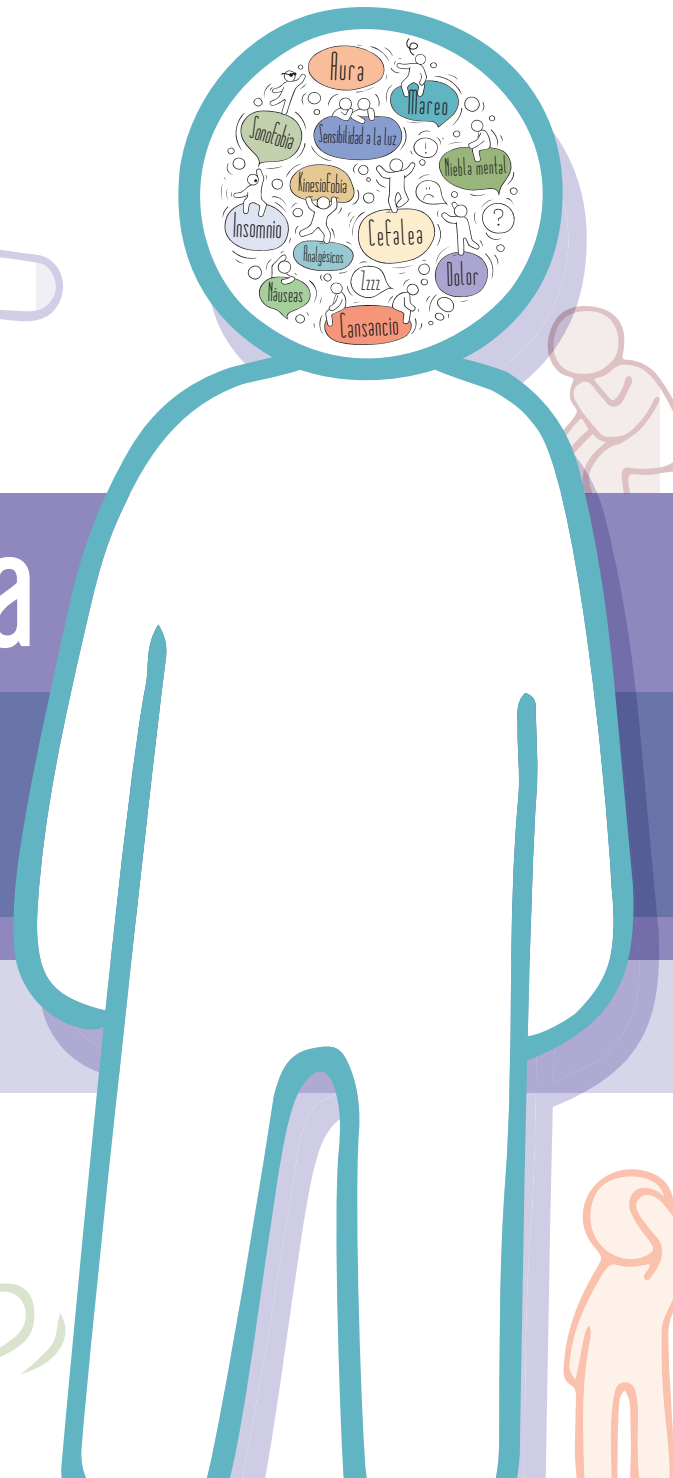


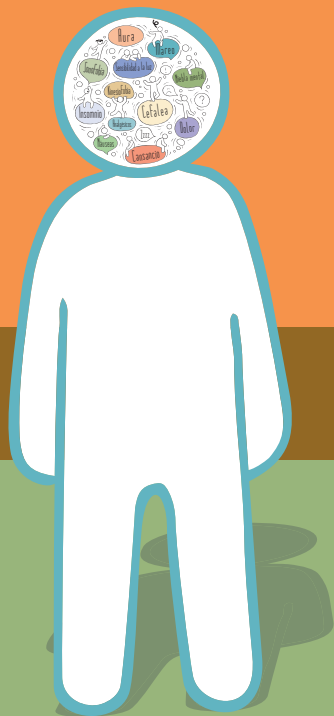
A large, stylized white figure of a person stands in the center, outlined in teal. Inside their head is a circular area containing various migraine symptoms in Spanish, each with a small stick figure icon. The symptoms include: Aura (orange), Mareo (blue), Sensibilidad a la luz (blue), Niebla mental (green), Cefalea (yellow), Dolor (purple), Insomnio (purple), Kinesiofobia (orange), Migrañas (green), Náuseas (green), Zumbido (purple), and Cansancio (red). In the background, there are three smaller, faint stick figures: a purple one at the top left, a pink one at the top right, and a green one at the bottom left. The background consists of horizontal bands of purple and white.

Migraña

Guía para
pacientes

Migraña:

Guía para Pacientes



Dra. Pilar Alcántara Miranda

*Servicio de Neurología.
Hospital Universitario de Torrejón, Madrid.*

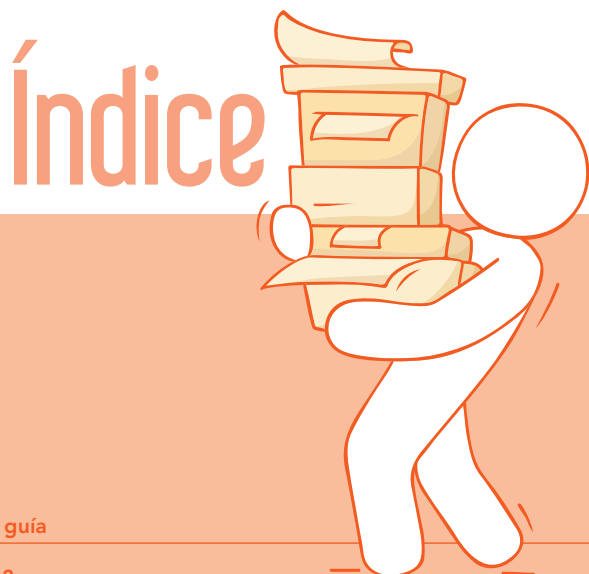
Revisores:

Dra. Ana Beatriz Gago Veiga

*Unidad de Cefaleas.
Servicio de Neurología. Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.*

Dr. Germán Latorre González.

*Unidad de Cefaleas.
Servicio de Neurología. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.*



04	Objetivos de la guía
04	¿A quién afecta?
05	¿Cuáles son los síntomas?
06	¿Qué es la migraña con aura?
07	¿Cuáles son las fases de la migraña?
09	¿Cada cuánto aparecen los episodios de migraña?
10	¿Cuál es la causa de la migraña?
11	¿Existen factores que influyan en la aparición de los episodios de migraña?
12	¿Cuáles son los desencadenantes más habituales?
15	¿La migraña se relaciona con otras enfermedades?
15	¿Cómo se diagnostica la migraña?
18	¿Es necesaria alguna prueba para diagnosticar migraña?
19	¿Pueden empeorar mis dolores de cabeza con el tiempo?
21	¿Cómo puedo mejorar mis migrañas? ¿Se curan?
30	¿Cómo afecta la migraña al embarazo y qué tratamientos puedo tomar?
31	¿Existen organizaciones de pacientes con migraña?



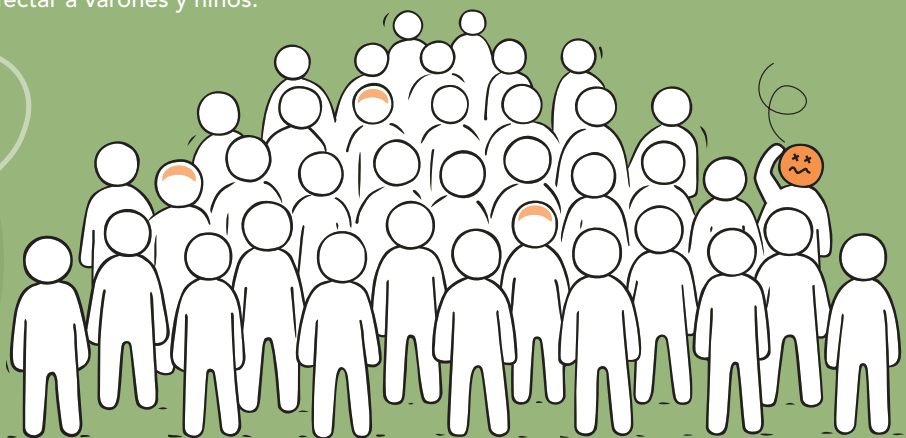
Objetivos de la guía

Con esta guía se pretende informar sobre qué es la migraña, lo que se conoce sobre ella, los síntomas que implica directa e indirectamente, y los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que actualmente se utilizan en España.

