

SUMARIO

- Clasificación de las cefaleas
- La migraña
- Generalidades del tratamiento
- Tratamiento farmacológico
- Prevención
- Otros tipos de cefalea
- Situaciones especiales
- Conclusiones

LA CEFALEA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Arroyo Pineda, V. Farmacéutica de AP Talavera de la Reina

El dolor de cabeza es uno de los síntomas más comunes, ocupa el 7º puesto en el rango de motivos de consultas ambulatorias y es una de las causas más importantes de absentismo laboral, ocasionando, por otra parte, un elevado gasto en analgésicos. Se calcula que se producen cerca de 1,5 millones de consultas anuales en España por este motivo.

La mayor parte de estos dolores de cabeza se deben a la jaqueca (52% de los casos), seguida por las cefaleas tensionales (32%), quedando el 15% restante a repartir entre otras causas: cefaleas en racimos, post-esfuerzo, por abuso de analgésicos, o por causas orgánicas graves (3%) (1). En este número del boletín se hace una puesta al día para el médico de primaria del abordaje terapéutico de los distintos tipos de cefalea.

CLASIFICACIÓN DE LA CEFALEAS

En 1988 un comité de la International *Headache Society (IHS)* elaboró una clasificación provisional de las cefaleas y algias faciales que ha sido aceptada por la OMS y la comunidad neurológica internacional (2). En general, existen dos grandes grupos de cefaleas, atendiendo a su perfil temporal y el origen lesional de las mismas:

Primarias. Suponen el 95% de los dolores de cabeza. Son recurrentes, a veces se acompañan de náuseas o vómitos y presentan ataques de

4 a 72 horas de duración. Son el tipo de dolor más común en el ser humano. Se subdividen en:

Jaqueca o migraña. De localización hem Craneal, empieza por la mañana con bostezos o cambios de humor y finaliza con el sueño. El dolor es pulsátil e intenso, con hipersomnia, con o sin aura. Suele acompañarse de náuseas y vómitos. En el 67% de los casos es desencadenada por estrés emocional, y en menores proporciones por cambios hormonales, alimentos ricos en tiramina, alcohol, falta o exceso de sueño y fármacos (ver tabla I). Suele tener base hereditaria.

Cefalea tensional. Dolor moderado, hemicraneal, opresivo y gravativo, del que es difícil precisar el principio y el final.

Cefalea acumulada, en racimos o cluster. Orbitofrontal lateral, de 1-2 horas de duración. Es un dolor muy intenso, desagradable, taladrante, que causa gran inquietud y puede despertar al paciente por la noche. Puede producir lagrimeo o inyección conjuntival.

Secundarias u orgánicas. Son cefaleas agudas y repentinas, y están asociadas a procesos orgánicos cerebrales (meningitis, tumores).

LA MIGRAÑA (2-5)

Se calcula que entre el 10 y el 15% de la población padece migraña. Es 2-4 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres y la mitad de los pacientes presenta antecedentes familiares del problema. Suele aparecer en la niñez o en la adolescencia.

Clasificación. La migraña propiamente dicha podemos clasificarla en:

1. Migraña sin aura o migraña común (75% de los casos).
2. Migraña con aura o migraña clásica (20%): Con aura típica; con aura prolongada; migraña hemipléjica familiar; migraña basilar; y aura migrañosa sin cefalea.
3. Migraña oftalmopléjica.
4. Migraña retiniana.

Patogenia. La hipótesis “vascular” de la migraña afirma que la cefalea es una consecuencia de la dilatación de las arterias extracerebrales, mientras que los síntomas neurológicos focales podrían deberse a la vasodilatación de las arterias cerebrales. Desde el punto de vista bioquímico, hay abundante evidencia de que el neurotransmisor más implicado en el proceso patológico de la migraña es la serotonina.

Clínica. La frecuencia de los ataques de migraña es muy variable, oscilando desde un episodio cada varios meses, hasta 4 / mes. El dolor tiene carácter progresivo y su duración oscila entre 4 y 72 horas. En el 50% de los casos es unilateral hemicraneal.

El dolor suele ser descrito por los pacientes como pulsátil, aunque sordo u opresivo cuando se está inmóvil. Empeora con el ejercicio, la tos o los cambios posturales, y suele acompañarse

de fotofobia y fonofobia. Las náuseas están presentes en el 90% de los casos y los vómitos en el 50%. Un tercio de los pacientes presenta síntomas neurológicos focales o *aura* antes del inicio de la cefalea, durante unos 20 minutos.

