

A watercolor illustration of a person from the back, holding their head with both hands. The colors are soft and blended, with shades of purple, pink, red, and blue. The person's hair is dark purple, and their hands are a mix of pink and red. The background is a light, hazy blue and white. The text is centered over the person's head and shoulders.

**KNOW  
HEADACHE  
& MIGRAINE  
PAIN**

# Comité de Desarrollo del Módulo de Migraña

---

**Işin Ünal-Çevik, MD, PhD**

Neurologist, Neuroscientist and Dolor Specialist  
Ankara, Turkey

**Raymond L. Rosales, MD, PhD**

Neurologist  
Manila, Philippines

**Peter Goadsby, MD, PhD**

Neurologist  
UK/USA

**Stewart Tepper, MD, PhD**

Neurologist  
Cleveland, USA

**Michel Lanteri-Minet, MD, PhD**

Neurologist  
Nice, France

# Objetivos de aprendizaje

---

Al terminar este módulo, los participantes serán capaces de:

- Entender la patofisiología de la migraña
- Discutir la prevalencia de la migraña
- Reconocer los signos y síntomas de la migraña
- Evaluar el impacto de la migraña en la calidad de vida de los pacientes y en su habilidad para trabajar
- Aplicar criterios diagnósticos en el momento apropiado
- Entender las metas del manejo de la migraña
- Entender el impacto de la migraña y las comorbilidades
- Seleccionar las estrategias farmacológicas y no-farmacológicas apropiadas para el manejo de migraña

# Clasificación de Cefalea

---

- 1988: International Headache Society (IHS)
- 2003: International Clasificación de trastornos por cefalea-II (ICHD-II)
- **2013: ICHD-III-beta: Headache Classification Committee de IHS: The International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> edition (beta version)**

Tenga acceso a la clasificación IHS actual:



[ICHD-3, International Classification of Headache Disorders – 3rd Edition, Beta](#)

Los participantes deben consultar tanto la *clasificación* como las *notas adjuntas* para información completa

# ICHD-3, Clasificación Internacional de Trastornos por Cefalea (3<sup>rd</sup> Edición, Versión Beta)

## Parte Uno: Las cefaleas Primarias

1. Migraña
2. Cefalea tipo tensión
3. Cefalalgia trigémico autonómica
4. Otros trastornos por cefalea primaria

## Parte Dos: Las Cefaleas Secundarias

5. Cefalea atribuida a trauma o lesión a la cabeza y/o cuello
6. Cefalea atribuida a trastorno craneal o vascular cervical
7. Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no-vascular
8. Cefalea atribuida a una sustancia o su retiro
9. Cefalea atribuida a infección
10. Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis
11. Cefalea o dolor facial atribuidos a un trastorno del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos, dientes, boca, u otra estructura facial o cervical
12. Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico

## Parte Tres: Neuropatías craneales dolorosas, Otros Dolores Faciales y Otras Cefaleas

13. Neuropatías craneales dolorosas y otros dolores faciales
14. Otros trastornos por cefaleas

# Trastornos Por Cefalea

---

- Entre los trastornos más comunes del sistema nervioso
- Asociados con
  - Carga personal del dolor
    - Impacto negativo del dolor
    - Calidad de vida reducida
    - Discapacidad
  - Carga del dolor para la sociedad
    - Costos directos
    - Costos indirectos
- Una minoría de personas con trastornos por cefaleas diagnosticada correctamente

**La cefalea ha sido subestimada, subdiagnosticada, y sub-tratada en todo el mundo**

# ¿Qué es la migraña?

---

- Un trastorno del sistema nervioso central
- Síndrome clínico común
- Caracterizado por ataques episódicos recurrentes de cefalea de naturaleza pulsátil e intensidad moderada a severa, *que **no sirve para un propósito específico***
- La migraña puede estar acompañada por los siguientes síntomas
  - Aura
  - Náusea/Vómito
  - Sensibilidad a la luz (fotofobia)
  - Sensibilidad al sonido (fonofobia)
  - Sensibilidad al movimiento de la cabeza
- La vulnerabilidad a la migraña es heredada en muchas personas

# Clasificación de Migraña

---

## Migraña sin aura

- Ataques recurrentes
- Ataques y síntomas asociados con migraña las últimas 4-72 horas

## Migraña con aura (Migraña con aura típica, Migraña con aura del troncoencéfalo, migraña hemipléjica, migraña retinal)

- Síntomas visuales y/o sensoriales y/o del habla/lenguaje y/o debilidad motora
- Desarrollo gradual de aura
  - Cuando menos un síntoma se disemina gradualmente en  $\geq 5$  minutos
  - Los síntomas duran  $\geq 5$  y  $\leq 60$  minutos
- Pueden ser síntomas positivos o negativos o una mezcla
- Reversibilidad total

## Migraña crónica

- En un paciente con migraña episódica previa
- Cefalea  $\geq 15$  días/mes por  $>3$  meses
- La cefalea tiene características de migraña en  $\geq 8$  días/mes





---

**¿CUÁLES SON LOS TIPOS MÁS  
COMUNES DE CEFALEAS QUE  
ATIENDE EN SU PRÁCTICA?**

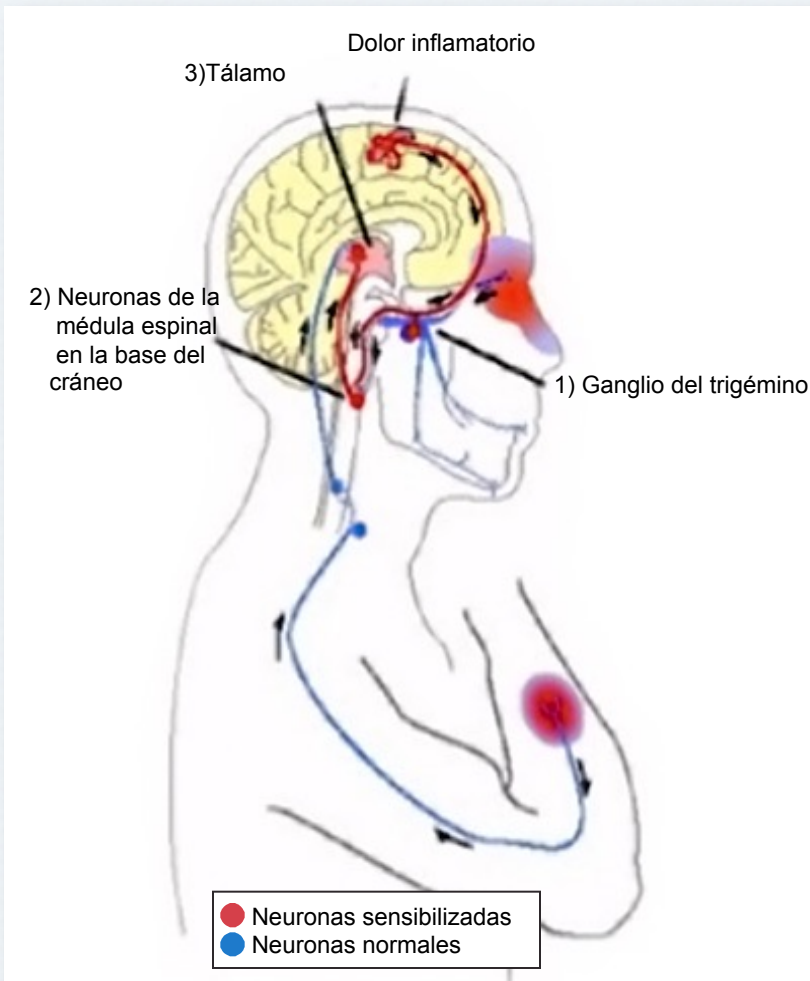
A large, abstract watercolor splash in shades of orange and red is centered behind the text. At the bottom of the slide, there is a faint, light blue watercolor splash.

---

# **Patofisiología de la migraña**

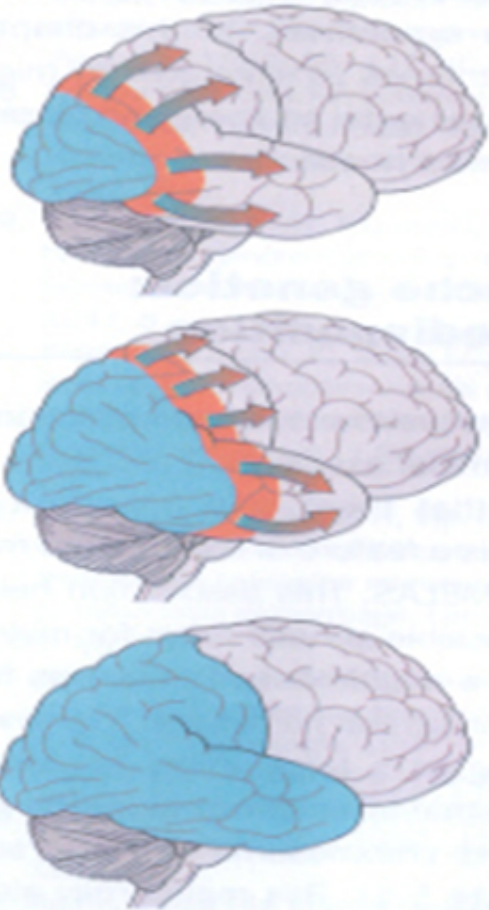


# Sensibilización Central/Alodinia en Migraña

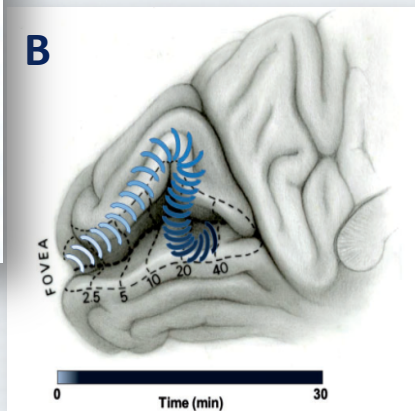
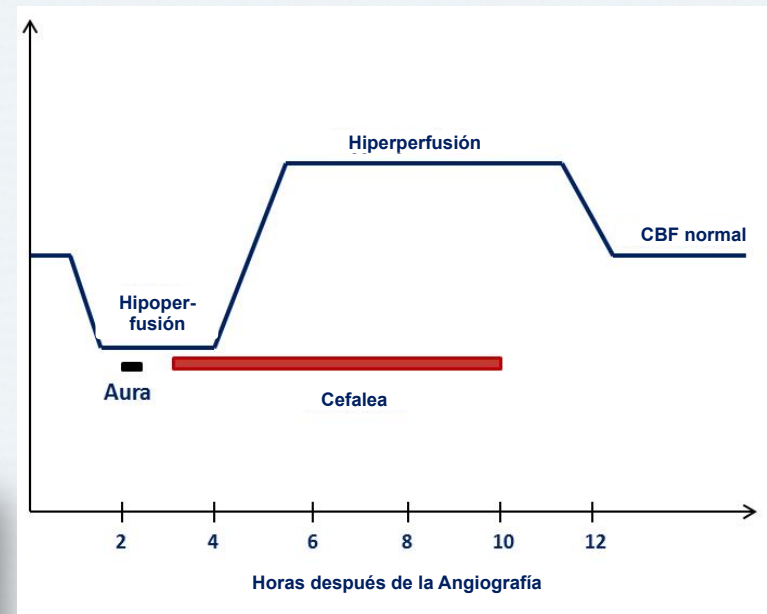


- La sensibilidad sensorial aumenta durante un ataque de migraña
- Los síntomas son regulados por mecanismos **centrales** o **periféricos**
  - La sensibilización periférica da lugar a dolor pulsante y exacerbación del dolor con el movimiento
  - La Sensibilización Central da lugar a alodinia cutánea

# Migraña con Aura



## Temporización relativa de flujo sanguíneo cerebral (FSC), aura, y cefalea\*



FSC = flujo sanguíneo cerebral

\*Estudio original refutando la hipótesis vascular de la migraña  
Olesen J *et al. Ann Neurol.* 1990;28(6):791-8.

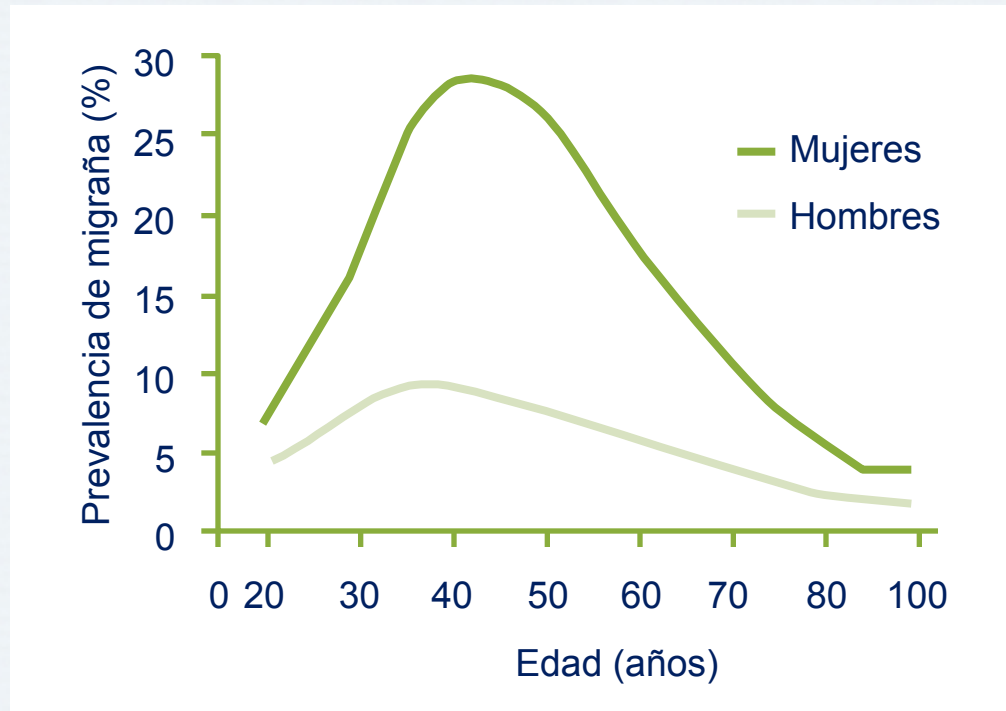
---

# Prevalencia De Migraña



# Prevalencia de la Migraña

- La prevalencia de migraña en la población general es de 10 a 12%
  - La prevalencia de migraña crónica es de 2 a 4%



\*Sintomática al menos una vez el último año

1. WHO 2012. Headache disorders. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>. Accessed 20 May, 2015; 2. Lipton RB, Stewart WF, Diamond S, Diamond ML, Reed M. *Headache*. 2001;41:646-57.