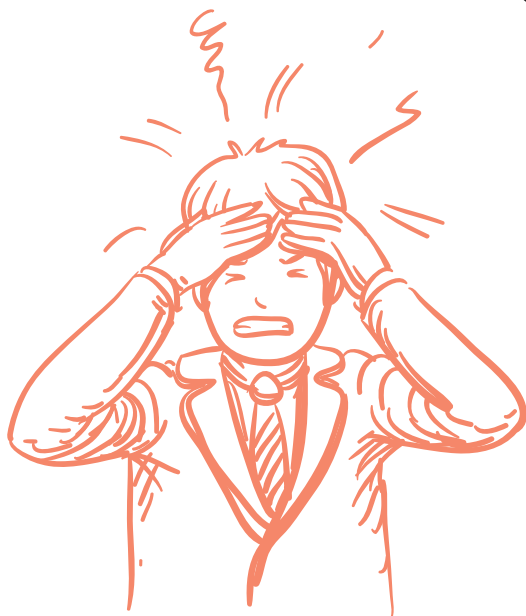
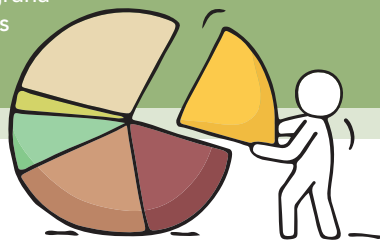
El estar informado sobre la enfermedad y las opciones de tratamiento, permite aumentar el control sobre la misma y participar en la toma de decisiones, mejorando la adherencia y disminuyendo la incertidumbre y la preocupación asociada.

¿A quién le afecta?

La migraña es un trastorno neurológico caracterizado por episodios de dolor y otros síntomas neurológicos y físicos. **Afecta en torno a un 12% de la población mundial**, lo que corresponde a más de 5 millones de personas en España. La migraña crónica, que corresponde a la forma más grave de la enfermedad, afecta aproximadamente al 1-2% de los pacientes con migraña, lo que supone alrededor de 1 millón de personas en el país. **Cualquier persona puede desarrollar migraña**, pero se han encontrado algunos grupos más susceptibles: las mujeres, especialmente antes de la menopausia, las personas con antecedentes de migraña en la familia y las personas con algunos antecedentes médicos específicos como el insomnio, la epilepsia y los trastornos ansioso-depresivos. Aunque con menor frecuencia, no hay olvidar que también puede afectar a varones y niños.



Existe alta probabilidad de presentar migraña si hay personas de la familia que la padecen. De hecho, una persona con un progenitor con migraña, tiene hasta un 50% de probabilidad de desarrollarla. Si afecta a los dos progenitores, un 75%. La mayoría de los afectados tienen su primer episodio antes de los 40 años. También se ha observado que casi la mitad de las personas con migraña comienzan a tener los episodios de forma menos intensa y más espaciados por encima de los 65 años.



¿Cuáles son los síntomas?

El síntoma más característico es el **dolor de cabeza unilateral de cualidad pulsátil o palpitante que suele empeorar con los movimientos cefálicos**, aunque en muchas personas el dolor puede ser bilateral y no palpar. Quizá sea más identificativo que **siempre asocia otros síntomas** como veremos a continuación. El dolor de cabeza intenso es simplemente uno de los síntomas entre los múltiples que padecen las personas con migraña.

¿Qué es la migraña con aura?

Un aura es una combinación de síntomas neurológicos que suele ocurrir antes del dolor en la migraña en un 20-30% de las personas con migraña. El aura dura varios minutos, habitualmente menos de una hora y se debe a cambios temporales que ocurren en el cerebro antes y durante la crisis de dolor. Los síntomas de aura pueden incluir los **trastornos visuales, sensitivos, del lenguaje** y otros síntomas del sistema nervioso central menos frecuentes. Estos síntomas suelen aparecer de forma progresiva y escalonada.

Los **cambios visuales** afectan habitualmente a los dos ojos, aunque parezca que sólo ocurren en uno. Para comprobarlo se puede tapar cada uno de los ojos por separado mientras se mira a una pared blanca.

Algunos ejemplos de auras visuales son:

- Flashes de luz.
- Líneas curvas o en zig-zag.
- Puntos ciegos o pérdida de visión temporal.
- Imágenes o formas distorsionadas.

Algunas personas mayores pueden tener síntomas de aura visual aislados, sin el dolor pulsátil posterior o con molestias muy leves a las que no dan importancia. Esto lleva a algunos adultos a buscar primero una valoración oftalmológica.

Los **síntomas sensitivos** del aura suelen manifestarse como hormigueos o acorchamientos alrededor de la boca, en un brazo o la pierna.

Los **cambios en el lenguaje** durante el aura se presentan como dificultad para decir y comprender palabras o frases.

Existen otras variantes muy poco frecuentes de migraña con aura como el aura típica sin cefalea, aura retiniana, hemipléjica o troncoencefálica.



Imagen 1. Ejemplos de aura visual.

¿Cuáles son las fases de una crisis de migraña?

5

En cada episodio de migraña se pueden diferenciar hasta cuatro fases, aunque la duración de cada una de ellas puede variar en cada ataque. Puede ser muy útil aprender a identificarlas para manejarlas mejor y reducir sus consecuencias.

1. Síntomas premonitorios

Algunas personas con migraña pueden notar síntomas muy precoces de "aviso" del inicio del dolor, que suelen aparecer desde unas horas a unos días antes. Entre estos síntomas encontramos: irritabilidad, bajo ánimo, cansancio, cambios en el apetito y "antojos", bostezar, dificultades para concentrarse, hipersensibilidad a la luz y al ruido, aumento de ganas de orinar, rigidez de cuello y náuseas.

2. Aura

Algunos pacientes experimentan en esta fase los síntomas de aura comentados en el apartado anterior.



3. Fase de cefalea

En esta fase predomina el dolor de cabeza que, aunque puede tener intensidades diferentes, habitualmente es moderado o muy fuerte. Es la fase, generalmente, más incapacitante, pudiendo interferir en la realización de las actividades diarias. Aunque el dolor es el síntoma predominante, la mayoría de los pacientes experimentan otros síntomas asociados:

- Náuseas y vómitos.
- Sensibilidad a la luz, sonidos y olores.
- Mareo.
- Visión borrosa.
- Miedo al movimiento (kinesiofobia) por el probable empeoramiento del dolor (signo del traqueteo) y preferencia por estar quieto.
- Dificultades para la concentración ("niebla mental")
- Hipersensibilidad en el cuero cabelludo.
- Más raramente, cambios en el hábito intestinal.

4. Postdromo

Tras el episodio de dolor intenso, muchos pacientes experimentan un período informalmente denominado la "resaca de la migraña", en el que pueden aparecer síntomas de cansancio intenso, cambios en el carácter o dificultades en la concentración. Puede durar hasta 24-48h.

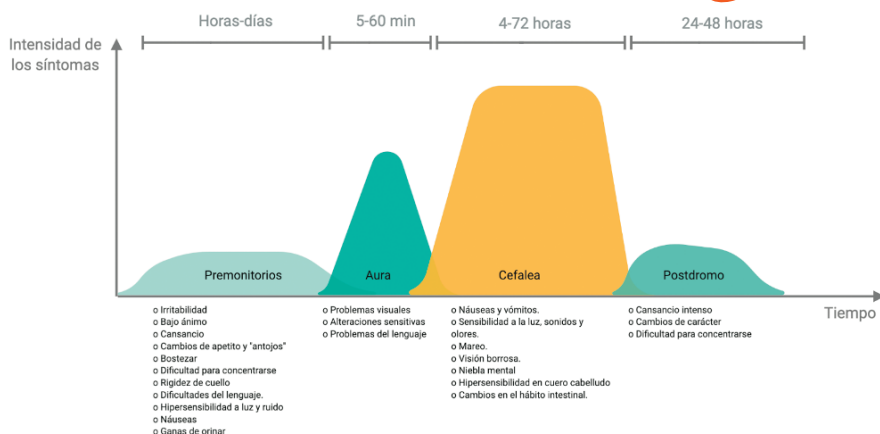
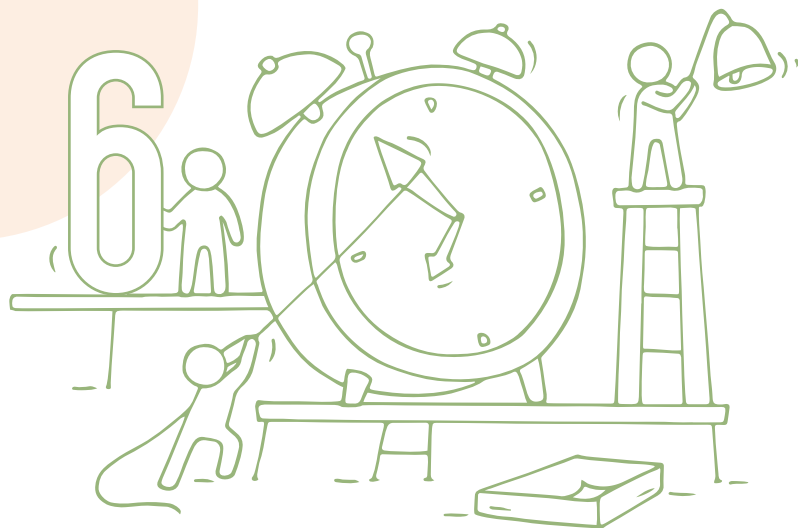


Imagen 2. Fases de una crisis de migraña



¿Cada cuánto aparecen los episodios de migraña?