Fases de la migraña. En el desarrollo del proceso migrañoso se pueden diferenciar las siguientes fases, aunque en la mayoría de los casos no están todas presentes:

Fase prodrómica. No siempre se produce y a veces es difícil de identificar. En el periodo de 24 horas anterior al dolor de cabeza el paciente describe: Irritabilidad, excitabilidad, hiperactividad o depresión; sensación general de malestar, bostezos, escalofríos; a veces, aumento del apetito (apetencia por hidratos de carbono), y cambios en la actividad intestinal.

Aura. Aparece en el 20% de los pacientes. En el 75% de los casos es de naturaleza visual (visión borrosa, percepción alterada de los objetos, luces relampagueantes); en el 40% de los pacientes se percibe como alteraciones de la sensibilidad (parestias, disestesias) y en pocos casos se manifiesta de forma motora.

Fase de cefalea. Se produce un dolor de cabeza moderado-severo, hemicraneal, pulsátil y con una duración de 4 a 72 horas. El frío y el sueño alivian; los analgésicos, en esta fase, no siempre.

Fase de resolución. Cese de los síntomas y comportamiento eufórico del paciente ante el alivio.

Tabla I. Factores desencadenantes (2, 4)

Hormonales. Menstruación.

Dietéticos. El hambre (hipoglucemia); la ingestión de sustancias existentes en los alimentos, como las tiraminas del queso o los ahumados, los triptófanos del chocolate, el glutamato de la comida china, el alcohol y el tabaco.

Psicológicos. Estrés y postestrés

Entorno físico. Tiempo atmosférico, la altitud y los estímulos sensoriales fuertes y repetidos (calor, luz, ruidos, olores).

Sueño. Alteraciones en el ritmo del sueño.

Fármacos. Anticonceptivos, nitroglicerina, analgésicos, indometacina, dipiridamol, ergotamina, cafeína, nifedipino, reserpina, anti-H2, etc.

Actividad física. Exceso de actividad física, cansancio, actividad sexual.

Tabla II. Diagnóstico diferencial de migraña, cefaleas tensional y en racimos (4)

Tipo de cefalea	Edad de comienzo	Localización	Duración	Frecuencia	Severidad	Cualidad	Síntomas asociados
Migraña	10-14 años	Hemicraneal	4 h – 3 días	Variable	Moderada a severa	Pulsátil	Foto- y fonofobia, aura, vértigos, náuseas y vómitos
Cefalea tensional	20-50 años	Bilateral en “casco”	De 30 min a más 7 días	Variable	Leve a moderada	Opresiva en cinta	Ninguno. A veces puntos dolorosos en musculatura cervical
Cefalea en racimos	15-40 años	Periorbitaria unilateral	15-180 min	1 a 8 por día; frecuentes por la noche	Intensísima	Punzante	Epífora, rinorrea, quemosis conjuntival, síndrome de Horner, sudación facial, sensación de obstrucción nasal

GENERALIDADES DEL TRATAMIENTO (4)

Recomendaciones generales. Antes de tratar cualquier tipo de cefalea se ha de realizar un adecuado diagnóstico e identificar los factores desencadenantes. Por ello, en la primera visita se instruirá al paciente para llevar un calendario de sus cefaleas, donde reflejará los factores precipitantes, la duración de la cefalea, la severidad y la respuesta a tratamientos anteriores. El tratamiento siempre ha de ser individualizado. Por otro lado, se ha de evitar la automedicación.

Medidas no farmacológicas. El primer paso en el tratamiento de la migraña son la relajación, las técnicas de *biofeedback* y las modificaciones conductuales, entre las que se encuentran: Horario regular de comidas y sueño; ejercicio físico regular; evitar chocolate, alcohol y alimentos que contengan tiramina o glutamato monosódico; limitar el consumo de cafeína y de otros fármacos; manejo conductual de la tensión emocional, etc. Sin embargo, el tratamiento farmacológico va a ser la terapia fundamental.

Medidas físicas. El paciente ha de permanecer inmóvil durante la crisis de dolor, acostado, con la cabeza ligeramente elevada, en una habitación oscura, sin ruidos, con un paño frío en la frente, y tratando de dormir.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

El objetivo del tratamiento de la fase aguda de la migraña es que el dolor desaparezca o quede en un cuadro leve dentro de las 2 h de administrar el medicamento.

