

El médico en casa



Comprender la

Migraña

- ➔ Síntomas
- ➔ Factores desencadenantes
- ➔ Prevención y tratamiento
- ➔ Preguntas y respuestas



Dr. Feliu Titus
Dra. Patricia Pozo Rosich

Amat
editorial

Migraña

Migraña

Dr. Feliu Titus
Dra. Patricia Pozo Rosich



Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Autores: Feliu Titus, Patricia Pozo
Director de la colección: Emili Atmetlla

© Editorial Amat, S.L., Barcelona, 2009 (www.amateditorial.com)

ISBN(epub): 978-84-9735-415-8
Conversión: booqlab.com
Diseño cubierta: XicArt
Ilustraciones: Sergi Cámara

Referencias

Sobre los autores

Feliu Titus es especialista en Neurología y Medicina Interna. Desde 1986 es director de la Unidad de Cefalea en el Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona. Es autor de diversos libros, entre ellos Vencer la Migraña (2004), así como de numerosos artículos en revistas nacionales y extranjeras.

[Más información sobre el autor](#)

Patricia Pozo Rosich es especialista en Neurología, con especial dedicación al estudio de la cefalea. Desarrolla su actividad en la Unidad de Cefalea del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona y es Vocal del Grupo de Estudio de la Cefalea de la Sociedad Española de Neurología.

Sobre el libro

La migraña es una enfermedad que afecta por lo menos al 12 por ciento de la población adulta a nivel mundial. El dolor y los síntomas asociados a ella pueden invalidar al paciente durante uno o varios días al mes, y por lo tanto es el motivo neurológico de consulta más frecuente.

No existen pruebas de laboratorio o de imagen que confirmen el diagnóstico de esta dolencia, por lo tanto la información de este libro será de vital ayuda para que el paciente reconozca sus síntomas y pueda ofrecer a su médico la mejor descripción de su caso.

[Más información sobre el libro y/o material complementario](#)

[Otros libros de interés](#)

Amat
editorial
LIBROS PARA VIVIR MEJOR

Regístrese como usuario para **ACCEDER GRATIS** al material complementario de los libros

ENVÍO GRATUITO*
Entrega en **48 horas**
*Título por título, sujeto a stock

OBSEQUIO
Con cada pedido realizado a través de la página web

La Editorial Sala prensa Manuscritos Info librerías Catálogos Mi cuenta Mapa del sitio Distribución Títulos Contactar

Buscar
Buscar en este sitio:
Búsqueda avanzada

Nuestros libros
Empresa y Negocios
Management
Wharton School Publishing
Harvard Business
Control y contabilidad de gestión
Contabilidad financiera
Revista de contabilidad y dirección
Software de gestión
Finanzas empresariales
Bolsa y mercados
Marketing y ventas

Inicio » **Catálogo**

Amat editorial **ALIMENTACIÓN**

Catálogo en papel
¿Desea recibir nuestro catálogo en papel?

Cesta de compra
Cesta vacía

Catálogo digital
¿Desea recibir nuestro catálogo digital?

¿Cómo comprar?
Completar el proceso de compra con Mozilla Firefox.
Condiciones de venta
Búsqueda de libros
Empezar a comprar
Ver mi cesta

[Web de Amat Editorial](#)

Prólogo

1. Dolor de cabeza: síntoma o enfermedad
 - Introducción
 - Cefalea como síntoma
 - Cefalea. Clasificación según su origen
 - Cefaleas secundarias
 - Cefaleas primarias
 - Datos importantes para la valoración de una cefalea
 - Señales de alerta ante una cefalea

2. Migraña. Características generales
 - Descripción
 - Clasificación de la migraña
 - Características demográficas
 - Características propias de la crisis
 - Fisiopatología

3. Migraña sin aura o migraña común
 - El dolor en la crisis de migraña
 - Manifestaciones vegetativas
 - La hipersensibilidad a la estimulación de los sentidos
 - Los trastornos afectivos
 - Criterios diagnósticos

4. Migraña con aura o migraña clásica
 - Síntomas del aura
 - Otras formas de presentación de la migraña con aura
 - Criterios diagnósticos

5. Factores precipitantes del ataque de migraña
 - El estrés

El sueño
La dieta
El ciclo menstrual
La estimulación de los sentidos
Los cambios climáticos

6. Aspectos singulares de la migraña en la mujer
 - Migraña menstrual
 - Migraña y embarazo
 - Migraña y menopausia
7. Aspectos singulares de la migraña en el niño
 - Demografía, clínica y tratamiento
 - Síndromes periódicos de la infancia
8. Complicaciones de la migraña
 - Complicaciones de la evolución de la crisis
 - Complicaciones de la evolución de la enfermedad
9. Tratamiento de la migraña: Medidas y criterios generales
 - Medidas generales no farmacológicas
 - Criterios generales de la terapia farmacológica
 - Cuantificación del grado de discapacidad
10. Tratamiento de la crisis con medicación
 - Tratamiento inespecífico para el control de los síntomas
 - Tratamiento específico
11. Tratamiento preventivo
 - Prevención de la migraña sin medidas farmacológicas
 - Prevención de la migraña con medidas farmacológicas
12. Terapias alternativas o complementarias
 - Modificaciones dietéticas, vitaminas, hierbas y preparados botánicos
 - Tratamientos físicos
 - Tratamientos magnéticos
 - Tratamientos mentales

Epílogo

La cefalea representa el principal motivo de consulta para el neurólogo. Esto es así porque la frecuencia de este problema en la población general es muy alta. Podríamos calificar de verdaderamente afortunados a aquellos que presumen de no haber padecido nunca un dolor de cabeza.

Los conocimientos en esta área de la neurología no han dejado de crecer en los últimos años.

Cada día conocemos mejor cómo y por qué se producen los distintos tipos de cefalea. De forma paralela, nuestro arsenal terapéutico se ha incrementado sensiblemente, de tal forma que hoy en día estamos en condiciones de ofrecer respuestas eficaces a una gran mayoría de pacientes. Ambas circunstancias han contribuido, sin duda, a que un amplio colectivo de neurólogos haya mostrado un interés especial por estos problemas y se hayan puesto en marcha muchas consultas monográficas de cefalea a lo largo y ancho de nuestro país. Las múltiples actividades científicas realizadas al amparo de la Sociedad Española de Neurología y de su Grupo de Estudio de Cefalea avalan estas afirmaciones.

La información y formación a pacientes y público general es una faceta que, como neurólogos comprometidos, no sólo no debemos olvidar sino que es nuestra obligación potenciar. En este sentido son de agradecer obras como esta, de la colección «El médico en casa», en las que con un lenguaje claro y asequible, se hace un repaso general de las principales causas por las que una persona tiene dolor de cabeza. Si quien escribe la obra, como es el caso, es una persona curtida en esta patología, con una amplia experiencia tras el contacto directo con los pacientes y sus allegados, y con un reputado prestigio profesional entre sus colegas, mucho mejor. Es por ello para mí una satisfacción, tanto personal como institucional, prologar esta obra de los Doctores Feliu Titus y Patricia Pozo que, sin duda, dará respuesta a muchos de los interrogantes que pueden plantearse quienes padecen un dolor de cabeza de forma recurrente.

VALENTÍN MATEOS MARCOS

Neurólogo. Hospital Central de Asturias. Oviedo
Coordinador del Grupo de Estudio de la Cefalea.
Sociedad Española de Neurología

1. Dolor de cabeza: síntoma o enfermedad

Introducción

Al expresar un dolor de cabeza, que técnicamente denominamos cefalea, no alcanzamos un mayor significado clínico que la descripción de una topografía o localización de dolor. Corresponde por lo tanto a un síntoma. Si no establecemos una mayor aproximación diagnóstica en cuanto a la causa o bien al proceso que provoca este dolor, cualquier actuación con la finalidad de aliviarlo se reduce al mero intento de control sintomático.

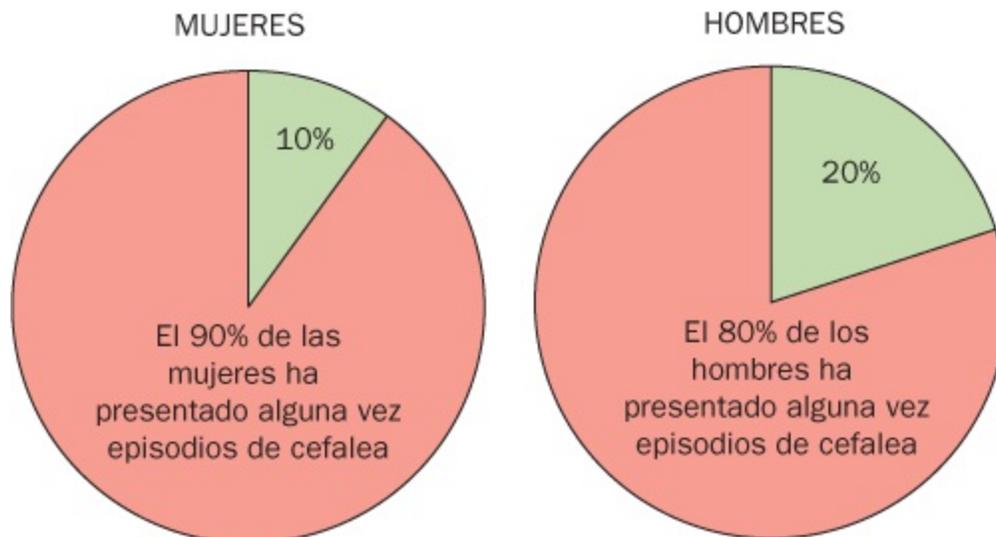
La definición concreta del dolor es: una experiencia sensorial desagradable que se produce ante un daño del organismo, ya sea real, potencial, o simplemente vivido como tal.

No debemos olvidar el aspecto positivo del dolor, ya que a través de su presencia recibimos información y nos percatamos de que algo no funciona bien. Ello hace posible elaborar una respuesta de defensa. Podemos concluir pues que, ante un dolor, el primer objetivo no es precisamente su alivio sino la determinación de su origen.

Cefalea como síntoma

La cefalea es una de las formas más frecuentes de presentación del dolor. Parece ser, además, muy específica de nuestra especie.

Resulta excepcional que una persona afirme no haber padecido nunca un dolor de cabeza. **Son cerca del 90% las mujeres y un 80% los varones que refieren la presentación de algún episodio de cefalea que alteró significativamente su estado de salud durante el año precedente.**



Puede presentarse un dolor de cabeza como manifestación sintomática en situaciones muy diversas. En relación con enfermedades o procesos de muy distinta gravedad, y con un carácter agudo, subagudo, crónico, episódico y recurrente.

La cefalea, por sus características, en muchos casos se convierte en lo que conocemos como el «síntoma guía para el diagnóstico». La forma de presentación, su intensidad, la localización del dolor, la concurrencia de otros síntomas, etcétera, pueden orientar el diagnóstico hacia una determinada enfermedad.

También puede ser un elemento importante del diagnóstico su presencia cuando nos alerta y nos lleva a realizar determinadas exploraciones, que pueden ser imprescindibles para establecer un diagnóstico definitivo.

Cefalea. Clasificación según su origen

Para facilitar el manejo práctico de actuación ante una cefalea y alcanzar un diagnóstico preciso de su causa, es necesaria una clasificación que recoja todas aquellas situaciones o enfermedades que pueden producir dolor de cabeza.

La clasificación actual de la cefalea, establecida por la International Headache Society (IHS) en el año 2004, distingue dos grandes grupos:

Cefaleas primarias

Incluyen todas las situaciones en las que el dolor de cabeza es el elemento único o principal.

- Migraña.
- Cefalea tipo tensión.

- Cefalea en racimos y otras cefaleas trigémino autonómicas.
- Grupo misceláneo de cefalea no asociada a alteraciones estructurales.

Cefaleas secundarias

Son todas aquellas en las que el dolor de cabeza es un síntoma más de una enfermedad concreta que posee una causa bien definida e identificable. Pueden estar asociadas, entre otros trastornos, a:

- Traumatismos craneales.
- Trastornos vasculares: embolias, trombosis, hemorragias, etcétera.
- Trastornos intracraneales de origen no vascular: meningitis no infecciosa, tumores, hidrocefalia, etcétera.
- Ingesta o supresión de determinadas sustancias: nitritos, glutamato, ciertos medicamentos, alcohol y resaca, etcétera.
- Infecciones: meningitis, gripe, tifus, mononucleosis infecciosa, etcétera.
- Trastornos de la homeostasis: falta de oxígeno, apnea de sueño, hipoglucemia, diálisis, etcétera.
- Alteraciones de estructuras faciales: sinusitis, trastornos oculares, otitis, procesos dentales, etcétera.
- Trastornos psiquiátricos.
- Neuralgias craneales y dolor facial de origen central: neuritis óptica, herpes zoster, neuralgia del trigémino, etcétera.

La clasificación de una cefalea según su origen es muy extensa. **No obstante, más del 90% de los pacientes que consultan al médico por este motivo, lo hacen por presentar una cefalea de carácter primario.** Esto nos permite concluir que la migraña y la cefalea de tensión son aquellas que más a menudo inducen a la consulta profesional.

Cefaleas secundarias

Podemos padecer un dolor de cabeza cuyo origen está en situaciones y enfermedades muy diversas, de un impacto patológico muy diferente.

Así, el dolor de cabeza con un inicio súbito y de gran intensidad que aparece con la presentación de una hemorragia subaracnoidea (que corresponde a un sangrado a nivel de las meninges, que son las estructuras de cubierta del cerebro), puede comportar un elevado índice de mortalidad.

Sin embargo, en el otro extremo de impacto, se puede decir que la causa más frecuente de cefalea secundaria es la que aparece asociada a la gripe. Aunque en estudios concretos y en determinados países, este primer puesto en cuanto a frecuencia entre las cefaleas secundarias corresponde al dolor de cabeza que se

presenta con la resaca.

Pese a que el paciente con cefalea habitualmente expresa temor de padecer lesiones intracraneales, (y en este sentido son especialmente invocados los tumores) conviene aclarar que **en menos del 0'5% de consultas debidas este síntoma, la cefalea está en relación con una enfermedad grave que implique un riesgo significativo en la expectativa de vida.**

Cefaleas primarias

Se incluyen en este concepto aquellas cefaleas en las que el dolor de cabeza es el núcleo principal de la dolencia y que no están relacionadas con una enfermedad o patología concreta. Se explica entonces que no dispongamos de ningún marcador para el diagnóstico (en el caso de las cefaleas primarias no existe ninguna prueba que nos permita su confirmación).

Por este motivo las hemos calificado como **un dolor sin imagen.**

Lo único que nos aporta cualquier examen o exploración que se pueda practicar son datos para la exclusión de otras causas que originen el dolor, es decir, que pudiera tratarse de una cefalea secundaria.

Según lo expuesto, la conclusión es que el diagnóstico de una cefalea primaria se apoya exclusivamente en el testimonio del paciente, en lo que refiere quien la padece. Por este motivo insistimos tanto en que el proceso de recogida de datos con el paciente (que conocemos como anamnesis) es el elemento más importante para el manejo de una cefalea.



El tratamiento de una cefalea se inicia con el diagnóstico.

Cuando una persona demanda atención por presentar dolor de cabeza, es conveniente o, mejor dicho, necesario, que aporte la máxima información respecto a su dolencia.

Datos importantes para la valoración de una cefalea

1. Características propias del dolor

- antecedentes familiares de cefalea
- edad en que aparece la primera manifestación de dolor de cabeza
- tiempo y forma de evolución (continua, progresiva, recurrente, cambiante, etcétera)
- forma de instauración (súbita, progresiva, en dos tiempos, etcétera)
- frecuencia (diaria, semanal, mensual, en tandas, ocasional, variable, etcétera)
- localización (en un punto, media cabeza, toda la cabeza, frontal, en la nuca, etcétera)
- duración (segundos, minutos, horas, días, semanas, meses, años)
- horario (mañana, tarde, noche, variable, etcétera)
- calidad (punzante, opresivo, como un latido doloroso, terebrante, etcétera)
- intensidad (leve, moderado, severa, insoportable)
- relación con el sueño (se presenta de noche, impide dormir, despierta del

- sueño, etcétera)
- relación con la actividad (no la afecta, la dificulta, la impide, la mejora)
- factores desencadenantes (tos, actividad física, sexual, estimulación cutánea, etcétera)
- factores agravantes (actividad física, traqueteo de la cabeza, ruidos, olores, etcétera)
- circunstancias aliviadoras (dormir, aislamiento, relajación, vómito, actividad, etcétera)

2. Síntomas y signos asociados al dolor

- palidez
- sudoración
- rigidez de nuca
- fotofobia, sonofobia, osmofobia (molesta la luz, los ruidos, los olores)
- náuseas, vómitos, diarrea
- trastorno de la visión (visión borrosa, visión doble, pérdida de visión, etcétera)
- hormigueo (en la cara, en la boca y lengua, en un brazo, en medio cuerpo, etcétera)
- trastornos del habla (pronunciar mal, no encontrar las palabras, etcétera)
- pérdida de fuerza (desviación de la boca, torpeza en una mano, fallo de las piernas, etcétera)
- vértigo
- confusión
- trastorno transitorio de memoria
- pérdida de conocimiento (desmayo, ataque epiléptico, etcétera)

Si somos capaces de conocer y, por tanto, de dar información sobre todos estos aspectos, nos podremos acercar mucho a la causa precisa del dolor de cabeza que nos aqueja. En el ámbito médico se acepta que: «si disponemos de 30 minutos para valorar un paciente con dolor de cabeza, debemos dedicar 29 a su anamnesis», es decir, a valorar lo que nos refiere el paciente acerca de las características de su dolor.

Entonces, haremos cierta la clásica afirmación de que el tratamiento de una cefalea se inicia con el diagnóstico.

Señales de alerta ante una cefalea

En ocasiones, cuando se observan determinadas características del dolor de cabeza, se debe activar la alerta y dirigirse a una consulta profesional. Nos referimos a situaciones como las siguientes:

- aparición reciente, inicio brusco y gran intensidad
- empeoramiento progresivo
- inicio después de los 50 años
- cefalea desencadenada por el ejercicio físico
- incremento rápido de frecuencia o intensidad
- disminución del nivel de alerta (disminución del nivel de atención y vigilancia)
- rigidez de nuca (signos meníngeos)
- cefalea que aparece o empeora significativamente al incorporarse
- cefalea asociada a fiebre
- cefalea asociada a síntomas de disfunción neurológica (como trastornos de la visión, pérdida de fuerza en una extremidad, alteración de la sensibilidad, etcétera)
- concurrencia de episodios de cefalea y de ataques epilépticos
- «la peor cefalea de mi vida»
- el fracaso de las medidas de tratamiento sintomático

Puntos clave:

- La cefalea es un dolor frecuente. Corresponde a un síntoma que nos debe conducir a una aproximación diagnóstica de su causa.
- Cuando la cefalea por sí misma es el núcleo principal de la dolencia, la reconocemos como una cefalea primaria.
- Más del 90% de casos en que los pacientes consultan al médico por un dolor de cabeza, se trata de una cefalea primaria.
- En el caso de las cefaleas primarias no disponemos de ningún marcador para confirmar el diagnóstico. Éste se funda exclusivamente en los datos de la historia clínica. Por este motivo, es preciso aportar al médico la mayor y más objetiva información.
- Practicar cualquier tipo de exploración (como electroencefalograma, TAC, etcétera) sólo permite descartar otras causas del dolor.

2. Migraña. Características generales

Descripción

El término migraña, que es sinónimo de jaqueca, denomina una situación patológica que se manifiesta por la presentación repetida de ataques, cuya evolución es autolimitada en el tiempo (es decir, que se produce una remisión espontánea incluso sin tratamiento), con una duración que varía entre las 4 y las 72 horas.

El ataque de migraña no es simplemente un dolor de cabeza. Se trata de una situación más compleja que generalmente conlleva una notable limitación de la capacidad funcional del individuo, de forma que dificulta o impide mantener la actividad y es, por tanto, incapacitante.

Junto al dolor, que suele empeorar con la movilización de la cabeza, suelen aparecer trastornos vegetativos de carácter digestivo (es frecuente la presentación de náuseas, vómitos e incluso diarrea).

Existe además una alteración en la percepción de cualquier tipo de estímulo. Molesta la luz, los ruidos, a menudo también los olores, e incluso la discreta presión que puede ejercer el peso de unas gafas.

Durante las crisis suelen aparecer también alteraciones afectivas. Es frecuente la presencia de manifestaciones depresivas y signos de ansiedad.

Alrededor del 25% de las crisis de migraña corresponden a lo que conocemos como migraña clásica, o con aura.



El dolor de cabeza es el principal síntoma de la migraña, aunque no el único.

El aura, que define esta forma de presentación de la migraña, se caracteriza porque junto a la presencia de las manifestaciones ya descritas como propias del ataque de migraña sin aura aparecen signos y síntomas de disfunción neurológica focal, que son de carácter transitorio como, por ejemplo, alteración de la visión, trastornos del habla, hormigueos, cuadro confusional, etcétera.

Clasificación de la migraña

El intento de clasificación de la migraña resulta un tanto artificioso, porque toma como elemento diferencial las características de la crisis. En realidad, lo que clasificamos son las diferentes formas de presentación del ataque. **Entre un 70 y 80 por ciento de migrañosos presentan crisis sin aura.** Tan sólo un 10% presentan de forma exclusiva crisis con aura, y un 20% de los migrañosos intercalan en sus repetidos episodios crisis con aura y crisis sin aura. No podemos, por tanto, establecer formas distintas de la enfermedad, aunque sí identificar el tipo de crisis, con el fin de facilitar el manejo práctico.

