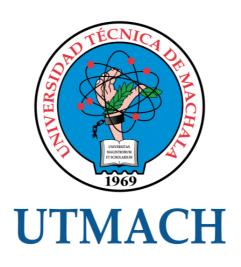


FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

ABORDAJE DE LA MIGRAÑA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

MOLINA JAEN JOHN JAIRO MÉDICO

> MACHALA 2021

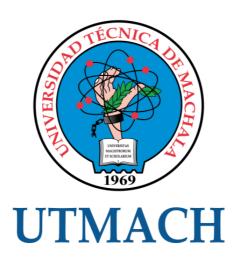


FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

ABORDAJE DE LA MIGRAÑA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

MOLINA JAEN JOHN JAIRO MÉDICO

> MACHALA 2021



FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

ABORDAJE DE LA MIGRAÑA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

MOLINA JAEN JOHN JAIRO MÉDICO

CUENCA BUELE SYLVANA ALEXANDRA

MACHALA, 25 DE AGOSTO DE 2021

MACHALA 25 de agosto de 2021

ABORDAJE DE LA MIGRAÑA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

por JOHN JAIRO MOLINA JAEN

Fecha de entrega: 12-ago-2021 07:01p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1629726196

Nombre del archivo: DE_LA_MIGRA_A_EN_LA_ATENCI_N_PRIMARIA_DE_SALUD_JOHN_MOLINA.docx (34.62K)

Total de palabras: 5562 Total de caracteres: 30930

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

El que suscribe, MOLINA JAEN JOHN JAIRO, en calidad de autor del siguiente trabajo escrito titulado ABORDAJE DE LA MIGRAÑA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

El autor declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las dispociones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

El autor como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 25 de agosto de 2021

MOLINA JÁEN JOHN JAIRO

0750206708

DEDICATORIA

Convertirse en Médico es un gran logro, enorgullecer a tus padres y demostrarles que todo el esfuerzo de ellos valió la pena, es la recompensa.

Este apartado está dedicado a mi madre, Ángela Jaén Aguirre, la persona que me dió la vida, me transmitió sus valores, sus virtudes, y me enseñó a ser fuerte como ella para vencer las adversidades.

Madre, hace muy poco te perdí y todo mi mundo se desmoronó. Muchas veces pensé en renunciar, ya que mi esfuerzo era dedicado para ti, como todo hijo que desea hacer sentir orgullosa a una madre. Mi anhelo era que estés allí para verme realizado, tu anhelo era ponerme la bata de médico, así que ahora, quiero inmortalizar estas palabras de agradecimiento para que vayan al cielo.

Quisiera contarte cuán complicado fue realizar esta investigación para graduarse, porque mi mente, mis pensamientos y mis emociones no estaban en su lugar.

Madre, siempre te dediqué mi vida, mis logros, y esta no será la excepción, me diste tu impulso para lograr el último acto. Siento que si logre este objetivo de ser médico es por que tu fuerza me ayudó a alcanzarlo.

Con todo el amor que un hijo tiene por su madre, te dedico esto, te dedico mi título, te dedico mi logro. Soy Médico, gracias mamá.

MD. John Jairo Molina Jaén.

RESUMEN

Introducción: La migraña es un problema en la salud pública; repercute en la calidad de vida

de las personas con cuadros de cefaleas incapacitantes, según la Organización Mundial de la

Salud (OMS), a nivel mundial la prevalencia de cefaleas en los adultos es del 50%, siendo la

migraña por sí sola la sexta causa responsable de incapacidad a nivel mundial.

Objetivo: Proporcionar información actualizada acerca del abordaje en promoción de estilos

de vida asertivos, prevención de la fase aguda y manejo de los pacientes con migraña

sintomáticos con enfoque en la atención primaria de la salud.

Metodología: Estudio descriptivo con un método lógico deductivo, mediante de la revisión de

fuentes bibliográficas, a través de un análisis y síntesis de diversos artículos científicos

actualizados recopilados de repositorios digitales de alto impacto como PUBMED,

COCHRANE, ELSEIVER.

Conclusión: Los factores detonantes (ambientales, hormonales, sensoriales, etc.), la correcta

higiene del sueño junto con alimentación balanceada, entre otros; son los pilares

fundamentales en la prevención de las crisis de migraña. Los triptanes son los medicamentos

de primera elección para la migraña moderada-severa y los AINES son los de primera línea

en la migraña leve-moderada. Los betabloqueantes son los medicamentos con más

recomendaciones para ayudar en la profilaxis de la migraña aguda

Palabras claves: Migraña, Atención primaria, Abordaje, Tratamiento, Abortivo, Profilaxis.

ABSTRACT

Introduction: Migraine is a public health problem; it affects the quality of life of people with

disabling headaches. According to the World Health Organization (WHO), worldwide the

prevalence of headaches in adults is 50%, being migraine alone the sixth responsible cause of

disability worldwide.

Objective: Provide updated information on the approach to promoting assertive lifestyles,

prevention of the acute phase, and management of symptomatic migraine patients with a

focus on primary health care.

Methodology: Descriptive study with a logical deductive method, by reviewing bibliographic

sources, through an analysis and synthesis of various updated scientific articles collected

from high-impact digital repositories such as PUBMED, COCHRANE, ELSEIVER.

Conclution: Triggering factors (environmental, hormonal, sensory, etc.), proper sleep hygiene

along with a balanced diet, among others; They are the fundamental pillars in the prevention

of migraine attacks. Triptans are the drugs of first choice for moderate-severe migraine and

NSAIDs are the first-line drugs for mild-moderate migraine. Beta-blockers are the drugs with

the most recommendations to help in the prophylaxis of acute migraine.

Keywords: Migraine, Primary Care, Approach, Treatment, Abortion, Prophylaxis.

ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	10
DESARROLLO	11
CONCLUSIONES	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS	32

INTRODUCCIÓN

La migraña es un problema que no discrimina edades, etnias, posiciones económicas ni sexo, causando un impacto negativo que involucra la calidad del diario vivir de las personas como tambien en el servicio salud público del estado, aumenta los costos de atención en las consultas médicas, se conoce que es una patología que conlleva a recidiva en las consultas, lo cual entorpece el control médico los pacientes (1). POUND es una abreviatura en inglés que nos ayuda a entender de primera mano lo que implica la Migraña, refiriéndose a *Pulsatil, One day, Unilateral, Nausea, Discapacity*, que comprende en español una enfermedad pulsátil unilateral que tiene como duración entre 4-72 horas la cual se le asocia a náuseas y vómitos (fonofotofobia) causando discapacidad en los pacientes que padecen este trastorno neurológico (1).