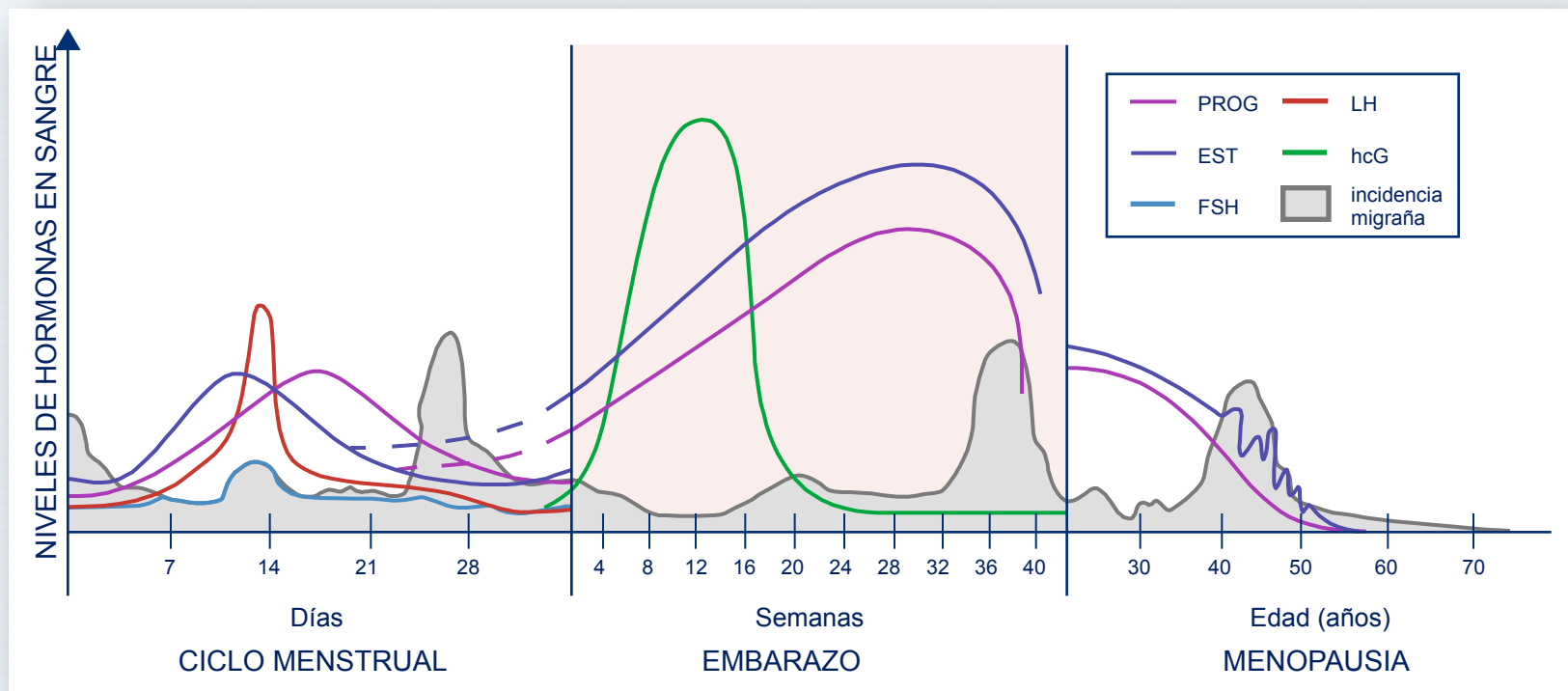
# Heredabilidad de la Migraña: Cuando los Pacientes Preguntan “¿Por Qué a Mí?”

---

- Los estudios han identificado 13 variantes asociadas con migraña señalando genes que se agrupan en vías para la neurotransmisión glutamatérgica, función sináptica, sensibilización del dolor, metaloproteinasas, y vasculatura
- La contribución patogénica individual de cada variante genética es difícil de evaluar
  - tamaños de efecto pequeños e interacciones complejas
- Seis genes con tamaños de efecto grandes identificados en pacientes con síndromes de migraña monogénica rara en los que la migraña hemipléjica y no-hemipléjica con o sin aura son parte de una espectro clínico más grande
- Modelos de ratón transgénico con mutaciones en el gen del síndrome de migraña monogénica humana mostraron características similares a la migraña y mayor susceptibilidad a depresión de diseminación cortical



# Cambios Hormonales e Incidencia de Migraña sin Aura en Mujeres





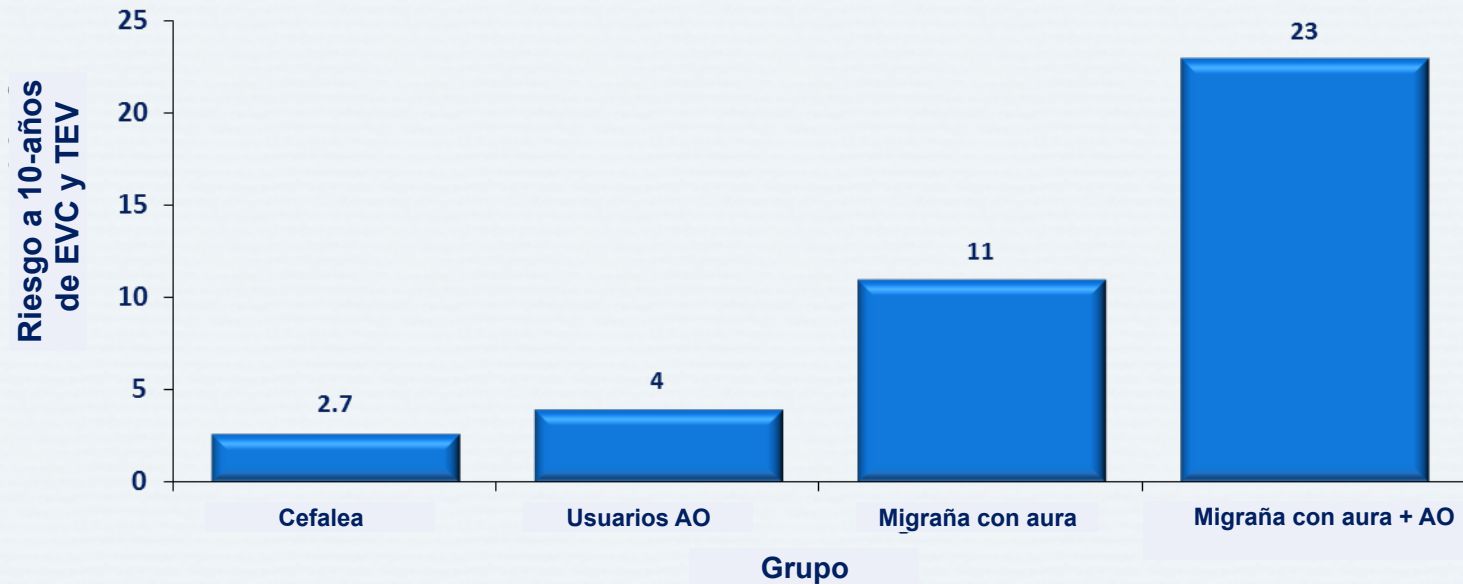
# Embarazo y migrañas

---

- La mayoría de las mujeres con migraña (hasta 80%) observan una mejora asombrosa y creciente de sus ataques durante el embarazo
  - Menos ataques
  - Mejora más probable en mujeres con migraña menstrual
- Si la migraña no mejora al final del primer trimestre, probablemente continuará durante todo el embarazo
- En algunas mujeres, la migraña empeora durante el embarazo
  - Involucra a mujeres con migraña con aura
- Algunas mujeres desarrolla migraña de novo durante el embarazo
  - Mayormente migraña con aura
- Los ataques de migraña regresan después del parto en casi todas las mujeres

# Migraña y Anticonceptivos Orales

- Se debe considerar el riesgo de evento vascular cerebral y tromboembolismo venoso in Migraña
  - La combinación de anticonceptivos orales (AOs) aumenta el riesgo
- El riesgo es similar en mujeres con migraña y sin migraña



- La OMS recomienda a las mujeres con migraña con aura evitar la combinación de AOs

OMS = Organización Mundial de la Salud AO = anticonceptivos orales

Hutchinson S. Use of oral contraceptives in women with migraine. Available at: [http://www.americanheadachesociety.org/assets/1/7/Susan\\_Hutchinson\\_-\\_Use\\_of\\_Oral\\_Contraceptives\\_in\\_Women\\_with\\_Migraine.pdf](http://www.americanheadachesociety.org/assets/1/7/Susan_Hutchinson_-_Use_of_Oral_Contraceptives_in_Women_with_Migraine.pdf). Accessed March 31, 2015.

---

# **Signos Y Síntomas de Migraña**



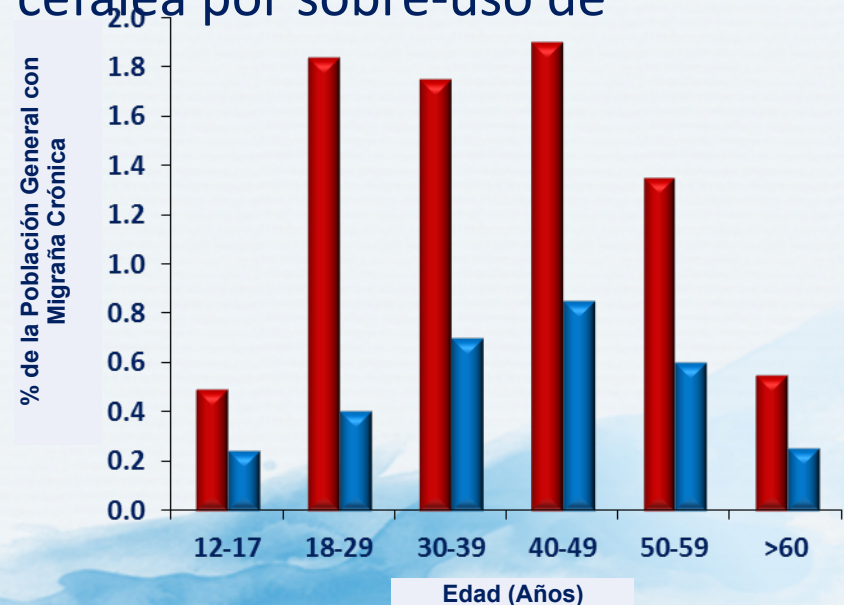
# Principales Síntomas de Migraña

---

- Duración: 4 a 72 horas si no es tratada/tratada sin éxito
  - Duración de 2 a 72 horas en pacientes <18 años de edad
- Dolor:
  - Cefalea pulsante o pulsátil
  - Moderado o severo; se intensifica con el movimiento/actividad física
  - Dolor Unilateral en 60%, bilateral en 40%
  - El dolor puede sentirse en cualquier lugar alrededor de cabeza o cuello, y la localización no hace el diagnóstico
  - Dolor de inicio rápido o más indolente
- Náusea (80%) y Vómito (50%)
  - Puede tener anorexia, intolerancia al alimento, mareo leve, náusea franca o desagrado de luz y ruido durante la fase premonitoria y durante el ataque mismo

# Migraña Crónica (MC)

- Típicamente se desarrolla después de un aumento lento en la frecuencia de la cefalea durante años o meses (“Transformación de la migraña”)
  - 2-4% de las personas con migraña episódica se transforma en MC anualmente
- Estudios de la población indican una prevalencia de 1.4% a 2.2%
- $\geq 50\%$  de los pacientes con MC tienen cefalea por sobre-uso de medicamento
- Los pacientes con MC generalmente se revierten a migraña episódica con el tratamiento



# Factores Asociados con la Transformación y Reversión de Migraña Crónica(MC)

## Transformación a MC

- Alta frecuencia de cefalea en la basal
- Sobreuso de drogas agudas para migraña
- Tratamiento inefectivo de migraña aguda
- Náusea
- Obesidad
- Ronquidos
- Trastornos del sueño
- Ingesta excesiva de cafeína
- Enfermedad psiquiátrica
- Cambios de vida importantes
- Lesión de cabeza y cuello
- Alodinia cutánea
- Género femenino
- Trastornos de dolor comórbidos
- Estatus socioeconómico menor

## Reversión de MC

- Apego a drogas profilácticas para migraña
- Frecuencia menor de cefalea en la basal
- Ausencia de alodinia cutánea
- Ejercicio físico
- Retiro de drogas abortivas para migraña usadas en exceso

# Cefalea por Uso Excesivo de Medicamentos (CUEM)

---

- Cefalea que ocurre en >15 días/mes
- Se desarrolla como una consecuencia de uso excesivo regular de medicamento para cefalea aguda o sintomática (en  $\geq 10$  o  $\geq 15$  días al mes, dependiendo del medicamento) por >3 meses
- Usualmente, pero no invariablemente, se resuelve después de suspender el uso excesivo
- Cerca del 50% de los pacientes con migraña crónica se revierten a un subtipo de migraña episódica después del retiro de la droga



# Subtipos de Cefalea por Uso Excesivo de Medicamentos (CUEM)

---

- Ingesta en  $\geq 10$  días/mes regularmente por  $> 3$  meses:

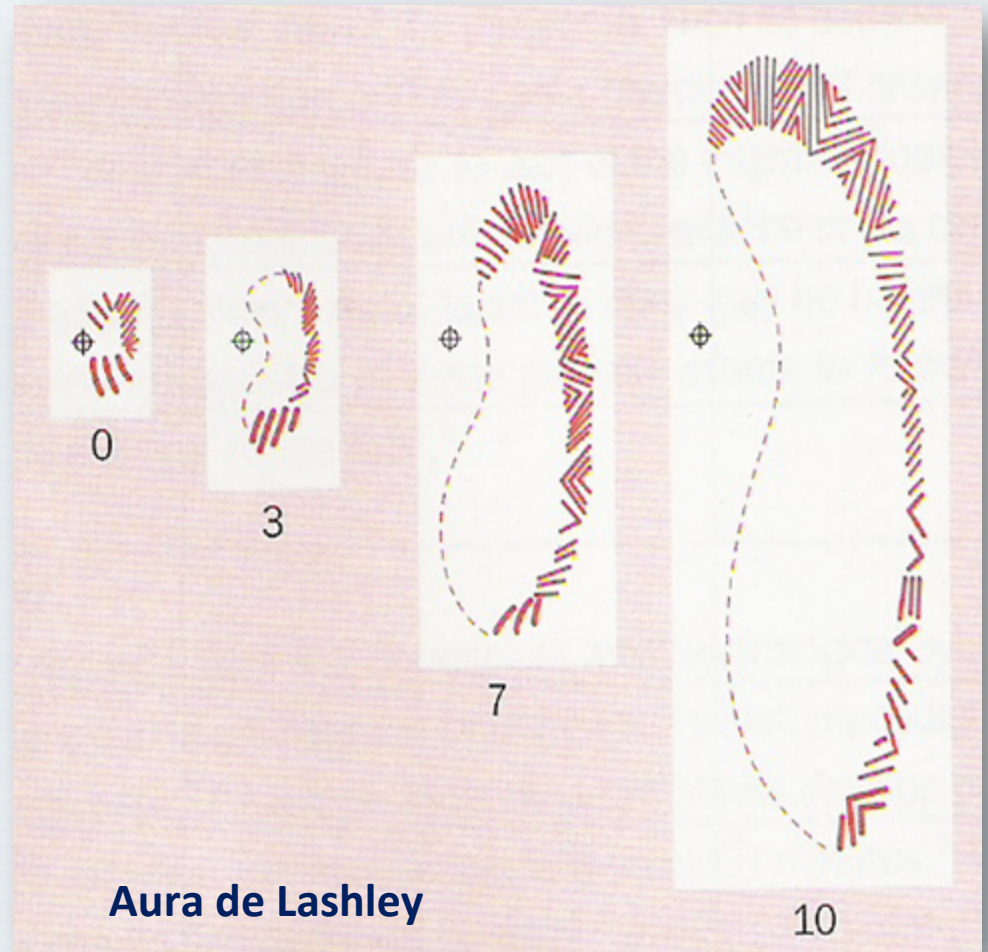


- Cefalea por uso excesivo de ergotamina
- Cefalea por uso excesivo de triptanos
- Cefalea por uso excesivo de opioides
- Cefalea por uso excesivo de analgésicos combinados

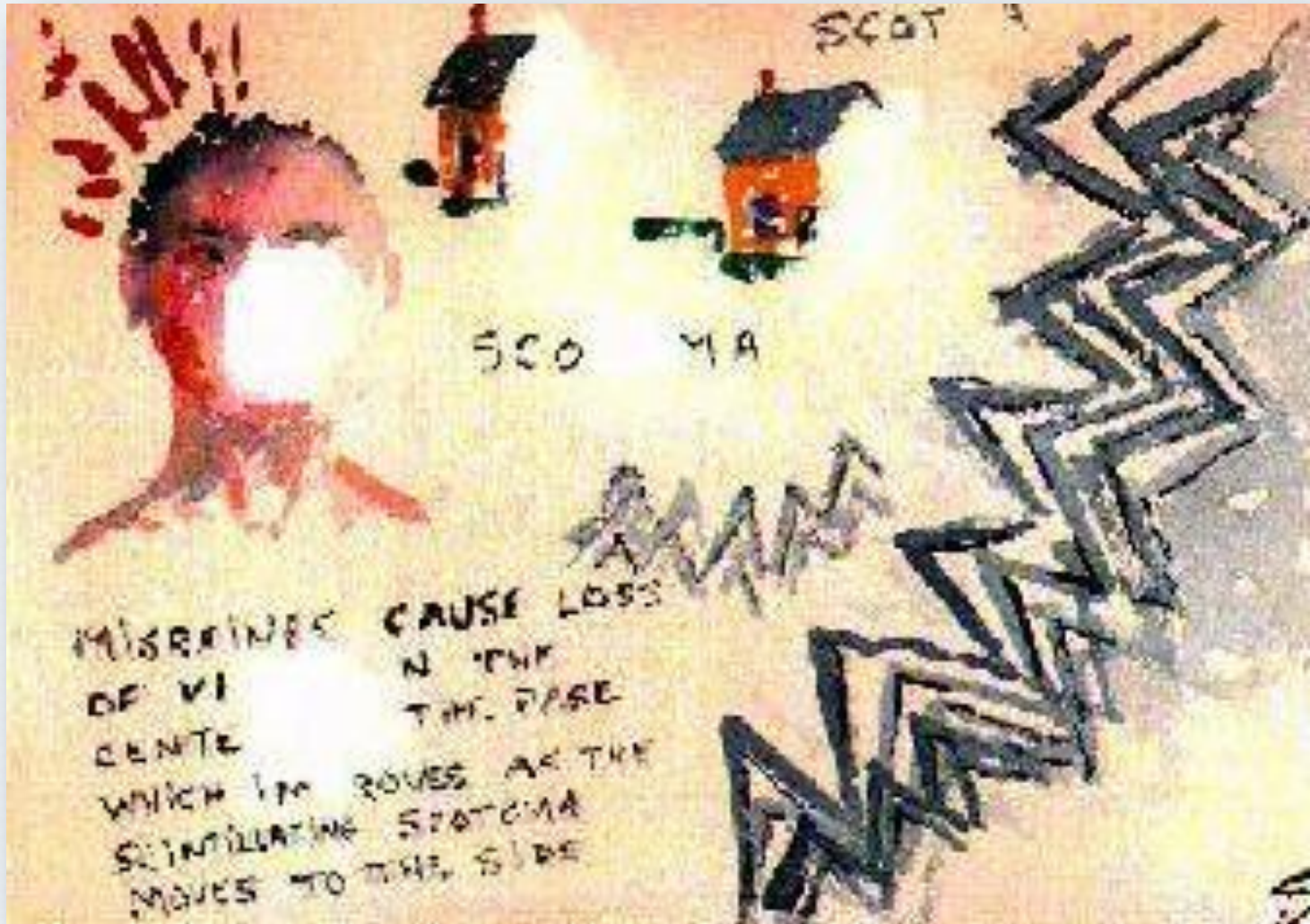




# Aura Visual de Migraña

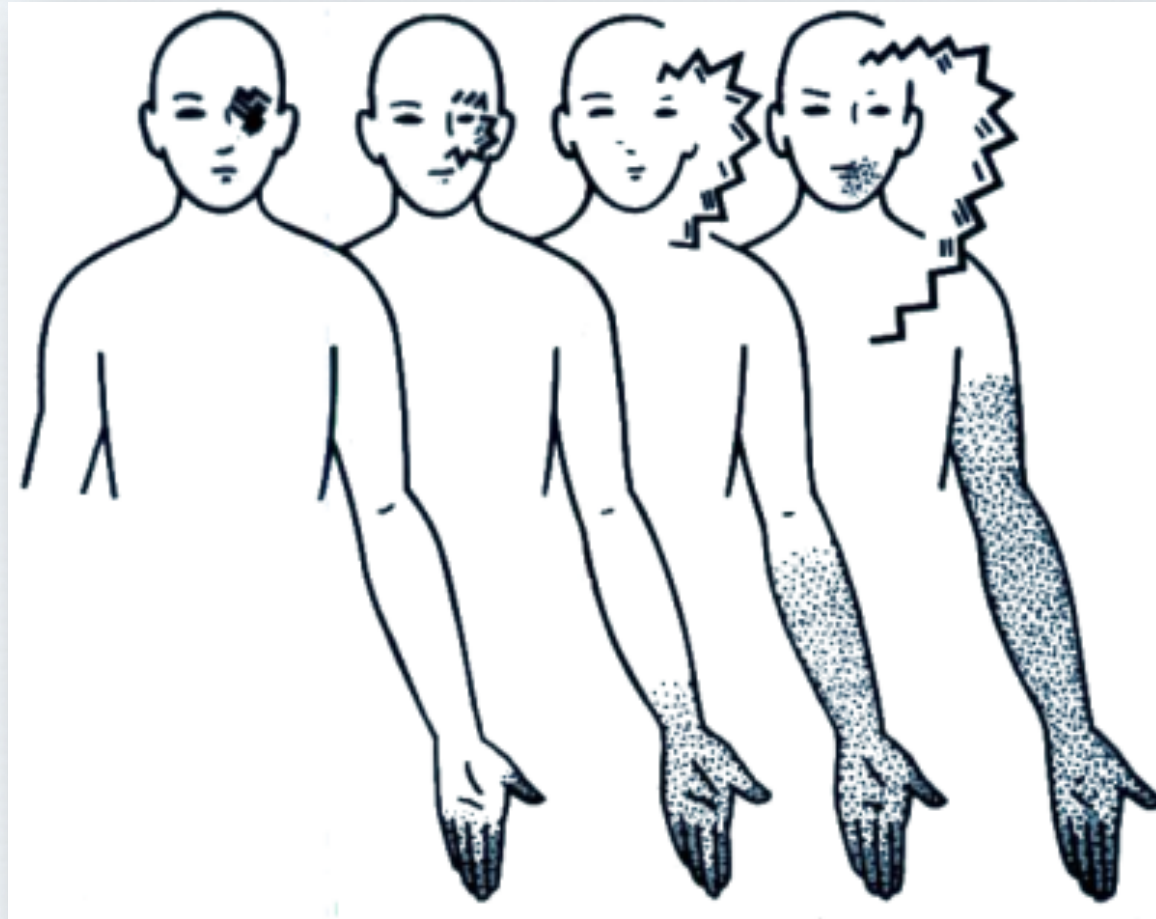


# Aura de Migraña



# Síntomas Somatosensoriales en Migraña (Parestesia-hipoestesia)

---



---

# **Evaluación y Diagnóstico de Migraña**



# Pregunta para Discusión

---

**¿CÓMO EVALÚA MIGRAÑA EN SU PRÁCTICA?**

# Importancia de Diagnosticar la Migraña

---

- **Mejor** calidad de vida
- **Menor**
  - Discapacidad
  - Dependencia del paciente de opioides
  - Uso excesivo de medicamentos analgésicos u opioides
  - Riesgo de complicaciones o cefalea por uso excesivo de medicamento
  - Probabilidad de progresar a cefalea diaria crónica (CDC)

**Las consecuencias de la falta de diagnóstico incluyen enfermedad discapacitante, menor calidad de vida, y pérdida de oportunidades de intervención temprana**

# Cefalea e Historia del Paciente:

## Preguntas Clave que se Deben Hacer a los Pacientes

---

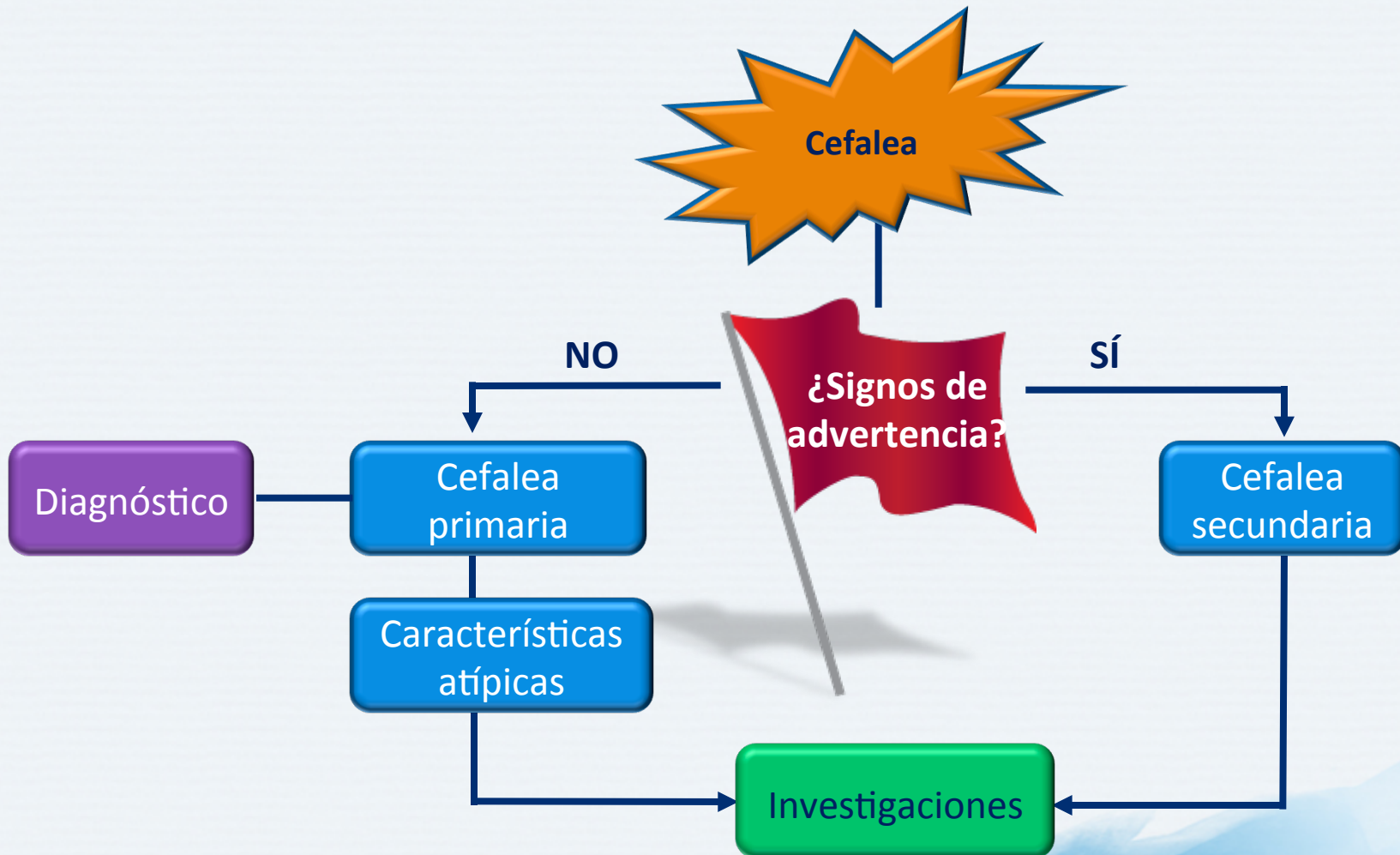
- **Inicio:** ¿Abrupto? ¿Gradual?
- **Frecuencia/Duración:**
  - ¿Cuántas veces a la semana/mes/año?
  - Duración aproximada (dos horas, 12 horas, dos días etc.)
- **Ubicación\*:** ¿Uni- o bilateral? Frontal, temporal o fronto-temporo-occipital?
- **Severidad del Dolor:** ¿La peor cefalea que jamás había tenido? Leve, moderada, severa?
- **Características y otros síntomas acompañantes**
- **Uso de medicamento:** ¿Relación directa con cierto medicamento?
- **¿Historia familiar de Migraña?**
- **¿Qué mejora o empeora la cefalea?**
- **¿Algún cambio reciente en el patrón de la cefalea?**
- **¿Grado de discapacidad?**
- **¿Condiciones comórbidas?**



