

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
PROCESOS DE GRADO**



**INFORME FINAL DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN:
EN ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD FAMILIAR E INVESTIGACIÓN**

**TÍTULO DEL INFORME FINAL:
ABORDAJES TERAPÉUTICOS EN EL MANEJO DE LAS CEFALÉAS: UN
ENFOQUE CENTRADO EN EL TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO.**

**PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:
DOCTORADO EN MEDICINA**

**PRESENTADO POR:
CARLOS ANTONIO CHICAS CASTRO N° CARNET CC15103
RICARDO JOSÉ AGUILAR HERNÁNDEZ N° CARNET AH16003**

**DOCENTE ASESOR:
DRA. XENIA AIMEE GARCÍA MARTÍNEZ.**

NOVIEMBRE DE 2024

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES



M.SC JUAN ROSA QUITANILLA QUINTANILLA
RECTOR

DRA. EVELYN BEATRIZ FARFÁN MATA
VICERRECTORA ACADÉMICA

M.SC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LIC. PEDRO ROSALÍO ESCOBAR CASTANEDA
SECRETARIO GENERAL

LICDA. ANA RUTH AVELAR VALLADARES
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LIC. CARLOS AMÍLCAR SERRANO RIVERA
FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES



M.SC. CARLOS IVÁN HERNÁNDEZ FRANCO
DECANO

DRA. NORMA AZUCENA FLORES RETANA
VICEDECANA

LIC. CARLOS DE JESÚS SÁNCHEZ
SECRETARIO

MTRO. EVER ANTONIO PADILLA LAZO
DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADO

DR. AMADEO ARTURO CABRERA GUILLÉN
JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MTRA. ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO
COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADO

DRA. PATRICIA ROXANA SAADE STECH
COORDINADORA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN

AGRADECIMIENTO

Damos los más profundos agradecimientos a todas las personas que, de una u otra manera, contribuyeron a la formación en medicina y al desarrollo de este trabajo. A cada uno de mis docentes y mentores, por su entrega y dedicación, quienes compartieron su experiencia y conocimientos con generosidad y paciencia, y dieron guía en cada paso de este proceso formativo. Su influencia ha dejado una huella imborrable en el ámbito profesional y personal.

Asimismo, se agradece a colegas y compañeros, cuyo apoyo y colaboración han sido una fuente constante de motivación y aprendizaje. A todos aquellos que con su ejemplo y compromiso me impulsaron a superar y a continuar en esta noble profesión, les extiendo mi más sincero reconocimiento. Este logro, quienes con su guía y apoyo hicieron posible alcanzar esta meta.

Antonio y Ricardo

DEDICATORIA

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que han sido fundamentales en este proceso de realización de mi tesis.

A mi familia, gracias por su amor incondicional y su apoyo constante. Su confianza en mí me ha motivado a seguir adelante en los momentos difíciles. Cada palabra de aliento y cada gesto de cariño han sido un pilar en mi camino.

A mi pareja, por estar a mi lado en cada paso de esta travesía. Tu comprensión, paciencia y apoyo han sido invaluable. Gracias por ser mi refugio y mi motivación.

Y a mis amigos, por su compañía, sus risas y su aliento. Cada conversación y cada momento compartido han hecho que este viaje sea mucho más enriquecedor y llevadero.

A todos ustedes, les debo un profundo agradecimiento. Sin su apoyo, este logro no hubiera sido posible.

Carlos Antonio Chicas Castro

DEDICATORIA

Agradezco profundamente a mis familiares y amistades por su apoyo constante y su ánimo incondicional durante este proceso. Su presencia y palabras de aliento han sido esenciales para completar este trabajo.

Ricardo José Aguilar Hernández

Índice General

Resumen.....	1
Introducción	3
Discusión	6
Parte I: Cefaleas primarias.....	7
Parte II: Cefaleas secundarias.....	7
Parte III: Neuropatías craneales, dolorosas, otros dolores faciales y otras cefaleas	8
Rol del Calcitonin gene-related peptide (CGRP) en la patofisiología de la migraña.....	8
Principales factores desencadenantes de la crisis de migraña	10
Principios básicos del tratamiento preventivo de la migraña	11
Anticuerpos monoclonales CGRP(r)mAbs.....	11
AINEs (antiinflamatorios no esteroideos).....	12
Triptános.....	13
Antidepresivos:	14
Anticonvulsivos:	15
Antihipertensivos:.....	15
Terapias no farmacológicas para el tratamiento de las cefaleas	16
Beneficios de la terapia no farmacológica en el manejo de la migraña	17
Efectos neuroinmunológicos del Omega-3 en la migraña.....	17
Uso de la oxigenoterapia en la cefalea y migraña	19
Terapias no farmacológicas sugeridas para el tratamiento de la migraña	19
Resumen de los tratamientos farmacológicos	20
Conclusión	22
Financiamiento.....	22
Bibliografía	23
Extracción de datos de los artículos incluidos.....	27
Póster Científico.....	63

