

Fármacos recomendados para los casos severos y ultraseveros de migraña		
Fármacos	Dosis oral	Grado de Evidencia
Clorpromazina	50 mg IM ó 0,1 mg/kg en goteo IV a pasar en 20 min. Repetible a los 15min. (máximo 37,5mg) Administrar solución fisiológica previamente.	I
Dexametasona	12-20 mg iv	II
Dehidroergotamina parenteral	0.5 - 1 mg parenteral (máximo 4 por día)	I
Ketorolac	30-60 mg IM (máximo 120 mg en 24 h)	I
Meperidina	50-100 mg IM ó IV	II
Sumatriptan	50-100 mg VO ó 6mg subcutáneos (ambos pueden repetirse 2 veces/día)	I
Proclorperazina	25 mg en supositorios un máximo de 3 veces/24h) ó 5-10 mg IV ó IM	I

Fármacos recomendados para la profilaxis de la migraña		
Fármacos	Dosis oral	Grado de Evidencia
Atenolol	50-150 mg/24h	I
Metoprolol	100-200 mg/24h	I
Nadolol	20-160 mg/24h	I
Propranolol	40-240 mg /24h	I
Flunarizina	5-10mg /24h	I
Verapamilo	240-320mg /24h	I
Metisergida	2 mg/día a la noche (maximo 8mg/24h)	I
Pizotifeno	0,5mg/día a la noche (maximo 3-6mg/24h)	I
Amitriptilina	10-150 mg/día a la noche	I
Nortriptilina	10-150 mg/día a la noche	I
Acido Valproico	500-1500 mg/24h	I
Naproxeno (#)	550 mg c/12hs (no más de 1 semana por mes)	I

(#) En migraña perimenstrual solamente.

## Conclusiones

Existen tratamientos efectivos para el manejo de la migraña. Estos pueden ser abortivos para el tratamiento de la crisis o preventivos. Hay suficiente evidencia para recomendar el uso de las diferentes drogas. Para la elección del tratamiento se deberán evaluar no solo las características de las crisis sino los eventuales estados de comorbilidad del paciente, seleccionando la droga que mejor se ajuste a cada situación.

## COMENTARIO

La migraña tiene una prevalencia aproximada de 18% en mujeres y de 6% en hombres. Suele ser subdiagnosticada ya que con frecuencia el paciente se automedica y no concurre a la consulta. Esta guía aporta interesantes datos basados en la evidencia disponible para el diagnóstico y manejo del paciente migrañoso. Existe suficiente evidencia para recomendar el uso de aspirina, naproxeno e ibuprofeno para en el manejo de los ataques leves y moderados. No hay datos que demuestren claramente la efectividad del paracetamol en estos casos aunque es ampliamente utilizado. Los mismos anti-inflamatorios no esteroideos y el sumatriptán son útiles en el manejo de los cuadros moderados. (Grado I de evidencia). Un trabajo ha demostrado que este último no es útil si se lo administra durante el aura (Grado II de evidencia). Otras opciones son la ergotamina (Grado II de evidencia) o las combinaciones de fármacos como la aspirina + cafeína ó paracetamol + codeína (Grado III de evidencia). En el caso de los ataques severos o ultraseveros hay dos drogas de primera línea. Se recomienda utilizar dihidroergotamina por vía parenteral, la cual no está disponible en nuestro país y el sumatriptán por vía oral o parenteral (Grado I de evidencia y Recomendación tipo A). Otras alternativas a utilizar son la clorpromazina, la proclorperazina o el ketorolac por vía parenteral intramuscular (Grado I de evidencia). En casos de falta de respuesta ha demostrado utilidad el uso de dexametasona endovenosa (Grado II de evidencia). En referencia al tratamiento profiláctico promueven como objetivo el uso de la dosis que logre el mejor control de los ataques con los menores efectos adversos. Dentro de los beta bloqueantes resultan de utilidad el atenolol, el metoprolol, el nadolol y el propranolol (Grado I de evidencia). La respuesta de uno de ellos no predice la respuesta a otro por lo que se recomienda realizar intentos con las diferentes drogas antes de descartarlas (Grado III de evidencia). Otras drogas útiles en la profilaxis son los bloqueantes de los canales cálcicos como el ve-

rapamilo y la flunarizina, los antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina, y la nortriptilina, los antiépilépticos como el ácido valproico y el pizotifeno (Grado I de evidencia). El uso de metisergida en la profilaxis de casos severos que no responden a otros tratamientos tiene una evidencia grado I pero es importante evaluar los importantes efectos adversos que esta droga puede generar. Se recomienda el uso profiláctico de AINE solo en los casos de migraña con patrón predecible como la perimenstrual. No existe suficiente evidencia para recomendar el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para el manejo profiláctico de la migraña. Otras recomendaciones incluyen la elaboración a cargo del paciente de un diario de registros de cefalea con sus características, medicaciones y respuesta al tratamiento para ayudarlo a comprender la naturaleza de los síntomas y los objetivos de su manejo. Sugieren utilizar un agente profiláctico por vez y si no hay respuesta, probar otras drogas en forma secuencial. Simplemente cabe agregar que la migraña suele estar desencadenada por ciertos factores y la identificación y evitación de los mismos es parte del tratamiento. Corresponde explicar al paciente que su cuadro no es generado por patología intracraneana orgánica, que las crisis suelen reiterarse y que el objetivo del tratamiento no es la curación sino el control sintomático. Además es conveniente informarlo sobre los síntomas y signos que sugieran gravedad y por los cuales deberá consultar como por ejemplo los cambios en el patrón de la cefalea, la falta de respuesta al tratamiento habitual, etc. Por último, existe un grupo de terapias no farmacológicas para el manejo de esta patología como la acupuntura, la aromaterapia, el yoga. Estos abordajes no deberían descartarse. Los autores se proponen evaluar la evidencia existente sobre este tipo de alternativas y aguardaremos sus resultados con interés.

\*Ver glosario.

**Dra. Paula Carrete**

Unidad de Medicina Familiar y Preventiva Hospital Italiano de Buenos Aires