\*En caso de cefalea episódica

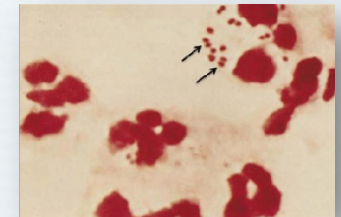


# Evaluación Diagnóstica de Migraña



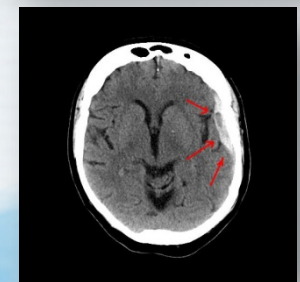
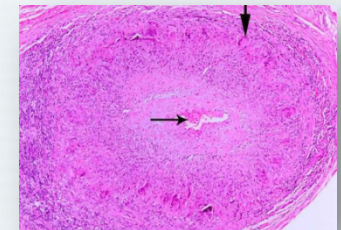
# Señales de Advertencia en el Diagnóstico de Cefalea

Señal de Advertencia	Diagnóstico Diferencial
Cefalea con enfermedad sistémica (fiebre, cuello rígido, rash)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Meningitis</b></li> <li>• Encefalitis</li> <li>• Enfermedad de Lyme</li> <li>• Infección sistémica</li> <li>• Enfermedad vascular del colágeno</li> </ul>
Señal de Advertencia	Diagnóstico Diferencial
Cefalea de nuevo inicio en un paciente con VIH o cáncer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Meningitis</b></li> <li>• Absceso cerebral</li> <li>• Metástasis</li> </ul>
Señal de Advertencia	Diagnóstico Diferencial
Presencia de déficits neurológicos, <b>papiledema</b> o cambio en la cognición	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesión de masa</li> <li>• Evento vascular cerebral</li> <li>• Hipertensión intracraneal</li> </ul>



# Señales de Advertencia en el Diagnóstico de Cefalea

Señal de Advertencia	Diagnóstico Diferencial
Cefalea de inicio súbito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hemorragia subaracnoidea</b></li> <li>• Síndrome de vasoconstricción cerebral reversible</li> <li>• Disección arteria cervical</li> <li>• Trombosis venosa cerebral</li> <li>• Apoplejía hipofisiaria</li> <li>• Hemorragia en una malformación arteriovenosa o en masa</li> <li>• Lesión en masa</li> </ul>
Señal de Advertencia	Diagnóstico Diferencial
La cefalea inicia en un paciente >50 años de edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Arteritis de células gigantes (arteritis temporal)</b></li> <li>• Lesión en masa</li> </ul>
Señal de Advertencia	Diagnóstico Diferencial
Patrón acelerado de cefaleas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesión en masa</li> <li>• <b>Subdural hematoma</b></li> <li>• Uso exagerado de medicamento</li> </ul>



# Criterios de Diagnóstico ICHD-3 para Migraña sin Aura

---

- A. Cuando menos cinco ataques que cumplen los criterios B a D
- B. Ataques de cefalea que duran 4 a 72 horas (no-tratados o tratados sin éxito)
- C. La cefalea tiene  $\geq 2$  de las siguientes características
  1. Ubicación unilateral
  2. Naturaleza pulsátil
  3. Intensidad del dolor moderada o severa
  4. Agravación que causa evitación de la actividad física de rutina\*
- D. Durante la cefalea  $\geq 1$  de los siguientes
  1. Náusea y/o Vómito
  2. Fotofobia y fonofobia
- 3. No mejor justificado por otro diagnóstico ICHD-3

**[Liga de diagnóstico ICHD-3 de migraña sin aura](#)**

\*Por ejemplo, caminar o subir escaleras

ICHD = International Classification of Headache Disorders

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). *Cephalalgia*. 2013;33(9):629-808.

# Criterios de Diagnóstico ICHD-3 para Migraña con Aura

---

- A. Cuando menos dos ataques que cumplen los criterios B y C
- B. Uno o más de los siguientes síntomas de aura totalmente reversibles:
  - 1. Visuales
  - 2. Sensoriales
  - 3. Del habla y/o lenguaje
  - 4. Motores
  - 5. Del tronco encefálico
  - 6. Retinal
- C. Cuando menos dos de los siguientes:
  - 1. Cuando menos un síntoma de aura se disemina gradualmente durante  $\geq 5$  minutos, y/o dos o más síntomas ocurren en sucesión
  - 2. Cada síntoma de aura individual dura 60 minutos
  - 3. Cuando menos un síntoma de aura es unilateral
  - 4. El aura está acompañada, o seguida dentro de 60 minutos, por cefalea
- D. No mejor justificado por otro diagnóstico ICHD-3, y el ataque isquémico transitorio ha sido excluido

**[Liga de diagnóstico ICHD-3 de migraña con aura](#)**

# Criterios de Diagnóstico ICHD-3 para Migraña Crónica

---

- A. Cefalea (como la tipo-tensión y/o como-migraña) por  $\geq 15$  días/mes por  $> 3$  meses y que cumple los criterios B y C
- B. Que ocurre en un paciente que ha tenido  $\geq 5$  ataques que cumplen los criterios B a D de *migraña con aura* y/o los criterios B y C para *migraña con aura*
- C. Por  $\geq 8$  días/mes por  $> 3$  meses, cumpliendo cualquiera de los siguientes:
  1. Criterios C y D de *Migraña sin Aura*
  2. Criterios B y C de *migraña con aura*
  3. El paciente cree que es migraña al inicio y se alivia con un triptano o derivado de ergot
- D. No mejor justificado por otro diagnóstico ICHD-3

## Liga de diagnóstico ICHD-3 de migraña crónica

---

# **Herramientas para Evaluación, Tratamiento e Imágenes de Migraña**



# Diario de Cefalea

*Weekly Headache Diary* (year: 2004)  
 Dates: 15 Feb - 21 Feb

*SAMPLE*

Day	Time	Start	End	Intensity	Triggers	Treatment	Notes
S	0						
	9						started new diet
M	0						
	3						
T	6						
	8						
	8						
W	2						
	0						
	0						
T	0						
	0						
F	3						
	3						
	2						
S	0						
	0						
	0						

Handwritten notes in the diary include: "Nausea sensitive to light" (under Triggers), "Dropping saturated fat products" (under Triggers), "Chocolate" (under Triggers), and "Chiropractor" (under Treatment).

## Los pacientes deben registrar:

- Fecha, momento del inicio y fin
- Síntomas precedentes
- Intensidad en la escala
- Gatillos sospechados
- CUALQUIER medicamento tomado, incluyendo medicamentos sin receta – anote la dosis tomada, cuántas tabletas tomó el paciente aquel día
- Alivio (completo/parcial/ninguno)
- Relación con el ciclo menstrual



# Filtros Breves para Migraña, Impacto de la Migraña, y Respuesta al Tratamiento

	Prueba	Comentarios
<b>Evaluación y diagnóstico</b>	ID migraña crónica <sup>1</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12-elementos; identifica pacientes con migraña crónica</li> <li>• Puede ser usada por pacientes o médicos</li> </ul>
	ID-Migraña <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herramienta de 3-elementos</li> <li>• Sencilla y confiable; uso en atención primaria</li> </ul>
<b>Evaluar el Impacto de la Migraña</b>	MIDAS (Evaluación de Discapacidad por Migraña) <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herramienta de 5-elementos para calificar el número de días de reducción importante de la actividad debido a migraña los 3 últimos meses</li> </ul>
	Headache Impact Test™-6 (HIT-6) <sup>4</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubre 6 categorías</li> <li>• Útil en la práctica clínica y en investigación</li> </ul>
<b>Evaluar la Respuesta a la Terapia</b>	Cuestionario de Evaluación de la Terapia de Migraña (MTOQ®) <sup>5</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario de 5-elementos adecuado para uso por médicos generales</li> <li>• Identifica el tratamiento sub-óptimo de migraña</li> </ul>
	Migraña-ACT (Evaluación de la Terapia Actual (ACT, por sus siglas en inglés)) <sup>6,7</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario de 4-elementos</li> <li>• Identifica pacientes cuya terapia aguda debe cambiar</li> </ul>

1. Lipton RB *et al. Neurology*. 2003;61:375-82; 2. Maizels M, Burchette R. *Headache*. 2003;43(5):441-50; 3. Stewart WF *et al. Neurology*. 2001;56(6 Suppl 1):S20-8; 4. Kosinski M *et al. Qual Life Res*. 2003;12(8):963-74; 5. Lipton RB *et al. Cephalalgia*. 2009;29(7):751-9; 6. Dowson AJ *et al. Curr Med Res Opin*. 2004;20(7):1125-35; 7. Kilminster SG *et al. Headache*. 2006;46(4):553-62.

# Imágenes para Migraña

---

## American Academy of Neurology

- Considere solo en pacientes con migraña con patrones de cefalea atípicos o signos neurológicos

## U.S. Headache Consortium

- Considere en pacientes con cefalea no aguda y hallazgos indeterminados en el examen neurológico
- Usualmente no justificadas en pacientes con un examen neurológico normal
  - Un umbral más bajo puede aplicar si la cefalea tiene características atípicas o no cumple la definición estricta de migraña

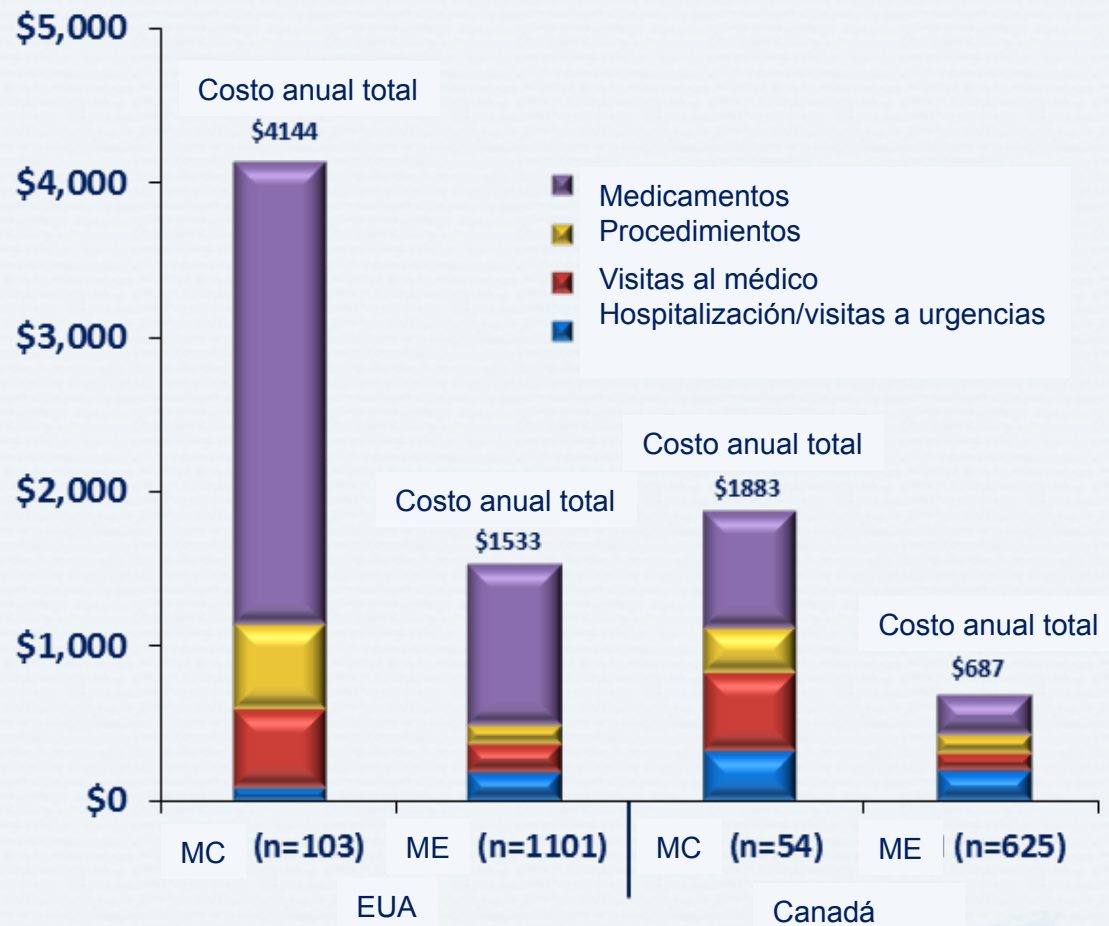
- **No use imágenes en pacientes con cefaleas estables que cumplan los criterios de migraña**
- **Si IRM está disponible, no realice TC, excepto en casos de urgencia**