Es muy importante administrar el fármaco antes de que produzca el dolor, en la fase prodrómica o en el *aura*.

Otro punto de interés es que el fármaco ha de ser manejado a dosis adecuadas, antes de aumentar la dosis o utilizar otro más fuerte.

A la hora de seleccionar una vía de administración, es preciso contar con el paciente, ya que algunos no admiten la subcutánea o la rectal, mientras que para otros, por sus intensas náuseas o vómitos, son las necesarias.

Los fármacos por vía oral deben ser precedidos de la toma de un antiemético (10 mg de *metoclopramida* -*Metagliz*®, *Primperán*®- o 10 mg de *domperidona* -*Domperidona Gamir*®, *Motilium*®, *Nauzelin*®-) 30 minutos antes de la toma del medicamento, para mejorar la absorción, potenciar el efecto analgésico y controlar las náuseas y los vómitos.

Las sustancias empleadas para el tratamiento de las cefaleas se clasifican en: *Terapia específica* (derivados ergóticos y triptanes) y *terapia inespecífica* (analgésicos, AINE, antieméticos, ansiolíticos, hipnóticos, etc).

En la fase aguda de la cefalea, los fármacos de primera elección son el paracetamol y el ácido acetilsalicílico (AAS), seguidos de los AINE (naproxeno e ibuprofeno orales); después los ergotamínicos, los triptanes y los opiáceos.

Analgésicos. El *ácido acetilsalicílico* y el *paracetamol* son considerados de 1ª elección, siendo eficaces sobre todo en cuadros de intensidad moderada, especialmente si se toman al comienzo del ataque. Se usan a dosis de 500-1000 mg y tienen una eficacia muy parecida, aunque el paracetamol es la opción más segura. Es preferible usar las formas farmacéuticas que se disuelven instantáneamente para conseguir efectos más rápidos (sobres de *acetilsalicilato de lisina* 1.800 mg, comprimidos efervescentes de paracetamol, etc).

En cuadros más intensos pueden usarse AINE con un comienzo rápido de la acción, tales como *ibuprofeno*, *naproxeno*, *ketoprofeno* (75 mg), *ácido mefenámico* (500 mg) o *ácido flufenámico*; *indometacina* rectal (50 mg); o las asociaciones de *paracetamol* con *codeína*, aunque, en referencia a esta última opción, algunos autores consideran que deben evitarse por el riesgo de habituación (2).

Ergotamínicos (1, 6). La medicación más tradicional hasta hace poco tiempo era los ergóticos. Tienen un efecto prolongado y presentaciones adecuadas para su uso tanto por vía oral como rectal; sin embargo, presentan como inconvenientes que sólo son eficaces al inicio de la crisis y sus múltiples efectos secundarios.

No tienen indicaciones “*de novo*”, por lo que sólo deben mantenerse en pacientes con buena respuesta en tratamientos anteriores, y presenten crisis infrecuentes (< 1 semana) y a menudo recurrentes (por el efecto más prolongado del ergótico).

La *ergotamina*, por vía oral tiene una dosis de 1-2 mg al comienzo, que se puede repetir cada 1/2 hora, hasta un máximo de 6 mg diarios. No se deben sobrepasar los 10-12 mg semanales. Por esta vía es eficaz en el 50% de los casos. Por vía rectal, en el 80%, y se evita el problema de la falta de absorción oral motivada por los problemas digestivos propios de la jaqueca.

Algunos pacientes no la toleran o creen que las molestias no compensan los beneficios. El ergotismo agudo se manifiesta por náuseas, vómitos, sed y fenómenos digestivos; el crónico, por extremidades frías, sudoración, claudicación, falta de pulso y, a veces, *angor*, isquemia óptica y trastornos psíquicos. La asociación con algunos antibióticos, sobre todo macrólidos, aumenta el riesgo, dificultando su eliminación biliar. Su abuso puede desencadenar cefalea crónica diaria por abuso de analgésicos.

La *ergotamina*, se suele asociar a 100 mg de *cafeína*, tanto en formulaciones orales como rectales, para potenciar su efecto analgésico.

La *dihidroergotamina* es menos eficaz que la *ergotamina*, si bien posee menos efectos adversos. Se encuentra comercializada tanto sola como asociada a *cafeína* y *propifenazona* en presentaciones de administración oral.

Los ergotamínicos están contraindicados en el niños, embarazo, hipertiroidismo, fallo hepático y fallo renal.

