

Migraña

20

preguntas
que siempre
quisiste hacer
a tu neurólogo

Dr. Roberto Belvís Nieto
Dra. Sonia Santos Lasaosa

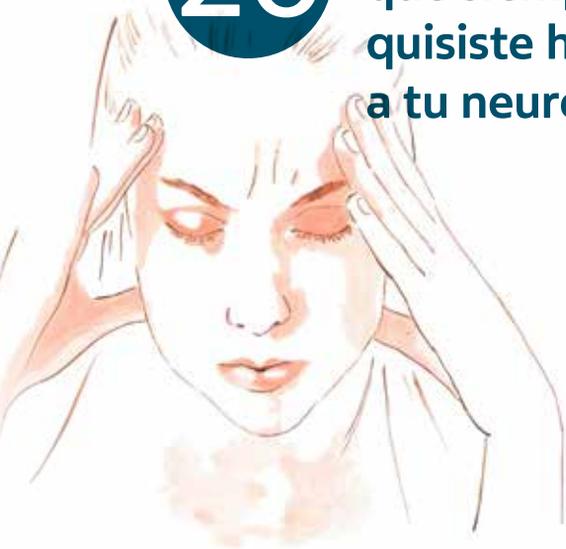
Con el aval de:



Migraña

20

preguntas
que siempre
quisiste hacer
a tu neurólogo



Dr. Roberto Belvís Nieto

Secretario del Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN (GECSSEN).
Unidad de Cefaleas y neurálgias. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Barcelona

Dra. Sonia Santos Lasaosa

Coordinadora del Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN (GECSSEN).
Unidad de Cefaleas. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.
Zaragoza. IIS-Aragón

Con el aval de:



© Los autores: Dra. Sonia Santos Lasaoa y Dr. Roberto Belvís Nieto

Diseño, realización y coordinación editorial:



Alberto Alcocer 13, 1.º D
28036 Madrid

Tel.: 91 353 33 70 • Fax: 91 353 33 73
www.imc-sa.es • imc@imc-sa.es

ISBN:

Depósito Legal:

Ni el propietario del copyright, ni el coordinador editorial, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ÍNDICE DE AUTORES

Dra. Alicia Alpuente Ruiz

Unidad de Cefaleas. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Migraine Adaptive Brain Program. Headache Clinical and Research Group. Vall d'Hebron Research Institute. Barcelona

Dra. Isabel Beltrán Blasco

Consulta de Cefaleas. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante

Dr. Javier Casas Limón

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Dra. María Luz Cuadrado Pérez

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Universidad Complutense de Madrid

Dr. Samuel Díaz Insa

Unidad de Cefaleas. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Dr. David Ezpeleta Echávarri

Hospital Universitario Quirónsalud Madrid. Hospital San Juan de Dios. Pamplona

Dra. Neus Fabregat Fabra

Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología. Hospital Plató. Barcelona

Dra. Ana Gago Veiga

Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria Princesa. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid

Dr. David García Azorín

Unidad de Cefaleas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Dr. Juan Carlos García-Moncó

Jefe de Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao

Dr. Ángel Gómez Camello

Consulta de Cefaleas. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

Dr. Eugenio Gómez Ontañón

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

Dra. Lidia Gómez Vicente

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Quirónsalud Madrid

Dra. Carmen González Oria

Jefa de Sección de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Dr. Vicente González Quintanilla

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Dra. Nuria González-García

Unidad de Cefaleas. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Dr. Ángel L. Guerrero Peral

Unidad de Cefaleas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Dra. Amparo Guillem Mesado

Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid

Dr. Mariano Huerta Villanueva

Jefe de Sección Unidad de Cefaleas. Hospital de Viladecans. Barcelona

Dr. Fernando Iglesias Díez

Unidad de Cefaleas. Hospital Universitario de Burgos

Dr. Pablo Irimia Sieira

Departamento de Neurología. Clínica
Universidad de Navarra. Pamplona

Dra. Carmen M. Jurado Cobo

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

Dr. José Miguel Láinez Andrés

Unidad de Cefaleas. Hospital Clínic
Universitari. Valencia

Dr. Germán Latorre González

Hospital Universitario de Fuenlabrada.
Madrid. Universidad Rey Juan Carlos.
Madrid

Dra. Ana Carolina López-Veloso

Servicio de Neurología. Hospital
Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
Las Palmas de Gran Canaria

Dra. Natàlia Mas Sala

Hospital Universitario Sant Joan de Déu
Fundación Althaia. Manresa. Barcelona

Dr. Vicente Medrano Martínez

Consulta de Cefaleas. Servicio de
Neurología. Hospital General Universitario
Virgen de la Salud. Elda. Alicante

Dra. Ane Mínguez Olaondo

Servicio de Neurología. Hospital Donostia.
San Sebastián

Dr. Francisco José Molina Martínez

Servicio de Neurología. Hospital
Universitario Son Espases. Palma de
Mallorca

Dra. Noemí Morollón Sánchez-Mateos

Unidad de Cefaleas y Neuralgias. Hospital
de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

Dra. Elsa Parreira

Neurologist (Neurology Consultant)
at the Neurology Department and
Coordinator of the Headache Centre.
Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca.
Amadora. Portugal

Dra. Isabel Pavão Martins

Professor of Neurology. Faculty of
Medicine and Instituto de Medicina
Molecular. University of Lisbon. Portugal.
Consultant Neurologist (CHLN).
Hospital de Santa Maria. Lisboa

Dr. Julio Pascual Gómez

Unidad de Cefaleas. Servicio de
Neurología. Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla. Santander

Dr. Jesús Porta-Etessam

Servicio de Neurología. Hospital
Clínico San Carlos. Madrid. Universidad
Complutense de Madrid

Dr. Jaime Rodríguez Vico

Médico Adjunto de Neurología.
Coordinador de la Unidad de Cefaleas.
Servicio de Neurología. Fundación
Jiménez Díaz. Madrid

Dr. Jordi Sanahuja Montesinos

Servicio de Neurología. Hospital
Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Dr. José María Sánchez Álvarez

Servicio de Neurología. Hospital
Universitario Central de Asturias. Oviedo

Dra. Margarita Sánchez del Río

Servicio de Neurología. Clínica Universidad
de Navarra. Madrid

Dra. Marta Torres-Ferrús

Unidad de Cefaleas. Hospital Universitario
Vall d'Hebron. Migraine Adaptive Brain
Program. Headache Clinical and Research
Group. Vall d'Hebron Research Institute.
Barcelona

Dr. Francisco Viguera Molina

Consulta de Cefaleas. Servicio de
Neurología. Unidad de Gestión Clínica
de Neurociencias. Hospital Universitario
Virgen Macarena. Sevilla

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

página 7

PRÓLOGO

página 8

INTRODUCCIÓN

página 9

- 1 ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA MIGRAÑA?
página 10
- 2 ¿ES TAN FRECUENTE E IMPACTANTE LA MIGRAÑA COMO SE DICE?
página 13
- 3 ¿QUIÉN TIENE QUE VISITARME? ¿NECESITO UNA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC) O UNA RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)?
página 16
- 4 SI NO TENGO NINGUNA LESIÓN EN EL CEREBRO, ¿EN QUÉ CONSISTE EXACTAMENTE LA MIGRAÑA?
página 18
- 5 ¿MIS HIJOS HEREDARÁN LA MIGRAÑA?
página 22
- 6 ¿ME ACOMPAÑARÁ LA MIGRAÑA TODA MI VIDA?
página 25

- 7 ¿TIENE RIESGOS LA MIGRAÑA?
página 28
- 8 ¿TAN PERJUDICIAL ES EL ESTRÉS EN LA MIGRAÑA?
página 32
- 9 ¿POR QUÉ HAY UNA ASOCIACIÓN DIRECTA ENTRE MIGRAÑA Y MENSTRUACIÓN?
página 35
- 10 ¿PUEDO TOMAR ANTICONCEPTIVOS?
página 37
- 10 ¿POR QUÉ INSISTE TANTO EL MÉDICO EN QUE HAGA ACTIVIDAD FÍSICA Y DUERMA BIEN?
página 39
- 11 CAFÉ, CHOCOLATE, ALCOHOL, QUESO, VINO... ¿PUEDO O NO PUEDO TOMARLOS?
página 43
- 12 ¿ES CIERTO QUE EL CLIMA AFECTA A LA MIGRAÑA?
página 47
- 13 ¿CÓMO SE TRATA EL DOLOR DEL ATAQUE DE MIGRAÑA?
página 50

14 ¿POR QUÉ NO ES ACONSEJABLE QUE ABUSE DE LOS ANALGÉSICOS?

página 54

15 ¿CUÁNDO TENGO QUE IR A URGENCIAS?

página 57

16 ¿SON EFECTIVOS LOS TRATAMIENTOS PREVENTIVOS PARA NO TENER MIGRAÑA?

página 60

17 ¿POR QUÉ UTILIZAMOS LA TOXINA BOTULÍNICA (BOTOX®) EN MIGRAÑA?

página 63

18 Y AHORA... ¿ANTICUERPOS CONTRA LA MIGRAÑA?

página 67

19 ¿SOLO HAY MEDICAMENTOS? ¿HAY TERAPIAS ALTERNATIVAS EFICACES?

página 71

20 ¿ES PELIGROSA LA MIGRAÑA PARA MI EMBARAZO Y LACTANCIA?

página 74

○ ¿PUEDO TOMAR ALGÚN MEDICAMENTO?

página 76

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

página 79

PRESENTACIÓN

La migraña es la cefalea que, con mucha diferencia, condiciona la mayoría de las consultas que los neurólogos vemos en nuestra práctica asistencial.

Los objetivos fundamentales de la consulta neurológica en los pacientes migrañosos son realizar un diagnóstico apropiado, explicar las características y evolución de su enfermedad, recomendar un tratamiento adecuado y personalizado para cada paciente y educarlos acerca de cómo vivir con la migraña y cómo reducir el número de ataques con determinados cambios en el estilo de vida.

En muchas ocasiones, debido al gran número de pacientes citados en las consultas para evitar las largas listas de espera, la disponibilidad de tiempo del neurólogo es limitada y su actividad se concentra en establecer un diagnóstico apropiado e indicar el tratamiento idóneo para cada paciente.

Sin embargo, el paciente necesita conocer muchos aspectos de la enfermedad que le van a ayudar a abordarla mejor. La mayoría de nuestros migrañosos necesitan entender mejor su migraña para poder convivir adecuadamente con ella y mejorar su calidad de vida.

En esta monografía se dan respuesta a las preguntas más habituales que nos plantean nuestros pacientes en la consulta. Algunas relacionadas con el diagnóstico, con la necesidad de exploraciones radiológicas o con la herencia. Se dedica un esfuerzo a intentar responder a la relación de los diferentes factores desencadenantes de los ataques y se abordan múltiples aspectos relacionados con el tratamiento, incluyendo las nuevas terapias.

Por todo ello, creo que es un documento que va a ser muy útil para los neurólogos, porque nos va ayudar a dar respuesta, de modo sencillo y comprensible, a la mayoría de las cuestiones. Pero, sobre todo, va ser muy importante para ayudar a nuestros pacientes, que podrán encontrar respuestas claras a sus inquietudes sobre su migraña. No tengo duda de que un mejor conocimiento de su enfermedad va a contribuir a disminuir las consecuencias de la misma y a reducir la discapacidad que produce.

José Miguel Láinez Andrés

Presidente de la Sociedad Española de Neurología

PRÓLOGO

La migraña es mucho más que un simple dolor de cabeza. Es una enfermedad neurológica que impacta y condiciona la vida de más de cuatro millones de españoles. A pesar del elevado número de personas que la sufrimos, es una enfermedad infradiagnosticada y, en muchos casos, infravalorada y rodeada de incomprensión e incertidumbre para los que la padecemos

La información es primordial para quienes vivimos con migraña. Nos surgen muchos interrogantes en el transcurso de las diferentes etapas vitales y de la enfermedad que no siempre hemos preguntado ni siempre hemos obtenido una respuesta. Una información adecuada nos permite entender qué nos pasa y nos puede ayudar a manejar la migraña para conseguir mejorar nuestra calidad de vida.

Desde la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE) celebramos la publicación de “Las 20 preguntas que siempre quisiste hacer a tu neurólogo”, una iniciativa de los propios neurólogos, que cuenta con el apoyo de TEVA, conscientes también de la importancia de ofrecer información de calidad a los pacientes. Es una herramienta muy útil, sencilla y ágil que, sin duda, va a ayudar a las personas con migraña en España a convivir mejor con la enfermedad y sus consecuencias.

Isabel Colomina

Presidenta de AEMICE

INTRODUCCIÓN

La migraña es la segunda enfermedad más discapacitante a nivel mundial, con un elevado impacto en la esfera familiar, laboral, social y personal. Atender bien a nuestros pacientes, escucharles y pautar el tratamiento más adecuado para aliviar su dolor forma parte de nuestro día a día. Sin embargo, somos conscientes de que, en muchas ocasiones, bien por la elevada carga asistencial o por no disponer de suficiente tiempo, no somos capaces de prestar la mejor atención, y dejamos muchas dudas sin resolver.

Por estas y otras muchas razones, surge esta iniciativa. Nuestro objetivo es dar respuesta a las preguntas que siempre habéis querido formular, a vuestras preguntas. Y lo hacemos en un lenguaje cercano, sencillo, espontáneo.

Este libro se ha estructurado en 20 preguntas que, de forma repetida, surgen en nuestro día a día. Colaboran profesionales del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología y de la AEMICE, y lo hacen con la ilusión y la certeza de poder ayudar al paciente, y a su entorno más cercano, a comprender un poco mejor su enfermedad.

Nuestro agradecimiento a TEVA por su inestimable apoyo logístico y su implicación en el proyecto, sin su ayuda no hubiera sido posible su realización.

A partir de esta página, son los pacientes los que juzgarán si lo hemos conseguido, ya que este es un libro escrito por y para ellos.

Dr. Roberto Belvís Nieto

Dra. Sonia Santos Lasaosa

1

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA LA MIGRAÑA?

Dra. Isabel Beltrán Blasco

Consulta de Cefaleas. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario de Alicante

Dr. Vicente Medrano Martínez

Consulta de Cefaleas. Servicio de Neurología. Hospital General Universitario Virgen de la Salud. Elda. Alicante



La migraña es una enfermedad que se caracteriza por la aparición repetida de dolores de cabeza (cefaleas) con unas determinadas características que las hace bastante típicas.

Predomina en mujeres con respecto a los varones y suele iniciarse en la infancia o adolescencia (la mayoría antes de los 30 años), aunque puede aparecer a cualquier edad, siendo más infrecuente (pero no excepcional) que empiece después de los 50 años.

Su diagnóstico se basa fundamentalmente en la historia clínica, que en la mayoría de los casos suele ser suficiente.

¿QUÉ DATOS CLÍNICOS SON IMPORTANTES?

- Antecedentes familiares de cefaleas similares.
- Situaciones o factores que suelen desencadenar las cefaleas: cambios meteorológicos, falta o exceso de sueño, estrés, alcohol, menstruación...

- Síntomas que preceden a los dolores: bostezos, cambios de humor, retención de líquidos, avidez por comer...

CLAVES DIAGNÓSTICAS

- Duración: las cefaleas, si no se tratan, duran entre 4 y 72 horas (en niños y adolescentes pueden ser más cortas).
- Localización: suele doler un lado de la cabeza, muchas veces alrededor de un ojo, aunque pueden localizarse en la nuca y parte posterior de la cabeza, la frente y también en todo el cráneo.
- El tipo de dolor es variable, pues con frecuencia es opresivo y/o punzante, pero la mayoría lo describen como un latido o pulso (pulsátil).
- La intensidad de las cefaleas suele ser moderada o grave; muchas empiezan con dolor leve, que se incrementa progresivamente, pero otras son intensas desde el inicio.
- La actividad física habitual (andar, subir escaleras, inclinar la cabeza...) suele agravarlas. Por ello, los pacientes tienden a querer reposo.
- Síntomas acompañantes frecuentes: náuseas y/o vómitos y fotofobia/fonofobia (menor tolerancia a la luz y al ruido).
- La exploración neurológica o los síntomas no indican otra causa para el dolor. No ha de haber síntomas de alarma y el examen físico ha de ser normal.

No todos los ataques de migraña han de ser necesariamente iguales o cumplir todos los puntos arriba descritos, pero la mayoría producen algún grado de discapacidad, no solo por la intensidad del dolor, sino también por los síntomas acompañantes (enlentecimiento mental, fatiga, malestar digestivo, desánimo...).

Aproximadamente, el 20 % de los pacientes presentan síntomas antes o durante el ataque de migraña, lo que se conoce como migraña con aura. Los más frecuentes son los visuales (luces, líneas, zigzag, pérdida

de visión), seguidos de los sensitivos (hormigueos o adormecimiento en mano, cara y lengua) y, a veces, del lenguaje (dificultad para hablar, cambio de palabras).

¿ES NECESARIO HACERSE ALGUNA PRUEBA?

