

MANEJO INTEGRAL DE LA MIGRAÑA: UNA REVISIÓN PARA PROFESIONALES SANITARIOS

INTRODUCCIÓN

La **migraña** es un trastorno neurológico crónico y recurrente que constituye la forma más frecuente de cefalea primaria después de la cefalea tensional. Se caracteriza por episodios de dolor de cabeza de intensidad moderada a grave, de localización unilateral o bilateral, de cualidad punzante y pulsátil, que empeora con la actividad física y suele acompañarse de náuseas, vómitos, fotofobia y/o fonofobia. Su prevalencia en España se sitúa entre el 12–15% de la población general y es tres a cuatro veces más frecuente en mujeres.^{1,2}

El impacto sanitario y socioeconómico de la migraña es considerable. Además de la carga asistencial en Atención Primaria y Neurología, la enfermedad genera un notable absentismo y presentismo laboral, afectación funcional y deterioro de la calidad de vida. Por ello, su manejo debe abordarse desde una perspectiva integral que contemple el diagnóstico clínico adecuado, la elección racional del tratamiento agudo y crónico, así como la instauración de estrategias preventivas eficaces.³

En la última década, la comprensión de los mecanismos fisiopatológicos implicados, especialmente el papel del **péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP)**, ha impulsado el desarrollo de nuevas terapias específicas tanto para el tratamiento sintomático como para la profilaxis, ampliando las opciones disponibles más allá de los tratamientos convencionales.⁴

Por ello el Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación del Servicio Canario de Salud considera importante actualizar el abordaje farmacológico de la migraña. Tras la autorización de tratamientos innovadores resulta importante revisar las evidencias disponibles para establecer su posicionamiento terapéutico, definir recomendaciones prácticas para su prescripción y seguimiento, así como la implicación del paciente. Ya en 2022, publicó un INFARMA con la descripción detallada sobre la selección y uso adecuado de triptanes⁵.

SUMARIO

INTRODUCCIÓN	1
DIAGNÓSTICO	2
COORDINACIÓN ENTRE ÁREAS ASISTENCIALES: ATENCIÓN PRIMARIA (AP) Y ATENCIÓN HOSPITALARIA (AH)	3
TRATAMIENTOS PARA MIGRAÑA	5
Tratamiento agudo o sintomático	5
Tratamiento preventivo o profiláctico	6
EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA CLÍNICA	12
Evaluación del tratamiento agudo	12
Evaluación del tratamiento preventivo	12
RECOMENDACIONES A LOS PACIENTES	13
Educación y autogestión	13
Control de comorbilidades y factores cronicantes modificables	13
CONCLUSIONES	14

● DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la **migraña** es fundamentalmente clínico y se basa en una anamnesis detallada junto con una exploración neurológica normal. Las guías de práctica clínica recomiendan seguir los criterios de la **Clasificación Internacional de las Cefaleas (ICHD-3)**, que permiten diferenciar la migraña de otros tipos de cefalea primaria y secundaria.^{1,6}

La anamnesis debe incluir preguntas clave sobre:^{1,3}

- **Frecuencia:** Días de cefalea y de migraña al mes.

- **Duración** de las crisis (4-72 horas).

- **Características del dolor:** Localización (unilateral o bilateral), cualidad (punzante, pulsátil), intensidad (moderada a grave), empeoramiento con la actividad física.

- **Síntomas acompañantes:** Náuseas/vómitos, foto/fono/osmofobia.

- **Aura migrañosa:** Presente en un tercio de los pacientes (síntomas neurológicos focales positivos transitorios, con mayor frecuencia visuales, de no más de una hora de duración).

- **Uso de medicación sintomática:** el consumo excesivo de analgésicos (tipo AINE ≥ 15 días/mes, triptanes ≥ 10 días/mes) supone riesgo de cronificación de la migraña.

En términos prácticos, la migraña se clasifica según la frecuencia de episodios de cefaleas en los 3 meses previos:^{3,4}

- **Migraña Episódica de Baja Frecuencia (MEBF):** 0-7 días al mes.

- **Migraña Episódica de Alta Frecuencia (MEAF):** 8-14 días al mes.

- **Migraña Crónica (MC):** ≥ 15 días de cefalea al mes, de los cuales ≥ 8 días cumplen criterios de migraña.

Esta clasificación es esencial para orientar la elección del tratamiento preventivo y la derivación a atención hospitalaria.^{3,6}



La evaluación del impacto y la discapacidad asociados a la migraña debe realizarse mediante herramientas validadas que permiten monitorizar la evolución clínica y la respuesta terapéutica. Entre las más utilizadas destacan:^{1,3}

Tabla 1: Herramientas validadas para la evaluación del impacto y la respuesta clínica.