Agonistas de la serotonina o “triptanes” (5, 7-10). Actúan estimulando los receptores serotoninérgicos de tipo 5-HT presentes en los vasos intracraneales, que están dilatados durante los ataques de migraña, y sobre las terminaciones nerviosas del trigémino.

Son la estrella del tratamiento en la migraña, ya que aportan una serie de ventajas sobre los ergotamínicos, a los que han ido relegando: Índice de respuesta superior (45-75%); alivio del ataque con independencia de la fase en que se encuentre; y alivio de las náuseas y vómitos.

No obstante, dado su precio y su perfil de efectos adversos, sobre todo cardiovasculares, deben usarse como fármacos de segunda línea, en pacientes que no mejoran con la combinación antiemético y antiinflamatorio, y para los casos más graves o resistentes. También hay que tener en cuenta que son ineficaces en algunos pacientes.

Los efectos adversos son frecuentes, aunque generalmente de carácter leve (mareos y somnolencia). Son capaces de provocar la contracción (10-20%) de las arterias coronarias, pero en dosis terapéuticas es poco probable que lleguen a provocar una isquemia miocárdica en sujetos sanos (no así en pacientes con patología coronaria). Por este motivo, no se deben emplear en pacientes coronarios, hipertensos incontrolados o mayores de 55 años.

Están contraindicados en pacientes con enfermedad vascular oclusiva, pacientes tratados con ergotamínicos y en el embarazo.

En la actualidad hay 6 comercializados. Todos tienen una potencia analgésica similar, aunque diferentes perfiles farmacocinéticos, tal y como se observa en la tabla III. El *sumatriptán*, disponible en presentaciones oral, subcutánea e intranasal, fue el primero del grupo (1993). Es el de menor biodisponibilidad, más lento inicio de acción (excepto la vía sc) y mayores recurrencias (40%) a las 24-48 horas. Los llamados “triptanes de segunda generación” (*naratriptán*, *zolmitriptán*, *rizatriptán*, comercializados entre 1998 y 1999) presentan mayor biodisponibilidad (45-75%) y los niveles plasmáticos terapéuticos son alcanzados más rápidamente (30-60 min). Los últimos comercializados han sido el *almotriptán* (2000) y el *eletriptán* (2002). Este es el más liposoluble (más rápida absorción, mayor biodisponibilidad, mayor potencia y rapidez de acción). Sin embargo, su eficacia y seguridad no implica ninguna mejora clínica en el tratamiento de la migraña, respecto al resto de miembros del grupo.

Tabla III. Características farmacocinéticas y perfil de eficacia de los triptanes (7, 9).

	Alivio del dolor a las 2 h (%)	Índice de recurrencia	T max (h)	Biodisponibilidad (%)	Vida media (h)
Almotriptán	70	15	2,5-2,7	69-80	3,1-3,6
Eletriptán	77	21-33	1,4-1,8	50	6,3
Naratriptán	40	17-28	2	74	5,5
Rizatriptán	67-77	35-47	1	40	2
Sumatriptán nasal	-	-	1,5	15,8	1,8
Sumatriptán oral	80	25-40	1,5	14	2
Sumatriptán s.c.	56-67	35-50	0,17	96	2
Zolmitriptán	62-65	21-37	1,5	39-46	2,3-3

Índice de recurrencia: Empeoramiento significativo de la cefalea en las 24 h siguientes a la administración del fármaco, en pacientes que habían logrado inicialmente un alivio de su cefalea.

T max: Tiempo en alcanzar la máxima concentración plasmática.

PREVENCIÓN (1, 2, 11)

La profilaxis de la migraña debe ser considerada en un paciente si la frecuencia de los ataques es superior a 3 al mes, o si, teniendo menos, los ataques son de duración prolongada o de intensidad severa. También ha de considerarse en pacientes en los que, a pesar del tratamiento, los frecuentes ataques interfieran de forma considerable en las actividades diarias; o en los que los fármacos estén contraindicados, sean ineficaces, existe abuso de ellos o no se toleren; y finalmente, en quienes lo soliciten.

La eficacia de los medicamentos que se emplean para la profilaxis está cuestionada, ya que pocos tienen una efectividad mayor del 50%, en lo referente a disminución de la frecuencia de los ataques. La medicación profiláctica debe continuarse durante un periodo de 3-6 meses. Su retirada no va necesariamente ligada a la recurrencia de la cefalea. Los fármacos que se emplean son:

Betabloqueantes. Se consideran los de 1ª elección, a no ser que estén contraindicados (asma, insuficiencia cardiaca, bradicardia, enfermedad vascular periférica). Son eficaces hasta en el 60% de los pacientes. Son la opción preferida en casos acompañados de hipertensión, crisis de taquicardias o ansiedad. Se pueden utilizar los que no poseen actividad simpaticomimética: *propranolol*, *atenolol*, *timolol* y *metoprolol*. El primero es el de mayor experiencia de uso, aunque el *atenolol* posee otras ventajas sobre éste, tales como la administración única diaria y la menor posibilidad de causar depresión. Las reacciones adversas más comunes de los betabloqueantes son fatiga y somnolencia, aunque más raramente también pueden producir: bradicardia, bloqueos de conducción, insuficiencia cardiaca, aumento del tono bronquial o vascular.

Antagonistas del calcio. Son la 2ª opción. Pueden resultar especialmente útiles en pacientes que experimentan un aura intenso o prolongado. A diferencia de los betabloqueantes y los antidepresivos, cuyos efectos se manifiestan a los 7-14 días de iniciado el tratamiento, en el caso de los antagonistas del calcio los beneficios no aparecen hasta los 2-3 meses. La *flunarizina* es el más utilizado en nuestro país. Debe tomarse en dosis única antes de acostarse, porque produce sedación. También puede provocar aumento de peso, fatiga y alteraciones digestivas; en tratamientos prolongados puede aparecer depresión y parkinsonismo secundario. Está contraindicada en migrañas acompañadas de depresión, desórdenes extrapiramidales, accidente isquémico cerebral y arritmias. El *verapamilo* es menos eficaz.

Antidepresivos. Están indicados en pacientes con depresión, ansiedad, insomnio o frecuentes cefaleas tensionales. De ellos, los tricíclicos son más eficaces que los ISRS. La *amitriptilina* en dosis única nocturna es el más utilizado. Debe prestarse atención a los efectos adversos anticolinérgicos (sequedad de boca, prostatismo) o los efectos sedantes (conducción de vehículos).

Antiserotoninérgicos. El *pizotifeno* se reserva para pacientes que no responden a otros fármacos profilácticos. Los resultados obtenidos con éste en los ensayos no han sido muy satisfactorios, y además produce sedación y aumento de peso. La *ciproheptadina* se emplea como preventivo de las cefaleas crónicas infantiles (4-12 mg/día).

Antiepilépticos. El *valproato sódico* puede reducir hasta un 50% las crisis de migraña, aunque deber ser considerado de 3ª línea, ya que su administración obliga a determinaciones periódicas para valorar la función hepática.

OTRAS CEFALEAS

Estado migrañoso (2). Hablamos de *status* migrañoso cuando la persistencia del ataque es muy prolongada (más de 3 días). Para el estado jaquecoso se han demostrado eficaces el *ketorolaco* por vía intramuscular (60 mg), el *sumatriptán* sc (6 mg), la *clorpromazina* intravenosa (0,1 mg/kg de peso) o los *corticoides*.

Cefalea tensional (10). Suele ser de poca intensidad y cede habitualmente con un analgésico menor, relajación y durmiendo. Es fundamental explicar al paciente el origen de este trastorno, su benignidad y enseñarle a controlarlo. Si esta cefalea es frecuente, puede ser útil una benzodiazepina, como *diazepam* (5 mg).

Cluster (12). Es un síndrome poco común, aunque bien definido, caracterizado por su inconfundible periodicidad circadiana y circanual. Los ataques son de extrema intensidad, corta duración, unilaterales y, generalmente, nocturnos. A diferencia de la migraña, el paciente prefiere deambular, en vez de reposar.

El tratamiento puede ser abortivo (*sumatriptán*, *dihidroergotamina*, oxígeno inhalado) o profiláctico (verapamilo, o tratamientos de corta duración con corticoides o ergotamínicos).

Cefalea crónica diaria con abuso de analgésicos (1, 13). El abuso de ergotamina es el prototipo de abuso de analgésicos que puede dar origen a una cefalea continua, poco sensible a los analgésicos comunes. Esta modalidad afecta al 3% de la población. En la mayoría de los casos se trata de mujeres entre los 35 y 55 años, que afirman tener dolores de cabeza desde siempre y con frecuencia diaria. El dolor es sordo u opresivo, no muy intenso, que está presente al despertar cada día y persiste durante toda la jornada, al final de la cual se hace más intenso. El dolor no se acompaña de fenómenos vegetativos, aunque sí de ansiedad, tensión nerviosa y tristeza. El abuso de analgésicos y ergóticos actúa produciendo un "efecto rebote" que perpetúa el dolor. Para establecer el diagnóstico, el dolor ha de persistir un mínimo de 3 meses, con 15 ó más días de cefalea al mes.

Esta constituye una situación clínica grave que puede prevenirse con un adecuado enfoque clínico-terapéutico del enfermo migrañoso o con cefalea de tensión, atendido correctamente en la fase inicial del proceso. El tratamiento debe realizarse ingresado en un centro hospitalario. La deshabitación es difícil y exige convencimiento para soportar el dolor-rebote de abstinencia, superior al habitual.

SITUACIONES ESPECIALES

La migraña menstrual (4, 14). Puede aparecer antes, durante o después de la menstruación, coincidiendo con la caída de los estrógenos y la progesterona. Puede prevenirse con naproxeno (550 mg/12 h) o ibuprofeno (400 mg/8 h) los 4 días antes y los 4 de la menstruación. Como tratamiento de las crisis se puede utilizar un AINE, sumatriptán o los ergóticos.

Migraña y embarazo (4). La migraña en estas pacientes suele empeorar en el 1er trimestre, y mejorar en los meses restantes. En la crisis aguda se puede utilizar paracetamol, solo o con codeína (sin abusar en el 1er trimestre). Como terapia preventiva, el propanolol.

Cefaleas en niños (15). El tratamiento en niños mayores de 12 años es similar al de adultos; lo único necesario es ajustar la dosis. En menores de 6 años, el *paracetamol* a dosis pequeñas funciona bien y causa pocos problemas, ya que las cefaleas suelen ser pasajeras y desaparecen con el sueño. En niños de mayor edad también puede utilizarse *ibuprofeno* e incluso *codeína*, si existe control facultativo. En menores de 15 años debe evitarse la *aspirina* por su asociación con el síndrome de Reye.

Cefaleas en ancianos (16). Generalmente se trata de cefaleas funcionales benignas (migraña, tensional) que se han sufrido desde la juventud, o que son una manifestación de patologías frecuentes en el anciano (enfermedad cerebrovascular isquémica, EPOC). Cuando la cefalea se inicia en personas de edad avanzada, es probable que sea una causa secundaria.

CONCLUSIONES

1. Las cefaleas primarias suponen el 95% del total, siendo de ellas las más frecuentes la jaqueca (52%), seguida de las cefaleas tensionales (32%).
2. Los analgésicos asociados a antieméticos son la 1ª línea de tratamiento, siempre utilizados de forma precoz y a dosis suficientes.
3. Los triptanes, por una serie de ventajas, han ido relegando a los ergóticos, sin embargo, dado su precio y sus efectos adversos cardiovasculares, deben usarse de 2ª línea.
4. En la profilaxis de la migraña los fármacos más recomendados son los betabloqueantes y determinados antagonistas del calcio.
5. En las cefaleas tensionales la psicoterapia de apoyo y las técnicas de autorrelajación suelen tener un papel muy importante.

Tabla IV. Fármacos para el tratamiento de las cefaleas.

PRINCIPIO ACTIVO ESPECIALIDAD	PRESENTACIÓN	DOSIS RECOMENDADA	COSTE / DOSIS
Analgésicos y AINE vía oral			
Acido acetilsalicílico <i>AAS®</i> , <i>Rhonal®</i>	500 mg 20 comp	Adulto: 1 g. Se puede repetir dosis cada 6 h. Máx: 4 /día	0,10-0,14 €
Ibuprofeno <i>Alginasdin®</i> , <i>Espidifen®</i> , <i>Gelofeno®</i> , <i>Neobrufen®</i> , <i>Saetil®</i>	400 mg 30 sobres, comprimidos o grageas	Adulto: 400-800 mg. Se puede repetir cada 6 h. Máx: 2,4g/día. Niños: 10mg/kg	0,10-0-19 €
Naproxeno <i>Antalgin®</i> , <i>Naprosyn®</i> , <i>Naproxeno EFG</i>	500 mg 40 compr o sobres	Adulto: 500 mg Infantil: 10 mg / kg	0,17-0,29 €
Paracetamol <i>Efferalgan®</i> , <i>Febrectal®</i>	1 g 8 comp efervescentes 1 g 20 comp efervescentes	Adulto: 1 g. Se puede repetir cada 6 h. Máx: 4 /día Niños: 10-15 mg / kg	0,16-0,19 €
Analgésicos y AINE vía rectal			
Ibuprofeno <i>Ibup. Gelos®</i> , <i>Neobrufen®</i>	500 mg 12 supos	Adulto: 500 mg Máximo: 2,4 g / día	0,10-0,20 €
Naproxeno <i>Aliviomas®</i> , <i>Naprokes®</i> , <i>Naproval®</i> , <i>Proxen®</i> , <i>otros</i>	500 mg 12 supos	Adulto: 500 mg	0,26-0,29 €
Paracetamol <i>Apiretal®</i> <i>Febrectal®</i> , <i>Efferalgan®</i>	500 mg 5 supos 600 mg 6, 8, 10 supos	Adulto: 1 g. Se puede repetir cada 6 h. Máx: 4 /día Niños: 10-15 mg / kg	0,64 € 0,31-0,85 €
Antimigrañosos específicos vía oral			
Almotriptán <i>Almogran®</i>	12,5 mg 4 comp y 6 comp	12,5 mg. Máx. 50 mg /día Intervalo mín interdosis: 2 h	8,86 €
Eletriptán <i>Relert®</i> , <i>Relpax®</i>	20 mg 2 y 4 comp recub 40 mg 2 y 4 comp recub	40 mg	7,98-8,12 €
Naratriptán <i>Naramig®</i>	2,5 mg 6 comp recubiertos	2,5 mg. Máx: 5 mg Intevalo mín entre dosis: 4 h	5,79 €
Rizatriptán <i>Maxalt®</i>	10 mg 2 comp y 6 comp Max 10 mg 2 y 6 liotabs	10 mg. Máx: 20 mg Intervalo mín interdosis: 2 h	8,12 y 7,99 € 8,12 y 7,99 €
Sumatriptán <i>Arcoiran®</i> , <i>Imigran®</i>	50 mg 4 comp	50-100 mg. Máx: 300 / día Intervalo mín interdosis: 2 h	6,73 - 13,45 €
Zolmitriptán <i>Flezol®</i> , <i>Zomig®</i>	2,5 mg 3 y 6 comp Flas 2,5 mg 6 comp dispers	2,5 mg. Máx: 10 mg / día Intervalo mín interdosis: 2 h	6,68 €
Ergotamina en asociación <i>Cafergot®</i> <i>Hemicraneal®</i> <i>Igril®</i>	10 comp 20 comp 10 comp	2 comp. Máx. 6 /día. 1 - 2 comp. Máx. 6 / día 1 – 2 comp. Máx. 4 / día	0,22 € 0,15 – 0,31 € 0,15 – 0-29 €
Dihidroergotamina (DHE) <i>Dihydergot®</i>	1 mg 20 comp Retard 2,5 mg 20 grageas 2 mg / ml 30 ml soluc gotas	1 – 2 mg / 8 h 2,5 mg / 12-24 h Niños: 1/3-2/3 del adulto	0,08 - 0,16 € 0,13 €
DHE con otros <i>Tonopán®</i>	20 grageas	1–2 grag / 2–3 veces al día	0,15 – 0,45 €
Antimigrañosos específicos vía rectal, parenteral o nasal			
Ergotamina rectal en asoc <i>Cafergot PB®</i> <i>Hemicraneal®</i>	3 supositorios 10 supositorios	1 supos. Máx. 3 supos / día 1 supos. Máx. 3 supos / día	0,38 € 0,30 €
Sumatriptán nasal <i>Imigran®</i>	20 mg 2 pulverizaciones	10-20 mg. Máx. 40 mg / día Intervalo mín interdosis: 2 h	11,65 – 23,30 €
Sumatriptán parenteral <i>Arcoiran®</i> , <i>Imigran®</i> , <i>Novelian®</i>	6 mg 2 jeri autoiny 0,5 ml	6 mg. Intervalo mín interdosis: 1 h Máx: 24 mg / día	23,83–23,94 €según la marca

Fuente: Nomenclátor Oficial de Productos Farmacéuticos SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agosto 2002

Tabla V. Fármacos para prevención de las cefaleas.

FÁRMACO	PRESENTACIÓN	DOSIS ADULTO (mg)	COSTE / 3 MESES T.T.O.
Amitriptilina <i>Tryptizol</i> ®	10 mg 24 comp 25 mg 24 y 60 comp 50 mg 30 comp 75 mg 30 comp	50 – 100 mg / noche	8,67 – 17,34 €
Flunarizina <i>Flerudin</i> ®, <i>Flurpax</i> ®, <i>Sibelium</i> ®	5 mg 30 y 60 cáps o compr	Inicio: 10 mg / noche Mant.: Dosis de inicio 5 días de la semana y 2 de descanso	15,70 – 21,16 €
Pizotifeno <i>Sandomigran</i> ®	0,5 mg 30 grageas	Inicio: 0,5 noche Mant.: 0,5 / 8 h ó 1,5 / día	21,69 €
Propranolol <i>Sumial</i> ®	40 mg 50 comp Retard 160 mg 20 cáps	Inicio: 40 / 8-12 h Mant.: 80 – 160 mg /día	11,45 € 20,61 €

Fuente: Nomenclátor Oficial de Productos Farmacéuticos SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agosto 2002.

BIBLIOGRAFÍA

- Gimeno A. Fármacos empleados en el tratamiento de las cefaleas. En: CGCOF de España. Farmacología y farmacoterapia. Módulo II: Farmacología del dolor, inflamación y procesos neoplásicos. Acción Médica, Madrid, 1997: 171-179.
- García-Albea E. Cefalea y jaqueca. *Inf Ter SNS* 1999; 23 (5): 132-9.
- Anon. Migrañas. *Panorama Actual del Medicamento* 2001; 25 (243): 425-31.
- Yusta A. Tratamiento de las cefaleas. *Revista Clínica Española* 2000; 200 (12): 664-78.
- Anónimo. Nuevos productos. Eletriptán (Relpax®). *Panorama Actual del Medicamento* 2002; 172-5.
- López Rodríguez I, Rodríguez Ledo MP, Sánchez de Enciso Ruiz M. Guía de manejo de la Migraña [en línea] [20/09/02]. Disponible en: www.fisterra.com/guias2/migrana.htm
- Tfelt-Hansen P, De Vries P, Saxena PR. Triptans in migraine. A comparative review of pharmacology pharmacokinetics and efficacy. *Drugs* 2000; 60 (6): 1259-87.
- Deleu K, Hanssens Y. Current and emerging second-generation triptans in acute migraine therapy: A comparative review. *J Clin Pharmacol* 2000; 40: 687-700.
- Anónimo. ¿Demasiados triptanes para el tratamiento de la migraña?. *Boletín Terapéutico Andaluz* 2001; 17: 6.
- Torrabadella P. Cefalea. *El Farmacéutico* 2002; (285).
- Redillas C, Solomon S. Prophylactic pharmacological treatment of chronic daily headache. *Headache* 2000; 40: 83-102.
- Dodick DW, Capobianco DJ. Treatment and management of cluster headache. *Current Pain and Headache Reports* 2001; 5: 83-91.
- Balcells M. Cefalea crónica diaria. Más abuso de analgésicos. *Ser médico* *
- Fettes I. Migraña menstrual. Métodos de prevención y control. *Postgraduate Medicine (Ed. Esp.)* 2000; 3 (2): 23-9.
- Winner PK. Cefaleas en niños. ¿Cuándo está indicado un estudio diagnóstico completo? *Postgraduate Medicine (Ed. Esp.)* 2000; 3 (2): 31-7.
- Edmeads J. Cefaleas en ancianos. ¿Qué particularidades tienen en este grupo de edad? *Postgraduate Medicine (Ed. Esp.)* 2000; 3 (2): 39-44.

Comité de Redacción: Arroyo Pineda V, Díez de Celis C, González Gero Mª Y, Heredia Checa C, Lloret Callejo Mª A, Montero Fernández Mª J, Morales Garrido S, Muñiz Gavilán A, Núñez Cámara C, Ventura López P.

Colaboración: Comisiones del Uso Racional del Medicamento de Albacete, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Puertollano, Talavera de la Reina y Toledo.

Edita SESCAM: Gerencias de Atención Primaria de: Albacete, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Puertollano, Talavera de la Reina y Toledo.

Dirección de Correo: Purificación Ventura López: Avda 1º de Mayo, 32.13500 Puertollano (Ciudad Real). Teléfono: 926-42.74.04, Fax: 926-44.00.29. e-mail: pventura@sescam.org

I.S.S.N.: 1576-2408 - D.L.: GU-141-2000 - NIPO: 352-00-029-6