El diagnóstico de la migraña es puramente clínico. Ni en los test de laboratorio ni en los estudios de tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) o electroencefalograma aparecen hallazgos que permitan el diagnóstico de migraña.

El uso rutinario de pruebas complementarias no está justificado para el diagnóstico, de acuerdo con la evidencia científica disponible en la actualidad. Como norma general, en los pacientes con migraña, si en la historia clínica no se ha recogido ninguno de los síntomas de alarma y la exploración neurológica es normal, no es necesaria la realización de pruebas complementarias.

¿EN QUÉ MOMENTO EL NEURÓLOGO SOLICITARÁ ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y QUÉ TIPO DE ESTUDIOS?

De forma muy ocasional, para confirmar la presencia de otras enfermedades concomitantes que pueden cursar como agravantes (que no como causantes de la migraña), el neurólogo puede solicitar la realización de diversas **pruebas complementarias: análisis de laboratorio, evaluación oftalmológica, evaluación psiquiátrica, pruebas de sueño y TC/RM cerebral.**

Sin embargo, el miedo a padecer una lesión cerebral asusta con frecuencia a los pacientes y constituye en ocasiones la indicación para la realización de una prueba de imagen cerebral, pero con mucha frecuencia el hallazgo de anomalías en dichas pruebas no se relaciona directamente con la presencia de migraña y muy pocas veces altera la actitud médica. Estos hallazgos incidentales, por el contrario, pueden incrementar innecesariamente la ansiedad inicial del paciente.

En conclusión, las pruebas complementarias en pacientes con migraña no están indicadas para el diagnóstico, sino para excluir otras condiciones en caso de signos de alarma o una exploración neurológica patológica.

2

¿ES TAN FRECUENTE E IMPACTANTE LA MIGRAÑA COMO SE DICE?

Dra. María Luz Cuadrado Pérez
y Dr. Jesús Porta-Etessam

Servicio de Neurología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.
Universidad Complutense de Madrid



La migraña es una de las enfermedades más frecuentes, tanto en los países desarrollados como en los países de rentas más bajas. Se estima que alrededor de un 18 % de la población padece o ha padecido episodios de migraña en algún momento de su vida, es decir, casi una de cada cinco personas, y que el 14 %, aproximadamente, ha tenido episodios de migraña en el último año. Además, entre el 1 y el 5 % de la población tiene una forma de migraña que se presenta con dolores de cabeza más de la mitad de los días del mes, lo que se conoce como migraña crónica. Esta forma de migraña suele aparecer en personas que previamente tenían una migraña más esporádica.

Aunque la migraña afecta tanto a los hombres como a las mujeres, se trata de un problema predominantemente femenino. Las mujeres sufren migraña 2-3 veces más que los hombres. Las diferencias entre mujeres y hombres son especialmente marcadas en las edades comprendidas entre los 15 y los 50 años, que generalmente son las edades más productivas y fundamentales para el crecimiento personal y profesional. Para la migraña crónica (la forma de migraña con más días de dolor), las diferencias entre ambos géneros son aún más importantes, puesto que las mujeres la presentan 3-4 veces más que los hombres.

La migraña supone un alto número de visitas al médico de Atención Primaria y al neurólogo, así como un número importante de visitas a los Servicios de Urgencias. Aun así, son muchas las personas afectadas por migraña que no acuden al médico o que no reciben una atención adecuada. En uno de los mayores estudios epidemiológicos realizados en nuestro país, se pudo comprobar que un tercio de las personas con síntomas característicos de migraña no habían sido diagnosticadas y no sabían que tenían migraña. El retraso en el diagnóstico supone un riesgo de automedicación y de desarrollo de cuadros asociados, como depresión, ansiedad o problemas de sueño, factores que, además, pueden facilitar que una persona con migraña episódica empeore y pase a tener una migraña crónica.

Las manifestaciones de la migraña van más allá del dolor de cabeza. Típicamente los episodios de migraña se acompañan de náuseas o vómitos y de intolerancia a los estímulos ambientales, que pueden resultar tan molestos como el propio dolor. También hay pacientes que tienen auras incapacitantes, visuales, sensitivas y de otros tipos. Además, antes del aura o del dolor de cabeza, muchos pacientes experimentan síntomas prodrómicos, como somnolencia, hambre, falta de concentración o cambios de humor. Por otra parte, una vez que ha desaparecido la cefalea, el paciente puede permanecer con cansancio, somnolencia, falta de concentración u otros síntomas durante varias horas. Incluso entre los ataques, las personas con migraña pueden no estar completamente asintomáticas. Por ejemplo, no es infrecuente que noten hipersensibilidad a las luces, los ruidos u otros estímulos, incluso en los días que no tienen dolor. Además,

entre los episodios de dolor los pacientes pueden estar afectados por el miedo a tener nuevos episodios. A esto hay que sumar las consecuencias del consumo de fármacos y de otras enfermedades que pueden acompañar a la migraña. Todos estos aspectos inciden necesariamente en los estudios, el trabajo, la vida familiar, el ocio y las relaciones sociales.

La migraña se asocia con una gran discapacidad y con reducción de la calidad de vida. Si se considera el parámetro de “años perdidos por discapacidad” en el conjunto de la población, la migraña es la primera causa de discapacidad entre todas las enfermedades neurológicas y la segunda entre todas las enfermedades, por detrás del dolor lumbar.

Independientemente de cuáles sean las repercusiones de la migraña en la población, es muy importante tener en cuenta las consecuencias individuales. Para la persona afectada por migraña no es raro que el dolor se convierta en el foco principal de su vida diaria y que condicione sus hábitos de vida. El impacto es alto en el ámbito académico y laboral, donde las personas con migraña no siempre encuentran suficiente comprensión. En ocasiones no pueden ir a trabajar y tienen que pedir la baja o, lo que es más frecuente, aun acudiendo a trabajar, ven que su rendimiento disminuye. Por lo general, su rendimiento global es bueno, pero a veces optan por renunciar a puestos de mayor responsabilidad por la inseguridad que les genera la propia migraña. El impacto en el ámbito social y familiar puede ser aún más alto. De hecho, las personas con migraña tienden a sacrificar más la vida familiar y social que las obligaciones académicas y laborales. Es frecuente que dejen de participar en reuniones sociales o familiares por miedo a tener un ataque de migraña.

La migraña no solo repercute en los pacientes, también puede afectar de forma significativa a sus familias. Según los propios pacientes y sus parejas, la migraña supone una limitación en las actividades domésticas y de ocio, y tiene consecuencias importantes en las relaciones de pareja y en la interacción con los hijos. Por otra parte, se ha comprobado que los hijos adolescentes pueden percibir que la migraña de sus padres tiene un impacto negativo en sus propias vidas.

3

¿QUIÉN TIENE QUE VISITARME? ¿NECESITO UNA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC) O UNA RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)?

Dra. Carmen González Oria

Jefa de Sección de Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Dra. Carmen M. Jurado Cobo

Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba



¿QUIÉN TIENE QUE VISITARME?

La migraña se diferencia en tres categorías, según la frecuencia de cefaleas que usted presente al mes. Si padece menos de 8 días de migraña mensuales, tiene una migraña episódica de baja frecuencia (MEBF); si tiene entre 8 y 14 días de cefalea al mes, es una migraña episódica de alta frecuencia (MEAF), y a partir de 15 días al mes, tiene una migraña crónica (MC). Si usted tiene una MEBF, puede ser atendido por su médico de Atención Primaria (MAP), que debe prescribirle

tratamiento preventivo para disminuir la frecuencia de sus ataques y el tratamiento sintomático adecuado para que estos ataques duren el menor tiempo posible.

Si su MAP no consigue mejorarla, le derivará al neurólogo general, que, de forma similar, usará otros tratamientos preventivos solos o combinados. Si su evolución no es la adecuada y requiere el uso de medicaciones más específicas, como la toxina botulínica o anticuerpos monoclonales contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (anti-CGRP), el neurólogo lo derivará a una Unidad de Cefaleas.

¿NECESITO UNA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC) O UNA RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)?

La migraña tiene un diagnóstico clínico, es decir, el médico de Atención Primaria o el neurólogo le diagnosticará con la historia clínica y tras la exploración física.

Si usted ha tenido, al menos, cinco episodios de cefaleas que cumplan dos de las siguientes características: dolor pulsátil o como un corazón que late, que afecta generalmente a un lado de la cabeza, aunque puede afectar a los dos lados, de intensidad moderada o grave, y que impide hacer actividad física o que empeora al realizarla, y que, además, se acompañe de uno de los siguientes síntomas durante la cefalea: náuseas y/o vómitos o molestias a la luz o al ruido, usted tiene una migraña (siempre que la exploración física sea normal y su médico no lo atribuya a otra causa). No sería necesario, por tanto, realizarle una prueba para su diagnóstico.

¿CUÁNDO TENDRÍAN QUE HACERLE UNA PRUEBA DE IMAGEN?

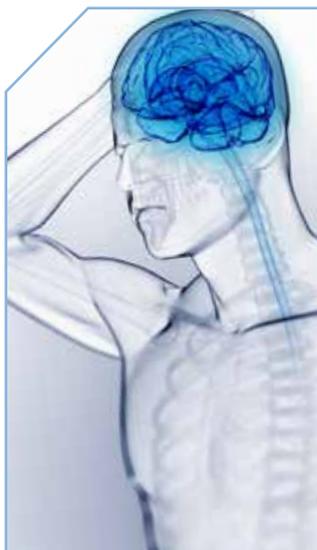
- Si tiene un primer episodio de migraña con aura, es decir, una cefalea como la descrita, que se precede de sintomatología neurológica transitoria.
- Si estos episodios que se repiten (auras) son más prolongados.
- Si ocurren siempre en el mismo lado.
- Si usted refiere que ha tenido cambios en la frecuencia e intensidad de sus cefaleas.
- Si la cefalea se acompaña de desmayos.
- Si le genera ansiedad tener un diagnóstico diferente al que le está dando su médico.

4

SI NO TENGO NINGUNA LESIÓN EN EL CEREBRO, ¿EN QUÉ CONSISTE EXACTAMENTE LA MIGRAÑA?

**Dra. Marta Torres-Ferrús
y Dra. Alicia Alpuente Ruiz**

Unidad de Cefaleas. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Migraine Adaptive Brain Program. Headache Clinical and Research Group. Vall d'Hebron Research Institute. Barcelona



Debemos entender que la migraña es una enfermedad neurológica que se manifiesta en forma de episodios o ataques incapacitantes de dolor de cabeza que se acompañan de síntomas como la sensibilidad a la luz y a los sonidos, náuseas, vómitos o cambios en la capacidad de concentración o el ánimo. Es una enfermedad crónica; por tanto, la persona que la sufre puede presentar ataques a lo largo de toda su vida, pero la frecuencia de los ataques y sus características pueden variar y verse influenciadas por varios factores tanto personales como del entorno a lo largo de la vida.

Es muy probable que su causa u origen sea genético. Es habitual que la migraña afecte a más de un miembro de la familia y, según los estudios, los familiares de personas con migraña tienen 4 veces más riesgo de sufrirla. En casos poco comunes de migraña hemipléjica familiar, en la que las personas sufren ataques con debilidad motora y otros síntomas, se han descrito mutaciones en genes que

regulan la excitabilidad de las neuronas. No es así para la mayoría de personas con migraña en las que, según los resultados de estudios de genoma, se sospecha que puedan tener cambios menores en varios genes involucrados en la regulación de procesos, sobre todo neuronales y vasculares, que, junto con la interacción con estilos de vida o factores ambientales, aumentan el riesgo de sufrir ataques de migraña.

PERO, ¿QUÉ PASA EN EL CEREBRO DURANTE LOS ATAQUES DE MIGRAÑA?

Esta es una pregunta que la comunidad científica no ha resuelto totalmente, pero de la que ya tenemos mucha información. Lo primero que sucede durante el ataque de migraña es que se activan ciertas áreas cerebrales, como el hipotálamo, una estructura clave que se encarga del control de los ritmos biológicos, y que explicaría por qué algunas personas pueden notar síntomas como fatiga, cambios de humor, apetito o sueño las horas/días previos a que se inicie el dolor de cabeza. Además, la activación del hipotálamo podría facilitar o amplificar la transmisión del dolor durante el ataque.

El dolor de cabeza aparece cuando se activa el sistema trigemino-vascular, formado por los receptores de dolor situados en torno a los vasos sanguíneos de las meninges que envuelven el cerebro. Este sistema se activa a partir de la liberación de sustancias como el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP), entre otros, que activan los vasos sanguíneos meníngeos, produciendo su dilatación y generando una reacción inflamatoria que sensibiliza a los receptores del dolor. Este fenómeno explica por qué el dolor de cabeza es pulsátil y empeora con el movimiento, ya que los receptores de dolor de las meninges se vuelven más sensibles y transforman estímulos “normales”, como el latir de las arterias o movimientos de la cabeza, como señales de dolor. El nervio trigémino conduce la información desde las meninges hasta el tronco del encéfalo y las estructuras cerebrales que se encargan de procesar la señal de dolor, como el tálamo, el hipotálamo, y finalmente la señal llega a las áreas de la corteza

cerebral que hacen el dolor consciente, localizado, y lo asocian a una reacción emocional. A su vez, todas estas estructuras cerebrales pueden sensibilizarse, es decir, se produce un aumento de la actividad de las neuronas y responden de forma exagerada a estímulos cefálicos y corporales inocuos. Así, durante el ataque de migraña pueden percibirse como dolorosos determinados estímulos táctiles, como apoyar la cabeza o llevar gafas o ropa ajustada. A este fenómeno se le denomina alodinia.

Además de un sistema que se vuelve más sensible a los estímulos dolorosos, otro mecanismo que parece que disfunciona es el sistema que debería modular e inhibir el dolor. El sistema trigeminovascular, que procesa el dolor de cabeza, está sujeto a un potente sistema de modulación. Es especialmente relevante la función de una estructura llamada sustancia gris periacueductal, que, en condiciones normales, debería encargarse de inhibir la señal de dolor, pero que parece que su activación persistente durante los ataques de migraña tiene un efecto contrario, facilitando la transmisión del dolor.

Probablemente, el dolor de cabeza sea uno de los síntomas más molestos, pero durante el ataque de migraña, además del dolor, la persona sufre muchos otros síntomas que también contribuyen de forma significativa a la discapacidad. El sistema trigeminovascular tiene conexiones con estructuras cerebrales que pueden mediar respuestas como una mayor sensibilidad a los estímulos, síntomas gastrointestinales, como náuseas o vómitos, o síntomas autonómicos, como ojo rojo, lagrimeo, congestión nasal o hinchazón en los ojos. La sensibilidad a la luz o fotofobia es uno de los síntomas más típicos. Los estudios sugieren que la fotofobia está provocada por un procesamiento anormal de la señal luminosa por estructuras del tálamo y la corteza visual, que además convergen con las vías de dolor, lo que explica que el dolor de cabeza pueda empeorar por la luz. Otros síntomas típicos que acompañan al dolor, como las náuseas o los vómitos, aparecerían por la activación de estructuras que activan el reflejo nauseoso y del sistema parasimpático, que disminuye la motilidad gástrica.

Una pregunta clave que nos queda por responder es: ¿qué mecanismo concreto “enciende” esta cascada? En un 30 % de los pacientes,

antes de la fase de dolor, se produce el aura, que consiste en síntomas neurológicos transitorios, habitualmente visuales (visión de luces, pérdida de visión en forma de mancha...), sensitivos (hormigueos) o del lenguaje (pérdida de la capacidad para formar palabras). Se ha demostrado que estos síntomas se producen porque se genera una señal eléctrica que se propaga lentamente por la corteza cerebral y genera un cese temporal de la actividad de las neuronas. Este fenómeno se llama depresión cortical propagada, que, además de producir el aura, podría activar el sistema trigeminovascular y, por tanto, desencadenar el dolor. Pero no todos los pacientes tienen aura o no tienen aura en todos los ataques, por tanto, sospechamos o bien que pueda haber fenómenos de depresión cortical propagada que no dan síntomas y que activen la cascada del dolor, o bien, lo más probable, que existan otros mecanismos que puedan activar el sistema.

Como hemos explicado, la genética determina que las personas con migraña tengan un cerebro predispuesto a presentar episodios en los que, en el cerebro, las meninges y el nervio trigémino, estén sucediendo numerosas reacciones que acaban generando el dolor y el resto de manifestaciones. Estas reacciones no generan ninguna lesión o “cicatriz” en el cerebro, lo que explica por qué, cuando se realizan pruebas de imagen como tomografía axial computarizada (TC) o resonancia magnética, la estructura del cerebro es normal. La migraña es una enfermedad de la función del cerebro y, a día de hoy, las pruebas de rutina realizadas en los hospitales no son capaces de ver estos cambios de la función cerebral, por lo que actualmente el diagnóstico de migraña se basa en las características clínicas del dolor que son muy típicas y sensibles.

En el ámbito de la investigación se están desarrollando técnicas que permitan evaluar los cambios funcionales del cerebro, cambios genéticos o de moléculas sanguíneas, o incluso técnicas que midan la actividad eléctrica cerebral, para poder encontrar un biomarcador de la migraña que nos ayude a confirmar el diagnóstico clínico y que, además, ayudaría a la aceptación de la enfermedad por parte del paciente y a la reducción del estigma a nivel social.