Herramienta	Función	Criterio de Respuesta (Preventivo)	Criterio de Respuesta (Agudo)
Días de Migraña al Mes (DMM)	Mide la frecuencia del dolor migrañoso (principal variable de eficacia).	Reducción $\geq 50\%$ respecto a la basal tras 12 semanas (o $\geq 30\%$ en MC con terapias avanzadas).	No aplica
HIT-6 (Headache Impact Test)	Evalúa el impacto de las cefaleas en la actividad cotidiana, el funcionamiento social y el bienestar emocional (escala 36-78).	Reducción ≥ 5 puntos (especialmente en retratamiento con anticuerpos monoclonales).	No aplica
MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale)	Cuantifica los días de pérdida de actividad laboral, doméstica o no laboral en 3 meses.	Reducción ≥ 5 puntos (si MIDAS 11-20) o $\geq 30\%$ (si MIDAS >20).	No aplica
TASA (Tasa de Analgésico de Rescate)	Mide el consumo mensual de medicación sintomática, para evitar la Cefalea por Abuso de Medicación (CUEM)	Consumo ≤ 2 días/mes (ejemplo de meta en protocolos preventivos)	No aplica
Pf2h (Pain-freedom at 2 hours)	Mide la eficacia del tratamiento sintomático (agudo): estar libre de dolor a las 2 horas de la toma del fármaco (variable principal en ensayos clínicos de Triptanes/ Gepantes/Ditanes).	No aplica	Ausencia de dolor (intensidad 0) a las 2 horas post-dosis.
T2h (Tolerated at 2 hours)	Mide la eficacia del tratamiento sintomático (agudo): que el dolor migrañoso se haya reducido a intensidad leve o nula a las 2 horas post-dosis	No aplica	Alivio del dolor (intensidad ≤ 1) a las 2 horas post-dosis.

● **COORDINACIÓN ENTRE LAS ÁREAS ASISTENCIALES: ATENCIÓN PRIMARIA (AP) Y ATENCIÓN HOSPITALARIA (AH)**

La coordinación entre los niveles asistenciales es esencial para garantizar un manejo eficiente, seguro y oportuno del paciente con migraña. El **Protocolo de actuación para el manejo del paciente con cefalea del Servicio Canario de la Salud** establece un flujo asistencial estructurado que optimiza la evaluación inicial, la instauración del tratamiento y la derivación adecuada entre niveles.

PROCESO ASISTENCIAL RECOMENDADO EN MIGRAÑA

TABLA 1. Criterios de derivación a AH

- Presencia de síntomas de alarma o sospecha de cefalea secundaria.
- Migraña crónica, migraña episódica de alta frecuencia o cefalea de difícil control.
- Fracaso de ≥ 1 tratamiento preventivo bien indicado y tolerado durante al menos 3 meses.
- Manifestaciones atípicas: aura prolongada, cambios bruscos en el patrón de la cefalea, síntomas neurológicos focales no habituales.
- Necesidad de tratamientos no disponibles en AP, como toxina botulínica o anticuerpos monoclonales anti-CGRP.
- Sospecha de cefalea por uso excesivo de medicación, grave o falta de respuesta a tratamiento inicial.

