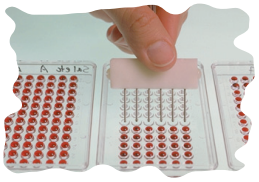
ASES
informa
Boletín Informativo de la Administración de Seguros de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

Publicación XXI • junio 2006



Manejo de la Migraña

La migraña es un desorden neurovascular, común, crónico e incapacitante. La migraña se caracteriza por ataques severos de dolor de cabeza, disfunción del sistema nervioso autonómico y, en ciertos casos, presencia de aura.[1] Su prevalencia varía considerablemente con la edad y el género. Antes de los doce años, la migraña es más común en varones, pero su prevalencia aumenta rápidamente en niñas después de la pubertad. Se ha reportado que después de los doce años, la migraña es de dos a tres veces más común en mujeres que en hombres.[2]

A pesar de los nuevos avances científicos y el desarrollo de terapias farmacológicas, el diagnóstico y selección de terapia para tratar la migraña continúa siendo una preocupación, principalmente por el impacto en la calidad de vida y la baja productividad laboral de la persona que sufre de migraña.[1,3,4] Ante esta preocupación, varios grupos profesionales tales como la Academia Americana de Neurología (AAN, por sus siglas en inglés), la Fundación Nacional para el Dolor de Cabeza y la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP, por sus siglas en inglés) han diseñado guías clínicas para el manejo de la migraña.

A continuación se discutirán los puntos más sobresalientes del manejo de la migraña según las recomendaciones de estas guías clínicas.

Presentación Clínica[3,5]

La migraña es diferente a otros dolores de cabeza, ya que se puede presentar con síntomas como náuseas, vómitos o sensibilidad a la luz. En la mayoría de las personas, se siente un dolor pulsátil únicamente en un lado de la cabeza. Un síntoma que se menciona mucho es el aura. Ésta puede estar presente o ausente al inicio del dolor de cabeza y puede manifestarse de muchas formas. Usualmente envuelve distorsiones visuales, incluyendo escotomas. La migraña puede exacerbarse por cambios hormonales, el consumo de ciertos alimentos, estímulos sensoriales, omitir comidas o el alivio de la tensión después de un evento estresante.

Diagnóstico[3,5,6]

Según la clasificación de dolor de cabeza de la Sociedad Internacional de Dolor de Cabeza, para realizar un diagnóstico de dolor de cabeza de migraña se requiere:

Al menos dos de las siguientes características del dolor

- Localización unilateral
- Carácter pulsátil
- Dolor que empeora con la actividad
- Intensidad moderada a severa

Al menos una de las siguientes características

- Náuseas y/o vómitos
- Fotofobia y fonofobia

Además de que el paciente presente un diagnóstico de migraña según los criterios mencionados, se deben excluir posibles causas secundarias de dolor de cabeza y/o determinar si el paciente tiene algún otro dolor de cabeza primario coexistente, por ejemplo dolor de cabeza tipo tensión. El realizar pruebas diagnósticas rutinarias no es recomendado a menos que el paciente presente anormalidades distintas a la población en general. Se deben considerar pruebas de neuroimagen en pacientes con dolor de cabeza no agudo que presenten examen neurológico anormal no explicado, dolor de cabeza atípico o factores de riesgos adicionales, tales como deficiencia inmune. La evidencia es insuficiente para recomendar otras pruebas diagnósticas que no sean neuroimagen.[5] La electroencefalografía no está indicada como una evaluación de rutina del dolor de cabeza.

Tratamiento[2,3,4,5]

Las metas, tanto para tratamiento no farmacológico como farmacológico, a largo plazo de la migraña son las siguientes:

- Reducir la frecuencia, severidad e incapacidad causada por los ataques
- Prevenir el dolor de cabeza
- Mejorar la calidad de vida
- Evitar el uso continuo de medicamentos para el dolor de cabeza agudo
- Educar a los pacientes para manejar su condición y lograr el control adecuado de su migraña
- Reducir el estrés relacionado al dolor de cabeza y los síntomas sicológicos

Para el logro de estas metas se pueden utilizar diferentes tratamientos no farmacológicos y farmacológicos, los cuales serán discutidos a continuación:

Tratamiento No farmacológico[2,3,4,5]

El tratamiento no farmacológico puede ser empleado antes o concurrentemente

con el tratamiento farmacológico. Los tratamientos no farmacológicos comúnmente empleados son: técnicas de relajación, terapia de retroalimentación, manejo de estrés, presión extracranial, compresas frías, entre otros. Otras estrategias no farmacológicas utilizadas como terapia preventiva son: ejercicio regular, mantenimiento de sueño adecuado, realizar las tres comidas diarias e identificar posibles factores precipitantes de la migraña. En la siguiente tabla se mencionan posibles factores precipitantes de la migraña.

