



Consejo experto sobre...

Manejo del paciente con migraña desde atención primaria y criterios de derivación

Inés Rivera Panizo¹, Noelia Fontanillas¹, Julio Pascual Gómez²

¹Centro de Salud de Bezana. ²Servicio de Neurología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

- La cefalea es el motivo de consulta neurológica más frecuente, no sólo para el especialista de neurología sino también en atención primaria (AP). Según datos obtenidos en nuestro país, aproximadamente 2 de cada 3 pacientes que consultan por cefalea a su médico de AP lo hacen por migraña, lo que es una consecuencia de su elevada prevalencia (un 10-15% de la población) y su negativo impacto en la vida diaria. Por poner sólo un ejemplo, muy recientemente la Organización Mundial de la Salud ha puesto de manifiesto que la migraña es la segunda enfermedad que más disminuye la calidad de vida por debajo de los 50 años de edad. El diagnóstico de la migraña sigue siendo puramente clínico.
- Por su elevada prevalencia como motivo de consulta, por su impacto y por tratarse de una patología para la que no necesitamos estudios complementarios, el diagnóstico y el tratamiento de la mayoría de los casos de migraña deberían llevarse a cabo en el contexto de AP. Los estudios realizados en nuestro medio han puesto de manifiesto que aún existen claras necesidades de formación en cuanto al diagnóstico y tratamiento de pacientes con migraña. En este artículo revisaremos los aspectos fundamentales del manejo de los pacientes con migraña en AP.

Diagnóstico

- Los criterios diagnósticos de migraña sin aura aparecen recogidos en la tabla 1. Hay que recordar que se acepta el diagnóstico de migraña (probable) aunque el paciente no cumpla uno de los criterios diagnósticos. Es importante tener en cuenta el perfil del paciente que consulta. Ante una cefalea invalidante que mejora con quietud, que haya comenzado antes de los 30 años de edad y que se acompañe de náuseas/sonofotofobia y, sobre todo, si el paciente es una mujer, el diagnóstico es prácticamente siempre de migraña. En un tercio de los casos, el paciente con migraña referirá sintomatología propia del aura. Hemos de pensar en un aura migrañosa típica si hay síntomas visuales o sensitivos unilaterales positivos (luces, hormigueos), si es de

Tabla 1. Criterios diagnósticos de migraña sin aura*

• Al menos 5 crisis que cumplen los criterios B-D
• Episodios de cefalea de entre 4 y 72 horas (no tratados o tratados sin éxito)
• La cefalea presenta, al menos, 2 de las siguientes 4 características: <ul style="list-style-type: none">– Localización unilateral– Carácter pulsátil– Dolor de intensidad moderada-severa– Empeorada por, o condiciona, el abandono de la actividad física habitual (p. ej., andar o subir escaleras)
• Al menos uno de los siguientes síntomas durante la cefalea: <ul style="list-style-type: none">– Náuseas y/o vómitos– Fotofobia y fonofobia

*El diagnóstico de migraña probable permite no cumplir uno de los criterios A-D.

instauración progresiva (en minutos) y si no dura más de 1 hora.

- Un 2% de la población reúne criterios de migraña crónica, esto es, presenta cefaleas más de 15 días al mes. Estos pacientes consultan frecuentemente debido a su estado muy invalidante, y no deben diagnosticarse de cefalea tensional. Dicho de otra manera, los pacientes con migraña y dolor frecuente pueden presentar durante días un dolor leve y bilateral, más parecido a la cefalea tensional, pero deben tratarse como si fuera migraña.

Tratamiento

- El tratamiento de la migraña comprende medidas generales, tratamiento sintomático y, en algunos casos, tratamiento preventivo (figura 1).
- Las medidas generales son importantes, y más en el nivel asistencial de AP, y deben incluir una vida reglada, respetando en lo posible los ritmos del sueño, la realización de ejercicio regular y una dieta sana. En cuanto a este último punto, debemos recomendar evitar por igual los ayunos prolongados y las comidas copiosas, el alcohol y los alimentos que el paciente perciba que pueden desencadenar una crisis.