5

¿MIS HIJOS HEREDARÁN LA MIGRAÑA?

Dr. Ángel L. Guerrero Peral y Dr. David García Azorín

Unidad de Cefaleas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid



Todos tenemos un material genético heredado de nuestros padres. Ese material lo podemos imaginar como una biblioteca compuesta de 46 gruesos volúmenes que serían los cromosomas: estos se colocan en nuestra biblioteca en parejas, de forma que uno de los volúmenes de cada pareja proviene de nuestra madre y el otro de nuestro padre. Hay dos volúmenes especiales, que son los cromosomas X e Y, que marcan las diferencias entre un hombre y una mujer.

Cada uno de los volúmenes tiene múltiples páginas con un texto lineal codificado en el que se repiten cuatro signos (G, C, A y T), que son las cuatro bases nitrogenadas (guanina, citosina, adenina y timina), que se emparejan formando pares de bases. Este texto tan extenso se simplifica con “sílabas” de tres pares de bases, que son los aminoácidos, y “palabras”, combinaciones de aminoácidos que serán las proteínas. Las células de nuestro organismo tienen la capacidad, como si fueran una máquina de descifrado de códigos, de interpretar ese texto.

En ocasiones, las “palabras” de nuestro código genético están equivocadas y la información que expresan es errónea, de forma que o no se producen determinadas proteínas o se hacen en cantidad insuficiente

o en variantes que no pueden ejercer su función. A estas alteraciones las llamamos mutaciones. Esa información errónea proviene de nuestro padre o de nuestra madre y puede producir enfermedades. Pueden localizarse en los cromosomas sexuales (enfermedades ligadas al sexo) o en los otros 44 (llamadas enfermedades autosómicas). En ocasiones, para que se manifieste una enfermedad basta con que tengamos información errónea de uno de nuestros progenitores (enfermedades dominantes), o bien que provenga tanto de nuestro padre como de nuestra madre (enfermedades recesivas). En estas últimas, si solo tenemos información errónea de uno de nuestros progenitores, no padeceremos la enfermedad, pero seremos portadores, de forma que, si nuestra pareja tiene también esa información errónea, nuestros hijos podrán padecer la enfermedad.

Hay una variante de migraña que se transmite así, con este tipo de herencia que se denomina mendeliana (por Mendel, su descubridor). Se trata de la migraña hemipléjica familiar, que se hereda con un patrón autosómico dominante; es decir, que si la padecemos, e independientemente de nuestro género o el de nuestros hijos, nuestros descendientes tendrán alrededor del 50 % de posibilidades de padecerla. Se han descrito tres tipos de migraña hemipléjica familiar, y sabemos que la información errónea se localiza, respectivamente, en los cromosomas 19, 1 y 2; conocemos, además, los mecanismos por los que estas alteraciones genéticas producen migraña. Y, si las buscamos, tenemos muchas posibilidades de detectar las “palabras” cambiadas en nuestra biblioteca. Hay que decir que los síntomas de la migraña hemipléjica familiar son muy característicos (a los neurólogos nos cuesta poco pensar en esta forma de migraña) y se trata de una entidad muy poco frecuente.

En la mayor parte de los casos, la herencia de la migraña, como de muchas otras enfermedades, no es mendeliana, sino multifactorial. La enfermedad se desarrolla como consecuencia de la acción conjunta de varios genes, además de su interacción con diferentes factores del ambiente que rodean al individuo. Teniendo en cuenta que la frecuencia de migraña está en torno al 7 % en varones y al 16 % en mujeres, la posibilidad de que los hijos de migrañosos padezcan migraña se

multiplica casi por 2 (un poco más si el migrañoso es el padre), y hasta por 4 en pacientes con migraña con aura. Se ha demostrado que la transmisión de la migraña de padres a hijos depende, más o menos a partes iguales, de múltiples genes (diferentes palabras en cualquiera de los volúmenes de nuestra biblioteca genética) que generan una susceptibilidad a padecer ataques de migraña en relación con múltiples cambios ambientales, que pueden ser internos (por ejemplo, cambios hormonales) o externos. Por tanto, hoy no tiene sentido analizar el genoma de los pacientes migrañosos o de sus hijos fuera de los casos de migraña hemipléjica familiar. Habría demasiadas “palabras” por explorar y tampoco tendríamos clara la significación de las alteraciones en algunas de ellas.

En las enfermedades con herencia multifactorial se estudian polimorfismos, que son variaciones en el material genético presentes en la población con mayor frecuencia que las mutaciones. En la migraña se ha estudiado la significación de centenares de polimorfismos en centenares de miles de migrañosos y sujetos que no padecen migraña. Estos estudios, llamados de asociación del genoma completo (su acrónimo en inglés es GWAS), son muy difíciles de interpretar y requieren de un análisis matemático extraordinariamente complejo. Ninguna de las “palabras alteradas”, ningún polimorfismo de los estudiados, se perfila en estos estudios como claramente más relevante a la hora de provocar migraña que el resto, si bien hemos aprendido mucho gracias a estos estudios acerca de cómo funciona el cerebro migrañoso.

Muchos grupos de investigación siguen trabajando intentando desentrañar la genética de la migraña. Un campo que podría ser de especial interés es la epigenética. La epigenética estudia los mecanismos por los que los cambios en el ambiente que nos rodea pueden dar lugar a modificaciones duraderas en cómo se expresa nuestra información genética, pero sin que haya cambio alguno en lo escrito en nuestra biblioteca. Estos cambios podrían ir en paralelo al empeoramiento de la migraña o incluso corregirse, si con el tratamiento conseguimos hacer mejorar a los pacientes.

Resumiendo, podremos calcular el riesgo que tienen sus hijos de padecer una migraña si usted padece una migraña hemipléjica familiar. Si lo suyo es una migraña no hemipléjica, es más probable que sus hijos también la sufran, pero no le podremos ayudar a predecir hasta qué punto. Y, quizá, en unos años, bien por tratamientos médicos o por consejos acerca del entorno, podremos facilitar que su información genética se exprese de tal forma que su migraña sea menos discapacitante.

6

¿ME ACOMPAÑARÁ LA MIGRAÑA TODA MI VIDA?

Dr. Mariano Huerta Villanueva

Jefe de Sección Unidad de Cefaleas. Hospital de Viladecans. Barcelona

Dr. David Ezpeleta Echávarri

Hospital Universitario Quirónsalud Madrid. Hospital San Juan de Dios. Pamplona



¿Me acompañará la migraña toda mi vida? ¿Cómo cambiará mi migraña a lo largo del tiempo? ¿Qué puedo hacer para controlar la migraña con los años? Tres preguntas que pertenecen a una misma categoría, pero son incuestionablemente distintas. En la primera domina la migraña, que aparece como algo ingobernable por el paciente. En la segunda hay un equilibrio, se mira cara a cara

a la migraña y se cuestiona si esta cambiará en el futuro. La tercera es la pregunta correcta, pues el paciente toma el mando y, lúcida-mente, habla de control y de años; es decir, hay actitud y voluntad (qué puedo hacer yo), hay dominio de la situación (controlar la migraña) y hay conocimiento sensato (no hay fórmulas mágicas, es un proceso que lleva su tiempo).

Tener actitud y determinación aumenta la probabilidad de éxito, más aún si se dispone de datos. Por ahora, no podemos dar respuestas individuales, no disponemos de información que nos permita predecir si la migraña acompañará toda la vida o no –y en qué grado– a una persona determinada: a usted. No obstante, disponemos de numerosos estudios clínicos que han investigado la incidencia de la migraña, su prevalencia y su historia natural, y cómo cambia a lo largo del tiempo en poblaciones homogéneas de personas. Y hay buenas noticias, un inmejorable punto de partida para afrontar con decisión el futuro a corto, medio y largo plazo.

La migraña es una enfermedad crónica que suele extenderse durante periodos prolongados de la vida. Ello se debe a la existencia de una predisposición condicionada de forma genética para presentar ataques de cefalea de forma repetida. Sin embargo, se conoce que su prevalencia (proporción de la población que tiene la enfermedad) disminuye con la edad, sobre todo en mujeres. Con el paso de los años, y especialmente tras la menopausia, la prevalencia de migraña en mujeres se reduce en gran medida dado el importante papel de las fluctuaciones cíclicas de las hormonas femeninas –los estrógenos– como desencadenantes de los ataques de dolor. La proporción entre mujeres y hombres con migraña tras la menopausia se reduce de 3:1 a 2:1. Puede afirmarse que muchas personas dejarán de tener migraña con los años. Aun así, casi una tercera parte de los sujetos con migraña seguirá padeciéndola en la sexta década de la vida e incluso más allá, pero de un modo diferente a la juventud, en general con ataques menos violentos, de síntomas menos definidos, con menos síntomas acompañantes y con una vivencia afectiva (sufrimiento) más tolerable.

El estudio epidemiológico PALM, realizado en España, obtuvo una prevalencia de migraña del 12,6 % de la población general, pero en

personas de 60 a 65 años solo era del 3,9 % en mujeres y del 1,5 % en hombres. Estudios realizados en otros países han observado similares proporciones de caída de la prevalencia de migraña en etapas tardías de la vida. Sin duda, los años domesticar a la migraña. Esto también es cierto cuando se manejan datos de incidencia (nuevos casos). La migraña puede iniciarse en la infancia, en la adolescencia y en la edad adulta, pero menos del 2 % de las migrañas debutan más allá de los 50 años de edad. Los seguimientos longitudinales también aportan datos en este sentido. En un estudio realizado en niños con migraña se observó que, tras 40 años de seguimiento, el 29 % de ellos había sufrido ataques de forma episódica desde la infancia y otro 22 % los seguía teniendo, pero con periodos de 2 o más años sin sufrirlos. Con todos estos datos en la mano, un paciente con migraña sabe que el tiempo juega a su favor. Con un diagnóstico y un tratamiento correctos, un estilo de vida saludable y otros consejos para evitar que la migraña se cronifique y empeore con el tiempo (aspectos que se tratan en otros apartados de esta obra), la pregunta no es si la migraña me acompañará toda la vida, sino cuándo dejará de hacerlo.

Se ha dicho más arriba que los ataques de migraña, la forma en que esta se manifiesta, también cambia con el tiempo. Con el paso de los años, aquellas personas que siguen teniendo migraña pueden experimentar cambios en las características de sus ataques, que suelen hacerse menos típicos si se comparan con los sufridos durante la juventud. El dolor es menos pulsátil y con más frecuencia es bilateral y de menor intensidad, por lo que en menos ocasiones es preciso hacer reposo, dormir durante los ataques o acudir a Urgencias. Sin embargo, en algunos pacientes dichos ataques pueden hacerse más frecuentes y prolongados, razón de más para emprender medidas correctoras desde la juventud y las edades medias de la vida. Los síntomas acompañantes de los ataques de migraña, como las náuseas, los vómitos o la intolerancia al ruido o a la luz, pierden protagonismo. En cambio, algunos pacientes desarrollan auras cuando antes no las habían presentado, e incluso puede ser la forma de debut más allá de los 50 años. Algunas personas pueden evolucionar a migraña crónica, es decir, padecer dolor de cabeza más de la mitad de los días mes tras mes.

Esto se asocia con una mayor frecuencia de ataques durante la vida, un uso excesivo de medicación sintomática en los ataques, sobrepeso, sedentarismo, trastornos afectivos y del sueño, un mal diagnóstico y tratamiento médico a lo largo de la vida y otros factores.

En conclusión, de todo lo dicho se infiere que el paciente con migraña es el principal responsable de su enfermedad y debe tener una actitud positiva, proactiva y combativa, y esto incluye desde procurarse la mejor atención médica posible hasta evitar los factores de riesgo modificables de progresión y cronificación que estén en su mano. El tiempo juega en contra de la migraña y el paciente debe saberlo y aprovecharse. Conocer la enfermedad es comenzar a controlarla.

7

¿TIENE RIESGOS LA MIGRAÑA?

Dr. Pablo Irimia Sieira

Departamento de Neurología. Clínica Universidad de Navarra.
Pamplona

Dra. Ane Mínguez Olaondo

Servicio de Neurología. Hospital Donostia. San Sebastián



INTRODUCCIÓN

Las personas que sufren migraña experimentan múltiples ataques de cefalea a lo largo de su vida y necesitan utilizar con frecuencia diferentes analgésicos. Una de las preocupaciones de los pacientes es la repercusión que puede tener la repetición de ataques de migraña sobre su cerebro y el riesgo de padecer otras enfermedades.

MIGRAÑA Y RIESGO VASCULAR

La migraña, especialmente la migraña con aura, se asocia con un mínimo aumento de riesgo de ictus e infarto de miocardio, de acuerdo con los datos obtenidos de diferentes estudios de investigación. Se estima que, entre las mujeres con migraña con aura, 8 de cada 100.000 están en riesgo de sufrir un ictus, es decir, un riesgo aumentado, pero muy pequeño. En pacientes con migraña con aura el riesgo de ictus aumenta más de 3 veces si la persona fuma o toma anticonceptivos orales, y más de 10 veces si simultáneamente fuma y además toma anticonceptivos. Por tanto, las mujeres con migraña, y especialmente aquellas que presenten aura, deberían evitar el tabaco, cuidar otros posibles factores de riesgo vascular y no se recomienda el uso de anticonceptivos orales que contengan combinaciones de estrógenos y progesterona. Finalmente, no es necesario prescribir aspirina u otros antiagregantes a las personas con migraña con aura para reducir el riesgo de ictus.

Por otro lado, algunos estudios han observado que en los pacientes con migraña existe una predisposición mayor a presentar pequeñas lesiones cerebrales en forma de pequeños infartos cerebrales y lesiones de sustancia blanca. En general, este tipo de lesiones no producen síntomas, son detectables únicamente mediante resonancia magnética, no progresan con los años y no tienen repercusión en la vida del paciente.

Se desconoce cuál es el mecanismo que explica este mínimo aumento del riesgo vascular. La hipótesis más extendida es que la migraña con aura favorece la aparición de un problema de coagulación o una disfunción en el tejido que tapiza la luz de todos los vasos sanguíneos (disfunción del endotelio de los vasos).

Otra de las preocupaciones de los pacientes es si el hecho de consumir fármacos específicos para la migraña aumenta el riesgo de problemas vasculares. Los triptanes son los fármacos que se utilizan para el tratamiento de los ataques de migraña y que tienen efecto vasoconstrictor (disminuyen el calibre de los vasos). En diferentes estudios que incluyen

miles de pacientes se ha observado que el consumo frecuente de triptanes durante muchos años no se asocia con un riesgo mayor de ictus o infarto agudo de miocardio y, por tanto, pueden considerarse seguros a largo plazo.

MIGRAÑA Y EL RIESGO DE CEFALEA POR USO EXCESIVO DE ANALGÉSICOS

En personas que padecen migraña, el uso frecuente de analgésicos para tratar los ataques de dolor incrementa el riesgo de que desarrollen un nuevo tipo de dolor de cabeza o un empeoramiento significativo de su migraña, situación que se conoce como cefalea por uso excesivo de analgésicos, y que, en general, mejora significativamente cuando se interrumpe su consumo. Es necesario que los pacientes con migraña frecuente reciban un tratamiento preventivo para reducir la frecuencia de cefalea y el consumo de analgésicos, y evitar que los pacientes desarrollen una cefalea por uso excesivo de analgésicos.

MIGRAÑA Y EL RIESGO DE OTRAS ENFERMEDADES

Ansiedad y depresión

Los pacientes con migraña tienen mayor riesgo de sufrir ansiedad y depresión. Estos trastornos psiquiátricos ocurren especialmente en personas jóvenes, y sobre todo en aquellas que padecen ataques de migraña con mayor frecuencia e intensidad. La presencia de ansiedad o depresión aumenta aún más la discapacidad de las personas con migraña. Por tanto, el tratamiento de la ansiedad y la depresión es una prioridad en los pacientes con migraña para reducir la discapacidad de la enfermedad y mejorar su calidad de vida.

Trastornos de sueño. Insomnio

La migraña está influenciada por el sueño. La falta o el exceso de sueño son desencadenantes de los ataques de migraña y las personas que alteran su ritmo de sueño (como ocurre en los trabajos por turnos o nocturnos) pueden sufrir una mayor frecuencia de ataques de migraña.

El insomnio también se asocia a la migraña, específicamente en pacientes de mayor edad y aquellos que padecen ataques frecuentes e intensos. Es necesario que los pacientes con migraña tengan un descanso reparador, puesto que es bien conocido que el sueño puede favorecer la resolución de un ataque de migraña, especialmente en niños. El tratamiento del insomnio es una estrategia eficaz para mejorar a los pacientes con migraña. Además, cuando se consigue reducir la frecuencia de cefaleas mediante el uso preventivo de medicación, también se consigue mejorar la calidad del sueño.