El manejo de la migraña se divide en dos vertientes; un manejo para la fase crítica (abortivo) y otro profiláctico, este último el que reviste mayor importancia ya que es proporcional a la calidad de vida del paciente, al número de días perdidos en el ámbito laboral por discapacidad y a las relaciones sociales e interpersonales. (2)

Las cefaleas son unos de los padecimientos clínicos más frecuentes en la población en general, las más comunes son la cefalea tensional, la migraña y la cefalea en racimos. La migraña es un trastorno neurológico primario doloroso, que afecta directamente a la calidad de vida en las personas que la padecen. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial la prevalencia de cefaleas en los adultos a nivel mundial (considerando al menos una vez en el año) es del 50%, siendo la migraña por sí sola la sexta causa responsable de incapacidad, y las cefaleas en conjunto la tercera causa. Hay una mayor prevalencia de migraña en personas de sexo femenino en comparación con varones, los primeros episodios de esta entidad inician en la pubertad y afectan a los grupos comprendidos entre 35-45 años. (3)

Al carecer de investigaciones locales que nos orienten a un mejor abordaje en promoción de estilos de vida asertivos, prevención de los episodios/fase aguda y manejo de los pacientes sintomáticos de manera oportuna en el primer nivel de atención, se realiza una revisión bibliográfica científica actualizada de gran impacto, que sea de utilidad a la población médica para orientar su conducta frente a esta patología.

DESARROLLO

La migraña comprende un grupo de cefaleas primarias, es decir, la aparición del cuadro clínico no es secundario a una enfermedad de base, sino que, los signos y síntomas que se manifiestan reflejan la enfermedad en sí. (4) De predominio neurovascular, la principal característica que diferencia de otro tipo de cefaleas (Cefalea tensional o Cefalea en racimos) es la cefalea incapacitante. (4) Aún no se tiene postulados claros sobre la fisiopatología de la migraña, pero existen teorías que ayudan a comprender la dinámica de la enfermedad, una de ellas es la teoría neurovascular. (4)

La contracción vascular secundaria a estímulos externos o predisposiciones genéticas actúa sobre el recorrido vascular occípito-frontal, accionando las áreas corticales que involucra al tálamo, hipotálamo, tronco cerebral y cerebelo, fenómeno que explica la asociación con náuseas y vómitos de la migraña. (4,5) Todo ello desencadena un cuadro de irritación meníngea que junto con la estimulación trigeminal liberan neuropétidos como es el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) el cual actúa sobre el receptor 5-Hidroxitriptamina (5HT1B/1D) ocasionando la dilatación vascular meníngea y cerebral, lo cual establece un cuadro inflamatorio con hiperalgesia y alodinia debido a la disminución del umbral del dolor por el estímulo del núcleo cuadado trigeminal (Teoría de sensibilización central y periférica). (4,5)

Múltiples fuentes de investigación concuerdan que hay factores que desencadenan las crisis de migraña, por lo que reconocerlos se ha convertido en el foco de atención para la promoción y prevención en la atención primaria en salud, haciendo que el paciente tome un rol activo en identificar cuáles son las situaciones en su entorno social e interpersonal que desencadenarían las crisis, para anticipar y disminuir la incidencia, la intensidad, la duración y la frecuencia de la migraña aguda. (4) Los principales factores más representativos que desencadenan este proceso patológico se detallan en el Cuadro 1, cabe recalcar, que un solo factor no será estímulo suficiente para desencadenar las crisis, sino la asociación de variables en momentos determinados elevará la incidencia de la migraña, por ejemplo, una mujer joven en su fase menstrual ingiriendo vino tinto. (6)

Cuadro 1. Factores que desencadenan una crisis de migraña.

Situaciones	Mudarse de casa, pérdida de un familiar cercano, divorcio, asuntos
Estresantes	laborales, reuniones sociales.
Ambiente	Ciclos de las estaciones, traslados a nuevas regiones, modificaciones en la altitud, horas de sueño, alteraciones representativas en la actividad física.
Sensoriales	Luz de moderada o gran intensidad, disturbios auditivos y olfatorios.
Hormonal	Alteraciones hormonales o menstruación,
Hábitos	Consumo excesivo o privación brusca de café, cambios en los horarios de las comidas.
Alimentos	Chocolates, edulcorantes (Sacarina), frutas secas (nueces, almendras), cítricos, lácteos, alimentos altos en grasa, horneados, asados.
Medicaciones	ACO (Anticonceptivos usados vía oral), nitroglicerina.
Otros	Tabaco.

Fuente: Protocolo para el manejo del paciente con migraña crónica. 2016. (6)

La migraña episódica se manifiesta como una cefalea aguda unilateral de intensidad variable, recurrente, pulsátil, con una duración de aproximadamente 4 a 72 horas, acompañado de fotofobia, náuseas, vómitos, fonofobia, entre otros; los cuales se acentúan con la presencia y asociación de los factores desencadenantes previamente enunciados en el Cuadro 1. (4) Es polimorfa, ya que, puede expresarse sin sintomatología previa, conocido como *Migraña sin Aura*, por otro lado, antes de que se establezca el cuadro de la migraña aguda surge sintomatología de disfunción del sistema nervioso, conocido como *Migraña con Aura*, caracterizada por pródromos visuales como escotomas, diplopía, destellos en el campo visual y pródromos somáticos sensoriales como parestesias. (4) Así también el tipo de migraña que provoca la atención en emergencia del paciente por una crisis de cefalea dolorosa e

incapacitante de duración mayor a 72 horas, se conoce como Estado Migrañoso y requerirá terapia endovenosa de rescate. (7) La dividen en leves, moderados y severos acorde a la percepción del paciente; la cefalea leve no impide al paciente la continuidad de las actividades diarias, suelen remitir espontáneamente o con el uso de analgésicos simples; la cefalea moderada presenta una intensidad del dolor de tipo 5-7 sobre 10 en la escala de evaluación del dolor (EVA), aunque interfiere en la actividad diaria en su mayoría no interrumpe las actividades, por último tenemos, los ataques de migraña severos donde la cefalea es incapacitante y provoca que el paciente interrumpa sus actividades, estos casos requieren un manejo abortivo ya que no se autolimita. La cefalea del estado migrañoso se la conoce como cefalea extremadamente severa. (8)

La migraña crónica se asocia mayormente a la conversión de la cefalea episódica o secundaria a la cefalea por uso excesivo de medicamentos (MOH); se caracteriza por cefaleas de más de 15 días en el mes durante más de 2 o 3 meses en un paciente con diagnóstico de migraña previo. (9)

El diagnóstico es clínico con una anamnesis y examen físico exhaustivo para poder establecer un esquema de tratamiento adecuado, herramientas auxiliares como formularios Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS) y el Headache Impact Test (HIT-6) los cuales ayudan a valorar el grado de discapacidad y el impacto en la calidad de vida del paciente respectivamente, estas herramientas se encuentran en los Anexos 1 y 2. (6)

Previo a realizar un diagnóstico definitivo, debe tenerse en cuenta diferenciales que incluyan a la migraña como parte de una enfermedad primaria, como se detalla en el Cuadro 2. (10)