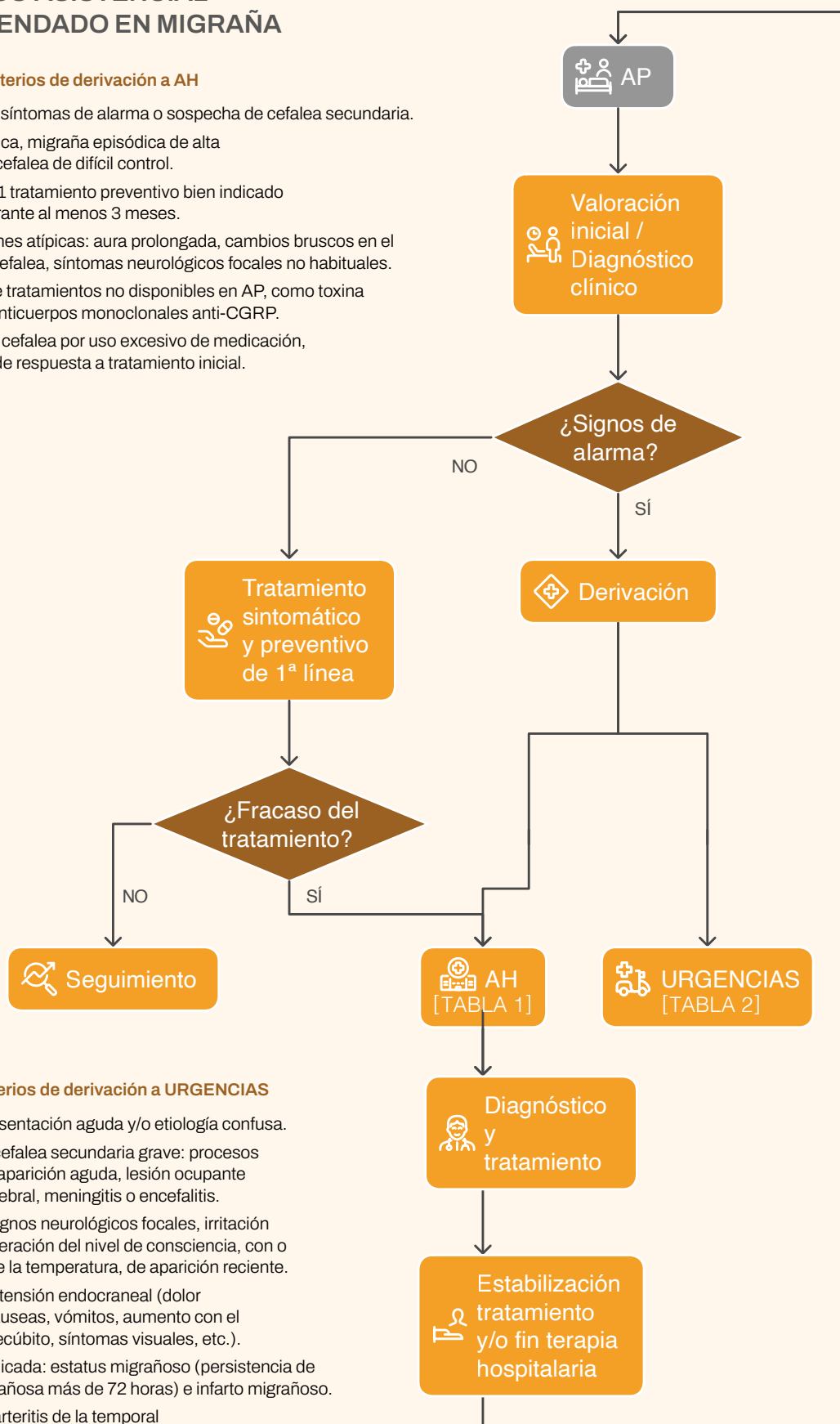


TABLA 2. Criterios de derivación a URGENCIAS

- Cefalea de presentación aguda y/o etiología confusa.
- Sospecha de cefalea secundaria grave: procesos vasculares de aparición aguda, 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).

● TRATAMIENTOS PARA MIGRAÑA

El tratamiento farmacológico se divide en dos pilares: **tratamiento agudo o sintomático** de la crisis y **tratamiento preventivo o profiláctico** para reducir la frecuencia, intensidad y duración de los episodios.^{3,4}

Tratamiento agudo o sintomático

El objetivo es aliviar el dolor y los síntomas acompañantes de forma rápida y completa, idealmente en las primeras 2 horas desde el inicio, para reanudar la actividad normal^{4,9,10}. Se debe evitar el consumo de medicación sintomática durante **≥ 10–15 días al mes** para prevenir la cefalea por uso excesivo de medicación (CUEM).²

Tabla 2: Tratamiento agudo de la migraña: principios activos, dosis y posicionamiento.

Principio activo	Dosis recomendada (adultos)	Línea / indicación	Contraindicaciones / Efectos adversos frecuentes	Dispensación (SNS)	Comentarios
AINEs (Ibuprofeno, Naproxeno, Dexketoprofeno, Diclofenaco y AAS)	Según molécula y vía	1ª línea en crisis leves–moderadas	EA: gastrointestinales, renales; precaución en riesgo vascular	OF	Mayor eficacia si se administran precozmente. Evitar combinaciones con opiáceos o cafeína.
Triptanes (sumatriptán, almotriptán, eletriptán, rizatriptán, zolmitriptán, naratriptán)	Según molécula y vía	1ª–2ª línea en crisis moderadas–graves o fracaso a AINE	Contraindicados en enfermedad vascular, HTA no controlada.	OF	Ver Infarma 2022 / Inforec 2025 del SCS). Pueden combinarse con AINE (ej.: sumatriptán + naproxeno)
Antieméticos / procinéticos (Metoclopramida Domperidona)	10-30 mg/24h	Adyuvantes cuando hay náuseas/vómitos	Riesgo de discinesias (metoclopramida)	OF	Mejoran absorción de analgésicos. Usar con moderación.
Ditanes (Lasmiditán)	50–100 mg (máx. 200 mg/24h)	Alternativa cuando hay fracaso o contraindicación a ≥2 triptanes	Náuseas, mareo, somnolencia → evitar conducir 8 h	OF VISADO	Agonista 5-HT1F. No es vasoconstrictor. Útil en pacientes con riesgo CV.
Gepantes (Rimegepant)	75 mg/24h	Crisis aguda en adultos cuando fracaso o contraindicación a ≥2 triptanes	Náuseas, somnolencia, sequedad de boca	OF (2 y 8 comp.). VISADO	Antagonista CGRP oral (<i>envases financiados para uso agudo no para profilaxis</i>).

OF: Oficina de Farmacia

Actualmente no se recomienda como tratamiento sintomático de la migraña el uso de opiáceos, ergóticos ni de fármacos combinados con cafeína por su baja eficacia, alta tasa de efectos adversos y su alto riesgo de cronificación de la cefalea.

Tratamiento preventivo o profiláctico

El tratamiento preventivo está indicado en pacientes con:^{3,4,6}

- Frecuencia ≥ 3 crisis/mes, o ≥ 6 días de cefalea/mes.
- Crisis muy intensas, invalidantes, prolongadas, con síntomas asociados muy molestos o que no respondan al tratamiento agudo correcto.
- Uso excesivo de analgésicos o contraindicación para la toma de estos.
- Migraña con auras atípicas o prolongadas.

Debe mantenerse de 6 a 12 meses y la mejoría se valora como objetivo primario en una **reducción del 50% en la frecuencia de días de migraña**, aunque se valora también la reducción en la intensidad, síntomas asociados, comorbilidad, impacto y discapacidad⁶. Entre las principales causas del fracaso terapéutico se destacan: el retraso en el diagnóstico y abordaje, el inadecuado cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes, toma del tratamiento preventivo a dosis y/o tiempos insuficientes.



