

Cefalea Frecuente: Claves de Manejo en APS

Autor: Dra. María Francisca Morales S. Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dr. Loreto González V., Docente Departamento Medicina Familiar PUC

Fecha: 12 de Mayo de 2020

Resumen de Portada:

La cefalea frecuente es un motivo de consulta común en APS que genera importante morbilidad en los pacientes que la padecen. Para su manejo se requiere un abordaje integral y se pueden ofrecer opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas. En este artículo revisaremos claves del diagnóstico de cefaleas frecuentes y evidencia acerca de opciones de tratamiento.

Palabras Clave: cefalea, migraña, cefalea tensional, cefalea crónica, migraña crónica, APS, Medicina Familiar

Introducción

La Cefalea es el principal motivo de consulta de causa Neurológica en adultos en APS¹. Su presentación crónica, definida como cefalea presente por 15 días o más, durante más de 3 meses, afecta hasta un 5% de la población global² y genera importante impacto en el funcionamiento, y en la calidad de vida de los pacientes que la padecen. En efecto, un tercio de los pacientes con migraña requiere reposo en cama durante sus crisis³ y los costos de manejo y de pérdida de productividad se triplican en pacientes con migraña crónica.

Diagnóstico

La mayoría de los pacientes con cefalea frecuente y crónica, tienen más de un tipo de cefalea que es necesario identificar usando criterios de la Sociedad Internacional de Cefalea (IHS)⁵.

Para lograr un manejo integral de estos pacientes, se requiere realizar un diagnóstico adecuado de todos los tipos de cefalea que presentan (Tabla 1) y su temporalidad (Tabla 2) haciendo especial hincapié en el descarte de cefaleas secundarias. Existen múltiples banderas rojas para la detección de éstas, sin embargo, estudios muestran que, la presencia de patología secundaria en pacientes con banderas rojas es baja: entre el 0.7 a 3.7%, siendo la primera causa de cefalea secundaria, la cefalea por sobreuso de medicamentos.⁶

Tabla 1: Cefaleas Primarias Frecuentes⁵

	Cefalea Tensional	Migraña	Cefalea Cluster /Racimo
Duración	30 min a 7 días	4 hrs a 72 hrs	15 min a 180 min
Síntomas	Al menos dos de los siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Bilateral• Opresiva• No severa• No náuseas• No agravado por esfuerzo	Al menos dos de los siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Pulsátil• Unilateral• Agravado por esfuerzo• Severa Además debe cumplir: <ul style="list-style-type: none">• Náuseas o• Fonofobia y Fotofobia	(Un tipo de cefalea trigeminal) Unilateral Síntomas Autonómicos generalmente ipsilateral al dolor Ritmo Circadiano
Datos Relevantes	Acompañado de cervicalgia o dolor muscular pericraneal	Acrónimo POUND (pulsátil, un día, unilateral, náuseas, incapacitante) tiene LR (+) 3.5 con 3 síntomas y LR (+) 24 con cuatro síntomas	Las cefaleas trigeminales requieren estudio por imagen

Tabla 2: Definición de Cefalea Crónica⁵

Cefalea Tensional Crónica	Cefalea de tipo tensional por 15 días o más durante más de 3 meses
Migraña Crónica	Cefalea por 15 días o más durante más de 3 meses, de los cuales 8 episodios son de tipo Migraña
Cefalea por sobre uso de medicamentos	Criterios de cefalea crónica + <ul style="list-style-type: none"> • Uso 15 días al mes de analgésicos simples (Paracetamol o AINES) para alivio de síntomas por más de 3 meses o • Uso de 10 días al mes de analgésicos combinados, o triptanes, ergotamínicos u opioides para alivio sintomático, por más de tres meses

Dado que, a medida que aumenta el número de cefaleas, es difícil para el paciente recobrar detalles, que nos ayuden a precisar el diagnóstico, identificar gatillantes y evaluar uso, sobreuso, y efectividad de fármacos, es esencial solicitarle que complete un calendario de cefaleas. Para esto existen aplicaciones como “Diario de mi Migraña” o “Headache Log” que pueden facilitar el registro. Además, es importante evaluar el impacto de los síntomas con herramientas de rápido uso como Headache Impact Test (HIT - 6) o Migraine Disability Assessment Questionnaire (MIDAS), que nos pueden ayudar a evaluar la evolución de síntomas y respuesta a terapia.⁴

Por último es importante evaluar y tratar patologías concomitantes que pueden incidir sobre la cronicidad e intensidad de los síntomas, como el sobre uso de medicamentos agudos, trastornos del ánimo, y patologías de dolor concomitante. Otros factores de riesgo modificables son obesidad, trastornos del sueño y períodos de ayuno prolongados.^{3,4}

Manejo No Farmacológico:

Se debe recomendar evitar ayuno prolongado, hidratación frecuente, higiene del sueño, y evitar consumo excesivo de cafeína y alcohol. Además, terapias no farmacológicas como la Acupuntura^{8,12} han mostrado un efecto probable en la reducción de Cefaleas en pacientes con Cefalea Tensional Crónica y Migraña Crónica^{8,12}. En estos últimos, probablemente tiene mayor efectividad en comparación con medicamentos como Metoprolol, Flunarizina y Ac. Valproico, con menos efectos adversos.¹² Otras intervenciones no farmacológicas tienen baja calidad de evidencia o evidencia incierta^{9,10,13,14}.