La frecuencia de la migraña puede ser considerablemente variable entre las personas e incluso en diferentes épocas en un mismo individuo. Los episodios de dolor pueden aparecer desde unas pocas veces al año hasta ser continuos. Suele ser un problema recurrente a lo largo de la vida de las personas que las padecen, pero existen grupos de personas que tienen episodios frecuentes o regulares una vez en su vida, seguidos de años de remisión, para volver a experimentarlos tiempo después.

Migraña episódica

Si la persona sufre menos de 15 días de dolor al mes. Esta suele separarse a su vez en dos categorías: episódica de baja frecuencia (menos de 8 días al mes) y episódica de alta frecuencia (entre 8 y 14 días de dolor).

Migraña crónica

Si se presentan más de 15 días de dolor al mes. Es la forma más grave e incapacitante de la enfermedad. Las personas que tienen migraña episódica de alta frecuencia presentan una discapacidad similar a los que tienen migraña crónica. Suele acompañarse de otras comorbilidades como la ansiedad, el insomnio, la depresión y el uso excesivo de analgésicos.

¿Cuál es la causa de la migraña?

La búsqueda de la causa de la migraña es objeto de estudio desde hace décadas y, aunque siguen sin haberse contestado con exactitud todas las preguntas de cómo se produce, cada vez se conocen mejor los mecanismos implicados en la generación del dolor, el aura y el resto de síntomas asociados.

Es importante comprender que **la migraña no se debe a una lesión del cerebro**, si no a un funcionamiento alterado de éste. Los cerebros migrañosos presentan una sensibilidad aumentada a algunos estímulos que en otros individuos son inocuos y en estas personas pueden precipitar la activación de los mecanismos de dolor y producir las crisis.

Se sabe que existen **factores genéticos y hormonales** que hacen a algunos grupos de personas más susceptibles que a otros. También, que el dolor de un episodio de migraña se produce por la activación de fibras conductoras del dolor (fibras nociceptivas) que liberan sustancias inflamatorias dentro de estructuras cerebrales como las meninges (cubiertas del cerebro) y los vasos sanguíneos. Estas señales provocan que los vasos se dilaten, contribuyendo al dolor pulsátil, y que las meninges se irriten, contribuyendo al aumento del dolor que aparece con los movimientos de la cabeza o la tos durante el ataque. A su vez, otros centros cerebrales se activan de forma coordinada dando lugar al resto de síntomas asociados, como la sensibilidad a luz y al ruido y las náuseas.

Los tratamientos disponibles hasta ahora intervienen en estos diversos mecanismos: intentando bloquear la liberación de sustancias inflamatorias o neurotransmisores, disminuyendo la respuesta vascular cerebral, etcétera.

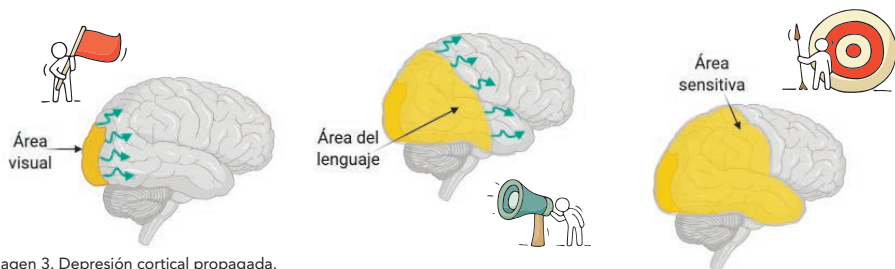


Imagen 3. Depresión cortical propagada.

Hoy en día se sabe que el aura de migraña se debe a un fenómeno conocido como **depresión cortical propagada**. Este se basa en la aparición de una onda anómala de actividad eléctrica y química (similar a una corriente eléctrica), que comienza por la parte posterior de la corteza cerebral (la encargada de procesar las imágenes visuales) y se extiende por el resto del cerebro hacia las estructuras más anteriores. Durante su propagación genera en primer lugar una activación de las áreas cerebrales afectadas, causando las luces (áreas cerebrales visuales), las alteraciones del lenguaje (áreas encargadas del procesamiento del lenguaje) o el hormigueo (áreas sensitivas cerebrales), seguidas de una reducción de la función con pérdida de visión o falta de sensibilidad.

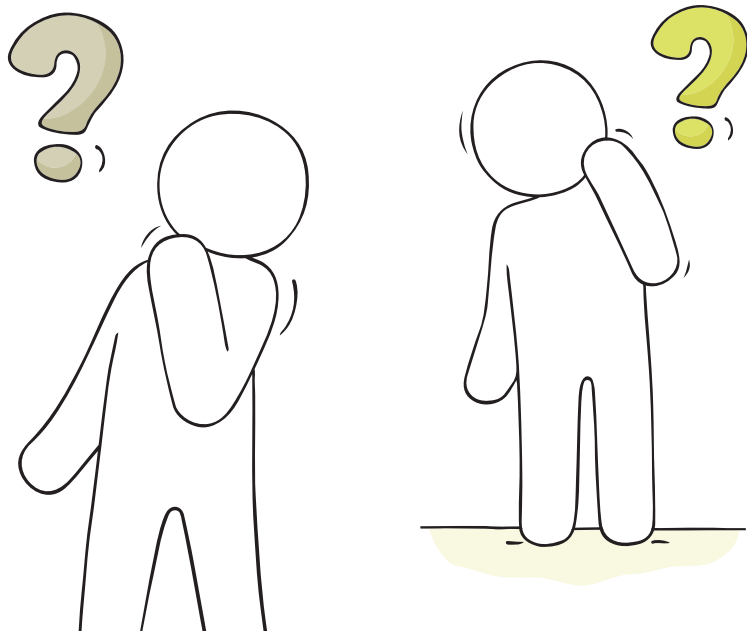
¿Existen factores que influyan en la aparición de los episodios de migraña?



Se ha observado que existen una serie de factores que pueden propiciar un episodio de migraña. Estos desencadenantes no son la causa de la migraña, pero son capaces de favorecer una crisis en un cerebro susceptible e **identificarlos puede ayudar a prevenir y manejar mejor los episodios de dolor.**

Para algunas personas son muy importantes y claros, y sólo con evitarlos pueden conseguir una mejoría importante. Sin embargo, su identificación puede ser un proceso complicado ya que algunos sólo son capaces de desencadenar dolor si coinciden simultáneamente con otros (por ejemplo, alcohol más falta de sueño) y la relación del desencadenante con el ataque de dolor no es siempre fácil de demostrar. Además, recientemente se ha observado que para algunas personas no siempre hay desencadenantes y su participación es menos importantes de lo que se pensaba previamente.

Hay que tener en cuenta que los desencadenantes pueden no ser los mismo para unas personas que para otras y que pueden cambiar con el tiempo. Por ejemplo, dormir muchas horas puede ser un protector para una persona y un desencadenante para otra.



¿Cuáles son los desencadenantes más habituales?

El cerebro migrañoso es especialmente sensible a cambios bruscos tanto internos (como en el caso de cambios hormonales, de sueño, del estado de ánimo, de los nutrientes y agua) y externos (cambios de luz, temperatura y presión atmosférica). Aunque existen factores desencadenantes que suelen ser comunes a las personas con migraña, cada persona puede responder de forma diferente y es importante identificar los desencadenantes individuales.

Dentro de los desencadenantes más habituales referidos por las personas con migraña encontramos:

SUEÑO ALTERADO



Hay una estrecha relación con el sueño tanto con las crisis de migraña como con el riesgo de que la migraña se convierta en crónica. Si hay un empeoramiento de las crisis, siempre hay que preguntarse si estamos durmiendo **horas insuficientes** (bien por insomnio o por trabajo), si existen **cambios en el horario habitual de sueño** (como trasnochar, viajes o cambios de turnos) o si puede haber **enfermedades que influyan en la mala calidad del sueño** como es el caso del síndrome de apnea del sueño (ronquidos, paradas de respiración nocturna).