Consejo experto

Manejo del paciente con migraña desde atención primaria y criterios de derivación

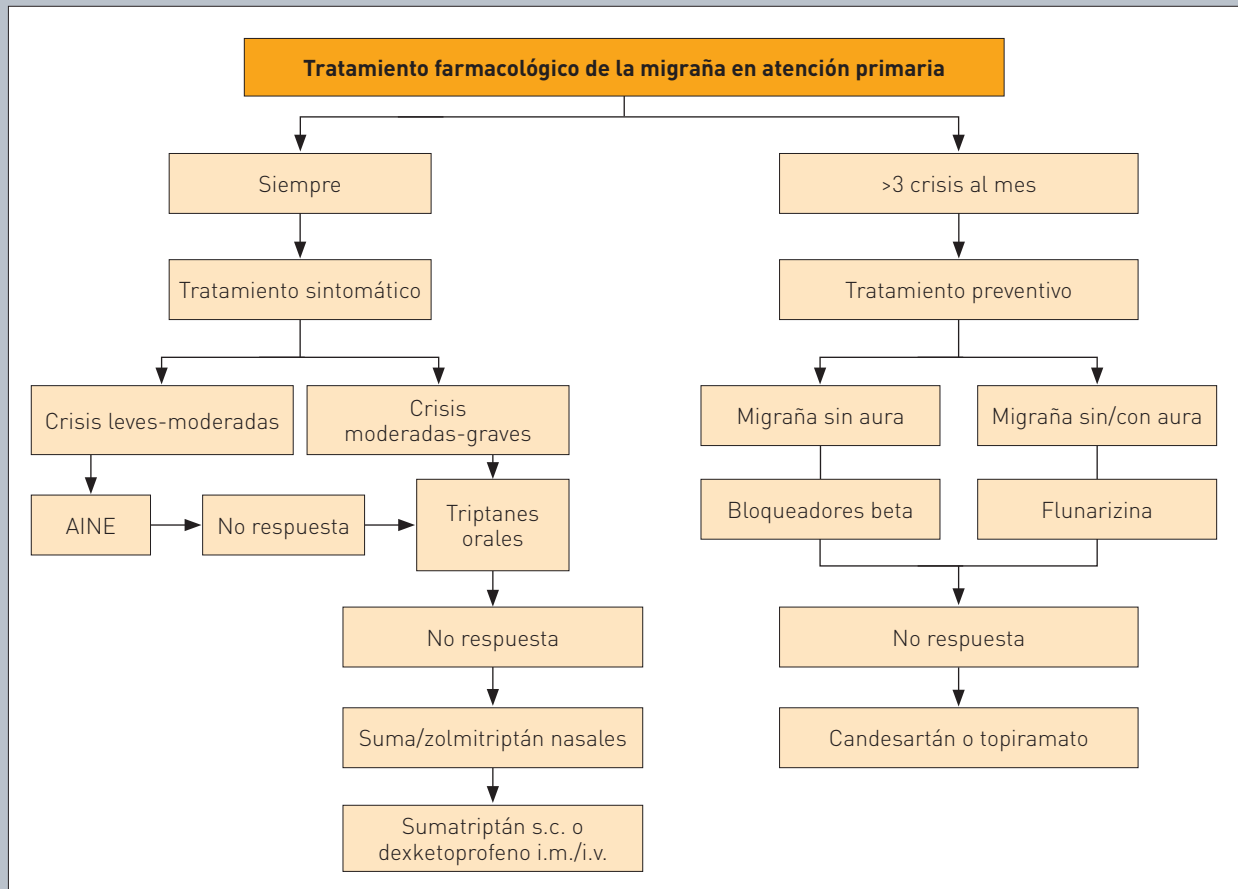


Figura 1. Esquema del tratamiento de la migraña en atención primaria. AINE: antiinflamatorios no esteroideos

- El tratamiento sintomático es obligatorio para todos los pacientes con migraña. El paracetamol sólo está indicado en niños con crisis leves. Debemos evitar los analgésicos combinados, los ergóticos y los opiáceos, por la elevada posibilidad de inducir cefalea de rebote y cronificación de la migraña. Por tanto, el tratamiento sintomático de la migraña se basa en el uso juicioso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y triptanes.
- En los pacientes con crisis moderadas se puede iniciar el tratamiento con un AINE, siempre de absorción rápida en este caso; los más recomendados son: ácido acetilsalicílico, naproxeno sódico, ibuprofeno o dexketoprofeno trometamol. Si no hay respuesta a estos AINE, se puede recurrir a los triptanes, que son los fármacos más eficaces con esta indicación. Existen 7 triptanes orales comercializados en nuestro país. Comparten el mecanismo de acción (agonismo sobre los receptores 5-HT_{1B/D}), pero son