- Migraña sin aura (migraña común)
- Migraña con aura (migraña clásica)
 - migraña con aura típica con cefalea tipo migraña
 - migraña con aura típica con cefalea no migrañosa
 - migraña hemipléjica familiar
 - migraña hemipléjica esporádica
 - migraña basilar
 - aura migrañosa sin cefalea
- Migraña retiniana
- Síndromes periódicos de la infancia
 - vértigo paroxístico benigno
 - vómitos cíclicos
 - migraña abdominal

Características demográficas

¿Está determinada genéticamente?

Clínicamente, se puede detectar una elevada incidencia familiar de la enfermedad. La existencia de antecedentes familiares de esta dolencia se confirma en más del 70% de migrañosos. No se registran diferencias significativas al respecto entre los que presentan crisis de migraña con aura o sin aura.

El que se muestre una elevada incidencia familiar no implica necesariamente que se trate de una enfermedad hereditaria. Una familia no es únicamente una concordancia genética, sino también una circunstancia ambiental, con gran significado en el aspecto formativo del individuo y, por tanto, con capacidad de condicionar una respuesta frente a diversas situaciones.

En determinadas formas clínicas, como es el caso de la migraña hemipléjica familiar, sí se ha demostrado una alteración genética concreta (cromosoma 19 y cromosoma 1).

Queda por demostrar la existencia de un factor genético determinante en las formas más comunes de presentación de la migraña. Se sospecha que puede tratarse de la transmisión de múltiples factores, en cuyo caso podríamos decir que el legado no sería el de la migraña en sí, sino el de un determinado perfil biológico que propiciaría la presentación de los ataques.

Edad de inicio

La migraña se puede iniciar en cualquier momento de la vida.

Se calcula que alrededor del 20% de los casos comienza en la primera década y se puede observar, por tanto, en niños de corta edad. La mayor incidencia se produce, sin embargo, en la segunda década, que incluye los cambios propios de la pubertad, siendo destacable en este sentido la menarquía (aparición de la menstruación) en las niñas. Se acumula en este periodo cerca del 50% de casos nuevos.

Tan solo un 7% de migrañosos inician su enfermedad, las crisis de migraña, después de los 50 años.

La media de edad de comienzo de presentación de crisis se sitúa en los 17 años. Es, por tanto, una enfermedad de inicio relativamente precoz. En 8 de cada 10 casos se presenta antes de los 30 años.

Frecuencia (prevalencia)

Es una enfermedad de muy elevada prevalencia. Su presencia se reconoce a través de los tiempos y con una general distribución geográfica. La descripción de la dolencia se pierde en los confines de la historia, porque aunque se atribuye a Areteo de Capadocia en el siglo II, existen ya referencias a la cefalea acompañada de un trastorno de visión en el papiro de Ebers (1550 a. C.) y en poemas sumerios. Cuando se aplican de forma estricta los criterios de diagnóstico, no se observan diferencias significativas de frecuencia de presentación por razones geográficas, raciales o culturales.

En la investigación de este dato en España (1992) se obtuvo que un 12% de la población padece migraña.

Distribución por sexos

En una consideración global existe un claro predominio de la migraña en la mujer frente al hombre, en una proporción de 2-3 a 1. En el referido estudio de prevalencia en España, del 12% de afectación general, corresponde un 8% a los varones y un 17% a las mujeres. Un hecho a destacar es que esta diferencia en la distribución por sexos no se hace evidente hasta después de la pubertad. En la infancia, la migraña muestra una frecuencia similar en ambos sexos. Se confirma incluso la particularidad de un inicio más precoz en el niño.

Estos datos permiten concluir que la diferente distribución por sexos de la migraña responde a un hecho biológico y no a factores sociales. Los cambios hormonales propios del ciclo menstrual de la mujer son el factor que la determina. De hecho, tras la menopausia existe una clara tendencia a la aproximación de la frecuencia de migraña en ambos sexos.

Características propias de las crisis

Síntomas premonitorios

Se trata de síntomas de expresión muy diversa que generalmente traducen una alteración psicológica o neuroendocrina (hormonal). Pueden anticiparse hasta 48 horas al inicio del ataque de migraña.

Habitualmente, se trata de polidipsia (muchísima sed), polifagia (muchísima hambre), poliuria o bien oliguria (aumento o disminución de la emisión de orina), irritabilidad, euforia, decaimiento, agitación psicomotriz, etcétera.

Su presencia, según algunos autores, se registra hasta en un 30 % de crisis.

Consideramos que esta cuantificación resulta muy difícil, porque si bien estos síntomas se pueden considerar una manifestación anticipada de la crisis, también pueden corresponder a la expresión neuroendocrina de una alteración afectiva. En cuyo caso no estaría integrada en la crisis, sino que representaría más bien su elemento desencadenante.

Frecuencia y periodicidad

Podremos observar al exponer los criterios para el diagnóstico que en ellos no se hace ninguna referencia a la frecuencia con que se presentan las crisis. De hecho, existe una gran variabilidad de este parámetro que se da no sólo a nivel interindividual sino incluso en el mismo individuo a lo largo de su vida. Para efectuar el diagnóstico es necesario que exista recurrencia, es decir, que los ataques se hayan dado repetidamente.

Para establecer el diagnóstico de la migraña sin aura se requiere haber presentado al menos 5 episodios, y sólo 2 cuando se trata de crisis con aura. Esto quiere decir que se puede considerar migrañosa una persona que haya padecido muy escasos episodios de crisis a lo largo de su vida.

En estudios epidemiológicos basados en pacientes que consultan al médico por una migraña, más de un 50% lo hacen por presentar de una a cuatro crisis al mes.

En cuanto a la periodicidad en la presentación, es evidente en el caso de la migraña menstrual que hay una relación directa con esta circunstancia. Puede corresponder a crisis con aura o sin aura.

La migraña sin aura se produce con mayor frecuencia los fines de semana,

mientras que la migraña con aura predomina en primavera.

Duración y horario de presentación

La sensación de autolimitación durante la crisis se reconoce como un elemento de diagnóstico. La duración máxima que se acepta para un ataque de migraña es de tres días.

Tras una crisis severa, especialmente si es de evolución prolongada (hasta tres días), puede persistir al día siguiente una cefalea de características distintas que valoramos como «resaca».

Un ataque o crisis prolongado por un periodo de tiempo superior a los tres días, nos introduce ya en otro concepto, el de «estado migrañoso». Lo reconocemos como una complicación evolutiva de la crisis de migraña.

El límite inferior de duración del ataque se establece en 4 horas para el adulto. Se requiere esta duración con el fin de que alcance la entidad suficiente para ser valorado como tal. En el caso del niño se considera necesaria una duración del ataque mínima de dos horas para ser considerada suficiente.

En la mayoría de casos, la crisis se prolonga por un tiempo inferior a las 24 horas, aunque no es excepcional que pueda persistir hasta los tres días, situación frecuente en la migraña menstrual.

Fisiopatología

No se conoce bien del todo lo que ocurre en el organismo cuando se produce un ataque de migraña. Resulta por lo tanto imposible describir detalladamente, paso a paso, el mecanismo de su desarrollo.

Sí es posible, en cambio, centrar conceptualmente el tema con la afirmación de que la crisis de migraña es una alteración biológica transitoria, en la que están implicados el cerebro, sus cubiertas (las meninges) y sus vasos (sistema arterial y venoso).

No se trata, por tanto, de una dolencia del espíritu ni de la mente, sino del cerebro.

Es notorio que el ataque de migraña no es sólo una manifestación de dolor. Es una situación mucho más compleja que incorpora multitud de síntomas. Entendida así, resulta difícil reconocer un mecanismo unitario que dé explicación al dolor, a los síntomas del aura, a los pródromos (malestar que precede a una enfermedad), a las manifestaciones digestivas y al resto del cortejo de síntomas.

Una imagen muy ilustrativa de lo que sucede durante la crisis de migraña nos la puede dar su comparación con el rubor. La cara se sonroja por un fenómeno vasomotor: las arterias o arteriolas se dilatan en un territorio determinado, en este caso, la cara. Este fenómeno se puede reproducir ante estímulos de estirpe muy diversa, como un estado emocional, un incremento de temperatura ambiental, la ingesta de un vaso de vino, la actividad física, etcétera.

Si cambiamos el territorio donde se desarrolla el fenómeno vasomotor y nos situamos en la corteza cerebral y las estructuras que la envuelven, es decir, las meninges (en lugar de hacerlo en la cara) podremos entender mejor el mecanismo que desencadena el dolor y los síntomas de disfunción cortical (alteración de la visión, del tacto, del lenguaje, etcétera) propios del aura. Actualmente, sabemos que para la provocación y el desarrollo de la crisis de migraña se requiere la participación de los vasos sanguíneos, con su capacidad de contracción y dilatación, y también, por otra parte, de las neuronas. En este concepto se basa la teoría neurovascular.

La explicación de cómo se produce el dolor en la migraña se obtuvo gracias a la descripción del sistema trigéminovascular (Moscowitz 1979). El cerebro no duele. La información dolorosa parte de estructuras como los huesos, los vasos sanguíneos, las meninges o los nervios craneales con capacidad sensitiva (del que su máximo exponente es el nervio trigémino).

El núcleo del nervio trigémino, situado en el tronco cerebral, actúa como estación de enlace que recibe por un lado información procedente de las estructuras sensibles de la cabeza (incluidos los vasos sanguíneos) y envía mensajes a través del nervio que pueden determinar el calibre de los vasos en los que provocan una vasodilatación o vasoconstricción. Al mismo tiempo, de este núcleo parte información que se dirige a estructuras cerebrales superiores, para que sea decodificada e interpretada y, en consecuencia, el dolor se haga consciente.

La activación de este sistema comporta una dilatación de las arterias, con aumento de la permeabilidad de sus paredes que permite la salida del vaso sanguíneo de productos con capacidad para provocar una respuesta inflamatoria, localizada a nivel meníngeo. Es lo que se denomina inflamación neurógena estéril. El mecanismo recordaría pues al de una meningitis, aunque en este caso no es un agente infeccioso quien lo desencadena.

Puntos clave:

- La migraña es una dolencia que se caracteriza por la presentación repetida de ataques (crisis). La frecuencia de presentación de estos

ataques es muy variable.

- Es erróneo denominar migraña a cualquier dolor de cabeza. La definición de migraña requiere que se cumplan unos criterios de diagnóstico muy concretos.
- El dolor de cabeza es uno más entre los síntomas que concurren en la expresión clínica del ataque de migraña.
- La dolencia afecta a un elevado número de personas (12 % de la población) y además adquiere un claro predominio en la mujer (17%) respecto al varón (8%).

3. Migraña sin aura o migraña común

Es la forma de presentación más frecuente de la crisis de migraña.

Como ya se ha mencionado previamente, su diagnóstico se basa estrictamente en los datos que provienen de la observación clínica.

El dolor en la crisis de migraña

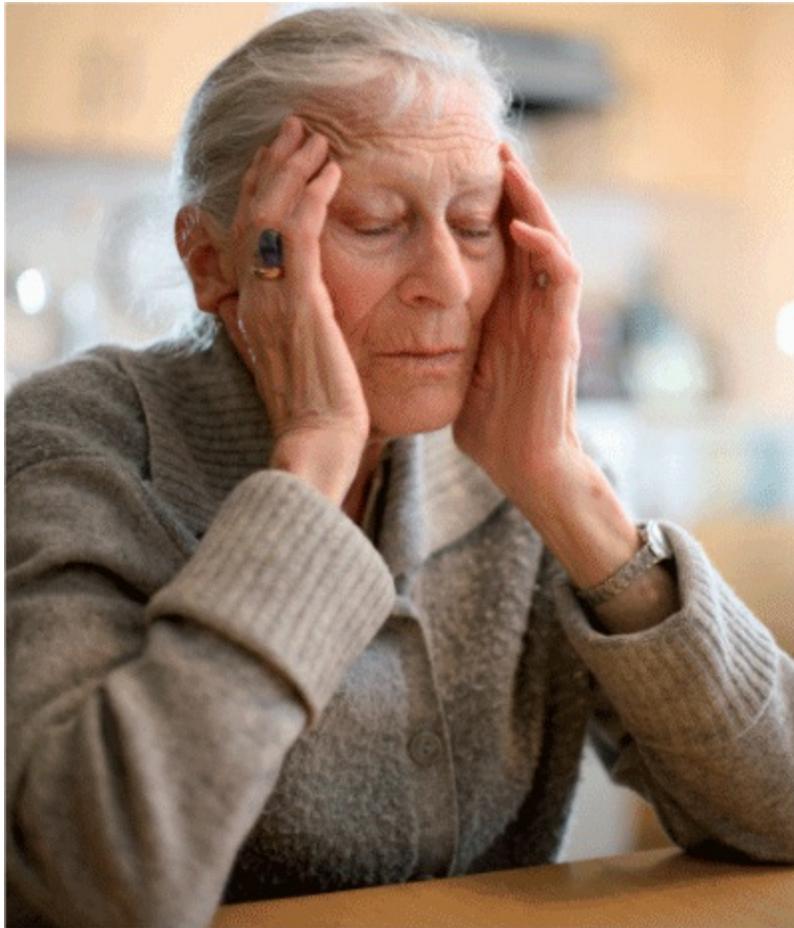
Su intensidad se valora siempre como moderada o intensa, es decir, no se le reconoce un carácter leve. Este factor se cuantifica mediante el grado de dificultad para mantener la actividad diaria habitual.

Escala de cuantificación del dolor:

0. Ausencia de dolor
1. Dolor leve que permite mantener la actividad habitual
2. Dolor moderado que permite seguir la actividad con dificultad
3. Dolor severo que impide la actividad
4. Dolor muy intenso que comporta una limitación absoluta

Es característico del dolor de la migraña que se instaure en el transcurso de minutos u horas, aumentando de forma gradual y progresiva. El inicio brusco del dolor es excepcional en la migraña.

Otro rasgo muy característico del dolor es que se incrementa con la movilización de la cabeza, lo que reconocemos como el signo del traqueteo. Decimos que es positivo cuando se confirma la agravación del dolor al agacharse o al subir escaleras (que retumba la cabeza). Su presencia alcanza una gran importancia para el diagnóstico de migraña.



Tanto la intensidad, como la localización, como el tipo de dolor de cabeza varían en los ataques de migraña.

Su carácter. Es muy habitual que sus características sean cambiantes en el transcurso de la crisis. Puede ser de tipo punzante u opresivo, pero lo más característico es que sea pulsátil (que se percibe como un martilleo repetido en la cabeza). De hecho esta característica se confirma, en algún momento de la evolución de la crisis, en un 80% de casos.

La localización del dolor. A pesar de que es el rasgo que dio nombre a la migraña (hemicránea, es decir, un lado de la cabeza), sólo en un 60% de casos es estrictamente hemicraneal. Con frecuencia, cambia su localización y no ocurre solamente en diferentes crisis, sino que lo hace incluso en el transcurso del mismo ataque. A menudo es difuso, afectando toda la cabeza, o también a ambas sienas. La localización o irradiación del dolor a la cara es excepcional.

Las manifestaciones vegetativas

Uno de los factores que adquiere mayor relevancia para el diagnóstico es la presencia de manifestaciones de carácter vegetativo asociadas al dolor de la migraña. Pueden ser de tipo digestivo (nauseas, vómitos, diarrea), visual (fotofobia, es decir, molesta la luz), cutáneo (palidez, frialdad), etcétera.

Los síntomas digestivos asociados al dolor de cabeza suelen ser tan evidentes que se han convertido en uno de los criterios de diagnóstico de la migraña con mayor significado, especialmente para la migraña sin aura. Pueden adquirir una intensidad y persistencia muy diferente en cada paciente.

Reconocen aquejar sensación nauseosa o náuseas cerca del 90% de migrañosos. Alrededor del 50% presentan vómitos, que pueden ser alimentarios o simplemente biliosos. Como no se trata de un vómito digestivo sino de origen central, es decir, producido por la activación de determinadas áreas del cerebro, no tendrá relación alguna con el contenido gástrico. Un 6% de migrañosos refieren la presentación de diarrea durante o después de sus crisis.

La hipersensibilidad a la estimulación de los sentidos

La que es reconocida más frecuentemente es la poca tolerancia a la luz, la fotofobia, que refieren un 80% de migrañosos durante la crisis. Algo menor, en un 70%, es la presencia de sonofobia, es decir, hipersensibilidad a los ruidos. También aparece, aunque con una frecuencia mucho menor, la osmofobia (hipersensibilidad molesta frente a estímulos olfativos).

Todas estas manifestaciones justifican la tendencia espontánea del migrañoso a mantener durante sus crisis el máximo aislamiento. Es frecuente que quien padece migraña, refiera que en su entorno familiar se reconoce y acepta que durante el ataque lo que realmente necesita, es «que le dejen en paz».

Los trastornos afectivos

Es muy habitual que durante el ataque de migraña el paciente exprese una franca sensación de impotencia y de frustración. En algún caso, adopta una clara sintomatología depresiva que desaparece tras la mejoría de la crisis, pudiendo presentar incluso en ese momento una cierta sensación de euforia. En otros casos la crisis se acompaña de signos evidentes de ansiedad, lo cual no contribuye a la buena evolución del proceso, porque distorsiona la necesaria tranquilidad que requiere la situación.

Criterios diagnósticos

Se han establecido los criterios siguientes para el diagnóstico de migraña sin aura, con un consenso internacional (IHS):

- A. Haber presentado 5 episodios como mínimo que cumplan los criterios B-D

- B. Ataques de cefalea cuya duración varíe entre 4 y 72 horas
- C. La cefalea ha de cumplir al menos dos de las siguientes características:
 - 1. localización unilateral
 - 2. cualidad pulsátil
 - 3. intensidad moderada o severa intensidad moderada o severa (dificulta o impide la actividad)
 - 4. se agrava con la actividad física
- D. Durante el ataque debe haber al menos uno de los dos síntomas siguientes:
 - 1. náuseas, vómitos o ambos
 - 2. fotofobia y fonofobia
- E. Deben ser excluidas otras causas potenciales de la cefalea

Puntos clave:

- La crisis de migraña sin aura o migraña común es la forma más frecuente de presentación de la migraña.
- La crisis de migraña comporta un cierto grado de limitación funcional. Resulta invalidante en mayor o menor grado, por lo cual es difícil hacerla compatible con las actividades de la vida diaria.
- La presencia de síntomas digestivos (náuseas/vómitos) es muy significativa para el diagnóstico. Su ausencia no excluye el diagnóstico de migraña.
- Que la crisis empeore con la actividad física o con la simple movilización de la cabeza es una circunstancia que se detecta ya precozmente en el caso de migraña. Se describe como el signo del traqueteo positivo.

4. Migraña con aura o migraña clásica

La crisis de migraña con aura viene definida por la presencia de síntomas neurológicos que expresan una alteración en la función de una zona concreta de la corteza cerebral o del tronco cerebral. Es lo que conocemos como aura de la migraña.

Lo propio de los síntomas del aura es que se desarrollen de forma gradual entre los 5 y 20 primeros minutos. Persisten por un tiempo inferior a los 60 minutos. La remisión del trastorno es completa.

La migraña con aura muestra un carácter recurrente, es decir, que se produce de forma repetida aunque con una frecuencia de presentación muy variable para cada migrañoso. En general, las crisis con aura se registran con menor frecuencia que las crisis sin aura. No es excepcional que su media de presentación sea de 4 a 6 crisis al año.

Síntomas del aura

Visuales

El síntoma más frecuente del aura migrañosa es el trastorno de visión. Lo reconocen el 85% de los pacientes que presentan este tipo de crisis. Su expresión es muy diversa, a veces descrita como una visión borrosa, o como ver a través de un cristal esmerilado o de una cortina de agua. También se describe la visión en mosaico, que es como ver a través de un espejo roto. En otros casos, el trastorno visual es más complejo: pérdida de la visión tridimensional (visión en plano), visión deformada de los objetos, alteración de la percepción del tamaño de las cosas, pérdida de la capacidad de discriminación cromática, (visión en blanco y negro) etcétera.

Aunque, como vemos, la forma en que se manifiesta el trastorno visual puede ser muy diversa, el síntoma más clásico es la percepción del escotoma centelleante. Escotoma significa oscuridad o sombra. Lo centelleante se manifiesta como una banda (en forma de gusano) brillante que aparece en un

punto determinado del campo visual, generalmente en un extremo, que se desplaza lentamente (a unos tres milímetros por minuto) dejando una estela oscura (sin visión) en su recorrido. A menudo alcanza la mitad del campo de visión, de forma que quien lo presenta observa tan solo la mitad derecha o izquierda del espacio visual, por ejemplo, la mitad de la cara de su interlocutor.



La visión borrosa es una de las manifestaciones del aura migrañosa.

Cualquiera de los síntomas visuales del aura de la migraña se instaura y también remite de forma progresiva, en minutos. Su persistencia o duración, característica es de alrededor de 20 minutos.

Es importante recalcar que el trastorno de la visión no corresponde a una alteración ocular. Pese a que miramos con los ojos, en realidad vemos gracias al cerebro. Mediante el sistema ocular obtenemos la información, pero ésta debe ser conducida a través de las vías ópticas hasta el cerebro, donde el mensaje será interpretado. Se trata pues de un trastorno neurológico funcional, como son los demás síntomas del aura que describiremos a continuación, los cuales pueden aparecer de forma aislada, o bien asociados a los visuales.