Resumen

Las migrañas, una de las formas más comunes de cefalea primaria, se define por episodios de dolor que pueden durar entre 4 y 72 horas, acompañados de síntomas como fotofobia. Tradicionalmente se clasifica en cefaleas primarias, que no tienen un sustrato físico identificable, y secundarias, que son síntomas de condiciones subyacentes. La identificación adecuada de las características de estos episodios es crucial para su manejo.

Uno de los puntos destacados en la discusión es el papel del péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) en la fisiopatología de la migraña. Este neuropéptido ha emergido como un objetivo terapéutico prometedor, dado que su liberación en el sistema trigémino vascular es clave para la vasodilatación asociada con los ataques migrañosos.

En términos de tratamiento, se ha evidenciado la eficacia de nuevos medicamentos como los anticuerpos monoclonales anti-CGRP y los gepants, además de fármacos tradicionales como los AINEs y los triptanes. La importancia de un enfoque integral que combine tratamientos farmacológicos y no farmacológicos es subrayada, sugiriendo que modificaciones en el estilo de vida y técnicas de relajación son fundamentales.

Palabras Clave

Cefalea Crónica, Síndromes de Cefalgia, Neuralgia Migrañosa, Cefaleas Secundarias, Síndromes Migrañosos

Abstract

Migraines, one of the most common forms of primary headaches, are defined by episodes of pain that can last anywhere from 4 to 72 hours, accompanied by symptoms such as photophobia. It is traditionally classified into primary headaches, which do not have an identifiable physical substrate, and secondary headaches, which are symptoms of underlying conditions. Proper identification of the characteristics of these episodes is crucial for their management.

One of the points highlighted in the discussion is the role of calcitonin gene-related peptide (CGRP) in the pathophysiology of migraine. This neuropeptide has emerged as a promising therapeutic target, given that its release into the vascular trigeminal system is key to vasodilation associated with migraine attacks.

In terms of treatment, the efficacy of new drugs such as anti-CGRP monoclonal antibodies and gepants, in addition to traditional drugs such as NSAIDs and triptans, has been evidenced. The importance of a comprehensive approach that combines pharmacological and non-pharmacological treatments is underlined, suggesting that lifestyle modifications and relaxation techniques are essential.

Keywords

Headache Disorders, Secondary, Migraine Disorders, Headache, Cluster Headache.

Introducción

La cefalea es un motivo de consulta frecuente en atención primaria (AP), sin embargo, se trata de una patología infradiagnosticada e infratratada¹ y ocupa los primeros lugares en condiciones prevalentes e incapacitantes en todo el mundo².

La migraña es un trastorno neurovascular complejo. La Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS, por sus siglas en inglés, International Headache Society) define la migraña como un dolor de cabeza que dura de 4 a 72 horas y que se presenta con múltiples anomalías sensoriales como dolor y fotofobia. Afecta al 15% de la población mundial³.

Las cefaleas, históricamente se han dividido en primarias (sin sustrato demostrable) o secundarias⁴. Las cefaleas secundarias representan un amplio grupo que se asocia o atribuye a procesos clínicos muy variados⁵. Mientras que, entendemos por cefalea primaria aquella cuyo diagnóstico se basará en criterios clínicos y en la que la exploración física y los estudios complementarios son normales⁴.

Las principales herramientas utilizadas en AP para el diagnóstico y seguimiento fueron la entrevista clínica, la historia clínica y el diario del paciente⁶.

Con el objetivo de asegurar una atención médica adecuada al paciente con cefalea, unificar nuestra práctica clínica y garantizar una equidad en la atención a los pacientes, se deben evaluar:

- Anamnesis dirigida a las características del dolor.
- Anamnesis dirigida a las características del paciente

La exploración debe ser sistemática e incluir una exploración neurológica general y una específica de la zona craneal⁷.

Aunque el dolor de cabeza es una de las características más destacadas de la migraña, la base exacta para el inicio y el cese de los ataques recurrentes sigue siendo difícil de alcanzar⁸.

Los niveles del Péptido Relacionado con el Gen de la Calcitonina (CGRP, por sus siglas en inglés Calcitonin gene-related peptide) están elevados en el plasma.