Cuadro 2. Diagnósticos diferenciales de la migraña

carbono

· Glaucoma Agudo	· Disección Aórtica.
Hematoma Subdural y hemorragia subaracnoidea	· Cefalea en Racimos, Cefalea tensional
· Crisis hipertensiva	· Encefalitis, Meningitis, Sinusitis
Pseudotumor intracraneal benigno y neoplasias intracraneales	· Inducido por medicación
· Intoxicación por monóxido de	· Neuralgia del trigémino

Fuente: Mayans L, Walling A. Acute Migraine Headache: Treatment Strategies. 2018 (10)

El abordaje de la migraña debe ser integral considerando estrategias no farmacológicas y farmacológicas; se puntualiza una relación médico-paciente de confianza y con fluidez bidireccional de comunicación, ya que, la identificación de los factores gatillantes (psicológicos, ambientales, alimentarios, hormonales, etc.) por parte del paciente y las recomendaciones médicas apoyarán a la disminución de la frecuencia de los estados migrañosos. (7) (11) La migraña debe ser un tema dominado por parte del paciente, ya que, se debe comprender las medidas generales, la farmacoterapia, la terapia abortiva, la terapia profiláctica y las complicaciones de la enfermedad por un uso inadecuado y excesivo de analgésicos. (12)

Los trastornos del sueño, como el insomnio, son precursores para la cronicidad de la migraña, por ende, optimizar la calidad del sueño es uno de los puntos a tratar en los pacientes con migraña episódica. (13)

La alimentación y la hidratación son pilares fundamentales estableciendo horarios de ingestas de alimentos que aseguren un adecuado aporte calórico diario que tengan propiedades anti inflamatorias y anti-oxidantes; el entrenamiento de relajación (reflexología, homeopatía, entre otros), yoga, la meditación, la terapia cognitiva conductual, las técnicas para el manejo y disminución del estrés son enfoques de acción para ayudar a disminuir la frecuencia de la migraña (7,11).

La terapia con magnesio a dosis de 500 mg al día, la manzanilla, la Riboflavina (Vitamina B2) administrada 400 mg al día según la *American Headache Society (AHS)* aconseja como terapia no farmacológica, debido a recomendaciones de ensayos clínicos los cuales acotan que la disfunción mitocondrial forma parte de la génesis de la migraña y la vitamina B2 es un productor de energía mitocondrial elemental. (7,11,14)

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en su Guía de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de Cefaleas y migraña en la atención primaria y secundaria en el 2016, acota, que la planta *Petasites Hybridus* (Pata de Caballo) en su presentación de extracto con una posología de 150 mg resultó en la disminución de la incidencia de ataques de migraña en un 50% después de 4 meses de uso aproximadamente como tratamiento coadyuvante, debido a que no se recomienda el uso de este extracto como monoterapia profiláctica por la carencia de estudios afines. (15)

Los ejercicios que incluya la estimulación de la musculatura craneal y cervical, en aproximadamente 10 ensayos clínicos, han demostrado una considerable disminución a mediano plano de la signo sintomatología de la migraña, logrando reducir, la frecuencia de

las crisis, la intensidad de la fase aguda, los días de discapacidad y el abuso excesivo de medicamentos. (15)

La acupuntura y la electro-acupuntura es otra alternativa ampliamente difundida en los últimos años, a pesar de su mecanismo de acción no es del todo claro, brinda propiedades antiinflamatorias promoviendo la liberación de sustancias analgésicas, se asume que estos estímulos actúan sobre las fibras alfa, beta, alfa delta de la piel y músculos, conduciendo mensajeros a la sustancia gris cerebral con la finalidad de inhibir los estímulos dolorosos tanto centrales como periféricos liberando beta-endorfinas y meta-encefalinas. (15,16) Existen estudios que recomiendan a la acupuntura tanto en la fase aguda de la migraña como en el manejo profiláctico. (15,16)

Antes de establecer un esquema terapéutico para el cuadro agudo o para disminuir la frecuencia de las crisis se debe comprender cuatro indicaciones:

- 1. Es importante aplicar el tratamiento de manera rápida y temprana al inicio de la crisis o en la fase de aura, para lograr el control de la cefalea en menos de 2 horas y así evitar su recurrencia. (1,17)
- 2. Si hay sintomatología asociada como náuseas y vómitos, la vía de administración del medicamento debe ser reconsiderada, ya que se tendrá que garantizar la acción farmacológica de la terapia respectiva, hay casos en los cuales el cuadro clínico se instaura de una manera rápida (menos de 30 minutos) por lo que se recomienda otras alternativas de uso de medicamentos distinta a la vía oral, como lo es la vía intravenosa, supositorio o el aerosol nasal. (1,18)
- 3. El manejo coadyuvante es importante debido a que no solo se debe tratar la cefalea, si no también, los signos acompañantes como antieméticos en caso de migrañas con náuseas y vómitos. (1)
- 4. El manejo de rescate da a comprender que a pesar de haber aplicado la terapia de primera línea el cuadro no se atenúa, los fármacos de segunda línea deberán ser proporcionados para potenciar la farmacodinamia, para disminuir la migraña aguda y devolver al paciente la capacidad de continuar con sus actividades diarias. (1,17)

Indistintamente a la forma como se presente la crisis migrañosa, existen alternativas farmacológicas que tiene como meta la disminución el dolor agudo, de reducir las recurrencias y disminuir los días de discapacidad; lo que se conoce como *tratamiento sintomático o abortivo*, se incluye drogas inespecíficas para la migraña que tienen efecto en la reducción del dolor como son los analgésicos no esteroideos (AINES), paracetamol, o

presentaciones combinadas de ácido acetil salicílico/paracetamol/cafeína mayormente orientadas a las crisis leves-moderadas (Nivel de Evidencia I y grado de recomendación A); por otro lado tenemos los medicamentos específicos como son los triptanes los cuales actúan como agonistas serotoninérgicos, la dihidroergotamina y algunos antieméticos como metoclopramida, proclorperazina y la prometazina, afines mayormente a las crisis graves e intensas. (7,11)

En el Cuadro 3 resume el tratamiento para crisis leves-moderadas de la migraña recomendada por la *American Headache Society (AHS)*:

OBSERVACIONES NIVEL

Cuadro 3. Tratamiento de la migraña aguda para las crisis leves-moderadas.

