

Anexo II

Tratamiento farmacológico de las cefaleas primarias y algias faciales (Grupo de Estudio de Cefaleas, S.E.N.)

Las dosis recomendadas son para pacientes adultos. Estas recomendaciones no deberían ser puestas en práctica hasta que, mediante una cuidadosa historia y exploración clínicas, se haya excluido enfermedades subyacentes o establecido el diagnóstico correcto de la cefalea de acuerdo con los criterios de la Sociedad Internacional de Cefaleas (2004).

MIGRAÑA SIN Y CON AURA

Tratamiento de las crisis

La crisis de migraña no ocurren, generalmente, más de una o dos veces a la semana. En caso de mayor frecuencia se sugiere reconsiderar el diagnóstico.

A. Analgésicos y Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

Se recomienda evitar las asociaciones de analgésicos y emplear de forma preferente los que presenten menor riesgo y mejor tolerabilidad.

- Ácido acetilsalicílico: 500-1.000 mg, oral.
- Naproxeno: 500-1.000 mg, oral.
- Naproxeno sódico: 550-1.100 mg, oral.
- Ibuprofeno: 600-1.200 mg, oral.
- Diclofenaco sódico: 50-100 mg, oral; 100 mg, rectal; 75 mg, parenteral.
- Dexketoprofeno: 25-50 mg, oral.

- Ketorolaco: 30-60 mg, parenteral.
- Paracetamol: 1.000 mg, oral o rectal.

B. Agonistas 5-HT_{1B/1D} (triptanes)

- Sumatriptán: 50-100 mg, oral; 10-20 mg, nasal; 6 mg, subcutáneo. No superar 300 mg oral; 40 mg nasal o 12 mg parenteral en 24 horas.
- Zolmitriptán: 2,5 mg, oral (comprimidos); 2,5-5 mg, oral (dispersables); 5 mg, nasal. No superar 10 mg en 24 horas.
- Naratriptán: 2,5 mg, oral. No superar 5 mg en 24 horas.
- Rizatriptán: 10 mg oral, comprimidos y dispersables. No superar 20 mg en 24 horas.
- Almotriptán: 12,5 mg oral. No superar 25 mg en 24 horas.
- Eletriptán: 40 mg oral. No superar 80 mg en 24 horas.
- Frovatriptán: 2,5 mg oral. No superar 7,5 mg en 24 horas.

Se administrará una segunda dosis de estos fármacos si la cefalea reaparece entre 4 y 24 horas después de la primera dosis. No se administrará una segunda dosis si la primera no fue eficaz. No asociar con preparados ergotamínicos.

C. Preparados ergotamínicos

Se recomienda evitar su utilización durante la fase de aura migrañosa y en la migraña con aura prolongada. Evitar su asociación con triptanes.

- Tartrato de ergotamina: 0,5-1 mg, oral; 2 mg rectal. No utilizar más de una dosis por crisis ni más de 2 veces por semana.

D. Antieméticos

Pueden emplearse de forma precoz para evitar las náuseas y mejorar la motilidad gastrointestinal.

- Metoclopramida: 10 mg, oral; 20 mg, rectal; 10 mg, parenteral.
- Domperidona: 10-30 mg, oral; 30-60 mg, rectal.

Tratamiento preventivo

Está indicado cuando la frecuencia o intensidad de las crisis es alta o si la respuesta al tratamiento sintomático es pobre. Como norma general, se recomienda su empleo en monoterapia y en caso de eficacia, durante un periodo mínimo de 6 meses.

A. *Betabloqueantes*

- Propranolol: 40-160 mg diarios, oral, en 2-3 tomas.
- Nadolol: 40-120 mg diarios, oral, en 1 toma.
- Atenolol: 50-100 mg diarios, oral, en 1 toma.
- Metoprolol: 100-200 mg diarios, oral en 1 toma.

B. *Bloqueantes de los canales del calcio*

- Flunaricina: 2,5-5 mg diarios, oral, en 1 sola toma por la noche.
- Verapamilo: 160-360 mg diarios, repartidos en 2-3 tomas. En casos seleccionados pueden requerirse dosis mayores (720 mg o incluso superiores)

C. *Antidepresivos*

Están indicados especialmente cuando la migraña se asocia a cefalea de tensión. Los fármacos y dosis a emplear son los recomendados para la cefalea de tensión. Si coexiste depresión puede ser necesario emplear dosis superiores.