ESTRÉS Y ANSIEDAD

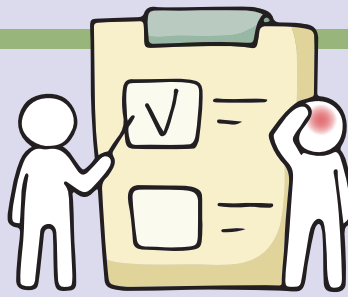


Las situaciones emocionales intensas, la ansiedad o el estrés mantenido pueden influir ampliamente en la migraña tanto inmediatamente antes como justo después del evento estresante (durante la relajación). Además, son muy importantes como veremos en la cronificación del dolor (que la migraña episódica se transforme en crónica), especialmente si se asocia a problemas de sueño.

CAMBIOS HORMONALES



Las mujeres, sobre todo, pueden tener episodios de migraña **antes o durante la menstruación** por la fluctuación de la concentración de estrógenos. Por la misma razón, pueden experimentar cambios en la migraña cuando están **embarazadas o durante la menopausia**. Los anticonceptivos orales (que tienen hormonas) o terapias de suplemento hormonal durante la menopausia pueden desencadenar o empeorar la migraña también, aunque en casos puntuales pueden ser beneficiosos.



CAFÉINA

Aunque algunos pacientes notan un efecto analgésico en momentos de dolor, tanto **la toma excesiva como la abstinencia de bebidas cafeinadas o estimulantes** (café, coca-cola, té, red bull...) se ha asociado con empeoramiento de migraña y otras cefaleas.



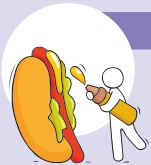
EL AYUNO Y LA HIPOGLUCEMIA

Saltarse algunas comidas como el desayuno, tener horarios irregulares o disminuir la ingesta habitual llevando a una situación de hipoglucemia puede ser un desencadenante de dolor.



DESHIDRATACIÓN

No beber suficiente agua al día puede estar influyendo en tus migrañas. Especialmente en días calurosos o tras esfuerzos físicos intensos es importante asegurar la ingesta mínima de líquidos e incluso aumentarla.



ALGUNAS COMIDAS Y BEBIDAS

Las comidas más habitualmente referidas como desencadenantes de los ataques de migraña incluyen las comidas procesadas más ricas en glutamato monosódico, las de alto contenido en nitratos y nitritos (como la carne procesada), el queso maduro y los edulcorantes artificiales. Algunas personas relacionan también el vino tinto u otras bebidas alcohólicas con empeoramiento. Puedes observar que algunas comidas y bebidas son desencadenantes más potentes cuando están combinados con otros factores comentados. Existe cierta controversia en la literatura científica sobre la relación real de estos alimentos con los episodios, por lo que no es aconsejable restringir de forma estricta y brusca la dieta, y lo más recomendable es mantener una dieta lo más sana posible.



ALGUNAS MEDICINAS

Además de los anticonceptivos, otras medicaciones pueden influir, por ejemplo, los vasodilatadores como la nitroglicerina, que se utilizan en enfermedades cardiovasculares. Es importante conocer las medicaciones y si coinciden con empeoramiento o mejoría de la migraña. Es importante consultar con tu médico si tienes dudas y no realizar ajustes de tratamiento por tu cuenta.



CAMBIOS DE TIEMPO, LUZ Y TEMPERATURA

Muchos pacientes relacionan los cambios en la presión atmosférica o en el patrón del tiempo con las crisis de migraña. También se han asociado a cambios bruscos de temperatura o luz brillante (al cambiar de habitación o salir a la calle) y las ráfagas de viento. Sin embargo, no se ha podido demostrar hasta la fecha su papel como desencadenantes aislados. Podría tratarse de factores casuales o necesitar estar combinados con otros factores para inducir las crisis.



OLORES FUERTES

Pintura fresca, productos de limpieza con olores químicos fuertes o perfumes, pueden ser desencadenantes también.



OTROS DOLORES CONCOMITANTES

El dolor cervical, lumbar y, en general, cualquier dolor crónico, pueden influir en las crisis de migraña y en la cronificación, mediante la sensibilización central (explicación más adelante).



OTROS FACTORES DESCRITOS

La actividad física intensa o extenuante, el tabaco, los ruidos fuertes, perder una toma de medicación, o la descompensación de otras enfermedades.

Puede que tengas otros desencadenantes, toma nota de ellos para aprender a manejarlos. Se recomienda realizar un calendario de cefaleas, donde puedes registrar la frecuencia del dolor, su intensidad y posibles factores desencadenantes. Actualmente existen varias aplicaciones para el teléfono móvil que pueden resultarte útiles para realizar tu calendario.

No hay que olvidar que estos desencadenantes han sido reportados por personas con migraña en encuestas y en muchos de ellos se desconoce su verdadero valor como inductores de migraña en el momento actual. Además, para algunas personas, prestar demasiada atención en identificar desencadenantes puede llegar a ser perjudicial. Hay personas que pasan años buscando desencadenantes cuando sus migrañas aparecen de forma aleatoria y se culpabilizan por no encontrarlos ni controlarlos cuando puede ser realmente difícil hacerlo. Otras, pueden acabar centrándose sólo en los aspectos no modificables, en vez de identificar los modificables para cambiarlos. Lo que sí se ha demostrado en diversos estudios, es que tener hábitos de vida saludables reduce los episodios de migraña y la discapacidad asociada. Como se comentará más detalladamente en el apartado de medidas no farmacológicas, entre estos hábitos se incluyen el buen descanso nocturno, la dieta sana, el ejercicio aeróbico y la reducción del estrés.

¿La migraña se relaciona con otras enfermedades?



Sí, no es infrecuente que personas con migraña, padezcan otras enfermedades (conocidas como **comorbilidades**) estrechamente relacionadas y cuyo empeoramiento también va a influir en un peor control de los episodios. Algunas de estas son: dolor cervical, fibromialgia, ictus, depresión o ansiedad. Por tanto, para un abordaje óptimo de la migraña, no debe olvidarse cuidar el resto de enfermedades asociadas.

También es importante tener en cuenta otras enfermedades presentes (aunque no estén asociadas tan estrechamente con la migraña) a la hora de elegir el tipo de tratamiento más adecuado para cada persona, ya que se pueden prescribir medicaciones útiles para tratar tanto la migraña como otras comorbilidades. Un ejemplo es la amitriptilina, uno de los tratamientos preventivos de migraña más habitualmente utilizados, que además se emplea para tratar la ansiedad.

¿Cómo se diagnostica la migraña?

El diagnóstico de la migraña se realiza en base a los síntomas que presente el paciente, es decir, las características del dolor de cabeza y los síntomas asociados o situaciones en las que más aparecen. Para ello es muy importante hacer una buena historia clínica (entrevista en consulta) por parte del médico y que el paciente exprese todos sus síntomas y factores desencadenantes. También es primordial comunicar otras enfermedades médicas previas y los fármacos que se están tomando, ya que pueden estar produciendo dolores de cabeza similares a la migraña o precipitando el dolor.

Los **criterios diagnósticos** de la **migraña SIN aura**, según la Clasificación Internacional de las Cefaleas (3º Edición), son:

A

Haber presentado al menos 5 episodios de dolor que cumplan los criterios B-D. Si son menos de 5 pero los cumplen, se debe clasificar como "probable".



B

Duración de las crisis de 4 a 72h. Se refiere a las no tratadas o tratadas sin éxito. Si se queda dormido y se despierta sin cefalea, se contabiliza hasta el despertar. En niños y adolescentes pueden durar menos de 4h.

La cefalea tiene al menos 2 de las siguientes características:

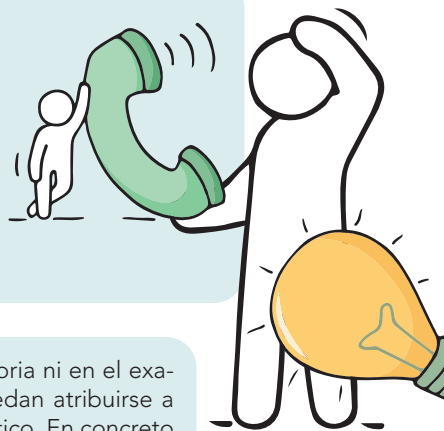
- 1- Localización unilateral.** Aunque en un 30-40% son bilaterales, suele iniciarse en un lado, en niños y adolescentes también es más a menudo bilateral. Suelen cambiar de lado, aunque un 10% de las estrictamente unilaterales son migraña.
- 2- Calidad pulsátil.** Más del 50% de pacientes con migraña presentan dolor no pulsátil. Se cumple esta condición, aunque la pulsatilidad del dolor sea discontinua, ya que suele cambiar durante la crisis.
- 3- Intensidad moderada-grave.**
- 4- Se agrava con las actividades habituales** o impide la realización de estas (por ejemplo caminar o subir escaleras). El agravamiento por el simple traqueteo de la cabeza es muy habitual.