Los estudios clínicos proporcionaron evidencia de que, al menos en algunos pacientes, el CGRP era necesario y suficiente para inducir la migraña^{3,9}.

La cefalea en racimos es, junto a la migraña y la cefalea tensional, la forma más importante de cefalea primaria⁵. La cefalea en racimos (CH, por sus siglas en inglés Cluster Headache) es la cefalea humana más grave y se cronifica en un 10-20% de los pacientes, pudiendo llegar a ser refractaria a todos los fármacos eficaces en un 10% de ellos. En este escenario se indican procedimientos quirúrgicos¹⁰.

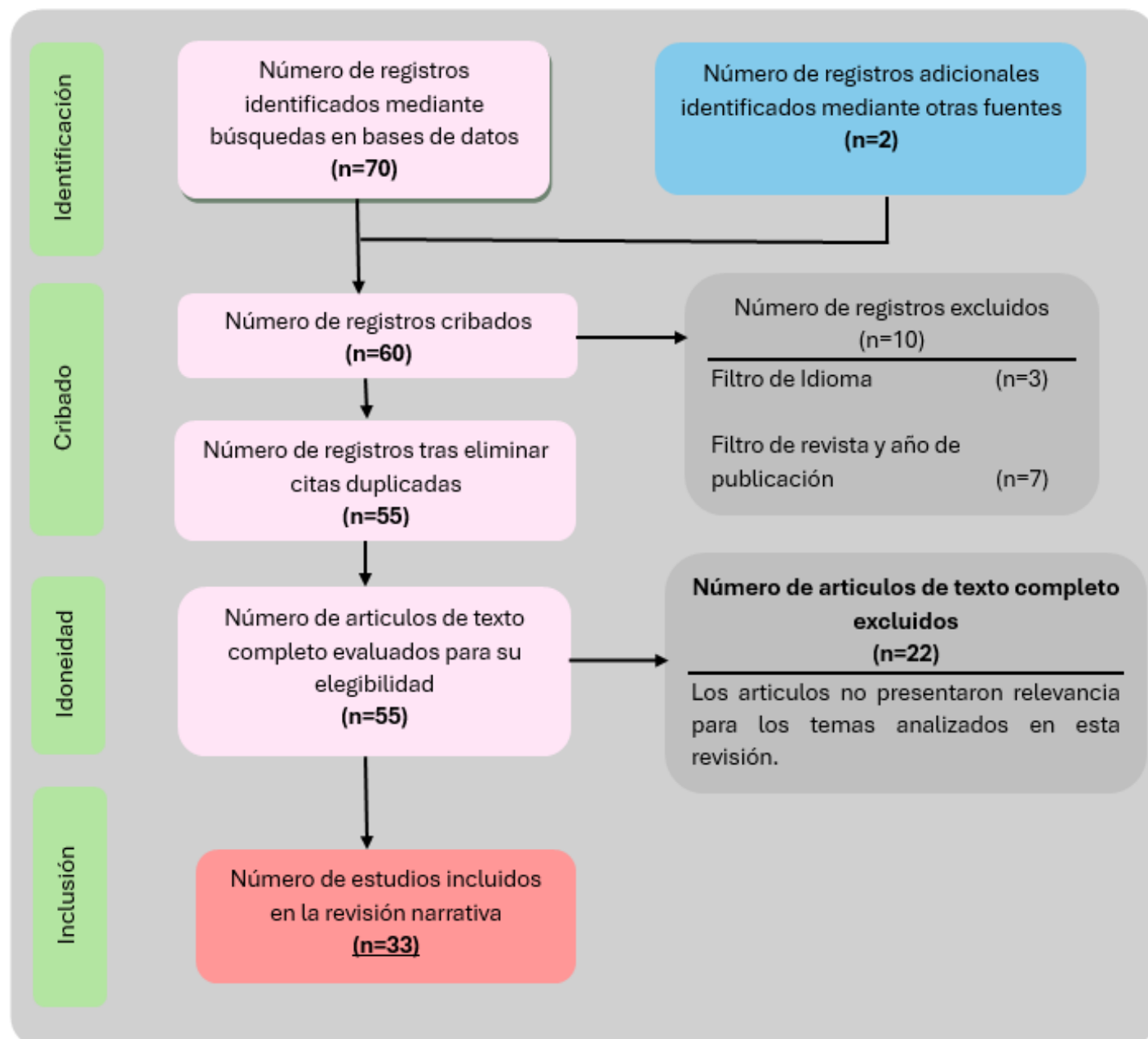
La selección del tratamiento agudo de la migraña requiere estratificación, es decir, hacer coincidir el tratamiento agudo con las características del ataque o del paciente¹⁰.

