <p>Vía oral: <u>Adultos</u> DI= 80 mg/ 8 h ó 120 mg/12 h (formulación retardada). DM= 240-720 mg/día dividida en 2-3 tomas. IH/ IR: ajustar dosis.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco; Trastornos cardiovasculares (bloqueo cardíaco 2º ó 3º grado, arritmia sinusal, flutter auricular o fibrilación auricular en el contexto de síndromes de preexcitación tipo W-P-W o Lown-Ganong-Levine, hipotensión, shock cardiogénico, ICC descompensada).</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos neuromusculares (distrofias musculares, miastenia grave); Trastornos neurológicos (tumores supratentoriales); Trastornos cardiovasculares (estenosis aórtica grave, IAM, ICC, taquicardiaventricular de complejo ancho); Trastornos digestivos (IH); Trastornos renales (IR); Trastornos metabólicos (porfiria); Conducción de vehículos y manejo de maquinaria peligrosa o de precisión.</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>ZOLMITRIPTAN ATC: N02CC03</p> 	<p>Vía oral: <i>Migraña:</i> <u>Adultos:</u> DI= 2,5 mg. Si tras una respuesta inicial hay recurrencia del ataque en el plazo de 24 h., puede administrarse una 2ª dosis transcurridas 2 h. de la primera dosis. En pacientes que no responden a 2,5 mg, considerar la dosis de 5 mg en nuevos ataques; Dmáx= 10 mg/día.</p> <p>Vía nasal: <i>Migraña:</i> <u>Adultos:</u> DI= 2,5-5 mg. Si no se obtiene un efecto satisfactorio con 2,5 mg, una dosis de 5 mg puede ser eficaz en crisis posteriores. Si los síntomas de la migraña recurrieran durante las 24 h. que siguen a una respuesta inicial, se puede administrar una 2ª dosis; administrada 2h después de la inicial. <u>Ancianos (>65 años):</u> No recomendado (falta de experiencia clínica). <u>IH leve-moderada:</u> No precisa ajuste de dosis. <u>IH grave:</u> Dmáx 5 mg/24 h. IR: No precisa ajuste de dosis si ClCr >15 mL/minuto. <u>Tratamiento con IMAO-A:</u> Dmáx= 5 mg/24 h. <u>Tratamiento con cimetidina:</u> Dmáx= 5 mg/24 h. <u>Tratamiento inhibidores CYP1A2:</u> Dmáx= 5 mg/24 h. <u>Cefalea en racimos:</u> Adultos: DI=5-10 mg. Máx. 1 dosis de 10 mg o 2 dosis de 5 mg en 24 h. Dmáx= 10 mg/día.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco; Trastornos cardiovasculares (cardiopatía isquémica, arritmias cardíacas, HTA grave, HTA leve-moderada, HTA no controlada, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Raynaud); Tratamientos concomitantes (ergotamina y derivados [incluida metisergida] y/o otros agonistas 5HT1B/1D y anti-depresivos ISRS); Trastornos renales (IR grave con ClCr <15 mL/minuto).</p> <p>PRECAUCIONES: Trastornos renales (IR); Trastornos digestivos (IH); Trastornos cardiovasculares (presencia de factores de riesgo de cardiopatía isquémica: evaluación cardiovascular previa al inicio del tratamiento). Preparaciones de fitoterapia que contienen la Hierba de San Juan (<i>Hypericum perforatum</i>).</p> <p>Síndrome serotoninérgico (incluyendo alteración del estado mental, inestabilidad del sistema nervioso autónomo y alteraciones neuromusculares) tras el tratamiento concomitante con triptanes e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN).</p>

PRINCIPIO ACTIVO	POSOLOGÍA	CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES
<p>ZONISAMIDA ATC: N03AX15</p>   	<p>Vía oral: Adultos: DI= 50 mg/día en 2 dosis; aumentar a 100 mg/día tras 1 semana; a continuación, incrementos de hasta 100 mg a intervalos de 1 semana. DM= 300-500 mg/día en 1-2 dosis. IR, IH y no tratados con inductores CYP3A4: ajustar dosis cada 2 semanas.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al fármaco; Trastornos renales (IR aguda); Trastornos hepáticos (IH grave).</p> <p>PRECAUCIONES: Ancianos; Trastornos digestivos (IH); Trastornos genitourinarios (IR, factores de riesgo de nefrolitiasis, tratados con inhibidores de la anhidrasa carbónica); Niños (no recomendado en <18 años); Suspender gradualmente con reducciones de dosis de 100 mg a intervalos semanales; Control clínico o analítico y, si no existe causa obvia, interrumpir tratamiento si exantema, pancreatitis, dolor y/o debilidad muscular severos o pérdida sustancial de peso; Otros fármacos concomitantes (topiramato); Otros (exposición a altas temperaturas, peso <40 Kg.); Anti-concepción (mujeres durante el tratamiento y 1 mes después).</p>

V. DIARIO DE MIGRAÑA

Nombre: _____

	Crisis 1	Crisis 2	Crisis 3	Crisis 4	Crisis 5
Fecha de la crisis de migraña					
Hora de inicio de la crisis					
Duración de la migraña					
Ubicación del Dolor					
Severidad del ataque. (1 = continué actividades normales, 2 = deje algunas actividades, 3 = detuve todas las actividades)					
Descripción del dolor (opresivo, pulsátil, punzante, etc.)					
¿Afectaba la visión? Si/ No					
¿Tuve náuseas? Si/ No					
¿Vomitó? Si/ No					
¿Tuve que acostarme? Si/ No					
¿Me molestaba la luz? Si/ No					
¿Me molestaba el ruido? Si/ No					
¿Tuve dolor de estómago? Si/ No					
¿Qué estaba haciendo cuando comenzó la crisis de migraña?					
Desencadenantes potenciales (alimentos, intensidad de luz ambiental, medicamentos, situación de estrés, menstruación, etc.)					
Cualquier cambio reciente en la dieta					
Patrones de sueño actuales					
Acciones tomadas para tratar el dolor					
Eficacia de este método					
¿Cuánto tiempo me limitó en mis tareas habituales?					
¿Tomé tratamiento farmacológico? No / Si ¿Cual?					
Notas o preguntas adicionales					

VI. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **AINE.** Antiinflamatorio no esteroideo
- **CGRP.** Calcitonin Gene Related Peptide
- **HSA.** Hemorragia subaracnoidea
- **HTIC.** Hipertensión intracraneal
- **ICHD-III.** International Clasification of The Headache Disorders, 3rd edition
- **IHS.** International Headache Society
- **Mg.** Miligramos
- **Meq/L.** Miliequivalentes por litro
- **PCR.** Polymerase Chain Reaction
- **Semfyc.** Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
- **SEN.** Sociedad Española de Neurología
- **SUNCT.** Short-lasting Unilateral Neuralgiform headache attacks with Conjuntival injection and Tearing
- **TAC.** Tomografía Axial Computarizada
- **VIH.** Virus de la inmunodeficiencia humana
- **VSG.** Velocidad de Sedimentación Globular