Ejemplos de Factores Precipitantes de la Migraña[2]

Alimentos
- Alcohol
- Cafeína/Retirada de la cafeína
- Chocolate
- Alimentos con tiramina

Ambiental
- Olores fuertes
- Ruidos
- Humo del tabaco
- Cambios de clima

Fisiológicos-Comportamiento
- Exceso o sueño insuficiente
- Menstruación o menopausia
- Actividad física prolongada
- Estrés

Medicamentos
- Abuso de analgésicos
- Retirada de benzodiazepinas
- Cimetidine
- Abuso de descongestionantes
- Estrógeno
- Indometacina
- Nifedipina
- Nitratos
- Contraceptivos orales
- Teofilina

Tratamiento Farmacológico[2,3,4,5]

El tratamiento farmacológico puede dividirse en dos categorías: agudo (abortivo) y preventivo (profiláctico).

El tratamiento agudo se utiliza para el alivio inmediato del dolor y otros síntomas durante un ataque de migraña. Para ataques de migraña de leves a moderados o ataques severos que han respondido anteriormente a agentes similares se pueden utilizar los antiinflamatorios no esteroidales, combinaciones de analgésicos que contienen cafeína o combinaciones con isometepteno. Para migraña de moderada a severa o migraña de leve a moderada que responde pobremente a los antiinflamatorios no esteroidales se encuentran disponibles los triptanos, la ergotamina y sus derivados, o drogas combinadas, por ejemplo aspirina más acetaminofén más cafeína. Sin embargo, existe la preocupación del riesgo de fallo renal en etapa terminal con el consumo acumulativo de combinaciones de analgésicos. No obstante, este asunto permanece en controversia, ya que un artículo de revisión sobre este tema concluyó que hay evidencia insuficiente para asociar los analgésicos combinados con la nefropatía.[7,8] Por tanto, es responsabilidad de cada médico evaluar los riesgos versus los beneficios de cada tratamiento farmacológico.

Por otro lado, si la migraña está acompañada por náuseas o vómitos, se recomienda utilizar otras rutas de administración diferente a la oral. Por ejemplo, muchos medicamentos tienen formulaciones disponibles para ser administradas por ruta nasal, subcutánea, rectal e intravenosa.

Otra preocupación con el tratamiento farmacológico de la migraña es evitar la sobre utilización de medicamentos que pueda resultar en dolor de cabeza de rebote. El dolor de cabeza de rebote puede ocurrir con el uso de analgésicos no-opiodes, opioides, ergotamina, cafeína o triptanos.

Algunos pacientes con dolores de cabeza frecuentes e incapacitantes pueden sobreutilizar sus medicamentos, lo que resulta en dolor de cabeza crónico, dependencia y habituación a la terapia. Otro punto adicional relacionado a la sobreutilización es que el paciente se puede tornar refractario a la terapia preventiva. Por tal razón, se recomienda prescribir los medicamentos en dosis adecuadas y limitar el tratamiento a menos de dos a tres días a la semana. Además, se recomienda que el médico discuta con el paciente que la sobre- utilización de medicamentos para el manejo de dolor agudo puede resultar en dolor de cabeza crónico o en condiciones médicas serias, como por ejemplo, sangrado gastrointestinal, disfunción del hígado y enfermedad renal. Una herramienta efectiva para prevenir este problema es el uso de un diario en el cual el paciente escriba los síntomas del ataque de migraña y la frecuencia de uso de sus medicamentos.

El tratamiento preventivo es la terapia continua utilizada para reducir la frecuencia y severidad de la migraña. La terapia preventiva debe ser considerada cuando uno de los siguientes criterios está presente:
- Más de dos episodios de dolor de cabeza a la semana
- La migraña interfiere significativamente con la rutina diaria del paciente, a pesar de utilizar tratamiento agudo
- Contraindicación, fallo, efectos adversos o sobreutilización de los tratamientos agudos
- Presencia de migraña no común (migraña hemipléjica, basilar, migraña con aura prolongada, entre otras)

Entre los agentes utilizados como terapia preventiva podemos mencionar:

- Amitriptilina
- Divalproato
- Bloqueadores beta
- Antidepresivos

Se recomienda que el agente a ser usado como terapia preventiva se inicie en dosis bajas y se utilice por dos a tres meses para lograr un beneficio clínico. También se recomienda el uso de formulaciones de larga acción para mejorar el cumplimiento. La evaluación de la efectividad de la terapia debe realizarse a través del diario de reportes de dolor de cabeza que lleve el paciente. Si después de tres a seis meses la migraña esté controlada, se debe considerar la reducción en dosis o descontinuar el medicamento.