A Preventivos orales convencionales (primera línea)

Recomendados por su eficacia, experiencia de uso y accesibilidad. Constituyen la **primera línea de prevención** y pueden ser iniciados por AP o AH:

Tabla 3: Preventivos orales convencionales (1ª línea)

Principio activo	Dosis habitual	Indicación financiada (SNS)	Dispensación (SNS)	Posicionamiento clínico / Comentarios
Betabloqueantes: Propranolol / Metoprolol	Propranolol 80–160 mg/día Metoprolol 100–200 mg/día	Migraña episódica o crónica (sin restricciones IPT)	OF	Contraindicados en asma y bradicardia
Antiepilépticos: Topiramato / Valproato / Lamotrigina	Topiramato 50–100 mg/día Valproato 500–1000 mg/día Lamotrigina 50-200 mg/día	Migraña episódica o crónica	OF	Topiramato: preventivo de referencia. Valproato: contraindicado en mujeres en edad fértil. Lamotrigina: con titulación lenta.
Antagonistas del calcio: Flunarizina	5–10 mg/noche	Migraña episódica / crónica	OF	Contraindicado en caso de depresión. Útil si hay insomnio, ansiedad o vértigo asociado. Vigilar aumento de peso.
Antidepresivos tricíclicos: Amitriptilina / Venlafaxina	Amitriptilina: 10–75 mg/noche Venlafaxina 75-150 mg/día	Migraña episódica / crónica	OF	Efectivo en pacientes con insomnio, fibromialgia o comorbilidad ansioso-depresiva.
Antihipertensivos: Candesartan / Lisinopril	Según fármaco	Migraña episódica / crónica	OF	Evitar en caso de hipotensión arterial.

B Terapias específicas / preventivos avanzados (uso hospitalario)

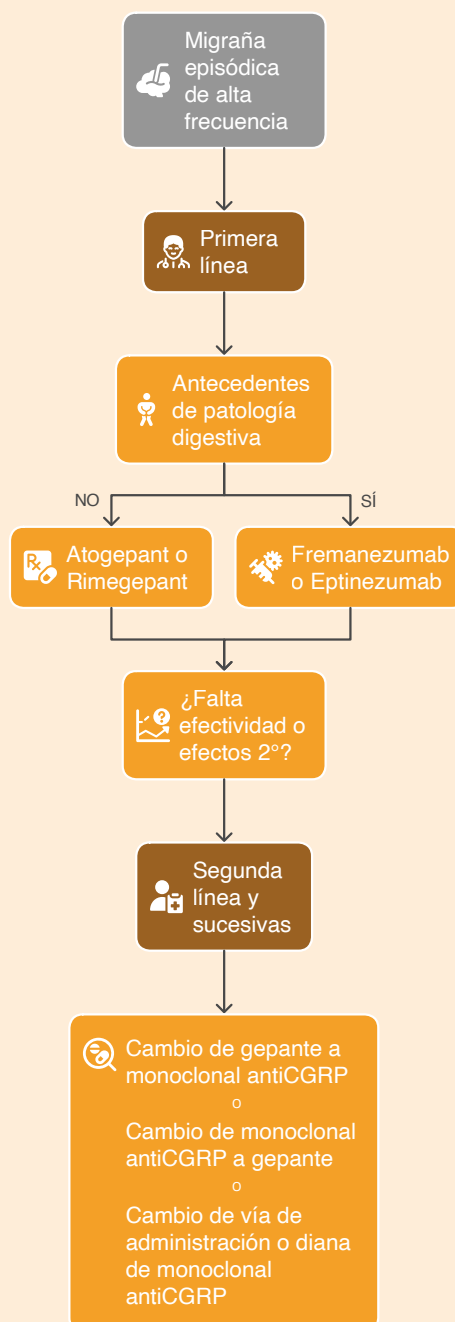
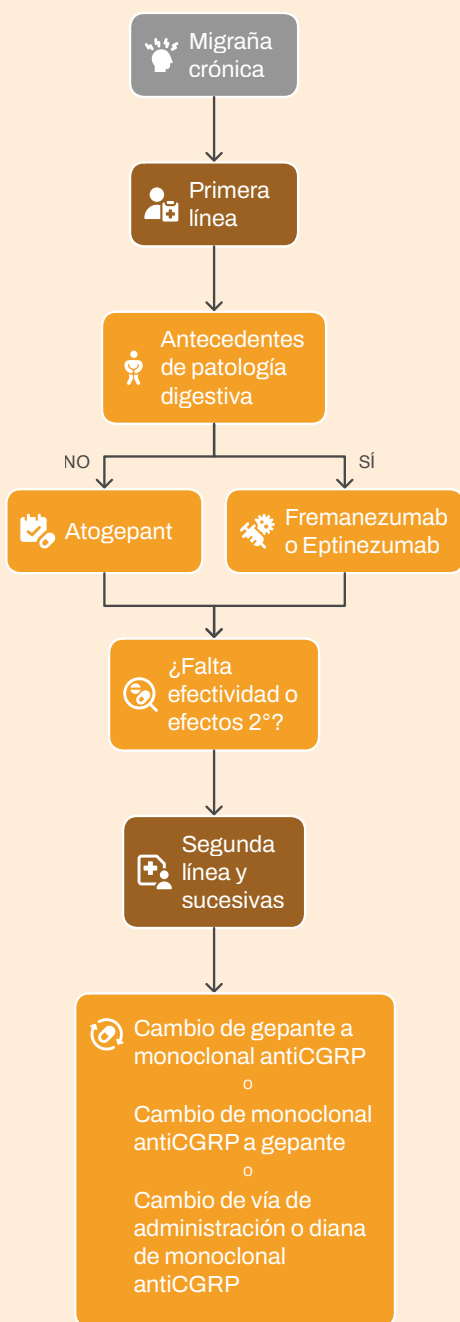
Están reservados para pacientes con fracaso a los tratamientos preventivos orales de primera línea. Su uso se rige por los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), así como por las condiciones de financiación que establece la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS.^{4,11,12,13}