Este artículo revisa la importancia de la terapia personalizada en el manejo de las cefaleas y la respuesta a los tratamientos administrados.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en SciELO, PubMed, BvS, EBSCOhost, limitado a textos completos, artículos de revisión narrativa y originales publicados entre los años 2018 a 2024, en idioma español e inglés.

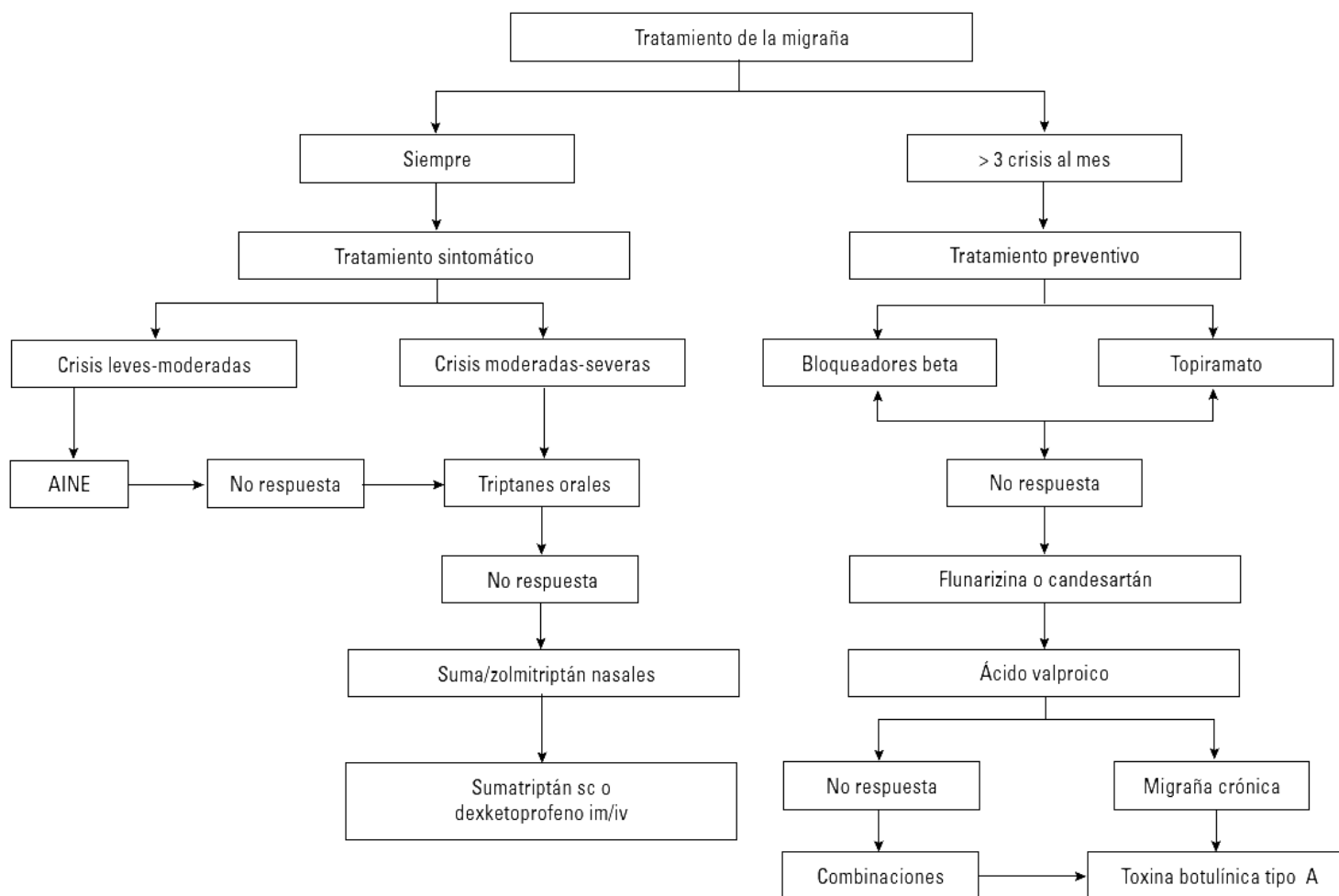
Los descriptores utilizados fueron: Cefalea Crónica, Síndromes de Cefalgia, Neuralgia Migrañosa, Cefaleas Secundarias, Síndromes Migrañosos, se excluyen artículos anteriores al 2018, artículos de pago y trabajos de grado o tesis.

Figura 1: Diagrama de criterios de inclusión.



Fuente: Elaboración propia.

Discusión



Fuente: Adaptado de Cefalea y Migraña J. Pascual⁴.