C

Presenta al menos alguno de los siguientes síntomas durante la cefalea:

D

- 1. Náuseas y/o vómitos.**
- 2. Sensibilidad y/o intolerancia a la luz, ruido** (sono- y fotofobia). La **osmofobia** (sensibilidad a olores) no está incluida en los criterios ni es muy frecuente, pero es un síntoma bastante específico de la migraña respecto a otras cefaleas.

**E**

No se encuentran indicios en la historia ni en el examen físico de que los síntomas puedan atribuirse a otra causa que sugiera otro diagnóstico. En concreto no deben existir datos de alarma en la exploración.

Para el diagnóstico de la **migraña CON aura** se añade a los criterios anteriores los siguientes:

A

Al menos dos crisis que cumplen los criterios B y C.

B

Uno o más de los **síntomas de aura siguientes, totalmente reversibles:**

- 1- Visuales.
- 2- Sensitivos.
- 3- De habla o del lenguaje.
- 4- Motores.
- 5- Troncoencefálicos.
- 6- Retinianos.



C

Al menos dos de las siguientes cuatro características:

- 1- Progresión gradual de al menos uno de los síntomas de aura durante un período de ≥ 5 min y/o dos o más síntomas se presentan consecutivamente.
- 2- Cada síntoma de aura tiene una duración de entre 5 y 60 minutos.
- 3- Al menos uno de los síntomas de aura es unilateral.
- 4- El aura se acompaña, o se sigue antes de 60 minutos, de cefalea.

D

Sin mejor explicación por otro diagnóstico.

Los criterios diagnósticos sirven de guía al médico, pero es muy importante recordar que cada migraña es **ÚNICA** de la persona que la sufre, al igual que en la mayoría de las enfermedades. A veces el dolor de cabeza y otros síntomas pueden no ser exactos "de libro" o iguales que los de otra persona, pero seguir siendo muy compatibles con migraña. De hecho, suelen existir errores diagnósticos en pacientes que son catalogados como sinusitis, dolor cervical o vértigos, y que en realidad sus síntomas se deban a la migraña.

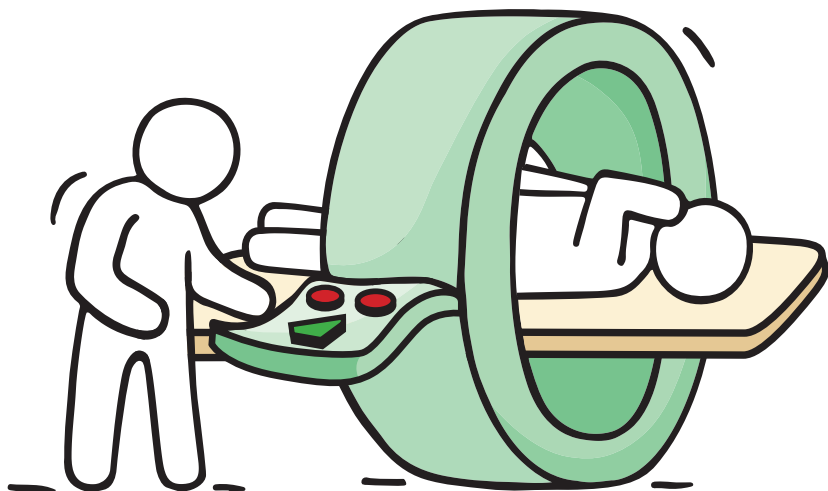


¿Es necesaria alguna prueba para diagnosticar migraña?

No existe ninguna prueba específica para diagnosticar la migraña por el momento. Con una buena entrevista y exploración clínica puede llegarse al diagnóstico y **todas las pruebas son normales en la migraña**. Recordando lo comentado en el apartado de las causas, la migraña no se debe a una lesión del cerebro, si no a anomalías en el funcionamiento de este, que le confiere una mayor facilidad para la generación de dolor. Las pruebas disponibles actualmente en la práctica clínica como la tomografía cerebral computerizada (TC) cerebral, la resonancia magnética cerebral y el electroencefalograma, son incapaces de valorar estos cambios.

Únicamente está indicado solicitar una prueba de imagen si existen características atípicas o de alarma en la historia del paciente o si se observan alteraciones en la exploración neurológica. En más del 95% de todos los tipos de cefaleas (término médico para describir cualquier tipo de dolor o molestia de cabeza), no existe ninguna lesión en el cerebro asociada y, en el pequeño porcentaje restante, los pacientes presentan síntomas de alarma o alteraciones en la exploración que van a hacer pensar que puede existir una lesión y es necesario realizar la prueba de imagen. Algunas pruebas como la **TC cerebral suponen una cierta cantidad de radiación** para el paciente, que hay que intentar evitar a menos que sea necesario.

Es importante tener en cuenta esto, puesto que la propia preocupación por tener alguna lesión en la cabeza puede empeorar y cronificar el dolor de cabeza.

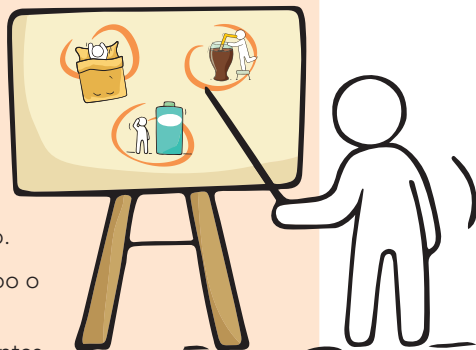


¿Pueden empeorar mis dolores de cabeza con el tiempo?

Hasta un 2-3% de personas con migraña episódica desarrollan cada año migraña crónica (más de 15 días de dolor de cabeza al mes durante al menos 3 meses).

La mayoría de los casos se asocian a la persistencia en el tiempo de uno o varios factores de riesgo de cronificación:

- **Toma excesiva de medicación analgésica** (aguda) como antiinflamatorios, triptanes y opiodes. La toma continuada de medicación de rescate puede llevar a un estado de dolor continuo sin mejoría tras la toma de analgésicos que antes eran útiles, conocido como cefalea por uso excesivo de medicación (CUEM).
- **Tratamiento no optimizado.** Es importante conocer todo el arsenal terapéutico farmacológico y no farmacológico para adaptar la medicación a la situación del paciente y la frecuencia e intensidad de sus migrañas, disminuyendo así el riesgo de cronificación y uso excesivo de analgesia.
- **Falta de descanso nocturno**, por insomnio o por enfermedades respiratorias como la apnea obstructiva del sueño.
- **Sobrepeso**, aumento de peso y sedentarismo.
- **Estrés, ansiedad, depresión** y otros trastornos del ánimo mantenidos en el tiempo.
- **Dolores crónicos** en otras partes del cuerpo o generalizados.
- **Excesiva toma de cafeína** u otros estimulantes.



La cronificación del dolor en la migraña, al igual que en otros procesos de dolor crónico, se ha relacionado con los procesos de **neurosensibilización periférica y central** que, en términos generales, se basan en que existe una **respuesta sensorial inadecuada e incrementada ante estímulos inocuos** que habitualmente no producen dolor. En estos pacientes se producen unos cambios en el funcionamiento de las redes cerebrales que llevan a **amplificar la transmisión del dolor** desde la piel hasta las áreas implicadas en su procesamiento de la médula espinal y del cerebro.

En otras palabras, si los ataques de migraña son muy frecuentes se produce una activación continua y potenciación de las vías del dolor que cada vez son capaces de transmitirlo “mejor” (**facilitación del dolor**). Tras estímulos repetidos, se genera una hiperexcitabilidad cerebral e hipersensibilidad a estímulos dolorosos cada vez más leves y duraderos, llevando a un círculo vicioso. De hecho, durante un mismo episodio de migraña, hasta un 80% de los migrañosos desarrollan **alodinia cutánea** (dolor con estímulos habitualmente no dolorosos como tocarse el cuero cabelludo o peinarse).