POSOLOGÍA

AGENTE

FARMACOLÓGICO			EVIDENCIA AHS
PARACETAMOL	1000 mg vía oral/rectal/ parenteral	Indicado en cuadros no incapacitantes.	A
ACIDO ACETIL SALICÍLICO (AAS)	500-1000 mg vía oral		A
DICLOFENACO	50-100 mg vía oral	Más efectiva su presentación en disolución que en tableta.	A
IBUPROFENO	600-1200 mg Vía oral		A
NAPROXENO	500-1000mg Vía oral	El Naproxeno sódico es mejor que el naproxeno estándar.	A
KETOROLACO	20-30 mg Intramuscular		

AAS/PARACETAMOL/	500/500/130 mg	Mayor riesgo de A
CAFEÍNA	Vía oral	desarrollar cefalea
		por abuso de
		medicación
METOCLOPRAMIDA	10 mg vía oral o	Riesgo de
	parenteral	extrapiramidalismos
	20 mg vía rectal	

Fuente: Burch R. Migraine and Tension-Type Headache, 2019 - Carmen GO. Guía oficial de cefalea 2019. (7,11)

El Ácido acetilsalicílico solo o combinado es una eficaz recomendación para el manejo de la migraña aguda, pero, al igual que con los AINES, se debe complementar el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, lanzoprazol, entre otros) o Antihistamínicos H2 (ranitidina) debido a la irritación gástrica asociada. (10)

Los AINES son inhibidores de la ciclooxigenasa 1 y 2 que ayudan a reducir la inflamación por su actuar a nivel de la producción de prostaglandinas; el ibuprofeno, uno de los más empleados por su disponibilidad pero su vida media es reducida y aumentará el número de dosis para el manejo sintomático; el diclofenaco en su presentación de polvo para disolver tiene una eficacia similar al ibuprofeno; el naproxeno sódico aunque su inicio de acción es más lento su vida media en más prolongada en comparación al Ibuprofeno y junto con el sumatriptán 85 mg/500 mg (Treximet) han demostrado ser superiores para el control de la cefalea en menos de dos horas y un efecto sostenido dentro de las primeras 24 horas de uso. (10,19) Los antieméticos antagonistas de la dopamina (metoclopramida, clorpromazina) poseen buena evidencia como opción terapéutica para la migraña asociada a náuseas/vómitos. (10)

Para las crisis moderadas-severas los triptanes son la terapia de primera línea (Nivel de Evidencia I y grado de recomendación A); de la misma manera en el fracaso terapéutico con los analgésicos simples se recomienda la terapia combinada (triptanes-analgésicos simples); la dihidroergotamina era la droga de primera opción, pero, debido a que los triptanes tienen un perfil farmacológico más confiable y seguro, este derivado del cornezuelo del centeno ha quedado desplazado solo a casos especiales, contraindicado en paciente recién diagnosticados por su alto riesgo cardiovascular y por provocar cefalea por uso excesivo de medicación. La

dihidroergotamina está indicada en pacientes que ya usaban este medicamento de manera no recurrente y con un control moderado de las crisis. (11)

En el Cuadro 4 resume el tratamiento para las crisis moderada-severa de la migraña recomendada por la *American Headache Society (AHS)*:

OBSERVACIONES

NIVEL

Cuadro 4. Tratamiento de la migraña aguda para las crisis moderada-severa.

POSOLOGÍA

AGENTE

FARMACOLÓGICO		020211120101120	EVIDENCIA AHS
SUMATRIPTÁN	Comprimidos orales 50 mg Spray Nasal 10 y 20 mg Aplicador subcutáneo 2.5 mg	están contraindicados para pacientes con enfermedad de las	A
ZOLMITRIPTÁN	Comprimidos orales 2.5 mg Aerosol nasal 5 ng	arterias coronarias, de las arterias vasculares cerebrales e	A
ELETRIPTÁN	Comprimidos orales de 20 y 40 mg	hipertensos mal controlados.	A
ALMOTRIPTÁN	Comprimidos orales 12.5 mg	No se aconseja su uso en pacientes mayores de 65 años.	A
DIHIDROERGOTAMINA	Aerosol nasal 0.5-2 mg	Tomar junto con un antiemético para las náuseas.	A

Fuente: Burch R. Migraine and Tension-Type Headache, 2019 - Carmen GO. Guía oficial de cefalea 2019 - Grupo de trabajo para el protocolo para el manejo del paciente con migraña crónica, 2016. (6,7,11)

Los triptanes actúan como agonistas de los receptores 5HT1B/1D, son el tratamiento específico para la migraña debido al efecto vasoconstrictor que antagoniza la dilatación vascular de la migraña. (16)

Todos los triptanes comparten un punto de acción común, pero difieren en su forma de administración, el sitio de metabolización y el impacto económico, lo cual es una alternativa flexible a la hora de ofrecer un triptan al paciente, tienen una mejor resolución del cuadro clínico cuando se lo administra antes del inicio de la migraña aguda o en su fase de aura, sin embargo, son menos efectivos cuando la migraña progresa y se presenta síntomas sugerentes a la estimulación neuronal del sistema periférico, la alodinia cutánea (sensación de ardor en el cuero cabelludo) es la señal principal de estimulación de los núcleos periféricos. (7,10)

La mayoría de los triptanes son bien tolerados, aunque los efectos adversos deben ser expuestos al paciente tales como náuseas, mareos, miastenia, precordialgias. (7,10)

Están contraindicados por su efecto vasoconstrictor en pacientes con crisis hipertensivas o hipertensión mal manejada, coronariopatías, fenómeno de Raynaud, personas con alto riesgo o antecedentes de enfermedad cerebral vascular, gestación o lactancia, mayores de 65 años, entre otros. (1,20)

Por otra parte, la dihidroergotamina nasal es una buena opción terapéutica, pero, debido a su poca especificidad a comparación de los triptanes, tiene mayor riesgo de producir efectos adversos como las náuseas/vómitos (motivo por el cual se aconseja primero administrar metoclopramida), calambres y parestesias en las extremidades secundario a la vasoconstricción periférica. (10,20)

De acuerdo a la intensidad de la cefalea se iniciará el tratamiento teniendo en cuenta distintas estrategias de abordaje; el *enfoque escalonado* significa comenzar con un fármaco del grupo no específico (AINES, Paracetamol, combinaciones) para luego pasar a un fármaco específico (triptanes, dihidroergotamínicos, antieméticos) según cómo evolucione la clínica; aunque por muchos años este enfoque fue el más usado, el manejo que en la actualidad refleja los mejores resultados para la disminución y el control de las crisis agudas, es el *Enfoque estratificado*, permitiendo al paciente elegir con qué estrategia terapéutica comenzar, sea un analgésico simple o una terapia específica, basado en la predicción individual de la intensidad de la cefalea (leve-moderada-severa). (7) (18) Aunque el enfoque estratificado ha superado al escalonado, no es mandatorio que todo paciente inicie con esta opción, ya que todo se resume en el juicio clínico médico y el abordaje del paciente de una manera personalizada; múltiples estudios concuerdan que el enfoque escalonado ha resultado ser superior en pacientes con

crisis migrañosas prolongadas y cuadros clínicos con patrones poco predecibles. (10) Para considerar que el tratamiento para la migraña aguda es efectivo, la *Sociedad Internacional de la Cefalea (IHS)* sugiere las siguientes metas en el manejo de la crisis migrañosa:

- 1. La reducción de la intensidad de la cefalea en menos de dos horas. (17)
- 2. La ausencia mantenida de la cefalea o sintomatología concomitante en un periodo de 24 o 48 horas. (17)