¿Cuándo Iniciar Tratamiento Profiláctico?³

Para pacientes con cefalea tensional, está indicado tratamiento profiláctico cuando tienen más de 10 cefaleas mensuales. Para pacientes con migraña, está indicado cuando tienen más de 8 días de cefalea mensual, más de 4 episodios de migraña mensual o cuando tienen auras incapacitantes.⁷ Otras indicaciones para ambos tipos de cefalea son mala tolerancia o ineficacia de tratamiento agudo o síntomas severos. Por último, si un paciente presenta cefalea por sobreuso de medicamentos, debe iniciar manejo profiláctico al momento del diagnóstico.

Manejo Farmacológico:

Antes de iniciar el manejo farmacológico es importante recordar a los pacientes que el tratamiento es diario y no agudo, que el efecto del fármaco demora en iniciar y que las metas de eficacia deben ser realistas.

En cefalea tensional crónica, las guías recomiendan el uso de Amitriptilina como primera línea^{15, 16} que logra reducir el 30% de cefaleas¹⁷. En relación a nuevos fármacos de uso profiláctico, ISRS e IRSN podrían no ser útiles y es incierto si el uso de toxina botulínica reduce la frecuencia de cefaleas tensionales.^{18,19} Dado lo anterior, se puede ofrecer Amitriptilina en dosis de 12.5 a 50 mg c/día o Topiromato en dosis de 25 mg/día.

Para el tratamiento de migraña crónica, las guías recomiendan los fármacos listados en Tabla 3^{7,15,20,21}, respaldados por una revisión de 2015²² que confirma con moderada y alta calidad de evidencia la efectividad de ellos. Además, el uso de Toxina Botulínica²³ y nuevos fármacos anti receptores de neuropeptidos vasoactivos como Erenumab²⁴, han demostrado ser una opción probablemente efectiva para la disminución de la frecuencia de cefaleas. Estos dos últimos fármacos, están reservados para uso en caso de falla o intolerancia a tres tratamientos preventivos previos.

Tabla 3: Fármacos para manejo de Migraña Crónica^{7,15,20,21}

Primera Línea	Segunda Línea
Propranolol 10 -120 mg c/12hrs	Gabapentina
	Candesartán
Metoprolol 25- 200 mg c/dia	Ac. Valproico
	Atenolol
Amitriptilina 12.5 - 100 mg c/dia	Flunarizina
	Atenolol
Topiromato 25- 100 mg c/dia	Toxina Botulínica
	Erenumab

Finalmente, para pacientes con cefalea por sobreuso de medicamentos, se puede iniciar terapia farmacológica profiláctica y suspender el fármaco agudo en sobreuso, rotando este fármaco por uno de menor riesgo de sobreuso como Metoclopramida o Baclofeno²⁵.

Conclusión

El abordaje de pacientes con cefalea frecuente debe ser integral, con especial énfasis en diagnóstico adecuado de tipos de cefalea presentes, descarte de cefaleas secundarias, evaluación de impacto de síntomas y manejo de comorbilidades. Se pueden ofrecer tratamientos no farmacológicos y farmacológicos efectivos, teniendo en mente que las metas deben ser realistas (ej. reducción del 50% de cefaleas) e individuales.

Bibliografía

1. Lavados PM, Gómez V, Sawada M, Chomalí M, Alvarez M. Diagnósticos neurológicos en la atención primaria de salud en Santiago, Chile . Rev Neurol 2003;36(6):518-522
2. Stovner, Lars & Hagen, Knut & Jensen, Rita & Katsarava, Z & Lipton, Richard & Scher, Ai & Steiner, Timothy & Zwart, John-Anker. (2007). The Global Burden of Headache: A Documentation of Headache Prevalence and Disability Worldwide. Cephalgia : an international journal of headache. 27. 193-210. 10.1111/j.1468-2982.2007.01288.x.
3. Becker, W. J., Findlay, T., Moga, C., Scott, N. A., Harstall, C., & Taenzer, P. (2015). Guideline for primary care management of headache in adults. Canadian family physician Medecin de famille canadien, 61(8), 670–679.
4. Frequent Headaches: Evaluation and Management. ANNE WALLING, MB, ChB, University of Kansas School of Medicine–Wichita, Wichita, Kansas. Am Fam Physician. 2020 Apr 1;101(7):419-428.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. Cephalgia. 2018;38(1):1-211.
6. Do TP, Remmers A, Schytz HW, et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. Neurology. 2019;92(3):134-144. doi:10.1212/WNL.0000000000006697
7. Ha H, Gonzalez A. Migraine headache prophylaxis. Am Fam Physician. 2019;99(1):17-24.
8. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Shin B, Vickers A, White AR. Acupuncture for the prevention of tension-type headache. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD007587. DOI: 10.1002/14651858.CD007587.pub2