Dolor crónico

Los pacientes con cefalea padecen con más frecuencia dolor muscular que aquellos sin dolor de cabeza. En los pacientes con migraña es relativamente frecuente la aparición de contracturas musculares a nivel de la musculatura cervical. Por otro lado, la fibromialgia es más frecuente en pacientes con migraña, especialmente en mujeres con ataques de migraña frecuentes.

Otras enfermedades

Estudios recientes han observado un aumento del riesgo de padecer diferentes patologías en pacientes con migraña en comparación con la población general, entre las que destacan enfermedades dermatológicas (psoriasis y rosácea), trastornos alérgicos y úlceras gástricas, entre otras.

CONCLUSIONES

La migraña con aura se asocia con mínimo aumento del riesgo de ictus y de infarto de miocardio. El riesgo es tan pequeño que no debería suponer un motivo de preocupación entre las personas que padecen migraña. Sin embargo, en los pacientes con migraña debe prestarse especial atención al tratamiento de otros factores de riesgo vascular cuando están presentes (hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia), insistir en la necesidad de evitar el consumo de tabaco y desaconsejar el uso de anticonceptivos orales. Las personas con migraña tienen mayor riesgo de otras enfermedades que en ocasiones contribuyen a incrementar la frecuencia de los ataques y aumentan la discapacidad.

8

¿TAN PERJUDICIAL ES EL ESTRÉS EN LA MIGRAÑA?

Dr. Samuel Díaz Insa

Unidad de Cefaleas. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Dr. José Miguel Láinez Andrés

Unidad de Cefaleas. Hospital Clínic Universitari. Valencia



Aunque pueda parecer un tópico, la respuesta es: sí. El cerebro de los y las pacientes que sufren migraña tiene ciertas peculiaridades. Es un cerebro al que no le gustan nada los cambios. Cualquier alteración en los ritmos diarios (horas de sueño en exceso o por defecto, horas de comida, rutinas, viajes, factores meteorológicos, cambios en los niveles de hormonas premenstruales, exposición a luz o sonidos, y un largo etcétera) puede desencadenar un ataque

de migraña. Hasta el 80 % de los pacientes reconocen el estrés como un desencadenante de sus ataques de migraña, muy por encima de los anteriormente mencionados. La presencia de estrés implica una necesidad de adaptación, un sometimiento a situaciones físicas o mentales nuevas o cambiantes, y, en un cerebro con mayor sensibilidad a estos cambios, es capaz de producir un ataque de migraña.

Pero no solo es un desencadenante de ataques de migraña. El estrés es uno de los principales factores que influyen en su cronificación. Vamos a intentar explicar esto. Afortunadamente, la mayoría de personas que sufren migraña la sufren de manera ocasional. Es decir, tienen en determinadas circunstancias, como las mencionadas con anterioridad, la capacidad de sufrir ataques de migraña ante situaciones que implican una necesidad de adaptación cerebral. Sin embargo, la mayor parte del tiempo están sin dolor de cabeza y entre ataque y ataque pueden pasar días o semanas con absoluta normalidad. Sin embargo, aproximadamente un 10 % de los pacientes con migraña presentan una forma que denominamos crónica. Estas personas tienen más de 15 días al mes con dolor de cabeza, al menos 8 de esos días con rasgos francamente migrañosos: molesta la luz, los sonidos, hay náuseas o vómitos, el dolor es incapacitante, molestan los movimientos de la cabeza (por eso buscan reposo y tranquilidad) y el dolor suele ser pulsátil. Pues bien, uno de los factores que más influye en que una migraña se haga crónica vuelve a ser el estrés. Reconocer el estrés y otros factores cronificadores de la migraña es importante para poder manejar a los pacientes que presentan esta situación.

Siempre comentamos en nuestras consultas que el mejor sitio para una persona con un cerebro migrañoso es un convento. Evidentemente esto es un ejemplo para hacernos entender. Lo que pretendemos explicar con este impactante mensaje es que llevar un ritmo de vida con tiempos predefinidos para el descanso, las comidas, la contemplación, puede ayudar a sufrir menos ataques de migraña. Prevenir el estrés es posible, aunque difícil en el mundo actual que nos rodea, sometido a cambios constantes, citas inaplazables, responsabilidades laborales, sociales o familiares que nos abruman y en ocasiones nos superan. Lo más importante cuando aparece el estrés en nuestra vida es detectarlo. Si somos conscientes de sufrirlo, estamos dando el primer paso para intentar prevenirlo o tratarlo. Es importante recomendar que el estrés se mantenga a raya; un poco de estrés nos puede ayudar a mejorar nuestro rendimiento en muchas facetas de la vida, pero en exceso puede generar mucha ansiedad y

dificultad para mantener nuestros biorritmos (sueño, comidas, relaciones sociales y familiares).

Si no podemos prevenirlo, si hemos pasado la línea de un estrés manejable, debemos tratarlo. Debemos instar a nuestros pacientes, aunque nos gusta más decir personas, con migraña a que sepan detectar el estrés en sus vidas y afrontarlo. Muchos estudios han demostrado la utilidad de técnicas para afrontar el estrés para mejorar la situación. La meditación, el yoga, el ejercicio físico, las técnicas de relajación, el tiempo de ocio y los descansos pueden ser unos grandes aliados. Si el grado de estrés ha generado un estado de ansiedad elevado, incluso en ocasiones llegando a presentar síntomas depresivos asociados, podemos ayudar con medicación. El uso de ansiolíticos y, si es necesario, de antidepresivos nos puede ayudar en el manejo de estas condiciones. De hecho, muchos de los pacientes con migraña, sobre todo cuando esta se ha cronificado, necesitan llevar no solo tratamientos preventivos para la migraña, sino también ansiolíticos y antidepresivos para mejorar su situación. Un adecuado manejo del estrés con medidas de apoyo, prevención y, llegado el caso, tratamiento ha demostrado ser eficaz para mejorar la calidad de vida de los pacientes con migraña.

Volvemos a la pregunta inicial, ¿tan perjudicial es el estrés en la migraña? Lo es, es un factor desencadenante, quizás el más reconocido, de ataques de migraña. Además, es un factor que influye notablemente en la cronificación de la misma. La buena noticia es que se puede prevenir y, si es necesario, tratar.

9

¿POR QUÉ HAY UNA ASOCIACIÓN DIRECTA ENTRE MIGRAÑA Y MENSTRUACIÓN?

Dra. Isabel Pavão Martins

Professor of Neurology. Faculty of Medicine and Instituto de Medicina Molecular. University of Lisbon. Portugal.
Consultant Neurologist (CHLN). Hospital de Santa María. Lisboa



La migraña es un trastorno neurológico que se caracteriza por ataques repetidos de dolor de cabeza que, generalmente, están asociados con náuseas e intolerancia a la luz, ruidos, olores y esfuerzos físicos. Los ataques de migraña son intensos e interfieren con la capacidad de los pacientes para trabajar y llevar a cabo sus actividades diarias.

Aunque la migraña es un trastorno hereditario (determinado genéticamente), también está muy influenciado por factores ambientales, tanto internos como externos. Si bien los factores genéticos establecen la predisposición general a sufrir migraña, haciendo que el cerebro

sea particularmente excitable y reactivo a estímulos, los factores ambientales parecen contribuir a la aparición de ataques. Se ha demostrado que uno de estos factores son las hormonas femeninas.

Hay mucha evidencia científica que demuestra el efecto de las hormonas como desencadenante de los ataques de migraña. Lo primero que habría que describir es la prevalencia relativa de migraña por género.

Es bien sabido que la migraña es dos veces más común en mujeres que en hombres. Sin embargo, esta diferenciación comienza después de la pubertad, ya que, durante la infancia, la prevalencia de migraña infantil es similar en niños y niñas, y a medida que estas empiezan a experimentar cambios hormonales, la frecuencia de migraña aumenta.

En contraposición, hay muchas mujeres que dejan de tener ataques de migraña a medida que se acercan a la menopausia, aunque no siempre es así. En algunos casos pueden experimentar un empeoramiento transitorio de los ataques a medida que sus periodos menstruales se vuelven más irregulares. Esta evidencia nuevamente sugiere que los cambios hormonales juegan un papel fundamental en la activación de los ataques migrañosos.

Además, muchas mujeres sufren ataques de migraña en periodos cercanos a la menstruación o durante la misma (condición que conocemos como “migraña menstrual”). Los ataques de migraña que coinciden con la menstruación suelen ser más graves, prolongados y resistentes al tratamiento que los otros. En esos casos, lo que desencadena el ataque es la caída repentina de estrógenos que precede a la menstruación. Esto puede ocurrir de forma espontánea o en mujeres que toman la píldora, debido a la interrupción cíclica de los anticonceptivos orales. Algunas mujeres tienen otro periodo crítico cerca de la ovulación, que nuevamente está relacionado con la caída de las hormonas femeninas. Cuando los ataques están claramente relacionados con la menstruación, los periodos cortos de terapia preventiva en esa época del mes pueden ayudar a evitar el ataque o a controlar su gravedad.

La migraña a menudo mejora durante el embarazo. La razón de esto son los niveles altos y estables de estrógenos que produce la placenta. Este hecho, una vez más, muestra que es el ciclo hormonal femenino lo que provoca los ataques de migraña.

Existe una preocupación generalizada de muchas mujeres sobre el impacto que las hormonas, ya sea como anticonceptivos o como terapia de reemplazo hormonal, puede tener sobre los ataques de migraña. Ambos pueden tener diferentes efectos, dependiendo de su composición, continuidad (o cambio cíclico) y el tipo de migraña. Algunas mujeres pueden

mejorar, otras empeorar y tener más ataques, pero la mayoría no nota ningún cambio en su patrón. Cuando las mujeres empeoran, estas deben probar otra píldora o método anticonceptivo o suspender la terapia de reemplazo hormonal. Como se discutirá en la siguiente sección de este folleto, las mujeres con migraña con aura no deben tomar anticonceptivos orales combinados.

¿PUEDO TOMAR ANTICONCEPTIVOS?

Dra. Elsa Parreira

Neurologist (Neurology Consultant) at the Neurology Department and Coordinator of the Headache Centre. Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca. Amadora. Portugal



Sí, puede tomar anticonceptivos si tiene migraña, pero debe tener en cuenta que algunos pueden afectar a su dolor de cabeza y que no todos los métodos anticonceptivos son igual de adecuados para las mujeres con migraña.

Hay dos tipos de anticonceptivos: hormonales (compuestos de hormonas femeninas) y no hormonales. Los más utilizados son los anticonceptivos hormonales combinados orales, comúnmente conocidos como “píldora”. Estos están compuestos por dosis bajas de dos tipos de hormonas femeninas: estrógenos y progestágenos. Los estrógenos son un grupo

de hormonas sexuales femeninas asociadas a un riesgo pequeño, pero presente, de trastornos cardiovasculares, como enfermedad vascular cerebral, trombosis venosa profunda o infarto de miocardio. La anticoncepción hormonal combinada es muy segura para la mayoría de mujeres, incluidas gran parte de aquellas que padecen migraña y no tienen otras comorbilidades, pero no es adecuada para mujeres con migraña que tienen un elevado riesgo de padecer trastornos vasculares, como las que fuman cigarrillos, tienen la presión arterial alta o diabetes, tienen sobrepeso o el colesterol alto, ya que el estrógeno puede aumentar aún más el riesgo existente.

Este riesgo vascular también aumenta ligeramente en mujeres que tienen migraña con aura. El aura ocurre en, aproximadamente, una cuarta parte de las migrañas y consiste en trastornos visuales o sensoriales (ver puntos negros o brillantes, zigzags u otros patrones visuales inusuales, o sentir hormigueo y entumecimiento en un lado del cuerpo) y, a veces, otros síntomas neurológicos que ocurren solo antes o durante el ataque y que, generalmente, duran menos de 1 hora. Se recomienda encarecidamente a las mujeres con aura que no tomen anticonceptivos combinados con estrógenos, ya que están asociados a un mayor riesgo (aunque pequeño) de tener trastornos cardiovasculares, como un accidente cerebrovascular a una edad más temprana. Otros métodos que usan estrógenos, como el parche transdérmico o el anillo vaginal, también podrían incrementar este riesgo.

Si tiene migraña con aura o factores de riesgo vascular, debe usar anticonceptivos no hormonales (métodos de barrera, dispositivo intrauterino, métodos permanentes) o anticonceptivos que únicamente contengan progestágeno (píldora oral sin estrógenos, implante subdérmico, inyección de depósito y sistema intrauterino liberador de levonorgestrel), ya que estos no están asociados con riesgo vascular.

Debido a la relación entre las hormonas sexuales femeninas y la migraña, hay algunas mujeres que al tomar la píldora anticonceptiva pueden notar que empeoran los dolores de cabeza, estos generalmente se vuelven más severos durante la semana en la que no toman la píldora. En

algunos casos, la píldora anticonceptiva puede no tener efecto sobre los dolores de cabeza o, incluso, puede beneficiar la migraña.

Habitualmente, se recomienda la reevaluación o la interrupción de la anticoncepción hormonal para aquellas mujeres cuyos dolores de cabeza empeoran (mayor frecuencia o severidad de las migrañas) con la píldora anticonceptiva. Si los ataques de migraña ocurren predominantemente en el intervalo sin píldora, tomar la píldora de forma continua (y no en ciclos de 21 días) puede mejorar estos ataques.

10

¿POR QUÉ INSISTE TANTO EL MÉDICO EN QUE HAGA ACTIVIDAD FÍSICA Y DUERMA BIEN?

Dr. Juan Carlos García-Moncó

Jefe de Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao

Dr. Jaime Rodríguez Vico

Médico Adjunto de Neurología. Coordinador de la Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología. Fundación Jiménez Díaz. Madrid



Las migrañas tienen una doble relación con el ejercicio. Por un lado, la actividad física habitual puede empeorar el dolor de cabeza, como lo demuestra el hecho de que la mayoría de los pacientes prefieren estar en

reposo durante los ataques de dolor. Por otro lado, hay suficiente evidencia acumulada de que el ejercicio aeróbico regular disminuye la frecuencia de las cefaleas, algo que los neurólogos recomendamos. En algunos estudios comparativos, el ejercicio disminuye la frecuencia tanto como los medicamentos preventivos que utilizamos habitualmente (topiramato o amitriptilina). Con menor evidencia, el ejercicio mejora la intensidad y la duración de los ataques de migraña.

Algunos medicamentos preventivos para la migraña tienen mala tolerabilidad y, por tanto, una elevada tasa de abandono. Esto produce una gran frustración en los pacientes y médicos.

Una buena opción son los tratamientos preventivos no farmacológicos, dentro de los cuales se incluye el ejercicio aeróbico. Las ventajas de practicar ejercicio regular no solo se aplican a la migraña, sino que también a gran número de enfermedades asociadas, como la depresión, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares.

El ejercicio aeróbico regular modula el procesamiento del dolor en general, tanto a corto como a largo plazo. Se cree que el mecanismo principal por el cual el ejercicio aeróbico mejora las migrañas está relacionado con el sistema endógeno de endorfinas, el cannabinoide y factores neutróficos. En algunos deportistas produce un estado de euforia y confort.

Cuando hablamos de recomendar ejercicio a los pacientes con migraña, se trata en general de un tratamiento añadido al farmacológico habitual (más eficaz que solo el tratamiento oral), ya que, sin producir ningún efecto secundario, reducimos más aún la frecuencia de las migrañas.

Los ejercicios aeróbicos que han demostrado efectividad en las migrañas son muy variables tanto en frecuencia como en intensidad. En general, se recomiendan ejercicios de intensidad moderada (50-90 % de la frecuencia cardíaca máxima) de entre 20 minutos y 1 hora, de 3 a 5 veces a la semana, en periodos, para valorar la eficacia, de, al menos, 10 semanas. Parece probable que ejercicios con más intensidad y duración puedan ser más beneficiosos aún. Se han valorado ejercicios

como caminar rápido 40-45 minutos, bicicleta estática y correr con moderados esfuerzos (para no pasar el umbral anaeróbico).

Se puede concluir que, excepto en casos excepcionales (migraña asociada a cefalea relacionada con el ejercicio), el ejercicio aeróbico regular es un tratamiento preventivo eficaz, sin efectos secundarios y asumible económicamente.

¿ES IMPORTANTE DORMIR BIEN SI TENGO MIGRAÑA?

La relación entre la migraña y el sueño es enigmática. Mientras que algunas pacientes identifican la falta de sueño como un desencadenante de sus migrañas, a otras es el sueño excesivo el que les provoca los ataques. Y, sin embargo, conseguir dormirse durante un ataque de migraña con frecuencia alivia el dolor, de tal modo que muchas pacientes se encaman y duermen como solución temporal a su problema. En ocasiones, el sueño se ve interrumpido por un ataque de migraña, y la paciente se despierta de nuevo con el dolor característico, lo cual suele ser a menudo preocupante para la propia paciente. Entre los síntomas premonitorios de la migraña muchos pacientes presentan al inicio del ataque bostezos repetidos e incontenibles.

