

**FALTA DE
SUEÑO
MAREO
VISIÓN
DOBLE
PÉRDIDA DE EQUILIBRIO
MIGRAÑA
DIFICULTAD EN EL HABLA
NÁUSEAS
ZUMBIDO
EN LOS OÍDOS
ESTREÑIMIENTO
DEBILIDAD
SENSIBILIDAD A
SONIDO LEVES**

**Protocolo del dolor
de migraña aguda
en adultos**

**#EscuchaElDolor
#ListenToPain**

PROTOCOLO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA POR MIGRAÑA AGUDA EN ADULTOS

HALEON

PASO 1: EVALUAR LA CEFALEA POR MIGRAÑA

PREGUNTARLE AL PACIENTE SOBRE SUS SÍNTOMAS DE CEFALEA POR MIGRAÑA^{1,2}

Calidad pulsátil de la cefalea	Duración de la cefalea (4 a 72 horas si no se trata)	Cefalea unilateral	Náuseas o vómitos	Intensidad incapacitante de la cefalea
--------------------------------	--	--------------------	-------------------	--

IDENTIFICAR LOS SÍNTOMAS QUE REQUIEREN CONSULTA CON ESPECIALISTA^{1,2}

- Cambio en el patrón de cefalea establecido o "el peor dolor de cabeza que he tenido"
- Aparición reciente después de los 50 años
- Gravedad progresivamente creciente
- Síntomas de trastornos sistémicos (por ejemplo, fiebre, hipertensión, mialgia, pérdida de peso)

- Cefalea en estallido (intensidad máxima al inicio)
- Signos neurológicos o convulsiones
- Rigidez de nuca
- Cefalea agravada por las posturas

→ PASO 2: IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

IDENTIFICAR CUALQUIER AFECCIÓN O MEDICAMENTO QUE LIMITE LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO

Medicamentos que limitan el tratamiento²⁻⁵

- AINEs*: riesgo de hemorragia, disminución de la eficacia antihipertensiva, aumento de los niveles de medicamentos como metotrexato
- Acetaminofén: Aumento del riesgo de toxicidad por acetaminofén
- Triptanos: contraindicados en enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares, hipertensión no controlada y síndromes de migraña específicos.

Afecciones médicas que limitan el tratamiento^{3,6-9}

- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad hepática
- Enfermedad de úlcera péptica
- Enfermedad cardiovascular
- Enfermedad cerebrovascular

*AINEs, antiinflamatorios no esteroideos; * Solo con AINEs orales*

IDENTIFICAR LO QUE EL PACIENTE HA USADO EN EL PASADO PARA TRATAR LA CEFALEA POR MIGRAÑA

→ PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

¿TIENE EL PACIENTE ALGUNA PREFERENCIA POR EL TRATAMIENTO CON BASE EN LO QUE SE UTILIZÓ EN EL PASADO?

SI ES ASÍ

Recomendar tratamiento no farmacológico¹⁰

- Uso de un diario para identificar desencadenantes importantes de la migraña
- Buenas prácticas de higiene del sueño
- Modificaciones del estilo de vida dietético
- Ejercicio habitual y moderado
- Manejo del estrés
- Reducción de peso para recuperar un peso corporal ideal
- Educación del paciente

SI NO

Recomendar tratamiento no farmacológico¹⁰

- Uso de un diario para identificar desencadenantes importantes de la migraña
- Buenas prácticas de higiene del sueño
- Modificaciones del estilo de vida dietético
- Ejercicio habitual y moderado
- Manejo del estrés
- Reducción de peso para recuperar un peso corporal ideal
- Educación del paciente

PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO CONTINÚA

PROTOCOLO PARAL MANEJO DE LA MIGRAÑA EN ADULTOS

PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO CONTINUACIÓN

Y

Recomendar la preferencia del PACIENTE si es posible, teniendo en cuenta el paso 2

Y

Recomendar un tratamiento adecuado para la migraña aguda^{1,2}

- **Medicamentos de primera línea:**
 - Aspirina
 - Ibuprofeno
 - Diclofenaco
 - Acetaminofén (para pacientes intolerantes a AINEs)
- **Medicamentos de segunda línea:**
 - Triptanos (sumatriptán, zolmitriptán)
- **Medicamentos de tercera línea:**
 - Ditanes o gepantes
- **Politerapia:**
 - Acetaminofén + aspirina + cafeína (en pacientes con contraindicaciones a los vasoconstrictores como triptanos)
- **Medicamentos complementarios para pacientes que presentan náuseas o vómitos durante las crisis de migraña:**
 - Domperidona, metoclopramida y ondansetron