9. Jiang, Wenbin MDa; Li, Zhe MDb; Wei, Ning MDc; Chang, Wenli MDd; Chen, Wei MDe,*; Sui, Hong-Jin MDa,* Effectiveness of physical therapy on the suboccipital area of patients with tension-type headache, *Medicine: May 2019 - Volume 98 - Issue 19 - p e15487 doi: 10.1097/MD.00000000000015487*
10. Nestoriuc, Y., Rief, W., & Martin, A. (2008). Meta-analysis of biofeedback for tension-type headache: Efficacy, specificity, and treatment moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 379–396. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.379>
11. Sharpe L, Dudeney J, Williams AC de C, Nicholas M, McPhee I, Baillie A, Welgampola M, McGuire B. Psychological therapies for the prevention of migraine in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 7. Art. No.: CD012295. DOI: 10.1002/14651858.CD012295.pub2
12. Linde K, Allais G, Brinkhaus B, Fei Y, Mehring M, Vertosick EA., Vickers A, White AR. Acupuncture for the prevention of episodic migraine. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 6. Art. No.: CD001218. DOI: 10.1002/14651858.CD001218.pub3
13. Anheyer, D., Klose, P., Lauche, R. et al. Yoga for Treating Headaches: a Systematic Review and Meta-analysis. *J GEN INTERN MED* 35, 846–854 (2020). <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05413-9>
14. Anheyer, D., Leach, M. J., Klose, P., Dobos, G., & Cramer, H. (2019). Mindfulness-based stress reduction for treating chronic headache: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia*, 39(4), 544–555. <https://doi.org/10.1177/0333102418781795>
15. Headaches in over 12s: diagnosis and management. NICE clínica guideline C150. Updated 2015.
16. Evers S, Jensen R; European Federation of Neurological Societies. Treatment of medication overuse headache—guideline of the EFNS headache panel. *Eur J Neurol*. 2011;18(9):1115-1121.
17. Jackson, J.L., Mancuso, J.M., Nickoloff, S. et al. Tricyclic and Tetracyclic Antidepressants for the Prevention of Frequent Episodic or Chronic Tension-Type Headache in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J GEN INTERN MED* 32, 1351–1358 (2017). <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4121-z>
18. Banzi R, Cusi C, Randazzo C, Sterzi R, Tedesco D, Moja L. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs) for the prevention of tension-type headache in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 5. Art. No.: CD011681. DOI: 10.1002/14651858.CD011681
19. Efficacy of Botulinum Toxin in Tension-Type Headaches: A Systematic Review of the Literature. Brin Freund MD Aruna Rao MBBS, MD. First published: 11 February 2019 <https://doi.org/10.1111/papr.12773>
20. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Pharmacological management of migraine. February 2018. Accessed February 2019. <https://www.sign.ac.uk/sign-155-migraine.html>
21. Schwedt Todd J. Chronic migraine *BMJ* 2014; 348 :g1416
22. Jackson JL, Cogbill E, Santana-Davila R, Eldredge C, Collier W, et al. (2015) A Comparative Effectiveness Meta-Analysis of Drugs for the Prophylaxis of Migraine Headache. *PLOS ONE* 10(7): e0130733. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130733>
23. Herd CP, Tomlinson CL, Rick C, et al. Cochrane systematic review and meta-analysis of botulinum toxin for the prevention of migraine. *BMJ Open* 2019;9:e027953. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027953
24. Goadsby, Peter J. Reuter, Uwe. Hallström, Yngve. Broessner, Gregor. Bonner, Jo H. Zhang, Feng. Sapra, Sandhya. Picard, Hernan. Mikol, Daniel D. Lenz, Robert A. A Controlled Trial of Erenumab for Episodic Migraine. *New England Journal of Medicine* 2123-2132. 377: 22
25. Kristoffersen, E. S., & Lundqvist, C. (2014). Medication-overuse headache: epidemiology, diagnosis and treatment. *Therapeutic advances in drug safety*, 5(2), 87–99. <https://doi.org/10.1177/2042098614522683>