Las cefaleas son uno de los motivos neurológicos de consulta más comunes, no solo para el especialista de neurología sino para el médico de atención primaria. Una de cada cuatro consultas por motivos neurológicos se debe a este motivo^{1,4}. Y afecta aproximadamente a 4.5 millones de personas en Europa⁶.

El valor del rango medio como un valor uniforme, aunque impreciso, se estipula que el rango de afección de esta sería de 20 a 85 años².

Es muy importante que el paciente describa de una manera adecuada las características de su episodio de cefalea⁷.

Características como el lugar de inicio, su extensión, así como los factores desencadenantes o agravantes, factores atenuantes y los síntomas acompañados^{7,11}.

Según la reciente clasificación de la IHS existen más de 200 tipos diferentes de cefalea o neuralgias faciales^{1,4,12}.

Con relación a su etiología, podemos establecer dos grupos de cefalea:

primarias (intrínsecas al sistema nervioso)¹² y secundarias (en las que la cefalea es un síntoma de un proceso subyacente)¹²

Si bien revisar la clasificación de las cefaleas no es el principal objetivo de esta revisión, se detallan las principales, ilustradas según la IHS.

Tabla 1. Clasificación de las cefaleas

Parte I: Cefaleas primarias	
Migraña	Migraña con aura Migraña sin aura Migraña crónica Síndromes episodios asociados a migraña
Cefalea tensional	Cefalea tensional episódica frecuente Cefalea tensional episódica infrecuente Cefalea tensional crónica
Cefaleas trigémino-autonómicas	Cefalea en racimos Hemicránea paroxística Cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración Hemicránea contigua
Otras cefaleas primarias	Cefalea tusígena primaria Cefalea primaria por esfuerzo físico Cefalea primaria asociada a la actividad sexual Cefalea en trueno primaria Cefalea por frío-estimulo Cefalea por presión externa Cefalea persistente de <i>novo</i> Cefalea hipóptica
Parte II: Cefaleas secundarias	

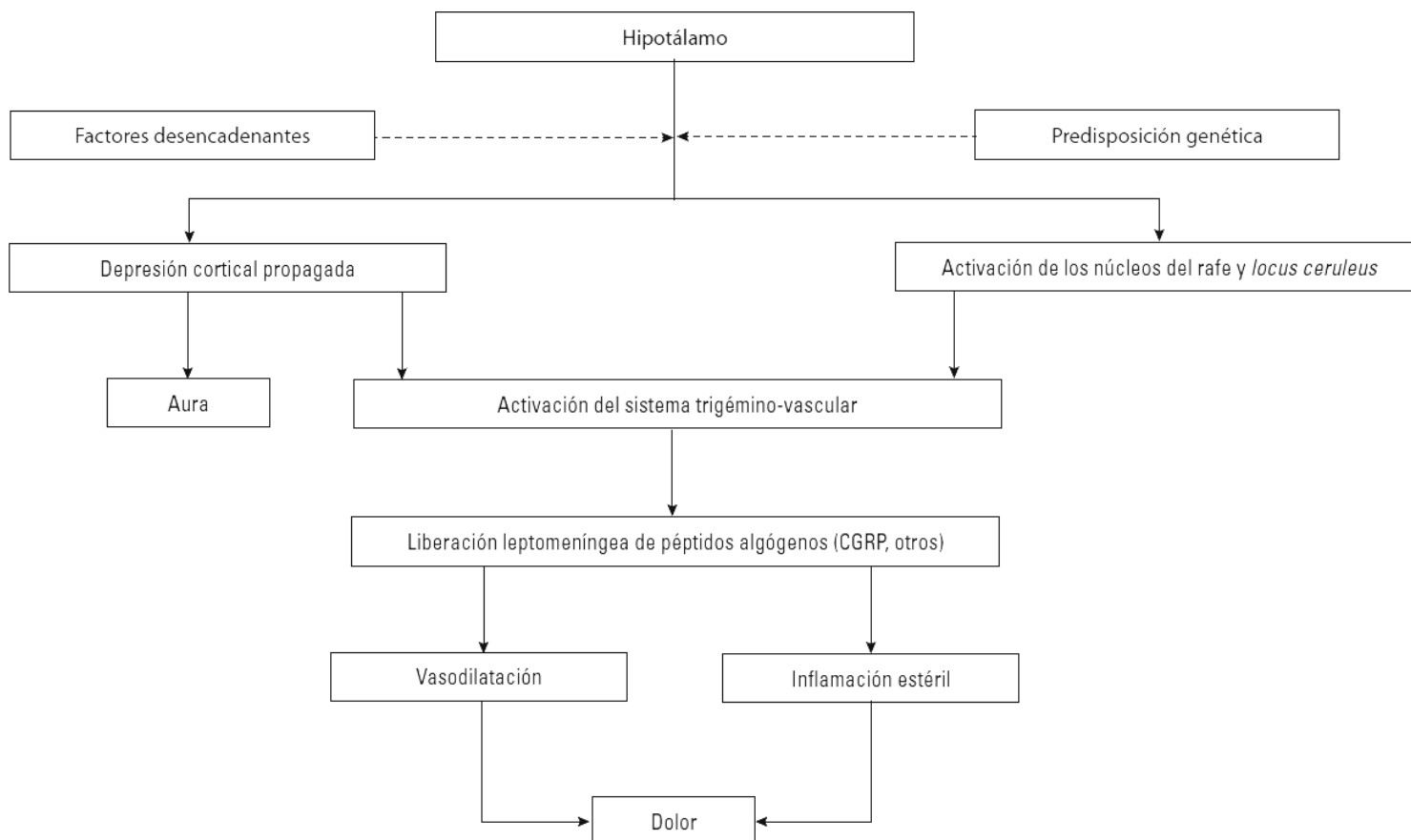
- Cefalea atribuida a traumatismo craneal o cervical
- Cefalea atribuida a trastorno vascular craneal y/o cervical
- Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular
- Cefalea atribuida a la administración o suspensión de una sustancia
- Cefalea atribuida a trastornos de la homeostasis
- Cefalea o dolor facial atribuida a trastornos del cráneo, cuello, ojos, nariz, senos paranasales, dientes, boca o de otras estructuras faciales o cervicales
- Cefalea debida a trastorno psiquiátrico