El médico de cabecera debe recomendar un "diario de las cefaleas" que consiste en registrar la frecuencia, el modo de aparición, los factores desencadenantes, la intensidad de los síntomas, el tiempo que dura la cefalea y la respuesta del cuadro clínico a la medicación administrada; debido a que es elemental instruir al paciente sobre los efectos adversos del abuso de analgésicos en un tiempo determinado; con el objetivo de prevenir la aparición de cefalea por uso excesivo de medicación (MOH), la cual consiste en un cuadro de dolor de cabeza que tiene una duración establecida de más de 15 días al mes asociada el uso desmesurado de analgésicos de tipo AINES, paracetamol por más de 15 días al mes o triptanes, Ergotamínicos, opioides y barbitúricos por más de 10 días en el mes, consiguiendo la disminución de la cefalea y resolución del cuadro clínico cuando se retira la medicación usada en exceso. (7,17,18)

En síntesis, para la migraña aguda el uso de analgésicos simples no debe prolongarse más de 15 días, y para la terapia específica no debe pasar más de 10 días en un mes, con el fin de evitar la *cefalea por uso excesivo de medicación* (MOH) y a su vez, el riesgo de desarrollar una migraña transformada (cefalea crónica). (6,10)

El fracaso farmacológico en la fase aguda de la migraña; la presencia de contraindicaciones absolutas; los efectos secundarios de los fármacos abortivos o cuando la migraña es severamente incapacitante, con una frecuencia de crisis mayor a 2 ataques en una semana o las crisis duran más de 3 días, son criterios para instaurar el *tratamiento preventivo o profiláctico para la migraña*; con el objetivo de disminuir la frecuencia, gravedad y duración de las crisis; para que cuando se establezca la migraña aguda esta sea leve, con un manejo menos agresivo y mejor controlado, logrando reducir la discapacidad por la cefalea junto con la prevención de desarrollar migraña transformada o crónica. (7,11,16,21)

Previo al establecimiento de una terapia profiláctica se debe considerar los siguientes puntos para una correcta adhesión al tratamiento (11):

1. El fármaco elegido no deberá ser iniciado a su dosis máxima, se recomienda dosis mínimas e ir escalonando hasta observar resultados terapéuticos sin efectos adversos que entorpezcan el tratamiento. (11)

- 2. El manejo terapéutico profiláctico puede evidenciarse a los 2 meses de su administración con dosis máximas, por lo que se aconseja que la profilaxis tenga una duración entre 3 a 9 meses junto con seguimientos y evaluaciones constantes teniendo el paciente un control de la aparición de las cefaleas, la medicación administrada y el grado de discapacidad producida. (7,11)
- 3. Las mujeres en estado de gestación que padecen migraña pueden beneficiarse del tratamiento preventivo. (11)

El médico deberá ofrecer la información pertinente para que el paciente comprenda el propósito de la terapia profiláctica, ya que, anular por completo las crisis migrañosas es un objetivo que pocas veces se consigue, pero, lograr atenuar las crisis agudas con la terapia preventiva es un camino alcanzable si hay una correcta adhesión al tratamiento. (7)

opciones terapéuticas para el tratamiento profiláctico incluyen fármacos antihipertensivos, antidepresivos y antiepilépticos los cuales se resumen en el Cuadro 5 con sus dosis recomendadas, su nivel de evidencia según la AHS y consideraciones de relevancia clínicas de relevancia. (7)

Cuadro 5. Tratamiento profiláctico de la migraña.

AGENTE	POSOLOGÍA	OBSERVACIONES	NIVEL
FARMACOLÓGICO			EVIDENCIA
			AHS

PROPRANOLOL	40-120 mg	Medicamento con buena	A
	dos veces al día	tolerancia.	
		Indicado con seguridad	
		en el embarazo.	
METOPROLOL	25-100 mg vía oral	Medicamento con buena	A
	dos veces al día	tolerancia.	
		Puede producir	
		ortostasis e intolerancia	
		al ejercicio.	

AMITRIPTILINA	25 – 100 mg vía oral en las noches	Indicado si el insomnio A acompaña a la migraña. Cuidado con el efecto sedante. Aumento de peso
TOPIRAMATO	oral (iniciando con 25 mg y	Indicado si el aumento A de peso acompaña a la migraña. Contraindicado en el embarazo.
VALPROATO SÓDICO	500 – 1000 mg día vía oral	Efectos secundarios A como aumento de peso, alopecia, toxicidad hepática, aplasia medular. Contraindicado en el embarazo.

Fuente: Burch R. Migraine and Tension-Type Headache, 2019. (7)

Propranolol, metoprolol, atenolol son los betabloqueantes más efectivos en la terapia profiláctica, son bien tolerados, se inicia con dosis mínima y se progresa paulatinamente, indicados a pacientes con migraña con o sin aura asociado a ansiedad, temblor esencial, hipertiroidismo e hipertensos; desaconsejados a pacientes con insuficiencia cardiaca, bloqueos auriculo ventriculares II-III grado y enfermedades bronquiales, un 20% presenta efectos adversos tales como miastenia, trastornos en el sueño, estados depresivos, moderada tolerancia al ejercicio, ortostasis, bradicardia e impotencia sexual. (1,7) Para la migraña con aura, los neuromoduladores antiepilépticos de tipo Topiramato y Valproato sódico son los de primera línea en el manejo preventivo (Nivel de Evidencia I, Grado de Recomendación A); se recomienda el valproato sódico iniciar con dosis de 300 mg para luego constantemente, según la respuesta del paciente, subir a 1000 mg día, siempre tener en cuenta los efectos secundarios más representativos como lo son náuseas/vómitos, aumento de peso, alopecia,

temblor, aplasia medular, toxicidad hepática, entre otros; contraindicados en pacientes con hepatopatías, trombocitopenias y en el embarazo. (11) El topiramato se aconseja iniciar con 25 mg al día y semanalmente incrementar las dosis en 25 mg hasta alcanzar posologías 75-100 mg al días; las reacciones adversas de este agente farmacológico son la disminución del peso, parestesias, perturbaciones visuales y auditivas junto con desórdenes cognitivos. (11) Para pacientes con trastornos depresivos y/o ansiedad asociados a migrañas el fármaco de elección es un antidepresivo tricíclico, la amitriptilina (Nivel de Evidencia I, Grado de Recomendación A) teniendo en cuenta sus efectos secundarios como sedación, mareos, palpitaciones, trastornos gastrointestinales, ortostasis e incremento de peso. (11)Fuentes científicas incluyen a los AINES como opción terapéutica, pero debe ser indicado en situaciones especiales como lo son la prevención de la migraña asociada a la menstruación y como amortiguador auxiliar de las crisis aguda mientras el tratamiento profiláctico estándar actúa. (11)

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en su Guía de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de Cefaleas y migraña en la atención primaria y secundaria en el 2016, expone bajo el análisis de múltiples revisiones sistemáticas y ensayos clínicos lo siguiente:

- 1. Se recomienda propranolol 40 mg al día como tratamiento de primera línea en la terapia preventiva de la migraña (Grado de Recomendación A). (15)
- Valproato sódico demostró reducir a aproximadamente 4 crisis de cefalea en 28 días de intensidad y frecuencia manejable con la terapia abortiva, siendo recomendado como opción en el abordaje profiláctico (Grado de Recomendación A). (15)
- La amitriptilina consiguió reducir aproximadamente 50% las cefaleas, siendo el beneficio terapéutico mayor dependiendo del tiempo administrado (Grado de Recomendación A). (15)

Para el estatus migrañoso (migraña mayor de 72 horas), la terapia de elección siempre será la vía endovenosa que comprende el uso en conjunto de AINES (ketorolaco 30 mg o dexketoprofeno 50-100 mg); antieméticos (metoclopramida 10 – 20 mg); fármacos gastroprotectores; neurolépticos (Valproato sódico 400 mg); sedantes (Diazepam 5-10mg) junto con una correcta reposición hidrosalina, adicionando a este cóctel terapéutico corticoides endovenoso (Dexametasona 4-20 mg, Metilprednisolona 60-120 mg) con el objetivo de disminuir el impacto somático psicológico posterior al estatus migrañoso. (21) La atención primaria tiene como objetivo manejar aproximadamente el 90% de las enfermedades prevalentes, aspecto no replicable en la práctica clínica diaria, por ende, hay

que reconocer los límites en el abordaje inicial y saber cuando un paciente con migraña deberá ser referido a un establecimiento de salud de segundo nivel o a un especialista en neurología, entre ellos tenemos:

- 1. La sospecha clínica de conversión de la migraña episódica a migraña crónica. (6,15)
- Cuando se necesite paraclínicos específicos para excluir variantes raras de migraña. (6,15)
- 3. Cuando haya fracasado el manejo terapéutico agudo y profiláctico, a pesar de una correcta administración de drogas abortivas junto con una falla de la respuesta farmacológica en dos meses de seguimiento preventivo. (6,15)

La estimulación del trigémino libera neuropétidos como es el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) el cual actúa sobre el receptor 5- Hidroxitriptamina (5HT1B/1D) ocasionando la dilatación vascular inflamatoria con hiperalgesia y alodinia. (4,5) Este enfoque fisiopatológico es el punto de acción actual para los nuevos avances en el tratamiento de la migraña aguda con los inhibidores de los CGRP como son los Gepants (Ubrogepant, Rimegepant, Telcagepant Atogepant) en los ensayos clínicos demuestran una eficacia similar a los triptanes, disminuyendo a la mitad los días de migraña entre las semanas 4 y 12 de tratamiento. (22) Los Gepants no producen vasoconstricción, por ende, son opciones terapéuticas viables para los pacientes que no pueden beneficiarse de los triptanes (hipertensos, cardiópatas, pacientes con alto riesgo de accidente cerebro vascular, entre otros). (5) Ensayos clínicos enfocados en una terapia profiláctica más específica están en constante ámbito de investigación y desarrollo, ya que los medicamentos recomendados por las guías internacionales a pesar de su discreta eficacia en el manejo de las crisis agudas, sus mecanismos de acción aún son inciertos (la mayoría de los fármacos fueron concebidos para otras enfermedades), por ende, es necesario alcanzar esquemas profilácticos racionales y específicos. (23)

Los anticuerpos monoclonales (Erenumab, Fremanezumab, Galcenazumab) fármacos biológicos que no atraviesan la membrana hematoencefálica, no son hepatotóxicos, de administración endovenosa y con una vida media prolongada con el beneficio de una aplicación de la dosis de manera mensual o trimestral. (5)

Onabotulin toxina A (ONABOT A) bloquea la combinación de las vesículas presinápticas con la membrana plasmática neuronal, bloqueando la liberación de neurotransmisores inflamatorios; la toxina botulínica tipo A ha demostrado en múltiples ensayos clínicos (PREEMPT 1 y el PREEMPT 2) la capacidad de reducir los días de dolor de cabeza tanto en

frecuencia, duración como en intensidad, siendo fuertemente recomendada en pacientes con migraña crónica. (9,24)

Un estudio realizado en Colombia en el año 2020, publicado en la Revista Ecuatoriana de Neurología aborda el manejo y la prescripción del tratamiento abortivo y profiláctico para la migraña en el primer nivel de atención, concluyendo que los pacientes en estudio (241 personas) eran manejados inadecuadamente con medicamentos que tienen poca efectividad demostrada en los ensayos científicos, a ninguno de los pacientes en el estudio se le prescribió algún triptan para el manejo de la fase aguda mientras que para el manejo profiláctico asociaban medicamentos antihipertensivos, neurolépticos y opciones terapéuticas que han quedado en desuso como la aspirina en el manejo profiláctico, oxígeno hiperbárico, acetazolamida, entre otros; casi en su totalidad los pacientes no cumplían la dosis y el tiempo recomendado para la terapia preventiva. (2)

Este estudio permitió identificar que una causa potencial de este inadecuado manejo de la migraña es por la ausencia de estos medicamentos como stock de primera línea en el Manual de medicamentos del Ministerio de salud de Colombia, situación que provoca el empirismo médico en la atención primaria en salud. (2)

Aspecto no distante a la realidad ecuatoriana, ya que en el cuadro nacional de medicamentos básico del Ecuador tampoco está disponible ninguna presentación de triptanes, ni dihidroergotamina, ni topiramato; por lo tanto, se constata una realidad no ajena a la reflejada en el estudio anteriormente citado; la ausencia de ensayos clínicos en el Ecuador nos impide visualizar el problema que los médicos en atención primaria se enfrentan acerca del manejo adecuado de la migraña. (25)

Debido a ello, este documento investigativo responde de manera general la problemática en el correcto abordaje de la atención primaria en salud en el Ecuador; El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en su Guía de Práctica Clínica (GPC) para el manejo de Cefaleas y migraña en la atención primaria y secundaria en el 2016, sugiere:

- 1. La administración de paracetamol en dosis de 1000 mg junto con metoclopramida 10mg poseen un efecto idéntico al sumatriptán para el manejo de la migraña no incapacitante en menos de 2 horas (Grado de Recomendación A). (15)
- 2. El ácido acetil salicílico en dosis de 1000mg no difiere del sumatriptán como terapia abortiva, si la migraña tiene a las náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia como sintomatología concomitante se recomienda adicionar metoclopramida 10 mg para un manejo de las crisis agudas (Grado de Recomendación A). (15)

3. El diclofenaco en dosis de 50mg a comparación con el naproxeno sódico 500-825 mg fue superior para el control y manejo de la migraña en menos de 2 horas, aunque en estudios realizados solo un 19% logró la desaparición del dolor (nivel evidencia A). (15)

CONCLUSIONES

La oportuna identificación de los factores detonantes de la migraña, una adecuada higiene del sueño (mínimo de 8 horas), la alimentación balanceada con nutrientes antioxidantes (riboflavina, coenzima Q10), las terapias cognitivo conductuales, yoga, los ejercicios de relajación de la musculatura del cuello-hombro y la acupuntura son recomendaciones validadas por las sociedades que estudian a la migraña como auxiliares terapéuticos para atenuar las crisis migrañosas.