Tabla 4: Preventivos avanzados (2ª–4ª línea)

Principio activo	Dosis / Vía	Indicación financiada (SNS)	Dispensación (SNS)	Comentarios / Posicionamiento
Toxina botulínica: Toxina botulínica tipo A	155–195 U cada 12 semanas	Migraña crónica con fracaso a ≥ 2 preventivos orales	UH	Indicada solo en MC. Evaluación tras 2 ciclos (≈ 6 meses).
Anticuerpos monoclonales anti-receptor CGRP/ contra péptido CGRP: Erenumab / Fremanezumab / Galcanezumab/ Eptinezumab	Administración SC mensual. Fremanezumab SC mensual o trimestral. Eptinezumab IV trimestral.	MEAF o MC (≥ 8 días/mes) con ≥ 3 fracasos previos (uno debe ser toxina si MC)	DH/Dispensación hospitalaria	Alta eficacia y excelente tolerabilidad. Considerados 3ª–4ª línea según IPT.
Gepantes: Rimegepant	75 mg cada 48 h	Profilaxis en MEAF con ≥ 4 crisis/mes y ≥ 3 fracasos previos	Dispensación Hospitalaria (16 comp.)	Preventivo oral. Evaluar respuesta a 3 meses. No financiado en uso agudo.
Gepantes: Atogepant	10–60 mg/día	MEAF o MC ≥ 8 días/mes con ≥ 3 fracasos previos (uno debe ser toxina si MC)	DH/Dispensación hospitalaria	Preventivo oral de nueva generación. Ajuste de dosis según tolerancia.

UH: Uso Hospitalario; DH: Diagnóstico Hospitalario

En Canarias, el Grupo de Trabajo de Neurología adscrito a la Comisión Central de Farmacia Hospitalaria ha revisado la evidencia científica disponible de todos estos tratamientos. Ante la falta de estudios comparativos directos, han establecido que estos medicamentos presentan una eficacia similar en estudios comparativos indirectos, por que lo proponen su posicionamiento en función de criterios de eficiencia y perfil de efectos adversos, perfil del paciente con sus comorbilidades y preferencias individuales.



En pacientes con antecedentes de patología digestiva (estreñimiento crónico, síndrome de intestino irritable, historia de impactación fecal, hemorroides sintomáticas, fisura anal, prolapso rectal, obstrucción o pseudoobstrucción intestinal, síndromes eméticos, gastroparesia y dispepsia funcional), se aconseja iniciar tratamiento con un anticuerpo monoclonal anti-CGRP con baja incidencia de estreñimiento, como **fremanezumab** o **eptinezumab**, seleccionando entre uno u otro según la preferencia del paciente por la vía de administración (subcutánea o intravenosa) y disponibilidad del Hospital de Día de los centros hospitalarios. Esta recomendación se basa en la mayor tasa de efectos secundarios digestivos de náuseas, vómitos y/o estreñimiento en pacientes con atogepant, rimegepant, galcanezumab y erenumab con respecto a fremanezumab y eptinezumab.

En pacientes con migraña episódica de alta frecuencia (MEAF) que hayan obtenido beneficio con **rimegepant** como tratamiento sintomático, podría considerarse su uso como preventivo.

Precauciones

Insuficiencia renal

No requiere ajuste de dosis con los AM-CGRP^{14,15,16,17}. No se recomienda rimegepant en pacientes con enfermedad renal terminal (ClCr <15 ml/min). En pacientes con enfermedad renal grave (aclaramiento renal <30ml/min) y terminal (aclaramiento renal <15ml/min), se debe ajustar la dosis diaria de Atogepant a 10mg. En pacientes con diálisis intermitente, se debe tomar Atogepant preferentemente después de la diálisis.^{18,19}

Insuficiencia hepática

No requiere ajuste de dosis con los AM-CGRP^{14,15,16,17}. No se recomienda el uso de gepantes en pacientes con insuficiencia hepática grave.^{18,19}

Interacciones

Existen interacciones entre los gepantes y fármacos inductores/inhibidores del CYP3A4, inhibidores del polipéptido transportador de aniones orgánicos (OATP) e inhibidores de los transportadores de flujo P-gp y BCRP. La dosis recomendada de Atogepant con fármacos inductores del CYP3A4 es de 10mg/día.^{18,19}

Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes.

Se debe evitar el fármaco en cuestión y utilizar el resto de opciones disponibles.