Sensitivos

Otro de los síntomas típicos del aura migrañosa es el trastorno de la sensibilidad. Se presenta en un 40% de casos en los que se presenta aura. Lo común es que se exprese como un hormigueo que puede iniciarse tanto en una mitad de la cara o bien en una mano, y que se va extendiendo lentamente, como mancha de aceite, en un sentido u otro durante varios minutos.

Al extenderse, este hormigueo suele alcanzar nuevos territorios y puede llegar a afectar a todo un hemicuerpo (la cara, el brazo e incluso la pierna). A medida que se va extendiendo, suele ir remitiendo en el lugar de origen.

La persistencia habitual es de unos 20 minutos.

Puede presentarse de forma aislada, como única expresión del aura, o bien hacerlo, como es más frecuente, junto a un trastorno de visión que generalmente lo antecede.

De lenguaje

Entre los síntomas del aura es frecuente la presencia de trastornos del lenguaje. Pueden manifestarse tanto por una dificultad en su elaboración, porque resulte difícil encontrar las palabras en el proceso mental, como por intercalar erróneamente las sílabas al construir la palabra, porque aun siendo correcto el proceso mental se emite de forma defectuosa.

Varios

Los síntomas neurológicos descritos son los más frecuentemente observados como expresión del aura. Sin embargo pueden presentarse otros muy diversos, como estados confusionales, conductas automáticas, pérdida global y transitoria de la memoria, desorientación en espacio y tiempo, fluctuaciones en la capacidad auditiva, vértigo, pérdida transitoria de fuerza, sueño invencible, etcétera. En estos casos se cumplen también las características generales del aura: su instauración progresiva, su presencia asociada a otros síntomas, su persistencia alrededor de media hora y su remisión completa.

Otras formas de presentación de la migraña con aura

Migraña hemipléjica familiar

La expresión del aura se caracteriza por la presentación de forma progresiva de un déficit motor (una pérdida de fuerza) que puede ser más o menos extenso, afectando a una mano o a todo un hemicuerpo (todo un lado del cuerpo) y que puede ser más o menos intenso, desde una ligera pérdida de fuerza a una pérdida completa de la capacidad de movimiento de un miembro o de todo un lado (hemiplejia).

Este trastorno es de carácter transitorio, con una remisión completa, sin secuelas, aunque puede persistir hasta 24 horas. Es habitual que la pérdida de fuerza no se presente de forma aislada, sino coexistiendo con otros síntomas propios del aura, como los visuales, sensitivos o de lenguaje.

Cuando esta situación se reproduce ampliamente dentro un contexto familiar se define esta forma clínica. Ha adquirido especial relieve, porque se ha podido demostrar una transmisión genética ligada a unos genes concretos del

cromosoma 19 y del cromosoma 1.

Se puede presentar también sin que consten antecedentes en la familia (son las que denominamos formas esporádicas).

Migraña basilar

Recoge la situación de una migraña con aura en la que la expresión clínica (los síntomas del aura) traduce la participación exclusiva del territorio cortical cerebral irrigado por una arteria concreta, la basilar. Los síntomas propios de esta forma de presentación del aura son: visuales, vértigo, visión doble, zumbidos de oídos, trastornos de la audición, hormigueos de localización bilateral y trastornos de conciencia.

Aura migrañosa sin cefalea

Conocida también como equivalente migrañoso. Se trata de la presentación de episodios repetidos de disfunción neurológica cortical transitoria, es decir, de los síntomas propios del aura migrañosa, pero que en este caso no se acompañan de cefalea ni de otros síntomas presentes en la crisis de migraña.

Aunque pueden presentarse de forma aislada, hecho excepcional, lo común es que sean observados en pacientes con antecedentes de migraña, en los que la presencia de estos episodios equivalentes migrañosos se intercalen con crisis típica de migraña con y/o sin aura. Las formas clínicas más habituales son: el escotoma centelleante episódico, el vértigo recurrente benigno y los hormigueos alrededor de la boca.

Criterios diagnósticos

Se han establecido los criterios siguientes para el diagnóstico de migraña con aura, con un consenso internacional (IHS):

- A. Haber presentado dos episodios, como mínimo, que cumplan el criterio B.
- B. El aura ha de cumplir al menos tres de las cuatro características siguientes:
 1. Uno o más síntomas completamente reversibles del aura que indiquen disfunción cortical, del tronco cerebral, o de ambos.
 2. Por lo menos, uno de los síntomas del aura se desarrolla gradualmente durante más de 4 minutos o aparecen dos o más síntomas sucesivamente.
 3. Ninguno de los síntomas del aura persiste más de 60 minutos. Si aparece más de un síntoma, la duración aceptada aumenta proporcionalmente.

4. La cefalea sigue al aura con un intervalo libre de menos de 60 minutos. (Puede empezar antes o al mismo tiempo que el aura.)
- C. Deben ser excluidas otras causas potenciales del trastorno neurológico.

Puntos clave:

- Los síntomas del aura son expresión de una disfunción neurológica transitoria de la corteza cerebral. Su instauración es progresiva, lenta (en minutos). Su duración es de unos 20 a 30 minutos.
- El aura se presenta sólo en un 20-25 % de los ataques de migraña. En general, precediendo al dolor de cabeza.
- Los síntomas más habituales del aura son, por orden de frecuencia: trastorno de la visión, alteración de la sensibilidad (hormigueo), dificultad para la expresión del lenguaje, estado confuso, vértigo, etcétera. Puede presentarse uno solo o varios de ellos.
- No es excepcional que los síntomas propios del aura se presenten de forma aislada, sin que se registre dolor de cabeza.

5. Factores precipitantes de la migraña

Son factores precipitantes o desencadenantes de la crisis de migraña todos aquellos elementos o situaciones que, siendo de carácter muy diverso, sea biológico, psicológico, o ambiental, pueden provocar un ataque.

Un elevado porcentaje de personas migrañosas, cerca del 70%, reconoce en algún elemento concreto la capacidad de desencadenar sus crisis. Muchos refieren un amplio listado de situaciones desencadenantes, mientras que otros relacionan sus ataques con situaciones muy concretas. Suelen ser una media de cuatro factores desencadenantes en cada migrañoso, sin olvidar que un 30% no reconoce ninguno.

Los más habituales son:

El estrés

La circunstancia invocada con mayor frecuencia por las personas con migraña como desencadenante de sus crisis, es el estrés. Reconocen este factor como el elemento que más habitualmente precipita sus ataques alrededor del 60% de los migrañosos.

No se observan diferencias significativas al respecto entre ambos sexos. Sí existe una clara diferencia en cuanto a la edad, siendo entre los 30 y los 45 años cuando su presencia es mayor.

Sin embargo, en el niño también se registra este precipitante, aunque su detección se haga de forma más indirecta. En estudios para esta valoración desarrollados en el periodo escolar se confirma que en la época de exámenes se produce una mayor incidencia de crisis.

A cualquier edad se puede observar un curioso fenómeno desencadenante de la migraña en relación con el estrés. El ataque se produce de forma anticipada a

una situación emocional, ya sea de carácter positivo o negativo. No es excepcional que en el niño se presente una crisis con la emoción de los preparativos de un viaje deseado, o que un adulto cancele en el último momento reuniones de gran trascendencia o compromisos sociales por la tensión emocional que pueden comportar.



Una situación estresante puede estar a menudo en el origen de la migraña.

La capacidad desencadenante de la migraña que se vincula con situaciones de tensión mantenida es más propia de las crisis de migraña sin aura. En cambio, es mucho más frecuente que una situación de choque emocional, como puede ser una discusión, un sobresalto o un disgusto, provoquen como respuesta inmediata un ataque de migraña con aura.

Es también muy común que el ataque se presente, no en el momento de máxima tensión, sino cuando se produce la relajación después del estrés.

De hecho, aunque el migrañoso no esté sometido necesariamente a una situación vital distinta de los demás, sí es cierto que muestra una mayor dificultad de adaptación en los momentos de cambio.

El sueño

¿Cómo incide el sueño en la migraña? Existe una relación evidente que se confirma en un triple aspecto. Se reconoce la capacidad desencadenante de migraña cuando se rompe el ritmo en el dormir, y también el hecho de dormir más de lo habitual o dormir menos. Este desencadenante lo reconocen

alrededor de un 35% de pacientes.

En el ámbito clínico, también se objetiva una relación con el sueño, ya que muchas crisis, especialmente de migraña basilar, se inician con somnolencia e incluso con una imperiosa necesidad de bostezar. Asimismo, el sueño tiene una relación terapéutica con la migraña, que es mucho más evidente en el niño y que consiste en la remisión del ataque cuando logra dormir.

En general, la crisis permite conciliar el sueño, aunque puede persistir y manifestarse de nuevo al despertar. Es poco frecuente que la migraña interrumpa el sueño. Es más habitual que el migrañoso despierte con dolor que por el dolor. Si se despierta por el dolor, nos debemos plantear otros diagnósticos como la cefalea en racimos, la cefalea hípica o bien la cefalea por abuso de consumo de analgésicos.

Cuando la alteración del ritmo del sueño se produce de forma sistemática, como en el caso de la actividad laboral por turnos, o bien el régimen de guardias, la agravación evolutiva de la migraña es motivo suficiente para buscar alternativas a esta situación.

Una alteración de la calidad del sueño con despertares repetidos, aunque mantengamos el mismo horario para dormir, puede actuar también como desencadenante.

Este factor, el cambio en el ritmo de sueño que suele producirse en el fin de semana, es uno de los elementos que justifican el que la migraña adquiera con frecuencia un perfil de presentación, como la cefalea del fin de semana.

La dieta

La relación de la alimentación con la migraña conviene desglosarla en diversos aspectos: la posible incidencia de determinados alimentos, de aditivos y conservantes, el horario de la ingesta y, más concretamente, el ayuno prolongado y la ingesta de bebidas alcohólicas.

Alimentos

Es habitual que al paciente con migraña, ya sea desde el propio ámbito familiar, o del contexto social más o menos próximo, o incluso por orientación profesional, se le aconseje e incluso se le imponga un listado restrictivo de productos alimentarios que puede ser de lo más variado. Esta indicación tiene muy poco rigor científico. Si bien es cierto que determinadas personas admiten la capacidad desencadenante de su migraña por ciertos productos, es necesario divulgar que esta es una respuesta individual y por tanto obliga a una investigación personalizada.

No más de un 15% de migrañosos admite que determinados alimentos les provocan migraña. Los más frecuentemente reconocidos son el chocolate, el queso, los cítricos, frutos secos, y así una lista innumerable de productos. Cada migrañoso reconoce los propios, y tras identificarlos, evita su consumo y con ello soluciona el problema. Además de productos concretos que pueden actuar como desencadenantes, también se reconoce esta capacidad a la ingesta de comidas copiosas o pesadas que se sea o no migrañoso, conviene evitar.

Con los conocimientos actuales, no son aceptables las hipótesis de que la migraña sea consecuencia de una alergia o de una intolerancia alimentaria.

Aditivos y conservantes

Su papel como desencadenante es probablemente mayor de lo que se reconoce. A este apartado corresponden dos síndromes bien documentados: el síndrome del restaurante chino y el síndrome del «perrito caliente».

El síndrome del restaurante chino: la observación de que muchas personas, especialmente aquellas que sufren de migraña, presentaran evidente sensación de malestar, con cefalea y molestias digestivas, tras ingerir comida china, llevó a detectar que el elemento causal era el glutamato monosódico, de uso muy habitual en este tipo de cocina.

El síndrome del «perrito caliente»: la posibilidad de que este tipo de producto pueda desencadenar crisis en el migrañoso se debe a que la carne de las salchichas suele contener nitritos como aditivo, con la finalidad de obtener un color rosado más atractivo. Los nitritos son productos con una gran capacidad para dilatar las arterias. De ahí la frecuente aparición de cefaleas en pacientes con insuficiencia coronaria tratados con medicamentos que contienen dichas sustancias.

Ayuno prolongado

En muchas personas, el ayuno prolongado puede provocar molestias diversas. Éstas no se limitan al ámbito digestivo, sino que pueden manifestarse alteraciones neuropsicológicas como nerviosismo, irritabilidad, abatimiento, apatía, etcétera.

En el caso de ciertos migrañosos, una alteración significativa del ritmo en su dieta puede llegar a desencadenar uno de sus ataques. Este hecho se reproduce por igual en ambos sexos. No ocurre lo mismo con la edad, ya que en el niño se reconoce esta relación con mucha mayor frecuencia. Se observa hasta en un 30% de niños con migraña, mientras que en el adulto rebasa escasamente el 15%.

Mantener de forma estricta los horarios de las comidas es una buena recomendación general, pero lo es de una forma singular para la persona migrañosa.

Alcohol

La relación entre la ingesta de bebidas alcohólicas y la migraña es bien conocida. Entre un 30% y un 50% de migrañosos reconocen que, con frecuencia, la toma de alcohol, aún a dosis moderadas y con productos de buena calidad, puede desencadenarles un ataque de migraña.

En estudios de provocación de la crisis con la administración de la misma cantidad en gramos de alcohol, pero con diferentes tipos de bebida (vino, vodka, whisky, etcétera) los resultados difieren mucho según el producto. Ello nos permite concluir que, aparte del alcohol, hay en las bebidas otros productos que pueden actuar también como desencadenantes (por ejemplo, taninos y fenoles). De hecho, se confirma una peor tolerancia a las bebidas fermentadas como el vino, la cerveza o el cava, que a las destiladas como el vodka o el whisky, a pesar de que en éstas es mayor el grado de alcohol.

Entre las fermentadas, existen también diferencias de la tolerancia por ejemplo entre el vino blanco y el tinto. Sin embargo, dado que carecemos de criterios para poder predecir la mejor o peor tolerancia a cada uno de estos productos, debemos basarnos en la experiencia propia de cada migrañoso.



Una buena parte de migrañosos debe controlar el consumo de alcohol para evitar un ataque.

Alcohol y cefalea (síndrome resaca). Es bien conocido que la ingestión de

alcohol en cantidades abusivas y de forma puntual puede producir dolor de cabeza, incluso en las personas no migrañosas. En ese caso, el dolor no aparece de forma inmediata tras la toma de alcohol sino que suele presentarse entre las 5 y 10 horas después de haber bebido. El dolor de cabeza de la resaca puede presentarse acompañado de sensación nauseosa, fotofobia, nerviosismo, e incluso temblores. Se agrava con la movilización de la cabeza. Existe, por tanto, una gran similitud sintomática con la crisis de migraña. Aunque no está definido el mecanismo estricto a través del cual se produce la resaca, su causa es bien conocida y, por tanto, lo es también la manera de evitarla.

El ciclo menstrual

Prácticamente la mitad de las mujeres migrañosas reconocen una relación entre sus crisis y un momento concreto del ciclo menstrual que se suele situar ya sea unos días antes, durante, o poco después. Menos frecuente es que se relacione de forma puntual con la ovulación.

El mecanismo a través del cual se presenta la crisis de migraña no tiene que ver con los niveles hormonales presentes en la sangre, que se pueden detectar con un análisis en cualquier momento del ciclo, sino con sus fluctuaciones. El perfil hormonal de una mujer que desencadena crisis de migraña con la menstruación suele ser absolutamente normal. En concreto, la crisis se relaciona con el descenso de los niveles de estrógenos antes de la menstruación, lo cual es normal que se produzca en cada ciclo.

La frecuencia con que son invocados los cambios propios del ciclo como desencadenantes de la migraña varía con la edad. Durante la segunda década, reconocen este desencadenante un 30% de las mujeres, porcentaje que se va incrementando progresivamente hasta alcanzar un 65% en los años previos a la menopausia.

A menudo la presencia de este factor desencadenante es reconocido por muchas migrañosas como uno más, junto a otros potenciales precipitantes. Sin embargo, también hemos podido observar en algunas mujeres que éste es el único desencadenante de sus crisis de migraña. En este caso, hablamos de migraña menstrual.

Es destacable que las crisis que se presentan con relación menstrual – habitualmente correspondientes a episodios sin aura– muestren una evolución más severa y prolongada, no siendo excepcional que persistan hasta tres días.

La estimulación de los sentidos

Algunas personas relatan que estar sometidos a una estimulación sensorial

intensa, ya sea visual, auditiva u olfatoria, les puede provocar migraña.

Visual. Un estímulo visual intenso, como una prolongada exposición al sol, es en muchos casos motivo suficiente para desencadenar una crisis. Estas personas rehúyen los espacios con gran intensidad lumínica y utilizan asiduamente gafas oscuras.

Una importancia especial tiene también la estimulación visual con luz intermitente, que explicaría la frecuente presentación de migraña tras asistir a una proyección cinematográfica.

En el caso de la migraña con aura visual, no es extraño que se refiera el inicio de una crisis inmediatamente después de la exposición directa al disparo de un flash fotográfico.

Auditiva. Podemos aplicar las mismas consideraciones al hecho de estar sometido a una situación ruidosa. Tiene especial relación con la intensidad del sonido, aunque también con aspectos tonales y en su persistencia. Aquí se puede aplicar que lo que en cualquier persona puede producir dolor de cabeza, en el migrañoso tiene la capacidad de desencadenar una crisis con su sintomatología completa.

Olfatoria. Es frecuente también que aquellos que sufren migraña reconozcan en determinados olores la capacidad provocadora de una crisis. A menudo ni siquiera es necesaria una inhalación sostenida. La crisis puede producirse tras el impacto breve de un olor muy penetrante que puede ser de naturaleza muy diversa. Los más habituales son: la gasolina, el aguarrás, la lejía, determinados perfumes, etcétera.

Dentro de este apartado de desencadenantes por estímulo olfativo se puede incluir también el caso de migrañosos no fumadores, cuando permanecen de forma prolongada en ambientes muy cargados por humo de tabaco.

Cefalea del cabezazo de fútbol. La incluimos aquí como un estímulo desencadenante, aunque en realidad corresponde a un mini traumatismo craneal. El dolor de cabeza puede aparecer de forma inmediata tras un cabezazo al balón y derivar en una crisis de migraña.

Los cambios climáticos

Los resultados obtenidos en diferentes estudios sobre los cambios atmosféricos como desencadenantes de las crisis de migraña arrojan cifras que varían entre un 7% y un 78%. Esta gran dispersión de los datos obtenidos les otorga poca fiabilidad como causa desencadenante objetiva. Es sin embargo innegable la

frecuencia con la que esta relación se recoge en la práctica médica.

Probablemente, esto se debe a la gran dificultad metodológica de su investigación. Vamos a considerar, a título de ejemplo, el hecho de que una persona presente migraña un día de lluvia. Puede ser debido a que llueva, pero también se puede achacar a la frustración que le genera tener que modificar sus planes o actividades con motivo de la lluvia.

La dificultad de valoración nace ya de la dificultad de definir qué significa cambio de tiempo y cuál o cuáles son las variables atmosféricas implicadas. Debemos considerar la presión atmosférica o la temperatura con sus variaciones, la lluvia, la luminosidad, la fuerza y la dirección del viento, la humedad, etcétera.

En una valoración rigurosa de la incidencia de este desencadenante de la migraña, debemos reconocer que está presente en un grupo no bien determinado de migrañosos, sin que se aprecien diferencias significativas entre ambos sexos, y sin exclusión de ningún territorio geográfico y por tanto climático. Esto nos permite concluir que el papel desencadenante de la migraña por factores atmosféricos no se puede relacionar con una variable meteorológica concreta. El auténtico responsable es la situación de cambio, siendo su incidencia mayor cuando se produce de forma más brusca y extrema.

Como toda regla tiene su excepción, ésta corresponde, en este caso, al viento. En estudios desarrollados en zonas donde el viento es habitual e intenso, se ha demostrado una clara relación de su presencia con la migraña. La intensidad es la variable más significativa; cuanto más intenso mayor incidencia. Algunos que nos son próximos y típicos, como la tramontana y el cierzo, son bien conocidos por los lugareños. Otros, también investigados por su relación con la cefalea, como el «sharaw» en Israel y el «chinook» en Canadá, han permitido cuantificar en un 20%, los migrañosos que relacionan sus crisis con la presencia de viento.

Referir dolor de cabeza con relación a una situación climática concreta no es condición suficiente para hablar de migraña. También es frecuente la cefalea tipo tensión, con relación a determinados factores atmosféricos.

La actividad física

El ejercicio físico puede desencadenar una crisis en determinados pacientes.

Considerar esta relación como de causa-efecto requiere un análisis minucioso de las circunstancias. Uno de los rasgos más característicos del dolor de cabeza en la migraña, y lo es tanto que incluso se acepta como un criterio para el diagnóstico, es que empeora con la actividad física. Por ello, nos vemos obligados a diferenciar entre que dicha actividad sea el elemento causal, o bien

que se trate simplemente de un factor de agravación de una crisis ya iniciada.

Al cuantificar la incidencia de la actividad física como desencadenante de la migraña, se pudo confirmar una mayor presencia en los niños. Alcanza hasta un 30% de aquellos que en este periodo de la vida ya padecen migraña.

Cuando la actividad física se desarrolla con la práctica de deportes en los que existe un nivel competitivo importante (que se concluye en vencedores y vencidos), se introduce un nuevo elemento, en este caso de carácter psicológico, que se suma al papel desencadenante del esfuerzo.

El mecanismo por el cual el ejercicio físico actuaría como provocador de la migraña se ha relacionado con la dilatación arterial producida por el incremento de la demanda de oxígeno. También se invoca la disminución del nivel de azúcar en sangre que se produce con la actividad física.

