

Nota Farmacológica

Cefaleas y cefalea inducida por drogas: ¿Tratar con analgésicos o suspenderlos?

Botargues M. Cefaleas y cefalea inducida por drogas: ¿Tratar con analgésicos o suspenderlos? Evid. actual. pract. ambul. 2005;8:57- 58. Adaptado de Foro APS (www.foroaps.org.ar).

Descripción e importancia del tema

Las cefaleas más comúnmente vistas en atención ambulatoria son la tipo tensional y la migraña; esta última con mayor impacto en la salud debido a la incapacidad que produce, tanto social como laboral.^{1,2}

La mayoría de los autores coincide en que el tratamiento de elección en la cefalea aguda tipo migraña leve a moderada son los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), opcionalmente asociados con cafeína. En las formas moderadas a severas está indicado el uso de medicación específica abortiva como los triptanes en primer término o los ergotámicos.^{3,4} La ergotamina y sus derivados son el grupo que más ha sido estudiado en su relación con cefalea de rebote, con el consiguiente mayor consumo de AINE y empeoramiento del patrón de cefalea. Todo esto lleva a un círculo vicioso de más cefalea, más uso de medicación, y más síntomas.^{5,6}

Últimamente se ha definido a la cefalea diaria crónica como una entidad relativamente frecuente (2 a 5% de la población) que es la forma de evolución de los distintos tipos de cefalea aguda a la cronicidad.¹ Se caracteriza por tener 15 episodios de cefalea por mes. La duración de cada episodio suele ser mayor de 4 hs si los tipos que le dieron origen son la cefalea tipo tensional o migraña crónicas, la hemicraneal continua y hemicraneal persistente de reciente comienzo.⁶ Los factores de riesgo para la evolución de cefaleas episódicas a la forma crónica (cefalea crónica diaria) son: estrés psicossocial, factores genéticos, acceso a múltiples prescriptores, utilización de medicamentos de venta libre.

Una de las características más importantes es el uso o mal uso de medicamentos específicos o inespecíficos para el tratamiento de los rebotes de cefalea. En un estudio epidemiológico sobre la prevalencia de cefalea diaria crónica y uso inadecuado de medicamentos, se encontró que entre los pacientes con uso inadecuado 35% lo hacían con analgésicos simples, 22% con ergotámicos, 12.5% con opiáceos, y 2.7% con triptanes; el resto usaba diferentes combinaciones. En nuestro país la utilización de ergotámicos probablemente sea mayor.^{6,7}

Se supone que el uso de medicamentos de vida media corta es un factor causal, el alivio es rápido pero corto, lo cual lleva a una escalada de dosis y sobreutilización. Los síntomas de mal uso son cefaleas diarias matinales, astenia, irritabilidad, trastornos de concentración, inquietud, náuseas, pobre apetito, insomnio. Es por ello que el primer paso en su tratamiento es su diagnóstico, con la consiguiente supresión de la droga agravante. Por otro lado esta situación clínica reduce la efectividad del tratamiento profiláctico en los pacientes que lo reciben a la mitad aproximadamente.^{5,7} En el siguiente cuadro se describen las principales medidas terapéuticas posibles.

Cefalea por mal uso de medicación. Opciones de tratamiento ambulatorio ^{5,7}

- Suspender medicaciones desencadenantes (No específicas como AINE en especial de acción corta y específicas como ergotámicos y triptanes)
- En el caso de utilización de otras medicaciones no específicas como butalbital, benzodiazepinas y narcóticos: se debe disminuir lentamente para evitar la abstinencia
- Anticipar la cefalea por supresión
- Considerar los supositorios de antieméticos para los vómitos o hidroxicina para producir sedación en pacientes con insomnio o ansiosos, también útil para las náuseas
- Prednisona 60 mg por día 3 días, 40 mg por 2 días, y 20 mg por 2 días

- Iniciar profilaxis con amitriptilina 25 mg antes de dormir
- Limitar el uso subsecuente de analgésicos a 2-3 días por semana, eligiendo preferentemente los de acción prolongada (Ej: naproxeno 500 cada 12 hs).
- Iniciar tizanidina* 2 mg antes de dormir; escalar dosis de a 2 mg cada 3-5 días hasta lograr el efecto terapéutico o la aparición de sedación.
- Los pacientes pueden usar AINEs de acción prolongada diariamente (como naproxeno, piroxicam, ketoprofeno SR)
- Tratar las cefaleas severas con un triptan ej: naratriptan
- Suelen ser necesarias entre 8 y 12 semanas para modificar el umbral de dolor y provocar alivio.

* **Tizanidina:** Es un derivado imidazólico emparentado con la clonidina. Es agonista de los receptores alfa 2 central y a nivel de la médula espinal, de similar acción a la clonidina. Se ha usado por más de 20 años en Europa y en Asia y algunos años en los EE.UU. En un estudio controlado sobre 300 pacientes redujo la frecuencia de cefalea un 78% en pacientes con migraña y un 72% en pacientes con cefalea tipo tensional, así como la intensidad de la cefalea tipo migraña en un 55%. A su vez se beneficiaban los pacientes con trastornos del sueño y contracturas musculares por los mecanismos que se describen a continuación. Tiene propiedades relajantes musculares, en el alivio del dolor tanto en pacientes con cefalea tensional como tipo migraña, tiene efecto inductor del sueño. Se inicia con dosis de 2 mg a la noche y se aumenta paulatinamente cada 3 a 5 días hasta efecto clínico o marcada sedación. La dosis máxima es de 36 mg por día en tres veces. Es una droga útil para lograr la suspensión de opiáceos y abuso de analgésicos. Efectos adversos en > 10%: xerostomía, hipotensión arterial, somnolencia diurna; 1-10%: mareos, fatiga, náuseas, vómitos, dispepsia, constipación, diarrea, elevación de transaminasas, debilidad muscular, temblores; < 1%: alucinaciones, falla hepática, síntomas tipo psicosis. Precauciones: ancianos, patología cardiovascular previa, alteración de la función hepática y renal. Contraindicada sólo en hipersensibilidad conocida a la droga. Puede interactuar con valeriana, hipérico, alcohol y otros sedantes del sistema nervioso central. (Marca comercial en Argentina: Zanaflex)^{7,9}