Embarazo

Hay datos limitados relativos al uso de AM-CGRP y gepantes en mujeres embarazadas, por lo que actualmente no se recomienda su uso durante el embarazo. Deben suspenderse de inmediato en caso de notificación de embarazo en pacientes tratadas con estos fármacos.¹⁴⁻¹⁹

Lactancia

Se desconoce si los AM-CGRP se excretan en la leche materna. Se sabe que las IgGs humanas se excretan a la leche materna durante los primeros días después del parto, y que enseguida disminuyen a concentraciones bajas; por ello, no se puede excluir un riesgo para el lactante durante este periodo de tiempo corto. Posteriormente, el uso de AM-CGRP durante la lactancia podría considerarse sólo si fuera clínicamente necesario.^{14,15,16,17}

En un estudio realizado en un solo centro con 12 mujeres en periodo de lactancia tratadas con una dosis única de 75 mg de rimegepant, se observaron concentraciones mínimas de rimegepant en la leche materna. El porcentaje relativo de una dosis materna que se estima que llega al lactante es inferior al 1 %. No hay datos sobre los efectos en la producción de leche.¹⁸

Los datos toxicológicos disponibles en animales muestran que atogepant se excreta en la leche. Se debe decidir si es necesario interrumpir la lactancia o interrumpir el tratamiento con atogepant tras considerar el beneficio de la lactancia para el niño y el beneficio del tratamiento para la madre.¹⁹

Población pediátrica

No se dispone evidencia científica robusta sobre la seguridad y eficacia de los AM-CGRP y gepantes en niños y adolescentes menores de 18 años. No se dispone de datos de seguridad y eficacia en menores de 18 años, y por lo tanto estos fármacos no están aprobados para dicha población aún en España. Existen varios ensayos clínicos en curso para estudiar el efecto del fremanezumab, erenumab y del galcanezumab en adolescentes, así como del atogepant. Se han publicado datos recientes sobre el ensayo clínico con fremanezumab en pacientes adolescentes y también hay datos disponibles de estudios preclínicos y retrospectivos con fremanezumab y eptinezumab. En el documento de consenso de la American Headache Society (AHS) se recomienda plantear su uso en jóvenes tras la pubertad, con ME de alta frecuencia y gran repercusión en la calidad de vida (pedMIDAS > 30) en caso de que no existan otras alternativas terapéuticas.¹⁴⁻¹⁹

Pacientes mayores de 65 años

La edad no parece condicionar diferencias en el metabolismo ni en el aclaramiento de estos fármacos. En los ensayos clínicos pivotaes de galcanezumab, fremanezumab y eptinezumab se incluyeron pacientes mayores de 65 años y se publicaron estudios post-hoc que incluían, en algunos casos, este subgrupo de pacientes sin apreciarse problemas de seguridad ni eficacia. Además, recientemente se ha publicado una revisión de estudios pivotaes y estudios en vida real en este subgrupo de pacientes en los que no se ha visto mayor tasa de efectos secundarios y presentan una tasa de eficacia no inferior al de pacientes más jóvenes, por lo que **podría considerarse el uso de los AM-CGRP en este subgrupo de pacientes**. No disponemos de datos aún del uso de atogepant y rimegepant en este subgrupo de pacientes, por lo que aunque no existe contraindicación, **se recomienda precaución en el uso de gepantes**.¹⁴⁻¹⁹

Enfermedades cardiovasculares graves

Los pacientes con ciertas **enfermedades cardiovasculares graves** (cardiopatía isquémica e ictus) se excluyeron de los ensayos clínicos. En estos pacientes no se dispone de datos de seguridad y se desaconseja su uso.

Individuos sensibles al látex

Individuos sensibles al látex se desaconseja Erenumab. El capuchón extraíble de la pluma precargada de Erenumab contiene látex de caucho natural seco, que puede causar reacciones alérgicas en individuos sensibles al látex¹⁴. En estos pacientes debe considerarse otras opciones.



EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA CLÍNICA

La evaluación de la respuesta al tratamiento es fundamental para ajustar la estrategia terapéutica y garantizar un manejo eficaz de la migraña. La respuesta debe valorarse de forma diferenciada para el **tratamiento agudo** y el **tratamiento preventivo**, utilizando herramientas objetivas y un seguimiento sistemático mediante el **Diario de Cefaleas**.^{3,4}

1.5.1. Evaluación del tratamiento agudo

El objetivo principal del tratamiento sintomático es lograr un alivio rápido, completo y sostenido del dolor. Los criterios habituales para valorar su eficacia incluyen:

- **Ausencia de dolor a las 2 horas** (respuesta completa).
- **Alivio del dolor a las 2 horas** (reducción de moderado/grave a leve o ausente).
- **Baja tasa de recurrencia** (retorno del dolor en 24 horas).
- **Ausencia de efectos adversos significativos** que limiten su uso.

La falta de respuesta en al menos **tres o cuatro crisis distintas** sugiere la necesidad de cambiar a otro tratamiento agudo, preferentemente con un mecanismo de acción distinto. Es importante recordar que la respuesta puede variar entre crisis, por lo que un fármaco no debe considerarse ineficaz por un único episodio fallido o si se ha usado de forma inadecuada.²

Evaluación del tratamiento preventivo

El objetivo del tratamiento preventivo es reducir la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de migraña, así como mejorar la discapacidad asociada. La respuesta debe evaluarse tras un periodo mínimo de uso adecuado:

- **12 semanas** para los preventivos orales inespecíficos (amitriptilina, topiramato, etc) y específicos (gepantes).
- **3 a 6 meses** para los anticuerpos monoclonales anti-CGRP.
- **9 meses** (3 ciclos) para toxina botulínica tipo A.