Por este motivo, es recomendación general un buen entrenamiento previo a la actividad, y también lo será ingerir bebidas con azúcar durante o después de su práctica.

Cefalea de esfuerzo. Se trata de un dolor de cabeza, de tipo migrañoso o no, que sobreviene con la realización de actividad física. Es fundamental distinguir esta situación de la agravación evolutiva de una cefalea existente previamente al esfuerzo (ya se ha comentado que este hecho es típico en la crisis de migraña).

En este caso es necesario un examen médico minucioso, con la práctica de exámenes de neuroimagen, como la resonancia magnética. La finalidad es descartar determinadas patologías estructurales que pueden cursar con esta manifestación, como puede ser una malformación arteriovenosa o una malformación a nivel de la conjunción de la cabeza con el cuello (Chiari). Su presencia corresponde siempre a un síntoma de alerta. Si no se detecta ninguna anomalía o alteración estructural se califica como cefalea de esfuerzo benigna.

Cefalea del fin de semana. Recogemos también dentro de este capítulo una situación que se produce con frecuencia en la persona con migraña. Se trata de que sus crisis muestren una clara tendencia de presentación durante el fin de semana. Es fácil de entender la distorsión que ello representa para la dinámica familiar.

No siendo la semana una periodicidad cosmológica, sino de ámbito social, es de presumir que cuando la migraña se padece durante el fin de semana se deba a la presencia de elementos precipitantes de carácter social. Este caso no corresponde a la incidencia de un único elemento precipitante, sino que pueden

concurrir varios factores.

En primer lugar, el fin de semana introduce un cambio de ritmo en la dinámica personal, dado que pasamos de una actividad laboral habitualmente frenética a una mayor pasividad. Por otra parte, en los días festivos suele producirse una alteración del horario de sueño, ya que generalmente se duerme más de lo que se acostumbra en los días laborables.

Finalmente, también se invoca como elemento que facilita la presencia de ataques de migraña durante el fin de semana el hecho de que en estos días se suele reducir el consumo habitual de café, propio de los días laborables. Correspondería por tanto a una especie de síndrome de abstinencia a la cafeína.

Puntos clave:

- Es frecuente (70%) que los migrañosos reconozcan en ciertos factores externos la capacidad de desencadenar sus crisis.
- La detección de estos factores desencadenantes requiere una investigación personalizada. No se deben convertir en un listado de aplicación general (generalmente prohibiciones de determinados productos alimentarios).
- Existen condiciones propias del migrañoso (elemento interno) que facilitan la incidencia de los factores desencadenantes (elemento externo). Así actúan la tensión emocional, la bajada de tono afectivo, la fatiga, la alteración del sueño, la situación premenstrual, etcétera.
- Una recomendación general para el migrañoso es que mantenga un orden estricto en los ritmos biológicos, especialmente en el comer y el dormir.

6. Aspectos singulares de la migraña en la mujer

El primer dato a señalar sobre la migraña en el ámbito de la mujer es de carácter epidemiológico. Es sin duda la gran sufridora porque existen prácticamente tres mujeres por cada varón que la padece.

Además, la biología femenina introduce unas características específicas en el hecho de padecer migraña, que inciden tanto en el aspecto clínico como en el terapéutico.

Los cambios hormonales del ciclo menstrual se comportan con frecuencia como desencadenantes de la crisis. A partir de esta situación, se introduce el concepto de migraña menstrual.

La situación gestante introduce asimismo cambios en la evolución de la dolencia, en general hacia la mejoría. Por otra parte, el embarazo introduce una mayor dificultad por la limitación de las posibilidades terapéuticas con medicamentos, en caso de que se presenten crisis.

En esta consideración de género, es interesante revisar también el papel que representan en la evolución de la migraña el climaterio (periodo de tránsito en la mujer desde el estado biológicamente reproductivo al no reproductivo) y la menopausia (momento en que se produce la última menstruación) en la evolución de la migraña.

Asimismo, el seguimiento de una terapia hormonal sustitutiva con la menopausia puede modificar la evolución de la enfermedad, empeorando tanto la frecuencia como la intensidad de los ataques.

Migraña menstrual

El concepto define la presencia de ataques de migraña repetidos y en relación estricta con la menstruación. Pueden ser con aura o sin aura. Suceden en un

periodo de tiempo que incluye los dos días previos, los propios del periodo menstrual, y los dos posteriores. Para efectuar el diagnóstico de migraña menstrual se requiere además la ausencia de ataques en otro momento del ciclo.

La acotación del concepto, como vemos, resulta muy estricta. Es muy habitual que las mujeres con migraña refieran la presentación de algunas de sus crisis en relación con la menstruación, pero también que las sufran en otros momentos del ciclo y en relación con otros precipitantes.

Los cambios hormonales propios del ciclo menstrual se convierten en uno de los más reconocidos precipitantes de la migraña. Más de la mitad de mujeres con migraña, de edades comprendidas entre los 15 y los 50 años, reconocen una relación de sus crisis con la menstruación.

La situación premenstrual facilita la crisis de migraña porque el descenso del nivel de estrógenos en la sangre que es característico de este momento del ciclo sensibiliza los vasos sanguíneos, de forma que se facilitan las respuestas vasomotoras, tanto de dilatación como de contracción de las arterias.

Síndrome premenstrual

Es una situación clínica frecuente, aunque presenta una gran variabilidad, no sólo entre las mujeres afectadas sino en la misma mujer, que sufrirá cambios importantes en el transcurso de su vida fértil. Se caracteriza por la presentación estricta en este momento del ciclo menstrual, y por su amplia expresión sintomática.

Se observan síntomas de disfunción neuronal y endocrinológica transitorios. Entre los de carácter hormonal son frecuentes la retención de líquidos con sensación de abotargamiento, dolor en los pechos e incluso pequeñas pérdidas premenstruales. Entre los de expresión neurológica que se presentan de forma más habitual contamos con irritabilidad, insomnio, dificultad de concentración, dolor de cabeza...

En relación con las alteraciones neurológicas que comporta este síndrome, se detecta también un trastorno afectivo de expresión ansiosa y depresiva que puede facilitar tanto la aparición de un ataque de migraña como la de una cefalea tipo tensión.

Aunque la crisis en relación con la menstruación sea fácil de reconocer, tanto por su severidad como por su carácter cíclico, es bueno registrar en una agenda los días que corresponden a la menstruación así como aquellos en que se presenta la migraña.

Ello nos permitirá determinar, además del carácter cíclico de presentación de la migraña, su coincidencia o no con la situación premenstrual o menstrual, ya que puede ser otro momento del ciclo, frecuentemente la ovulación, el que actúe como provocador de la migraña.

La necesidad de establecer un calendario para el control de la presencia de cefalea se hace imprescindible en el caso de que a una mujer, en época fértil se le practique una histerectomía no ampliada (extirpación de la matriz, salvaguardando los ovarios). En este caso el ciclo sigue con sus fluctuaciones hormonales que, sin embargo, serán de más difícil seguimiento por la ausencia del marcador que representa la menstruación.

Migraña y embarazo

Aunque, por una simple razón epidemiológica, alrededor del 17% de las mujeres embarazadas son migrañosas, no existe ninguna relación de causalidad entre la migraña y el embarazo. Es evidente que la migraña no incrementa el número de embarazos y aunque a nivel popular se invoque la migraña como una causa de renuncia a la actividad sexual en determinadas circunstancias, no se conoce que incida en la reducción de la tarea reproductiva.

En sentido inverso, podemos valorar como excepcional que la migraña se inicie durante el período de gestación. En cambio, durante la evolución de un embarazo, éste actúa de forma positiva sobre la migraña, reduciendo significativamente la presencia de crisis.

La situación gestante representa, en líneas generales, una pausa muy significativa en la evolución de la migraña. Este hecho es reconocido por el 70% de migrañosas, las cuales admiten no sólo una mejoría global, sino incluso una remisión completa de sus ataques a partir del tercer mes de gestación. Si en los antecedentes de la mujer migrañosa consta la presencia del desencadenante menstrual, esta mejoría alcanza un 80% de casos.

En contrapartida, es muy habitual que después del parto, ya en la primera semana, se reinicien las crisis. La lactancia materna puede prolongar el periodo de mejoría.

La agravación evolutiva de una migraña, o su inicio en el transcurso de un embarazo, se puede considerar excepcional. En el caso de las pacientes que suelen presentar de forma habitual crisis de migraña con aura, no es extraño que se registre alguna crisis en el periodo final del embarazo.

Al ser tan poco habituales, la presencia de un dolor de cabeza nuevo o la agravación de una cefalea preexistente en el transcurso de un embarazo deben

considerarse una alerta para la investigación de posibles causas en relación con el embarazo: un aumento de la tensión arterial, una trombosis venosa intracraneal, una cefalea de tensión (por un embarazo no bien aceptado), etcétera. La situación no es de fácil manejo, porque determinadas exploraciones no se podrán practicar. Los exámenes radiológicos nunca deben ser de primera indicación, aunque podrán realizarse en una consideración individualizada tanto de la enfermedad a descartar como del momento evolutivo del embarazo.

Tratamiento de la migraña en la mujer gestante

La terapia de la migraña durante la gestación no suele representar un problema gracias a la notable mejoría que, tal como acabamos de exponer, se produce en relación con esta situación. Sin embargo, en ciertos casos no es así y evidentemente se hace necesario adoptar algunas medidas, pero siempre teniendo muy presente que:

- La migraña no introduce cambios en la evolución de un embarazo.
- La migraña no incide sobre el feto.
- La migraña no introduce alteraciones en el trabajo del parto.
- La migraña no introduce un mayor riesgo fetal.
- **Por el contrario, los fármacos pueden incidir en todos estos ámbitos.**

Por las consideraciones formuladas, se requiere sumo cuidado en la elección de las medidas a tomar para el tratamiento de un ataque de migraña durante el embarazo.

Los criterios generales de actuación se pueden agrupar en los tramos siguientes:

1. Tratar de prevenir y de aliviar la situación con medidas no farmacológicas

- Cobertura estricta de los factores precipitantes
- Revisar y reconducir, si es necesario, el modelo de vida
- Mantener un orden estricto en los ritmos biológicos (comer, dormir)
- Mantener la actividad física adecuada para cada momento de la gestación
- Rehuir los estímulos sensoriales muy potentes
- Aislamiento y reposo
- Es preferible cierta incorporación que estar completamente tendido
- Aplicar frescor en la cabeza
- Aplicar una banda de compresión en la cabeza
- Realizar técnicas de relajación
- Tomar infusiones (matricaria, passiflora, tila, etcétera)
- Seguir medidas de psicoterapia

2. Instaurar medidas farmacológicas para el control de la crisis

(categorización de los fármacos para su uso durante el embarazo)

- Categoría A. Lejana probabilidad de daño fetal (estudios en humanos)
- Categoría B. Estudios en animales no han demostrado riesgo
- Categoría C. Estudios en animales han mostrado riesgo fetal
- Categoría D. Pruebas positivas de riesgo en fetos humanos
- Categoría X. El riesgo de usarlos supera cualquier beneficio

A partir de esta categorización podemos distinguir:

- **Analgésicos simples** (en uso aislado, ocasionalmente)
 - paracetamol (B)
 - ácido acetilsalicílico (B) (indicado especialmente en las crisis de migraña con aura, pero no así en la proximidad del parto)
 - **Antiinflamatorios** (B) (no indicados en el tercer trimestre del embarazo)
 - posible inhibición del trabajo de parto
 - posible reducción del volumen de líquido amniótico
 - aumento del riesgo de sangrado
 - depresión respiratoria del recién nacido
 - **Derivados del opio** (posible teratogenia [alteraciones en el feto] en uso prolongado)
 - codeína (C)
 - metadona (B)
 - morfina (B)
 - **Sedantes** (posible síndrome de abstinencia fetal)
 - clonazepan (C)
 - butalbital (D)
 - **Antidepresivos**
 - tricíclicos (D)
 - fluoxetina (B)
 - **Corticosteroides**
 - prednisona (B) (no atraviesa la placenta)
 - dexametasona (C)
 - cortisona (D)
 - **Derivados de la ergotamina (X)**
 - **Sumatriptan (B)**
- ### 3. Tratamiento farmacológico preventivo (se debe intentar retirar cualquier tratamiento continuado durante la gestación)
- **Betabloqueantes** (sólo en situaciones excepcionales)
 - metoprolol (B)
 - propranolol (B)
 - nadolol (C)

En función de lo expuesto, lo más prudente para el control de un ataque de migraña durante la gestación es recurrir a medidas no farmacológicas. Tener presente dos hechos: que la crisis por sí misma evoluciona hacia remisión aun sin tratamiento y que el embarazo en su progresión tiende a la reducción e incluso a la supresión de las crisis.

Las medidas de carácter farmacológico se deben reservar para casos excepcionales y teniendo muy presente la categorización de los productos a tomar.

En resumen, tener presente:

- Que el embarazo, mejora –temporalmente– de forma muy significativa la evolución de la migraña.
- Que una mujer sea migrañosa no justifica nunca –por este motivo– retrasar o eludir un embarazo.



Padecer migraña no implica riesgos sobre el feto, si recurrimos a medidas no farmacológicas para controlarla.

Migraña y menopausia

El periodo final de la etapa fértil de la mujer corresponde a la evolución del climaterio. El momento concreto del climaterio en que se produce el cese de la actividad menstrual es la menopausia. El tránsito de la época reproductiva a la no reproductiva no se produce de forma súbita sino que evoluciona a lo largo de unos años. El ovario deja de responder a las hormonas tróficas de la hipófisis y, como consecuencia, cesa de producir estrógenos.

En esta situación biológica suelen aparecer cambios en la evolución de la migraña que según los estudios al respecto se pueden cuantificar de la forma siguiente:

- **Menopausia espontánea**
 - se inicia la migraña en un 5%
 - empeora su evolución en un 27%
 - no la cambia en un 43%
 - la mejora en un 24%
- **Menopausia quirúrgica**
 - se inicia la migraña en un 12'5%
 - empeora su evolución en un 37'5%
 - no la cambia en un 50%
 - la mejora en un 0%

Tras la menopausia se observa con mucha frecuencia una mejoría global en la evolución de la migraña. Sin embargo, no es excepcional que tras este periodo persistan las crisis sin cambios o bien que se mantenga la misma frecuencia, pero con una menor intensidad. En algún caso se da la circunstancia, difícilmente explicable, de que los ataques siguen mostrando una cierta periodicidad mensual en su presentación (recordemos que ya no se presenta en el ciclo menstrual).

Toda mujer que observe una agravación evolutiva de su migraña tras la menopausia debería formularse las preguntas siguientes:

- ¿Se ha producido un aumento significativo en las cifras de mi tensión arterial?
- ¿Cuál es la situación de mi estado de ánimo?
- ¿Siento una gran rigidez en la nuca y en la cara acompañada de un dolor generalizado?
- ¿Cómo es mi calidad de sueño? ¿Cómo duermo? ¿Cómo me despierto?
- ¿Sigo algún tipo de medicación?
- ¿Sigo una terapia hormonal sustitutiva (con parches o comprimidos) para paliar los síntomas o prevenir las complicaciones de la menopausia?

- ¿Qué cantidad de medicamentos para aliviar el dolor tomo en una semana?

Es probable que en alguna de ellas encuentre la respuesta al empeoramiento evolutivo de su migraña.

Puntos clave:

- El periodo menstrual se comporta como un factor desencadenante de la migraña con elevada frecuencia (superior al 50% de las mujeres migrañosas en edad fértil).
- En el transcurso de la gestación, especialmente a partir del tercer mes, se observa una clara mejoría de la migraña, que en muchos casos significa una remisión completa durante el resto del embarazo.
- Es necesario mantener criterios muy restrictivos para el tratamiento farmacológico de la migraña durante el embarazo.
- Tras la menopausia se puede observar una mejoría evolutiva de la migraña, aunque este hecho no es tan general como se suele considerar.

7. Aspectos singulares de la migraña en el niño

Demografía, clínica y tratamiento

Demografía

La migraña es una dolencia no suficientemente diagnosticada en la infancia. Su forma más frecuente de presentación es sin aura. Se considera que entre el 80% y el 85% de las migrañas en la infancia corresponden a episodios sin aura.

Entre un 5% y un 10% de los niños menores de 10 años de ambos sexos padecen migraña, con la singularidad de que en este periodo de la vida se presenta con una mayor frecuencia en los varones.

La edad de inicio varía entre los 6 y los 10 años, pero se admite que en un 13% y hasta en un 24% de los casos se inicia aún más precozmente.

Clínica

La presencia de la migraña en lactantes menores de dos años es bien reconocida, aunque su diagnóstico es sumamente difícil. El lactante con migraña se muestra decaído, retraído, deseoso de dormir, pierde interés por su entorno, deja de jugar, está pálido, rechaza el alimento e incluso puede vomitar. Cuando esta situación se presenta de forma repetida y estereotipada, debemos incluir la migraña como un diagnóstico probable.

Para efectuar el diagnóstico de migraña sin aura en la infancia, se proponen los mismos criterios que hemos expuesto para el adulto, añadiendo los comentarios siguientes:

- Respecto a la duración, la crisis puede ser menos prolongada, con una variación entre 1 y 72 horas.
- Respecto a la localización del dolor, suele ser con mayor frecuencia

bifrontal (a ambos lados en la frente); el patrón hemicraneal típico suele aparecer en la adolescencia.

- Respecto a los síntomas, la presencia de fotofobia y sonofobia se deberá deducir por el comportamiento del niño.

En los niños se pueden detectar también con cierta frecuencia las manifestaciones iniciales que se producen generalmente unas horas antes del inicio del ataque. Éstas pueden ser muy diversas, como cambios de humor, irritabilidad, euforia, exceso de sed, aumento de la diuresis, retención de líquidos, ansiedad por determinados alimentos, bostezos, etcétera.

A través de la información recogida de aquellos pacientes que consultan al médico por este motivo se sabe que la frecuencia de presentación de los ataques es mayoritariamente semanal, aunque seguida muy de cerca por la presencia de un ataque al mes. Más de una crisis a la semana es excepcional. En cuanto al horario de presentación, predominan los ataques en la franja tarde-noche, coincidiendo generalmente con el regreso de la escuela.

La información sobre la cualidad del dolor no es fácil de recoger en niños muy pequeños. Que sea pulsátil es lo más habitual, aunque en menor porcentaje de lo registrado en el adulto. La intensidad de los ataques debe ser valorada a partir del grado de incapacidad que genera.

Respecto a los factores desencadenantes, se reconocen prácticamente los mismos que en el adulto, aunque en el niño adquieren mayor relevancia la alteración del ritmo de sueño, el ayuno prolongado y la actividad física. La presencia del estrés como desencadenante adquiere mayor relevancia a partir de los 10 años, coincidiendo con la mayor exigencia de rendimiento escolar.

Tratamiento

En el tratamiento van a incidir los siguientes rasgos específicos de la migraña en la infancia:

- en general, la migraña en la infancia tiene una evolución más benigna que en el adulto.
- la migraña del niño responde muy bien e incluso remite con el sueño. Lo mismo que en el adulto, pero en un porcentaje mucho mayor (78%)
- la mejoría de la migraña con un producto placebo es más elevada en el niño (50%) que en el adulto (25-30%)

El tratamiento de la migraña en estas edades sigue la misma línea que en el

adulto, aunque requiere una consideración especial por las características que acabamos de exponer. Se trata aquí de que las medidas generales no farmacológicas tienen una mayor aplicación y una mejor respuesta.

El control de los factores precipitantes es esencial. Procurar el reposo y aislamiento con la finalidad de facilitar el sueño es un método terapéutico incomparable.

Es necesario mostrar interés por su dolencia y tranquilizar al niño respecto a la evolución del proceso.

Puede ser útil la administración de infusiones de matricaria (feverfew), sola o combinada con un hierba sedativa como la pasiflora, por el beneficio que se le atribuye en el alivio de la cefalea.

Para el tratamiento agudo de la crisis, en caso de no obtener respuesta con las medidas generales, pueden administrarse analgésicos tipo paracetamol, o bien antiinflamatorios como el ibuprofeno, en las dosis correspondientes para cada edad.

En caso de náuseas o vómitos, se puede dar domperidona por vía oral o rectal. Si el grado de excitación dificulta la conciliación del sueño, cabe también administrar diazepam.

Aunque existen pocos estudios al respecto, se han publicado algunos trabajos en los que se concluye que la administración de sumatriptan en adolescentes por vía nasal a dosis de 10 miligramos resulta muy eficaz para el tratamiento de la migraña.

Es poco habitual que la migraña en el niño muestre una evolución que justifique la instauración de un tratamiento preventivo. Cuando se produce esta situación, cabe la administración continuada, pero con un control médico riguroso, de propanolol, ciproheptadina, amitriptilina o ibuprofeno, adecuando las dosis y por periodos no muy prolongados.

Síndromes periódicos de la infancia

En la infancia no es excepcional que la migraña se presente en forma de síndromes periódicos, que son reconocidos como precursores de la migraña. Clásicamente eran denominados equivalentes migrañosos. Se trata de: el vómito cíclico, la migraña abdominal y el vértigo paroxístico benigno de la infancia.

Vómito cíclico

Este síndrome se caracteriza, por la presentación de náuseas y vómitos

intratables, de una duración de horas o días, con intervalos absolutamente libres de estos síntomas durante semanas o meses.

Se describe por la Sociedad Internacional para el Estudio de la Cefalea (IHS) como crisis episódicas y recurrentes de náuseas y vómitos intensos muy estereotipados en cada caso.