Parte III: Neuropatías craneales, dolorosas, otros dolores faciales y otras cefaleas

- Neuropatías craneales dolorosas y faciales
- Otras cefaleas

Fuente: Elaboración propia con base a la revisión de los diferentes artículos considerados en el estudio¹³.

Rol del Calcitonin gene-related peptide (CGRP) en la patofisiología de la migraña



Fuente: Adaptado de Cefalea y Migraña J. Pascual⁴.

El CGRP, un neuropéptido compuesto por 37 aminoácidos se descubrió por primera vez hace tres décadas, estos receptores se expresan en el sistema vestibular y desempeñan un papel en las alteraciones del movimiento¹⁴.

En 1984, Moskowitz propuso que el inicio de la migraña depende de la activación y sensibilización de las neuronas trigémino-vasculares de primer orden¹⁵.

La mejor comprensión de la fisiopatología de la migraña está avanzando rápidamente y ha presentado novedades en el último tiempo¹³.

Existe suficiente evidencia para pensar que el péptido relacionado al gen de la calcitonina (CGRP, por su sigla en inglés) juega un rol fundamental como mediador y vasodilatador más potente que se conoce en la fisiopatología de la migraña y, por lo tanto, como objetivo terapéutico^{3,13}.

En el sistema trigémino vascular, el CGRP se libera de las fibras nerviosas que corren a lo largo de las arterias meníngeas y cerebrales y los vasos sanguíneos^{3,8,13}. El CGRP también puede liberarse en el ganglio del trigémino, donde aproximadamente la mitad de las neuronas tienen inmunoreactividad al CGRP²¹⁶.

Asimismo, se cree que la genética juega un papel importante, y variantes en algunos genes que influyen en la modulación del dolor podrían explicar la susceptibilidad genética de ciertos individuos^{8,17}

El tratamiento de la migraña debe ser individualizado en función de las comorbilidades, preferencias, estilo de vida, edad y género de los pacientes. La elección de qué medicamento usar se hace entre el paciente y el médico después de considerar todos los efectos secundarios y la eficacia¹⁸.

Principales fármacos en el uso del tratamiento agudo y crónico de las cefaleas

Todo paciente necesita un tratamiento para un episodio agudo de cefalea o migraña en algún punto de su enfermedad, existe una variedad de fármacos que son utilizados en el manejo agudo y crónico. Este artículo revisara los últimos tratamientos y los comparara entre sí^{16,19}.

Como principio general, los medicamentos utilizados en la clínica práctica para aliviar o eliminar el dolor de la migraña debe administrarse temprano en la fase de dolor de la cefalea¹⁵.

Botulinum toxin A – onabotulinum toxin A (ONABOT A) es eficaz en el tratamiento de la migraña crónica con más evidencia al comparar la reducción de los días de cefalea/mes frente a los días/mes de migraña. Los estudios muestran limitaciones que se representan en el riesgo de desenmascaramiento por efectos estéticos en los pacientes tratados^{20,21}.