Los criterios de respuesta se basan principalmente en:

- **Reducción $\geq 50\%$ en los días de migraña al mes (DMM)**, considerada la medida estándar de eficacia.
- En migraña crónica, se acepta una respuesta clínicamente relevante con **reducciones $\geq 30\%$** , especialmente en tratamientos avanzados.
- Mejoría en escalas de discapacidad e impacto, como **MIDAS** o **HIT-6**, según los puntos de corte descritos en la sección correspondiente.
- Disminución del **uso de medicación sintomática** (TASA), especialmente relevante para prevenir la CUEM.

La evaluación debe integrar tanto los datos del diario de cefaleas como la percepción de beneficio del paciente, el impacto funcional y la tolerabilidad del tratamiento.^{3,4}

RECOMENDACIONES A LOS PACIENTES (NO FARMACOLÓGICAS Y DE SOPORTE)

Las medidas no farmacológicas son cruciales para el manejo a largo plazo y deben ser sistemáticamente promovidas desde AP y AH^{3,5}. La combinación de tratamiento farmacológico junto a medidas generales centradas en la educación del paciente y la modificación de factores de riesgo es clave para mejorar la efectividad y control de esta patología.

Educación y autogestión:

- **Uso del diario de cefaleas:** Anotar la frecuencia, intensidad, duración del dolor, síntomas asociados, efectividad de los tratamientos y posibles desencadenantes. Esto ayuda al paciente y al médico a planear cómo evitar los desencadenantes.
- **Identificación y manejo de desencadenantes:** Identificar y gestionar/eliminar los factores precipitantes, siendo los más frecuentes el **estrés**, los **trastornos del ritmo de sueño** (exceso o déficit), el **ayuno** y los **cambios hormonales** (menstruación/ovulación).
- **Manejo del estrés:** Las técnicas de relajación, el biofeedback y la terapia cognitivo-conductual son intervenciones conductuales que pueden ser bien aceptadas y mejorar los resultados clínicos.

Control de comorbilidades y factores cronificantes modificables:

- **Salud mental:** Investigar y tratar específicamente la presencia de **depresión y/o ansiedad**, ya que su existencia se ha relacionado con peor respuesta al tratamiento y mayor uso de medicamentos.
- **Uso excesivo de medicación analgésica:** Evitar el uso excesivo analgésico (AINE ≥ 15 días/mes; triptanes ≥ 10 días/mes) es un factor modificable crucial para prevenir la cronificación.
- **Tomar el fármaco agudo de forma precoz:** En cuanto aparezcan los síntomas (cuando el dolor es leve-moderado) para maximizar la eficacia [4].
- **Estilo de vida:** Mantener un peso adecuado, controlar el índice de masa corporal (IMC), tratar los trastornos del sueño (apnea obstructiva del sueño y roncopatía) y evitar el abuso de cafeína y alcohol.
- **Actividad Física y Fisioterapia:** El ejercicio físico y las terapias físicas (masajes, fisioterapia) pueden ayudar a relajar los músculos, aliviar dolores cervicales y disminuir el estrés.

Expectativas y Pronóstico:

- Informar al paciente sobre las características de la migraña, las posibilidades terapéuticas reales y la necesidad de mantener el tratamiento preventivo por un tiempo prolongado. La migraña es un proceso crónico que no tiene cura específica, el objetivo principal del tratamiento es controlar los síntomas y reducir la discapacidad.