ALGORITMO PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA EN ADULTOS

PASO 1

EVALUAR LOS SÍNTOMAS

- Preguntas que deben formularse (Tabla 1)
- Evaluar el tipo de migraña (Tabla 2)
- Síntomas o circunstancias que requieren consulta con especialista (Tabla 3)

→ PASO 2

IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

- Preguntas que se deben hacer para personalizar el tratamiento de la migraña (Tabla 4)
- Afecciones y medicamentos (Tablas 5 y 6)
- Evaluar el tratamiento previo (Tabla 7)
- Preguntas que se deben hacer sobre el tratamiento anterior (Tabla 7)

→ PASO 3

RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

- Recomendaciones no farmacológicas (Tabla 8)
- Recomendaciones farmacológicas (Tabla 9)

PASO 1: EVALUAR LOS SÍNTOMAS

TABLE 1

PREGUNTAS PARA HACER
¿Puede hablarme de tus síntomas de dolor de cefalea?² • ¿Tiene cefalea recurrente de intensidad moderada a fuerte? • ¿El dolor es unilateral o pulsátil? • ¿Cuál es la duración del episodio de cefalea? (Es de 4 a 72 horas si no se trata o no se trata con éxito). • ¿Tiene una cefalea de intensidad incapacitante? • ¿Los síntomas aparecieron en la pubertad o alrededor de ella?
¿Tiene otros síntomas?² • ¿Tiene sensibilidad a la luz o al sonido? • ¿La cefalea se presenta junto con náuseas o vómitos? • ¿Tiene alteraciones visuales con la cefalea? • Buscar síntomas que requieran derivación a un médico (síntomas de alerta)
¿Tiene antecedentes familiares de migraña?²

→ TABLE 2

ICHD-3* CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DIFERENTES TIPOS DE MIGRAÑAS ^{2,13}	
Migraña sin aura	Migraña con aura
1. Al menos cinco crisis que cumplen los criterios 2 a 5 2. crisis de cefalea que duran de 4 a 72 horas cuando no se tratan o no se tratan con éxito 3. La cefalea tiene al menos dos de las siguientes cuatro características: • localización unilateral • calidad pulsátil • intensidad del dolor moderada a fuerte • agravamiento por, o provoca evitación de, la actividad física de rutina (por ejemplo, caminar o subir escaleras) 4. Al menos una de las siguientes durante la cefalea: • náuseas o vómitos • fotofobia y fonofobia 5. No se explica mejor por otro diagnóstico de la ICHD-3	1. Al menos dos crisis que cumplan los criterios 2 y 3 2. Uno o más de los siguientes síntomas de aura totalmente reversibles: • visual • sensitivo • habla o lenguaje • motor • tronco encefálico • retiniano 3. Al menos tres de las seis características siguientes: • Al menos un síntoma del aura se disemina gradualmente durante ≥ 5 min. • Dos o más síntomas del aura ocurren en sucesión • Cada síntoma individual del aura dura de 5 a 60 min. • Al menos un síntoma del aura es unilateral. • Al menos un síntoma de aura es positivo. • El aura se presenta con o es seguida por cefalea en 60 min. 4. No se explica mejor por otro diagnóstico de la ICHD-3.

PASO 1: EVALUAR LOS SÍNTOMAS

→ TABLA 2 CONTINUACIÓN

Migraña crónica	
1. Cefalea (por migraña o por tensión) en ≥ 15 días/mes durante > 3 meses que cumple los criterios 2 y 3 2. Las crisis ocurren en una persona que ha tenido al menos cinco crisis que cumplen con los criterios de migraña sin aura o de migraña con aura. 3. En ≥ 8 días/mes durante > 3 meses, se cumple cualquiera de los siguientes criterios: • criterios 3 y 4 para la migraña sin aura • criterios 2 y 3 para la migraña con aura • Se cree que el paciente tiene migraña al inicio y se alivia con un triptano o un derivado del cornezuelo del centeno. 4. No se explica mejor por otro diagnóstico de la ICHD-3.	
Cefalea por uso excesivo de medicamentos (MOH)	
1. Cefalea ≥ 15 días/mes en una persona con un trastorno de cefalea preexistente 2. Uso excesivo habitual durante > 3 meses de uno o más fármacos que se pueden tomar para el tratamiento de las crisis o sintomático de la cefalea (ingesta habitual de uno o más analgésicos no opioides en ≥ 15 días/mes durante ≥ 3 meses o cualquier otro medicamento para las crisis o combinación de medicamentos en ≥ 10 días/mes durante ≥ 3 meses) 3. No se explica mejor por otro diagnóstico de la ICHD-3.	
* ICHD: Clasificación Internacional de los Trastornos de Cefalea	