---

# **La Carga del Paciente con Migraña**



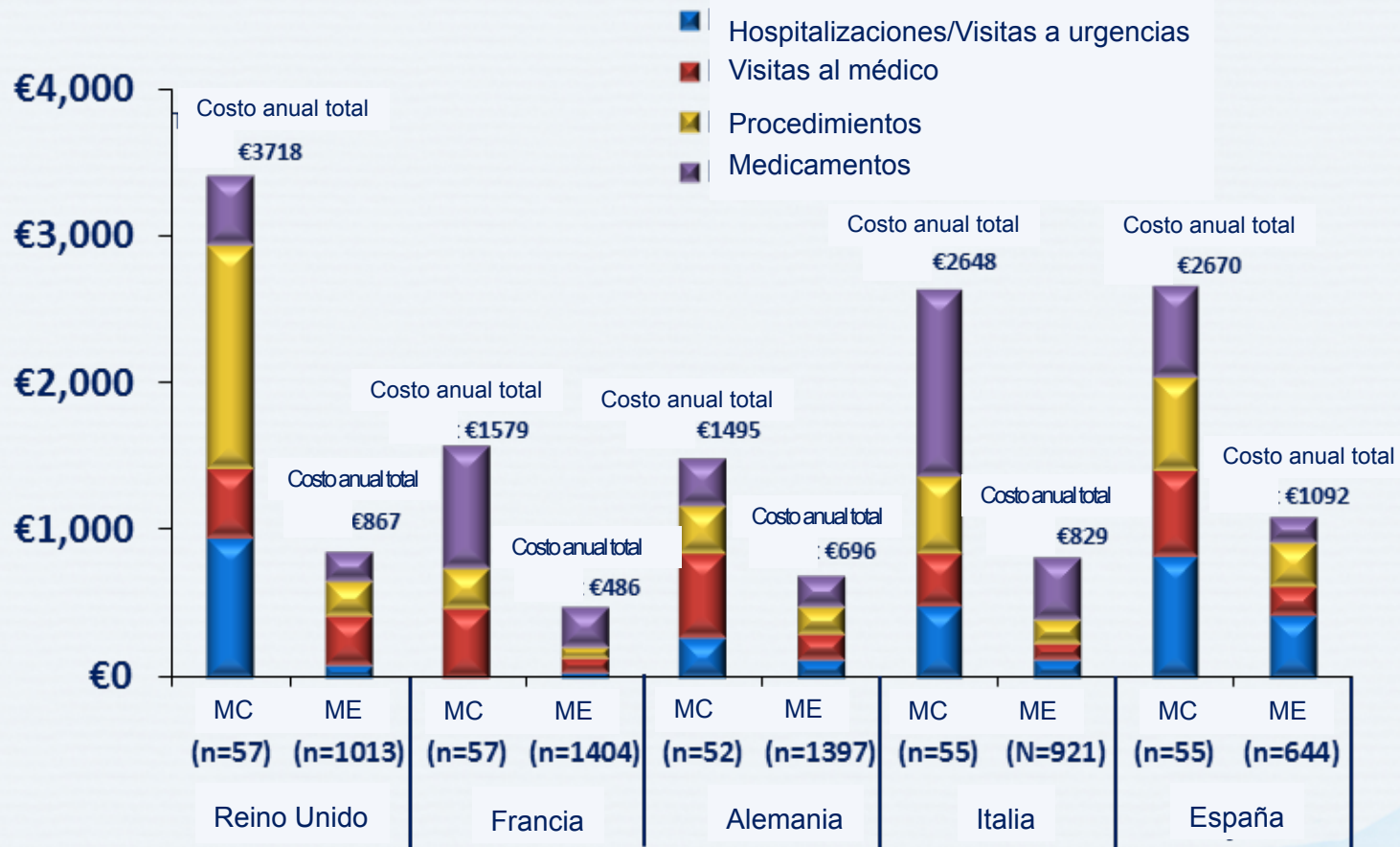
# Impacto Económico de la Migraña— América del Norte



\*Sujeto con migraña con seguimiento médico  
MC = migraña crnica; ME = migraña episdica

1. . WHO 2012. Headache disorders. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>. Accessed December 1, 2014; 2. Harwood RH et al. Bull World Health Organ. 2004; 82(4): 251-8; 3. Steiner TJ et al. J Headache Pain. 2013;14(1):1; 4. Stokes M et al. Headache. 2011;51(7):1058-77; 5. Bloudek LM et al. J Headache Pain. 2012;13(5):361-78. .

# Impacto Económico de la Migraña- Europa

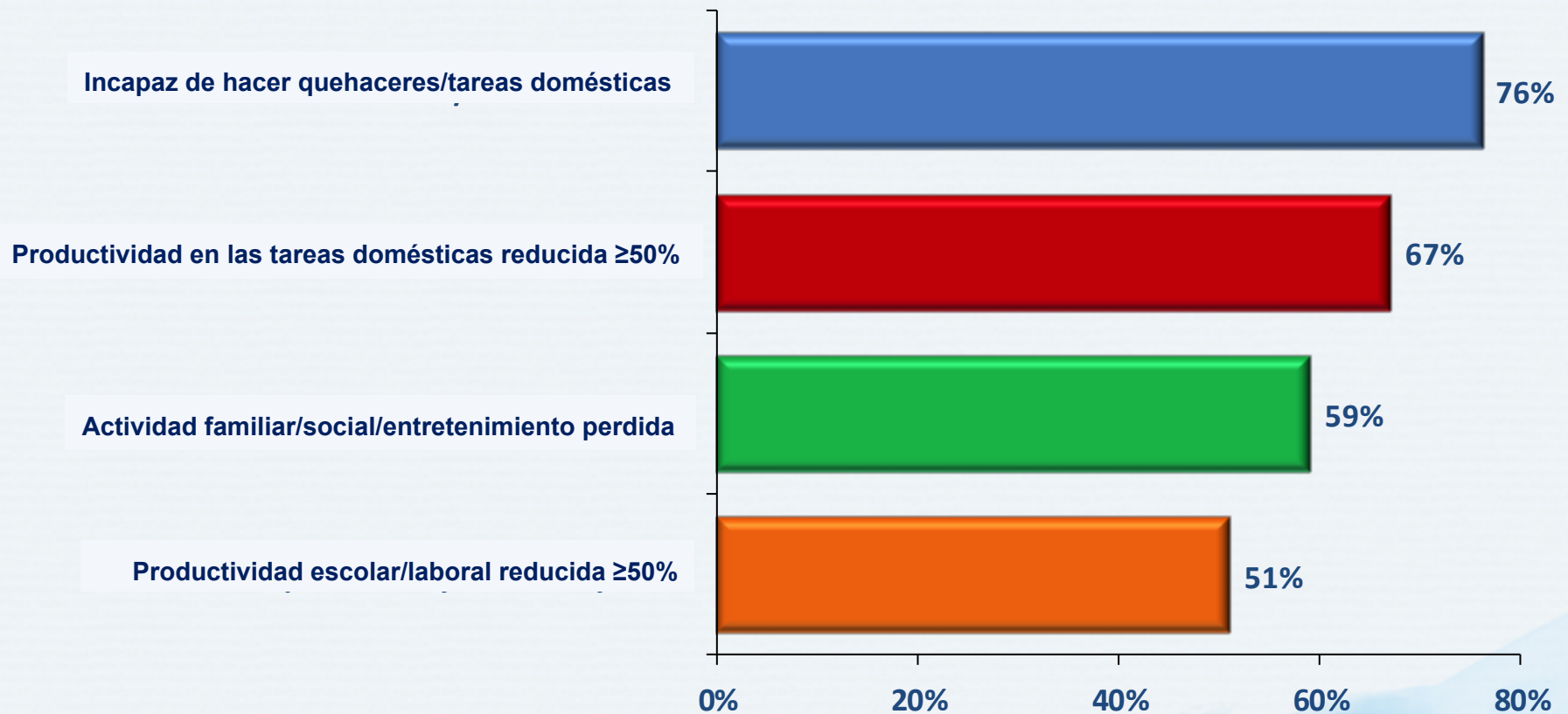


\*Sujeto con migraña con seguimiento médico  
 MC = migraña crónica; ME = migraña episódica

1. . WHO 2012. Headache disorders. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>. Accessed December 1, 2014; 2. Harwood RH et al. Bull World Health Organ. 2004; 82(4): 251-8; 3. Steiner TJ et al. J Headache Pain. 2013;14(1):1; 4. Stokes M et al. Headache. 2011;51(7):1058-77; 5. Bloudek LM et al. J Headache Pain. 2012;13(5):361-78. .

# Impacto de la Migraña en las Vidas Cotidianas de los Pacientes

---



# Comorbilidades de la Migraña

---

- Fuerte asociación con<sup>1</sup>
    - Ansiedad
    - Depresión
    - Trastornos del sueño
    - Trastornos de dolor crónico (fibromialgia, lumbalgia crónica, síndrome de intestino irritable)
    - Epilepsia
    - Vértigo
  - La migraña con aura, pero no la migraña sin aura, es un factor de riesgo de evento vascular cerebral isquémico y lesiones cerebrales silenciosas con IRM<sup>2</sup>
    - Particularmente en mujeres con ataques frecuentes
  - Ansiedad en la niñez<sup>3</sup>
  - Historia de abuso en la niñez<sup>4,5</sup>
  - Historia de mareo por movimiento en la niñez<sup>6,7</sup>
- Asociados con el desarrollo de cefalea en la adultez

---

# Manejo de Migraña





# Pregunta para Discusión

---

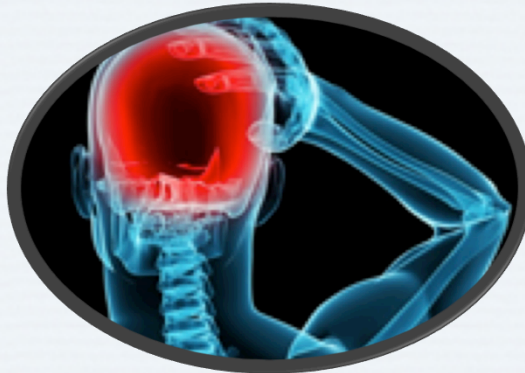
**¿CÓMO TRATA LA MIGRAÑA?**

# Manejo de la Migraña

---

**Estrategias Preparativas**  
Usadas cuando existe un  
gatillo de cefalea  
conocido

**Estrategias Agudas**  
Para interrumpir ataques



**Estrategias Preventivas**  
Para prevenir la  
recurrencia de ataques

# Evaluando los Gatillo de la Migraña

---

- Los factores desencadenantes (gatillos) no deben ser confundidos con causa de cefalea
- No todos los gatillos actúan igual para provocar cefalea
- Se pueden necesitar múltiples gatillos o combinaciones de gatillos para provocar cefalea
- Tipos de gatillos
  - Menstruación
  - Estrés
  - Ambientales
  - Hormonales
  - Alimentarios (ej: cafeína, ayuno/omitir alimentos, alcohol)
  - Conductuales (sueño)

**Se debe recomendar a los pacientes evitar gatillos conocidos si es posible; los pacientes deben ser asesorados acerca del estilo de vida y manejo del estrés**

# Gatillos de Migraña Reportados Comúnmente

## DIETA

Hambre  
Alcohol  
Aditivos  
Vino tinto  
Endulzantes artificiales  
Glutamato monosódico  
Frutas cítricas  
Alimentos que contienen turamina (ej: quesos añejos)  
Carnes con nitritos  
Cafeína/abstinencia de cafeína

## AMBIENTALES

Brillo de la luz/estímulos visuales  
Olores  
Altitud  
Cambio de clima  
Fumar  
Mareo por movimiento

## HORMONAL

Menstruación  
Menopausia  
Embarazo

## ESTRÉS Y ANSIEDAD

## DOLOR DE CABEZA O CUELLO

Trauma  
Otras causas

## CRONBIOLÓGICO

Sueño (muy poco/demasiado)  
Cambio de itinerario

## MEDICAMENTOS

Vasodilatadores  
Anticonceptivos orales

## ESFUERZO FÍSICO

Ejercicio  
Sexo

# Metas del Tratamiento Agudo de Migraña

---

- Trate los ataques rápida y consistentemente y evite la recurrencia
- Restaure la función del paciente en el dominio personal, social, y laboral
- Minimice el uso de medicamentos de fondo y de rescate
- Elimine o minimice eventos adversos
- Optimice el auto-cuidado y reduzca la necesidad del uso de recursos
- Proporcione atención costo-efectiva

# ¿Cuál es el Tratamiento Exitoso de un Ataque de Migraña?

**Respuesta libre de dolor de 2-horas y respuesta libre de dolor sostenida (*i.e.*, ausencia de dolor sin recurrencia o uso de medicamento de rescate o del estudio 2-24 horas post-dosis)**

Sí	No	Elemento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>La mayoría de las veces, siento alivio de mis síntomas de migraña dentro de horas después de haber tomado mi medicina para migraña</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Most times, I can get back to what I was doing within 2 hours after I take my migraine medication.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Most months, I get 3 or more migraines.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I take daily medicine to reduce how often I get migraines.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I know what may bring on my migraines.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Most times, I try <i>not</i> to use my migraine medicines right away.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In the past month, I missed some school, work, or other activity because of a migraine.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In the past 6 months, I had to go to an emergency or urgent care centre for a migraine.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I am satisfied with my migraine treatment.