farmacocinéticamente diferentes. Sumatriptán (50 mg), almotriptán (12,5 mg) y zolmitriptán (2,5-5 mg) están indicados en pacientes con crisis estándares de migraña. Rizatriptán (10 mg) y eletriptán (40 mg) tienen el *t_{máx}* más corto y pueden ser eficaces en pacientes con crisis de dolor grave que no hayan respondido a los anteriores. Frovatriptán (2,5 mg) y naratriptán (2,5 mg) han de reservarse para pacientes con crisis leves-moderadas e intolerantes a los triptanes. Como norma general, los triptanes han de administrarse al inicio de la crisis de migraña, cuando el dolor todavía es leve. Hay que recordar que pueden combinarse con AINE por sus mecanismos de acción complementarios. En pacientes con náuseas o vómitos se pueden usar las presentaciones liotab de zolmitriptán o rizatriptán o el spray nasal de sumatriptán (20 mg) o de zolmitriptán (5 mg); también es útil en esta situación añadir metoclopramida al inicio de las crisis. Sumatriptán es el único triptán que ha

mostrado ya una seguridad razonable en mujeres embarazadas. En caso de crisis sin respuesta a las presentaciones ya comentadas, hemos de acudir a la vía parenteral, cuyas opciones son combinar metoclopramida con dexketoprofeno i.m./i.v. y/o sumatriptán s.c.

- ▶ El tratamiento preventivo está indicado si hay 4 o más crisis al mes, sobre todo si responden escasamente al tratamiento sintomático. Es la gran asignatura pendiente en el manejo de la migraña en nuestro país: menos del 20% de los pacientes con migraña remitidos a las consultas especializadas por crisis frecuentes han recibido tratamiento preventivo. Si el paciente refiere una crisis de migraña sin aura, el tratamiento de elección son los bloqueadores beta, propranolol (idealmente 20 mg/8 h) o metoprolol (100 mg/día). Si hay crisis de migraña con aura, estaría indicado el tratamiento con flunarizina (5 mg al acostarse). Si hay contraindicaciones o intolerancia, las siguientes opciones serían candesartán (8-16 mg/día) o topiramato (50-100 mg/día).
- ▶ En cuanto al tratamiento preventivo, es muy importante recordar varios aspectos: a) ha de instaurarse progresivamente para facilitar su tolerabilidad; 2) suele tardar entre 4 y 6 semanas en hacer efecto, por lo que no debemos retirarlo (si se tolera bien) antes de mes y medio, y c) el tiempo mínimo de tratamiento son 6 meses.

Criterios de derivación en pacientes con migraña

- ▶ Ya hemos resaltado que el diagnóstico de migraña sin aura y migraña con aura típica se basa en criterios clínicos, y no está justificado derivar a la

consulta especializada para su confirmación diagnóstica a un paciente que cumpla estos criterios y en un contexto clínico compatible. Deberíamos derivar a los pacientes a la consulta especializada (siempre a Neurología) en las siguientes situaciones clínicas en relación con la migraña:

Derivación urgente

1. Pacientes con estado de mal migrañoso (crisis de más de 3 días de duración) a pesar del tratamiento sintomático ya comentado.
2. Pacientes con cefalea aguda cuya aura contenga trastorno del lenguaje, hemiparesia, depresión del nivel de conciencia u otra clínica del tronco del encéfalo.

Derivación a la consulta de Neurología

1. Migrañas de inicio después de los 50 años de edad.
2. Migrañas con aura típica pero de más de 1 hora de duración, aura disfásica, hemiparética, clínica del troncoencéfalo o con convulsiones (migralepsia).
3. Pacientes con migraña que no responden incluso a los triptanes más eficaces (rizatriptán y eletriptán).
4. Pacientes con crisis frecuentes (>3 al mes) que no han respondido a bloqueadores beta ni a flunarizina.
5. Pacientes que cumplan criterios de migraña crónica con o sin abuso de analgésicos.

Bibliografía

- Ezpeleta D, Pozo-Rosich P, eds. Guía oficial de práctica en cefaleas. Madrid: Luzán 5 S.A, 2015.
- Pascual J. Cefalea y migraña. *Medicine*. 2019; 12: 4.145-4.153.
- Pascual J, Sánchez-Escudero A, Castillo J. Necesidades de formación del médico de atención primaria en cefaleas. *Neurología*. 2010; 25: 104-107.