Para la fase aguda de la migraña, los medicamentos de primera línea para las cefaleas leves-moderadas son los AINES (aspirina, ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno) y paracetamol, para las cefaleas de moderada a severa intensidad los triptanes (sumatriptán, zolmitriptán, almotriptan) son los medicamentos aconsejados. Los betabloqueantes (propranolol, metoprolol, atenolol), si no existe contraindicación, son los fármacos de primera elección para la terapia profiláctica.

Paracetamol en dosis de 1000 mg junto con metoclopramida dosis de 10 mg; el ácido acetilsalicílico en dosis de 1000 mg o diclofenaco en dosis de 50 mg son alternativas fuertemente recomendadas cuando no los triptanes no puedan ser escogidos como terapia abortiva de primera línea.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domínguez-Moreno R. Nuevos tratamientos contra la migraña. Med Interna México. 2019;9. 35(3):397-405 Disponible en https://www.researchgate.net/publication/334735711 Nuevos tratamientos contra migrana 2. Osorio-Bustamante D, Toro-Jiménez JC, Giraldo-Moreno N, Vargas-Henríquez LK, Machado-Alba JE, Castrillón-Spitia JD. Profilaxis en la Migraña: Descripción de la Prescripción en un Primer Nivel de Colombia. Rev Ecuat Neurol [Internet]. 2020 [citado 8 de julio 2021];29(1):18-24. de Disponible en:http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2020/05/2631-2581-rneuro-29-01-00018.pd f 3. Organización Mundial De La Salud. Cefaleas [Internet]. Centro de Prensa. 2016. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders 4. Lobo A, Vindas Cruz A. Aborjade de la Migraña Cronica en la Atención Primaria. Rev Cient Hosp Clin Biblica [Internet]., Vol. 7, No. 7, Septiembre-Diciembre 2017,16-23, ISSN: 2215-4264. Disponible en: https://www.cronicascientificas.com/images/ediciones/edicion7/07-03migrana.pdf Digre KB. What's New in the Treatment of Migraine? J Neuroophthalmol [Internet]. septiembre de 2019 [citado 10 de julio de 2021];39(3):352-9. Disponible en: https://journals.lww.com/10.1097/WNO.0000000000000837 Grupo de trabajo para el protocolo para el manejo del paciente con migraña crónica. Protocolo para el manejo del paciente con migraña crónica. Minist Sanid Serv Soc E Igual Inst Aragon Cienc Salud **IACS** [Internet]. 2016;51. Disponible https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/pr 1 iacs protocolo migranya profe sionales-1.pdf 7. Burch R. Migraine and Tension-Type Headache. Med Clin North Am [Internet]. de 2019 [citado 10 de julio de 2021];103(2):215-33. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712518301251?via%3Dihub Chabusa Martínez KL, Carbo Baculima SE, Guerrero Ramirez JR, Perez Mendoza 8. KK. Manejo de cefalea migrañosa. RECIMUNDO [Internet]. 6mar.2020 [citado

Available

from:

11ago.2021];4(1(Esp):122-3.

https://recimundo.com/index.php/es/article/view/786

- 9. Santos Lasaosa S, Rosich PP, Nieto RB, Latorre González G, González Oria C. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones Diagnóstico- Terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2020. 2020. 479 p. Disponible en: https://www.sen.es/pdf/2020/ManualCefaleas2020.pdf
- 10. Mayans L, Walling A. Acute Migraine Headache: Treatment Strategies. Univ Kans Sch Med [Internet]. 2018;97(4):9. Disponible en: https://www.aafp.org/afp/2018/0215/afp20180215p243.pdf
- 11. Carmen GO. Guía oficial de cefaleas 2019 [Internet]. Grupo de estudio de cefaleas de la sociedad Andaluza de neurología. 2019. 301 p. Disponible en: http://www.saneurologia.org/wp-content/uploads/2019/03/Guia_Cefaleas_san-2019.pdf
- 12. Loreto Cid M. MIGRAÑA, UN DESAFÍO PARA EL MÉDICO NO ESPECIALISTA. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. noviembre de 2019 [citado 22 de julio de 2021];30(6):407-13. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864019300872
- 13. Garrigós-Pedrón M, Segura-Ortí E, Gracia-Naya M, La Touche R. Factores predictores de la calidad del sueno "En pacientes con migraña" crónica. Neurología 2021. https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.11.004 (Articule in Press)
- 14. Puledda F, Shields K. Non-Pharmacological Approaches for Migraine.

 Neurotherapeutics [Internet]. abril de 2018 [citado 18 de julio de 2021];15(2):336-45.

 Disponible en:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5935652/pdf/13311 2018 Article 623.pdf

- 15. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento de cefalea tensional y migraña en el Primer y Segundo Nivel de Atención Evidencias y Recomendaciones. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2016. 2–63 p. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/047GER.pdf
- 16. Solano Mora A, Ramírez Vargas X, Solano Castillo A. Actualización de la Migraña. Rev Medica Sinerg [Internet]. 1 de abril de 2020 [citado 10 de julio de 2021];5(4):e447. Disponible en: https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/447/788
- 17. Yuan Ong JJ, De Felice M. Migraine Treatment: Current Acute Medications and Their Potential Mechanisms of Action. Neurotherapeutics [Internet]. abril de 2018 [citado 18 de

- julio de 2021];15(2):274-90. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5935632/pdf/13311 2017 Article 592.pdf
- 18. Dodick DW. Migraine. The Lancet [Internet]. marzo de 2018 [citado 18 de julio de 2021];391(10127):1315-30. Disponible en:
- https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618304781
- 19. Romero Castillo A, Brenes Zumbado MJ, Jiménez Víquez M. Migraña: tratamiento de crisis y farmacoterapia profiláctica. Rev Medica Sinerg [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 22 de julio de 2021];5(1):e334. Disponible en: https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/334
- 20. Vicente-Herrero MT, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Ruiz de la Torre E, Reinoso Barbero L. Tratamiento sintomático en migraña. Fármacos utilizados y variables relacionadas. Resultados de la encuesta europea sobre trabajo y migraña. Rev Soc Esp Dolor. 2020;27(3):178-191 Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v27n3/1134-8046-dolor-27-03-00178.pdf
- 21. Macaya Ruiz A, Pozo Rosich P. Guía práctica diagnóstico terapéutica de la cefalea del adulto y el niño en urgencias [Internet]. Madrid: Luzán 5; 2016. ISBN: 978-84-7989-867-0 Disponible en: http://cefaleas.sen.es/pdf/GuiaCefalea-adulto-nino.pdf
- 22. Goicochea MT, Bonamico L. Tratamiento Preventivo En Migraña: Anticuerpos Monoclonales Contra La Vía Del Péptido Relacionado Con El Gen De La Calcitonina. Med B Aires [Internet].MEDICINA (Buenos Aires) 2020; 81: 427-431. Disponible en: http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol81-21/destacado/revision 7465.pdf
- 23. Pascual J. Tratamiento de la migraña en el año 2020. Med Clínica [Internet]. marzo de 2019 [citado 22 de julio de 2021];152(6):226-8. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775318306389
- Muñoz-Cerón JF, Rueda Sánchez M, Pradilla-Vesga OE, Volcy M, Hernández N, Ramírez SF, et al. Guideline on the preventive treatment of chronic migraine, chronic tension type headache, hemicrania continua and new daily persistent headache on behalf of the Colombian Association of Neurology. Acta Neurológica Colomb [Internet]. 18 de septiembre de 2019 [citado 22 de julio de 2021];35(3):140-56. Disponible en: https://acnweb.org/es/acta-neurologica-colombiana/1757-guia-de-la-asociacion-colombiana-d