→ TABLA 3

SÍNTOMAS O CIRCUNSTANCIAS QUE REQUIEREN CONSULTA CON ESPECIALISTA ²	
	Exploración física
Antecedentes del paciente	• Cefalea en estallido • Aura atípica • Traumatismo craneal • Cefalea progresiva • Cefalea agravada por posturas o maniobras que aumentan la presión intracraneal • Cefalea provocada por estornudos, tos o ejercicio • Cefalea asociada con pérdida de peso o cambios en la memoria o la personalidad • Inicio de la cefalea a > 50 años
Exploración física	• Fiebre inexplicable • Rigidez del cuello • Síntomas neurológicos focales • Pérdida de peso • Deterioro de la memoria o alteración de la conciencia o la personalidad

PASO 2: IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

TABLE 4

PREGUNTAS PARA PERSONALIZAR EL TRATAMIENTO DE LA CEFALEA

- ¿Está tomando algún medicamento, tanto recetado como de venta libre? Si es así, ¿cuáles son y cuál es la dosis?
- ¿Tiene alguna afección médica?
- ¿Qué ha usado antes para el dolor de cabeza?
- ¿Cuáles son los desencadenantes de su dolor de cabeza?
- ¿Qué factores agravan o alivian los síntomas?
- ¿Hay antecedentes familiares de migraña?

→ TABLE 5

MEDICAMENTOS PARA USAR CON PRECAUCIÓN CON ACETAMINOFÉN/AINEs ORALES Y TRIPTANOS^{3-5,14}

Preocupación	Posible interacción farmacológica
Aumento del riesgo de hemorragia con AINEs orales	• Algunos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) • Algunos antidepresivos tricíclicos • Ácido acetilsalicílico (AAS) • Corticoesteroides • Warfarina • Ginkgo biloba
Disminución de la eficacia antihipertensiva con AINEs orales	• Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) • Bloqueadores de los receptores de angiotensina II (BRA) • Diuréticos • Betabloqueadores
Aumento de los niveles de fármacos con AINEs orales	• Litio • Metotrexato
Aumento del riesgo de toxicidad por acetaminofén	• Medicamentos para la epilepsia (por ejemplo, carbamazepina) • Otros inductores de la enzima P450 (por ejemplo, isoniazida, rifampicina) • Alcohol
Estrechamiento excesivo de los vasos sanguíneos	• Triptanos y alcaloides del cornezuelo de centeno
Niveles excesivos de serotonina	• Triptanos y un antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina (ISRS) o un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)

PASO 2: IDENTIFICAR CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

→ TABLE 6

CONSIDERACIONES AL SELECCIONAR ANALGÉSICOS EN PACIENTES CON COMORBILIDADES ⁵⁻⁹	
Enfermedades concurrentes	Notas
Enfermedad renal crónica ⁶	- Los AINEs tienen efectos de clase nefrotóxicos demostrados y deben evitarse siempre que sea posible en pacientes con síntomas de insuficiencia renal - El acetaminofén es el analgésico de primera línea preferido para el tratamiento episódico del dolor leve en pacientes con insuficiencia renal, ERC o que requieren diálisis. Sin embargo, a veces puede estar justificada la minimización de la dosis (se ha recomendado un máximo de 3 g/día para pacientes con insuficiencia renal avanzada).
Enfermedad hepática ^{6,7}	- AINEs: los AINEs pueden causar daño hepático agudo con gravedad variable. - Acetaminofén: no está contraindicado en la enfermedad hepática. Puede causar toxicidad hepática si se toma en grandes cantidades.
Úlcera gastroduodenal ^{6,8}	- El uso crónico de AINEs se asocia con reacciones adversas potencialmente graves del aparato gastrointestinal superior, incluyendo úlcera péptica y hemorragia gastrointestinal. - Acetaminofén: menor riesgo de efectos adversos en comparación con los AINEs
Enfermedad cardiovascular ^{3,6,8}	- Todos los AINEs sin aspirina pueden estar asociados con un posible aumento del riesgo trombótico CV. - Los AINEs están contraindicados en pacientes que se han sometido a cirugía de revascularización miocárdica. - El uso de acetaminofén a las dosis recomendadas no se asocia con ningún riesgo adicional de acontecimientos CV importantes.