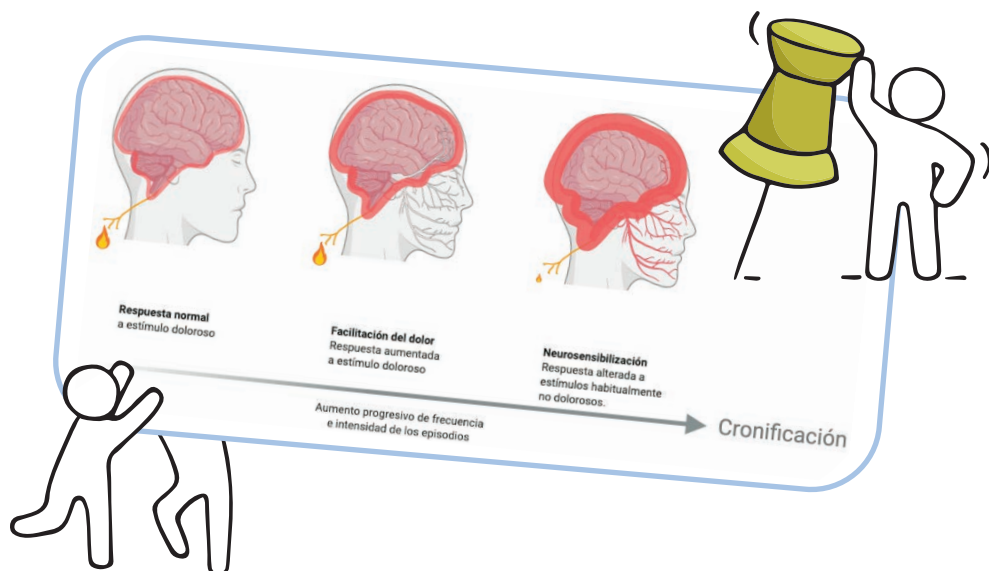


Imagen 4. Neurosensibilización al dolor.

Es interesante conocer estos mecanismos para comprender los tratamientos preventivos para migraña que veremos a continuación, encaminados a modular y disminuir esas vías de sensibilización.

La migraña crónica **puede asociarse a otras enfermedades por sensibilidad central** (fatiga crónica, fibromialgia, síndrome de intestino irritable) y a cambios endocrinos y del ritmo circadiano (el encargado de mantener las fases diferenciadas de sueño y vigilia). En el cerebro, los estímulos dolorosos se procesan y se integran con la participación del sistema límbico, muy relacionado con las vivencias emocionales. Aunque el fenómeno de sensibilización central no es de origen psicológico, **el estado de ánimo puede alterarse de forma secundaria** y producirse ansiedad y depresión, que a su vez contribuyen a perpetuar la cronificación del dolor. Dentro de los cambios inducidos en el funcionamiento de las redes cerebrales de los pacientes, se han visto también **cambios en las capacidades cognitivas ejecutivas** como la atención y la memoria a corto plazo, habitualmente alteradas en pacientes con dolor crónico.

¿Cómo puedo mejorar mis migrañas?

¿Se curan?

Actualmente no existe una cura definitiva de la migraña. El camino para llegar a ella es muy complejo, ya que, como se ha mencionado previamente, no existe un único un factor implicado en la generación de la migraña, si no múltiples y heterogéneos entre los que se incluyen factores difícilmente modificables como los genéticos u hormonales.

Sin embargo, sí que **existen diferentes medidas farmacológicas y no farmacológicas capaces de mejorar el control de la migraña** y reducir la frecuencia e intensidad de los síntomas, disminuyendo la limitación que produce en la calidad de vida.

A la hora de elegir un tratamiento con tu médico, es importante tener en cuenta los siguientes puntos:

- **No todas las terapias funcionan igual en todas las personas.** Hay terapias que resultan extremadamente útiles para unos individuos y que no mejoran, o incluso empeoran, las migrañas de otros. No importa qué combinación de tratamientos uses para tratar la migraña, el proceso de ensayo-error para encontrar algo que funcione, con los mínimos efectos secundarios, puede llegar a ser largo y a veces frustrante.
- Por lo general, la **combinación de medidas funciona mejor, ya que permite atacar varios factores implicados en la migraña la vez.** Probablemente una única pastilla sola no cambie todo, si no que hay que combinarla con cambios en el estilo de vida o hábitos saludables para que el tratamiento sea realmente efectivo. En algunos casos las medidas no farmacológicas pueden llegar a ser suficientes.
- En el caso de las mujeres, **si crees que puedes estar embarazada o planeas estarlo, coméntalo con tu médico** desde el inicio. Algunos tratamientos de la migraña pueden no ser seguros durante el embarazo o la lactancia.



MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS

Ajustes dietéticos y cambios de rutina.

Intenta realizar todas las comidas en horarios regulares, tomar comidas bajas en azúcares de rápida absorción (para evitar picos de hiper e hipoglucemia), bajas en alimentos procesados y ricas en fruta y verdura. Evita el ayuno prolongado si empeora tus migrañas.

Horarios regulares de sueño. Intenta acostarte y despertarte a la misma hora o con menos de 2h de diferencia, incluso en fin de semana. Asegura 7-8h diarias de sueño y pasar al menos 2 horas en el exterior con luz natural.

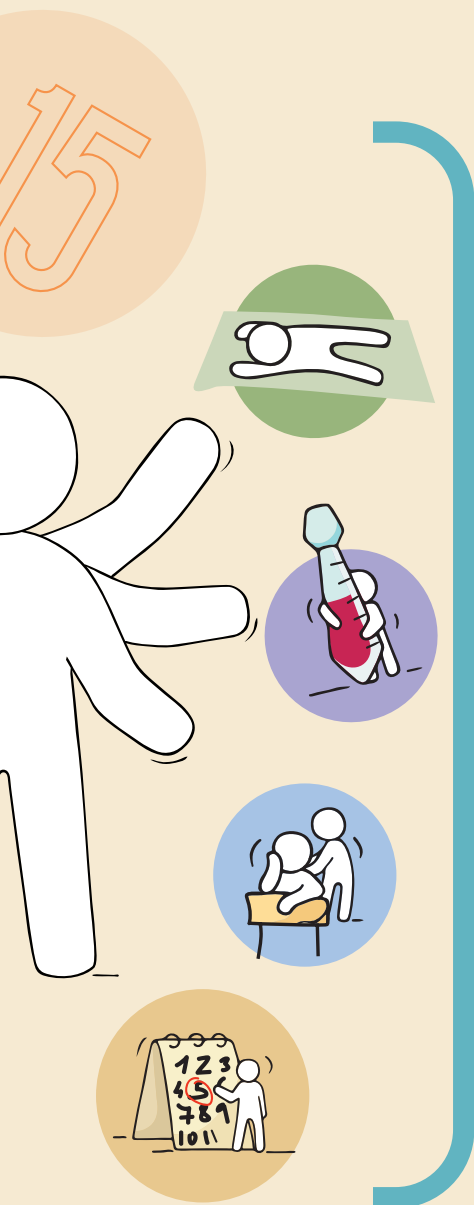
Disminuir el consumo de cafeína tanto por café como de otras bebidas cafeinadas como la coca-cola. Se recomienda el cese del consumo de cafeína, de forma progresiva, durante al menos 2 ó 3 meses en personas con migrañas frecuentes para determinar si produce una reducción en la frecuencia. En caso de consumirlas, hacerlo siempre en mínimas cantidades y por la mañana, para no afectar a la profundidad del sueño, y a las mismas horas en fin de semana para evitar dolor por abstinencia.

Buena ingesta de líquidos para evitar la deshidratación.

Ejercicio físico regular de intensidad moderada. El ejercicio físico aeróbico se ha demostrado beneficioso para la migraña en varios estudios. Al realizar ejercicio físico se liberan sustancias analgésicas y euforizantes, se mejora la calidad del sueño, se reduce el estrés y se fortalece la musculatura disminuyendo la posibilidad de problemas musculares y óseos.

Técnicas de relajación y meditación. El estrés es el desencadenante más frecuente y los episodios suelen ocurrir cuando está disminuyendo, no en su máximo. Todos tenemos estrés en algún momento y es imposible evitarlo por completo, pero sí podemos aprender nuevas formas de manejar nuestra vivencia del estrés de forma que nuestro sistema nervioso central esté menos susceptible para experimentar dolor y otros síntomas.





Identifica aquellas cosas que consigan reducir los niveles de estrés para ti. Prueba durante y entre episodios de migraña los beneficios de pasear, hacer yoga, escuchar música o hablar con algún amigo. Las técnicas de relajación y meditación también han resultado muy útiles en algunas personas con migraña. Incluso los ejercicios más simples de respiración tienen un efecto inmediato en tu cuerpo y sirven para controlar los niveles de estrés y ansiedad. Además, respirar de forma adecuada puede ayudar a calmar a tu sistema nervioso, mejorar el respiratorio y el cardíaco, así como relajar la musculatura. Existen numerosos estudios que están demostrando los efectos beneficiosos de la relajación y meditación a nivel corporal de manera inmediata y a largo plazo. También mejora la capacidad de concentración y memorización de nueva información. Lo mejor: son tratamientos fáciles, prácticos, baratos y sin efectos secundarios. Algunos estudios han observado que la terapia cognitivo-conductual, un tipo de psicoterapia útil en el manejo del estrés y la ansiedad, produce importantes mejorías en la migraña, tanto de forma independiente como unida a tratamientos farmacológicos.