Los vómitos pueden persistir desde 1 hora hasta 5 días. Se presentan al menos 4 veces por hora, como mínimo durante una hora. La crisis se asocia con palidez y letargia (adormecimiento). Hay resolución completa de los síntomas entre los episodios. El número de episodios en un año, aunque admite una variación muy amplia, se sitúa de media entre 10 y 15.

Para establecer este diagnóstico deben ser excluidas todo tipo de alteraciones metabólicas, neurológicas o gastrointestinales a través de las pruebas diagnósticas, bioquímicas, electrofisiológicas y de imagen necesarias.

La edad de inicio puede variar entre el año y la adolescencia, aunque la mayoría de casos comienza entre los 5 y los 7 años.

La frecuencia estimada en niños de edad escolar es del 1'9% cifra que representa una frecuencia de presentación muy significativa en cuanto a su magnitud.

En los antecedentes familiares suelen registrarse numerosos casos de migraña.

En el 80% de estos niños se pueden identificar factores precipitantes de los episodios. Entre ellos recogemos: el estrés, el esfuerzo físico, los excesos en la ingesta, las infecciones, etcétera.

El tratamiento requiere la participación médica, dado que es necesario introducir medidas farmacológicas para controlar el vómito y efectuar un control del equilibrio hidroelectrolítico, aportando líquidos y electrolitos por vía intravenosa si se requiere. Posiblemente, se tendrá que reducir la ansiedad mediante sedación, lo cual facilitará el sueño y contribuirá a disminuir el número de vómitos.

Migraña abdominal

Existen diversas causas que pueden generar un cuadro de dolor abdominal recurrente.

Entre ellas, se incluye la que reconocemos como migraña abdominal. Sus características específicas son la presentación de episodios repetidos y

estereotipados de dolor abdominal paroxístico (agudo e intenso) de varias horas de duración, asociados a náuseas y vómitos que interfieren en la actividad habitual del niño, con recuperación total entre los episodios y frecuente historia familiar de migraña, en ausencia de otra patología subyacente.

El cuadro de migraña abdominal es dos veces más frecuente en las niñas que en los niños. Se inicia, en general, alrededor de los 4 años y alcanza su mayor frecuencia entre los 5 y los 9 años.

Suele mostrar una buena respuesta con la administración de medicamentos preventivos de la migraña como el propranolol y la ciproheptadina.

Para el diagnóstico de migraña abdominal, la IHS ha establecido los siguientes criterios diagnósticos:

- A. Al menos 5 crisis que cumplan los criterios B-D.
- B. Crisis de dolor abdominal que dura de 1 a 72 horas (no tratada o tratada sin éxito).
- C. El dolor abdominal tiene las características siguientes:
 - 1. localización del dolor en línea media (periumbilical) o poco localizado.
 - 2. cualidad sorda.
 - 3. intensidad de moderada a severa.
- D. Con el dolor, presentar al menos dos de las características siguientes:
 - 1. anorexia (falta de apetito).
 - 2. náuseas.
 - 3. vómitos.
 - 4. palidez.
- E. No atribuible a otro trastorno (que debe ser descartado mediante las exploraciones adecuadas).

Vértigo paroxístico benigno de la infancia

Se reconoce como equivalente de la migraña, porque se presenta dentro de un contexto familiar con migraña y porque muchos de los afectados presentan más adelante episodios típicos de migraña.

Se trata de niños sanos, de edad comprendida entre 1 y 3 años, que presentan de forma brusca episodios de pérdida de equilibrio, inestabilidad, incapacidad de mantener la postura vertical y tendencia a agarrarse a las personas u objetos fijos cercanos.

Es muy habitual que el niño adopte la postura de gateo. Estas crisis suelen iniciarse y finalizar bruscamente en el espacio de un minuto. Durante este periodo se puede apreciar un nistagmus (movimientos espontáneos de los ojos)

y también las manifestaciones vegetativas que habitualmente aparecen asociadas al vértigo, es decir, la palidez, las náuseas y los vómitos. En alguna crisis se puede asociar una cefalea hemicraneal pulsátil.

La frecuencia de presentación es muy variable, con periodos en los que la presentación es prácticamente diaria, intercalados con periodos de remisión que duran incluso meses.

El proceso evoluciona espontáneamente hacia la curación, pudiendo remitir por completo entre los 5 y los 7 años.

Es preciso su estudio con el fin de efectuar un diagnóstico diferencial de otros trastornos o enfermedades que tengan manifestaciones clínicas parecidas y cuyo origen sea de carácter epiléptico o bien del sistema del equilibrio.

En general, no requiere tratamiento por su breve duración y por su total recuperación inmediata.

Puntos clave:

- La migraña es frecuente en la infancia y, sin embargo, está poco diagnosticada.
- Aunque el lactante no sea capaz de manifestarla, puede detectarse por la actitud decaída, deseo de dormir, cierta palidez, falta de apetito e incluso vómito. La presentación repetida de estos síntomas nos puede orientar al diagnóstico de migraña.
- Puede adquirir una forma atípica, como un síndrome periódico de la infancia. Se presenta de forma repetida con vómitos, con un dolor abdominal o bien con vértigo.
- El sueño es un buen recurso terapéutico para la migraña en la infancia.

8. Complicaciones de la migraña

Dentro de las complicaciones de la migraña vamos a distinguir aquellas que son propias de la evolución de una crisis y las que se presentan asociadas a la evolución global de la enfermedad.

Complicaciones de la evolución de la crisis

Se trata de aquellas situaciones excepcionales en las que no se cumplen íntegramente los criterios que definen la crisis, ya sea una duración que se prolonga más de 72 horas (el estado o estatus migrañoso), o bien la prolongada persistencia de las manifestaciones del aura (aura persistente sin infarto) e incluso la persistencia con evidencia de lesión isquémica (infarto migrañoso).

Estado migrañoso

Al establecer los criterios de diagnóstico de la migraña sin aura queda bien definida una remisión espontánea en 72 horas. No debe pasar desapercibido el concepto de que se limita la crisis por sí misma, aún sin tratamiento.

Una paciente describía: «cuando se inicia una crisis ya sé cómo se va a desarrollar, incluso puedo intuir su duración que habitualmente no excede de 12 horas. Sé que en su fase de instauración gana terreno a mi capacidad para desarrollar mi actividad, la fase de plenitud me deja absolutamente abatida y después, lentamente, se reduce hasta desaparecer por completo. Entonces entro en un estado de gran bienestar».

Cuando la duración de un ataque, con o sin tratamiento, excede los tres días hablamos de estado migrañoso, el cual no se diferencia clínicamente de otros ataques salvo en su persistencia. Este hecho, la mayor duración del ataque, comporta un grado superior de ansiedad. Con ella, se incrementa la frecuencia del ritmo respiratorio, lo que se traduce en una hiperventilación. Por otra parte, el carácter prolongado del ataque suele comportar también una intensificación de las manifestaciones vegetativas de carácter digestivo, especialmente los vómitos.

Ambas condiciones facilitan la alcalinización de la sangre, cuya consecuencia es la presentación de las manifestaciones clínicas propias de lo que conocemos como «tetania». Aparecen hormigueos en las manos, calambres musculares y rigidez en manos y piernas, síntomas que se van a sumar a los ya presentes debidos a la migraña.

En estas circunstancias, el enfermo vencido por el dolor de cabeza, angustiado por la falta de respuesta al «¿cuándo se acabará?», desconcertado porque los vómitos le impiden tomar la medicación, o le dificultan saber hasta qué punto se ha absorbido la que ha tomado, entra en un estado mental que refuerza la situación, la cual se va prolongando, con lo cual el abuso de consumo de fármacos es lo habitual.

Los factores de mayor incidencia en la presentación del estado migrañoso son:

- La coincidencia de diversos elementos favorecedores o precipitantes. Pongamos el caso de una mujer migrañosa que ha salido la noche anterior, ha tomado alguna bebida alcohólica y se acuesta tarde. A la mañana siguiente va a la playa y se expone largamente al sol... y todo ello en los días previos a la menstruación. Es fácil prever que la evolución de esta crisis sea más severa.
- Que el componente de ansiedad asociado a la crisis sea muy importante. Esto puede inducir a la prescripción de productos ansiolíticos (fármacos para la ansiedad) junto a los analgésicos desde el mismo inicio del ataque.
- Que los síntomas vegetativos, concretamente los vómitos, sean además de intensos de presentación precoz, lo que puede dificultar sobremanera el tratamiento farmacológico por vía oral.
- Un tratamiento con medicación inadecuada, por posibles interacciones entre los productos administrados, o por los efectos adversos propios de cada medicamento.

Cuando el paciente acude al médico en estas condiciones, que es lo pertinente, la situación biológica suele estar bastante deteriorada. Por ello, no es extraño que pueda requerir incluso su hospitalización. Es necesario recuperar el equilibrio hidroelectrolítico con la administración de líquidos y electrolitos por vía endovenosa, efectuar una sedación del paciente, controlar el trastorno digestivo con productos para inhibir el vómito y administrar corticosteroides,

Aura persistente sin infarto

Los síntomas del aura persisten más de una semana, sin que existan evidencias radiológicas de infarto cerebral.

Como criterios necesarios para el diagnóstico se requiere que la crisis en que se

produce la complicación sea una migraña con aura idéntica a sus crisis habituales, excepto en que uno o más síntomas del aura persisten durante más de una semana y que el estudio mediante resonancia magnética craneal excluya, la presencia de lesiones estructurales, en este caso concreto de infarto o infartos cerebrales por falta de irrigación sanguínea.

Infarto migrañoso

Se describe como uno o más síntomas del aura migrañosa asociados a una lesión isquémica cerebral en un territorio congruente, demostrada por neuroimagen.

Para su confirmación se requiere también que la crisis de migraña en que se produce la complicación sea idéntica a las crisis previas, excepto en la duración de uno o más síntomas del aura (visuales, sensitivos, de lenguaje, etcétera) que persisten más de 60 minutos y que la resonancia magnética confirme la presencia de un infarto cerebral en una zona congruente (es decir, que los síntomas del aura que se hacen persistentes tengan una correlación topográfica con la zona del cerebro lesionada). Se requiere además que la lesión no sea atribuible a otro proceso.

Esta complicación de la migraña es excepcional. Tiene un lejano referente histórico en Wepffer (1620-1695), quien describió la situación de un joven de 15 años al que hizo seguimiento durante 5 años por ataques de migraña y que presentó en el transcurso de uno de ellos un infarto cerebral.

Desde entonces, aunque de forma muy esporádica, se han publicado casos aislados en los que se relaciona la presencia de lesiones cerebrales isquémicas (por falta de riego sanguíneo) con una crisis de migraña.

Esta relación entre la migraña y el infarto cerebral se puede dar en distintas condiciones:

- Sin mayor conexión que la coincidencia. La migraña es una enfermedad frecuente y las potenciales causas de infarto cerebral son múltiples. Por lo tanto, existirán muchos casos de infarto en migrañosos debidos a otros motivos, como una trombosis cerebral, por ejemplo, sin que exista ninguna relación con su migraña.
- Otro supuesto es que cuando se produce un infarto cerebral por la causa que sea, entre sus síntomas puede aparecer un dolor de cabeza muy parecido al del ataque de migraña, ya sea migrañosa o no la persona que lo sufre y sea cual sea la causa del infarto.
- Una tercera posibilidad de la relación entre la migraña y el infarto cerebral es que el ataque de migraña esté implicado como elemento causal del infarto.

Tan sólo en este caso podemos hablar de infarto migrañoso y se puede dar en una doble condición:

1. Que la migraña sea la causa directa y única del infarto.
2. Que la migraña sea uno de los elementos que comportan riesgo vascular, en presencia de otros factores que también actúan en este sentido.

Esta potencial complicación de la migraña es excepcional. Su observación es clínica. Sabemos que se puede registrar una relación estricta en el tiempo entre la evolución de un ataque de migraña y la presentación de una lesión cerebral isquémica. Pero queda mucho por explicar y permanecen sin respuesta algunas preguntas básicas: ¿por qué?, ¿cómo? y ¿a quién?

Los hechos confirmados respecto al infarto migrañoso son los siguientes:

- Que la complicación isquémica se produce con mayor frecuencia en la mujer. La distribución por sexos es superponible a la de la migraña, es decir, con una relación mujer/varón de 3 a 1.
- Que la localización del infarto cerebral es más frecuente a nivel occipital, que es la localización cerebral de las áreas de la visión (donde se interpretan las imágenes). Recordemos que es también la zona más frecuentemente implicada en el aura de la migraña.
- Que la crisis en la que se produce el infarto no difiere en su inicio de las que habitualmente padece. Tan sólo difiere en la persistencia del trastorno neurológico.
- Que el pronóstico en general es bueno, tanto por la práctica ausencia de mortalidad como por la resolución del déficit neurológico sin secuelas, o bien con secuelas mínimas.

Éste es todavía un tema abierto a la investigación. Es necesario conocer si el riesgo de complicación es de aplicación general a toda persona con migraña, o bien existe un subgrupo de personas con migraña, definido por unas características que desconocemos, que realmente acumulan la probabilidad de desencadenar un infarto cerebral.

Conviene remarcar el carácter sumamente excepcional de esta complicación. Sin embargo es recomendable que el migrañoso, especialmente en los casos con aura, evite la concurrencia de otros factores de riesgo vascular como el tabaquismo, la hipertensión arterial, el sedentarismo, la toma de anticonceptivos orales, etcétera.

Complicaciones de la evolución de la enfermedad

No es tan excepcional la transformación evolutiva de la migraña, cambiando su

habitual forma típica de presentación, en crisis episódicas y recurrentes, a una situación de dolor más continuado, ya sea con abuso de consumo de fármacos (migraña transformada), o sin él (migraña crónica).

Cefalea por abuso de fármacos (Migraña transformada)

Desde el punto de vista clínico, describimos esta situación como cefalea crónica continua, que si bien puede responder a otras causas, lo más habitual es que sea el resultado de la evolución de una migraña (generalmente sin aura) debida al abuso de fármacos para el tratamiento agudo de sus crisis. **Cuando la frecuencia de los ataques es elevada y simplificamos el tratamiento a la toma de algún producto para aliviar la situación, es fácil caer en un abuso del consumo de fármacos.** Se puede producir tanto con ergotamina, como con triptanes, opiáceos, e incluso con analgésicos simples.

Se suele denominar también cefalea de rebote, porque en realidad parece ir asociada a la ausencia del fármaco. Algo parecido a un síndrome de abstinencia, con la particularidad de que el dolor sólo se alivia (transitoriamente) con el producto de consumo habitual.

Se describe como un dolor de cabeza presente 15 o más días al mes, cuyo control con tratamiento farmacológico implica un consumo de analgésicos o antimigrañosos de forma continuada por un periodo superior a tres meses.



La migraña transformada es una cefalea crónica que puede deberse al abuso de fármacos

En esta situación, es característico que la frecuencia del dolor de cabeza tenga un incremento progresivo, quizás con cierta disminución de su intensidad y de otros síntomas acompañantes como las náuseas y los vómitos. En realidad asistimos a la transformación de la migraña, que pasa de su presentación

habitual en crisis episódicas y recurrentes a un dolor prácticamente continuo y de evolución crónica.

Aspectos singulares de esta cefalea son:

- Que el dolor de cabeza se presente ya al despertar, e incluso que le despierte el dolor.
- Que exista una alteración del sueño y que éste sea poco reparador.
- Que sea evidente un trastorno afectivo con síntomas ansiosos y/o depresivos.
- Que se detecte una absoluta ineficacia de cualquier medicación preventiva de la migraña.
- Que se observe un claro deterioro progresivo de la situación, con un habitual incremento del consumo de los fármacos para aliviar el dolor.
- Que la cefalea revierte a su patrón previo en 2 meses, tras la interrupción de la toma del fármaco objeto de abuso.

Esta complicación evolutiva y frecuente de la migraña debe ser prevenida con una adecuada información. Es también recomendable evitar el uso de sustancias con capacidad adictiva (como codeína, butalbital, etcétera) para el tratamiento del ataque de migraña, porque en caso de abuso de consumo su supresión siempre resulta más difícil.

Migraña crónica

El concepto recoge aquella situación en la que se presentan episodios de cefalea de características migrañosas durante 15 o más días al mes por un periodo superior a los tres meses y en ausencia de abuso de consumo de fármacos.

En su gran mayoría, los casos de migraña crónica se inician a partir de la evolución de una migraña sin aura. Por este motivo, se consideran una complicación de la migraña.

Cuando, como es habitual en esta situación de cefalea prácticamente continua, el abuso de consumo de fármacos está presente, es preciso efectuar «un lavado» con la supresión del producto o los productos implicados en el abuso, para poder efectuar el diagnóstico de migraña crónica. Si después de dos meses de la supresión del fármaco o fármacos en cuestión se mantiene la cefalea con las características descritas al inicio, podemos considerar la situación como de migraña crónica.

Puntos clave:

- Cuando la evolución de una crisis de migraña se prolonga más allá de los

tres días corresponde a un estado migrañoso. Esta situación puede requerir incluso una atención en centro médico.

- La presentación de un infarto cerebral en relación con una crisis de migraña es excepcional.
- Es conveniente que las personas que presentan crisis de migraña con aura eviten la concurrencia de otros factores de riesgo vascular.
- La migraña, proceso que se manifiesta por la presencia de crisis episódicas, puede transformarse en una situación de dolor continuo debido al abuso de consumo de analgésicos u otros productos farmacológicos administrados con el fin de aliviarla.

9. Tratamiento de la migraña: Medidas y criterios generales

Cuando el control de la migraña se pretende hacer sin el concurso farmacológico, las pautas de intervención son muy limitadas.

Sin embargo, es cierto que dichas medidas tienen una aplicación general, es decir, son útiles siempre, ya sea de forma aislada sin la administración de medicamentos, y también cuando se asocian al uso de fármacos.

Medidas generales no farmacológicas

De prevención

Tiene un especial interés la aplicación de todas aquellas medidas que inciden en la prevención del ataque. El objetivo es cubrir todos aquellos factores reconocidos como precipitantes de ataques de migraña que son modificables.

Insistimos en la necesidad del reconocimiento individual, porque la presencia de los precipitantes es muy diferente en cada migrañoso. Por ello, es erróneo introducir pautas restrictivas de aplicación general, y sin embargo se produce con mucha frecuencia con la prohibición de tomar diversos productos alimentarios.

Una atenta y objetiva detección de todos los elementos o situaciones que pueden precipitar sus ataques hecha por cada migrañoso a partir de su propia experiencia, puede ayudar mucho al control de su dolencia.

Es cierto que existen factores precipitantes poco o nada controlables, como en el caso de la migraña menstrual, o en el de la incidencia de factores atmosféricos.

Otros, en cambio, permiten un mejor control, como el estrés que se puede reducir con cambios en la actitud e incluso en el modelo de vida. Cuando el desencadenante tiene que ver con la dieta, ya sea por un determinado

producto, por el consumo de alcohol o por el ayuno prolongado, es bien fácil introducir medidas para controlar la situación. No resulta en cambio tan fácil prevenir las crisis que se desencadenan con la alteración del ritmo de sueño, porque pueden incidir con la actividad laboral o porque la alteración del ritmo en el dormir tiene una mayor relación con una mala calidad del sueño que con su horario. En cambio, en la migraña desencadenada por dormir más de lo habitual, muy frecuente en el fin de semana, la solución, aunque incómoda, es relativamente fácil.

En resumen, se puede aconsejar de forma general a todos los que padecen migraña que mantengan una vida ordenada en los ritmos, ya sean biológicos (dormir, comer) o sociales. La realidad es que el migrañoso se adapta peor a las situaciones de cambio que facilitan la presentación de ataques.

Al inicio de la crisis

Cuando se presenta el ataque de migraña suele ser reconocido ya desde su inicio. Antes de optar por otras medidas (como tomar medicamentos), se dice que en este momento se puede intentar aliviar la situación comiendo, durmiendo o esperando pacientemente a que pase la crisis.

Es cierto que algunos migrañosos inician sus ataques con sensación de somnolencia o con bostezos repetidos antes de que aparezca la intolerancia a la luz y a los olores. En este momento, la toma de café (o de otros productos con cafeína y menos aromáticos) puede ser una buena medida para detener la evolución del ataque. El mismo resultado se puede obtener con una infusión de manzanilla amarga. La ingestión de pequeñas cantidades de alimentos dulces o muy salados puede también detener la crisis en su inicio.

La posibilidad de dormir, especialmente en el caso de los niños, es también una forma excelente de controlar un ataque de migraña.

Si se quiere optar por la tercera posibilidad, la de esperar a que pase, se requiere una actitud muy estoica.

Durante la crisis

- Es imprescindible aislarse para reducir el impacto, tanto del dolor como del resto de síntomas acompañantes.
- Evitar todo tipo de estímulo sensorial, buscar un ambiente penumbroso y silencioso y evitar al máximo determinados olores muy penetrantes.
- Mantener la cabeza quieta, preferiblemente apoyada, de forma que permita la relajación de la musculatura cervical.
- En caso de permanecer acostado, es preferible mantener la cabeza algo incorporada para facilitar el retorno venoso de la sangre procedente de la

cabeza.

- Es importante mantener una actitud relajada y efectuar un buen control del ritmo respiratorio para evitar la hiperventilación.
- La presión local sobre las sienes, con la mano o con una banda compresiva que rodee toda la cabeza puede aliviar notablemente el dolor.
- La aplicación de frío local en la zona de mayor expresión de dolor (evitando el estímulo excesivo del contacto con hielo) puede facilitar una mejoría aun más notable. Además, es aplicable conjuntamente con la presión.