D. *Neuromodeladores*

Valproato y topiramato se utilizan principalmente en las migrañas con aura, en el aura migrañosa sin cefalea y en los casos de crisis muy frecuentes que no responden a otros tratamientos. La lamotrigina puede ser de utilidad en el tratamiento preventivo del aura migrañosa prolongada.

- Valproato sódico: 300-1.500 mg diarios, oral, repartidos en 1-2 tomas.
- Topiramato: 75-150 mg diarios, oral, en 1-2 tomas.
- Lamotrigina: 50-100 mg diarios, oral, en 1-2 tomas.

E. Antiserotoninicos

- Metisergida: 2-6 mg diarios, oral, en 3 tomas; máximo 4 meses de forma continuada. (No disponible en nuestro país)
- Pizotifeno: 0,5-1,5 mg diarios, oral, en 1 sola toma por la noche.

F. Otros

En ciertas situaciones clínicas (v.g., migraña menstrual) pueden ser de utilidad los AINE (AAS, naproxeno).

Estado de mal migrañoso

Es una situación clínica infrecuente. Es necesario realizar un diagnóstico correcto antes de instaurar el tratamiento. Considerar el ingreso hospitalario si la cefalea es muy intensa y ha persistido más de 5 días en ausencia de abuso de medicación. La pauta de tratamiento recomendada puede incluir rehidratación intravenosa, sedación, antieméticos, analgésicos o sumatriptán subcutáneo y esteroides (dexametasona: 8-16 mg i.v. inicialmente y 4 mg i.v. cada 8 horas; metilprednisolona: 60-120 mg i.v.; supresión gradual al cabo de 2-4 días).

CEFALEA DE TENSION

Tratamiento sintomático

Analgésicos o AINE, según la pauta aconsejada en la migraña. Si el paciente toma tratamiento sintomático más de 8 días al mes se recomienda tratamiento preventivo.

Tratamiento preventivo

Antidepresivos, en pautas no inferiores a 3 meses. Al inicio del tratamiento puede ser útil en algunos casos asociar benzodiacepinas.

- Antidepresivos tricíclicos:
 - Amitriptilina: 10-75 mg diarios, oral, en 1 toma por la noche.

- Imipramina: 25-75 mg diarios, oral, en 1 a 3 tomas, preferiblemente por la mañana.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, como alternativa a los tricíclicos.

CEFALEA EN RACIMOS

Tratamiento de las crisis

Combinar desde el inicio el tratamiento de las crisis con el tratamiento preventivo.

- Sumatriptán: 6 mg, subcutáneo, en cada ataque. No asociar con ergotamina.
- Oxígeno en mascarilla al 100%, inhalado a 7 L/min durante 5-20 minutos.

Tratamiento preventivo

Como norma general, el tratamiento preventivo debe mantenerse durante todo el racimo y suprimirse gradualmente tras un mes sin ataques.

- Prednisona: 1-1,5 mg/kg/día, oral, en una toma matutina y posterior supresión gradual en 2-3 semanas. Generalmente, se administra asociada a verapamilo, carbonato de litio o topiramato.
- Verapamilo: 240-360 mg diarios, en 2-3 tomas. En casos seleccionados pueden requerirse dosis mayores (720 mg o incluso superiores)
- Carbonato de litio: se comienza con 200 mg/12 horas y se aumenta progresivamente hasta mantener una litemia de 0,5-1,0 nmol/L. En las formas crónicas de cefalea en racimos el tratamiento de elección es el carbonato de litio en monoterapia o asociado a verapamilo.
- Topiramato: Escalada progresiva de dosis hasta 200-400 mg diarios repartidos en dos tomas.

- Ergotamina: 1-2 mg diarios, oral, 2 veces al día durante un período máximo de 6 semanas (si fracasan otros tratamientos). Los límites de seguridad parecen ser mayores que en la migraña.

NEURALGIA DEL TRIGÉMINO

Se recomienda la monoterapia, con dosificación gradual y progresiva del fármaco hasta lograr el efecto terapéutico o alcanzar la dosis máxima.

- Carbamacepina: 600-1.200 mg diarios, oral, en 3 tomas.
- Oxcarbacepina: 600-2.400 mg diarios, oral, en 2 tomas.
- Gabapentina: 900-2.400 mg diarios, oral, en 3 tomas.
- Pregabalina: 300-600 mg diarios, oral, en dos tomas.
- Baclofeno: 15-75 mg diarios, oral, en tres tomas.
- Difenilhidantoína: 200-400 mg diarios, oral, en 2-3 tomas.