**Cuestionario de Evaluación de la Terapia de Migraña (MTAQ®)**

# U.S. Headache Consortium – Metas del Tratamiento de Migraña

---

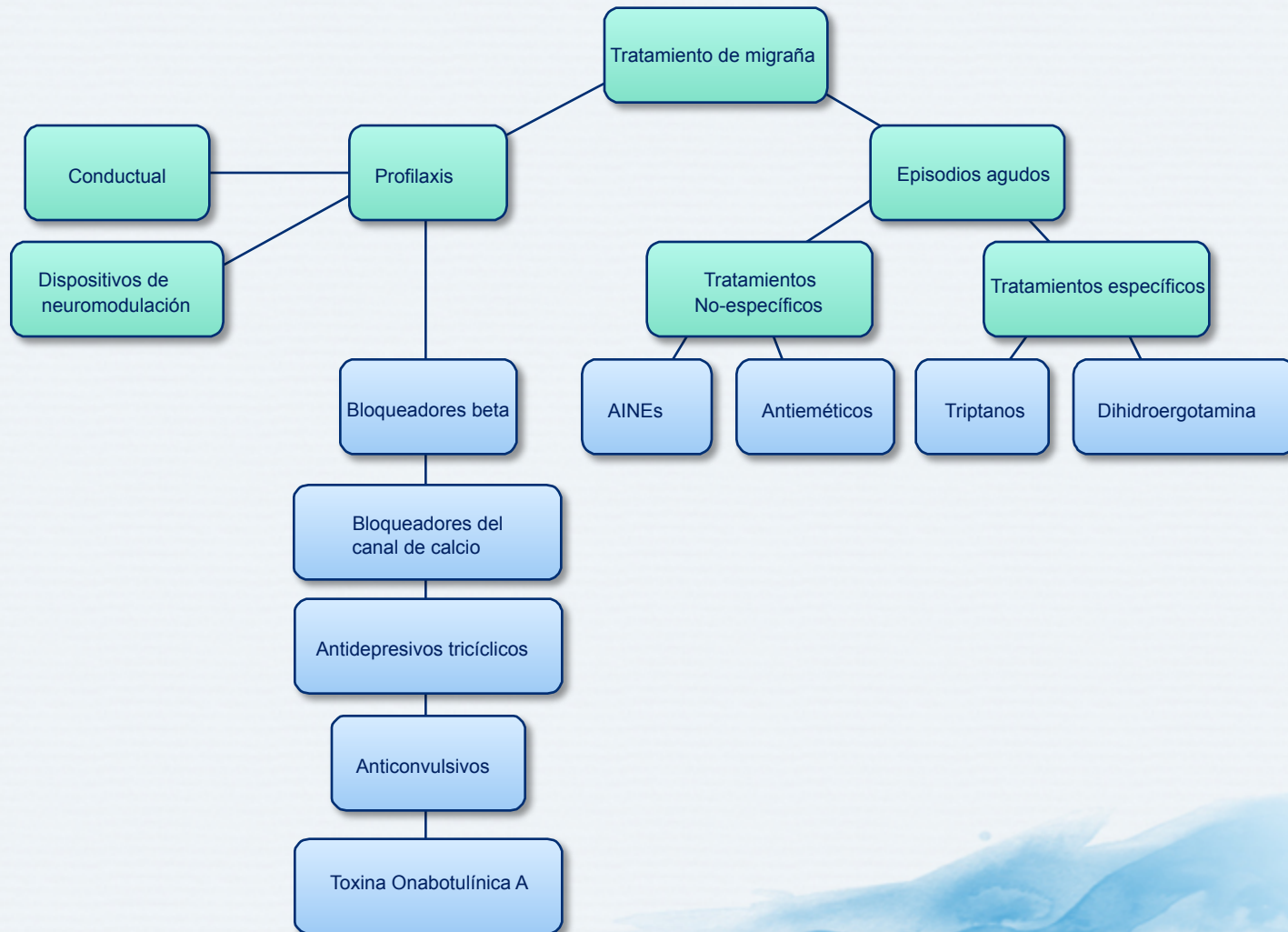
## Metas del Tratamiento de Migraña a Largo-Plazo

- Reducir la frecuencia y severidad de la migraña
- Reducir la discapacidad
- Mejorar la calidad de vida
- Prevenir cefalea
- Evitar el aumento del uso exagerado de medicamento
- Educar y permitir a los pacientes manejar su enfermedad

## Metas del Tratamiento Exitoso de los Ataques Agudos de Migraña

- Tratar los ataques rápida y consistentemente sin recurrencia
- Restaurar la habilidad del paciente para funcionar
- Minimizar el uso de medicamentos de fondo/rescate
- Optimizar el auto-cuidado en el manejo general
- Ser costo-efectivo en el manejo general
- Causar mínimos efectos adversos o ninguno

# Visión General del Tratamiento de Migraña





---

# **Manejo No-Farmacológico de Migraña**

Procedimental

Conductual



# Terapia No-Farmacológica de Migraña

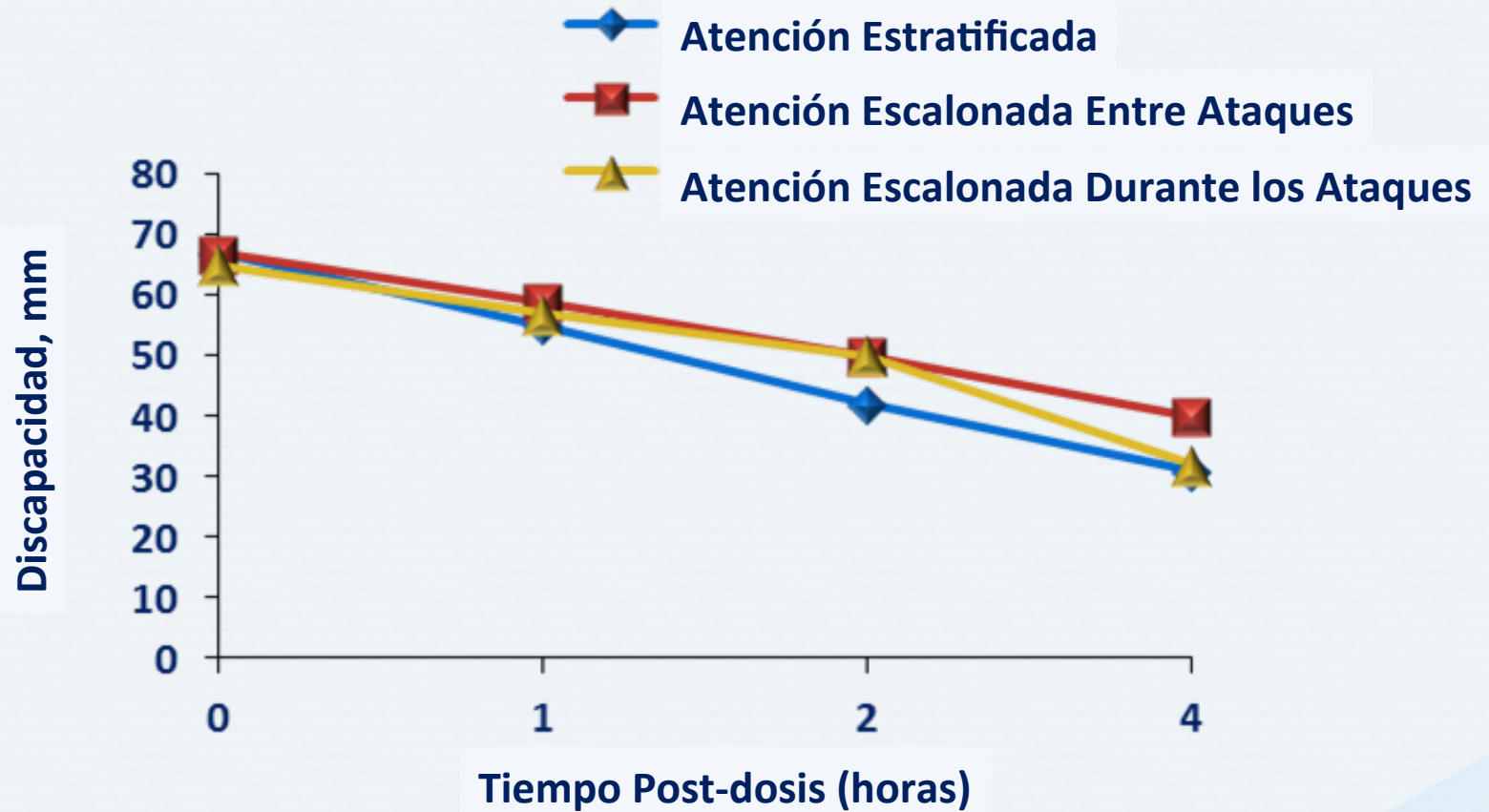
Terapia	Comentarios
Masaje	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diversos grados de eficacia</li></ul>
Yoga	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reduce la frecuencia de migraña y características clínicas asociadas</li></ul>
Relajación, bioretroalimentación, y Terapia Conductual	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reduce la frecuencia y severidad de la migraña</li><li>• Reduce el riesgo de transformación de migraña episódica a crónica</li></ul>
Acupuntura/ Procedimental	<ul style="list-style-type: none"><li>• Datos controversiales</li><li>• Un estudio mostró que la acupuntura era más efectiva que el topiramato en profilaxis de migraña crónica</li></ul>

---

# **Manejo Farmacológico del Ataque de Migraña**



# Atención Estratificada de Migraña



Tiempo de Discapacidad por  $\leq 6$  Ataques

# Consideraciones para Seleccionar un Medicamento para el Tratamiento Agudo de Migraña

---

- Frecuencia de cefaleas
  - Severidad de cefaleas
  - Qué tan rápido se desarrolla la cefalea
  - Duración de la cefalea
  - Tendencia de recurrencias de cefalea
  - Discapacidad causada por cefaleas
  - Síntomas asociados (*ej:* náusea)
  - Respuesta previa a la terapia
  - Eventos adversos asociados con medicamentos
  - Preferencia del paciente
- **Se debe ofrecer a los pacientes un medicamento de fondo apropiado si su medicamento agudo inicial no brinda alivio**
  - **Los pacientes deben tener un medicamento de rescate para uso en casa en caso de falla completa del tratamiento**

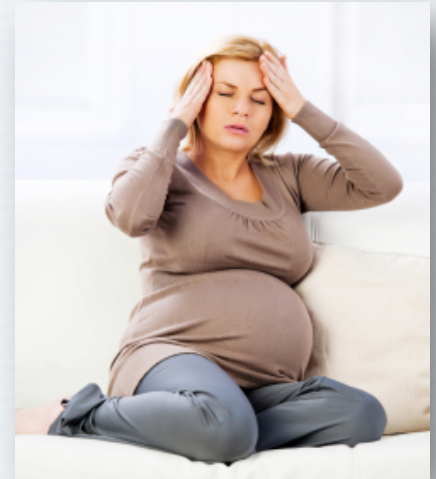
# Medicamentos para el Manejo Agudo de Migraña

Nivel A de Evidencia		Nivel B de Evidencia		Nivel C de Evidencia	
<b>Analgésico</b> Acetaminofén		<b>Antieméticos</b> Clorpromazina Droperidol Metoclopramida Procloroperacina		<b>Antiepiléptico</b> Valproato IV	
<b>Ergot</b> Dihidroergotamina (DHE)		<b>Ergots</b> Dihidroergotamina (DHE) Ergotamina/cafeína • Ergotamina <b>no</b> es recomendado para uso de rutina		<b>Ergot:</b> Ergotamina • <b>No</b> recomendado para uso de rutina	
<b>AINEs</b> Ácido acetilsalicílico (ASA) Diclofenaco	Ibuprofeno Naproxeno	<b>AINEs</b> Flurbiprofeno Ketoprofeno Ketorolaco		<b>AINE:</b> Fenazona	
<b>Opioides</b> Butorfanol (nasal) • Fuerte recomendación para evitar el uso de Butorfanol		<b>Otros</b> Sulfato de magnesio (MgSO <sub>4</sub> ) IV Isometepto		<b>Opioides</b> Butorfanol IM Codeína Meperidina IM  Metadona IM Tramadol IV  • Fuertes recomendaciones para <b>evitar</b> el uso de Butorfanol y medicamentos opioides	
<b>Triptanos</b> Almotriptán Eletriptán Frovatriptán	Naratriptán Rizatriptán Sumatriptán Zolmitriptán	<b>Combinaciones</b> Codeína o tramadol + Acetaminofén Fuerte recomendación para evitar el uso de Butorfanol • Codeína- y tramadol Las combinaciones <b>no</b> son recomendadas para uso de rutina		<b>Esteroide:</b> Dexametasona IV	
<b>Combinaciones</b> Acetaminofén/ASA/cafeína Sumatriptán/naproxeno				<b>Otros</b> Lidocaína intranasal Butalbital • Fuertes recomendaciones para <b>evitar</b> el uso de medicamentos que contengan butalbital	
				<b>Combinaciones</b> Butalbital/Acetaminofén/cafeína/Codeína Butalbital/Acetaminofén/cafeína • Fuertes recomendaciones para <b>evitar</b> el uso de Butorfanol y medicamentos opioides	

AINE= droga antiinflamatoria no-esteroides;  
 IM = intramuscular; IV = intra venoso  
 Marmura MJ *et al. Headache.* 2015;55(1):3-20.;  
 Worthington I *et al. Can J Neurol Sci.* 2013;40(5  
 Suppl 3):S1-S80.