Con las medidas expuestas se pueden prevenir algunas crisis y se puede aliviar el sufrimiento de una crisis en su evolución espontánea. Sin embargo, nuestro modelo social es demasiado exigente para que, excepto en ciertas situaciones o en casos muy concretos, se puedan seguir estas indicaciones. Lo que impera es la necesidad de un rápido alivio para la reincorporación a la actividad. Por este motivo, lo habitual es que sea necesario recurrir a medidas de mayor eficacia, como es el uso de fármacos.

Criterios generales de la terapia farmacológica

El tratamiento farmacológico de la migraña con la administración de medicamentos admite diferentes líneas de actuación. Sin embargo, para su aplicación es necesario tener presentes unas normas generales de uso.

1. Diagnóstico

Se ha escrito que el diagnóstico de la migraña es el inicio del tratamiento. Y es absolutamente cierto. En el momento actual, no tiene sentido mantener una línea de actuación que se limite al control del dolor de cabeza sin una mayor aproximación al diagnóstico preciso de su origen. Sería tan absurdo como tratar un dolor de vientre o del pecho sin interesarnos por su causa. Las puras medidas de analgesia para aliviar el dolor son aplicables tan sólo cuando se conoce o al menos se intuye su origen.

En este aspecto se centra la utilidad de la clasificación etiológica de los dolores de cabeza y de los criterios para su diagnóstico que nos permitirán orientar la situación y establecer las medidas más oportunas en cada caso.

2. Concepto

Hemos descrito la migraña como una enfermedad. De forma repetida se ha expuesto que el ataque de migraña no corresponde a un simple dolor de la cabeza, sino que se trata de una alteración neurológica, neurovegetativa y psicológica, entre cuya expresión sintomática aparece también cefalea.

Este concepto tiene una lectura: que el objetivo del tratamiento no se debe

orientar al puro alivio sintomático del dolor. La cobertura terapéutica puede ser muy amplia, abarcando medidas de actitud y régimen de vida, administración de fármacos, tanto para prevenir como para aliviar síntomas, y otras terapias alternativas.

3. Evolución

Siguiendo con el criterio de que se trata de una enfermedad, la migraña corresponde a una dolencia cuya evolución es episódica y recurrente. Se expresa pues por la presencia repetida de ataques (episodios agudos) que, sin embargo, tienen una evolución global crónica. Es frecuente que, con actitud resignada pero dolida, el migrañoso explique en su senectud, cuando sus crisis tienden a aliviarse o incluso remitir, cómo la migraña ha condicionado su existencia.

En el control farmacológico de la migraña es necesario tener presente siempre la posibilidad de su transformación evolutiva hacia una situación de dolor crónico de presencia continua, a consecuencia de un abuso de consumo de fármacos para el puro alivio sintomático.

4. Gravedad

La migraña no es grave en parámetros de expectativa de vida. Este hecho queda muy bien reflejado con la frase: «la migraña no quita la vida, pero sí puede quitar la alegría y la ilusión de vivir».

Su impacto patológico se produce por el sufrimiento (dolor), la limitación funcional que comportan sus ataques, la cual aunque es transitoria es también imprevisible en su presentación representa un motivo frecuente de frustración tanto en el ámbito familiar como en el social y laboral. Finalmente, y como consecuencia de todo ello, pérdida de calidad de vida.

Esta situación justifica la necesidad de recurrir a un tratamiento farmacológico para su control. Éste podrá consistir en el tratamiento aislado de la crisis, o bien requerir una pauta para la prevención, que debe ser establecida en cada caso por indicación del médico.

Aunque la pauta farmacológica a seguir debe proceder del ámbito profesional, es bueno que el migrañoso sea consciente de que la migraña no es una enfermedad grave (en cuanto a expectativa de vida), y que, por tanto, las medidas farmacológicas a tomar para su control deben tener un límite debido a sus previsibles efectos adversos. En el momento de la elección de un fármaco, conviene tener presente la tolerabilidad tanto o más que la eficacia del producto a elegir. No sea que: «resulte peor el remedio que la enfermedad».

Cuantificación del grado de discapacidad

El criterio principal de la orientación del tratamiento de cualquier enfermedad debe partir siempre del diagnóstico. Sin embargo, en el caso de la migraña, dado que reconocemos que su impacto individual más importante radica en el dolor y en la discapacidad que genera, se ha postulado orientar el tratamiento en función del grado que estos dos parámetros alcanzan con su presencia.

El nivel de dolor que comporta la crisis de migraña es, por definición, moderado o intenso (no se admite la consideración de leve). Esto representa una merma en la capacidad para desarrollar cualquier actividad, pues el dolor ralentiza el procedimiento cognitivo. A este factor de limitación funcional cabe añadir la frecuente asociación de náuseas y vómitos y, cómo no, su agravación con la movilización de la cabeza y con la estimulación sensorial.

La cuantificación del impacto debe realizarse individualmente y uno de los instrumentos diseñados a tal fin es el cuestionario MIDAS. Su aplicación es sencilla, fácil de cumplimentar y apropiada para cualquier tipo de paciente con migraña (ver [Tabla 1](#)).

Si el resultado obtenido con la suma de las respuestas es superior a 5, el impacto de la dolencia justifica la prescripción de tratamientos específicos, ya sea para el control de la crisis o incluso para la prevención. En todos los casos es conveniente consultar al médico.

Se considera que una persona se halla muy incapacitada por su migraña si la puntuación es superior a 21.

Cuestionario MIDAS (Migraine Disability Assessment Questionnaire)

Instrucciones

Por favor, conteste las preguntas siguientes basándose en la cantidad de cefalea que haya tenido en los tres últimos meses.

1. ¿Cuántos días en los últimos 3 meses ha tenido que faltar a su trabajo o lugar de estudio a causa de un dolor de cabeza ?
2. ¿Cuántos días en los 3 últimos meses su rendimiento en el trabajo o lugar de estudio se ha visto reducido a la mitad o más a causa de su dolor de cabeza? (no incluya los días que ha contabilizado en la pregunta 1)

3. ¿Cuántos días en los 3 últimos meses no ha podido realizar sus labores del hogar a causa de un dolor de cabeza ?
4. ¿Cuántos días en los 3 últimos meses su rendimiento en las labores del hogar se ha visto reducido a la mitad o más a causa de un dolor de cabeza? (no incluya los días que ha contabilizado en la pregunta 3)
5. ¿Cuántos días en los 3 últimos meses no ha podido asistir a actividades familiares, sociales o de ocio a causa de su dolor de cabeza?

Total días

Las dos preguntas siguientes son una información complementaria.

- A. ¿Cuántos días en los 3 últimos meses ha sufrido dolor de cabeza? (si el dolor de cabeza ha durado más de un día cuente cada día)
- B. ¿Cómo valoraría la intensidad de sus dolores de cabeza? (en una escala de 0 a 10).

Tabla 1

Puntos clave:

- Siempre está indicado el seguimiento de medidas no farmacológicas, con el fin de aliviar las molestias de la crisis de migraña, e incluso para su prevención.
- La detección de determinados factores precipitantes del ataque en cada caso puede ser muy útil para la prevención de la migraña.
- Cuando se recurre a un tratamiento farmacológico, con el fin de aliviar el sufrimiento de las crisis, es muy importante mantener un control estricto del nivel de consumo de medicamentos, aunque nos parezcan inocuos por su cotidianeidad.
- La necesidad de seguir un tratamiento farmacológico preventivo, es decir, una pauta de tratamiento continuada durante un periodo determinado de tiempo, dependerá fundamentalmente de la frecuencia de las crisis y deberá tener una indicación médica.

10. Tratamiento de la crisis con medicación

El tratamiento del ataque de migraña con la administración de medicamentos admite diferentes líneas de actuación que dependen del mecanismo de acción (cómo actúa) del fármaco seleccionado.

La crisis de migraña requiere tratamiento siempre, y lo habitual es que este tratamiento implique algún medicamento. El manejo terapéutico de la migraña requiere una atención personalizada que se oriente según las características propias del individuo que la padece y de las de su dolencia.

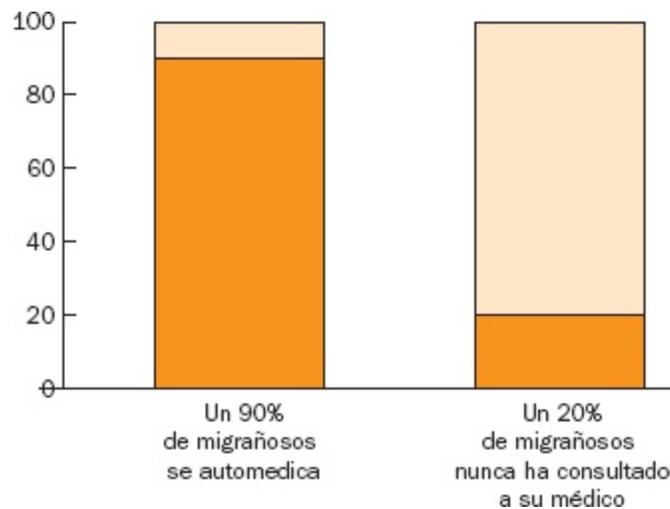
Es importante en el momento de optar por un tratamiento valorar la frecuencia, intensidad y duración de sus crisis.

Sin embargo, a pesar de que el nivel de conocimiento sobre el tema es extenso y de que existen protocolos de actuación bien definidos, el manejo terapéutico de la migraña sigue dejando mucho que desear a nivel de demanda de atención sanitaria. Hay datos de reciente publicación según los cuales un 90% de migrañosos se automedican y un 20% nunca ha consultado a un médico. Esta situación nos permite mantener la afirmación y hacerla extensiva a todo el ámbito de la cefalea, de que probablemente es el único campo de la patología en que la demanda de atención sanitaria no se beneficia del nivel actual de la oferta en cuanto a conocimiento médico.

Una línea de tratamiento del ataque de migraña, se puede orientar hacia el control sintomático de la situación. Hablamos de tratamiento inespecífico, que incluye medidas para aliviar el dolor (analgésicos), medidas dirigidas al control de los síntomas digestivos (gastroprocinéticos) y medidas orientadas a reducir el componente afectivo y facilitar la relajación y el sueño (ansiolíticos). Cada una de ellas tendrá su indicación, según la presencia más o menos intensa de estos síntomas en la crisis que se pretende controlar.

Otra vía de actuación terapéutica es la que incide bloqueando el mecanismo a través del cual se desarrolla la crisis. Hablamos entonces de tratamiento

específico de la migraña, dado que se trata de medicamentos vasoactivos, es decir, con capacidad de modificar el calibre de las arterias provocando una vasoconstricción e incidiendo, por tanto, en el mecanismo fisiopatológico de la migraña. Lo pueden hacer de forma menos selectiva los derivados ergóticos y de forma más selectiva los triptanes.



Tratamiento inespecífico para el control de los síntomas

Para el control del dolor

La administración de un analgésico simple al inicio de una crisis puede en algún caso ser suficiente para cortar su evolución. Es importante la precocidad de la toma, aunque no es aconsejable anticiparla a la presencia de cefalea con una intencionalidad preventiva. **Tomar un analgésico de forma sistemática con el fin de evitar un temido dolor de cabeza es una práctica poco recomendable, ya que con frecuencia conduce al abuso del consumo de estos productos.**

Para aliviar el dolor de la migraña existe eficacia probada tanto con el ácido acetilsalicílico de 500 miligramos como con el paracetamol de 1 gramo. Cuando estos fármacos funcionan no debemos recurrir a otras medidas farmacológicas. Tan sólo nos debemos limitar a la previsión de potenciales efectos secundarios y a la vigilancia de un posible abuso de consumo.

Como criterio general de primera opción es preferible evitar la toma de productos con asociación de varios analgésicos y seleccionar el que nos aporte mayor eficacia y/o mejor tolerabilidad.

En cambio, la asociación del analgésico con la toma de café puede potenciar su acción, siendo más aconsejable este sistema que la inclusión de la cafeína en el medicamento. Habrá que decidir en todo momento si se desea esta asociación o

no (por ejemplo, si se toma antes de acostarse se evitará la cafeína).

Los antiinflamatorios no esteroideos, especialmente ibuprofeno, naproxeno y su sal sódica, dexketoprofeno y diclofenaco sódico, resultan también eficaces para el control de la crisis de migraña.

Su mecanismo de acción más probable está en relación con su actividad inhibitoria de la respuesta postaglandínica, limitando así la inflamación neurógena estéril que se produce con la activación del sistema trigémino vascular.

Ibuprofeno, a una dosis inicial de 1.200 miligramos, reforzada por dosis de 600 miligramos cada 6 horas si fuese necesario, puede reducir la duración y aliviar la intensidad del ataque.

Naproxeno sódico puede ser administrado por vía oral o rectal a dosis de 550 miligramos y tiene un nivel de eficacia que alcanza el 84% de las crisis tratadas.

Dexketoprofeno se administra a dosis de 25 miligramos que pueden repetirse cada 8 horas.

Diclofenaco sódico administrado por vía intramuscular a dosis de 75 miligramos puede controlar una crisis de migraña en más del 80% de casos.

Metamizol es un analgésico de uso muy extendido que también tiene indicación para el tratamiento de la migraña. De hecho, en la práctica es un recurso frecuente, aunque existen pocos estudios que avalen su eficacia para esta indicación.

Los **derivados opiáceos** tienen una incuestionable actividad analgésica y están entre las opciones a seguir en el tratamiento de la migraña. La prescripción de productos con **codeína** puede ser útil en casos concretos, aunque por ser la migraña una dolencia de carácter recurrente con una evolución global crónica, y dada la capacidad adictiva de estos productos, se requerirá un estricto control de la frecuencia de consumo.

Para el control de los síntomas vegetativos

La presencia de náuseas e incluso vómitos es frecuente en la crisis de migraña. Este trastorno digestivo puede dificultar enormemente la administración de cualquier medicamento por vía oral. Se ha demostrado que durante la crisis el vaciado gástrico es más lento y se altera la absorción intestinal. Su intensidad se relaciona de forma directa con la del dolor y no guarda relación con el tipo de crisis, ya sea con aura o sin aura, ni tampoco con su duración.

La **metoclopramina** y la **domperidona** son de uso muy habitual para paliar los síntomas digestivos. Su administración oral previa o bien asociada al analgésico mejora el alivio del dolor. En el caso de que el vómito sea intenso, de presentación precoz y persistente, es preferible recurrir a la vía rectal o inyectable de este tipo de productos.

Para el control del componente afectivo

Es frecuente que durante la crisis de migraña aparezcan también manifestaciones de carácter afectivo, tanto de tipo ansioso como depresivo. Cuando son muy acusadas, es conveniente su control con medicación sedativa. La toma de **benzodiazepinas** asociadas a la analgesia es una opción a contemplar.

Entre los objetivos de esta medicación está evitar la hiperventilación debida a una respiración ansiosa, ya que con ella se facilita la presencia de alcalosis, cuyos síntomas como el hormigueo en las manos y la rigidez (que puede alcanzar incluso a las piernas) se van a añadir a los propios de la migraña, complicando aún más la situación. Por otro lado, facilitan también la relajación muscular y además son inductores del sueño, factor a tener presente por el efecto beneficioso que el sueño suele tener en la migraña.

Si es imprescindible mantener cierta actividad durante la crisis, estas medidas de sedación no son aconsejables. Con esta línea de tratamiento es necesario tener muy presente la frecuencia de consumo, por el riesgo de crear tolerancia y dependencia.

Tratamiento específico

Para el tratamiento de la crisis de migraña se dispone en la actualidad de fármacos que inciden de forma directa sobre el mecanismo a través del cual se desencadena y desarrolla la crisis. Se trata, por tanto, de un tratamiento específico para la migraña. Actúan de forma más o menos selectiva o precisa sobre los receptores de la serotonina, concretamente los 5HT₁, que están implicados en el control del calibre de los vasos sanguíneos. Carecen de actividad analgésica y actúan como vasoconstrictores devolviendo a la arteria su calibre normal. No olvidemos que se produce una dilatación de los vasos cuando se inicia la activación del sistema trigémino vascular en el proceso evolutivo de la crisis de migraña.

Este mecanismo de acción incide más directamente sobre el proceso y, por tanto, la respuesta al tratamiento debe ser presumiblemente mejor. El inconveniente de esta línea de actuación es que requiere un diagnóstico preciso. Se trata de productos muy eficaces, pero sólo en el caso de que el origen del

dolor esté en relación con la dilatación arterial, como ocurre en la migraña. No obtendremos ninguna respuesta cuando el dolor se genere por otro mecanismo, como pueden ser, a título de ejemplo, la tensión muscular o la compresión de un nervio sensitivo.

Tratamiento específico no selectivo

Los derivados ergóticos son los más clásicos entre los productos vasoactivos utilizados en el tratamiento de la migraña. La ergotamina es un alcaloide natural propio de un hongo (*claviceps purpúrea*), conocido vulgarmente como centeno cornudo porque se cría como parásito de la espiga de los cereales, especialmente el centeno. Es un hongo muy rico en sustancias biológicamente activas, algunas de las cuales le son propias y derivan del ácido lisérgico. Hasta finales del siglo pasado fueron la principal referencia terapéutica para la migraña, aunque la evidencia de su eficacia se basa tan sólo en la experiencia práctica.

Hay pocos estudios de investigación clínica bien diseñados con estos productos. Su indicación para el tratamiento de la migraña nace del hecho, conocido ya desde la Edad Media, de su capacidad para contraer la fibra muscular lisa y, por tanto, de producir una vasoconstricción. Habiendo sido de uso muy habitual, actualmente han dejado de ser de primera elección para el tratamiento de la crisis de migraña.

Actúan sobre los receptores serotoninérgicos (5HT 1), que son los implicados en la migraña, pero lo hacen también sobre los receptores de la adrenalina y de la dopamina, lo que introduce una elevada presencia de efectos secundarios. Por este motivo, se clasifican como específicos para la migraña pero poco selectivos.

El **tartrato de ergotamina** es el derivado más potente y el que fue más utilizado. Es un producto que podemos valorar como de buena eficacia pero de mala tolerabilidad. Se administra tanto por vía oral como rectal, aunque su absorción es muy variable según las personas, lo que dificulta su dosificación. Con cierta frecuencia aparecen efectos adversos como náuseas y vómitos. Se ha descrito también la aparición de dolor abdominal, diarrea, vértigo, calambres, debilidad muscular y hormigueos.

Las mayores contraindicaciones de uso están en relación con su potente y persistente efecto vasoconstrictor y, por tanto, no debe administrarse si hay evidencia de patología vascular tanto a nivel coronario como periférico.

Su uso continuado puede provocar dependencia física. Esta complicación se puede presentar con dosis muy diversas y el factor determinante parece ser el consumo prolongado. Se manifiesta por la agravación evolutiva de la migraña y

su posterior falta de respuesta a cualquier otro tratamiento. El abuso de consumo ergótico puede transformar la migraña en una cefalea crónica continua, con sintomatología de rebote ante su supresión.

Por todo lo expuesto, este producto debe ser prescrito y controlado su consumo por el médico. La dosis nunca debe exceder de 6 miligramos al día y de 12 miligramos a la semana.

La **dihidroergotamina** es otro derivado ergótico con una menor acción vasoconstrictora a nivel del lecho vascular periférico. Aunque tenga una menor eficacia terapéutica presenta, sin embargo, una notable reducción de efectos secundarios. Se absorbe escasamente cuando se toma por vía oral, pero tiene la ventaja de que puede administrarse mediante inyección. Las dosis recomendadas son entre 0,5 y 0,75 miligramos por vía intravenosa y de 1 miligramo por vía intramuscular.

En el año 2000, en una reunión de consenso de un grupo de expertos se establecieron las conclusiones siguientes para el uso racional de la ergotamina:

- no hay criterios que justifiquen su uso como fármaco de primera elección para el tratamiento de la crisis de migraña.
- la excepción pueden ser aquellos pacientes con crisis prolongadas (48-72 horas) y también los que presentan recaídas frecuentes y repetidas con los triptanos.
- se puede mantener el tratamiento con ergotamina cuando sabemos que existe una buena respuesta en su consumo previo y siempre que exista una buena tolerancia, no existan contraindicaciones de uso y no se intuya en su consumo previo una tendencia al incremento de la frecuencia del mismo.
- en el caso de que se considere necesario su uso, se recomienda la administración en una sola dosis de 0,5 a 2 miligramos, preferentemente por vía rectal, como máximo una vez por semana.

Tratamiento específico selectivo

El grupo farmacológico de los **triptanos** son la aportación más reciente e interesante para el manejo terapéutico del ataque de migraña. El primero de ellos fue el **sumatriptan**, del que se pudo disponer a principios de los años noventa. Posteriormente, han ido apareciendo nuevos productos del grupo obtenidos con variaciones en su molécula. Sus características farmacológicas y de respuesta clínica son comparables (ver [Tabla 2](#)).

Todos ellos comparten el mismo mecanismo de acción. Son agonistas de los receptores del grupo 5HT 1B/D de la serotonina. Se fijan en ellos, reproduciendo la acción de este neurotransmisor gracias a que tienen una gran semejanza

químico-espectral con la serotonina. Actúan recuperando el calibre normal en la arteria dilatada, y al mismo tiempo bloquean la liberación de los productos que generan la inflamación neurógena estéril.

Difieren entre ellos en determinadas características farmacológicas, como su vida media, la cantidad del producto que se absorbe y pasa a la sangre (ello explica la diferencia en las dosis recomendadas para cada uno), el tiempo en que alcanzan el nivel de máxima concentración en sangre, el tiempo de eliminación, etcétera.