Existe una conexión anatómica y funcional entre el sueño y la migraña. Las estructuras neuronales implicadas en la fisiología del sueño forman también parte de las que conforman la anatomía de la migraña, de tal modo que las redes cerebrales implicadas en la regulación del sueño están también implicadas en la génesis de los ataques de migraña. Dichas redes involucran a las regiones conocidas como hipotálamo y tronco cerebral. En ellas se alojan centros fundamentales para la regulación del ciclo sueño-vigilia y de la migraña (el sistema trigémino-vascular).

RECOMENDACIONES A LA PACIENTE CON MIGRAÑA

Los pacientes con migraña, más aún si es crónica, tienen frecuentes alteraciones del sueño y aquejan insomnio, con dificultad a la hora de

iniciar o mantener el sueño. En este sentido, es muy importante que los pacientes mantengan una buena higiene de sueño, con horarios regulares de acostarse, de levantarse, de evitar la lectura y ver televisión u otros en la cama. El ejercicio regular, que se menciona en el otro apartado de este capítulo, ayuda a mejorar el sueño, y se debe evitar a última hora de la tarde para no producir una activación excesiva que interfiera con el sueño.

El paciente con migraña debe llevar unos ritmos de sueño lo más regulares posibles. Son pacientes muy sensibles a los cambios de ritmos y horarios. La falta de sueño les desencadena migraña, pero el exceso de horas de sueño también (migraña del fin de semana). En este sentido, la migraña es cruel con los pacientes.

OTRAS ENFERMEDADES QUE SE ASOCIAN CON LA MIGRAÑA Y ALTERAN EL SUEÑO

También es importante la detección de los cuadros de apnea de sueño, pues es una condición que con frecuencia se asocia a la migraña y que mejora de forma significativa con el tratamiento apropiado, tanto en cuanto a la calidad del sueño como al dolor de cabeza. Particularmente en pacientes con ronquidos y sobrepeso, se debe valorar esta situación para practicar los estudios de sueño apropiados y establecer la terapia adecuada.

Los pacientes que aprietan la mandíbula por la noche ("bruxismo") tienen también frecuentes dolores de cabeza. El uso de una férula nocturna puede aliviar sus dolores.

El síndrome de piernas inquietas (una necesidad irrefrenable de mover las piernas al meterse en la cama) también coexiste con la migraña, y su tratamiento (agonistas dopaminérgicos) mejora la calidad de sueño y, por ende, los dolores de cabeza.

11

CAFÉ, CHOCOLATE, ALCOHOL, QUESO, VINO... ¿PUEDO O NO PUEDO TOMARLOS?

Dr. Francisco José Molina Martínez

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Son Espases.
Palma de Mallorca

Dr. Javier Casas Limón

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Fundación
Alcorcón. Madrid



La migraña es una de las dolencias sobre las que más influyen las circunstancias vitales y los hábitos de vida, entre los que la alimentación forma parte esencial. Conviene saber al respecto que la influencia de la alimentación sobre los pacientes es distinta, en dependencia de si se padece únicamente migraña o además se asocian ciertas enfermedades.

En el primer caso, es cierto que existen pacientes con migraña a quienes la ingesta de algunos alimentos o bebidas puede provocarles ataques, pero no es tan frecuente como se cree, especialmente si quitamos el alcohol de la lista. Sucede en menos del 20 %

de todos los pacientes, en los que, además, factores como el estrés (el factor desencadenante y agravante de la migraña más importante con diferencia), la ansiedad, el dormir mal (por distintos motivos),

los factores meteorológicos, los cambios hormonales en las mujeres (menstruación u otros) o la falta de ejercicio, suelen ser más determinantes.

Más que alimentos concretos, en cuyo caso el dolor aparece en las siguientes 3 horas tras la ingesta (a veces solamente si se sobrepasa cierta cantidad), suelen influir otros factores, como los ayunos prolongados, la irregularidad en los horarios de comidas, las comidas demasiado copiosas o escasas y la deshidratación. A veces es la temperatura del alimento lo que genera dolor, como puede ocurrir con helados o bebidas muy frías. Por su parte, la obesidad contribuye a la cronificación de la migraña.

Cuando algún paciente tiene ese problema, habitualmente le ocurre con uno o unos pocos alimentos o bebidas y lo común es que los tenga identificados y tienda a evitarlos. Se puede registrar en un diario de cefaleas lo que se come y se bebe, aunque a menudo esto da lugar a confusión si no se reconocen al mismo tiempo otros factores.

Entre los alimentos que más a menudo se citan se encuentran los siguientes:

- Chocolate. Hay estudios que sugieren que el deseo de comer chocolate (u otros dulces) puede ser un primer síntoma de un ataque de migraña, y no que sea un desencadenante en sí. Ambas circunstancias pueden darse.
- Cítricos, plátanos, aguacates, algunas frutas desecadas.
- Frutos secos (nueces); legumbres, como los cacahuetes.
- Quesos y otros lácteos curados o fermentados.
- Aspartamo (edulcorante artificial). Algunos aditivos utilizados en productos procesados, aunque pueden no figurar en las etiquetas o aparecer con otros nombres:
 - Potenciadores de sabor, como el glutamato: en carnes enlatadas, congelados, sopas, aperitivos, aliños para ensaladas, ketchup, salsas, recetas orientales.

- Nitritos (conservantes para evitar la contaminación bacteriana). Aparecen en el beicon, salchichas de Frankfurt, salami, jamón cocido, carnes enlatadas. En los últimos años algunas legislaciones han obligado a limitar las cantidades que se añaden.

De las bebidas, merecen destacarse el café y el alcohol.

La cafeína, presente no solo en el café, sino en muchos refrescos de cola y “bebidas energéticas”, así como otros estimulantes, como la teína (en el té) o la teobromina (cacao), puede ser beneficiosa o contraproducente, dependiendo de las cantidades que se tomen. Es cierto que la cafeína tiene propiedades analgésicas; medicamentos muy empleados en el pasado para tratar los ataques contenían cafeína y hay pacientes que mejoran tomando bebidas con este alcaloide. Pero también es verdad que su consumo excesivo, al igual que ocurre con el de analgésicos, repercute negativamente: su pretendido efecto beneficioso se va haciendo cada vez menor y llega un momento en el que la abstinencia de cafeína hace que aparezcan cefaleas de rebote (por ejemplo, los fines de semana, si uno se levanta más tarde de la hora habitual a la que toma el café). Este proceso favorece que la migraña se cronifique. Además, la cafeína también puede empeorar la migraña de forma indirecta, ya que puede producir insomnio y ansiedad, factores muy ligados a la producción de ataques. Por todo ello se recomienda mantener un consumo regular, pero en cantidades moderadas, sin superar en general las dos tazas al día, y evitar tomarlo después de avanzada la tarde.

Las bebidas alcohólicas son desencadenantes de migraña hasta en un tercio de los pacientes. Se considera que el etanol en sí mismo es inductor de migrañas, pero también pueden ser otros componentes o características de la bebida en cuestión los responsables. De modo que en un paciente concreto puede ser diferente la respuesta frente a bebidas distintas, sin que haya relación con la gradación alcohólica, o que incluso la respuesta no sea igual a distintas variedades de una misma bebida. El vino tinto es de las bebidas que más a menudo provocan migraña, pero también los vinos espumosos (champán, cava), el

vino blanco, los licores y otras. El vinagre de vino, con menos del 2 % de etanol, también puede hacerlo.

Dicho todo lo anterior, la situación puede ser algo diferente en pacientes con migraña que además padecen alguna dolencia que empeora claramente por determinados alimentos, lo que a su vez produce que la migraña también se agrave como efecto colateral. Entre estas otras dolencias se encuentran:

- Intolerancia al gluten.
- Alergia al gluten (enfermedad celíaca).
- Intolerancia a la lactosa.
- Alergias a otros alimentos contra los que se pueden detectar anticuerpos (IgG) en sangre.
- Síndrome de intestino irritable (bajo el cual a veces puede esconderse una de las anteriores).
- Carencia de hierro, magnesio o algunas vitaminas (aunque no exista un déficit, el magnesio y la vitamina B₂ pueden ayudar a mejorar la migraña, aunque a dosis muy altas).
- Raras: síndrome de intolerancia a la histamina.

No es útil eliminar sistemáticamente estos componentes si no se sufren estas enfermedades.

Como conclusión, no tiene sentido prohibir todos los alimentos que aparecen a menudo en extensas listas como potenciales desencadenantes, dado que cada persona tiene una susceptibilidad diferente.

La dieta debe ser saludable y variada. La dieta mediterránea, con abundante consumo de fruta, verdura, pescados ricos en omega-3 y legumbres, es una excelente opción. En general, tiene poca utilidad que los pacientes con migraña hagan dietas especiales, salvo en contadas ocasiones.

12

¿ES CIERTO QUE EL CLIMA AFECTA A LA MIGRAÑA?

Dr. Vicente González Quintanilla

Servicio de Neurología. Hospital
Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

Dr. Julio Pascual Gómez

Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología. Hospital
Universitario Marqués de Valdecilla. Santander



Los cambios en el clima son percibidos por algunos pacientes migrañosos como un desencadenante habitual de sus dolores de cabeza, y así lo refieren a sus especialistas en numerosas ocasiones. De hecho, muchos pacientes relacionan sus ataques de migraña con factores como cambios en la situación atmosférica o fenómenos climáticos concretos. Aunque la literatura científica no es concluyente, diferentes trabajos incluyen estos fenómenos, especialmente algunos, como la luz brillante, el calor o frío extremos, el grado de humedad, el viento o los cambios de

presión atmosférica, entre los potenciales precipitantes de los ataques de migraña. La impresión de que el clima afecta a los dolores de cabeza está muy extendida entre los pacientes y, en algunas series, el 53 % de los pacientes consideran que el clima desencadena sus dolores de cabeza, al menos, ocasionalmente, y en el 11 % de ellos sería el desencadenante en, al menos, dos tercios de sus ataques.

Pero, a pesar de esta extendida percepción, los estudios que han buscado una relación entre clima y migraña han mostrado resultados muy variables, e incluso contradictorios, por lo que no se han alcanzado conclusiones definitivas. Los más recientes señalan que, al menos, un subgrupo de pacientes migrañosos sería susceptible a estos cambios.

La dificultad para obtener resultados estadísticamente significativos en los estudios y la gran variabilidad de estos pueden explicarse por diferentes motivos. En primer lugar, existen otros precipitantes que pueden influir en los resultados; un precipitante específico no tiene por qué desencadenar ataques en todas las ocasiones y su inicio puede depender de otros o de la intensidad del fenómeno. Además, los mecanismos por los que los factores climáticos pueden influir en los ataques permanecen en parte desconocidos, y puede existir un periodo de tiempo indeterminado entre el momento en el que se producen los cambios y la aparición de la migraña, dado que muchos de estos no se producen de forma abrupta y pueden variar en intensidad y duración, incluso en áreas cercanas, dificultando la interpretación de los datos y establecer conclusiones. Por último, no debemos olvidar que la población que sufre migrañas es muy heterogénea y, por lo tanto, los factores que contribuyen a la aparición de los ataques en unos sujetos no tienen efectos sobre otros.

De entre los factores climáticos estudiados, hay varios en los que existe un mayor consenso sobre su potencial influencia en el paciente migrañoso o, al menos, en un subgrupo de estos. Por ejemplo, estudios recientes mostraron que un porcentaje de pacientes eran sensibles a cambios en la temperatura y la humedad, y, en la misma línea, se demostró que las temperaturas elevadas incrementaban el riesgo de acudir a los Servicios de Urgencias por cefalea. La presión atmosférica ha sido otro de los factores atmosféricos propuestos, sobre todo en el caso de cambios bruscos en la misma, pero, simultáneamente, uno de los que ha encontrado resultados más contradictorios, probablemente por la amplia variabilidad de posibles cambios.

El viento es otro de los candidatos a provocar ataques en algunos pacientes. Hay estudios realizados en diferentes regiones del mundo

que de forma característica presentan vientos intensos, como el viento *chinook* en Canadá o el *sharaw* en Israel, que se han vinculado con la migraña. En nuestro país, en un estudio realizado en Zaragoza, se objetivaron diferencias al analizar el número de pacientes con migraña atendidos en Urgencias en relación con el cambio en la velocidad del viento, de forma que una diferencia superior a 20 km/h con respecto al día anterior se relacionó con un incremento en el número de ataques atendidos en Urgencias.

Otra candidata es la luz solar, que podría actuar como único desencadenante en un subgrupo de pacientes especialmente dependientes de las condiciones climáticas. Aunque la fotofobia es característica de la migraña, habría otros mecanismos implicados, y se ha especulado que la radiación ultravioleta facilita la liberación de óxido nítrico y de péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP), provocando los ataques de migraña.

En los últimos años ha cobrado especial relevancia el ataque climático y sus efectos sobre la salud. La contaminación causa efectos deletéreos a múltiples niveles, y distintos trabajos han buscado relacionar los niveles de los principales contaminantes ambientales (dióxido de nitrógeno, dióxido de azufre, monóxido de carbono, partículas PM10 y PM2,5, ozono...) con la probabilidad de sufrir ataques de migraña. La mayoría relacionan dichos contaminantes con la atención en los Servicios de Urgencias. Aunque los resultados varían, parece existir una relación con el incremento de consultas en Urgencias los días con concentraciones más elevadas de los principales contaminantes ambientales. Aunque no exentos de limitaciones, los trabajos indicarían la existencia de un precipitante que, a diferencia de los anteriores, puede ser modificable por la actuación humana.

En resumen, aunque muchos pacientes reconocen el impacto de factores climáticos sobre sus migrañas, la evidencia al respecto es escasa y no concluyente, probablemente debido a la dificultad en la realización de los estudios y la existencia de una amplia variabilidad en la población migrañosa.

¿CÓMO SE TRATA EL DOLOR DEL ATAQUE DE MIGRAÑA?

Dr. Jordi Sanahuja Montesinos

Servicio de Neurología. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida

Dra. Natàlia Mas Sala

Hospital Universitario Sant Joan de Déu Fundación Althaia. Manresa. Barcelona



En un ataque de migraña, el dolor y el resto de síntomas que lo acompañan pueden producir una importante discapacidad y afectar notablemente a las actividades de la vida diaria y la calidad de vida. El objetivo del tratamiento será no solo aliviar o quitar el dolor, sino reducir al máximo dicha discapacidad.

Podremos tratar el dolor con medidas farmacológicas y no farmacológicas. Cada paciente puede requerir un tratamiento distinto en función del tipo de ataques que presente, de la duración y de la intensidad de los mismos.

MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Se recomienda estar en reposo en un ambiente relajado, aislado de estímulos sensoriales, como ruidos, luz u olores intensos. La aplicación de frío local puede proporcionar un cierto alivio en algunos pacientes.

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

Se recomienda que el paciente siga las prescripciones de un equipo médico y se intente evitar la automedicación. El tratamiento debe ser individualizado, según las características del paciente (contraindicaciones, preferencias) y de los ataques. Los medicamentos recomendados pueden ser inespecíficos, como los analgésicos o los antiinflamatorios, o específicos para la migraña, como los triptanes o los ergóticos.

Es muy importante iniciar el tratamiento de forma precoz, al inicio del ataque y con las dosis adecuadas de medicación; un inicio tardío o con dosis insuficientes conllevará mayor dificultad para frenar el ataque y una menor eficacia de la medicación.

Otro aspecto importante es evitar el sobreuso de medicación; se recomienda reducir el consumo de antiinflamatorios a menos de 15 días al mes y el uso de triptanes a menos de 10 días al mes. Un abuso de dichos fármacos puede conllevar una cronificación y empeoramiento de la migraña. Se recomienda realizar un calendario de migrañas y consultar al médico para iniciar un tratamiento, para prevenir los ataques de migraña y así reducir el sobreuso de medicación.

En los ataques leves-moderados se aconseja usar antiinflamatorios, como el ácido acetilsalicílico, el ibuprofeno, el naproxeno sódico, el diclofenaco sódico o el dexketoprofeno. Se aconseja utilizar formulaciones de rápida absorción (formulaciones en forma de sal sódica, bucodispersables, sobres efervescentes...) para aliviar más precozmente el dolor. Los analgésicos simples, como el paracetamol, también pueden ser útiles, pero, en general, su eficacia es menor y suelen ser insuficientes.

En los ataques moderados-graves se recomienda usar triptanes, medicamentos diseñados específicamente para los ataques de migraña con elevada eficacia. Se deben tomar al inicio del ataque y se puede repetir una segunda dosis al cabo de 2 horas si no ha cedido. Si el dolor reaparece a las 24 horas, se puede seguir nuevamente la

misma pauta. La respuesta de cada paciente a los triptanes puede ser distinta, por lo que, si esta es insuficiente a un triptán, se debe probar la respuesta a otros triptanes, hasta encontrar un fármaco globalmente satisfactorio para el paciente. En nuestro país hay hasta siete triptanes comercializados con distintas formas de presentación: inyectables, bucodispersables y orales.

En el caso de que un paciente no obtenga eficacia o no tolere los antiinflamatorios, se sustituye el tratamiento por triptanes, y viceversa. En pacientes con ataques moderados-graves con poca respuesta a triptanes o antiinflamatorios por separado, se puede considerar un tratamiento combinado de triptán y antiinflamatorio en un mismo ataque.