# Manejo Agudo de Migraña Durante el Embarazo

- Los enfoques no-farmacológicas (relajación, bioalimentación, terapia física) son seguros y pueden ser efectivos
- Acetaminofén (paracetamol) es la droga de elección para dolor leve a moderado durante el embarazo
- El ácido acetilsalicílico (Aspirina®) es seguro en el primer y segundo trimestre pero debe ser evitado cerca del término
- Si ningún otro tratamiento es efectivo, sumatriptán es el triptano de elección
- Se pueden usar antieméticos (domperidona, metoclopramida)



**Ergotamina y dihidroergotamina están contraindicados durante el embarazo**

# Profilaxis de Migraña Durante el Embarazo

- Los enfoques no-farmacológicas (relajación, bioalimentación, terapia física) son seguros y pueden ser efectivos
- Use profilaxis para migraña cuando los pacientes tengan  $\geq 3$  ataques severos prolongados al mes que sean incapacitantes, que no respondan a la terapia sintomática o que probablemente resulten en complicaciones
- La menor dosis efectiva de propranolol (10-20 mg dos veces al día) es la droga de elección
  - Si se usan beta-bloqueadores en el tercer trimestre, el tratamiento debe ser suspendido dos a tres días antes del parto
- Una dosis baja de amitriptilina (10-25 mg al día) es una opción



**Valproato de Sodio, topiramato y metisergida están contraindicados durante el embarazo**



# Migraña Pediátrica

- Las migrañas son comunes en niños
- Aumentan en frecuencia a mayor edad
- Aproximadamente 6% de los adolescentes experimentan migraña
- Edad Promedio al Inicio: niñas = 10.9 años; niños= 7.2 años
- El diagnóstico es difícil porque los síntomas pueden variar significativamente durante la niñez
- No todos los adolescentes experimentarán cefaleas durante sus vidas
  - Hasta el 70% experimentarán cierta continuación de migrañas persistentes o episódicas



# Características Clave para el Diagnóstico de Migraña Pediátrica

---

- La duración tiende a ser más corta que en los adultos
- Puede ser tan corta como 1 hora pero puede durar hasta 72 horas
- Generalmente el dolor es bifrontal o bitemporal más que unilateral Dolor
- Los niños generalmente tienen dificultad para describir el dolor pulsante o los niveles de severidad
- El uso de una escala de dolor facial o numérica puede ser útil
- Los niños generalmente tienen dificultad para describir los síntomas
  - Los síntomas generalmente tienen que ser inferidos con base en el comportamiento del niño
- Considere los síntomas asociados (dificultad para pensar, fatiga, mareo)





# Señales de Advertencia en el Diagnóstico de Migraña Pediátrica

- Creciente frecuencia y/o severidad durante semanas (<4 meses) es un niño <12 años de edad
  - Incluso más importante en niños <7 años de edad
- Un cambio de frecuencia y severidad del patrón de la cefalea en niños jóvenes
- La fiebre no es un componente asociado con migraña en ninguna etapa – especialmente en niños
- Cefaleas acompañadas por convulsiones
- Puede ocurrir sensorio alterado en ciertas formas de migraña pero no es la norma
  - Se requiere atención para determinar la evaluación e intervención apropiada



# Farmacoterapias para Migraña Pediátrica y Adolescente

---

- Se deben usar terapias agudas tan pronto como sea claro que la cefalea es migraña
  - El spray nasal de sumatriptán e ibuprofeno son efectivos
  - Acetaminofén es probablemente efectivo
- Almotriptán es el único triptano aprobado actualmente por la FDA para el tratamiento de migraña en pacientes  $\geq 12$  años de edad
- No deben usarse analgésicos o medicamentos agudos  $> 2$  veces a la semana a menos que el paciente se encuentre bajo supervisión médica
- La suplementación con magnesio, riboflavina, y coenzima Q10 puede ser útil
- Actualmente no existe un medicamento aprobado por la FDA para profilaxis de migraña en niños
  - Algunos estudios han mostrado que topiramato es efectivo

---

***Tratamiento Farmacológico  
Preventivo de Migraña***



# Guías EFNS para el Inicio de la Terapia Profiláctica para Migraña

---

Considere y discuta una droga profiláctica cuando:

- La calidad de vida, funciones empresariales, o asistencia escolar estén severamente deterioradas
- El paciente experimente  $\geq 2$  ataques al mes
- Los ataques de migraña no respondan al tratamiento agudo con drogas
- Ocurran auras frecuentes, muy largas, o incómodas

Las Guías EFNS excluyen el uso regular ( $\geq 2$  días/semana) de medicamento, que es una indicación frecuente para profilaxis, independientemente del nivel de calidad de vida

**La profilaxis para migraña es considerada exitosa si la frecuencia de los ataques de migraña al mes disminuye  $\geq 50\%$  dentro de 3 meses**

# Terapias Profilácticas para Migraña

---

- Antiepilépticos
- Antidepresivos
- Antihipertensivos
- Vitaminas/minerales/hierbas
- Toxina Onabotulínica-A
- Triptanos (solo en migraña menstrual – limite a 3-4 días)
- Antihistaminas
- AINEs (solo en migraña menstrual – limite a 3-4 días)

# Tratamientos de Profilaxis para Migraña

Droga(s)	Comentarios
Beta-bloqueadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las drogas más ampliamente usadas para profilaxis para migraña</li> <li>• 60 a 80% efectivos en disminución de la frecuencia de migraña &gt;50%</li> <li>• Eficacia similar a Topiramato</li> <li>• Buena tolerabilidad</li> <li>• Excelente opción para pacientes con hipertensión, CAD</li> </ul>
Antidepresivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ADTs más estudiados</li> <li>• Amitriptilina disminuye el número e intensidad de migrañas 50-70%</li> </ul>
Topiramato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Raído inicio de acción (en el primer mes)</li> <li>• Han mostrado disminuir los periodos promedio de migraña mensual</li> <li>• Buena tolerabilidad en la mayoría de los pacientes</li> </ul>
Valproato, divalproex	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agentes de primera-línea</li> <li>• Divalproex está aprobado por la FDA</li> <li>• Varios modos de administración</li> <li>• La formulación IV de divalproex permite lograr rápidamente los niveles terapéuticos</li> </ul>
Toxina Onabotulínica A	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia aprobada por la FDA para migraña</li> <li>• Reduce considerablemente días/mes con cefalea vs. placebo</li> <li>• Pocos eventos adversos asociados</li> </ul>

CAD = enfermedad coronaria; IV = intravenoso; ADT= antidepresivo tricíclico

Demaagd G. *P T.* 2008;33(7):480-7; Arulmozhi DK *et al. Vascul Pharmacol.* 2005;43(3):176-87; Silberstein SD. *Adv Stud Med.* 2005;5(6E):S666-S675; Garza I, Swanson JW. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2006;2(3): 281-91; Demaagd G. *P T.* 2008;33(7):480-7; Dodick DW *et al. Headache.* 2010 Jun;50(6):921-36; Allergan. Allergan Inc., Markham ON. BOTOX® (onabotulinumtoxinA) for injection. Product monograph. Date of approval: July 7, 2014; Mathew NT *et al. Headache.* 2001 Feb;41(2):119-28; Gallagher RM *et al. J Am Osteopath Assoc.* 2002;102:92-4; Freitag FG. *Psychopharmacol Bull.* 2003;3(Suppl 2):98-115; Parsekyan D. *West J Med.* 2000;173:341-5.



# Pregunta para Discusión

---

**¿QUÉ ENFOQUES FARMACOLÓGICOS PARA  
EL MANEJO DE LA MIGRAÑA INCORPORA A  
SU PRÁCTICA?**

---

# ***Guías para el Manejo Farmacológico de Migraña***

- [Guías AAN/AHS](#)
- [Guías CHS para Terapia de Migraña Aguda](#)
- [Guías CHS– Estrategias de Tratamiento Farmacológico Profiláctico](#)
  - [Guías CHS– Profilaxis Para Migraña](#)
- [Guías del Consenso Latinoamericanas para Migraña Crónica](#)
  - [Guía EFNS sobre el Tratamiento Agudo de Migraña](#)
  - [Guía EFNS sobre el Tratamiento Profiláctico de Migraña](#)

# Guías AAN/AHS para Prevención de Migraña Episódica en Adultos

Medicamentos Nivel A
Drogas antiepilépticas (divalproex sódico, valproato de sodio, topiramato)
Beta-bloqueadores (metoprolol, propranolol, timolol)
Triptanos (Frovatriptán)
Medicamentos Nivel B
Antidepresivos (amitriptilina, venlafaxina)
Beta-bloqueadores (atenolol, nadolol)
Triptanos (naratriptán, zolmitriptán)
Tercera-línea (Nivel C)
Inhibidores ECA (lisinopril)
bloqueadores de los receptores de la angiotensina (candesartán)
Agonistas alfa (clonidina, guanfacina)
Drogas antiepilépticas (carbamazepina)
Beta-bloqueadores (nebivolol, pindolol)
Antihistaminas (ciproheptadina)

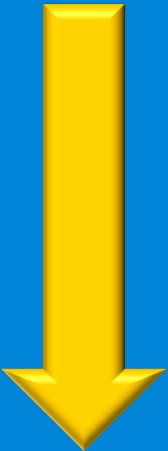
AAN = American Academy of Neurology; ECA= enzima convertidora de angiotensina; AHS = American Headache Society; MRM = migraña relacionada con la menstruación; ISRSN= inhibidor selectivo de recaptación de serotonina-norepinefrina; ISRS= inhibidor selectivo de recaptación de serotonina; ADT= antidepresivo tricíclico  
aClasificación basada en la guía original y nueva evidencia no encontrada para este reporte  
bPara profilaxis a corto plazo de migraña relacionada con la menstruación  
Silberstein SD *et al. Neurology.* 2012;78(17):1337-45.

[Acceder a las guías AAN/AHS completas](#)

[Regresar a la lista de guías](#)

# Guías CHS para la Terapia de Migraña Aguda

## Estrategias para el Tratamiento de Migraña Aguda y Resumen de Medicación: Estrategias Generales

Aumento de la severidad de la migraña– Capacidad de Refracción a la o Terapia 	Fenotipo Clínico	Estrategia
	Estrategias para ataque leve-moderado	a. Acetaminofén b. AINE
	Estrategias para ataque moderado-severo/ falla de AINE	a. AINE con triptano de rescate b. Triptano
	Estrategias migraña refractaria	a. combinación Triptano-AINE b. combinación Triptano-AINE con rescate c. Dihidroergotamina

[Acceder a las guías CHS completas](#)

[Regresar a la lista de guías](#)

# Guías CHS Para Profilaxis Para Migraña

Entorno Clínico	Estrategia
Estrategia Primera Vez	a. Beta-bloqueador (propranolol, nadolol, metoprolol) b. Antidepresivo tricíclico
Pocos efectos secundarios	a. Candesartán, lisinopril b. Herbal/vitamina/mineral (ej: petasita, riboflavina, magnesio)
Aumento de masa corporal	Topiramato
Hipertensión	Propranolol, nadolol, metoprolol, candesartán, lisinopril
Depresión/Ansiedad	Amitriptilina, venlafaxina
Monoterapia adicional	Topiramato, divalproex, gabapentina, pizotifeno, flunarizina, verapamilo
Embarazo	Evitar drogas si es posible Cuando sea necesario, magnesio, propranolol, metoprolol, amitriptilina
Lactancia	Evitar drogas si es posible Cuando sea necesario, magnesio, propranolol, metoprolol, amitriptilina Valproato

[Acceder a las guías CHS completas](#)

[Regresar a la lista de guías](#)

# Guías CHS Para Profilaxis Para Migraña

Clase de Droga	Drogas
Antiepilépticos	Divalproex sódico, ácido valproico, valproato de sodio, topiramato, gabapentina
Antidepresivos	Amitriptilina, venlafaxina liberación extendida
Beta-bloqueadores	Propranolol, nadolol, metoprolol
Bloqueadores del canal de calcio	Flunarizina verapamilo (no recomendado para uso de rutina)
IECAs/BRAs	Candesartán, lisinopril
Agonistas de serotonina	Pizotifeno
Vitaminas/minerales/herbales	Riboflavina, coenzima Q10, citrato de magnesio, petasita

# Consenso Latinoamericano sobre las Guías para el Tratamiento de Migraña Crónica

Droga(s)	Comentarios	
Topiramato	El uso en profilaxis se basa en estudios clase I con evidencia nivel A	
Divalproato, Valproato de Sodio,	Recomendados en profilaxis de migraña episódica (estudios clase I con evidencia nivel A)	
Amitriptilina Gabapentina	Pregabalina Tizanidina	Estudiadas para cefalea crónica diaria demostrando eficacia (niveles de evidencia I a III); no investigados específicamente para migraña
Toxina botulínica tipo A	Para profilaxis de migraña crónica en pacientes de 18 a 65 años	
Medidas no-farmacológicas/ terapias complementarias	Uso limitado debido a faltad e estudios. Excepción = acupuntura (resultados prometedores)	

**Las medicinas ya probadas como preventivas para migraña episódica pueden ser usadas solas o en combinación, incluso sin evidencia de su eficacia para migraña crónica**

[Acceder a las guías Latinoamericanas completas](#)

[Regresar a la lista de guías](#)

# Guía EFNS sobre el Tratamiento de Migraña– Terapias Agudas

Droga(s)	Comentarios
Analgésicos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Drogas de primera elección para ataques leves o moderados</li><li>• Limitan la ingesta de analgésicos simples a 15 días/mes</li><li>• Limitan la ingesta de analgésicos combinados a 10 días/mes</li></ul>
Antieméticos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recomendados para náusea y vómito potencial</li><li>• Se asume que mejoran la absorción de analgésicos</li></ul>
Alcaloides del cornezuelo de centeno	<ul style="list-style-type: none"><li>• Restringida a pacientes con ataques muy largos de m o con ocurrencia regular</li><li>• Limite el uso a 10 días/mes</li></ul>
Triptanos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eficacia probada en estudios extensos controlados con placebo y meta-análisis</li><li>• Uso restringido a máximo 9 días/mes según los criterios IHS</li><li>• No deben tomarse durante el aura</li></ul>
Opioides tranquilizantes	<ul style="list-style-type: none"><li>• No deben ser usados en el tratamiento agudo de migraña</li></ul>

[Acceder a las guías EFNS completas](#)

[Regresar a la lista de guías](#)



# Guía EFNS sobre el Tratamiento de Migraña – Terapias Profilácticas

Primeras-Línea (Nivel A)	
Beta-bloqueadores (metoprolol, propranolol)	
Bloqueadores del canal de calcio (flunarizina)	
Drogas antiepilépticas (ácido valproico, topiramato)	
Segunda-línea (Nivel B)	
Amitriptilina Venlafaxina Naproxeno	Petasita Bisoprolol
Tercera-línea (Nivel C)	
Ácido acetilsalicílico (ASA) Gabapentina Magnesio <i>Tanacetum parthenium</i> Riboflavina	Coenzima Q10 Candesartán Lisinopril Metisergida

[Acceder a las guías EFNS completas](#)

[Regresar a la lista de guías](#)

# Mensajes Clave

---

- La cefalea es extremadamente común
  - La migraña y la cefalea tipo tensión son las presentaciones más comunes en atención médica primaria
- Los profesionales clínicos deben estar muy al pendiente de las “Señales de Advertencia” que indican trastornos graves potenciales
  - Cuando sea posible, los profesionales clínicos deben tratar la causa subyacente de la cefalea
- Los mecanismos de dolor en la migraña incluyen vasodilatación meníngea, inflamación neurogénica, y sensibilización neuronal central y periférica y procesamiento del dolor
  - Estos pueden ser modificados usando tratamientos para migraña
- El tratamiento apropiado y oportuno puede ayudar a prevenir que la migraña episódica se convierta en migraña crónica y en cefalea por uso excesivo de medicamentos