Los resultados obtenidos en la valoración estadística de la eficacia y tolerabilidad de cada uno de ellos muestran diferencias poco significativas. En la práctica diaria, sin embargo, al valorar la respuesta individual sí que se recogen diferencias en la preferencia de consumo, ya sea por la mayor eficacia obtenida o por una mejor tolerabilidad. A pesar de todo, su cuantificación tampoco marca diferencias suficientemente significativas entre ellos que induzcan a dar prioridad de forma general a la prescripción de uno u otro.

De todos ellos se puede decir que muestran:

- un alto nivel de eficacia.
- una buena tolerancia.
- una gran rapidez de acción.
- una administración fácil.
- un buen perfil de seguridad.

Su eficacia se puede valorar observando el resultado obtenido a las dos horas de la toma del fármaco.

La respuesta al tratamiento, es decir, la eficacia, la valoraremos como alivio del dolor o como ausencia de dolor, basándonos en la escala de magnitud del dolor de cuatro puntos:

0. ausencia de dolor
1. dolor leve (pero compatible con las actividades habituales).
2. dolor moderado (con dificultad, compatible con la actividad).
3. dolor intenso (impide el desarrollo de cualquier actividad).

Teniendo presente que el dolor en la migraña se cuantifica siempre como intenso (3) o bien moderado (2), hablamos de alivio del dolor cuando éste pasa de una magnitud 3 o 2 a 1 y de ausencia de dolor cuando alcanza una magnitud 0. Esta valoración se hace a las dos horas de la toma del producto.

Con esta escala se ha podido introducir el concepto de beneficio terapéutico completo de un fármaco, que consiste en lograr la remisión completa del dolor en un tiempo inferior a las dos horas de su administración.

La rapidez de acción de los productos para el tratamiento de la migraña disponibles en la actualidad ha dado mayor vigencia al concepto de recurrencia, es decir, la reagravación del dolor en un período de tiempo inferior a las 24 horas después de una respuesta favorable. Cuando se obtiene un beneficio terapéutico completo y no se produce recurrencia podemos hablar de respuesta completa al fármaco, la cual se obtiene en un elevado porcentaje (alrededor del 50% de pacientes tratados con triptanes).

La toma de estos productos se debe efectuar cuando se identifica el dolor de cabeza con una migraña, lo cual no suele ser difícil para el migrañoso, familiarizado con las características de sus crisis por haberlas sufrido repetidamente. Es necesario el diagnóstico preciso porque carecen de eficacia para otros tipos de cefalea. Nunca se debe anticipar la toma de cualquiera de los triptanes al inicio de la crisis, dado que carecen de capacidad preventiva. Cumplidos estos criterios, es importante efectuar la toma de estos productos lo más precozmente posible, una vez identificada la situación.

Cuando se presenta recurrencia (alrededor del 30% de las crisis), a partir de las dos horas se puede administrar una nueva dosis del producto inicial, sea cual sea el triptano utilizado. Con esta segunda dosis el beneficio obtenido alcanza el 75% de casos tratados.

Es necesario efectuar un control del consumo de los triptanos, para evitar la posible aparición de cefaleas de rebote que se pueden presentar a consecuencia de un consumo abusivo. Nunca se deben tomar más de 10 comprimidos al mes. Si el nivel de consumo muestra un incremento progresivo se debe plantear una alternativa terapéutica.

Por tratarse de fármacos con una actividad vasoconstrictora los triptanes están contraindicados en personas con patología vascular en cualquier área del organismo. Especial atención merece la patología coronaria (cardíaca) y también la hipertensión arterial no controlada.

Se dispone de poca información para su uso en niños y en mayores de 65 años. No deben ser administrados de forma conjunta con la ergotamina y sus derivados, como la metisergida.

Como efectos secundarios frecuentes se incluyen rubor, sensación de debilidad, fatiga, somnolencia, y opresión torácica o de garganta. En general, son de breve

duración.

Nombre genérico	Nombre comercial	Fecha de comercialización	Dosis	Vía de administración
Sumatriptan	Imigran®	1991	6 miligramos	Inyectable subcutánea
			10 /20 miligramos	Intranasal
Zolmitriptan	Zomig®	1997	50 miligramos	Oral
			5 miligramos	Intranasal
Naratriptan	Naramig®	1997	2,5 miligramos	Oral
Rizatriptan	Maxalt®	1998	10 miligramos	Oral
Almotriptan	Almogran®	2000	12,5 miligramos	Oral
Eletriptan	Relpax®	2003	20/40 miligramos	Oral
Frovatriptan	Forvey®	2004	2,5 miligramos	Oral

Tabla 2. Los Triptanos

Puntos clave:

- Los productos con ergotamina no deben ser de primera elección para el tratamiento del ataque agudo de migraña.
- El criterio del «beneficio terapéutico completo» en la migraña se cumple cuando se consigue una remisión completa del dolor en menos de dos horas tras la administración del fármaco. Sin embargo, puede existir recurrencia y la necesidad de una nueva dosis.
- Si tras la remisión completa del dolor en dos horas no es requerida otra dosis del producto porque no se produce una recurrencia de la crisis, hablamos de «respuesta completa» al fármaco.
- Al decidir un producto para el tratamiento de un ataque de migraña el objetivo es alcanzar una «respuesta completa». Esta condición es más probable que se alcance, con la toma de un triptano.
- La toma de un triptano requiere un diagnóstico preciso de migraña, ya que no es efectivo para otros tipos de cefalea. Cuando su nivel de consumo muestra una evolución creciente, debemos alertarnos. La dosis total mensual no debe alcanzar los 10 comprimidos.

11. Tratamiento preventivo

Prevención de la migraña sin medidas farmacológicas

Las medidas no farmacológicas dirigidas a la prevención de las crisis de migraña son de aplicación general y tienen una profunda relación con el modelo de vida, con determinados hábitos y con actitudes concretas frente a situaciones diversas.

Definida la migraña como una dolencia que se expresa por la presentación repetida de ataques, es habitual que el migrañoso detecte que determinadas situaciones y factores biológicos, psicológicos, físicos o ambientales puedan incidir en la presentación de sus ataques. En ocasiones, esta incidencia es claramente desencadenante. Su presencia, de forma evidente y repetida, siempre les provoca la crisis (sucede con frecuencia en el precipitante menstrual). En otros casos, estos factores, no actúan de forma tan determinante y se comportan como meros favorecedores que a veces actúan como desencadenantes de la crisis y a veces no (sucede a menudo con los desencadenantes dietéticos).

La tarea de detectar los factores que pueden incidir en la presentación de crisis es estrictamente personal y requiere una valoración objetiva de la experiencia de cada uno. Es conveniente eludir toda información al respecto procedente de otras personas, sean migrañosas, o no.

No siempre es fácil reconocer estos factores. Sin embargo, lo habitual es que algunos se detecten. Si además es posible evitarlos, podremos establecer interesantes medidas de prevención.

Ya hemos comentado que la persona con migraña muestra una mayor dificultad de adaptación a los cambios, ya sea a las nuevas situaciones o a los cambios de ritmo, especialmente los biológicos. En este sentido, son importantes las variaciones hormonales en sangre (en el caso de la mujer), los horarios de las

comidas, del sueño, de la actividad en general, e incluso los cambios atmosféricos.

Es conveniente llevar un modelo de vida ordenado, evitando los excesos, el descontrol y la falta de moderación. Sin embargo, conviene hacerlo compatible con una vida normal, sin excesivas renunciadas.

Prevención de la migraña con medidas farmacológicas

En general, el migrañoso suele tomar algún medicamento para el control de sus crisis. Muy a menudo se lo prescribe él mismo. En cambio, instaurar y seguir una pauta continuada de prevención no suele ser una decisión personal, sino una indicación médica.

Es curioso observar que existe una cierta reticencia por parte del paciente a la aceptación de un tratamiento preventivo. De forma reiterada escuchamos en boca de un migrañoso la afirmación contundente de «no ser nada partidario de tomar pastillas...». Esta actitud resulta incomprensible, por venir de una persona que toma dos o cuatro o más comprimidos de analgésicos día si día también.

La condición de migrañoso no implica necesariamente seguir una pauta continuada de prevención. Con esta afirmación se abren una serie de interrogantes que requieren una respuesta concreta.

¿Cuándo se debe seguir un tratamiento preventivo?

Para su indicación se deben considerar diversos parámetros. La frecuencia de presentación de los ataques es la condición primera y principal para seguir un tratamiento continuado con finalidad preventiva.

¿Qué significa esto? Que el objetivo primario de una pauta de prevención es reducir el número de ataques. El objetivo secundario será reducir la cantidad de medicamentos necesarios para el tratamiento de estos ataques. Por tanto, se trata de reducir el riesgo de caer en una situación de rebote, con la cronificación del dolor debida al abuso de medicamentos para el control de la crisis.

Es importante reducir el número de ataques, porque su elevada presencia genera en el paciente una respuesta psicopatológica de temor y de inseguridad que van a condicionar sus proyectos y, al final, hasta su modelo de vida, de tal modo que el recelo de lo que pueda suceder incrementa el consumo de medicamentos y facilita el deterioro evolutivo de la migraña.

Hablamos de la frecuencia de las crisis como el criterio principal para seguir una

pauta de prevención, pero es necesario cuantificarla. En líneas generales, la presencia de tres o más crisis de migraña al mes obliga a considerar la necesidad de prevención. Sin embargo, no se puede establecer un protocolo estricto de actuación porque en la decisión inciden otras variables.

Otros parámetros a considerar son la intensidad del ataque, su duración, y cómo no, la respuesta que se obtiene con el tratamiento para el control de la crisis. Una frecuencia de presentación quincenal, con crisis prolongadas de hasta 72 horas que responden mal a las medidas del tratamiento agudo puede justificar una pauta de prevención.

¿Cuál sería el producto más adecuado?

Dentro del abanico de medidas farmacológicas para la prevención de la migraña existen numerosas vías de actuación. Disponemos de diversos productos con eficacia probada para esta indicación que pertenecen a familias farmacológicas muy diferentes.

El ataque de migraña no se genera en la mente. Es el resultado de la activación de estructuras del sistema trigémino-vascular. Éste corresponde a un circuito cerrado en el que están implicados los vasos sanguíneos, el nervio trigémino y los centros encefálicos. La incidencia en cualquier punto de este circuito con medicamentos capaces de inhibir o bloquear su activación, ya sea a nivel de los vasos o de las neuronas, puede reducir el número de ataques. Con ello se explica la diversa procedencia de los medicamentos preventivos.

La elección de un producto concreto para la prevención de la migraña requiere una consideración individualizada de la situación. Se deben contemplar las características de las crisis que pretendemos prevenir, sus factores precipitantes y también aspectos vinculados con rasgos psicológicos y biológicos de quien la sufre.

Es muy recomendable que la persona que se somete a un tratamiento continuado tenga información adecuada sobre las expectativas de mejoría y sobre los inconvenientes que puede implicar.

Al elegir un medicamento concreto para la prevención, conviene tener presente no sólo los criterios de eficacia, sino también la previsible tolerabilidad (véase la [Tabla 3](#)).

Entre los productos en uso disponemos de:

Betabloqueantes

Su eficacia en la prevención de la migraña es notable y confirmada, tanto por los estudios efectuados al respecto como por la práctica clínica. Son productos en general bien tolerados y que ofrecen una buena respuesta aunque se administren dosis moderadas. No pierden eficacia con el uso prolongado.

Tienen una especial indicación en el caso de migrañosos con hipertensión arterial y en y en determinados casos de temblor, ansiedad o hipertiroidismo. Son también de elección preferente en aquellas personas que muestran notorios signos de respuesta vegetativa, ya sea con manifestaciones de rubor o de sudor.

Están contraindicados en caso de asma bronquial, síndrome de Raynaud, insuficiencia cardíaca, marcada hipotensión arterial o muy baja frecuencia del pulso.

De este grupo, los más utilizados son **el propranolol, el atenolol y el nadolol**.

Calcioantagonistas

Este grupo está constituido por productos que comparten la actividad calcioantagonista pero que tienen estructuras químicas muy distintas. Su acción preventiva de la migraña es muy diferente de unos a otros.

Como preventivo es destacable el papel de la **flunarizina**, cuya eficacia está probada y es notablemente superior, en el caso de esta indicación, a la de otros productos de la familia como **verapamilo, nicardipino o nimodipino**.

La dosis recomendable de flunarizina es de 5 miligramos/día, que se debe administrar en dosis única por la noche por su capacidad de producir somnolencia. Tiene también un notable efecto orexígeno, es decir, incrementa las ganas de comer, por lo que es necesario alertar a quien vaya a seguir este tratamiento y aconsejarle medidas de restricción dietética, con el fin de evitar un incremento de peso que generalmente no es bien aceptado.

Está contraindicado en personas obesas o con depresión.

Su consumo en dosis altas y de forma prolongada puede producir temblores y otras manifestaciones de carácter parkinsoniano. Su uso racional aconseja mantener pautas de tratamiento que no se prolonguen más de tres meses. En el caso de que se considere necesario seguir con el tratamiento, es aconsejable introducir periodos de uno o dos meses de descanso de la medicación.

Neuromoduladores

Son productos diversos en su mecanismo de acción que comparten su indicación principal: el tratamiento de la epilepsia. Más recientemente han confirmado su

eficacia en el tratamiento preventivo de la migraña. Su mecanismo de acción se centra en la estabilización de los canales iónicos.

El **ácido valproico** y su sal sódica son eficaces para la prevención de la migraña. Su uso en esta indicación requiere dosis más bajas que en la epilepsia. Lo habitual son 600 miligramos al día administrados en dos tomas. Cuando se trata a una mujer en edad fértil, se debe tener presente su potencial teratogenia (provocación de malformaciones en el feto), por lo cual es necesario evitar un embarazo mientras siga este tratamiento.

Como efectos adversos que obligan a la supresión del fármaco se incluyen la no tolerancia hepática, la presentación de temblor, la caída del pelo y el incremento significativo de peso.

De la **gabapentina** disponemos de pocos estudios que avalen su eficacia para el tratamiento preventivo de la migraña. Es un producto generalmente bien tolerado, aunque con su administración puede aparecer somnolencia, vértigo, inestabilidad para la marcha y fatiga como efectos adversos más frecuentes. Es también necesario evitar un embarazo si se está tomando el producto. La dosis recomendada es de 900 miligramos al día administrados en tres tomas.

Topiramato es el fármaco de más reciente introducción para el tratamiento preventivo de la migraña. Ha sido ampliamente investigado en este sentido y en los estudios comparativos realizados revela un nivel de eficacia semejante al de los betabloqueantes. Se debe evitar su administración ante la posibilidad de embarazo y en personas con predisposición a la formación de cálculos y de cólicos renales.

Entre los efectos adversos más frecuentes se incluyen: somnolencia, mareos, fatiga, trastornos del habla, dificultades de memoria y de concentración, hormigueos en las manos, falta de apetito y pérdida de peso. La dosis recomendada es de 100 miligramos al día en una o dos tomas instaurados de forma progresiva

Antidepresivos

En esta aplicación debemos singularizar el papel de la **amitriptilina** a dosis bajas de 10 a 25 miligramos administrados en una sola toma por la noche, que da un buen rendimiento preventivo de la migraña y suele ser bien tolerada.

Actúa mejorando la calidad del sueño sin crear adicción. Está especialmente indicada en la prevención de la migraña en el niño y a cualquier edad, siempre que se registre un sueño poco reparador. Está contraindicada en caso de glaucoma o de trastornos de la próstata.

Los efectos adversos más comunes son sequedad de boca, estreñimiento y, en algún caso, somnolencia.

Otros productos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (**fluoxetina, paroxetina, sertralina, fluvoxamina, citalopram, escitalopram**), no pueden considerarse fármacos específicamente preventivos de la migraña, pero gracias a su capacidad de mejorar el estado de ánimo y de ofrecer una mejor tolerancia a las situaciones de estrés facilitan una mayor relajación, lo cual suele ser beneficioso para la evolución de la migraña. Su acción positiva se relaciona más con el cambio de actitud del migrañoso frente a diversas situaciones vitales que a un efecto directo sobre la dolencia.

Antinflamatorios no esteroideos

Algunos autores recomiendan el uso de estos medicamentos no sólo para el tratamiento del ataque de migraña, sino también de forma continuada para su prevención y avalan esta recomendación demostrando respuestas significativas de mejoría. Sin embargo, esta indicación debe restringirse a casos concretos y por breves periodos de tiempo (como puede ser la prevención a corto plazo de la migraña menstrual). La administración prolongada de estos medicamentos conlleva un alto riesgo de complicaciones digestivas, aparte de otros problemas.

Otros fármacos

Existen fármacos que por su mecanismo de acción se agrupan como antagonistas serotoninérgicos. Vigentes en el pasado como preventivos de la migraña, actualmente están en desuso por sus efectos adversos.

En el caso del **pizotifeno**, por el significativo aumento de apetito que produce y el consiguiente e inevitable incremento de peso. En el de la **metisergida**, por su mala tolerancia y la frecuente fibrosis retroperitoneal que puede aparecer tras su uso prolongado. Aun siendo un producto muy eficaz, prácticamente no se prescribe (actualmente no está disponible en el mercado español).

Más reciente es la introducción de las inyecciones pericraneales de **toxina botulínica** como medida de prevención de la migraña. En estudios muy limitados de grupos de trabajo concretos se ha demostrado un nivel de eficacia superior al placebo, aunque también lo es el número de efectos adversos. Según los datos disponibles actualmente, consideramos esta línea de tratamiento como una indicación específica para aquellos casos refractarios a los tratamientos habituales.

La aplicación de **neuroestimuladores** occipitales en pacientes con migraña crónica que no responden a ningún otro tratamiento se halla todavía en plena fase de investigación.

¿Cuánto tiempo se debe mantener el tratamiento preventivo?

La duración del tratamiento viene determinada por las características propias de la migraña a tratar y por las del producto utilizado.

Una vez iniciado el tratamiento siguiendo los criterios de indicación ya expuestos, conviene confirmar la tolerabilidad al producto. En ocasiones, la detección de efectos adversos importantes nos obligará a cambiar el fármaco inicial. Una vez confirmada la buena tolerancia al producto, es aconsejable mantener el tratamiento por un periodo de tiempo mínimo entre dos y tres meses. Durante este periodo, se debe efectuar un seguimiento con el registro escrito de las incidencias de la migraña. Debe quedar bien reflejada la frecuencia, la intensidad y la duración de los ataques. Es interesante también registrar su distribución en el tiempo (por ejemplo, con predominio de las crisis el fin de semana) y en el caso de la mujer, su relación con el ciclo menstrual.

Si la evolución observada es muy favorable, con reducción de la frecuencia de las crisis a un máximo de dos al mes –lo cual ya la excluye del criterio principal para seguir un tratamiento preventivo– es adecuado hacer una tentativa de suprimir el tratamiento, preferiblemente de forma progresiva. En caso de que la mejoría sea consistente y con la reducción de la medicación preventiva no se produzca una recaída, se puede suspender el tratamiento.

El fármaco seleccionado puede incidir también en la duración de la terapia. Productos como la metisergida o la flunarizina requieren necesariamente periodos de descanso del tratamiento. La limitación que representa la toma de los neuromoduladores para la mujer fértil en determinados momentos de la vida hace difícil mantener estos productos por periodos prolongados. En este sentido, los betabloqueantes, si se toleran bien, son los que permiten un uso más prolongado cuando la respuesta al tratamiento es satisfactoria y el tanteo de supresión comporta una reagravación en la evolución de la migraña.

¿Cómo se puede cuantificar la eficacia del tratamiento preventivo?

Consideramos que la respuesta es buena si al valorar la situación a los dos o tres meses de iniciar el tratamiento preventivo de la migraña hemos salido de la situación que determinó iniciarlo y hemos conseguido el objetivo de reducir el número de crisis a un máximo de dos al mes.

Se considera que el fármaco ofrece una eficacia suficiente cuando ha permitido una reducción de la frecuencia de los ataques superior al 50%. Es este el parámetro principal de valoración, aunque conviene tener en cuenta también la variación en cuanto a intensidad y duración de los ataques, así como la mayor o

menor presencia de síntomas acompañantes.

Producto	Eficacia	Efectos secundarios
Betabloqueantes	++++	++
Flunarizina	++++	++
Verapamilo	++	+
Pizotifeno	+++	++
Metisergida	++++	++++
Amitriptilina	++++	++
ISRS	++	+
IMAO	++++	++++
Valproato	++++	++
Gabapentina	++	++
Topiramato	++++	++
AINES	++	++
ISRS: inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (antidepresivos) IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa (antidepresivos) AINES: antiinflamatorios no esteroideos		

Tabla 3. Tratamiento preventivo de la migraña.

Puntos clave:

- Establecer una pauta continuada para la prevención de la migraña con medicamentos es tarea del médico.
- La prevención está determinada fundamentalmente por la frecuencia de presentación de las crisis y por sus variables secundarias (intensidad y duración), el nivel de consumo de productos para su control y la respuesta obtenida con ellos.
- La duración del tratamiento preventivo depende de las características del producto indicado y de la respuesta obtenida.
- Para valorar la respuesta obtenida con un fármaco es aconsejable mantener el tratamiento un mínimo de dos meses, siempre que exista buena tolerancia al producto.

- Al prescribir un medicamento concreto es importante contemplar no sólo criterios de eficacia, sino también de previsible tolerabilidad. También es muy conveniente que el migrañoso reciba la información necesaria al respecto.