e-neurologia-para-el-tratamiento-preventivo-de-la-migrana-cronica-cefalea-tipo-tension-croni ca-hemicranea-continua-y-cefalea-diaria-persistente-de-novo.html

25. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos del Ecuador. Décima Revisión. [Internet]. Consejo Nacional de Salud; 2019. Disponible en: https://www.ciemecuador.com/wp-content/uploads/2020/06/CUADRO-NACIONAL-DEME DICAMENTOS-BÁSICOS-10ma-edición.pdf

ANEXOS

ANEXO 1. Migraine Disability Assessment Scale (MIDAS)

Escala para la evaluación del grado de incapacidad generado por la migraña (Migraine Disability Assessment Scale - MIDAS)

La puntuación del MIDAS se obtiene de la suma de los días perdidos por cefalea registrados en las cinco preguntas (1 a 5). La puntuación del MIDAS puede ser mayor que el número real de días perdidos por cefalea si más de un dominio de actividad se afecta un mismo día.

Las dos preguntas adicionales (A y B) del MIDAS registran la información sobre la frecuencia de las cefaleas y la intensidad del dolor. Estas no se suman a la puntuación total del cuestionario, pero brindan al médico una información clínicamente relevante que puede añadirse en la toma de decisiones sobre el tratamiento. Estas dos preguntas se utilizan como las variables: cantidad de días con cefalea e intensidad del dolor.

La puntuación del MIDAS se divide en cuatro grados:

- Grado I: limitaciones ligeras y pocas necesidades de tratamiento en los pacientes.
- Grado II: limitaciones moderadas y necesidades moderadas de tratamiento.
- Grados III y IV: limitaciones graves y grandes necesidades de tratamiento.

Los límites de puntuación total del MIDAS para esta gradación son:

- Grado I (discapacidad nula o mínima): puntuación entre 0 y 5.
- Grado II (discapacidad leve): entre 6 y 10.
- Grado III (discapacidad moderada): de 11 a 20.
- Grado IV (discapacidad grave): 21 o más59.

MIGRAINE DISABILITY ASSESSMENT SCALE - MIDAS

Conteste las siguientes preguntas sobre TODOS los dolores de cabeza que ha sufrido en los últimos 3 casillas adyacentes a las preguntas poniendo un O (cero) si no le ha influído.	3 meses. Reliene la
1. ¿Cuántos días ha faltado al trabajo o a la escuela (universidad, instituto, etc.) en los últimos tres meses por su dolor de cabeza?	dia
2. ¿En cuántos días de los últimos tres meses su productividad ha sido menor a un 50% de la habitual por el dolor de cabeza? (No incluya los días que faltó al trabajo, instituto, etc., que ya contestó en la cuestión número 1)	dia
3. ¿Cuántos dias no pudo hacer el trabajo del hogar en los últimos 3 meses?	día
4. ¿En cuántos días de los últimos 3 meses su productividad en los trabajos del hogar ha sido menor a un 50% de la habitual por el dolor de cabeza? (No incluya los que no pudo realizar este trabajo, que ya contestó en la cuestión número 3)	dia
5. ¿Cuántos dias perdió de actividades sociales o lúdicas en los últimos 3 meses?	dia
A. En los últimos 3 meses, ¿cuántos días le dolió la cabeza? (Si el dolor le duró más de un día cuente cada día)	dia
 B. ¿Qué intensidad tuvo el dolor de cabeza en una escala de 1 a 10? (O = no dolor, 10 = máximo dolor posible) 	día

ANEXO 2. Headache Impact Test (HIT-6)

Escala para la determinación de la frecuencia y severidad de las cefaleas (*Headache Impact Test* – HIT-6). Consta de 6 preguntas y valora la frecuencia y severidad de las cefaleas en general en el último mes. Hace hincapié en la frecuencia de las formas severas de cada cefalea, si esta le impide realizar las labores de casa, trabajo o escuela, si precisa acostarse o si tiene cansancio, irritabilidad o dificultad de concentración en el último mes.

Se utiliza una escala de Likert, donde cada ítem tiene un valor numérico (nunca = 6, rara vez = 8, algunas veces = 10, muy frecuentemente = 11, siempre = 13). Se suman las puntuaciones según los valores de cada respuesta dada. El rango de puntuaciones se encuentra entre 36 y 78.

Si se obtiene un resultado:

- ≤ _49, representa un impacto pequeño o ausente.
- entre 50 y 55, representa un impacto leve.
- entre 56 y 59, representa un impacto moderado.
- · ≥ _60, representa un impacto grave

HEADACHE IMPACT TEST (HIT-6)

Cuando usted tiene dolor de cabeza ¿con qué frecuencia el dolor es intenso?				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muy frecuentemente	Siempre
2. ¿Con qué frecuenci escuela?	ia el dolor de cabeza es	tan invalidante como p	ara no poder realizar las la	bores de casa, trabajo o
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muy frecuentemente	Siempre
3. Cuando tiene dolor	de cabeza, ¿con qué frec	cuencia usted desea reco	starse?	
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muy frecuentemente	Siempre
4. En las pasadas 4 semanas, ¿con qué frecuencia usted se siente tan cansado como para no poder realizar sus tareas habituales?				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muy frecuentemente	Siempre
5. En las pasadas 4 semanas ¿con qué frecuencia se ha sentido irritado o moiesto a causa de sus dolores de cabeza?				
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muy frecuentemente	Siempre
6. En las pasadas 4 ser	manas ¿con qué frecuen	cia sus dolores de cabez	a le impiden concentrarse e	n sus labores cotidianas
Nunca	Rara vez	Algunas veces	Muy frecuentemente	Siempre
Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5
(6 puntos cada una)	(8 puntos cada una)	(10 puntos columna)	(11 puntos cada una)	(13 puntos cada una)
			Puntuación total:	