En la actualidad, los ergóticos prácticamente no se usan debido a sus efectos secundarios a nivel cardiovascular. Además, en nuestro país solamente están comercializados en combinación con cafeína y/o paracetamol, lo que favorece aún más la cefalea de rebote y la cronificación de la migraña. Solo estarían indicados en pacientes que ya los estén tomando con buena respuesta, sin contraindicaciones ni efectos secundarios, y que tengan ataques de migraña muy poco frecuentes. Asimismo, también se aconseja evitar las combinaciones de analgésicos con codeína, tramadol o cafeína, ya que pueden crear adicción y favorecen la cefalea por abuso de medicación.

Los pacientes que tienen vómitos durante los ataques pueden tener peor respuesta a los medicamentos orales. Para mejorar la respuesta existen diferentes estrategias: tomar el medicamento precozmente antes de la aparición de los vómitos, asociar un medicamento para mitigar los vómitos antes de tomar el medicamento para el dolor o cambiar la vía de administración de los medicamentos (por ejemplo: un triptán en *spray* nasal).

En algunas ocasiones, a pesar de haber tomado los medicamentos adecuados, el ataque de migraña no se controla. Si es intenso y persistente, se debe acudir a Urgencias, donde se hará una evaluación médica y se podrán prescribir medicaciones intramusculares

o intravenosas. Cuando un paciente acude a menudo a Urgencias para tratar los ataques de migraña, se debe valorar la necesidad de un tratamiento preventivo que pueda favorecer también un mejor control de los ataques y del dolor sin necesidad de llegar a acudir a Urgencias.

En niños y adolescentes se pueden usar el paracetamol y el ibuprofeno. Si los ataques son moderados-graves, en España tienen indicación autorizada los triptanes nasales en los adolescentes a partir de los 12 años.

SITUACIONES ESPECIALES: EMBARAZO Y LACTANCIA

En cuanto al embarazo, cualquier medicación debe ser prescrita por un médico y consensuada con el ginecólogo. El paracetamol se considera el fármaco más seguro y se puede tomar todo el embarazo. Los antiinflamatorios, como el ibuprofeno, el naproxeno y el diclofenaco, son seguros en el primer y segundo trimestres, aunque se debe informar a la paciente, si está planeando un embarazo, del posible riesgo no confirmado de aborto durante el primer trimestre. En el tercer trimestre están contraindicados. Como regla general, los triptanes se deben evitar durante el embarazo, aunque, si la paciente sufre ataques de elevada intensidad, se podría utilizar el sumatriptán, preferiblemente durante el segundo trimestre, dado que es el triptán que dispone de más estudios en mujeres gestantes y más años de experiencia.

Durante la lactancia se debe consultar al ginecólogo o al pediatra. Los medicamentos que se pueden usar son el paracetamol, algunos antiinflamatorios, como el ibuprofeno, y algunos triptanes, como el sumatriptán o el eletriptán. Algunas recomendaciones, como tomar la medicación inmediatamente tras la toma de leche, congelar leche para poderla utilizar en caso de que la madre deba tomar medicación para un ataque o bien utilizar puntualmente tomas de leche artificial, pueden ser medidas también de ayuda para disminuir el paso de medicación al bebé.

14

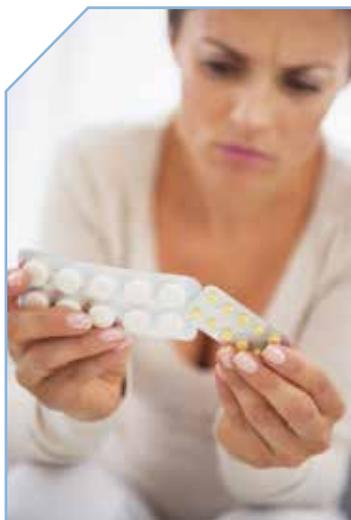
¿POR QUÉ NO ES ACONSEJABLE QUE ABUSE DE LOS ANALGÉSICOS?

Dra. Lidia Gómez Vicente

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Quirónsalud Madrid

Dr. José María Sánchez Álvarez

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo



Aunque parezca un contrasentido, si una persona con migraña toma analgésicos de forma habitual, puede cronificar su dolor de cabeza y hacerlo más resistente a los tratamientos, en lugar de mejorar su situación.

Se considera que existe cefalea con uso excesivo de medicación cuando, en el contexto de una cefalea primaria (como la migraña), se tiene dolor de cabeza, al menos, 15 días al mes y se utilizan analgésicos simples o antiinflamatorios durante 15 o más días al mes, o triptanes, combinaciones de analgésicos, ergóticos u opioides du-

rante 10 o más días al mes. Aproximadamente, entre un 1-2 % de la población general y un 15 % de las personas con migrañas tienen un consumo excesivo de analgésicos. Es más frecuente entre personas de 30-60 años y es casi 4 veces más frecuente en las mujeres.

Hasta el 73 % de las personas con migraña crónica consumen analgésicos de forma excesiva, lo que favorece la cronificación y la resistencia a los tratamientos preventivos.

Entre los factores que pueden favorecer este consumo, el más importante es tener una alta frecuencia de episodios de dolor de cabeza (de aquí la importancia del tratamiento preventivo), pero también se relaciona con problemas de ánimo asociados (ansiedad, depresión), abuso de otras sustancias (cafeína, tabaco), exceso de peso, sedentarismo, problemas digestivos crónicos (por ejemplo, intestino irritable), otros dolores musculares o articulares.

Parece existir cierta predisposición genética, ya que el riesgo de un consumo excesivo de analgésicos es unas 3 veces más frecuente si algún familiar presenta o ha presentado un uso excesivo de analgésicos o de otras sustancias. También parece haber una relación con predisposición a abuso de sustancias en general, con mayor frecuencia de ciertas formas en genes relacionados con sustancias como la dopamina o la noradrenalina, implicadas en la modulación del dolor y en mecanismos de gratificación que pueden favorecer las adicciones. Personas que tienen un consumo excesivo de analgésicos también abusan con mayor frecuencia de otras sustancias (tabaco, alcohol, drogas, etc.).

Aunque el mecanismo final no está completamente aclarado, el uso excesivo de medicación aumentaría la excitabilidad en las neuronas de las regiones del sistema nervioso relacionadas con el dolor, haciendo que sea más fácil su activación, poniendo en marcha el proceso de el ataque de migraña. Por otro lado, se reduciría la actividad de las neuronas que inhiben el dolor. Como resultado, los centros que “producen” el dolor quedarían sobreexcitados y sin un freno, cronificándose el dolor de cabeza y con menor beneficio tanto de los tratamientos agudos como de los preventivos. Esto favorecería aún más el uso excesivo de analgésicos, creándose un círculo vicioso que perpetúa el problema.

La cefalea por abuso de analgésicos puede ser difícil de detectar. Es posible que un empeoramiento en el dolor de cabeza como consecuencia de un consumo excesivo de medicación pueda pasar desapercibido para el profesional y para el paciente. Por ello, es muy importante utilizar un método, como un calendario o aplicación móvil,

para anotar cada episodio de dolor de cabeza y el número y tipo de analgésicos que se ha utilizado. Con este registro podemos ser conscientes del patrón del dolor de cabeza y de si estamos utilizando medicación en exceso. Además, conocer el consumo real y las consecuencias del abuso de analgésicos puede ayudar a evitar o interrumpir el abuso de medicación. El registro de ataques de cefalea y de consumo de medicación también es una herramienta muy útil para el médico, que puede evaluar si nos encontramos ante una situación de sobreuso de analgésicos o no.

Tras el diagnóstico, el tratamiento de la cefalea por uso excesivo de medicación consiste en la disminución o supresión de la medicación analgésica utilizada y, en muchas ocasiones, el uso de fármacos preventivos indicados para disminuir la frecuencia o intensidad de nuestro dolor de cabeza. No se deben olvidar los aspectos emocionales y psicológicos implicados, ya que la cefalea crónica tiene una repercusión muy importante sobre la calidad de vida. Debe consultarse con un profesional, que realizará un seguimiento de todo el proceso. La retirada de la medicación analgésica puede conllevar lógicamente un empeoramiento del dolor de cabeza de forma transitoria, y se necesita un tratamiento “puente” para aliviar el dolor hasta que la retirada de medicación y los fármacos preventivos comiencen a hacer efecto. Es importante ser conscientes de que en la mayoría de las ocasiones puede esperarse este empeoramiento del dolor, incluso asociado a otros síntomas, como náuseas, vómitos, insomnio o nerviosismo, pero que a medio plazo los dolores de cabeza mejorarán. El médico de referencia monitorizará esta retirada, en la que a veces necesitaremos semanas para ver una mejoría. En los casos más graves puede requerirse ingreso hospitalario durante unos días para supervisar el proceso.

Como en la mayor parte de las situaciones, la mejor estrategia para no llegar a esta situación es la prevención. Evitar la automedicación y consultar con un neurólogo en el caso de empeoramiento de nuestro dolor de cabeza habitual es fundamental.

15

¿CUÁNDO TENGO QUE IR A URGENCIAS?

Dr. Ángel Gómez Camello

Consulta de Cefaleas. Hospital Universitario San Cecilio.
Granada

Dr. Francisco Viguera Molina

Consulta de Cefaleas. Servicio de Neurología.
Unidad de Gestión Clínica de Neurociencias.
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla



Habitualmente no es necesario acudir a Urgencias si se tiene un ataque como los que presentamos habitualmente, ya que disponemos de diferentes opciones muy útiles para tratarla, que deben haber sido recetadas por nuestro médico de Atención Primaria y/o el neurólogo que nos sigue. Estos fármacos son los denominados AINE (antiinflamatorios no esteroideos), como naproxeno, ibuprofeno y otros, que se utilizan en los ataques leves-moderados, y los triptanes, con todas sus formas de administración (oral, intranasal o subcutánea), para los ataques de mayor intensidad.

De forma ocasional se pueden presentar ataques que duran más de 3 días, que se acompañan de vómitos y que no se controlan con nuestro tratamiento habitual (AINE y/o triptán). En este caso sí es recomendable acudir a Urgencias, por la necesidad de recibir un tratamiento intravenoso y evitar posibles complicaciones, como la deshidratación.

Puede ser también necesario acudir a Urgencias cuando el dolor de cabeza es distinto al habitual: si aparece de forma brusca tras haber realizado un esfuerzo físico (levantar un peso, toser, tras ir al cuarto de baño), tras haber mantenido relaciones sexuales, tras un traumatismo, o bien cuando el ataque de migraña se acompaña de pérdida de conciencia, fiebre y/o síntomas, como problemas para hablar, para ver y/o para mover un lado del cuerpo, que sean nuevos para el paciente o bien se prolonguen en el tiempo.

También es necesario acudir a Urgencias en el caso de que tengamos un ataque muy intenso durante el embarazo o asocie vómitos que no cedan, por el riesgo de deshidratación y la limitación de las opciones de tratamiento.

¿QUÉ ME HARÁN ALLÍ?

En Urgencias se tomarán dos tipos de medidas: las encaminadas a aliviar el dolor y las utilizadas para confirmar que, efectivamente, se trata de un ataque de migraña y no una cefalea secundaria a otro proceso diferente. Si el dolor es muy intenso y se acompaña de vómitos, probablemente le administren medicación intravenosa, para lo que pueden utilizar un catéter (tubo delgado y flexible) de corta longitud en una vena superficial. La medicación suele ser un AINE para tratar el dolor y fármacos antieméticos (para evitar los vómitos). Es posible que le administren líquidos intravenosos (suero salino o glucosalino), si ha vomitado mucho. También pueden utilizar para tratar el ataque un triptán (fármaco específico para tratar los ataques de migraña) por vía intranasal o de forma subcutánea, para aliviar el dolor de forma más rápida. En aquellos casos en los que la migraña no responde al tratamiento (como es el caso de una complicación no frecuente de la migraña llamada estatus migrañoso), se pueden utilizar corticoides.

Le preguntarán por posibles alergias a medicamentos, si padece otras enfermedades y por las características de su cefalea: si ha aparecido bruscamente, desde cuándo la padece, cuántos días al mes la presenta, si ha aumentado de intensidad y de frecuencia, y de qué síntomas o signos clínicos se acompaña, como pudieran ser: náuseas, vómitos, intolerancia a la luz o al ruido, fiebre, alteración de la visión, del lenguaje, de la sensibilidad, o debilidad de algún brazo o de la pierna.

Posteriormente le realizarán la toma de temperatura, tensión arterial y frecuencia cardiaca. Además, le realizarán una exploración neurológica para confirmar la normalidad del nivel de conciencia, estado mental, visión, movimientos de los ojos y de la cara, la fuerza, la sensibilidad, la coordinación, el equilibrio y la marcha, y que no existe rigidez en la nuca que haga pensar en una inflamación de las meninges (membranas que cubren el cerebro). Si todo es normal, su cefalea tiene características clínicas de una migraña y el dolor mejora, le darán el alta, pudiendo modificar su tratamiento habitual.

En otras ocasiones menos frecuentes, dependiendo de las características de la cefalea, de la respuesta a la medicación, de los síntomas acompañantes y de la exploración neurológica (que hagan sospechar que puede no ser un ataque de migraña), es posible que para descartar otros procesos diferentes le puedan realizar una analítica y/o una prueba de imagen de su cerebro; la más utilizada en Urgencias es la tomografía axial computarizada (TC) craneal.

Con mucha menos frecuencia y en casos muy concretos, puede ser necesaria la realización de una punción lumbar para analizar el líquido cefalorraquídeo (si la cefalea ha cambiado de características, con fiebre, rigidez de nuca o comienzo explosivo), para descartar infección o hemorragia no detectada en la TC por rotura de algún vaso cerebral, lo que ocurre excepcionalmente.

16

¿SON EFECTIVOS LOS TRATAMIENTOS PREVENTIVOS PARA NO TENER MIGRAÑA?

Dra. Nuria González-García

Unidad de Cefaleas. Hospital Clínico San Carlos. Madrid

Dr. Fernando Iglesias Díez

Unidad de Cefaleas. Hospital universitario de Burgos



Los tratamientos preventivos de la migraña tienen como objetivo reducir la frecuencia y/o la intensidad de cada ataque y mejorar la calidad de vida de los pacientes. En general, se recomiendan en aquellos cuyas migrañas resultan difíciles de controlar, por su elevada frecuencia, por la duración prolongada o la falta de respuesta clara a los tratamientos sintomáticos de cada ataque.

Es importante que el paciente tenga unas expectativas reales del objetivo de estos tratamientos, ya que, aunque pueden reducir significativamente el número de ataques, no

son tratamientos curativos. Se estima que la mitad de los pacientes con migraña necesitarán al menos una vez un ciclo de tratamiento preventivo, que puede realizarse en la consulta de Atención Primaria o de Neurología.

Dentro de las medidas de prevención, conviene revisar algunos aspectos del estilo de vida del paciente. Es recomendable realizar ejercicio físico de forma habitual, evitar el sobrepeso y tener un ritmo de sue-

ño regular. Algunos pacientes pueden identificar desencadenantes alimentarios de los ataques (comida o bebidas) y, en estos casos, se recomienda evitarlos. Además, se hará hincapié en posibles factores cronificadores de la migraña, como el sobreuso de analgésicos, por lo que en estos pacientes el tratamiento preventivo precoz y adecuado es fundamental y en ocasiones se verá precedido de pautas de deshabitación previas. Algunas terapias conductuales y de relajación también tienen su utilidad. El tratamiento de los pacientes con migraña incluye, además, el de la posible ansiedad y depresión asociadas, que pueden desencadenar un aumento de frecuencia de ataques y su cronificación.

Respecto al tratamiento farmacológico existen varias opciones, con una eficacia con poco respaldo en la mayoría, ya que disponemos de pocos ensayos clínicos.

Como principio general, se consideran eficaces si consiguen una reducción de, al menos, el 50 % en la frecuencia de días de dolor a lo largo de 3 meses de tratamiento, empleados a la dosis y el tiempo adecuados. Además de mejorar la frecuencia de los ataques de migraña, mejoran también la duración, la intensidad y la respuesta a los analgésicos. Actualmente, en migraña crónica, solo el topiramato, la toxina botulínica y los anticuerpos monoclonales (de estos dos últimos se hablará en otros capítulos específicos) tienen el mayor grado de evidencia.

Dentro de los fármacos orales distinguimos varias clases. Los más eficaces y más utilizados son los betabloqueantes (como el propranolol), los neuromoduladores (el que tiene mayor evidencia es el topiramato, o también un fármaco muy antiguo, el ácido valproico), los antagonistas de los canales de calcio (la flunarizina es el único aceptado en nuestro país, con eficacia demostrada) y los antidepresivos (como la amitriptilina o la venlafaxina). Todos ellos pueden ser eficaces y se elegirán en función de otras patologías del paciente, como la hipertensión o el síndrome ansioso-depresivo. Todos suelen requerir un periodo lento de adaptación, con la subida progresiva de la dosis, y se debe vigilar estrechamente la aparición de efectos adversos, como

somnolencia, aumento de peso, mareo, alteraciones anímicas, hipotensión...