→ TABLE 7

PREGUNTAS QUE SE DEBEN HACER SOBRE EL TRATAMIENTO PREVIO
¿Qué ha usado antes para tratar la cefalea por migraña? ¿Qué dosis usó? ¿Fue eficaz? ¿Tuvo algún efecto secundario? ¿Tiene alguna preferencia por algún tratamiento específico?

PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

TABLE 8

RECOMENDACIONES NO FARMACOLÓGICAS PARA LA CEFALEA POR MIGRAÑA ²
Usar un diario para identificar los factores desencadenantes importantes, evitar los factores desencadenantes si es posible o hacerles frente - Desencadenantes ambientales: el clima y sus cambios, incluida la disminución de la presión atmosférica, la baja temperatura y la alta humedad - Sensibilidad a los olores (perfumes, humo de cigarrillo y productos de limpieza) - Disparadores de ruido (ruido de barrio de carreteras, ferrocarriles, etc.)
Buenas prácticas de higiene del sueño - Habitaciones cómodas con menos estimulaciones como televisión, teléfono celular, luz y ruido - Despertarse en un intervalo de tiempo específico en las mañanas, incluso los fines de semana
Modificaciones del estilo de vida dietético - Evitar el hambre y el ayuno, haciendo comidas frecuentes - Tener comidas frecuentes (por ejemplo, cinco o seis comidas pequeñas al día) - Consumir alimentos que proporcionen un nivel estable de glucosa en sangre (alimentos de digestión lenta) - Cocinar alimentos en lugar de comer alimentos procesados o comidas rápidas - Recordar la ingesta adecuada de líquidos y la hidratación - Tener una dieta baja en grasas - Usar un diario de alimentos para identificar los desencadenantes de los alimentos: los desencadenantes comunes incluyen el vino tinto y el alcohol, el chocolate, la cafeína en productos como el café, el té, los refrescos de cola, etc.
Ejercicio habitual y moderado, especialmente ejercicios aeróbicos como montar en bicicleta y caminar, después de un calentamiento cuidadoso. Evitar el ejercicio durante las crisis de cefalea
Manejo del estrés, aprender a lidiar con factores estresantes, resolución de problemas, apoyo social, cambios en las situaciones de vida y estilo de vida, ejercicio y evitar ciertas situaciones que causan estrés y ansiedad fuertes
Reducción del peso para recuperar un peso corporal ideal, podría ser una intervención útil para controlar las crisis de migraña, especialmente en pacientes obesos
La educación del paciente es una parte importante del manejo de las crisis de migraña hormonal

PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

→ TABLE 9

MEDICAMENTOS PARA EL MANEJO DE LA MIGRAÑA AGUDA ^{1,2}			
Clase farmacológica	Medicamento	Dosificación y vía	Contraindicaciones
Medicamentos de primera línea			
Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)	Aspirina		Hemorragia gastrointestinal, insuficiencia cardíaca
	Ibuprofeno		
	Diclofenaco		
Otros analgésicos simples (Si los AINEs están contraindicados)	Acetaminofén (buen perfil de seguridad a niveles terapéuticos)		Enfermedad hepática, insuficiencia renal
Politerapia	Acetaminofén + aspirina + cafeína <i>(preferido en pacientes con contraindicaciones a los vasoconstrictores como triptanos)</i>		Contraindicaciones a medicamentos individuales
Antieméticos (cuando sea necesario)	Domperidona		Hemorragia gastrointestinal, epilepsia, insuficiencia renal, arritmia cardíaca
	Metoclopramida		Enfermedad de Parkinson, epilepsia, íleo mecánico
Medicamentos de segunda línea			
Triptanos	Sumatriptán		Enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, hipertensión no controlada, migraña hemipléjica, migraña con aura del tronco encefálico (Advertencia: Los pacientes que lo usan con demasiada frecuencia pueden presentar cefalea por uso excesivo de medicamentos).
	Eletriptán		
	Naratriptán		