Además, para el tratamiento de la migraña es importante la identificación de los posibles factores desencadenantes de las crisis, los principales se recogen en la tabla dos⁴.

Tabla 2. Principales factores desencadenantes de la crisis de migraña

Psicológicos	Estrés, periodo posestrés, ansiedad, depresión
Hormonales	(Pre)menstruación, ovulación, anovulatorios
Alimentarios	Alcohol, chocolate, quesos, ayuno, comidas ricas en nítricos, glutamato monosódico o aspartamo
Ambientales	Estímulos, visuales, olores, cambios atmosféricos
Sueno	Exceso y déficit de sueno
Fármacos	Nitroglicerina, reserpina, estrógenos
Otros	Trauma craneal, ejercicio, fatiga

Fuente: Elaboración propia con base a la revisión de los diferentes artículos considerados en el estudio⁴.

Estos desencadenantes son muy variados y complejos, ya que son particulares para cada enfermo y no siempre son capaces de originar una crisis migrañosa en un paciente determinado⁴.

La selección del tratamiento agudo de la migraña requiere estratificación, es decir, hacer coincidir el tratamiento agudo con las características del ataque o del paciente^{16,19}.

Principios básicos del tratamiento preventivo de la migraña^{4,18,22,23}

- Iniciar el tratamiento con una dosis baja e incrementarla lentamente hasta que se desarrollen los efectos terapéuticos, se alcance la dosis máxima o los eventos adversos se vuelvan intolerables.
- El tratamiento elegido debe mantenerse durante un mínimo de 3 meses y, en general, después de 6-12 meses tratar de retirar el fármaco lentamente.
- Es importante advertir a los pacientes que los tratamientos suelen tardar (hasta un mes y medio) en empezar a funcionar.
- En mujeres en edad fértil evitar los fármacos teratogénicos
- Establecer expectativas realistas de mejoría y efectos adversos del tratamiento.

Anticuerpos monoclonales CGRP(r)mAbs (Calcitonin gene-related peptide (receptor) monoclonal antibodies):

Son el tratamiento más eficaz y tolerado para la profilaxis de la migraña, seguido de cerca por los gepants²⁴.

Las clases más antiguas de fármacos de uso común no solo parecen ser menos eficaces que los AGMm de CGRP(r)mAbs y los gepants, sino que también se asocian con un riesgo sustancialmente mayor de eventos adversos^{21,24}.

El fremanezumab pareció ser el más beneficioso, con alta evidencia de certeza de que aumenta la proporción de pacientes que experimentan una reducción del 50% o más en los días mensuales de migraña en comparación con los gepants²⁴.

Los fármacos comercializados más recientemente, como el eptinezumab, lasmiditan, el rimegepant y el ubrogepant, no se asocian con efectos vasoconstrictores y, por lo tanto, se han promovido como alternativas para los pacientes para los que los triptanos están contraindicados o no se toleran^{21,25}.

Si bien el rimegepant fue bien tolerado según los resultados, el ubrogepant mostró un mayor riesgo de náuseas en comparación con el placebo²⁵.

El lasmiditan se asoció con un riesgo sustancial de mareos, junto con parestesia y sedación²⁵.

Múltiples ensayos clínicos han demostrado la eficacia de erenumab en pacientes con migraña crónica²⁰.

Los anticuerpos monoclonales anti-CGRP han mostrado perfiles de tolerabilidad favorables en ensayos clínicos, aunque las respuestas individuales pueden variar⁸. Los posibles efectos adversos abarcan reacciones locales en el lugar de la inyección, reacciones de hipersensibilidad poco frecuentes que podrían manifestarse como erupción cutánea, prurito o incluso anafilaxia, así como síntomas gastrointestinales como náuseas y diarrea¹⁴.

La eficacia de erenumab, fremanezumab y galcanezumab para el tratamiento de 50 pacientes con migraña vestibular. Encontraron una excelente respuesta a los tratamientos, ya que 45 (90%) pacientes tuvieron al menos una reducción del 50%¹⁴.

AINEs (antiinflamatorios no esteroideos):

Los pacientes con crisis de leves a moderadas de migraña pueden ser tratados inicialmente con un AINEs por vía oral, preferiblemente en combinación con metoclopramida o domperidona^{4,22}.

No todos los AINEs son útiles en el tratamiento sintomático de la migraña. Los AINE, con eficacia bien demostrada y disponibles en nuestro medio son: ácido acetilsalicílico, naproxeno sódico, ibuprofeno, ketamina y dexketoprofeno trometamol⁴.