CONCLUSIONES

- La migraña es una enfermedad neurológica que para su manejo óptimo, requiere combinar un tratamiento agudo precoz con estrategias preventivas individualizadas, especialmente en pacientes con alta frecuencia de crisis o migraña crónica.
- Las terapias dirigidas al sistema CGRP (anticuerpos monoclonales y gepantes), y los nuevos fármacos agudos no vasoconstrictores (ditanes) utilizados en las condiciones de financiación y bajo criterios de eficiencia, amplían el arsenal terapéutico para pacientes con mala respuesta o contraindicación a los tratamientos convencionales.
- La coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, es fundamental para garantizar una derivación adecuada, evitar la cronificación y optimizar recursos. La educación del paciente, el control de comorbilidades y las medidas no farmacológicas constituyen pilares esenciales del manejo integral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Neurología (SEN). Recomendaciones prácticas de cefaleas para Atención Primaria. Guía 2022. [Enlace: <https://www.sen.es/pdf/guias/GuiaCefaleaAtencionPrimaria.pdf>].
2. Unidad de Cefaleas, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV). Información al paciente con Migraña. Guía 2024. [Enlace: <https://www.humv.es/wp-content/uploads/2024/05/Informacion-al-paciente-con-Migrana.pdf>].
3. Sociedad Española de Neurología (SEN). Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas. Edición 2020. [ISBN: 978-84-18420-19-1]. [Enlace: <https://www.sen.es/pdf/2020/ManualCefaleas2020.pdf>].
4. Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME). Migraña: últimos avances. Boletín Terapéutico Andaluz. Vol. 39, n.º 2, 2024. [Enlace: https://cadime.es/images/documentos_archivos_web/BTA/2024/CADIME_BTA_39_02.pdf].
5. María Altabás Betancor, Erica Montes Gómez, Abián Muñoz y cols. Uso adecuado de triptanes en la migraña. Infarma: Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario. Vol. 14, n.º3; 2022. [Enlace: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/67255d76-98c3-11ed-9d55-df06d9c46d1f/Infarma_vol14_3_triptanes.pdf].
6. Servicio Navarro de Salud. Qué queda y qué hay de nuevo en el manejo farmacológico de la migraña. Boletín de Información Farmacoterapéutica (BIT) v.29 n.1, 2021. [Enlace: http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/9B1E99CB-9C9E-4939-B978-856C45827EAE/491139/Bit_v29n1Mod.pdf].
7. Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario. Cefaleas. Guía para el diagnóstico y tratamiento. 2015. [Enlace: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=6596b0cd-36df-11e6-a80f-d353fff5f90&id-Carpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117>].
8. Hospital Clínic Barcelona. El proyecto MigraAgile permite una atención innovadora de la migraña en coordinación con la Atención Primaria. (Ejemplo de circuito asistencial interniveles). [Enlace: <https://www.clinicbarcelona.org/noticias/el-proyecto-migraagile-permite-una-atencion-innovadora-de-la-migrana-en-coordinacion-con-la-atencion-primaria>].
9. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de lasmiditán (Rayvow®) en tratamiento agudo de la migraña. IPT-171/V1, 2023. [Enlace: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/2023/IPT-171-Rayvow-lasmiditan-migrana.pdf>].
10. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de rimegepant (Vydura®) en tratamiento agudo y profilaxis de la migraña. IPT-166/V1, 2023.
11. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de fremanezumab (Ajovy®) en la profilaxis de migraña. IPT 11/2020 V1. [Enlace: <https://www.aemps.gob.es/informa/informes-de-posicionamiento-terapeutico/informede-posicionamiento-terapeutico-de-fremanezumab-ajovy-en-la-profilaxis-de-migrana-2/>].
12. Revista Clínica Española. Guía de recomendaciones para el tratamiento de la migraña en la práctica clínica. [Extracto con mención a Topiramato/Valproico y Migraña Crónica]. [Enlace: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-clinica-espanola-65-articulo-guia-recomendaciones-el-tratamiento-migrana-13101849?code=13pko5MN6CHyRgqlemnjiz0hBZISuDS&newsletter=true>].
13. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) de atogepant (Aquipta®) en la profilaxis de la migraña episódica. IPT-177/V1, 2024.
14. Ficha técnica de Aimovig (erenumab). Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1181293004/FT_1181293004.html
15. Ficha técnica de Emgality (galcanezumab). Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1181330001/FT_1181330001.html
16. Ficha técnica de Ajovy (fremanezumab). Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1191358001/FT_1191358001.html
17. Ficha técnica de Vyepti (eptinezumab). Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/vyepti-epar-product-information_es.pdf
18. Ficha Técnica de Vydura (rimegepant). Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/vydura-epar-product-information_es.pdf
19. Ficha técnica de Aquipta (atogepant). Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/aquipta-epar-product-information_es.pdf

bolcan

AUTORES

Javier Merino Alonso
SERVICIO DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Cristina Abad Cantero
SERVICIO DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Cristian Morales Hernández
SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Raquel Mesa Expósito
SERVICIO DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Violeta González Coello
SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA

Abián Muñoz García
SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL

Jenifer González Chávez
SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO NTRA. SRA. DE CANDELARIA

Marco Antonio Navarro Dávila
SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE CANARIAS

Margarita Pérez Pérez
SERVICIO DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Olaya Pedreira González
SERVICIO DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Edita: Dirección General de Programas Asistenciales
del Servicio Canario de la Salud.

ISSN: 1889 – 0938.

Depósito Legal: GC 1102 – 2008

Todas las publicaciones editadas se pueden consultar
a través de la Web del Servicio Canario de la Salud:

<http://goo.gl/VdDK4Y>



Comité editorial: Conformado por un equipo multidisciplinar de médicos y farmacéuticos del Servicio Canario de la Salud, además de colaboradores externos (médicos y/o farmacéuticos de Atención Primaria y Hospitalaria).

Presidente: Ignacio Carlos López Puech (Jefe de Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación).

Vocales: Cristina Abad Cantero (Farmacéutica de AP)
Diego Baño Coello (Inspector farmacéutico)
Fidelina de la Nuez Viera (Jefa de Sección de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación)
Armanda García Oliva (Farmacéutica de AP)
Elena Mercedes López Muñoz (Farmacéutica de AP)
Ana Teresa López Navarro (Farmacéutica de AP)
Ellen Martín Medina (Médico de AP)
Ángela Martín Morales (Inspectora farmacéutica)
Raquel Mesa Expósito (Especialista en Farmacia Hospitalaria)
Rafael Molero Gómez (Especialista en Farmacia Hospitalaria)
Margarita Pérez Pérez (Farmacéutica de AP)
Olaya Pedreira González (Especialista en Farmacia Hospitalaria)

Coordinador: Javier Merino Alonso
(Especialista en Farmacia Hospitalaria)