PASO 3: RECOMENDAR EL TRATAMIENTO

→ TABLE 9 CONTINUACIÓN

Medicamentos de tercera línea/terapias más nuevas			
Gepantes	Rimegepant		Hipersensibilidad, insuficiencia hepática
Ditanes			Embarazo, uso concomitante con medicamentos que son sustratos de la glucoproteína P

Resumen de las recomendaciones farmacológicas para el tratamiento de las crisis agudas de la migraña:²

- Ofrecer medicamentos para las crisis a todas las personas que experimenten crisis de migraña.
- Aconsejar el uso de medicamentos para las crisis al principio de la fase de cefalea de la crisis, ya que la efectividad depende del uso oportuno con la dosis correcta.
- Se debe advertir a los pacientes que el uso frecuente y repetido de medicamentos para la crisis puede provocar cefalea por uso excesivo de medicamentos.
- Usar AINEs (ácido acetilsalicílico, ibuprofeno o diclofenaco potásico) como medicamento de primera línea.
- Usar acetaminofén cuando los AINEs están contraindicados.
- Usar acetaminofén como medicamento de primera línea para el tratamiento para crisis de la migraña en el embarazo.
- Usar triptanos como medicamento de segunda línea.
- Considerar la posibilidad de combinar triptanos con AINEs de acción rápida para evitar una recaída recurrente.
- Considerar los ditanes y gepantes como medicamentos de tercera línea.
- Usar antieméticos procinéticos (domperidona o metoclopramida) como medicamentos orales complementarios para las náuseas o vómitos.
- Evitar los alcaloides, opioides y barbitúricos de cornezuelo de centeno orales.

REFERENCIAS

1. Mayans L, Walling A. Acute Migraine Headache: Treatment Strategies. Am Fam Physician. 2018 Feb 15;97(4):243-251.
2. Eigenbrodt AK, Ashina H, Khan S, et al. Diagnosis and management of migraine in ten steps. Nat Rev Neurol. 2021 Aug;17(8):501-514.
3. Moore N, Pollack C, Butkerait P. Adverse drug reactions and drug-drug interactions with over-the-counter NSAIDs. Ther Clin Risk Manag. 2015 Jul 15; 11:1061-75.
4. Vostinaru O. Adverse Effects and Drug Interactions of the Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs [Internet]. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. InTech; 2017. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.68198>. Consultado en diciembre de 2023.
5. Agrawal S, Khazaeni B. Acetaminophen Toxicity. [Actualizado el 9 de junio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441917/>.
6. John Alchin, Arti Dhar, Kamran Siddiqui & Paul J. Christo (2022) Why paracetamol (acetaminophen) is a suitable first choice for treating mild to moderate acute pain in adults with liver, kidney or cardiovascular disease, gastrointestinal disorders, asthma, or who are older, Current Medical Research and Opinion, 38:5, 811-825, DOI: 10.1080/03007995.2022.2049551
7. Meunier L, Larrey D. Recent Advances in Hepatotoxicity of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs. Ann Hepatol. 2018 Mar 1;17(2):187-191.
8. McEvoy L, Carr DF, Pirmohamed M. Pharmacogenomics of NSAID-Induced Upper Gastrointestinal Toxicity. Front Pharmacol. 2021 Jun 21; 12:684162.
9. Ghlichloo I, Gerriets V. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) [Actualizado el 1 de mayo de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547742/>. Consultado en diciembre de 2023.
10. Haghdoust F, Togha M. Migraine management: Non-pharmacological points for patients and health care professionals. Open Med (Wars). 2022 Nov 23;17(1):1869-1882.
11. Ailani J, Burch RC, Robbins MS; Board of Directors of the American Headache Society. The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice. Headache. 2021 Jul;61(7):1021-1039. doi: 10.1111/head.14153
12. Diener H-C, Holle-Lee D, Nägel S, et al. Treatment of Migraine Attacks and Prevention of Migraine: Guidelines by the German Migraine and Headache Society and the German Society of Neurology. Clinical and Translational Neuroscience. 2019; 3(1):3.
13. The International Classification of Headache Disorders 3rd edition. Disponible en <https://ichd-3.org/1-migraine/>. Consultado el 12 de enero de 2024.
14. Migraine Drug Interactions FAQs- Reviewed on June 17, 2021. Disponible en <https://americanmigrainefoundation.org/resource-library/migraine-drug-interactions-faq/>. Consultado el 12 de enero de 2024.