Un estudio publicado recientemente incluía tizanidina en dosis bajas antes de dormir, en promedio 3,6 mg y naproxeno 500 mg cada 12 hs. Mas del 60% de los pacientes disminuían el requerimiento de medicaciones de rescate a 4 o menos en un lapso de 15 días.

Existe una tasa alta de recaídas, del orden del 50%, se asocia al sexo masculino, uso de ergotámicos y quizás el uso de terapias inefectivas como la homeopatía.

Con respecto al **tratamiento profiláctico**, es una de estrategias que más ayuda al médico en el consultorio para lograr un uso racional de la medicación de rescate. Se recomienda:

- Utilizar medicaciones que tengan el mayor nivel de evidencia sobre eficacia. 4 (Ver tabla acerca de profilaxis en migraña)
- Comenzar con la dosis efectiva menor. Aumentar lentamente hasta obtener beneficio clínico o hasta que se presenten eventos adversos
- Esperar un tiempo prudencial: puede tomar 2 a 3 meses.
- Evitar otros medicamentos (ej sobreuso drogas venta libre).
- Usar formulaciones de acción prolongada puede mejorar adherencia.

Con respecto al seguimiento se recomienda:

- Llevar un diario de cefalea
- Si en 3 a 6 meses se logró el objetivo terapéutico considerar la discontinuación
- Considerar enfermedades coexistentes para la elección terapéutica: temblor y ansiedad (betabloqueantes), epilepsia y bipolares (valproato/topiramato), enfermedad vascular (contraindicados ergotamínicos y triptanes), asma (evitar betabloqueantes) y depresión (elegir antidepresivos)
- Considerar las preferencias del paciente y las terapias no farmacológicas

Tabla: Drogas y grupos con distintos grados de evidencia para el tratamiento profiláctico de la cefalea tipo migraña⁴.

- **Grupo 1.** Alta eficacia y leve a moderados eventos adversos: amitriptilina, divalproato, propranolol/timolol, gabapentin, fluoxetina
- **Grupo 2.** Menor eficacia y leve a moderados efectos adversos: Betabloqueantes (atenolol/metoprolol/nadolol), Bloqueantes cálcicos (nifedipina/verapamilo), AINEs (aspirina/fnaprofenol/flurbiprofeno/ketoprofeno/ácido mefenámico/naproxeno), vitamina B2, magnesio
- **Grupo 3.** Medicación basada en opiniones, no proveniente de

ensayos clínicos aleatorizados

- a)** Eventos adversos leves a moderados: bupropion, doxapina, fluvoxamina, imipramina, mirtazapina, nortriptilina, paroxetina, protriptilina, sertralina, trazodone, venlafaxina, ciproheptadina, diltiazem, ibuprofeno, tiagabina, topiramato.
- b)** Frecuentes a severos eventos adversos (dudosa seguridad) o utilización compleja en el manejo: fenelzina
- **Grupo 4.** Probada eficacia pero eventos adversos severos o utilización compleja: metisergida
- **Grupo 5.** Probada y limitada eficacia: acebutolol, carbamazepina, clomipramina, clonazepam, clonidina, indometacina, nicardipina, nifedipina, pindolol.

Conclusiones

La primera etapa del tratamiento de las cefaleas crónicas e inducidas por drogas es su reconocimiento, la educación pública y del paciente, y la evitación de agentes causales.

- Las mismas son relativamente frecuentes en la población y usualmente no reconocida.

- Un diagnóstico y tratamientos adecuados mejoran claramente el pronóstico.

Dra. Marcela Botargues [Unidad de Medicina Familiar y preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires.]

Referencias

1. R. Colás, MD, P. Muñoz, MD, R. Temprano, MD, C. Gómez, SW, J. Pascual, MD. Chronic daily headache with analgesic overuse. Epidemiology and impact on quality of life Neurology Volume 62 o Number 8 o April 27, 2004
2. Timothy R. Smith, MD, RPh. Epidemiology and impact of headache: an overview. Primary Care; Clinics in Office Practice. Volume 31 o Number 2 o June 2004
3. Elizabeth Loder, MD. Migraine diagnosis and treatment. Primary Care; Clinics in Office Practice Volume 31 o Number 2 o June 2004
4. 2. Stephen D. Silberstein MD. Practice parameter: Evidence-based guidelines for migraine headache (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology Volume 55 o Number 6 o September 26, 2000
5. Thomas N. Ward, MD Medication overuse headache Primary Care; Clinics in Office Practice. Volume 31 o Number 2 o June 2004
6. Susan Hutchinson Chronic daily headache, MD Primary Care; Clinics in Office Practice Volume 31 o Number 2 o June 2004
7. Alvin E. Lake III PhD. Joel R. Saper MD, Chronic headache. New advances in treatment strategies Neurology. Volume 59 o Number 5 o September 10, 2002
8. John Claude Krusz, PhD, MD Tension-type headaches: what they are and how to treat them. Review article Primary Care; Clinics in Office Practice Volume 31 o Number 2 o June 2004
9. Up to date version 11.3. Update Software 2004.



Gentileza Secretaría de Turismo de La Nación