Finalmente, disponemos de un último grupo, los nutracéuticos, con menor número de estudios, pero que pueden resultar útiles en muchos pacientes: magnesio, riboflavina (vitamina B₂) o melatonina. Su principal ventaja es el buen perfil de efectos adversos. No son fármacos que curen la enfermedad, sino que modulan su comportamiento a lo largo del tiempo, y en la actualidad se recomienda suspenderlos tras 6-12 meses de tratamiento, cuando se ha logrado eficacia.

Cada uno de los tratamientos expuestos anteriormente es eficaz en 2 de cada 3 pacientes, aproximadamente. Por otra parte, estos tratamientos no están exentos de efectos adversos, incluso en las dosis bajas a las que pueden ser usados. Así, solo la mitad de los pacientes que usan tratamientos preventivos están satisfechos con este (40 % satisfechos y 11 % muy satisfechos)

Estos dos factores, la falta de eficacia y los efectos adversos, son los que con mayor frecuencia llevan a que el paciente discontinúe el tratamiento precozmente. Se estima que un 24 % de los pacientes con migraña episódica y un 40 % con migraña crónica lo suspenden. Hay que tener en cuenta que estos tratamientos pueden tardar hasta 2 o 3 meses en mostrar su eficacia y que la correcta adherencia al tratamiento es necesaria para obtener los resultados deseados. En este sentido, casi la mitad de los pacientes piden a su neurólogo más tiempo en consulta para explicar determinados aspectos, como las expectativas reales, la elección del fármaco, el seguimiento de la eficacia y los efectos adversos, entre otros.

Otra limitación frecuente del tratamiento preventivo es el escaso número de pacientes que lo recibe. Se estima que hasta un 25 % de pacientes con migraña necesita un tratamiento preventivo, pero solo lo recibe un 5 %. Este es un importante campo de mejora, ya que la automedicación y el abuso de analgésicos son una importante causa de cronificación de la migraña.

17

¿POR QUÉ UTILIZAMOS LA TOXINA BOTULÍNICA (BOTOX®) EN MIGRAÑA?

Dra. Neus Fabregat Fabra

Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología. Hospital Plató. Barcelona

Dra. Noemí Morollón Sánchez-Mateos

Unidad de Cefaleas y Neuralgias. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona



En torno a un 2,5 % de la población sufre migraña crónica. Un paciente padece migraña crónica si presenta durante 3 meses consecutivos más de 15 días al mes de dolor de cabeza, siendo ataques de migraña, al menos, 8 de esos días. Esto ocasiona gran discapacidad y una menor calidad de vida, condicionando que los pacientes no puedan desarrollar su trabajo, su vida familiar

ni social de forma normal, incluso en los periodos entre los ataques, ya que hasta un 22 % de pacientes no están completamente libres de síntomas. Para poder mejorar su situación, estos pacientes necesitan de fármacos preventivos que les ayuden a reducir la frecuencia de sus días de dolor. Como primera línea disponemos de los tratamientos preventivos orales: topiramato, amitriptilina, propranolol/metoprolol, flunarizina o ácido valproico. No obstante, alrededor de un 75 % de

los pacientes presentan un nivel de satisfacción entre regular y muy bajo a los mismos. Cuando un paciente con migraña crónica no responde a dos de estos fármacos, es candidato a ser tratado con toxina botulínica.

El uso de la toxina botulínica en migraña se aprobó en 2010, a raíz de que varios estudios demostraran que es un tratamiento eficaz para reducir la frecuencia de los días de migraña. Estos estudios objetivaron que un 49 % de los pacientes presentaban una reducción del 50 % del número de días con migraña al mes tras la primera infiltración de toxina botulínica, un 60 % tras dos ciclos y un 71 % tras tres ciclos. Esta eficacia aumenta al 86 % si consideramos los pacientes que presentan una reducción del 30 % en los días de migraña.

Después, diferentes ensayos clínicos han demostrado que la toxina botulínica consigue reducir tanto la frecuencia como la intensidad de los ataques de migraña, así como el consumo de fármacos de rescate de la migraña, como antiinflamatorios y triptanes (fármacos específicos para controlar el dolor de migraña).

El mecanismo de acción de este tratamiento se basa en la capacidad que tiene la toxina para bloquear la liberación de factores inflamatorios a nivel de las terminaciones nerviosas sensitivas situadas alrededor del cráneo. Por tanto, disminuye el estado inflamatorio pericraneal, que contribuye a reducir la sensibilización que el paciente ha hecho respecto al dolor. Entendemos “sensibilización del dolor” como la persistencia de circuitos cerebrales que perpetúan el dolor.

La infiltración de toxina botulínica es un procedimiento sencillo que se realiza en una consulta convencional y que requiere de un neurólogo entrenado en realizar la técnica. Consiste en infiltrar dicho fármaco en la musculatura pericraneal en 31 puntos, aunque en algunos casos se pueden ampliar, distribuidos a nivel de la frente, temporales, región occipital y trapecio de ambos lados; para ello se utilizan agujas de infiltración subcutánea. Después del procedimiento el paciente puede desarrollar su vida con normalidad.

El tratamiento se repite generalmente cada 3 meses, ya que el efecto de la toxina va desapareciendo con el tiempo. No hay límite en el número de infiltraciones que se pueden realizar o el tiempo que puede durar el tratamiento. No hay interacciones con los fármacos preventivos ni sintomáticos utilizados para la migraña; al contrario, es habitual iniciar el tratamiento con toxina en coexistencia con los mismos e ir revalorando su posible reducción en función de la evolución del paciente.

Se ha objetivado que el tratamiento con toxina botulínica tiene un efecto acumulativo, es decir, a mayor número de infiltraciones, mejor respuesta, por lo que se recomiendan, al menos, tres ciclos (9 meses) para ver si el paciente responde o no al tratamiento, ya que puede haber pacientes que empiecen a mejorar tras la 3.ª infiltración. Si no hay mejoría tras un tercer ciclo, se considera que la toxina botulínica no es efectiva en ese paciente.

El paciente tiene buena respuesta al tratamiento, es decir, que el fármaco funciona, si cumple lo siguiente:

- El número de días de cefalea en el calendario de cefaleas se ha reducido un 50 %.
- La percepción del dolor del paciente ha mejorado: menor intensidad, el dolor interfiere menos en su día a día, le permite ir a trabajar, el dolor se alivia con los analgésicos, no hay necesidad de acudir a Urgencias.

Si la respuesta o la duración son insuficientes, se puede aumentar la dosis según criterio médico.

Varios estudios demuestran que la probabilidad de que la toxina botulínica sea efectiva es mayor cuanto menor sea el tiempo transcurrido desde que el paciente empieza con migraña crónica hasta que iniciamos el tratamiento. Por lo que es importante, primero, que el paciente consulte con su médico de cabecera (se considera que hasta un 25 % de las personas que sufren migraña no lo hacen) y que,

si es preciso, este derive al paciente a Neurología para valoración y seguimiento.

Varios estudios han analizado la evolución durante varios años de pacientes con migraña crónica en tratamiento con toxina botulínica y confirman que es un tratamiento eficaz, seguro a largo plazo y que la respuesta se mantiene e incluso incrementa con el tiempo.

Los efectos secundarios relacionados con la infiltración son poco frecuentes, solo el 12 % de los pacientes suelen presentarlos. Pueden aparecer entre las 24-72 horas después del procedimiento, pero todos son transitorios y reversibles al cabo de unos días.

Los más frecuentes suelen ser:

- Dolor de cabeza, ya que las infiltraciones se hacen en puntos muy sensibles.
- Efectos estéticos, como la asimetría de cejas, ya que la toxina relaja la musculatura de la frente.
- Cierta debilidad en el cuello al infiltrar en el trapecio.
- Sensación de rigidez cervical.

En cuanto a las contraindicaciones, la única es el embarazo, ya que no disponemos de información sobre cómo podría afectar la toxina en estos casos. El hecho de tomar tratamiento anticoagulante no supone contraindicación para realizar la técnica, siempre y cuando el rango de anticoagulación sea el correcto.

18

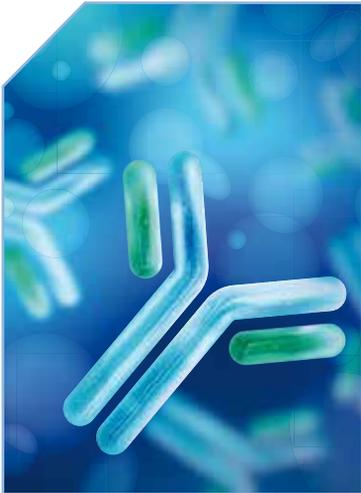
Y AHORA... ¿ANTICUERPOS CONTRA LA MIGRAÑA?

Dr. Germán Latorre González

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid

Dra. Margarita Sánchez del Río

Servicio de Neurología. Clínica Universidad de Navarra. Madrid



¿QUÉ SON Y POR QUÉ SURGEN?

Los anticuerpos monoclonales contra el CGRP (nombre del péptido relacionado con el gen de la calcitonina) surgen de la necesidad de encontrar nuevas estrategias terapéuticas para la prevención de la migraña, tanto para su forma episódica (menos de 15 días al mes) como para la migraña crónica (más de 15 días mensuales). Esto es así porque, con los tratamientos preventivos disponibles hasta la llegada de los

anticuerpos al mercado (fármacos orales o toxina botulínica), un porcentaje alto de pacientes tendían a abandonarlos, por baja eficacia o por efectos adversos.

Las nuevas terapias son el resultado de un mejor conocimiento de los mecanismos involucrados en esta enfermedad. Desde mediados de los años 80 se sabe que el CGRP juega un papel fundamental en la neurotransmisión del dolor a nivel craneal. No ha sido hasta el comienzo del siglo XXI cuando se han podido sintetizar fármacos capaces de

“neutralizar” la acción del CGRP, bloqueando la propia molécula del CGRP o el receptor al que se une el CGRP para ejercer su acción.

En general, los anticuerpos son proteínas producidas por el sistema inmunitario del cuerpo como respuesta a la detección de una sustancia dañina. Sin embargo, se puede utilizar la generación de anticuerpos de forma artificial en el laboratorio para que, cuando sean inyectados en el paciente, detecten y neutralicen de forma selectiva la molécula o el receptor del CGRP. Al ser específicos, solo van a actuar contra el CGRP y, por tanto, no van a neutralizar otras moléculas ni a interferir con el sistema de defensa del organismo, por ejemplo, contra infecciones; es decir, no generan inmunodepresión.

En la actualidad se han desarrollado cuatro anticuerpos que presentan las siguientes diferencias entre ellos:

- **Erenumab:** único anticuerpo que bloquea el receptor del CGRP. Administración subcutánea mensual.
- **Eptinezumab:** anticuerpo que bloquea la molécula (CGRP). Administración intravenosa.
- **Fremanezumab:** anticuerpo que bloquea la molécula (CGRP). Administración subcutánea mensual o trimestral.
- **Galcanezumab:** anticuerpo que bloquea la molécula (CGRP). Administración subcutánea mensual.

¿QUÉ VENTAJAS Y DIFERENCIAS TIENEN FRENTE A LOS TRATAMIENTOS ANTERIORES?

- Son fármacos diseñados de forma específica para tratar la migraña en base al conocimiento de los mecanismos involucrados en la generación del dolor de cabeza. Los tratamientos anteriores salieron al mercado con otra finalidad terapéutica (antidepresivos, antiepilépticos, antihipertensivos, etc.) y posteriormente se determinó que, además, funcionaban para reducir la frecuencia de aparición de los ataques de migraña.

- **Fácil administración.** Solo requieren una única inyección mensual (o trimestral) subcutánea, pudiendo administrarse en el abdomen o en las extremidades. Los tratamientos preventivos orales disponibles son de uso diario, incluso varias dosificaciones durante el día, lo que habitualmente dificulta su cumplimiento. La toxina botulínica es el único tratamiento no oral para la migraña crónica que se administra cada 3 meses. En cada sesión se aplican de 31 a 39 inyecciones, distribuidas entre la cabeza y los hombros.
- **Buena tolerancia.** A diferencia de los tratamientos orales, que presentan una gran variedad de posibles efectos secundarios, los anticuerpos anti-CGRP se caracterizan por su mejor tolerabilidad.

¿QUÉ SABEMOS SOBRE LA EFICACIA DE ESTOS TRATAMIENTOS?

El desarrollo de los nuevos tratamientos para la migraña ha llevado consigo un largo camino de investigación que comienza en los laboratorios, primero a nivel molecular y farmacológico, luego en animales de experimentación y que, finalmente, han tenido una importante continuidad en la realización de múltiples ensayos clínicos. Un ensayo clínico es un experimento muy controlado y diseñado para verificar la eficacia y la seguridad de un nuevo tratamiento y es la base de los estudios utilizados por las autoridades sanitarias de todos los países para aprobar la indicación de un fármaco. Los ensayos clínicos se realizan comparando el tratamiento con molécula no activa y en este caso se han realizado más de 10 en distintas fases, con un número de participantes a veces mayor de 1.000 en algunos de ellos. Estos estudios han sido realizados durante tiempo suficiente y en condiciones reguladas y estipuladas con garantías. En el caso que nos ocupa, los cuatro anticuerpos monoclonales contra CGRP han realizado estudios suficientes para poder tener datos muy relevantes sobre su eficacia y también sobre su seguridad, aunque, como todos los tratamientos novedosos, se seguirá monitorizando su uso en la vida real para seguir recabando más datos sobre su utilización. En general, los cuatro tratamientos han mostrado eficacia en la reducción de diversos pará-

metros relacionados con la evolución de la migraña y su repercusión en la calidad de vida de los pacientes que la sufren. En general, los resultados se diferenciaron para migraña episódica y crónica. Algunos de los más importantes son los siguientes:

- Reducciones medias significativas de entre 3 y 7 días de migraña mensuales en migraña episódica y crónica.
- Reducción de las horas con migraña.
- Mejoría de aspectos relacionados con la calidad de vida en migraña, como puntuaciones en diversas escalas de discapacidad específicas.
- Reducción del consumo de analgésicos de rescate y de la intensidad de los ataques.
- Porcentajes de respondedores (número de pacientes que reducen al menos a la mitad la frecuencia de su cefalea con respecto a la que tenían antes de iniciar el ensayo) relevante.

¿QUÉ DATOS TENEMOS SOBRE SU SEGURIDAD?

La mayor parte de información sobre la seguridad de estos nuevos tratamientos la tenemos también disponible de la misma fuente: los ensayos clínicos. En general, se ha visto un muy buen perfil de tolerabilidad y de efectos secundarios, casi comparable al obtenido por el placebo. La tasa de abandonos del tratamiento por efectos secundarios fue muy baja y no se registraron fallecimientos ni efectos adversos de especial gravedad durante los ensayos. Aunque con algunos matices, la mayoría de efectos secundarios son comunes a los cuatro, e incluyen: dolor o enrojecimiento en el punto de inyección, estreñimiento, fatiga, rinoфарингитis, dolor muscular o artralgias.

Dado que son moléculas que bloquean una vía ubicua relacionada con la vasodilatación, deberían plantearse con precaución en pacientes con riesgo vascular importante, como personas con antecedentes de infarto.

19

¿SOLO HAY MEDICAMENTOS? ¿HAY TERAPIAS ALTERNATIVAS EFICACES?

Dra. Ana Carolina López-Veloso

Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Gran Canaria
Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria

Dr. Eugenio Gómez Ontañón

Servicio de Neurología. Hospital Universitario Nuestra Señora
de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife



Aunque los medicamentos son el pilar fundamental sobre el que hoy por hoy descansa el tratamiento de la migraña, la eficacia de otras terapias no farmacológicas no es desdeñable y, por ello, deben considerarse parte integral del manejo de esta enfermedad. Dentro de las que han demostrado alguna eficacia en estudios clínicos, destacamos las siguientes:

EJERCICIO FÍSICO

Es recomendable que los pacientes que sufren migraña realicen ejercicio aeróbico de modo regular, como, por ejemplo, caminar rápido o montar en bicicleta. De igual manera, los ejercicios focalizados sobre los músculos cervicales y de los hombros pueden ser también de utilidad. Por otro lado, el ejercicio físico puede ayudar en el manejo de otras patologías dolorosas crónicas, como la fibromialgia y el dolor cervical crónico, que con frecuencia afectan a los pacientes migrañosos, así como otras comorbilidades habitualmente relacionadas con

estos procesos, como la depresión, la ansiedad o el insomnio. Además, el ejercicio físico tiene un efecto euforizante y favorece la autoestima, lo que a su vez se asocia con mejoría en los niveles de dolor y mayor tolerancia.

INTERVENCIONES DIETÉTICAS

La migraña se puede beneficiar de modificaciones dietéticas y de la toma de diversos suplementos vitamínicos, minerales y hierbas medicinales, lo que vienen en llamarse los nutraceuticos.