Disminuir los cambios bruscos de luminosidad y temperatura. En las personas con mucha fofobia es recomendable el uso de gafas de sol para disminuir la intensidad de las luces brillantes o molestas para los ojos tanto durante los ataques como desencadenantes de ellos. Esto no se recomienda habitualmente en interiores para no perder la tolerancia a ambientes más atenuados.

Masajes y fisioterapia. Pueden ayudar a relajar los músculos, aliviar dolores cervicales y disminuir el estrés, reduciendo a si mismo los dolores de cabeza.

Identificar los principales desencadenantes individuales mediante un calendario de cefaleas. También es útil para anotar la intensidad y frecuencia del dolor, controlando la eficacia de los tratamientos y la cantidad tomada de los mismos. Anota la duración del dolor, los síntomas asociados y los posibles desencadenantes ocurridos alrededor del mismo. Existen varias aplicaciones para móviles que pueden facilitarte esta tarea.



MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

Dentro de las opciones farmacológicas, existen unas que ayudan a aliviar los síntomas y el dolor una vez el episodio de migraña ya ha empezado (**tratamiento agudo**), y otras que pueden ayudar a reducir la frecuencia y la intensidad de los episodios (**tratamiento preventivo**).

TRATAMIENTO AGUDO

En el grupo de fármacos que se utilizan cuando el dolor ha comenzado encontramos varios grupos que nombramos a continuación. Es imprescindible conocer que su toma continuada puede tener efectos adversos, entre ellos, el empeoramiento de la cefalea por el uso excesivo de analgesia. Para evitarlos, **hay que tomarlos con medida sin sobrepasar los 10-15 comprimidos al mes** (o menos en algunos grupos) y potenciar el tratamiento preventivo si estos no son suficientes para el control de los episodios.

- **Antiinflamatorios no esteroideos (AINES):** ibuprofeno, naproxeno sódico, dextetoprofeno, diclofenaco, ácido acetil-salicílico. Ayudan a reducir la inflamación participante en el dolor de migraña, pero pueden producir dolor y daño en el estómago, como úlceras si se toma de forma regular o en dosis altas.
- **Otros analgésicos no antiinflamatorios:** paracetamol. Puede ayudar con dolores más leves, pero probablemente no sea tan efectivo en los graves.
- **Triptanes:** los triptanes ayudan a aliviar la dilatación de los vasos cerebrales involucrados en el dolor y a bloquearlo. Existen diferentes tipos y formas de administración (pastillas, spray nasal, inyecciones). Algunas personas refieren cansancio, mareo y debilidad generalizada tras su toma, aunque habitualmente son bien tolerados. Debería valorarse de forma individual por parte del médico su administración en pacientes con factores de riesgo vascular. En este grupo no se recomiendan más de 9 al mes.



- **Opioides:** los opioides son fármacos que no se prescriben habitualmente por parte de los neurólogos por el riesgo de dependencia y abuso, que a largo plazo es uno de los factores más habituales de cronificación, como se ha comentado previamente. Además, pueden producir efectos adversos importantes como mareo, náuseas, estreñimiento y confusión. Se pueden usar en casos muy específicos de migraña intensa, si no pueden tomarse otros fármacos más recomendables como los triptanes o antiinflamatorios. No se recomiendan más de 10 comprimidos al mes para evitar adicción y la cefalea por uso excesivo de medicación, aunque en general deberían restringirse aún más y evitarse siempre que se puedan usar otros fármacos.
- Existen **combinaciones de fármacos** (paracetamol, codeína y cafeína; dexketoprofeno con codeína) que pueden ser útiles durante algunos episodios intensos. Sin embargo, muchas de ellas pueden producir dependencia y no se recomiendan actualmente.
- **Fármacos anti-nauseosos:** metoclopramida, domperidona, clorpromazina. Estos fármacos pueden ser útiles para la migraña, incluso si no tienes náuseas habitualmente. Además de mejorar las náuseas, pueden ayudar a mejorar tanto el dolor como la motilidad intestinal que a veces se afecta en la migraña, facilitando la absorción de los fármacos.
- **Corticoides:** se suelen usar en episodios más prolongados de lo habitual. Se pautan en ciclos de días o semanas de prednisona o dexametasona. Estos fármacos no pueden usarse a largo plazo por sus efectos adversos. Actúan de forma lenta (en horas-días) pero son útiles para acortar episodios muy prolongados (estatus migrañoso) o malas rachas con acumulación de crisis.

Uno de los errores que pueden surgir en los tratamientos agudos, es la toma de un fármaco que es posteriormente vomitado o no se absorbe rápidamente. En estos casos, la eficacia puede mejorar si se administra como una inyección, spray o polvo nasal o supositorio, más que por vía oral. También resulta útil administrarlo junto con fármacos que aumenten la motilidad intestinal y disminuyan las náuseas, como la metoclopramida o domperidona.

TRATAMIENTO PREVENTIVO

Se trata de fármacos que buscan reducir la frecuencia, intensidad y duración de los episodios de migraña. Son fármacos que **se toman durante periodos de meses o años** para buscar la mejoría de los síntomas y disminuir la sensibilización al dolor y el uso excesivo de analgesia.

Casi todos los medicamentos disponibles para la migraña se usan fuera de ficha técnica, esto es, son

fármacos inicialmente aprobados para otros ámbitos de la medicina y que posteriormente demostraron su utilidad en migraña. Esto es así porque históricamente las cefaleas no se habían estudiado igual que otras enfermedades médicas.



Los tratamientos preventivos de migraña se pueden agrupar en grupos muy dispares que no parecen tener relación entre sí, pero que pueden ser útiles en la migraña por atacar los diferentes mecanismos implicados en la generación de los episodios. Por esto, usar varios fármacos de distintos grupos a dosis bajas puede ayudar a intervenir sobre mecanismos distintos, potenciando la eficacia del dolor con menos efectos adversos (**politerapia racional**).

Es frecuente tener que probar varios fármacos a lo largo del tiempo hasta encontrar el más eficaz, sin que se observen efectos secundarios. **Hay que tener en cuenta antes de retirar un fármaco, que el efecto completo de estos fármacos puede no alcanzarse hasta pasados alrededor de dos meses y tras alcanzar una dosis adecuada. Por lo general, no son tratamientos para "toda la vida", pero suele ser necesario mantenerlo un mínimo de seis meses si son eficaces y se toleran correctamente.**

Tu médico debe ir eligiendo entre todas las opciones cuál se adapta mejor a tu situación y comorbilidades. Pregunta siempre sobre posibles efectos adversos y contraindicaciones. En los apartados que vienen a continuación leerás los efectos adversos más frecuentes de cada grupo de fármacos. Sin embargo, **lo más habitual es que estos medicamentos no produzcan efectos adversos** a las dosis utilizadas en personas con migraña.

Dentro de los tratamientos preventivos encontramos fármacos de administración oral e inyectados.

Fármacos preventivos orales

NUTRACEÚTICOS

Se trata de compuestos que, además de tener una función en la nutrición (como las vitaminas o las grasas), pueden ser útiles para tratar una enfermedad. Se pueden adquirir en farmacias y herbolarios. Aunque no suelen precisar receta deben ser recetados por tu médico con las recomendaciones de dosis, forma y tiempo. Han demostrado su utilidad, el magnesio, la coenzima Q10, la riboflavina y los complejos multivitamínicos. Pueden reducir las migrañas en algunas personas, aunque siguen siendo necesarios estudios de mejor calidad para confirmar los hallazgos. No suelen tener efectos adversos, pero no se recomienda su uso durante períodos largos y hay que revisar las posibles interacciones con otras medicaciones.

GRUPO DE ANTIDEPRESIVOS

Los fármacos antidepresivos no sólo se usan para tratar depresión y ansiedad, ya que se han demostrado muy eficaces en el tratamiento de diversos dolores, incluyendo el dolor neuropático y la migraña. Actúan regulando moléculas cerebrales como la serotonina y la noradrenalina que están involucradas en la generación del dolor. Los efectos adversos más frecuentes son boca seca, somnolencia, disminución de libido y aumento de peso.

Dentro de este grupo se encuentran:

- **Amitriptilina.**
- **Venlafaxina.**
- **Otros tipos** como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (sertralina, fluoxetina, paroxetina, etc) o la duloxetina, son útiles para las comorbilidades de la migraña como la depresión y la ansiedad, aunque parecen tener menos efecto en la reducción de los episodios.

GRUPO DE FÁRMACOS CARDIOVASCULARES

Son fármacos dirigidos a los vasos sanguíneos, que también intervienen en la generación del dolor.