12. Terapias alternativas o complementarias

Al menos un 85% de los pacientes con cefalea recurren a dichos tratamientos y un 60% de ellos los perciben como beneficiosos. Desde preparados botánicos hasta tratamientos físicos o mentales, el paciente puede elegir entre una amplia gama de posibilidades.

Considerando la modificación dietética como un tratamiento –si ésta se introduce en pacientes que no reconocen ningún alimento como factor desencadenante de su cefalea– estos tratamientos se pueden agrupar en cuatro categorías: dietéticos, físicos, magnéticos y mentales.

Modificaciones dietéticas, vitaminas, hierbas y preparados botánicos

Las hipótesis que fundamentan este tipo de recomendaciones defienden que el desequilibrio nutritivo desencadenado partir del exceso o déficit de vitaminas, glucosa o toxinas, e incluso una hipotética alergia alimentaria, están en el origen de la enfermedad.

No existe ninguna evidencia de que cualquiera de estas hipótesis sea causa de las cefaleas primarias. Sin embargo, muchos expertos están de acuerdo en que los pacientes con cefalea se benefician de una dieta regular y equilibrada y la recomiendan aunque el paciente no establezca un claro vínculo entre un alimento y su cefalea.

La dieta convencional para la migraña prescinde de sustancias como la tiramina (quesos), los nitratos/nitritos (salchichas), el chocolate y los edulcorantes artificiales. Ya se ha comentado previamente el papel de los alimentos, los aditivos, los conservantes y las bebidas alcohólicas como factores desencadenantes de la migraña.

Lo que si parece claro es que el migrañoso debe evitar el ayuno prolongado, seguir una dieta regular en los horarios establecidos y evitar las comidas excesivamente copiosas o presumiblemente pesadas.

Las vitaminas y productos que mediante estudios científicos han mostrado que pueden ser beneficiosas para los pacientes con cefaleas son:

Vitamina B2: Riboflavina. La dosis recomendada es de 400 miligramos al día. El efecto se alcanza a los 3 meses. Al tratarse de un compuesto no nocivo y potencialmente efectivo, puede ser interesante su uso. La lógica de esta indicación entronca con la hipótesis de que en la migraña existe una reducción del estado energético. Asimismo, por tratarse de un producto hidrosoluble no debe preocuparnos su posible acumulación, dado que su posible exceso se elimina fácilmente por la orina.

Magnesio: una ingesta de 500 miligramos al día es un tratamiento preventivo eficaz para reducir el número de ataques de migraña. El único efecto secundario que puede aparecer son las diarreas. La razón de su uso es que el magnesio está disminuido en la sangre e intracelularmente en los casos de migraña.

Además, el estrés da lugar a una disminución de los niveles de magnesio, hecho que podría explicar que muchas crisis de migraña aparezcan en los momentos de más estrés o en la fase de relajación que sigue a un periodo de estrés.

Coenzima Q: ha demostrado eficacia como tratamiento preventivo a dosis de 150 miligramos al día, sin presentar ningún efecto secundario. A pesar de ello, es preciso efectuar estudios comparativos con placebo para poder asegurar que es un tratamiento válido.

Sin embargo, es importante tener también en cuenta que las vitaminas y los preparados derivados de la botánica pueden ser dañinos, especialmente en dosis excesivas. Su potencial reactivo como coenzimas y agentes reductores es difícil de identificar en la mayoría de ocasiones.

El objetivo específico de las hierbas y preparados botánicos no sólo es disminuir el dolor, sino también relajar y equilibrar el organismo. Los tratamientos que se han recomendado para ayudar a controlar las crisis de migraña son:

- **Inhalación** de vapores de melissa, hierbabuena y manzanilla. La aromaterapia no parece tan alejada de las cefaleas, sobre todo si se considera que los olores pueden actuar como desencadenantes de las crisis de migraña.
- **Masaje** con lavanda, anís y eucaliptus.

- **Baños calientes** con eucaliptus, hierbabuena o menta.
- **Compresas** con hierbabuena, jengibre y vinagre, calientes o frías, aplicadas en diferentes partes del cuerpo, como muñecas, pies o frente.
- **Las Infusiones de tanacetum parthenium** (feverfew, matricaria, tanaceto o manzanilla amarga) se han utilizado para el tratamiento de la cefalea y otros tipos de dolor. Es el único remedio a partir de hierbas que se ha sometido a varios ensayos clínicos. Se trata de un preparado relativamente seguro, con pocos o ningún efecto secundario.

Su mecanismo de acción se desconoce, pero se vincula a su contenido en partenolide, al que se reconocen propiedades farmacológicas muy diversas. El problema para valorar su eficacia radica en la dificultad de su dosificación, por la presencia variable de sus principios activos en relación con la maduración de la planta.

En la cultura anglosajona, el uso del feverfew o tanaceto para el tratamiento del dolor de cabeza, y específicamente de la migraña está muy difundido.

Su consumo puede ser mediante la infusión de sus hojas secas y recientemente se ha comercializado como extracto de la planta en comprimidos. La dosis recomendada es de 25 miligramos al día.

Tratamientos físicos

Masaje

El masaje, al igual que cualquier maniobra utilizada para aliviar el dolor, tanto si se realiza por un profesional como de forma autoaplicada, alivia no sólo la cefalea, sino cualquier otro tipo de dolor. Los mecanismos más probables a través de los que el masaje consigue la reducción del dolor son: ayuda a relajar la musculatura, reduce la tensión de las fascias, mejora la circulación, aumenta el consumo de oxígeno y estimula la producción de endorfinas.

Durante la crisis el paciente suele optar por el aislamiento y evitar cualquier tipo de manipulación. En cambio, el masaje sí puede ser eficaz como preventivo.

Hay muchos tipos de masaje según la cultura o tradición:

1. Masaje sueco.
2. Masaje de la musculatura profunda y del tejido conectivo.
3. Tratamiento de puntos concretos desencadenantes de dolor.
4. Shiatsu y acupresión.
5. Reflexología.
6. Hidroterapia.

Acupuntura

La acupuntura es una técnica oriental muy reconocida para el tratamiento del dolor, en general, que intenta reequilibrar la energía corporal mediante el balance de los 12 meridianos que, según quienes la practican, canalizan esta energía. Per sigue restaurar el equilibrio entre energía y materia. Existen muchos estudios que indican que pueden existir al menos dos mecanismos de acción en la analgesia por acupuntura.

El grado de eficacia de este tratamiento para reducir el dolor depende del estudio que se revise, aunque parece existir el consenso de que depende en gran parte de la persona que lo administra.

Es difícil abogar por esta línea de tratamiento de forma universal, porque la respuesta puede ser muy distinta en cada persona.

Medicina Ayurvédica

La medicina ayurvédica se fundamenta en los principios del Sushruta Samhita, es decir, de la medicina india. El principio es similar al de la medicina oriental china. No existen publicaciones en la literatura actual que nos permitan abogar por este tratamiento para la migraña ni para la cefalea en general.

Qijong

El qijong es la habilidad para trabajar la fuerza vital mediante el movimiento y la meditación con el objetivo de disminuir el estrés, la presión arterial y la tensión muscular. No existe evidencia científica alguna que nos permita recomendarlo para el tratamiento de la cefalea, aunque es probable que sí ayude a modificar los hábitos de vida.

Yoga

El yoga es una técnica oriental que intenta equilibrar la mente y el cuerpo mediante el uso de posturas (que se denominan asanas) y mediante la respiración (también llamada pranayama), favoreciendo a su vez la meditación. Actualmente, tampoco existe la evidencia científica suficiente que permita recomendarlo en el tratamiento de la migraña, si bien puede mejorar la actitud personal frente a situaciones de estrés.

Tratamientos Corporales

Los tratamientos corporales son múltiples. A lo largo de la historia se han «inventado» diferentes técnicas con el mismo objetivo: reequilibrar el organismo. Al igual que las otras técnicas mencionadas, no se ha demostrado que sean especialmente útiles en el tratamiento de la cefalea, pero seguro que ayudan a disminuir el estrés. Algunos de los tratamientos o técnicas más

conocidas son:

- Método Feldenkrais.
- Rolfing.
- Técnica Alexander.
- Patrón de Aston.
- Trabajo de Heller.
- Terapia de Polaridad.
- Terapia físico-mental.

Medicina Osteopática

Muchos médicos se han dedicado a estudiar la osteopatía como tratamiento para todo tipo de enfermedades. Se basa en diferentes técnicas que se aplican en los músculos, fascias y huesos. Entre ellas encontramos la liberación miofascial, técnicas linfáticas, técnicas de energía muscular, técnicas viscerales, etcétera.

Es difícil cuantificar la respuesta de la migraña a esta técnica, porque el resultado obtenido dependerá en gran manera de quién y cómo la ejerza. Aunque existen pocos datos científicos que lo avalen, su mayor indicación sería la cefalea por tensión.

Medicina Quiropráctica

El quiropráctico manipula los huesos de la espina dorsal manualmente, intentando disminuir las fijaciones y sub-luxaciones de las vértebras. Esta técnica se conoce también como manipulación espinal. Su eficacia en el tratamiento de la cefalea crónica se evaluó en un análisis sistemático de todos los estudios publicados, concluyéndose que: 1. La manipulación espinal es más eficaz que el masaje en la cefalea cervicogénica (el dolor de cabeza que tiene su origen en las cervicales) 2. Los efectos de la manipulación espinal son comparables a los de la mayoría de los fármacos profilácticos utilizados tanto en la migraña como en la cefalea de tipo tensión.

Tratamientos magnéticos

Existe un interés creciente en el uso de imanes para el tratamiento del dolor. No existen estudios que hayan demostrado su eficacia en las cefaleas. Las explicaciones que se han dado sobre la posibilidad de que los campos magnéticos «aumenten la circulación», «reduzcan la inflamación» o «aceleren la recuperación tras los traumatismos», son demasiado simples y no se basan en ningún principio científico conocido.

Por lo tanto, no se puede recomendar la magnetoterapia, pese a que no se le

conozcan efectos secundarios.

Tratamientos mentales

Existen múltiples tratamientos que se basan en el equilibrio mental para intentar reducir y aprender a manejar el estrés. Ciertas escuelas de pensamiento opinan que mediante el poder mental se pueden curar enfermedades, mientras que otras creen que son exclusivamente técnicas adyuvantes de los tratamientos convencionales.

El potencial del poder de la mente lo demuestra claramente el efecto placebo, que en algunos casos consigue disminuir las cefaleas hasta en un 50%, aunque se debe reconocer el carácter transitorio de esta mejoría.

Principalmente, las técnicas mentales utilizadas consiguen que la persona tenga una sensación de control sobre sí misma, sobre todo en situaciones de estrés. Existen muchas técnicas y aquí se resumen brevemente algunas de ellas.

Biofeedback

El biofeedback está reconocido como tratamiento preventivo de la migraña y se aprobó para tal indicación por la Academia Americana de Neurología. Se basa en el uso de técnicas electrofisiológicas, como la electromiografía (registro instrumental de la actividad muscular), la medición de la frecuencia cardíaca y la temperatura corporal para intentar controlar el estrés. Incluso se está introduciendo una técnica basada en un feedback electroencefalográfico con potenciales corticales lentos, con el fin de detectar cambios en la actividad eléctrica cerebral.

Sin duda, se trata de la técnica mejor estudiada en los pacientes con cefalea, incluso en niños y adolescentes. Los estudios demuestran que aproximadamente un 50% de las personas con cefalea mejoran entre un 50% y un 80%. Interpretamos que su indicación principal es el tratamiento de la cefalea tipo tensión. También está especialmente indicada en aquellos casos de migraña en que existe o se prevé un abuso del consumo de analgésicos.

Relajación

La relajación ayuda a controlar el estrés. Consiste en utilizar técnicas de respiración para alcanzar de forma progresiva una relajación muscular global. En un estudio se concluyó que tras diez sesiones de tratamiento un 96% de los pacientes conseguía reducir la frecuencia, duración e intensidad de sus cefaleas.

Psicoterapia

Toda enfermedad crónica, por tanto también las formas de larga evolución de

las cefaleas primarias, puede acabar desarrollando un componente emocional. El estrés y la ansiedad son dos de los factores que con más facilidad pueden desencadenar una crisis de cefalea. El dolor crónico provoca un desequilibrio emocional que puede llegar a disminuir el umbral del dolor. Hay diferentes técnicas que ayudan a «sanar el alma»:

- **Terapia cognitiva:** cree en el poder del conocimiento como uno de los factores que más influyen en nuestra forma de experimentar los sucesos y, entre ellos, el dolor. Por lo tanto, intenta que el paciente aprenda conductas basadas en sus experiencias vitales, dándoles una nueva perspectiva positiva. Consigue disminuir estados de ansiedad. El uso de un diario para apuntar todas las cefaleas es un buen comienzo.
- **Modificación conductual:** Se basa en la idea de que todos los comportamientos se adquieren gracias a un refuerzo positivo. Intenta, pues, romper los patrones negativos que tiene el paciente, modificando las asociaciones que tiene frente al dolor y los analgésicos.
- **Terapia de grupo:** Estas terapias se utilizan extensamente en el cáncer, las enfermedades psiquiátricas y prácticamente en la mayoría de enfermedades crónicas. Se intenta que los pacientes aprendan nuevas técnicas que ya han sido utilizadas con éxito por otros miembros del grupo.

Este tipo de terapias no se han evaluado específicamente en estudios científicos para el tratamiento de la cefalea. Hasta ahora sólo se han utilizado en otras enfermedades relacionadas con la presencia de un dolor crónico.

Meditación

La palabra meditación comparte su raíz latina con la palabra medicina, que significa «curar». Los primeros estudios clínicos sobre la meditación empezaron hacia los años 60 del siglo pasado. Se ha comprobado que la meditación puede disminuir la presión arterial, el dolor y la frecuencia cardiaca.

Hipnoterapia

La hipnoterapia es el estado de concentración focalizada que permite que el sujeto esté extremadamente receptivo a la sugestión. En 1958 se aprobó por la Asociación Médica Americana como una técnica terapéutica. Se ha demostrado que puede producir efectos similares a un relajante muscular en el sistema nervioso autónomo. Existen estudios que han mostrado que puede ser eficaz en la disminución de la frecuencia e intensidad de la migraña y de la cefalea por tensión.

Puede concluirse que la mayoría de estos métodos no tienen una eficacia

científicamente probada en el tratamiento sintomático de la cefalea, en general, ni específicamente de la migraña. Pero, por otra parte, es innegable su utilidad en la práctica.

Puntos clave:

- Es incuestionable el elevado número de personas que recurren a terapias alternativas para el control de su dolor de cabeza. Y también lo es el número de los que reconocen un beneficio.
- Existen pocos estudios que validen de forma científica su eficacia en el tratamiento de la migraña. En general, los trabajos publicados para avalar su eficacia se orientan a la cefalea como síntoma sin una diferenciación diagnóstica de su origen.
- Presumimos que la respuesta positiva no incide tanto en el tratamiento específico de cada una de las cefaleas primarias, sino en el cambio de actitud, e incluso del modelo de vida, de quien las padece.
- Pueden tener una especial indicación en aquellos casos en que a pesar de seguir una pauta farmacológica bien dirigida se tiende al abuso del consumo de analgésicos.

Tras esta extensa revisión de la situación actual en el conocimiento de la migraña, tanto en su fisiopatología como en el ámbito clínico, diagnóstico y terapéutico, estamos en disposición de establecer conclusiones respecto a dónde estamos y también respecto a cómo sería bueno o necesario evolucionar, tanto en su estudio como en su manejo práctico.

La primera de las conclusiones es muy satisfactoria: se trata de la significativa aceleración del avance en el conocimiento de esta dolencia que hemos podido observar en las tres últimas décadas. Este avance no se produce en una línea concreta, sino que se registra en diferentes ámbitos.

Se ha producido en aspectos básicos, como un mejor conocimiento de su fisiopatología. No debemos olvidar que el cerebro es la estructura orgánica más compleja del universo (conocido) y, por tanto, el acercamiento a los mecanismos estrictos en que expresa su disfunción, como es el caso de la migraña, no es tarea fácil.

También ha sido fundamental en el ámbito clínico la elaboración de los criterios de diagnóstico necesarios para definir y acotar la situación de una dolencia para la que no disponemos de marcadores, es decir, que no existe ninguna prueba, ya sea de laboratorio o de imagen, a través de cuyo resultado podamos llegar al diagnóstico.

La introducción de los triptanes en el tratamiento ha representado también un logro muy importante y lo ha sido en un doble aspecto: su alta eficacia y su buena tolerabilidad facilitan significativamente el tratamiento del ataque. Esto es posible porque no actúan simplemente aliviando el dolor, sino que lo hacen deteniendo el proceso que lo provoca. Por otra parte, con su uso nos vemos obligados a mejorar la tarea diagnóstica, porque se trata de productos con una actividad específica para la migraña y no para otro tipo de dolor de cabeza.

Es notorio también que el estudio de la migraña y el de la cefalea en general han adquirido una mayor entidad en la docencia universitaria y en la

investigación.

Aspectos todavía mejorables en la atención de esta patología incumben a los que la padecen, a los médicos y a los profesionales de la gestión sanitaria.

El migrañoso debe concienciarse de que si bien su dolencia no va a incidir en la expectativa de vida, sí que va a alterar la calidad de la misma. Asimismo, debe tener en cuenta que se trata de un proceso que tiene potenciales complicaciones en su evolución.

Por otra parte, actualmente se dispone de unos protocolos de actuación y de un arsenal terapéutico que permite afirmar que con un tratamiento adecuado la migraña suele responder bien y su control es relativamente fácil en la mayoría de los casos.

Se debe evitar la automedicación, porque a menudo es el motivo de la agravación evolutiva de la migraña. Otra situación que complica la evolución y el manejo de la dolencia es que concurra con otros tipos de cefalea. En este caso, es absolutamente necesaria la consulta al médico para que nos pueda informar de la situación y orientar las medidas de terapia para cada tipo de cefalea.

Debemos mejorar la confianza en las posibilidades de una adecuada atención médica. Para esta adecuación es imprescindible un buen nivel de comunicación entre el médico y el enfermo. Esto se puede conseguir si el paciente es capaz de exponer su dolencia **como un dolor**, dando la máxima objetividad a su relato y sin caer en la descripción **de su sufrimiento**, lo cual no aporta nada a la información.

Por otra parte, el médico debe tener capacidad de comprender el relato, hacerlo explícito e informar al paciente de su valoración diagnóstica, de las medidas recomendadas y de la expectativa, tanto positiva como negativa, previsible.

También es mejorable la actitud de los estamentos responsables de la gestión sanitaria poco sensibles a esta patología tan emergente como poco grave. Sería bueno priorizar la inversión en la atención de este grupo patológico, tan amplio como ignorado. Sin lugar a dudas un mayor conocimiento de su impacto, mediante una voluntad real de conocer el problema en toda su dimensión, permitirá mejorar el beneficio, tanto económico como social y sanitario, del manejo de esta patología.

Quizás unos versos de Séneca nos puedan resultar ilustrativos para terminar:

No debemos preocuparnos vivir largos años

Sino de vivirlos satisfactoriamente.
Puesto que vivir largo tiempo depende del destino.
Pero vivir satisfactoriamente depende de tu alma.

Índice

Título	3
Derechos de autor	4
Referencias	5
Índice	7
Prólogo	9
1. Dolor de cabeza: síntoma o enfermedad	11
Introducción	11
Cefalea como síntoma	11
Cefalea. Clasificación según su origen	12
Cefaleas secundarias	13
Cefaleas primarias	14
Datos importantes para la valoración de una cefalea	15
Señales de alerta ante una cefalea	16
2. Migraña. Características generales	18
Descripción	18
Clasificación de la migraña	19
Características demográficas	20
Características propias de la crisis	22
Fisiopatología	23
3. Migraña sin aura o migraña común	26
El dolor en la crisis de migraña	26
Manifestaciones vegetativas	27
La hipersensibilidad a la estimulación de los sentidos	28
Los trastornos afectivos	28
Criterios diagnósticos	28
4. Migraña con aura o migraña clásica	30
Síntomas del aura	30
Otras formas de presentación de la migraña con aura	32
Criterios diagnósticos	33
5. Factores precipitantes del ataque de migraña	35
El estrés	35
El sueño	36

La dieta	37
El ciclo menstrual	40
La estimulación de los sentidos	40
Los cambios climáticos	41
6. Aspectos singulares de la migraña en la mujer	45
Migraña menstrual	45
Migraña y embarazo	47
Migraña y menopausia	50
7. Aspectos singulares de la migraña en el niño	53
Demografía, clínica y tratamiento	53
Síndromes periódicos de la infancia	55
8. Complicaciones de la migraña	59
Complicaciones de la evolución de la crisis	59
Complicaciones de la evolución de la enfermedad	62
9. Tratamiento de la migraña: Medidas y criterios generales	66
Medidas generales no farmacológicas	66
Criterios generales de la terapia farmacológica	68
Cuantificación del grado de discapacidad	70
10. Tratamiento de la crisis con medicación	72
Tratamiento inespecífico para el control de los síntomas	73
Tratamiento específico	75
11. Tratamiento preventivo	81
Prevención de la migraña sin medidas farmacológicas	81
Prevención de la migraña con medidas farmacológicas	82
12. Terapias alternativas o complementarias	90
Modificaciones dietéticas, vitaminas, hierbas y preparados botánicos	90
Tratamientos físicos	92
Tratamientos magnéticos	94
Tratamientos mentales	95
Epílogo	98