- **Hábitos alimentarios y dietas:** ciertos alimentos o el ayuno pueden actuar como desencadenantes de ataques de migraña en algunos pacientes. Además, la obesidad y el consumo excesivo de cafeína pueden comportarse como un factor de riesgo de cronificación de la migraña. Por otro lado, hay dietas que han demostrado una mayor eficacia en el tratamiento de pacientes migrañosos, como aquellas dirigidas a evitar el sobrepeso.
- **Nutraceuticos:** ciertas vitaminas y minerales pueden mejorar la migraña a través de mecanismos relacionados con el metabolismo oxidativo de las mitocondrias, ayudando a reducir la intensidad o la frecuencia de los ataques migrañosos. Entre ellos, los más útiles son la riboflavina, administrada a dosis elevadas de 400 mg al día, los suplementos orales de magnesio (400-600 mg/día) o la coenzima Q10 a dosis de 300 mg diarios. Algún estudio reciente sugiere un posible efecto beneficioso de la vitamina D.
- **Plantas medicinales:** entre las plantas medicinales que pueden resultar útiles figura el *butterbur*, más conocido como petasita. Los extractos de esta planta han demostrado disminuir de forma significativa la frecuencia de los ataques.

TERAPIAS CONDUCTUALES

Las terapias conductuales incluyen una serie de estrategias, como, por ejemplo, técnicas de relajación, meditación, la terapia cognitiva y el

biofeedback. Estas terapias han demostrado su eficacia en algunos estudios de migraña, aunque los datos son limitados y en ciertos casos los resultados son controvertidos. Por otro lado, pueden ser de utilidad en el manejo del estrés en pacientes migrañosos.

ACUPUNTURA

La eficacia de la acupuntura en el tratamiento de la migraña es igualmente controvertida. El mayor ensayo clínico llevado a cabo hasta el momento demostró una reducción en el número de días de migraña, pero no hubo diferencias significativas con otras modalidades terapéuticas que hacían también uso de agujas o el placebo (*sham* acupuntura).

MASAJE, FISIOTERAPIA, RELAJACIÓN Y QUIROPRÁCTICA ESPINAL

Según algunos estudios, estas modalidades terapéuticas podrían ser al menos tan eficaces como determinados fármacos preventivos orales. Sin embargo, hoy por hoy no se pueden establecer conclusiones firmes respecto a su efectividad, ya que se requeriría la realización futura de más estudios.

NEUROESTIMULACIÓN

Consiste en la aplicación de estímulos eléctricos o magnéticos para modificar las vías de transmisión del dolor a nivel del sistema nervioso central y periférico. Tradicionalmente, estas técnicas implicaban procedimientos invasivos, pero actualmente se han desarrollado dispositivos externos no invasivos que han demostrado eficacia en pequeños estudios como tratamiento del ataque agudo de migraña o en la prevención de los ataques.

- **Neuroestimulación no invasiva:** en este grupo encontramos la estimulación transcutánea del nervio vago y del nervio supraorbitario y la estimulación magnética transcraneal. Estos dispositivos pueden ser útiles en pacientes que prefieren evitar medicamentos

o con intolerancia o contraindicaciones para los tratamientos farmacológicos.

- **Neuroestimulación invasiva:** consiste en la utilización de dispositivos que se implantan a nivel subcutáneo o intracraneal. Su papel en el tratamiento de la migraña es muy limitado; puede ser de utilidad la estimulación del nervio occipital en casos muy seleccionados refractarios.

20

¿ES PELIGROSA LA MIGRAÑA PARA MI EMBARAZO Y LACTANCIA?

Dra. Amparo Guillem Mesado

Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología. Hospital Gregorio Marañón. Madrid



En la mayoría de las mujeres, la migraña no supone un peligro para el embarazo, el parto y la lactancia.

Es más, entre un 50-80 % de las mujeres con migraña experimentan una reducción del número de ataques de dolor en el segundo y tercer trimestre de gestación y durante la lactación natural. Esta mejoría es atribuida a un mantenimiento continuo y elevado de hormonas sexuales y opioides endóge-

nos durante este periodo. Por lo tanto, muchas de estas mujeres consideran sus embarazos como “una tregua en su dolor”.

Sin embargo, existe un número pequeño de pacientes que no mejoran, en las que el dolor se agrava, cambia de características o aparece por primera vez durante el embarazo. En estos casos es necesario prestarles especial atención para detectar la aparición de cefaleas secundarias a otros procesos que podrían conllevar a complicaciones durante el embarazo.

Una de las causas de este empeoramiento es la aparición de hipertensión arterial durante la gestación y preeclampsia (dolor de cabeza, tensión arterial elevada y aumento de proteínas en orina), que podrían contribuir a un parto prematuro y a complicaciones vasculares.

Las mujeres con migrañas no tienen mayor riesgo de tener abortos ni hijos con malformaciones congénitas. Sin embargo, la toma de medicaciones durante el embarazo para la migraña u otras enfermedades sí puede ser potencialmente peligrosa para el feto, por lo que deben de ser retiradas o sustituidas por otros fármacos, preferentemente antes del embarazo, por su médico.

En estudios realizados para comparar embarazos en mujeres con y sin migraña, se ha observado que las pacientes con migraña tienen un cierto riesgo de tener preeclampsia y niños de menor peso. Sin embargo, no hay datos suficientes que avalen una mayor tasa de partos prematuros, de placenta previa, ni tampoco un mayor número de cesáreas en dicho grupo de mujeres.

La lactancia natural no se ve alterada por la condición de tener migraña y es considerada como beneficiosa para madre e hijo, suponiendo una prolongación de la mejoría del dolor para muchas mujeres.

Por tanto, el hecho de tener migrañas no contraindica el embarazo, pero sí se recomienda mayor control por parte de su neurólogo y ginecólogo, en especial si existen otras enfermedades, siendo aconsejable que comuniquen a sus médicos cuando tengan deseos de gestación, para planificar un embarazo lo más seguro posible.

¿PUEDO TOMAR ALGÚN MEDICAMENTO?

Dra. Ana Gago Veiga

Unidad de Cefaleas. Servicio de Neurología. Instituto de Investigación Sanitaria Princesa. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid



Ante todo, hemos de tener en cuenta que estas recomendaciones son muy generales y siempre debemos consultar con nuestro neurólogo o médico responsable para que valore nuestro caso en concreto, para que verifique que se trata de un ataque de migraña y no de un dolor de cabeza por otro motivo y que se ajuste a nuestras características, para indicarnos la opción más adecuada.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Todas las rutinas y consejos recomendados a los pacientes con migraña, toman un papel fundamental en esta etapa de la vida, donde siempre ha de ser considerado el primer escalón terapéutico.

La paciente con migraña embarazada ha de intentar mantener, en la medida de lo posible, un horario de sueño regular, no ayunar ni hacer comidas demasiado copiosas, tener una alimentación saludable, hidratarse bien, hacer el ejercicio permitido de forma regular, no consumir alcohol ni abusar de la cafeína, abandonar el tabaco y evitar el estrés excesivo.

Tratamientos alternativos, como técnicas de relajación o yoga, pueden resultar beneficiosos, sin riesgos para la madre ni para el feto, ya

que durante el embarazo siempre intentaremos evitar tomar medicamentos, debido a los posibles riesgos que pueden suponer.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

Si, a pesar de ello, la paciente sufre un ataque de migraña, debemos saber que el esquema de tratamiento será distinto al que utilizaba antes de quedarse embarazada. Las recomendaciones serían las siguientes:

- Si la intensidad es leve, es aconsejable intentar no consumir analgésicos. Procurar descansar, buscar un sitio tranquilo, sin sonidos intensos y apagar la luz.
- Si es moderada, además de las recomendaciones anteriores, la primera opción de tratamiento sería el paracetamol, pero siempre intentando tomar la menor cantidad posible. La segunda línea serían los antiinflamatorios no esteroideos (tipo ibuprofeno, naproxeno), cuyo uso está únicamente permitido (y siempre en pequeñas cantidades) durante el segundo trimestre.
- En los ataques más intensos, para ocasiones puntuales y bajo supervisión médica, se puede recurrir a los triptanes, en concreto, al sumatriptán, por ser el que tiene más experiencia de uso.
- Los fármacos usados para tratar las náuseas, habituales en este periodo, también son útiles en los ataques de migraña, de forma aislada o en combinación con los anteriores tratamientos. La metoclopramida es el fármaco de primera elección en estos casos (debemos evitar la domperidona, por posibles riesgos en el bebé durante la gestación).
- Si la paciente tiene un ataque muy prolongado y no cede, debe acudir a Urgencias. Si se confirma que se trata de un estatus migrañoso, una de las opciones más idóneas que se podrían plantear al paciente son los bloqueos anestésicos con lidocaína, técnica muy sencilla que consiste en una pequeña infiltración de anestésico en la parte posterior de la cabeza.

- En la lactancia, son seguros tanto el paracetamol como el ibuprofeno. También, en ciertas ocasiones, se pueden valorar triptanes, preferiblemente sumatriptán o eletriptán. Es importante recordar primero dar la toma y posteriormente ya tomar la medicación, distanciando lo máximo posible la siguiente, para intentar que pase al bebé la menor cantidad posible de fármaco.

Una página web fiable y de fácil manejo, accesible para pacientes, que nos indica si un fármaco está permitido o no en la lactancia es: www.e-lactancia.org.

TRATAMIENTO PREVENTIVO

Como comentábamos, el embarazo suele ser una etapa “buena” para la mujer con migraña, por lo que habitualmente no es necesario tomar un tratamiento preventivo (aquel que se toma a diario para intentar disminuir la frecuencia y la intensidad) y se ha de intentar suspender progresivamente si lo estaba tomando antes de quedarse embarazada.

Si tras la valoración del especialista, se considera que es necesario tomar un tratamiento preventivo porque la frecuencia de dolor es muy alta (como siempre, insistir en la importancia de un calendario de cefaleas), existen alternativas terapéuticas, donde el médico elegirá la más idónea teniendo en cuenta: los fármacos permitidos, las patologías de la paciente, las intolerancias previas y el trimestre en el que se encuentra. Probablemente, si se utiliza este tipo de tratamientos, la paciente requerirá un seguimiento más estricto del embarazo, con controles ecográficos más frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Adeney K, William M. Migraine headache and preeclampsia: an epidemiology review. *Headache*. 2006;46:794-803.
- Allais G, Chiarle G, Sinigaglia S, Mana O, Benedetto Ch. Migraine during pregnancy and in the puerperium. *Neurol Sci*. 2019;40(Suppl 1):81-91.
- Amin FM, Aristeidou S, Baraldi C, Czapinska-Ciepiela E, Ariadni DD, Di Lenola D, et al. The association between migraine and physical exercise. European Headache Federation School of Advanced Studies (EHF-SAS). *J Headache Pain*. 2018;19(1):83.
- Aukes A, Yurtsever F, Boutin A, Visser M, Groot C. Associations between migraine and adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *Obgynsurvey*. 2019;74:738-48.
- Beltrán J, López A, Barrero C, Fernández R, García MG, Llundain A, et al, eds. *Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018*. Sevilla: Editorial Universidad de Sevilla; 2018. <http://www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2018/11/3302.-Libro-AtlasMigraña.pdf>.
- Bigal ME, Liberman JN, Lipton RB. Age-dependent prevalence and clinical features of migraine. *Neurology*. 2006;67(2):246-51.
- Bille B. A 40-year follow-up of school children with migraine. *Cephalalgia*. 1997;17(4):488-91.
- Chiu HF, Yang CY. Air pollution and daily clinic visits for migraine in a subtropical city: Taipei, Taiwan. *J Toxicol Environ Health A*. 2015;78(9):549-58.
- Dodick DW. A Phase-by-Phase Review of Migraine Pathophysiology. *Headache*. 2018;58(suppl 1):4-16.
- Ezpeleta D, Pozo Rosich P. *Guías Diagnósticas y Terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Guía oficial de la Práctica Clínica en Cefaleas*. Madrid: Luzan; 2015.
- Fachinetti f, Allais G, Nappi RE, D'Amico R, Marozio L, Bertozzi L, et al. Migraine is a risk factor for hypertensive disorders in pregnancy: a prospective cohort study. *Cephalalgia*. 2009;29:286-92.
- Gazerani P, Cairns BE. Dysautonomia in the pathogenesis of migraine. *Expert Rev Neurother*. 2018;18(2):153-65.
- GBD 2016 Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2019;18:459-80.
- Goadsby PJ, Holland PR. An Update: Pathophysiology of Migraine. *Neurol Clin*. 2019;37(4):651-71.
- González-García N, Díaz de Terán J, López-Veloso AC, Mas-Sala N, Mínguez Olaondo A, Ruiz-Piñero M, et al. Headache: Pregnancy and breastfeeding. Recommendations of the Spanish Society of Neurology's Headache Study Group. *Neurologia*. 2019 Apr 29;S0213-4853(19)30009-X.
- Gori S, Lucchesi C, Morelli N, Maestri M, Bonanni E, Murri L. Sleep-related migraine occurrence increases with aging. *Acta Neurol Belg*. 2012;112(2):183-7.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). *The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition*. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211.
- Kelman L. Migraine changes with age: IMPACT on migraine classification. *Headache*. 2006;46(7):1161-71.
- Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Cephalalgia*. 2007;27:394-402.
- Krøll LS, Hammarlund CS, Linde M, Gard G, Jensen RH. The effects of aerobic exercise for persons with migraine and co-existing tension-type headache and neck pain. A randomized, controlled, clinical trial. *Cephalalgia*. 2018;38:1805-16.

- Lemmens J, De Pauw J, Van Soom T, Michiels S, Versijpt J, Van Breda E, et al. The effect of aerobic exercise on the number of migraine days, duration and pain intensity in migraine: a systematic literature review and meta-analysis. *J Headache Pain*. 2019;20(1):16.
- Li W, Bertisch SM, Mostofsky E, Buettner C, Mittleman MA. Weather, ambient air pollution, and risk of migraine headache onset among patients with migraine. *Environ Int*. 2019;132:105100.
- Mateos V, Bártulos M, Rufo M, Ruiz M. Cefalea en situaciones especiales. En: Ezpeleta D, Pozo Rosich P, eds. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2015. Guía oficial de Práctica Clínica en Cefaleas. Ediciones SEN. 2015;275-304.
- Mateos V, Porta-Etessam J, Armengol-Bertolin S, Larios C, García M. Situación de partida y abordaje asistencial de la migraña en las consultas de Neurología de España: Estudio PRIME-RA. *Rev Neurol*. 2012;55(10):577-84.
- Matias-Guiu J, Porta-Etessam J, Mateos V, Díaz-Insa S, López-Gil C, Fernández C; on behalf of the scientific committee of the PALM program. One-year Prevalence of Migraine in Spain: A Nationwide Population-Based Survey. *Cephalalgia*. 2010;31(4):463-70.
- Misery L. The neuro-immuno-cutaneous system and ultraviolet radiation. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2000;16(2):78-81.
- O'Neal MA. Headache complicating pregnancy and postpartum period. *Pract Neurol*. 2017;17(3):191-202.
- Pascual J, Sánchez del Río M, Jiménez MD, Láinez-Andrés JM, Mateos V, Leira R, et al. La migraña crónica vista por el neurólogo y el paciente: Resultados del proyecto CIEN-mig (III). *Rev Neurol*. 2010;50(12):705-10.
- Pascual J, Sánchez del Río M, Jiménez MD, Láinez-Andrés JM, Mateos V, Leira R, et al. Satisfacción del paciente con migraña que acude a consultas de neurología. Resultados del proyecto CIEN-mig (II). *Rev Neurol*. 2010;50(11):641-5.
- Pellegrino ABW, Davis-Martin RE, Houle TT, Turner DP, Smitherman TA. Perceived triggers of primary headache disorders: a meta-analysis. *Cephalalgia*. 2018;38(6):1188-98.
- Puledda F, Ffytche D, O'Daly O, Goadsby PJ. Imaging the Visual Network in the Migraine Spectrum. *Front Neurol*. 2019;10:1325.
- Santos-Lasaosa S, Morandeira-Rivas C, Navarro-Calzada J, López del Val LJ, Velázquez Benito A, Villaverde-Royo MV. Meteorología y migraña. *Rev Neurol*. 2012;55:511-2.
- Sempere J, Gallardo A, Heras JA. Migraña Episódica. En: González Oria C, Jurado C, Viguera J, eds. Guía oficial de Cefaleas 2019. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología. Madrid: Medea; 2019;34-61.
- Sutherland HG, Griffiths LR. Genetics of Migraine: Insights into the Molecular Basis of Migraine Disorders. *Headache*. 2017;57(4):537-69.
- Szyszkwicz M. Ambient air pollution and daily emergency department visits for headache in Ottawa, Canada. *Headache*. 2008;48(7):1076-81.
- Tekatas A, Mungen B. Migraine headache triggered specifically by sunlight: report of 16 cases. *Eur Neurol*. 2013;70(5-6):263-6.
- Vgontzas A, Pavlović JM. Sleep Disorders and Migraine: Review of Literature and Potential Pathophysiology Mechanisms. *Headache*. 2018;58(7):1030-9.
- Yang CP, Wang SJ. Sleep in Patients with Chronic Migraine. *Curr Pain Headache Rep*. 2017;21(9):39.