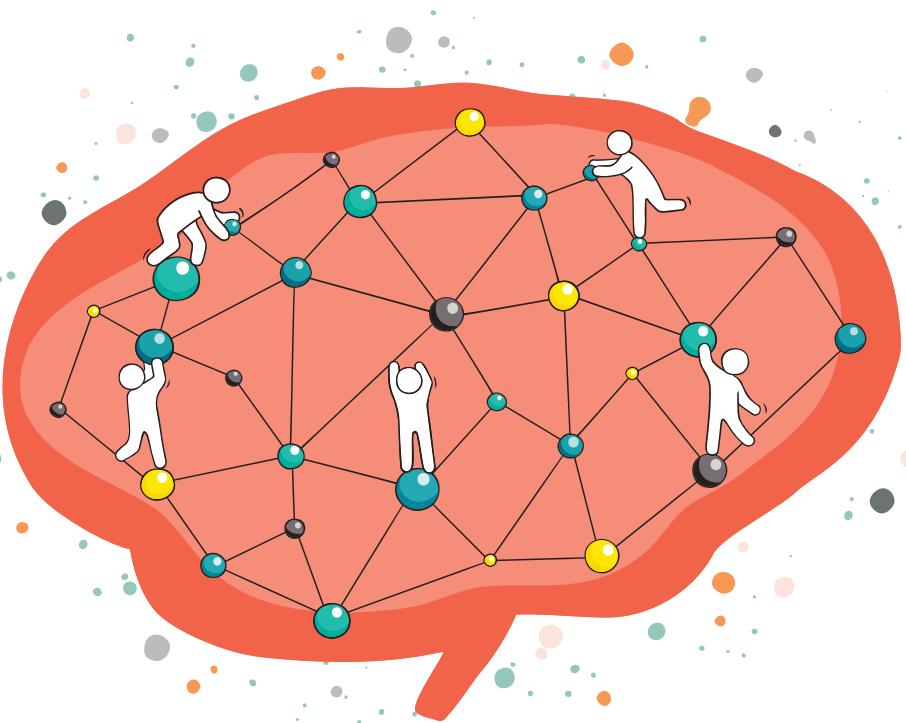
- **Beta-bloqueantes** (propranolol, nebivolol, nadolol, metoprolol).
- **Flunarizina.**
- **Lisinopril.**
- **Candesartán.**

Efectos adversos más frecuentes: disfunción eréctil, hipotensión o trastorno de ánimo con los beta-bloqueantes, aumento de peso y trastorno de ánimo con flunarizina, o mareo e hipotensión con lisinopril y candesartán. Específicamente lisinopril puede producir tos crónica.

GRUPO DE FÁRMACOS ANTIEPILEPTICOS

Son fármacos aprobados para epilepsia, pero que, usados durante un periodo de tiempo a dosis más bajas, han demostrado su utilidad en la reducción de episodios de migraña. Entre estos encontramos:

- **Topiramato:** Muy eficaz, en algunos casos puede producir dificultad para encontrar palabras y concentrarse, hormigueos en palmas y plantas que se autolimitan con el tiempo, así como litiasis renales.
- **Zonisamida:** Tiene unos efectos adversos similares a topiramato.
- **Ácido valproico:** Tiene una alta eficacia. Sin embargo, debe evitarse en mujeres en edad fértil, por el riesgo de malformaciones u otros problemas en el recién nacido.
- **Lamotrigina:** Menos eficaz y menos usado, sobre todo dirigido a tratar el aura. Generalmente bien tolerado, aunque raramente puede producir alergias cutáneas graves.



Fármacos preventivos inyectados

Estos fármacos suelen utilizarse en pacientes con migraña crónica o de alta frecuencia, en los que hayan fracasado los fármacos orales.

INFILTRACIÓN O BLOQUEO ANESTÉSICO DE NERVIOS PERICRANEALES

Esta técnica consiste en la administración subcutánea de anestesia local (con o sin corticoides) en el punto de salida de nervios pericraneales relacionados con el dolor. La técnica más utilizada es la del bloqueo de los nervios occipitales mayor y menor, situados en la parte posterior de la cabeza. También puede ser útil la infiltración en la salida del nervio supraorbitario (cerca de la ceja, en dolores perioculares) y auriculotemporal (cerca de las sienes). La duración del efecto es muy variable entre pacientes, desde días hasta meses. La única contraindicación es el antecedente de neurocirugía craneal, así como traumatismo craneal grave.

TOXINA BOTULÍNICA

Aunque se trata del mismo fármaco usado en medicina estética para disminuir las arrugas, en medicina también se usa para tratar múltiples enfermedades. En la migraña ha demostrado la reducción de los episodios de forma eficaz, mediante la reducción de contracturas musculares faciales, pero especialmente por el bloqueo de sustancias liberadas en el cerebro involucradas en el dolor. Se realiza un protocolo de inyecciones repartidas en diferentes áreas de la cabeza. Es una técnica sencilla que se hace en consulta y que no suele llevar más de 10 minutos, donde su principal ventaja es que tiene muy pocos efectos adversos. No se debe infiltrar antes de tres meses desde la última sesión por riesgo de producción de autoanticuerpos que hagan que pierda eficacia. La duración del tratamiento es muy variable, habitualmente es de tres meses, aunque hay pacientes en los que con el tiempo se pueden espaciar las infiltraciones y otros en los que existe pérdida de eficacia con menor duración del efecto.

INHIBIDORES DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (INHIBIDORES DEL CGRP)

Estos fármacos son los primeros aprobados específicamente para la prevención de la migraña, tanto episódica como crónica. Aún existe poca experiencia con ellos, por lo que hay que ser cuidadosos con su uso. Son fármacos inyectables, habitualmente una vez al mes, que actúan bloqueando el CGRP, una molécula implicada en la migraña. En general son muy bien tolerados, no existen interacciones con otros tratamientos y la principal contraindicación es el embarazo y patologías cardiovasculares graves previas, pero también es cierto que por el momento hay que ser cuidadoso hasta ver la seguridad a más largo plazo y en vida real. En el momento de realización de esta guía están disponible: erenumab, fremanezumab, o galcanezumab.

¿Cómo afecta la migraña al embarazo y qué tratamientos puedo tomar?

Durante el embarazo puede existir un cambio en los patrones de migraña. Hasta el 50-80% de las pacientes experimentan una reducción en los episodios, especialmente en los últimos trimestres. Se cree que esto es debido al aumento y estabilidad de los niveles de estrógenos.

Aunque en la mayoría de las pacientes la migraña mejora durante el embarazo, se recomienda un seguimiento estrecho durante el mismo por neurología ya que los tratamientos pueden necesitar ajustes. Puesto que la mayoría de los fármacos para el tratamiento de la migraña no se recomiendan en el embarazo porque se relacionan con problemas en el recién nacido, lo más importante es centrarse en la prevención y evitar los desencadenantes. Para el **tratamiento agudo** el más seguro es el paracetamol, siempre sin usarlo de forma excesiva. En algunas pacientes y de forma puntual pueden usarse otros fármacos como el sumatriptán, aunque deben evitarse en la medida de lo posible, especialmente en el primer trimestre. Para el **tratamiento preventivo** durante el embarazo se recomienda la elección de forma individualizada por parte del neurólogo según las características de la paciente, del dolor y comorbilidades.



¿Existen organizaciones de pacientes con migraña?

20

Las organizaciones de pacientes son entidades sin intereses lucrativos formadas por personas que comparten una misma enfermedad. Ofrecen información, orientación y apoyo psicosocial además de defender los derechos y necesidades sanitarias y sociales de quienes sufren esa enfermedad ante terceros.

En el campo de las cefaleas, concretamente en migraña, existen asociaciones de pacientes que pueden brindarte el apoyo e información necesarios en cualquier momento de tu enfermedad.

Si deseas tomar contacto con una asociación de pacientes, a continuación te indicamos los datos de contacto:

AEMICE Asociación Española de Migraña y Cefaleas

www.dolordecabeza.net

Contacto: info@dolordecabeza.net

Atribuciones de derechos de imagen

Las imágenes 1, 2, 3, y 4 han sido diseñadas por la autora.

BIBLIOGRAFÍA

1. Migraine Patients Guideline. Global Healthy Living Foundation. First edition 2019. https://migraineresearchfoundation.org/wp-content/uploads/2019/05/Migraine_Patient_Guidelines.pdf
2. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones diagnóstico- terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología en 2020. Sociedad Española de Neurología ISBN: 978-84-18420-19-1.
3. Fernández Solà J. Síndromes de sensibilización central: hacia la estructuración de un concepto multidisciplinar. Med Clin (Barc). 2018 Jul 23;151(2):68-70. doi: 10.1016/j.medcli.2017.12.006.
4. Andreou, A.P., Edvinsson, L. Mechanisms of migraine as a chronic evolutive condition. J Headache Pain 20, 117 (2019). doi: 10.1186/s10194-019-1066-0
5. Schwedt TJ. Preventive Therapy of Migraine. Continuum (Minneapolis Minn). 2018;24(4, Headache):1052-1065. doi:10.1212/CON.0000000000000635.



Con la colaboración de:

