



**Farmacéuticos**

Consejo General de Colegios Farmacéuticos

CAMPAÑA SANITARIA

# LA MIGRAÑA Y EL PAPEL DEL FARMACÉUTICO COMUNITARIO

Guía para Farmacéuticos Comunitarios

Con la colaboración de:



ORGANON



teva







# ÍNDICE

---

<b>Prólogo .....</b>	<b>5</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>7</b>
> Aspectos generales, síntomas, tipos y definición de la migraña .....	7
> Prevalencia e importancia de la migraña en España .....	8
> Etiopatogenia y factores de riesgo para el desarrollo y exacerbación de la enfermedad .....	11
> Diferencia migraña / cefalea .....	12
> Resumen aspectos clave .....	13
<b>Manejo de la enfermedad: diagnóstico y tratamiento .....</b>	<b>14</b>
> Diagnóstico y control de la cefalea y la migraña.....	14
> Coordinación y Criterios de derivación Especialista, Médico de Familia y Farmacia Comunitaria .....	16
> Tratamiento .....	18
> Evaluación, control y seguimiento .....	22
> Situaciones especiales .....	24
> Herramientas en la práctica clínica .....	25
> Resumen aspectos clave .....	26
<b>El farmacéutico como informador y educador en el uso correcto, seguro y efectivo de los medicamentos .....</b>	<b>27</b>
> Servicio de Dispensación de medicamentos para la migraña.....	27
» Inicio de un tratamiento: qué saber .....	30
» Continuación de un tratamiento: qué saber.....	32
> Servicio de Indicación Farmacéutica a un paciente con dolor de cabeza .	36
> Resumen aspectos clave .....	41
<b>Bibliografía.....</b>	<b>42</b>





# Prólogo

---

Entre las funciones de la Organización Farmacéutica Colegial destaca la de facilitar el avance profesional del farmacéutico comunitario a través de, entre otras, la actualización práctica de conocimientos en beneficio de la población que atiende a diario.

En esta línea, impulsa una nueva iniciativa; se trata de una Campaña Sanitaria que cuenta con la colaboración de laboratorios **Lilly/Organon, Teva y Pfizer** centrada en concienciar y aumentar la visibilidad de la migraña intentando reducir el estigma asociado a las personas que sufren la enfermedad.

La migraña es una de las enfermedades más prevalentes y ocupa la primera causa de discapacidad entre los 5-59 años en Europa occidental (1). Según la Encuesta Europea de Salud en España (EESA) en 2020 la migraña o dolores de cabeza frecuentes ocupan la novena (6,75 %) de las diez enfermedades o problemas de salud que, la población  $\geq 15$  años, refiere padecer con mayor frecuencia (2). Sin embargo, continúa siendo una enfermedad infradiagnosticada, incorrectamente tratada y estigmatizada. Se estima que un 40 % de los pacientes nunca acuden a una consulta médica probablemente porque muchos de ellos internalizan el estigma social que arrastra la migraña desde hace décadas y banalizan sus síntomas (3).

Cuando se analizan los **motivos de los pacientes para no acudir a una consulta médica** destacan fundamentalmente dos: que consideran no necesitar un diagnóstico puesto que otros familiares han padecido síntomas similares y que creen que el médico no va a poder ayudarles. Muchos de estos pacientes recurren a la automedicación con analgésicos sin receta médica lo que contribuye al desarrollo de una cefalea por abuso de fármacos con el consiguiente empeoramiento clínico.

Por otro lado, **hasta un 70 % de los pacientes que inician un tratamiento preventivo por vía oral lo abandonan de forma precoz al no percibir su efectividad**, en gran medida por sufrir sus efectos adversos (RAM) y por no conseguir el resultado esperado. Sin embargo, en los últimos años se han producido importantes avances terapéuticos en la migraña con tratamientos específicos más efectivos y mejor tolerados que los fármacos preventivos tradicionales como los gepantes y los anticuerpos monoclonales frente al péptido regulador de la calcitonina (CGRP).

El farmacéutico comunitario tiene un rol esencial con las personas que acuden solicitando un tratamiento para la migraña en el Servicio de Dispensación, algo para la cefalea desde el de Indicación Farmacéutica, con la educación en medidas no farmacológicas y con la información personalizada de los medicamentos.

## Los objetivos generales de esta Campaña Sanitaria son, entre otros:

- **Actualizar los conocimientos de los farmacéuticos comunitarios** para que puedan diferenciar los tipos de cefalea, identificar pacientes con migraña, proporcionar información personalizada para un uso seguro y efectivo de los tratamientos actualmente disponibles, facilitar medidas no farmacológicas preventivas de cefalea, reconocer criterios de derivación al Médico de Familia de Atención Primaria, la necesidad de prescripción de fármacos preventivos, o evitar el uso excesivo de analgésicos.
- **Facilitar material formativo para el paciente** que solicita consejo farmacéutico para la cefalea, para que sepa diferenciarla de la migraña: infografía consensuada por la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen), el Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN), y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- **Aumentar la visibilidad y el conocimiento de la migraña** para reducir el estigma asociado a la enfermedad.

El contenido de este documento pretende actualizar el conocimiento, especialmente, de los nuevos tratamientos, facilitar herramientas y establecer puntos de coordinación multidisciplinar entre médico especialista, de familia en atención primaria y el farmacéutico comunitario para el abordaje de las personas con dolor de cabeza/migraña utilizando algunos ejemplos prácticos.





# Introducción

## Aspectos generales, síntomas, tipos y definición de la migraña

La cefalea es el término médico que se refiere al dolor de cabeza, que puede variar en su intensidad y duración. En nuestro medio, la cefalea constituye el primer motivo asistencial en las consultas de neurología, ocupando aproximadamente el 20-25 % de estas consultas (3). Las cefaleas se dividen en cefaleas primarias (sin substrato demostrable) y secundarias (aquellas en las que podemos encontrar una causa subyacente)(4). Basándonos en la III Edición de la Clasificación Internacional de las Cefaleas (CIC-3) publicada en el año 2018 (4), podemos clasificar las cefaleas en (TABLA 1):

**TABLA 1 - Clasificación de cefaleas.** Fuente: Adaptado de Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHC). The International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211

<b>Cefaleas primarias:</b>	Cefalea tensional
	Migraña
	Cefaleas trigémino-autonómicas
	Otras cefaleas primarias
<b>Cefaleas secundarias:</b>	Cefalea atribuida a traumatismo craneoencefálico y/o cervical
	Cefalea atribuida a vasculopatía craneal y/o cervical
	Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular
	Cefalea atribuida a administración o privación de una sustancia
	Cefalea de origen infeccioso
	Cefalea atribuida a trastorno de la homeostasis
	Cefalea o dolor facial atribuidos a trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales.
<b>Neuralgias</b>	Neuralgia del trigémino

## Prevalencia e importancia de la migraña en España

Desde el punto de vista epidemiológico, las cefaleas primarias son las más frecuentes y representan el 90 % de los pacientes atendidos en consultas ambulatorias. Dentro de ellas, la cefalea tensional se ha considerado como la más frecuente, sin embargo, actualmente sabemos que aproximadamente el 15 % de la población cumple criterios de migraña, entidad que puede llegar a ser muy invalidante (5,9)

Una correcta historia clínica y una adecuada exploración neurológica son suficientes para el diagnóstico de una *cefalea primaria*, no requiriendo en la mayoría de los casos de la realización de pruebas complementarias. La indicación de una prueba complementaria viene condicionada en la mayoría de las ocasiones por la presencia de signos de alarma (6), como son:

- Cefalea en edades extremas de la vida
- Empeoramiento reciente de una cefalea crónica
- Inicio súbito o cefalea en trueno (cefalea intensa con acmé -período de máxima intensidad- alcanzado el primer minuto)
- Cefaleas precipitadas por esfuerzo físico, maniobras de Valsalva, actividad sexual o cambio postural
- Cambio en el patrón habitual de la cefalea, a nivel individual
- Empeoramiento progresivo de una cefalea primaria o ausencia de respuesta a tratamiento adecuado sintomático o preventivo
- Cefalea focal o de localización unilateral estricta (exceptuando neuralgias, cefaleas trigémino-autonómicas y otras cefaleas primarias unilaterales)
- Cefalea de predominio nocturno, no respetando el sueño
- Cefalea acompañada de: fiebre, crisis epilépticas, movimientos anormales, pérdida de conocimiento, dolor intenso de cuello, náuseas o vómitos no explicables por una migraña u otra enfermedad
- Presencia de signos meníngeos
- Cefalea en pacientes oncológicos o inmunosuprimidos.

La **migraña** es un tipo de *cefalea primaria* frecuente incapacitante. Supone una disminución en la calidad de vida del paciente y también un elevado coste socio-económico para la sociedad. Estudios recientes sitúan la migraña como la tercera patología más prevalente en el mundo y la segunda causa de discapacidad global (7). En España, según la EESE (2), en 2020, las migrañas o dolores de cabeza frecuentes ocupan la novena (6,75 %) de las diez enfermedades que, la población  $\geq 15$  años, refiere padecer con mayor frecuencia, ascendiendo a más de 5 millones de personas las que la sufren (el 80 % mujeres), con una prevalencia del 12 % (17 % en mujeres).



**La migraña** es un trastorno crónico neurovascular caracterizado por la recurrencia de cefaleas con episodios de 4-72 horas de duración, habitualmente unilaterales y pulsátiles, intensidad moderada o severa e incapacitantes, acompañadas de síntomas vegetativos como náuseas y vómitos, hipersensibilidad a los estímulos físicos, psíquicos o sensoriales (intolerancia al ruido y a la luz, al esfuerzo físico, el nerviosismo) y que pueden preceder o acompañar de síntomas de origen cortical (aura) (8).

Se define **aura** como síntoma de disfunción neurológica focal que acontece antes o durante la crisis de migraña. El aura visual es la más común pudiendo ser síntomas positivos (luces brillantes, espectro de fortificación) o negativos como pérdida de visión. También es común la aparición de síntomas sensitivos o trastornos del lenguaje (disfasia). La migraña con aura supone aproximadamente un 30 % de las consultas por migraña (9).

La *migraña episódica* se diferencia en crisis de **baja frecuencia**, cuando el dolor de cabeza aparece menos de 8 días/mes y de **alta frecuencia** cuando aparece entre 8 y 14 días/mes. El término *migraña crónica* hace referencia a aquellas personas con migraña que tienen cefalea 15 o más días/mes durante más de 3 meses. **La distinción entre migraña episódica y crónica (en relación con la frecuencia mayor o menor de 15 días de cefalea/mes) se ha definido por consenso de expertos** (9).

Siguiendo la nueva clasificación de la *International Headache Society* (IHS) (4), la CIC-3 está organizada de forma jerárquica con tipos y subtipos. Así, la clasificación de la migraña tiene tres subtipos principales: 1.1 migraña sin aura, 1.2 migraña con aura y 1.3 migraña crónica (TABLA 2).

**TABLA 2. Tipos de migraña según la Clasificación Internacional de Cefaleas (CIC-3).**

Fuente: Adaptado de Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211

<b>1.1. Migraña sin aura</b>	
<b>1.2. Migraña con aura</b>	1.2.1. Migraña con aura típica 1.2.1.1. Aura típica con cefalea 1.2.1.2. Aura típica sin cefalea 1.2.2. Migraña con aura troncoencefálica 1.2.3. Migraña hemipléjica 1.2.4. Migraña retiniana
<b>1.3. Migraña crónica</b>	
<b>1.4. Complicaciones de la migraña</b>	1.4.1. Estado del mal migrañoso 1.4.2. Aura persistente sin infarto 1.4.3. Infarto migrañoso 1.4.4. Crisis epiléptica desencadenada por la migraña
<b>1.5. Migraña probable</b>	1.5.1. Migraña sin aura probable 1.5.2. Migraña con aura probable
<b>1.6. Síndromes episódicos que pueden asociarse a migraña</b>	1.6.1. Trastorno gastrointestinal recurrente 1.6.1.1. Síndrome de vómitos cíclicos 1.6.1.2. Migraña abdominal 1.6.2. Vértigo paroxístico benigno 1.6.3. Tortícolis paroxística benigna

Un ataque de migraña con aura típico progresa a través de cuatro fases: el pródromo, el aura, la cefalea y el posdromo (11).

## 1. Fase prodrómica

Ocurre hasta en el 77 % de los pacientes con migraña y consiste en síntomas afectivos o vegetativos que aparecen de 24 a 48 horas antes del inicio de la cefalea. Los síntomas prodrómicos (SP) están vinculados a diferentes áreas del sistema nervioso central, fundamentalmente el hipotálamo, el sistema dopaminérgico y la región insular. La identificación de SP facilita el inicio precoz del tratamiento. Los SP generalmente duran más tiempo y es posible que no se resuelvan necesariamente antes del inicio del dolor, pudiendo estar presentes en el intervalo entre el inicio del aura y/o dolor (12).

Puede abarcar una esfera muy amplia de manifestaciones, desde alteraciones anímicas, como euforia e hiperactividad, hasta tristeza y apatía, afectación cognitiva, trastornos gastrointestinales y de apetito, rigidez nuchal, bostezos, alteraciones sensoriales (foto, sono u osmofobia), afección dérmica, mareo y sudoración, entre otras. Varios trabajos describen los bostezos, la irritabilidad, la apatía, la rigidez nuchal, la fotofobia, las náuseas, la fatiga y la dificultad de concentración como los síntomas más frecuentes (13).

## 2. Aura

El aura se caracteriza por episodios recurrentes, que habitualmente duran menos de 60 minutos, con síntomas unilaterales completamente reversibles del sistema nervioso central que se desarrollan gradualmente, seguidos de cefalea y síntomas asociados a migraña (TABLA 3). Cuando el aura incluye debilidad motora, la migraña se clasifica como "migraña hemipléjica". El aura puede estar asociada a cefalea que no cumple los criterios para migraña sin aura, pero sigue considerándose migraña (4).

## 3. Cefalea

Los criterios diagnósticos de migraña se definen en la TABLA 4. Aunque la duración de las crisis sin tratamiento es de entre 4-72 horas, los niños pueden tener crisis con una duración más breve (4).

## 4. Fase posdrómica

Una vez resuelta la cefalea típica de la migraña, se produce esta fase. Los pacientes a menudo se sienten agotados, aunque algunos informan de una sensación de leve júbilo o euforia (14). El posdromo puede durar de 24 a 48 horas, pero no afecta a todos, y no tiene que ocurrir después de cada crisis. Las personas con migraña pueden experimentar esta etapa de diferente forma y los síntomas no serán los mismos para todos. Los síntomas de posdromo pueden incluir: astenia, confusión mental, deshidratación, estado de ánimo deprimido, estado de ánimo eufórico y problemas para concentrarse.



El coste económico de la migraña en España es elevado y puede dividirse en dos conceptos principales: costes directos e indirectos (15). Los costes directos se relacionan con la atención médica y los tratamientos necesarios, mientras que los indirectos derivan del absentismo laboral y la disminución de la productividad asociada a la discapacidad causada por la migraña. Debido a que la migraña afecta en su mayoría a individuos de entre 25 y 45 años, que se encuentran en su etapa laboral más productiva y considerando que el diagnóstico se basa en evaluaciones clínicas que generalmente no requieren pruebas adicionales, se estima que más del 70 % del coste global corresponden a gastos indirectos (15).

En España el coste medio de la migraña por paciente y año asciende a 12.970 € para los pacientes con migraña crónica y 5.041 € para los pacientes con migraña episódica (15). Se ha estimado que, si con un tratamiento adecuado se reduce un ataque de migraña cada mes, se conseguiría un ahorro de aproximadamente 700 € por paciente y año (16).

## Etioopatogenia y factores de riesgo para el desarrollo y exacerbación de la enfermedad

La migraña es una enfermedad de base genética y en más del 70 % de los casos hay antecedentes familiares (17,18). Existen formas de migraña infrecuentes de herencia autosómica dominante (es el caso de la migraña hemipléjica familiar) en las que la enfermedad se explica por la mutación de un gen concreto. Sin embargo, la herencia de la migraña habitual es poligénica y depende de múltiples genes. En los últimos años, los estudios del genoma (GWA) han identificado 123 polimorfismos genéticos de riesgo asociados a la migraña (17). Estas alteraciones genéticas predisponen a que la persona, ante una serie de desencadenantes, presenten episodios de migraña

La migraña consta de varias fases y en cada una de ellas se ha detectado la alteración de una zona del cerebro (18,19). En concreto, se ha observado que durante la fase prodrómica se activa el hipotálamo. El aura se produce por el fenómeno de depresión cortical propagada que se define como una onda de despolarización de las células de la corteza cerebral seguida de una depresión persistente de la actividad eléctrica, que se propaga lentamente. Por último, el dolor se produce por la activación del sistema trigeminovascular y la liberación de diferentes neuropéptidos entre los que destaca el péptido regulador del gen de la calcitonina (CGRP), que tiene efecto vasodilatador sobre las arterias cerebrales.

**Los factores de riesgo que facilitan que el número de crisis aumente de forma progresiva incluyen el uso excesivo de analgésicos y cafeína, el estrés crónico, los trastornos del sueño, el sobrepeso y obesidad, y las comorbilidades psiquiátricas como la depresión y la ansiedad. Las personas con crisis frecuentes y que no las controlan de forma efectiva también tienen mayor riesgo de cronificación de la migraña. Los analgésicos con mayor riesgo potencial de determinar cefalea por sobreuso son los analgésicos combinados (sobre todo, las combinaciones que contienen tramadol o codeína), los ergóticos y los opiáceos (18).**

## Diferencia migraña / cefalea

Una vez descartadas causas secundarias, el diagnóstico diferencial debe realizarse con otras cefaleas primarias, fundamentalmente la cefalea de tensión o la cefalea en racimos (TABLA 5).

Entre las características clínicas clave para el diagnóstico diferencial destacan la duración del dolor que en la migraña es superior a 4 horas, sin tratamiento. En la cefalea tensional existe una gran variabilidad en la duración de las crisis (entre 30 minutos y varios días), mientras que en la cefalea en racimos las crisis son breves (duran entre 15-180 minutos).

La migraña suele afectar a un lado de la cabeza, alternando ambos lados en los diferentes episodios, mientras que la cefalea en racimos afecta solo a un lado de la cabeza y siempre es el mismo lado, y la cefalea tensional típicamente afecta a toda la cabeza. La cualidad del dolor es diferente, siendo como un latido (pulsátil) en la migraña, opresivo en la cefalea tensional y punzante en la cefalea en racimos.

En todos los pacientes con cefalea pueden existir náuseas e hipersensibilidad a la luz y al ruido. Sin embargo, la aparición de vómitos es mucho más característico de la migraña y no aparece en la cefalea tensional. Por último, el comportamiento de las personas durante las crisis es diferente. En las personas con migraña, a diferencia de la cefalea tensional, el dolor empeora con la actividad física de rutina (y los pacientes prefieren acostarse). Los pacientes que padecen cefalea en racimos tienen una inquietud intensa durante los ataques que les obliga a moverse.

**TABLA 5- Diagnóstico diferencial de los principales tipos de cefaleas primarias (18).**

Características	Migraña	Cefalea tensional	Cefalea en racimos
<b>Duración</b>	>4 horas	>30 minutos	15-180 minutos
<b>Localización</b>	Unilateral (60 %)	Bilateral	Estrictamente unilateral
<b>Cualidad</b>	Pulsátil (50 %)	Opresivo	Variable
<b>Intensidad</b>	Grave (incapacitante)	Leve (no incapacitante)	Grave (incapacitante)
<b>Empeora con la actividad física</b>	Si	No	No, los pacientes tienen inquietud
<b>Acompañantes</b>	Fotofobia y fonofobia Náuseas y vómitos	Fotofobia o fonofobia (no ambas) Náuseas, pero no vómitos	Síntomas autonómicos
<b>Aura</b>	Si	No	No
<b>Antecedentes familiares</b>	Si	No	Si (menos que en migraña)



El aura también se puede confundir con un ictus. Sin embargo, la instauración del aura es progresiva, tiene una duración menor de 1 hora y los síntomas sensitivos y visuales suelen ser positivos (visión de luces brillantes y hormigueos) que no es habitual en el ictus. Típicamente las alteraciones visuales o sensitivas del aura pueden extenderse a otras áreas al mismo tiempo que desaparecen de áreas previamente afectadas. Es habitual que los pacientes describan síntomas de aura múltiples que se suceden en secuencia, comenzando con trastornos visuales, luego sensoriales y finalmente dificultades para la expresión de lenguaje.

## Resumen aspectos clave

- › Las cefaleas son una patología muy frecuente que ocupan un 20-25 % de las consultas de neurología.
- › Las cefaleas se dividen en cefaleas primarias y secundarias siendo la cefalea tensional y la migraña las más frecuentes dentro de las cefaleas primarias.
- › Las migrañas suponen un importante coste socioeconómico derivado de costes directos sanitarios y, sobre todo, indirectos por disminución de la productividad laboral.
- › Las migrañas se clasifican según la International Headache Society en migraña con aura, sin aura y crónica.
- › Las migrañas episódicas con aura progresan típicamente en 4 fases: pródromos, aura, cefalea y posdromos.
- › La migraña es una enfermedad genética en la que se activa el sistema trigémico vascular y se libera el neuropéptido CGRP que tiene efecto vasodilatador.

# Manejo de la enfermedad: diagnóstico y tratamiento

---

## Diagnóstico y control de la cefalea y la migraña

El diagnóstico de migraña es clínico basado en una anamnesis dirigida. En muchas ocasiones el diagnóstico no es fácil por la dificultad a la hora de realizar un correcto diagnóstico diferencial con otros tipos de cefaleas y la variabilidad inter e intraindividual, por lo que se aconseja la realización de una entrevista semiestructurada que siga los criterios de la *International Headache Society (IHS)*: duración de la cefalea, características del dolor (localización, carácter/calidad, intensidad y factores agravantes) y síntomas acompañantes (4).

Es muy importante indagar acerca de la presencia de antecedentes familiares de cefaleas similares y de la precipitación de las crisis por factores desencadenantes, ambos altamente sugestivos del diagnóstico de migraña. Normalmente se realiza una exploración física general que incluye auscultación cardiopulmonar y examen de estructuras pericraneales, así como un examen neurológico completo.

En la mayoría de los casos no son necesarios estudios complementarios y solo se recomiendan ante un episodio de migraña con aura si esta no es típica o de larga duración.





Disponemos de una herramienta diagnóstica consensuada que consiste en unos criterios diagnósticos establecidos por la CIC-3 de la IHS (4):

- **La migraña con aura** (TABLA 3) se define por la aparición de crisis de cefalea recurrentes, acompañados de síntomas de disfunción neurológica focal antes o durante las mismas. El aura comprende síntomas visuales, sensoriales y/o del lenguaje u otra sintomatología neurológica reversible que generalmente se desarrollan de forma gradual, autolimitados y acompañados o seguidos antes de 60 minutos por la cefalea.

**TABLA 3: Criterios diagnósticos de migraña con aura.**

Fuente: adaptado de Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.

Al menos 2 crisis
Uno o más de los síntomas de aura siguientes totalmente reversibles: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visuales.</li> <li>- Sensitivos.</li> <li>- De habla o del lenguaje.</li> <li>- Motores.</li> <li>- Troncoencefálicos.</li> <li>- Retinianos.</li> </ul>
Al menos 3 de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Progresión gradual de al menos uno de los síntomas del aura durante un periodo <math>\geq 5</math> min y/o dos o más síntomas ocurren en <b>sucesión</b>.</li> <li>- Cada síntoma del aura tiene una duración de entre 5-60 <b>minutos</b>.</li> <li>- Al menos uno de los síntomas del aura es <b>unilateral</b>.</li> <li>- El aura se acompaña (o se sigue antes de 60 minutos) de cefalea</li> </ul>

- **La migraña sin aura** (TABLA 4) se caracteriza por episodios recurrentes de cefalea que se manifiestan en forma de crisis que duran entre 4 y 72 horas (no tratadas o tratadas sin éxito). Las características típicas de la cefalea son localización unilateral, calidad pulsátil, intensidad moderada/grave, empeoramiento con la actividad física rutinaria y asociación con náuseas, vómitos, fotofobia y/o fonofobia.

**TABLA 4: Criterios diagnósticos de migraña sin aura.**

Fuente: adaptado de Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> edition. Cephalalgia. 2018; 38(1):1-211.

Al menos 5 crisis
Duración de la crisis 4-72 horas
Al menos dos de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Localización unilateral hem craneal anterior/ holocraneal</li> <li>- Calidad pulsátil</li> <li>- Intensidad moderada-grave</li> <li>- Se agrava con las actividades físicas habituales o impide la realización de estas</li> </ul>
Al menos uno de los siguientes síntomas durante la cefalea: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Náuseas y/o vómitos</li> <li>- Fotofobia y fonofobia</li> </ul>

Por último, **la migraña crónica** (TABLA 6) se caracteriza por la aparición de cefalea más de 15 días al mes durante más de 3 meses, en las que, en al menos 8 días cada mes, el dolor cumple criterios de migraña.

**TABLA 6: Criterios diagnósticos de migraña crónica.** Fuente: adaptado de Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3<sup>rd</sup> edition. Cephalalgia 2018;38(1):1-211.

A. Cefalea (tipo migrañoso) durante un período de $\geq 15$ días al mes durante más de 3 meses que cumple los criterios B y C
B. Al menos 5 episodios que cumplen con los criterios de migraña sin aura y/o con aura.
C. En $\geq 8$ días/mes durante $>3$ meses, la cefalea cumple los siguientes criterios: <ul style="list-style-type: none"><li>• presenta al menos dos de cuatro características clave de migraña sin aura (localización unilateral, calidad pulsátil, intensidad del dolor moderada o severa, o empeoramiento con la actividad física rutinaria) y el dolor se acompaña de al menos una de los acompañantes típicos (náuseas y/o vómitos, fotofobia y fonofobia)</li><li>• tiene las características esenciales de una migraña con aura</li><li>• es considerada por el paciente como migraña al inicio y se alivia con triptanes o derivados de ergotamina.</li></ul>
D. No se explica por otro diagnóstico.

## Coordinación y Criterios de derivación Especialista, Médico de Familia y Farmacia Comunitaria

En términos generales, desde Atención Primaria y según el grado de prioridad podemos establecer unos criterios de derivación:

### CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE MIGRAÑA EPISÓDICA:

Seguimiento por Atención Primaria:

1. Migraña episódica de baja frecuencia
2. Valoración de posibles factores de cronificación

Derivación a neurología con carácter normal:

1. Migraña episódica de alta frecuencia
2. Crisis prolongadas
3. Contraindicación de fármacos habituales

Derivación a neurología con carácter preferente/Unidad de Cefalea:

1. Auras frecuentes y/o atípica



Derivación a Urgencias y/o ingreso:

1. Aura prolongada o atípica
2. Estatus migrañoso refractario (ataque de más de 72 h de duración refractario a tratamiento farmacológico intravenoso)
3. Sospecha de causa secundaria
4. Deshabitación de analgésicos si fracaso previo ambulatorio

Se sospecha de un aura atípica (20) en los siguientes supuestos:

- › Inicio brusco
- › Predominio de síntomas motores deficitarios (hemiparesia) o visuales negativos (pérdida de visión/hemianopsia)
- › Duración mayor a 60 minutos
- › Primer episodio sugestivo de aura, pero sin cefalea acompañante ni síntomas visuales
- › Primer episodio en edades tardías >50 años y antecedentes de factores de riesgo vascular y/o ausencia de historia familiar de migraña

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE MIGRAÑA CRÓNICA:

Se debe derivar de manera preferente a consultas de neurología. El paciente puede cumplir, de forma concomitante, criterios diagnósticos de cefalea por abuso de analgésicos. Es muy importante valorar la existencia de factores cronificadores modificables, como son el abuso de analgésicos y cafeína, trastornos del ánimo, apnea del sueño, trastornos hormonales, sobrepeso y obesidad.

## CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE LA FARMACIA COMUNITARIA

Desde la Farmacia Comunitaria se debe derivar al Médico de Familia de Atención Primaria en las siguientes situaciones:

- › Cefalea en menor de 2 años o mayor de 50 años con patología asociada
- › Cefaleas con intensidad y frecuencia creciente
- › Cefalea unilateral, refractaria a tratamiento
- › Cefalea que se acompañe de sintomatología sistémica, crisis epilépticas o focalidad neurológica
- › Empeoramiento reciente de cefalea crónica
- › Cefalea precipitada por esfuerzo físico, tos o cambio postural
- › Cefalea que despierte al paciente por la noche
- › Duración de la cefalea prolongada (>72 horas)
- › Cefalea de inicio súbito

## Tratamiento

El tratamiento de la migraña (18) puede dividirse en 3 partes: educación del paciente e identificación de factores desencadenantes, tratamiento sintomático de las crisis y tratamiento preventivo.

### MEDIDAS GENERALES

En relación con la educación, es importante explicar al paciente que padece una enfermedad del cerebro de origen genético que se puede tratar de forma satisfactoria, pero que no tiene cura (6,18). El paciente debe identificar posibles desencadenantes del dolor para reducirlos o evitarlos.

El estrés es el desencadenante más frecuente, seguido la menstruación, los trastornos del sueño (tanto exceso como déficit de sueño) y el ayuno prolongado. Les siguen la realización de actividades físicas intensas y factores ambientales (exposición a luces intensas, olores o cambios atmosféricos). Algunas personas identifican desencadenantes alimentarios entre los que destacan: alcohol, chocolate, quesos, comidas ricas en nitritos (presentes en alimentos precocinados o procesados), glutamato monosódico (presente en la comida china), y exceso o abstinencia de cafeína.

**Como norma general, es importante que los pacientes sigan una vida regular en horarios de sueño, comida, traten de reducir el estrés y eviten el alcohol y la cafeína (6,18).**

### TRATAMIENTO SINTOMÁTICO

El tratamiento sintomático de las crisis es clave en la migraña (FIGURA 1). Es fundamental que todos los pacientes encuentren un fármaco que controle los episodios de dolor y que sepan que el aura no tiene tratamiento. La elección del tratamiento del dolor está basada en la intensidad de las crisis y la presencia de comorbilidades (6,18).

**El tratamiento de la migraña se divide en medicaciones inespecíficas (antiinflamatorios y paracetamol), específicas (triptanes, ditanes y gepantes) y adyuvantes (6,18).**

Como norma general **las crisis leves pueden ser tratadas con medicaciones inespecíficas como los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) de acción rápida (fundamentalmente ibuprofeno, naproxeno sódico o desketoprofeno)**. Algunos pacientes consideran que el paracetamol es efectivo.

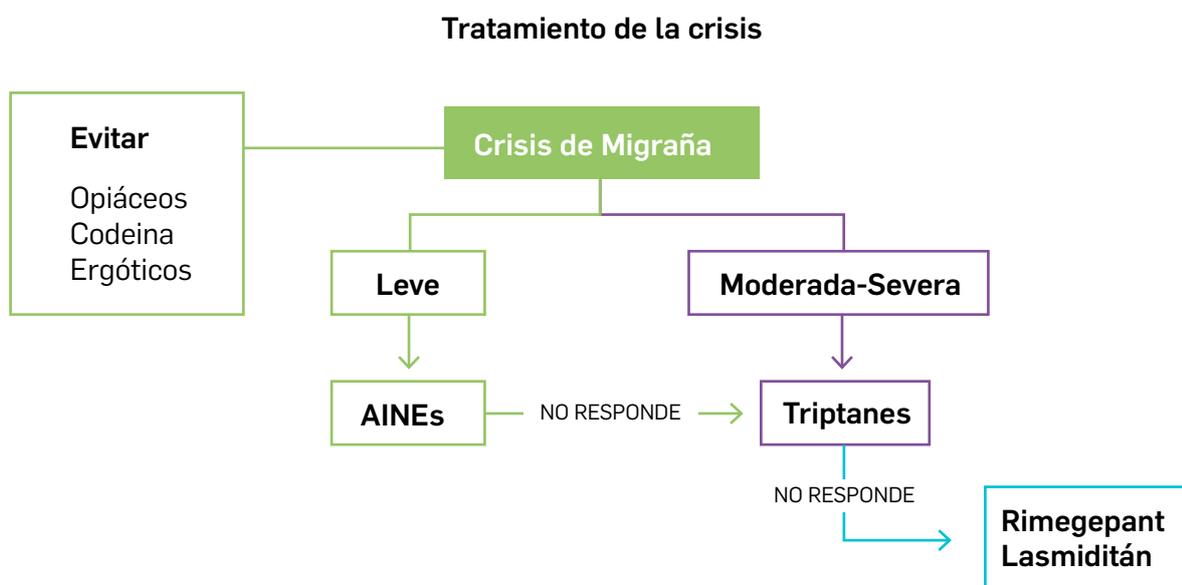
Sin embargo, **cuando el dolor tiene una intensidad moderada-grave (o no responden a AINEs o paracetamol) el tratamiento de elección son los fármacos específicos como los triptanes (almotriptán, eletriptán, naratriptán, rizatriptán, sumatriptán, zolmitriptán)**. Si el triptán resulta inefectivo a pesar de haberlo tomado al inicio de dolor, se debe considerar el aumento de la dosis del triptán, otra forma galénica (administración intranasal o inyectable), asociarlo a un AINE o probar con otro triptán.

**En pacientes que no responden al menos a 2 triptanes o en los que están contraindicados, podría valorarse el uso de otros fármacos específicos para la migraña como los ditanes (lasmiditán) o gepantes (rimegepant).**

Las medicaciones adyuvantes son fundamentalmente antieméticos (domperidona, metoclopramida), necesarios en pacientes con náuseas y vómitos. Se deben evitar los mórficos y las combinaciones de analgésicos con codeína o tramadol, por el riesgo de ocasionar cefalea crónica por uso excesivo de analgésicos.



FIGURA 1. Algoritmo de tratamiento de las crisis de migraña en la práctica clínica (18).



## TRATAMIENTO PREVENTIVO

El tratamiento preventivo (TABLA 7) se utiliza para reducir el número de crisis de migraña, su intensidad y el consumo de analgésicos (18,21). Se recomienda cuando el paciente tiene  $\geq$  de 3 crisis de migraña al mes. Los pacientes con  $<$  de 3 crisis de migraña al mes, incapacitantes, de larga duración y con pobre respuesta o intolerancia a la medicación sintomática son también candidatos al tratamiento preventivo (6,18).

La elección del tratamiento preventivo se realiza de forma individualizada, teniendo en cuenta fundamentalmente las preferencias del paciente, las contraindicaciones de los fármacos y la presencia de situaciones comórbidas (6,18). **Se recomienda mantener el tratamiento preventivo de la migraña episódica durante al menos 6 meses (12 meses en el caso de migraña crónica), con un periodo mínimo de prueba para establecer si el fármaco es efectivo en unos 2 meses (6,18).**

Existen fármacos preventivos no específicos y específicos.

**Los fármacos preventivos orales no específicos más habituales incluyen  $\beta$ -bloqueantes, anti-epilépticos, neuromoduladores, antagonistas del calcio u otros antihipertensivos.** Estos tratamientos no han sido diseñados para tratar la migraña, pero han demostrado su efectividad y seguridad en ensayos clínicos aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo.

#### PUNTOS CLAVE EN PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA CON FÁRMACOS ORALES NO ESPECÍFICOS

- 1-El objetivo del tratamiento preventivo es reducir la frecuencia de las crisis de migraña a la mitad
- 2-El tratamiento preventivo debe introducirse de forma gradual y la dosis efectiva ha de alcanzarse de forma progresiva
- 3-El tratamiento preventivo puede tardar mes y medio en iniciar su efecto
- 4-El tratamiento preventivo se mantiene habitualmente entre 6-12 meses

**Entre los  $\beta$ -Bloqueantes** los más utilizados son propranolol y metoprolol, aunque pueden usarse también nadolol, atenolol y nebivolol. Metoprolol y atenolol tienen la ventaja de poderse administrar en monodosis diaria.

**Entre los antiepilépticos** destaca el topiramato, efectivo tanto en migraña episódica como en migraña crónica. Otra posibilidad es el uso de ácido valproico. Ambos fármacos tienen efectos teratogénicos, por lo que son preferibles otras opciones en mujeres en edad fértil.

**El antidepresivo** más recomendable es amitriptilina, aunque la indicación en migraña no está recogida en su ficha técnica. La venlafaxina, un antidepresivo con acción dual, es efectiva en el tratamiento preventivo de la migraña y tiene un mejor perfil de tolerabilidad, ya que no produce somnolencia excesiva o aumento de peso.

**Entre los fármacos antagonistas del calcio**, la flunarizina es el único que ha demostrado efectividad preventiva en la migraña frente a placebo y es el único recomendado. Entre sus efectos secundarios destaca que puede provocar aumento de apetito, no debe utilizarse en pacientes con depresión y su uso a largo plazo se ha asociado al desarrollo de parkinsonismo.

Candesartán y lisinopril son los dos únicos **antihipertensivos no  $\beta$ -bloqueantes** que han demostrado tener un efecto preventivo en la migraña. No pueden utilizarse durante el embarazo.

**La toxina botulínica** es el único fármaco que tiene indicación únicamente en migraña crónica. Se utiliza en forma de infiltraciones con periodicidad trimestral en 31 puntos de infiltración. La tolerancia es excelente y carece de interacciones con otros fármacos.

**Los bloqueos anestésicos** del nervio occipital mayor con lidocaína son efectivos tanto para el tratamiento sintomático del ataque de migraña como en la prevención de la migraña episódica y se utilizan de forma habitual en pacientes embarazadas porque carecen de efectos teratogénicos.



**TABLA 7. Fármacos preventivos para el tratamiento de la migraña (18).**

FARMACOS PREVENTIVOS NO ESPECÍFICOS	FARMACOS PREVENTIVOS ESPECÍFICOS
<p><b>ORALES</b></p> <p><b>Betabloqueantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Propranolol</li> <li>- Atenolol</li> <li>- Metoprolol</li> <li>- Nebivolol</li> </ul> <p><b>Antiepilépticos/neuromoduladores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Topiramato</li> <li>- Ácido valproico</li> </ul> <p><b>Antihipertensivos (IECA y ARA-II)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lisinopril</li> <li>- Candesartán</li> </ul> <p><b>Antagonistas del calcio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flunarizina</li> <li>- Cinarizina</li> </ul> <p><b>Antidepresivos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amitriptilina</li> <li>- Venlafaxina</li> </ul> <p><b>INYECTABLES</b></p> <p>Onabotulinumtoxina A</p>	<p><b>ANTICUERPOS MONOCLONALES</b></p> <p><b>Contra el receptor de CGRP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erenumab (DH)</li> </ul> <p><b>Contra el CGRP circulante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Galcanezumab (DH)</li> <li>- Fremanezumab (DH)</li> <li>- Eptinezumab (UH)</li> </ul> <p><b>GEPANTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rimegepant</li> <li>- Atogepant (DH)</li> </ul>

Los nuevos tratamientos anti-CGRP han revolucionado el tratamiento de la migraña puesto que son fármacos específicos para la migraña, y han demostrado ser más efectivos y mucho mejor tolerados que los preventivos orales tradicionales (18,19,21). Desde el año 2019 se han autorizado en nuestro país cuatro anticuerpos monoclonales contra el CGRP, tres de ellos para autoadministración subcutánea (erenumab, fremanezumab, galcanezumab) y otro que administra por vía intravenosa (eptinezumab). Erenumab actúa bloqueando el receptor de CGRP, mientras que el resto de anticuerpos se une al CGRP circulante impidiendo su acción.

Recientemente se han aprobado el uso de dos **antagonistas orales del CGRP o gepantes**. Rimegepant está indicado en la prevención de migraña episódica (a dosis de 75mg/48 horas), mientras que atogepant (dosis de 60mg una vez al día) puede utilizarse en migraña episódica y crónica. En España las terapias anti-CGRP están financiadas por el sistema nacional de salud en pacientes  $\geq$  8 días de migraña al mes en los que no hayan sido efectivos o no se hayan tolerado previamente 3 fármacos preventivos, siendo uno de ellos la toxina botulínica en la migraña crónica.

Los anticuerpos monoclonales son moléculas de gran tamaño, con una vida muy larga (su administración se realiza con una periodicidad mensual o trimestral) que no pueden atravesar la barrera hematoencefálica cuando está intacta, por lo que su mecanismo de acción se centra en el sistema trigémino-vascular periférico y se evitan los efectos adversos a nivel del sistema nervioso central. Por su acción específica, y su metabolismo no son esperables interacciones farmacológicas ni daño hepático o renal. La mayoría de sus efectos adversos son locales, en la zona de inyección o, con menor frecuencia, el estreñimiento; pero es excepcional retirar el tratamiento por estos motivos. El eptinezumab puede causar excepcionalmente reacciones de hipersensibilidad graves.

Los gepantes, a diferencia de los anticuerpos monoclonales, se administran por vía oral y tienen una vida media más corta, lo que puede ser una ventaja en pacientes con fobia a las agujas o mujeres en edad fértil que planifican un embarazo. Los gepantes pueden tener interacciones con algunos fármacos pudiendo incrementar su toxicidad (18, 19, 21).

## Evaluación, control y seguimiento

El objetivo es cuantificar la discapacidad, el impacto, las comorbilidades y otras variables de interés en la migraña, permitiendo medir la mejoría o empeoramiento. Se utilizan unas escalas validadas con versiones para adultos que resultan muy útiles en la práctica clínica habitual:

### 1. EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD

El Cuestionario de Discapacidad de la Migraña (*Migraine Disability Assessment* o MIDAS) es una escala ampliamente validada y traducida a múltiples lenguas. Se compone de 5 ítems que evalúan la reducción en el rendimiento en trabajo o escuela, trabajo doméstico y actividades sociales durante los últimos 3 meses. La puntuación final indica el nivel de discapacidad en 4 grados: una puntuación de 0-5 puntos indica discapacidad nula, de 6-10 puntos discapacidad leve, de 11-20 puntos discapacidad moderada y >21 puntos discapacidad grave (22).

La escala HIT-6 (*Headache Impact Test*) mide el impacto de la migraña en la vida diaria mediante seis preguntas sobre dolor, limitaciones en actividades, cansancio, irritabilidad y concentración. Las puntuaciones varían entre 36 y 78 puntos. Una puntuación de 36-49 indica bajo impacto, 50-55 moderado, 56-59 grave, y 60-78 muy grave (23).

### 2. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Además de la disminución de la discapacidad, la mejora en la calidad de vida también se ha utilizado para evaluar la respuesta a determinados tratamientos e intervenciones en cefalea. El Cuestionario de calidad de vida específico de la migraña (*Migraine-Specific Quality of Life Questionnaire* o MSQ) es un cuestionario específico para migraña ideado para evaluar las limitaciones en la calidad de vida y el efecto de los tratamientos. Se estructura en 3 dominios que evalúan la reducción o prevención en socialización, actividades relacionadas con el trabajo y las emociones relacionadas con la migraña (24).



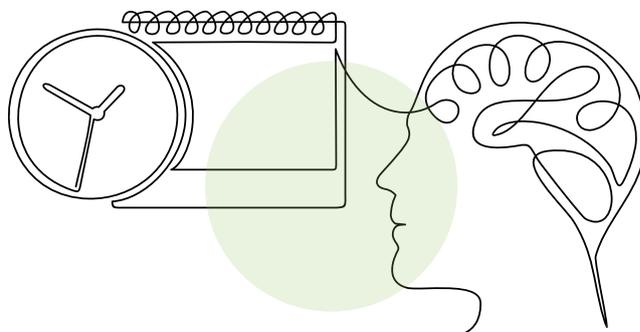
### 3. EVALUACIÓN DE COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS

Es útil disponer de herramientas para el cribado o valorar la necesidad de tratamiento de los trastornos psiquiátricos asociados a la cefalea. La Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (*Hospital Anxiety and Depression Scale* o HADS) es una herramienta indicada para el screening de ansiedad y depresión. Consta de 14 ítems, 7 que valoran ansiedad y 7 más que valoran depresión. A partir de la puntuación final se establecen 3 categorías: normal, «borderline» o patológico (25).

### 4. CALENDARIO DE CEFALÉAS/EDUCACIÓN

Para un adecuado seguimiento, y tras el explicar el tratamiento farmacológico, se darán unas recomendaciones para domicilio como son **el uso de diarios y calendarios de cefaleas**. La diferencia entre ambos es que el diario registra de una forma más precisa la semiología de cada episodio de dolor del paciente (útil sobre todo al inicio de la valoración) y el calendario estudia la distribución cronológica, permitiendo identificar factores agravantes o evaluar la efectividad de los tratamientos preventivos, evitando el sesgo de recuerdo (26).

Se puede recomendar hacer un registro en papel (no siempre disponible, lo que puede implicar menor cumplimiento u olvidos) o electrónico. El desarrollo de las tecnologías de la información ha permitido disponer de herramientas digitales específicamente diseñadas para pacientes y médicos simultáneamente. Existen también diarios de uso específico como aquellos que sirven para mejorar la descripción semiológica (signos y síntomas) de las auras o la sintomatología posdrómica (14). Gracias al uso de estas herramientas, se mejora la comunicación médico-paciente.



Además, se realizará una **educación sanitaria** adecuada aclarando las dudas y manejando expectativas terapéuticas. Se deben dirigir a mejorar la adherencia del tratamiento preventivo y el estilo de vida, produciendo mejores resultados clínicos (26).

A su vez y paralelamente al empoderamiento del paciente, las nuevas tecnologías de la información también le han permitido profundizar en su **autocuidado**. Los beneficios percibidos por los pacientes en las aplicaciones y páginas web para el seguimiento de enfermedades crónicas incluyen mayor autoconciencia, capacidad para compartir datos con el médico y su revisión histórica y mejor control de su enfermedad.

## Situaciones especiales

### I MIGRAÑA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

La migraña en los niños se diagnostica utilizando los criterios de la CIC-3 de la IHS, pero teniendo en cuenta que las crisis pueden tener una duración más breve (a veces inferior a 2 horas sin tratamiento) y los síntomas acompañantes (náuseas, vómitos, fono y fotofobia) suelen ser muy prominentes (4,6,9).

**Tanto el ibuprofeno (7,5-10 mg/kg) como el paracetamol (15 mg/kg) son seguros y efectivos y pueden combinarse con metoclopramida o domperidona para controlar las náuseas y vómitos. Los triptanes puede recomendarse si no hay respuesta a los AINEs y paracetamol (9). No se puede recomendar lasmiditán o rimegepant en menores de 18 años (18).**

Cuando las crisis de migraña aparecen > de 3 veces al mes debe recomendarse tratamiento preventivo. Podría prescribirse topiramato, amitriptilina, cinarizina y propranolol. El uso de toxina botulínica se acepta en migraña crónica resistente a los tratamientos preventivos habituales, pero no debería prescribirse tratamiento con anticuerpos anti-CGRP en menores de 18 años, salvo casos seleccionados (18).

### I CEFALAS EN MAYORES DE 65 AÑOS

El inicio de la cefalea por encima de los 50 años es un criterio de alarma y obliga a considerar causas secundarias. Es necesario que se excluya una arteritis de la temporal y realizar pruebas de imagen cerebral para descartar lesiones intracraneales. La arteritis temporal es una enfermedad inflamatoria de las arterias de gran y mediano calibre que puede complicarse causando ceguera por lo que el diagnóstico y el tratamiento precoz (con esteroides) es esencial. Finalmente, es necesario considerar la posibilidad de una cefalea cervicogénica por artrosis cervical en este grupo de edad (18).

**En pacientes mayores de 65 años con migraña, pueden utilizarse cualquiera de los tratamientos habituales, tanto sintomáticos como preventivos. Sin embargo, los fármacos con efecto vasoconstrictor como los triptanes deben prescribirse con precaución si existen factores de riesgo vascular (18).**

### I CEFALEA EN EL EMBARAZO

Durante el embarazo, la migraña y la cefalea tensional habitualmente mejoran, especialmente en el segundo y tercer trimestre. Por este motivo, la aparición de cefalea persistente debe hacer pensar en causa secundarias como la preeclampsia-eclampsia y otras causas menos comunes que incluyen el ictus isquémico (especialmente por trombosis venosa cerebral) o hemorrágico.

El tratamiento de elección de las **crisis de migraña durante el embarazo será con paracetamol y en caso de crisis severas se recomienda sumatriptán**. Los AINEs no son recomendables y están



contraindicados en el segundo y tercer trimestre del embarazo. En caso de **crisis frecuentes se recomienda realizar bloqueos anestésicos con lidocaína** de los nervios pericraneales, un procedimiento seguro y efectivo para el tratamiento sintomático y también con función preventiva. En algunos pacientes podría valorarse el uso de tratamiento preventivo con amitriptilina, betabloqueantes o toxina botulínica. El topiramato, candesartán y las terapias anti-CGRP están contraindicados.

Durante la lactancia la mayoría de los fármacos utilizados para el tratamiento de la migraña presentan un riesgo bajo o muy bajo para el lactante. **El paracetamol, ibuprofeno y los triptanes tiene un riesgo muy bajo.** Es preferible no utilizar preventivos, aunque la mayoría tiene riesgo muy bajo. No se aconseja utilizar terapias anti-CGRP. No obstante, se puede consultar la página [www.e-lactancia.org](http://www.e-lactancia.org) para evaluar el riesgo de cada fármaco.

## CEFALEA POR USO EXCESIVO DE MEDICACIÓN (CUEM)

La CUEM se define como el dolor de cabeza que aparece en pacientes con una cefalea primaria preexistente, que se presenta al menos 15 días al mes y se desarrolla como consecuencia del uso excesivo regular durante más de 3 meses de medicamentos sintomáticos para el dolor de cabeza (4):

- ≥ de 10 días al mes, en el caso de analgésicos simples o antiinflamatorios,
- ≥ de 15 días al mes en el caso de triptanes, opioides, ergóticos o combinaciones fijas de analgésicos

Se trata de una *cefalea secundaria común*, que mejora al interrumpirse el uso excesivo de medicación sintomática. Sin embargo, en pacientes con CUEM, la retirada de analgésicos provoca empeoramiento transitorio de la cefalea y en ocasiones se requiere incluso un ingreso hospitalario para realizar la deshabitación. La mejor estrategia de tratamiento para evitar la aparición de CUEM es el uso de fármacos preventivos cuando la cefalea es frecuente (18).

## Herramientas en la práctica clínica

Disponemos de un cuestionario validado conocido como “ID MIGRAINE TEST”. Consiste en tres preguntas referidas a la fotofobia, las náuseas y la discapacidad, siendo una respuesta afirmativa a dos de las preguntas un indicador de migraña. A pesar de que una historia clínica completa es el factor más importante para evaluar a pacientes con migraña, el objetivo del test migraña ID, desarrollado en 2003, es ser más práctico para Médicos de Familia de Atención Primaria que los criterios de la IHS (26).

En la web existen varios tipos de recursos con información para pacientes como aplicaciones para móviles que incluyen calendarios como *MyMigraines* y *MyMigrainesPro*, que tiene además la posibilidad de visualización, en tiempo real, por el neurólogo responsable o la aplicación *MigraineBuddy*, que también ayuda a identificar posibles factores desencadenantes incluyendo los cambios atmosféricos de la ubicación del paciente (27).

## Resumen aspectos clave

- › El diagnóstico de migraña es clínico basado en unos criterios diagnósticos establecidos por la Clasificación Internacional de Cefaleas (CIC-3) de la International Headache Society (IHS).
- › Se deben derivar desde Atención Primaria para estudio los pacientes que presenten auras prolongadas y/o atípicas.
- › Para realizar un correcto seguimiento del paciente disponemos de varias herramientas como escalas validadas para valorar el grado de discapacidad, la calidad de vida y las comorbilidades psiquiátricas.
- › Los pacientes con migraña deben recibir educación sobre su enfermedad, un tratamiento sintomático para el control de las crisis y si el número de episodios es  $>$  a 3 al mes debería recibir además tratamiento preventivo.
- › El tratamiento sintomático se realiza con AINEs cuando el dolor es leve y con triptanes si el dolor es moderado o grave.
- › Existen diferentes fármacos preventivos orales, no específicos para la migraña, entre los que destacan los betabloqueantes, antidepresivos, antiepilépticos o antagonistas del calcio.
- › Las nuevas terapias anti-CGRP son más efectivas y mejor toleradas que los preventivos orales tradicionales y están financiados por el sistema nacional de salud cuando el paciente tiene al menos 8 días al mes y ha fallado a 3 tratamientos preventivos previos, uno de ellos debe ser toxina botulínica en el caso de la migraña crónica.



# El farmacéutico como informador y educador en el uso correcto, seguro y efectivo de los medicamentos

En este apartado vamos a mostrar y recordar la información básica que es necesaria considerar, a modo de ejemplos y de forma general, para llevar a cabo una actuación profesional de acuerdo con los procedimientos consensuados por Foro AF FC (28) para los Servicios de Dispensación e Indicación Farmacéutica en situaciones que se presentan a diario en la farmacia comunitaria como, por ejemplo, son:



**Mujer madura** que acude a la farmacia solicitando la prescripción de un tratamiento para la migraña.



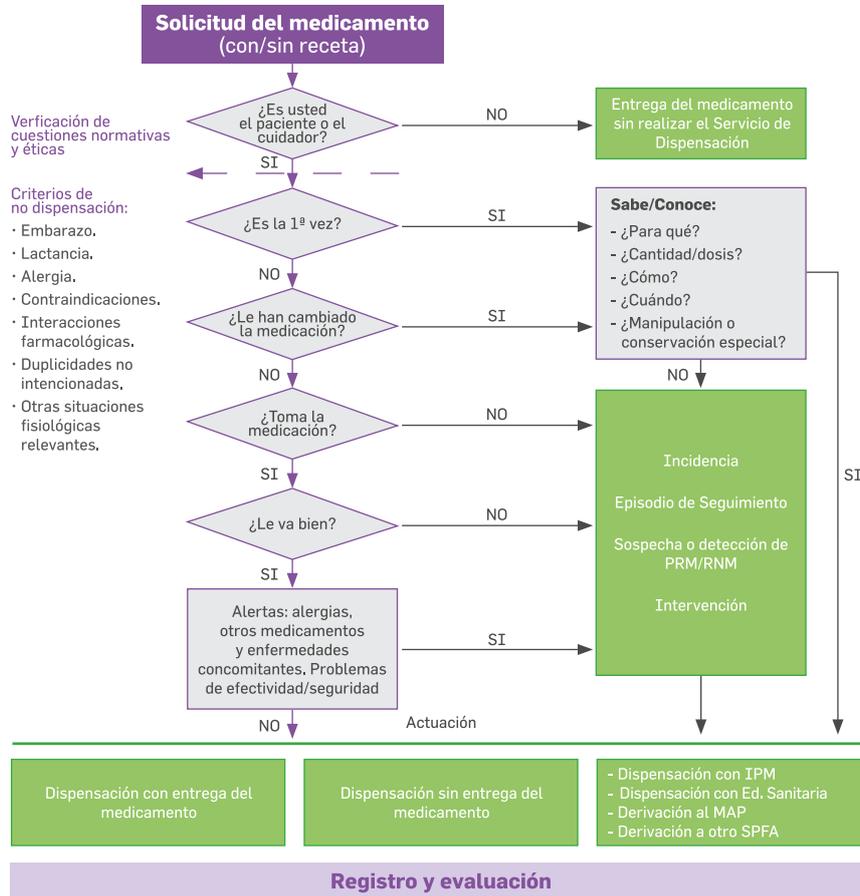
**Hombre joven** que acude a la farmacia solicitando algo para aliviar el dolor de cabeza.

## Servicio de Dispensación de medicamentos para la migraña

Es el Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial (SPFA) encaminado a garantizar que los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, tras una evaluación individual, **reciban y utilicen** los medicamentos **de forma adecuada** a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el **periodo de tiempo adecuado**, con la información para su **correcto proceso de uso** y de acuerdo con la normativa vigente (28).

Para poder garantizar la accesibilidad y el uso racional de los medicamentos en el Servicio de Dispensación (FIGURA 2), consideraremos cualquier información relacionada con el destinatario de los medicamentos, en adelante paciente, y los medicamentos que utiliza, con y sin prescripción médica.

**FIGURA 2- Diagrama de procedimiento del Servicio de Dispensación de medicamentos y productos sanitarios (28).**



De forma que, ante la solicitud de un medicamento, comprobamos si el solicitante de la dispensación es el destinatario, el propio paciente, un cuidador u otra persona, y si tiene información suficiente para una utilización efectiva y segura, verificando que el medicamento es adecuado y cumple con la normativa vigente, para proceder, o no, a su entrega, junto con la **información necesaria para un óptimo proceso de uso**.

Con la información disponible en el momento de la solicitud del medicamento en el mostrador de la farmacia y mediante una breve entrevista, podemos obtener la información clínica necesaria para verificar si existen, o no, Incidencias de índole sanitaria que no aconsejen la entrega del medicamento. Para ello, recordaremos los cinco pasos del **procedimiento ante la solicitud de un medicamento, con o sin receta**:

- Obtención de información sobre el paciente/cuidador y su farmacoterapia.
- Evaluación de la información.
- Intervención, en caso de Incidencia.
- Actuación profesional.
- Registro del proceso del Servicio realizado.



Supongamos que la mujer madura que acude a la farmacia solicitando una prescripción se corresponde con uno de los siguientes principios activos: Sumatriptán 50 mg, Lasmiditán 100 mg o Rimegepant 75 mg.



**Vamos a ir paso a paso con información fundamental:**

### a) Obtendremos información del paciente/cuidador y su farmacoterapia

- Verificaremos requisitos sanitarios, éticos y normativos de la receta.  
*En este caso pueden ser dispensados en la farmacia, aunque lasmiditán está financiado con visado de inspección para determinadas indicaciones y rimegepant no está financiado.*
- Identificaremos para quién es (destinatario).  
*Es para la misma persona que nos lo esta pidiendo*
- Verificaremos criterios que puedan impedir la dispensación (TABLA 8)

**TABLA 8- Criterios que impiden la dispensación.**

Fuente BOT PLUS. Disponible en: <https://botplusweb.farmaceuticos.com/>

	CONTRAINDICACIÓN/ PRECAUCIÓN	ALERGIAS/ INTOLERANCIAS	EMBARAZO/LACTANCIA
<b>Sumatriptán</b>	Pacientes: - con cardiopatía isquémica, angina, HTA grave o no controlada, ictus, insuficiencia hepática grave  - en tratamiento con: ergotamínicos u otros triptanes, IMAO en las dos semanas anteriores	- Hipersensibilidad a sumatriptán o a cualquier otro componente del medicamento.  - Intolerancia a fructosa y lactosa	Se acepta su uso en crisis severas, si no existen alternativas terapéuticas más seguras, y los beneficios superan los posibles riesgos.
<b>Lasmiditán</b> ▼	Pacientes en tratamiento con: - depresores del SNC - otros medicamentos que pueden producir síndrome serotoninérgico (ISRS, IRSN, MAO, antidepresivos tricíclicos)	Hipersensibilidad a lasmiditán o a cualquier otro componente del medicamento.	No se recomienda en embarazo.  Interrumpir la lactancia / abstenerse del tratamiento teniendo en cuenta el beneficio para lactante/mujer
<b>Rimegepant</b> ▼	Pacientes con: - insuficiencia hepática grave - enfermedad renal terminal - en uso concomitante con inductores del CYP3A4 o con inhibidores del CYP3A4; separar al menos 48 h.	Hipersensibilidad a rimegepant o a cualquier otro componente del medicamento.	No se recomienda en embarazo.  Interrumpir la lactancia / abstenerse del tratamiento teniendo en cuenta el beneficio para lactante/mujer

Si no existen Incidencias que puedan impedir la Dispensación, procederemos de distinta forma si es la primera vez o si se trata de una prescripción de continuación.

## INICIO DE UN TRATAMIENTO: QUÉ SABER

**SI es la primera vez que va a utilizar el medicamento**, es decir si se trata de un inicio de tratamiento o es la primera vez que solicita la dispensación.

En este caso, intentaremos obtener la información necesaria para verificar y evaluar si el paciente o su cuidador **conocen el correcto proceso de uso** del/os medicamento/s, con preguntas similares a las siguientes:

- ¿sabe para qué lo va a usar?
- ¿conoce la cantidad o dosis que ha de utilizar?
- ¿sabe durante cuánto tiempo lo va a usar?
- ¿sabe cómo lo tiene que usar (si existen condiciones especiales de empleo/ manipulación, conservación y eliminación)?

**En el caso de una persona con diagnóstico de migraña, a la que han prescrito un tratamiento por primera vez** es necesario conocer, para en caso contrario explicar, la indicación, qué dosis ha de utilizar, cómo debe usarlo, las condiciones de conservación y de eliminación (TABLA 9).





**TABLA 9- Información básica para un correcto proceso de uso.**

Fuente BOT PLUS. Disponible en: <https://botplusweb.farmaceuticos.com/>

	¿Sabe para qué?	¿Sabe qué cantidad o dosis va a utilizar?	¿Sabe durante cuánto tiempo y cómo lo va a usar?	¿Sabe cómo lo tiene que usar?
<b>Sumatriptán</b>	Tratamiento agudo en las crisis de migraña con o sin aura, en adultos.	Dosis: 50 mg/24 h.  Dosis máxima 300 mg/24 h.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El comprimido ha de tomarse entero, con o sin alimento y con suficiente líquido, tan pronto como aparezcan los primeros síntomas.</li> <li>- Si el dolor reaparece en 24 h, puede tomar otra dosis separada 2 h de la primera.</li> <li>- El paciente puede utilizar paracetamol, AAS o AINE, si el dolor no desaparece.</li> <li>- No superar la dosis prescrita para evitar dolor de cabeza diario (CUEM).</li> </ul>	<p>No requiere condiciones de conservación/ manipulación especial.</p> <p>Mantener fuera del alcance de los niños.</p> <p>La eliminación siempre a través del punto SIGRE.</p>
<b>Lasmiditán</b> ▼	Tratamiento agudo en las crisis de migraña con o sin aura, en adultos.	Dosis: 100mg /24 h  Dosis máxima: 200 mg/24 h.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El comprimido ha de tomarse entero, con o sin alimento y con suficiente líquido.</li> <li>- La dosis puede reducirse a 50 mg /24 h para mayor tolerabilidad.</li> <li>- Si la migraña reaparece dentro de las 24 h a la respuesta inicial, tomar otra dosis igual separada 2 h de la primera.</li> <li>- No superar la dosis prescrita para evitar dolor de cabeza diario (CUEM).</li> </ul>	<p>No requiere condiciones de conservación/ manipulación especial.</p> <p>Mantener fuera del alcance de los niños.</p> <p>La eliminación siempre a través del punto SIGRE.</p>
<b>Rimegepant</b> ▼	Tratamiento agudo en las crisis de migraña con o sin aura, en adultos.  Tratamiento preventivo de la migraña episódica en adultos que tienen $\geq 4$ crisis/ mes.	Tratamiento agudo: 75 mg/24 h.  Tratamiento preventivo:  75mg cada dos días.  Dosis máxima: 75mg/24 h.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrir el blíster con las manos secas y extraer el liofilizado oral para colocarlo encima o debajo de la lengua donde se disolverá. No hace falta beber líquido y se puede tomar con o sin alimentos.</li> <li>- No superar la dosis prescrita para evitar dolor de cabeza frecuente (CUEM).</li> </ul>	<p>Conservar a temperatura <math>&lt; 30^{\circ}</math> C.</p> <p>Conservar en el embalaje original para protegerlo de la humedad.</p> <p>La eliminación siempre a través del punto SIGRE.</p>

## CONTINUACIÓN DE UN TRATAMIENTO: QUÉ SABER

**NO es la primera vez que va a utilizar el medicamento**, es decir, es una continuación de tratamiento o una dispensación repetida.

En este caso, mediante la entrevista podremos obtener la información necesaria para valorar la percepción que tiene el paciente sobre la efectividad y seguridad del tratamiento (TABLA 9), prestando especial atención a la adherencia al tratamiento, planteando de forma abierta preguntas similares a las siguientes:

**¿Está tomando la medicación como su médico le ha prescrito?**

**¿Le han cambiado algo (pauta, dosis, etc.)?**

- Si la respuesta es afirmativa, realizaremos las mismas preguntas de inicio de tratamiento.
- Si la respuesta es negativa preguntaremos:
  - » ¿cómo le va el tratamiento?
  - » ¿tiene algún problema con el medicamento?

Cuando se trata de dispensaciones de un tratamiento crónico o de continuación, comprobaremos, que el tratamiento sea necesario, seguro y efectivo (29,30,31,32).





**TABLA 9- Información básica sobre la seguridad y efectividad.**

Fuente BOT PLUS. Disponible en: <https://botplusweb.farmaceuticos.com/>

	EFFECTIVIDAD	Seguridad
<b>Sumatriptán</b>	<p>Se absorbe rápida a los 30 minutos, alcanzándose la ausencia de dolor a las 2 h, manteniéndose durante 24 h, especialmente con dosis de 100 mg utilizadas en la fase inicial de la crisis.</p> <p>Revisión a los 2 meses</p>	<p>RAM frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Digestivas: náuseas, vómitos</li> <li>- Cardiovasculares: HTA, rubefacción</li> <li>- Neurológicas/psicológicas: mareo, somnolencia, parestesia</li> <li>- Respiratorias: disnea.</li> <li>- Osteomusculares: mialgia, opresión torácica</li> <li>- Generales: dolor, astenia, sensación de calor y frío, debilidad, fatiga</li> </ul> <p>Interacciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergóticos o Triptanes/5 HT1</li> <li>- Antidepresivos (ISRS, IRNS, IMAO)</li> <li>- Hierba de San Juan</li> </ul>
<b>Lasmiditán</b> ▼	<p>Se absorbe rápidamente alcanzándose la ausencia de dolor a las 2 h.</p> <p>Revisión a los 2 y a los 6 meses</p>	<p>RAM muy frecuente: mareo</p> <p>RAM frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Digestivas: náuseas, vómitos</li> <li>- Trastornos psiquiátricos: alteraciones del sueño</li> <li>- Trastornos del sistema nervioso: ataxia, parestesia, somnolencia</li> <li>- Trastornos oculares y del oído: alteraciones en la visión, vértigo</li> <li>- Trastornos cardíacos: palpitaciones</li> <li>- Trastornos musculoesqueléticos: miastenia</li> <li>- Generales: fatiga, malestar general, debilidad muscular</li> </ul> <p>Interacciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Propanolol</li> <li>- Antidepresivos (tricíclicos, ISRS, IRNS, IMAO)</li> </ul>
<b>Rimegepant</b> ▼	<p>Se absorbe rápidamente alcanzándose la ausencia de dolor a las 2h.</p> <p>Revisión a los 2 y a los 6 meses</p>	<p>RAM frecuente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastornos gastrointestinales: náuseas.</li> <li>- Reacción alérgica: erupción cutánea, dificultad para respirar</li> </ul> <p>Interacciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Claritromicina, eritromicina</li> <li>- Itraconazol, fluconazol</li> <li>- Diltiazem</li> <li>- Fenobarbital,</li> <li>- Hierba de San Juan</li> </ul>

## b) Evaluación de la información

Hay ocasiones en las que el paciente puede referir una nueva situación en la que existen diferentes síntomas o signos, la falta de adherencia al tratamiento, la utilización de dosis no adecuadas (exceso de dosis), etc. Se trata de situaciones no esperadas que interrumpen el curso natural del proceso del Servicio en lo que se denomina identificar una Incidencia.

En el caso de detectar una Incidencia, se intentará identificar el PRM o el RNM (28).

<b>PRM (Problemas Relacionados con los Medicamentos)</b>
Son aquellas situaciones que causan o pueden causar la aparición de un Resultado Negativo asociado a la Medicación (RNM). Los PRM son elementos del proceso que suponen al usuario de medicamentos un mayor riesgo de sufrir un RNM.

<b>RNM (Resultados Negativos asociados a la Medicación)</b>
Son PS no controlados. Son los resultados negativos en la salud del paciente, no adecuados al objetivo de la farmacoterapia, asociados o que pueden estar asociados a la utilización de medicamentos.

### **EL PRM es la causa o causas y el RNM la consecuencia.**

En la identificación de Incidencias, la asignación de PRM (TABLA 10) no es exclusiva ni es excluyente, por lo que se pueden asignar uno o más, en función de las diferentes situaciones de la práctica diaria (28).

**TABLA 10- Listado de PRM**

<b>PRM (Problemas Relacionados con los Medicamentos)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Administración errónea del medicamento</li><li>- Alta probabilidad de efectos adversos</li><li>- Características personales</li><li>- Conservación inadecuada</li><li>- Contraindicación</li><li>- Desabastecimiento temporal</li><li>- Dosis, pauta y/o duración no adecuada</li><li>- Duplicidad</li><li>- Errores en la dispensación</li><li>- Errores en la prescripción</li><li>- Errores en la utilización de la medicación</li><li>- Falta de conciliación entre niveles</li><li>- Falta de conocimiento del uso del medicamento</li><li>- Interacciones con otros medicamentos, plantas medicinales, complementos alimenticios o alimentos</li><li>- Medicamento no necesario</li><li>- No toma la medicación/falta de adherencia</li><li>- Otros PS que afectan al tratamiento</li><li>- Polimorfismo genético del paciente</li><li>- Precaución de uso</li><li>- PS insuficientemente tratado</li><li>- Otros</li></ul>



Además, podremos identificar si el paciente sufre, o está en riesgo de sufrir, un problema de salud consecuencia del uso o desuso de los medicamentos y con ello estaremos detectando un resultado del tratamiento que no se relaciona con el esperado por el prescriptor, es decir, un RNM (28). Los RNM (TABLA 11) son problemas de salud no controlados que pueden tener una o varias causas, es decir uno o varios PRM, en el caso de que esté siendo tratado con medicamentos.

**TABLA 11- Categorías RNM**

Categorías	Subcategorías
Necesidad	Una necesidad de tratamiento (problema de salud no tratado)
	Una no necesidad de medicamento (efecto de un medicamento innecesario)
Efectividad	Una ineffectividad no cuantitativa
	Una ineffectividad cuantitativa
Seguridad	Una inseguridad no cuantitativa
	Una inseguridad cuantitativa

Para poder evaluar correctamente los RNM se seguirá siempre el orden NES:



**N**

¿es **necesario** el  
tratamiento?



**E**

¿es **efectivo** el  
tratamiento?



**S**

¿es **seguro** el  
tratamiento?

### c) Intervención, en caso de Incidencia

Con la información obtenida, evaluaremos la situación para llevar a cabo, en caso de Incidencia, la correspondiente intervención (28).

INTERVENCIÓN
Es la actuación dirigida a modificar alguna característica del tratamiento del paciente que lo utiliza o de las condiciones de uso y que tiene como objetivo resolver PRM/RNM.

En el caso de identificar Incidencias (PRM/RNM), se estudiarán para proponer posibles intervenciones para resolverlas del listado siguiente:

- Facilitar Información Personalizada del Medicamento (IPM).
- Ofrecer educación sanitaria.
- Derivar a otro SPFA u otro profesional sanitario.
- Derivar al Médico de Familia comunicando el PRM/RNM
- Derivar al Médico de Familia proponiendo cambios en el tratamiento.
- Proponer otras modificaciones.
- Notificar a farmacovigilancia de acuerdo con la legislación vigente.

## d) Actuación profesional

ACCIÓN
Es la acción que el farmacéutico realiza tras llevar a cabo el procedimiento del Servicio y consistirá en la entrega o no del medicamento.

Si no identificamos Incidencias, o se pueden resolver en el momento, con la información obtenida evaluaremos la situación para llevar a cabo la actuación profesional que consistirá en la:

- **Entrega** del medicamento con información personalizada (IPM) suficiente para un uso responsable, de acuerdo con la normativa vigente, con educación sanitaria, etc., con las correspondientes verificaciones antifalsificación.
- **No entrega** del medicamento, informando al paciente y derivando al profesional sanitario o al Servicio Profesional Farmacéutico Asistencial correspondiente.

*En este caso nuestra actuación será entregar el medicamento prescrito con la información personalizada suficiente para que el paciente conozca el correcto proceso de uso y perciba su tratamiento como efectivo y seguro.*

## e) Registro del proceso

Como parte del proceso del Servicio, podremos registrar la actividad profesional realizada y, además, siempre que sea posible, también registraremos el resultado obtenido en la salud del paciente (mejora, empeora, sigue igual).



Por ejemplo, utilizando NodoFarma Asistencial; la plataforma impulsada por la Organización Farmacéutica Colegial dirigida a farmacéuticos comunitarios facilita el registro de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales de forma sencilla, rápida y protocolizada.

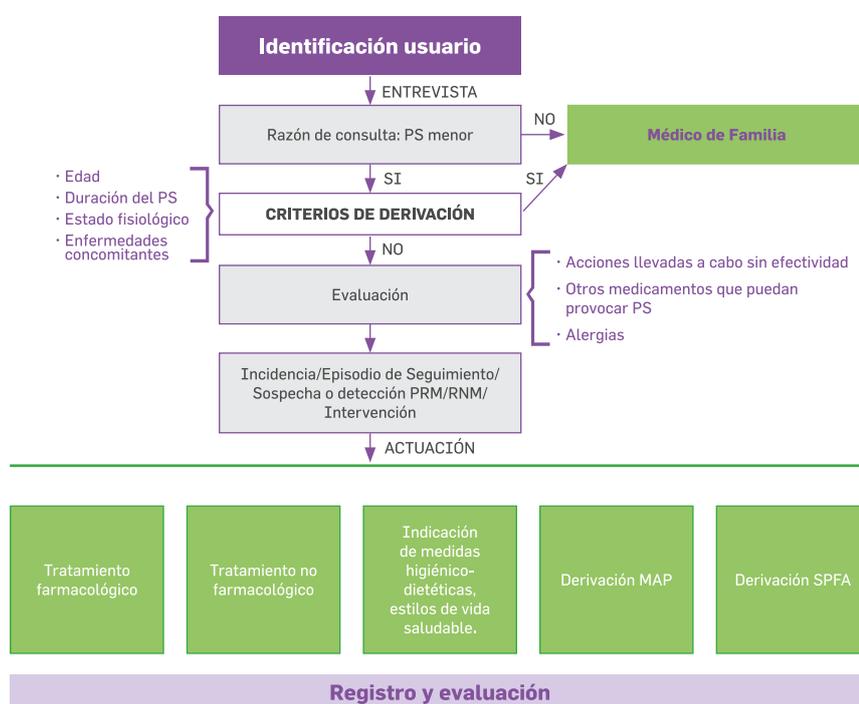
## Servicio de Indicación Farmacéutica a un paciente con dolor de cabeza

Es el **SPFA** en el que el farmacéutico utiliza sus competencias ante la consulta de un problema de salud (PS) y/o situación fisiológica especial, para un paciente o cuidador que llega a la farmacia solicitando el remedio más adecuado. Se simboliza con la frase: “¿Qué me da para...?”. Si la actuación como resultado del Servicio requiere la dispensación de un medicamento o producto sanitario, esta se realizará de acuerdo con el procedimiento del Servicio de Dispensación (28).



Para dar respuesta profesional a un motivo o una razón de consulta, tendremos en consideración una serie de datos e información relacionada con el estado de salud y/o situación fisiológica especial referida, así como los medicamentos utilizados por el paciente y determinados aspectos relacionados como criterios de derivación al médico especialmente si no se tratan de síntomas menores o autolimitados (FIGURA 3). En algunos ámbitos profesionales, estos síntomas menores son denominados Procesos Leves Autolimitados (PLA).

**FIGURA 3.- Diagrama de procedimiento del Servicio de Indicación Farmacéutica**



Con la información disponible en el momento de la solicitud de algo para el dolor de cabeza en el mostrador de la farmacia y mediante una breve entrevista, podemos obtener la información clínica necesaria para saber si podemos actuar o es necesario derivar al Médico de Familia. Para ello, recordaremos los cinco pasos del procedimiento:

- a. Entrevista con el paciente/ cuidador.
- b. Evaluación de la información.
- c. Intervención, en caso de Incidencia.
- d. Actuación profesional.
- e. Registro del proceso del Servicio realizado.



Retomemos el caso del hombre joven que acude a la farmacia solicitando algo para aliviar el dolor de cabeza.

## Vamos a ir paso a paso:

### a) Entrevista

Podemos realizarla en el mostrador de la farmacia o en una zona especial de mayor confidencialidad (ZAP- Zona de Atención Personalizada) y considerar que al finalizarla deberemos tener respuesta a los siguientes puntos clave:

**PA:** Quién es el paciente

**SI:** Síntoma

**T:** Tiempo

**A:** Acciones llevadas a cabo para resolver el PS

**M:** Medicamentos que utiliza para otras enfermedades

**A:** Alergias

**E:** Embarazo o enfermedades concomitantes

*El síntoma (SI) que el paciente (PA) refiere es, en este caso, la cefalea o dolor de cabeza.*

Hay que recordar que debe tratarse de un síntoma menor (en caso contrario, habría que derivar al médico). **Un síntoma menor es aquel problema de salud (PS) de carácter no grave, autolimitado, de corta duración, que no precisa diagnóstico médico y no está relacionado con otros PS y tratamientos del paciente, y que responde o se alivia con un tratamiento que no requiere de prescripción médica.** Si la cefalea fuera el efecto adverso de una medicación utilizada previamente, procederíamos con la intervención correspondiente, notificando a farmacovigilancia y abriendo la correspondiente Incidencia. Para ello tenemos que verificar:

- Si la duración del PS es excesiva (**T**)

*En la conversación nos comenta que tiene cefaleas frecuentes con mayor intensidad en los últimos 15 días, cree que son causadas por el estrés laboral.*

- Acciones llevadas a cabo con anterioridad para intentar solucionar el PS (¿Ha utilizado algo?) (**A**)

*En la conversación nos comenta que está utilizando alterativamente AINE y paracetamol hasta llegar a las dosis máximas diarias porque cada vez le duele más y solo momentáneamente deja de tener el dolor.*



- Otros medicamentos utilizados para otros PS **(M)**
- Alergias e intolerancias conocidas **(A)**
- Otras enfermedades concomitantes o una situación fisiológica especial, embarazo/lactancia **(E)**
- Hábitos de vida y/o datos biomédicos si estuvieran disponibles.

*Se trata de un hombre joven que refiere no tener más problemas de salud por lo que no utiliza otros medicamentos; nos comenta que ha acudido a un fisioterapeuta para que le diera masajes, como le recomendaron, pero que el alivio inicial que siente, no se mantiene y vuelve a tomar AINE y paracetamol.*

## **b) Evaluación de la información**

Con la información obtenida de la entrevista, procederemos a evaluar las verificaciones realizadas, identificando si existen o no criterios de derivación al médico o si ha identificado RNM y/o PRM, interviniendo en consecuencia.

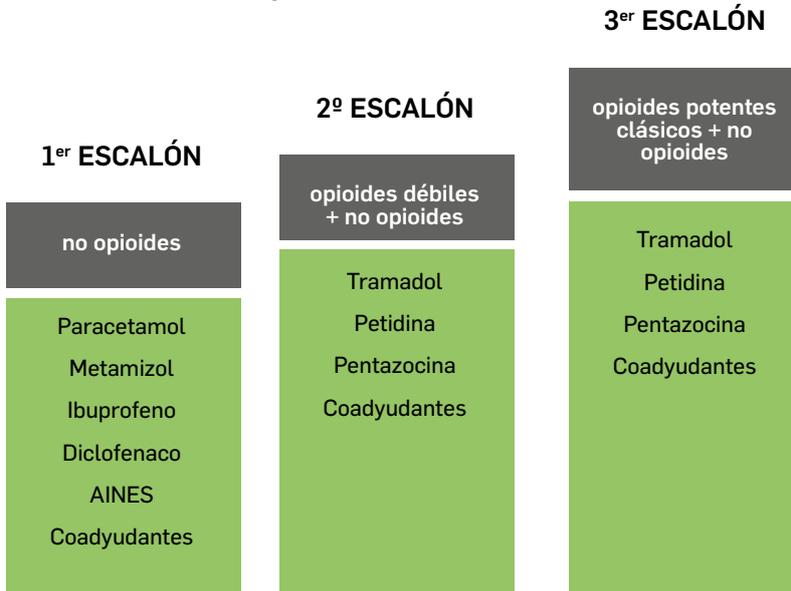
### **1. Recordemos los Criterios de derivación desde la Farmacia Comunitaria consensuados en esta Guía**

- » Cefalea en menor de 2 años o mayor de 50 años con patología asociada
- » Cefaleas con intensidad y frecuencia creciente
- » Cefalea unilateral, refractaria a tratamiento
- » Cefalea que se acompañe de sintomatología sistémica, crisis epilépticas o focalidad neurológica
- » Empeoramiento reciente de cefalea crónica
- » Cefalea precipitada por esfuerzo físico, tos o cambio postural
- » Cefalea que despierte al paciente por la noche
- » Duración de la cefalea prolongada (>72 horas)
- » Cefalea de inicio súbito

*Por ello consideraremos que el paciente presenta dos de los criterios de derivación al Médico: Cefaleas con intensidad y frecuencia creciente y duración de la cefalea prolongada (>72 horas).*

2. Que el paciente no está diagnosticado y utiliza medicamentos en exceso que no necesitan prescripción, del primer escalón de la Escala Analgésica de la OMS (33), (FIGURA 4).

FIGURA 4- Escala Analgésica del dolor de la OMS



3. Evaluación de PRM/RNM: consideramos que el paciente utiliza un uso excesivo de medicación, sospechando de CUEM, sin efectividad puesto que la cefalea sigue sin estar controlada. Es decir:

- » PRM: Dosis, pauta y/o duración no adecuada; problema de salud insuficientemente tratado.
- » RNM: Inefectividad no cuantitativa.

### c) Intervención, en caso de Incidencia

Del listado propuesto por Foro AF FC (28):

- » Derivar al Médico para su diagnóstico y tratamiento adecuado a su situación.
- » Facilitar información personalizada sobre el uso excesivo de la medicación utilizada sin diagnóstico.

### d) Actuación profesional

En base a la información recogida y a nuestra valoración además de la intervención, nuestra propuesta de actuación es:

- » Indicar medidas de educación sanitaria/ estilo de vida saludable:
  - identificar y reducir factores desencadenantes como el estrés,
  - mantener horarios regulares de sueño, comida e hidratación,
  - realizar actividades físicas, utilizar terapias complementarias de relajación
  - preparar un calendario de cefaleas para que pueda exponer, entre otros los siguientes puntos de forma objetiva: frecuencia, intensidad y duración del dolor. Inicio y dosis de los tratamientos utilizados, síntomas relacionados, etc.
- » Facilitar la infografía de información a paciente consensuada con AEMICE, SEMERGEN, Grupo de estudio de cefaleas de la SEN y Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos alojada en [www.farmaceuticos.com](http://www.farmaceuticos.com).



## e) Registro del proceso

Como parte del proceso del Servicio, podremos registrar la actividad profesional realizada y, además, siempre que sea posible, también registraremos el resultado obtenido en la salud del paciente (mejora, empeora, sigue igual). Por ejemplo, utilizando NodoFarma Asistencial; la plataforma impulsada por la Organización Farmacéutica Colegial dirigida a farmacéuticos comunitarios facilita el registro de los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales de forma sencilla, rápida y protocolizada.



## Resumen aspectos clave

- › La escucha activa del farmacéutico en los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales facilita la identificación de personas no diagnosticados cuando acuden a la farmacia con un problema de salud no controlado.
- › La Dispensación, como Servicio Farmacéutico esencial del ejercicio profesional, permite garantizar el acceso de la población a los medicamentos y productos sanitarios, ofrecer información suficiente para que los pacientes conozcan su correcta utilización, así como evitar y corregir algunos problemas relacionados con los mismos.
- › La implicación del farmacéutico en la Dispensación favorece que la sociedad perciba el medicamento como un bien sanitario y contribuye a fortalecer la relación con cada paciente.
- › La Indicación Farmacéutica es un Servicio Farmacéutico demandado habitualmente por la población en el que el farmacéutico, como agente sanitario, desarrolla un papel fundamental en la mejora/alivio de los problemas de salud autolimitados y/o de situaciones fisiológicas especiales. El resultado de la prestación de este Servicio, en caso de indicar un medicamento que no precisa prescripción médica, optimiza el uso de la medicación.
- › El desarrollo de un proceso metodológico estandarizado, el uso de criterios consensuados de derivación y guías farmacoterapéuticas, según la última evidencia disponible, son herramientas muy útiles para el abordaje correcto de estas situaciones tan frecuentes desde la farmacia comunitaria.
- › El farmacéutico podría sospechar falta de control de la migraña entre aquellos pacientes diagnosticados que solicitan de forma continuada AINE o analgésicos.
- › La derivación al Médico de Familia será la actuación o intervención profesional más adecuada ante la identificación de personas diagnosticadas en tratamiento, o no, sin control de la enfermedad o que presentan problemas relacionados con el uso de los tratamientos para la migraña, como pueden ser la probabilidad de aparición de efectos adversos (RAM), dosis, pauta y/o duración no adecuada, problema de salud insuficientemente tratado, entre otros.

# Bibliografía

1. GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Neurol.* 2024 Apr;23(4):344–381
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España. ESSE 2020. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc\\_Eur\\_Salud\\_en\\_Esp\\_2020.htm](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm). Último acceso: junio 2024
3. Gracia Naya M, Usón-Martín MM. Grupo de estudio de Neurólogos aragoneses. Estudio transversal multicéntrico de las consultas externas de Neurología de la Seguridad Social en Aragón. Resultados globales. *Rev Neurol.* 1997; 25:194–9.
4. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of headache disorders, 3<sup>rd</sup> edition. *Cephalalgia* 2018; 38: 1–211
5. Matías-Guiu J, Porta-Etessam J, Mateos V, Diaz-Insa S, López-Gil A, Fernández C. One-year prevalence of migraine in Spain: A nationwide population-based survey. *Cephalalgia* 2011; 31: 463–70.
6. SEN 2020. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología en 2020. Luzan 5. Año 2020.
7. Islam FN, Kumar K, Khadilkar MN, Ebenezer A, Dosemane D. Interventional Study of Flunarizine Therapy on Symptom Relief and Vestibular Evoked Myogenic Potential Changes in Individuals with Vestibular Migraine. *Audiol Neurootol.* 2023;28(5):338–343. doi: 10.1159/000530740.
8. Laínez JM, Pascual J, Velasco F, Zarranz JJ. Cefaleas y algias craneofaciales. 2013. Elsevier España, S.L.
9. Recomendaciones prácticas de cefaleas para Atención Primaria. En Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Madrid: Luzan 5 Health Consulting; 2022.
10. Silberstein, S.D., Stauffer, V.L., Day, K.A. et al. Galcanezumab in episodic migraine: subgroup analyses of efficacy by high versus low frequency of migraine headaches in phase 3 studies (EVOLVE-1 & EVOLVE-2). *J Headache Pain* 2019;20(1):75. doi: 10.1186/s10194-019-1024-x. Erratum in: *J Headache Pain.* 2019 Dec 27;20(1):118. doi: 10.1186/s10194-019-1069-x.11.
11. Charles A. The evolution of a migraine attack – a review of recent evidence. *Headache.* 2013;53(2):413–9. doi: 10.1111/head.12026.
12. Maniyar FH, Sprenger T, Monteith T, Schankin CJ, Goadsby PJ. The premonitory phase of migraine--what can we learn from it? *Headache.* 2015;55(5):609–20. doi: 10.1111/head.12572.



13. K. Laurell, V. Artto, L. Bendtsen, K. Hagen, J. Häggström, M. Linde, et al. Premonitory symptoms in migraine: A cross-sectional study in 2,714 persons. *Cephalalgia*, 36 (2016), pp. 951-959
- 
14. Giffin NJ, Lipton RB, Silberstein SD, et al. The migraine postdrome: An electronic diary study. *Neurology*. 2016;87(3):309-13. doi: 10.1212/WNL.0000000000002789.
- 
15. Beltrán J, López A, Barrero C, Fernández R, García MG, Llundain A, et al, editores. Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2018. Disponible en: <http://www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2018/11/3302.-Libro-AtlasMigraña.pdf>. Último acceso: julio 2024.
- 
16. Irimia P, Garrido-Cumbrera M, Santos-Lasaosa S, Braçe O, Colomina I, Blanch C, Pozo-Rosich P. Estimating the savings associated with a migraine-free life: results from the Spanish Atlas. *Eur J Neurol*. 2020;27(12):2616-2624. doi: 10.1111/ene.14431.
- 
17. Hautakangas H, Winsvold BS, Rutosalainen SE, et al. Genome-wide analysis of 102,084 migraine cases identifies 123 risk loci and subtype-specific risk alleles. *Nat Genet*. 2022;54(2):152-160. doi: 10.1038/s41588-021-00990-0.
- 
18. Belvis R, Irimia P, González N, García-Ull J, Pozo-Rosich P, López-Bravo A, Morollón N, Quintas S, Plana A, Baz PG, Tentor A, Gallego Artilles N, León FJ, Pérez Martín M, Rivera I, Ramírez R, Colomina I, Lainez JM, Pascual J. Migraine treatment consensus document of the Spanish Society of Neurology (SEN), Spanish Society of Family and Community Medicine (SEMFYC), Society of Primary Care Medicine (SEMERGEN) and Spanish Association of Migraine and Headache (AEMICE) on migraine treatment. *Med Clin (Barc)*. 2024: S0025-7753(24)00137-4.
- 
19. Ashina M. Migraine. *N Engl J Med*. 2020;383(19):1866-1876. doi: 10.1056/NEJMra1915327.
- 
20. Androulakis XM, Kodumuri N, Giamberardino LD, Rosamond WD, Gottesman RF, Yim E, Sen S. Ischemic stroke subtypes and migraine with visual aura in the ARIC study. *Neurology*. 2016; 87(24):2527-2532. doi: 10.1212/WNL.0000000000003428.
- 
21. Ferrari MD, Goadsby PJ, Burstein R, et al. Migraine. *Nat Rev Dis Primers*. 2022;8(1):2. doi: 10.1038/s41572-021-00328-4.
- 
22. Stewart WF, Lipton RB, Whyte J, Dowson A, Kolodner K, Liberman JN, Sawyer J. An international study to assess reliability of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score. *Neurology*. 1999; 22;53(5):988-94. doi: 10.1212/wnl.53.5.988.
- 
23. Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, Ware JE, Jr, Garber WH, Batenhorst A, Cady R, Dahlof CG, Dowson A, Tepper S. A six-item short-form survey for measuring headache impact: The HIT-6. *Quality of Life Research*. 2003;12(8):963-974.
- 
24. Martin BC, Pathak DS, Sharfman MI, Adelman JU, Taylor F, Kwong WJ, et al. Validity and reliability of the migraine-specific quality of life questionnaire (MSQ Version 2.1). *Headache*. 2000; 40: 204-215.
-

25. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
- 
26. Cousins G, Hijazze S, Van de Laar FA, Fahey T. Diagnostic accuracy of the ID Migraine: a systematic review and meta-analysis. *Headache*. 2011;51(7):1140-8. doi: 10.1111/j.1526-4610.2011.01916.x.
- 
27. Gago-Veiga AB, Camiña Muñiz J, García-Azorín D, González-Quintanilla V, Ordás CM, Torres Ferrus M, et al. ¿Qué preguntar, ¿cómo explorar y qué escalas usar en el paciente con cefalea? Recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología. *Neurología*. 2019; S0213-4853(19)30024-6.
- 
28. Foro de Atención Farmacéutica en Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC), panel de expertos. Guía práctica para los Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales desde la Farmacia Comunitaria. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2024. Disponible en: [https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2024/02/GUIA\\_SPFA\\_FORO\\_2024\\_V15\\_AC-digital](https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2024/02/GUIA_SPFA_FORO_2024_V15_AC-digital). Último acceso: junio 2024.
- 
29. Derry CJ, Derry S, Moore RA. Sumatriptan (oral route of administration) for acute migraine attacks in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2012(2):CD008615. doi: 10.1002/14651858.CD008615.pub2.
- 
30. Dominguez-Moreno R, Vega-Boada F, Mena-Arceo RG. New treatments against migraine. *Med. interna Méx.* [online]. ISSN 0186-4866. 2019, vol.35, n.3, pp.397-405. <https://doi.org/10.24245/mim.v35i3.2712>. Último acceso: julio 2024.
- 
31. Pérez-Rodríguez A, Bandrés-Hernández P, Anciones C, Terrón-Cuadrado C, Canuet-Delis L, Gillo-Arrojo F, Anciones B. Seguridad cardiovascular de los nuevos fármacos para el tratamiento agudo y preventivo de la migraña: gepantes y ditanes [Cardiovascular safety of new drugs for the acute and preventive treatment of migraine: gepants and ditans]. *Rev Neurol*. 2023;76(9):295-308. doi: 10.33588/rn.7609.2022238.
- 
32. BOT PLUS. Consejo General de Colegios Farmacéuticos. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/botplus/> Último acceso: junio 2024.
- 
33. Organización Mundial de la Salud (OMS). La escalera analgésica de la OMS y los fármacos del dolor. Disponible en: <https://www.dolor.com/para-sus-pacientes/manejo-y-tratamiento-del-dolor/tratamiento-farmacologico-escala-analgésica-oms>. Último acceso: julio 2024.
-

Con la colaboración de:

*Lilly*  *Pfizer* **teva**



**Farmacéuticos**

Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España