En la tabla 1 se detallan los agentes con indicación aprobada por la FDA para el manejo de migraña disponibles en la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL) de Salud Física para los beneficiarios del Plan de Salud del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Principios generales del manejo de la migraña[4,6]

En resumen, para el manejo de la migraña es importante:

- Establecer un diagnóstico
- Educar al paciente que sufre de migraña sobre su condición
- Discutir con el paciente las razones para el uso de cada tratamiento, cómo cumplir con su tratamiento y cuáles efectos adversos podría experimentar
- Envolver al paciente en el manejo de su migraña, por ejemplo, promover el uso de diarios para identificar factores que precipitan la migraña, la frecuencia y severidad del dolor y la respuesta al tratamiento
- Seleccionar el tratamiento basado en la frecuencia y severidad de los ataques, la presencia y el grado de incapacidad y los síntomas asociados
- Establecer expectativas reales con el paciente
- Crear un plan de manejo individualizado considerando la preferencia, la respuesta y tolerancia del paciente a medicamentos administrados previamente
- Identificar condiciones coexistentes que puedan limitar la selección de tratamiento, por ejemplo, enfermedades cardiacas o del sistema gastrointestinal

Tabla 1

Nombre Genérico	Nombre de Marca
Tratamiento Agudo	
Ergotamine tartrate/Caffeine tab.	Cafergot
APAP/Butalbital/Caffeine tab., cap.	Fioricet
Ergotamine tartrate/Caffeine supp.	Cafergot
Almotriptan tab.*	Axert
Sumatriptan Nasay Spray^	Imitrex Nasal Spray
Naproxen sodium tab.+	Anaprox
Naproxen tab.+	Naprosyn
Ibuprofen tab. (≥ 400mg)+	Motrin
Tratamiento Preventivo	
Divalproex sodium ER tab. (500 mg)	Depakote ER
Propranolol tab.	Inderal
Topiramate tab., cap.@	Topamax

*Límite de cantidad= 6 tab./30 días
^Límite de cantidad= 6 inhaladores/30 días
+Indicados para alivio de dolor
@ Step Therapy

Nota: Existen otros agentes disponibles en el PDL para el manejo de migraña que no tienen indicación aprobada por la FDA.

Conclusión

La migraña es un desorden que tiene un impacto en la calidad de vida del paciente. Actualmente no existe cura, pero sí se puede mantener un control adecuado de los síntomas con medidas no farmacológicas y farmacológicas. Antes de iniciar algún tipo de tratamiento es importante realizar una evaluación completa del paciente que incluya aspectos de alimentación, estilo de vida e historial de medicamentos. Además, es de suma importancia proveer evaluaciones de seguimiento para identificar efectos adversos no deseados que puedan tener un impacto en el cumplimiento de la terapia y evitar la sobre- utilización de medicamentos.

Diseño © ATi.Estudio 2006 • Impreso en Puerto Rico: atiestudio@yahoo.com

Referencias

[1] Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine-Current Understanding and Treatment. Drug Therapy. The New England Journal Medicine. January 2002; 346, 4:257-270.

[2] King DS and Herndon KC. Headache Disorders. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach, 6th edition: 2005. p. 1105-1121.

[3] Aukerman G, Knutson D, Miser W. Management of the Acute Migraine Headache. American Family Physician 2002; 66 (11): 2123-2130.

[4] Landy S, Smith T. Treatment of primary headache: acute migraine treatment. In: Standards of care for headache diagnosis and treatment. Chicago (IL): National Headache Foundation; 2004. p.27-39.

[5] Silberstein SD, Campbell K, Freitag FG. et al. Practice parameter: Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommitte of the American Academy of Neurology. Neurology 2000; 55: 754-763.

[6] Migraine headache. American Academy of Neurology Guideline Summary for Clinicians. Available: www.aan.com. Accessed on: 7/19/06

[7] Nolin TD, Himmelfarb J, Matzke GR. Drug-Induced Kidney Disease. Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach, 6th edition: 2005. p. 886.

[8] Feinstein AR, Heinemann LAJ, Curhan GC et. al. (ad-hoc review committee). The relationship between non-phenacetin combined analgesics and nephropathy: A review. Kidney International 2000; 58: 2259-2264.