# Referencias

---

- Allergan. BOTOX® (onabotulinumtoxinA) Prescribing Information, February 2014.
- American Headache Society. Brainstorm. 2004. Available at: [http://www.americanheadachesociety.org/assets/1/7/Book\\_-\\_Brainstorm\\_Syllabus.pdf](http://www.americanheadachesociety.org/assets/1/7/Book_-_Brainstorm_Syllabus.pdf). Accessed 04 December, 2014.
- Antonaci F Nappi G, Galli F *et al.* Migraine and psychiatric comorbidity: a review of clinical findings. *J Headache Pain.* 2011;12:115-25.
- Arulmozhi DK, Veeranjanyulu A, Bodhankar SL. Migraine: current concepts and emerging therapies. *Vascul Pharmacol.* 2005;43(3):176-87.
- Aukerman G, Knutson D, Miser WF. Management of the acute migraine headache. *Am Fam Physician.* 2002;66(11):2123-30.
- Bigal ME, Serrano D, Buse D *et al.* Acute migraine medications and evolution from episodic to chronic migraine: a longitudinal population-based study. *Headache.* 2008;48:1157-68.
- Bloudek LM, Stokes M, Buse DC *et al.* Cost of healthcare for patients with migraine in five European countries: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *J Headache Pain.* 2012;13(5):361-78.
- Braccili T, Montebello D, Verdecchia P *et al.* Evaluation of anxiety and depression in childhood migraine. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 1999;3:37-9.
- Cassina M, Di Gianantonio E, Toldo I *et al.* Migraine therapy during pregnancy and lactation. *Expert Opin Drug Saf.* 2010;9:937-48.
- Chatterton ML, Lofland JH, Shechter A *et al.* Reliability and validity of the migraine therapy assessment questionnaire. *Headache.* 2002;42(10):1006-15.
- Chawla J. 2014. Available at <http://emedicine.medscape.com/article/1142556-overview>. Accessed 05 January 2014.
- Cuomo-Granston A, Drummond PD. Migraine and motion sickness: what is the link? *Prog Neurobiol.* 2010;91:300-12.
- Demaagd G. The pharmacological management of migraine, part 2: preventative therapy. *P T.* 2008;33(7):480-7.
- Dodick DW, Turkel CC, DeGryse RE *et al.* OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: pooled results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phases of the PREEMPT clinical program. *Headache.* 2010 Jun;50(6):921-36.
- Dowson AJ, Tepper SJ, Baos V *et al.* Identifying patients who require a change in their current acute migraine treatment: the Migraine Assessment of Current Therapy (Migraine-ACT) questionnaire. *Curr Med Res Opin.* 2004;20(7):1125-35.
- Evers S, Afra J, Frese A *et al.* EFNS guideline on the drug treatment of migraine – revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol.* 2009;16(9):968-81.
- Ferrari MD, Klever RR, Terwindt GM *et al.* Migraine pathophysiology: lessons from mouse models and human genetics. *Lancet Neurol.* 2015;14:65-80.
- Freitag FG. Divalproex in the treatment of migraine. *Psychopharmacol Bull.* 2003;37 Suppl 2:98-115.
- Fumal A, Schoenen J. Current migraine management - patient acceptability and future approaches. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2008;4(6):1043-57.

# Referencias

---

- Gallagher RM, Mueller LL, Freitag FG. Divalproex sodium in the treatment of migraine and cluster headaches. *J Am Osteopath Assoc*. 2002;102:92-4.
- Garza I, Swanson JW. Prophylaxis of migraine. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2006;2(3):281-91.
- Giacomozzi AR, Vindas AP, Silva AA Jr *et al*. Latin American consensus on guidelines for chronic migraine treatment. *Arq Neuropsiquiatr*. 2013;71(7):478-86.
- Goadsby PJ, Lipton RB, Ferrari MD. Migraine – current understanding and treatment. *N Engl J Med*. 2002;346:257-70
- Goodwin RD, Hoven CW, Murison R, Hotopf M. Association between childhood physical abuse and gastrointestinal disorders and migraine in adulthood. *Am J Public Health*. 2003;93:1065-7.
- Guyuron B, Kriegler JS, Davis J, Amini SB. Five-year outcome of surgical treatment of migraine headaches. *Plast Reconstr Surg*. 2011;127(2):603-8.
- Guyuron B, Reed D, Kriegler JS *et al*. A placebo-controlled surgical trial of the treatment of migraine headaches. *Plast Reconstr Surg*. 2009;124(2):461-8.
- Hansen JM, Baca SM, Vanvalkenburgh P, Charles A. Distinctive anatomical and physiological features of migraine aura revealed by 18 years of recording. *Brain*. 2013;136(Pt 12):3589-95.
- Harwood RH, Sayer AA, Hirschfeld M. Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios. *Bull World Health Organ*. 2004; 82(4): 251-8.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia. 2013;33(9):629-808.
- Holland S, Silberstein SD, Freitag F *et al*. Evidence-based guideline update: NSAIDs and other complementary treatments for episodic migraine prevention in adults. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Neurology*. 2012;78:1346-53.
- Hutchinson S. Use of oral contraceptives in women with migraine. Available at: [http://www.americanheadachesociety.org/assets/1/7/Susan\\_Hutchinson\\_-\\_Use\\_of\\_Oral\\_Contraceptives\\_in\\_Women\\_with\\_Migraine.pdf](http://www.americanheadachesociety.org/assets/1/7/Susan_Hutchinson_-_Use_of_Oral_Contraceptives_in_Women_with_Migraine.pdf). Accessed March 31, 2015.
- John PJ, Sharma N, Sharma CM, Kankane A. Effectiveness of yoga therapy in the treatment of migraine without aura: a randomized controlled trial. *Headache*. 2007;47(5):654-61.
- Kilminster SG, Dowson AJ, Tepper SJ *et al*. Reliability, validity, and clinical utility of the Migraine-ACT questionnaire. *Headache*. 2006;46(4):553-62.
- Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB *et al*. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. *Qual Life Res*. 2003;12(8):963-74.

# Referencias

---

- Lance JW, Goadsby PJ. Mechanism and Management of Headache. London, England: Butterworth-Heinemann; 1998.
- Lauritzen M, Dreier JP, Fabricius M *et al.* Clinical relevance of cortical spreading depression in neurological disorders: migraine, malignant stroke, subarachnoid and intracranial hemorrhage, and traumatic brain injury. *J Cereb Blood Flow Metab.* 2011;31:17-35.
- Lauritzen M. Cortical spreading depression as a putative migraine mechanism. *Trends Neurosci.* 1987;10:8-13.
- Lester M. 2012. Headaches and complementary health approaches. Available at: <http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/D462.pdf>. Accessed 14 December, 2014.
- Lewis D, Ashwal S, Hershey A *et al.* Practice parameter: pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents: report of the American Academy of Neurology Quality Standards Subcommittee and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology.* 2004;63:2215-24.
- Linde K, Streng A, Jürgens S *et al.* Acupuncture for patients with migraine: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2005;293(17):2118-25.
- Lipton RB, Dodick D, Sadovsky R *et al.* A self-administered screener for migraine in primary care: The ID Migraine™ validation study. *Neurology.* 2003;61:375-82.
- Lipton RB, Fanning KM, Serrano D *et al.* Ineffective acute treatment of episodic migraine is associated with new-onset chronic migraine. *Neurology.* 2015;84:688-95.
- Lipton RB, Kolodner K, Bigal ME *et al.* Validity and reliability of the Migraine-Treatment Optimization Questionnaire. *Cephalalgia.* 2009;29(7):751-9.
- Lipton RB, Stewart WF, Diamond S *et al.* Prevalence and burden of migraine in the United States: data from the American Migraine Study II. *Headache.* 2001;41(7):646-57.
- Lipton RB, Stewart WF, Stone AM *et al.* Stratified care vs step care strategies for migraine: the Disability in Strategies of Care (DISC) Study: A randomized trial. *JAMA.* 2000;284(20):2599-605.
- Lipton RB, Stewart WF. Migraine in the United States: a review of epidemiology and health care use. *Neurology.* 1993;43 (suppl 3):S6-S10.
- MacGregor A. Management of migraine during pregnancy. *Progress Neurol Psychiatry.* 2009;13:21-24.
- Maizels M, Burchette R. Rapid and sensitive paradigm for screening patients with headache in primary care settings. *Headache.* 2003;43(5):441-50.
- Marmura MJ, Silberstein SD, Schwedt TJ. The acute treatment of migraine in adults: the American Headache Society evidence assessment of migraine pharmacotherapies. *Headache.* 2015;55(1):3-20.

# Referencias

---

- Matchar DB, Young WB, Rosenberg JH *et al.* Evidence-based guidelines for migraine headache in the primary care setting: pharmacological management of acute attacks. U.S. Headache Consortium. Available at: <http://tools.aan.com/professionals/practice/pdfs/gl0087.pdf>. Accessed 27 November, 2014.
- Mathew NT, Rapoport A, Saper J *et al.* Efficacy of gabapentin in migraine prophylaxis. *Headache*. 2001 Feb;41(2):119-28.
- Mauskop A. Nonmedication, alternative, and complementary treatments for migraine. *Continuum (Minneapolis Minn)*. 2012;18(4):796-806.
- Mullally WJ, Hall K, Goldstein R. Efficacy of biofeedback in the treatment of migraine and tension type headaches. *Pain Physician*. 2009;12:1005-11.
- National Institute for Health and Care Excellence . Diagnosis and management of headache in young people and adults. CG150. London: NICE; 2012. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg150/resources/guidance-headaches-pdf>. Accessed 20 May, 2015.
- Olesen J, Friberg L, Olsen TS *et al.* Timing and topography of cerebral blood flow, aura, and headache during migraine attacks. *Ann Neurol*. 1990;28(6):791-8.
- Parsekyan D. Migraine prophylaxis in adult patients. *West J Med*. 2000;173:341-45.
- Pietrobon D, Striessnig J. Neurobiology of migraine. *Nat Rev Neurosci*. 2003;4:386-98.
- Pistoia F, Sacco S, Carolei A. Behavioral therapy for chronic migraine. *Curr Pain Headache Rep*. 2013;17:304.
- Pringsheim T, Davenport W, Mackie G *et al.* Canadian Headache Society guideline for migraine prophylaxis. *Can J Neurol Sci*. 2012;39(2 Suppl 2):S1-59.
- Reed ML, Fanning KM, Serrano D *et al.* Persistent frequent nausea is associated with progression to chronic migraine: AMPP study results. *Headache*. 2015;55:76-87.
- Sacco S, Ricci S, Degan D, Carolei A. Migraine in women: the role of hormones and their impact on vascular diseases. *J Headache Pain*. 2012;13: 177-89.
- Schwedt TJ. Chronic migraine. *BMJ*. 2014;348:g1416.
- Silberstein SD, Holland S, Freitag F *et al.* Evidence-based guideline update: pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Neurology*. 2012;78:1337-45.
- Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ. Headache in Clinical Practice. 2nd ed. London, England: Martin Dunitz; 2002.
- Silberstein SD, Newman LC, Marmura MJ *et al.* Efficacy endpoints in migraine clinical trials: the importance of assessing freedom from pain. *Curr Med Res Opin*. 2013;29(7):861-7.
- Silberstein SD. An update on migraine treatment. *Adv Stud Med*. 2005;5(6E):S666-S675.
- Steiner TJ, Stovner LJ, Birbeck GL. Migraine: the seventh disabling. *J Headache Pain*. 2013;14(1):1.

# Referencias

---

- Stewart WF, Linet MS, Celantano DD *et al.* Age- and sex-specific incidence rates of migraine with and without visual aura. *Am J Epidemiology.* 1991;134:1111-20.
- Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology.* 2001;56(6 Suppl 1):S20-8.
- Stokes M, Becker WJ, Lipton RB *et al.* Cost of health care among patients with chronic and episodic migraine in Canada and the USA: results from the International Burden of Migraine Study (IBMS). *Headache.* 2011;51(7):1058-77.
- Tepper SJ, Tepper DE. Diagnosis of Migraine and Tension-type Headache. In: Tepper SJ, Tepper DE, eds. *The Cleveland Clinic Manual of Headache Therapy.* 2nd Edition. NY: Springer, 2014. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS).
- Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL *et al.* Childhood maltreatment and migraine (part I). Prevalence and adult revictimization: a multicenter headache clinic survey. *Headache.* 2010;50:20-31.
- Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL *et al.* Childhood maltreatment and migraine (part II). Emotional abuse as a risk factor for headache chronification. *Headache.* 2010;50:32-41.
- Winner P. Pediatric and Adolescent Migraine. Available at: [http://www.americanheadachesociety.org/assets/1/7/Paul\\_Winner\\_-\\_pediatric\\_and\\_Adolescent\\_Migraine.pdf](http://www.americanheadachesociety.org/assets/1/7/Paul_Winner_-_pediatric_and_Adolescent_Migraine.pdf). Accessed March 31, 2015.
- Woods RP, Iacoboni M, Mazziotta JC. Brief report: bilateral spreading cerebral hypoperfusion during spontaneous migraine headache. *N Engl J Med.* 1994;331(25):1689-92.
- World Health Organization. Headache disorders. Fact sheet number 277. 2012. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/>.
- Worthington I, Pringsheim T, Gawel MJ *et al.* Canadian Headache Society Guideline: acute drug therapy for migraine headache. *Can J Neurol Sci.* 2013;40(5 Suppl 3):S1-S80.
- Worthington I, Pringsheim T, Gawel MJ *et al.* Pharmacological acute migraine treatment strategies: choosing the right drug for a specific patient. *Can J Neurol Sci.* 2013;40(5 Suppl 3):S33-S62.
- Yang CP, Chang MH, Liu PE *et al.* Acupuncture versus topiramate in chronic migraine prophylaxis: a randomized clinical trial. *Cephalalgia.* 2011;31(15):1510-21.