El ácido acetilsalicílico, el naproxeno muestran una eficacia moderada y tolerancia menor al sumatriptan²⁵.

El dexketoprofeno muestra una eficacia y tolerancia similar al sumatriptan²⁵.

La Ketamina se indica en pacientes con migraña crónica refractaria que tienen dolor continuo y discapacidad sustancial²⁶,

El ácido acetilsalicílico a dosis de 900mg ofrece una mejoría en las primeras 2 horas post administración, la dosis de 1000mg en estudios recientes presenta un mejor efecto en el mismo rango de tiempo²³.

El ibuprofeno a dosis de 200-400mg muestra efectos de mejoría del cuadro migrañoso en las primeras 2 horas, la dosis de 400mg es la recomendada²³.

Triptános:

Los triptános son selectivos de serotonina (5 agonistas del receptor de hidroxitriptamina), que presentan diferencias en la afinidad del receptor, liofilia, metabolismo y perfiles farmacocinéticos dentro de la misma clase.^{22,25}

A pesar de sus bajos costos de adquisición y perfiles equilibrados de eficacia y tolerabilidad, Sin embargo, los triptános siguen siendo poco utilizados entre las personas con migraña²⁵.

Los pacientes con crisis leves-moderadas y falta de respuesta o intolerancia a los AINE han de ser tratados con triptanes⁴.

Los triptános tienen evidencia de nivel A para el tratamiento agudo de la migraña episódica. Sin embargo, no todos los triptános son iguales en eficacia o formulación¹. Su contraindicación principal es la cardiopatía isquémica⁴.

Los triptanos se pueden dividir en 2 grupos¹⁹:

- grupo 1, aquellos de inicio rápido, alta potencia, y probablemente una mayor probabilidad de recurrencia de la migraña, como el sumatriptan, zolmitriptan, almotriptan o el sumatriptan/naproxeno sódico.
- grupo 2, aquellos con menor potencia y probabilidad de recurrencia, como el naratriptan y el fravotriptan.

Nuestros hallazgos mostraron que algunos triptános como el eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptán tuvo el resultado más favorable en términos de eficacia y tolerabilidad en la disminución de la reducción del episodio agudo de la migraña²⁵.

Las guías recientes establecen una dosis de 50mg y 100mg de sumatriptan para el episodio agudo de migraña comparado con placebo se obtenía una mejoría en las primeras 2 horas después de administrado el medicamento²³.

Sumatriptan/naproxeno sodio (85mg/500mg) presentan mejoría dentro de la primera hora de administración. La terapia combinada es más efectiva que la terapia individualizada²³.

Antidepresivos:

Los antidepresivos tricíclicos presentan eficacia respecto al placebo, Los pacientes que los toman tenían más probabilidades de experimentar al menos un 50% de mejora en sus episodios que aquellos que toman placebo²⁷.

Tanto la dihidroergotamina (DHE) como el tartrato de ergotamina (derivados del alcaloide del cornezuelo de centeno) tienen evidencia de nivel A para eficacia en el tratamiento agudo de la migraña²². Ambos son difíciles de usar; Ninguno de los dos en la actualidad tiene una formulación consistentemente efectiva y amigable para el paciente¹⁹.

Las últimas guías revisadas muestran que a dosis de 0.5-1 mg presentan mejoría del cuadro dentro de las dos primeras horas de administración²³.

El DHE es el más útil de los dos. Tiene menos efectos adversos y es mejor tolerado²³.

Es eficaz para revertir la sensibilización profunda en los ataques, y puede ser utilizada por vía parenteral de forma repetitiva para estado migrañoso y para ayudar en el destete del uso excesivo de otros medicamentos¹⁹.

Los comprimidos de tartrato de ergotamina en la forma disponible actualmente no permiten cortar las píldoras para reducir los eventos adversos¹⁹. Como resultado,

para muchos pacientes, las náuseas, mareos y la boca seca impiden que esto suceda^{18,19}.

la isamitriptilina recetada con más frecuencia, que puede causar aumento de peso y somnolencia¹⁸. La amitriptilina, flunarizina o el ácido valproico, muestran buena eficacia en los estudios recientes¹⁸.

La indicación de naratriptán solo debe considerarse en pacientes altamente refractarios¹⁸.

Anticonvulsivos:

Podrían proporcionar beneficios para la prevención de la migraña incluyen: topiramato, ácido valproico y gabapentina¹⁸. El uso de topiramato reporta excelente respuesta en los paciente y buena tolerabilidad, su efecto adverso más común son las parestesias²⁰.

El sulfato de magnesio en dosis de 1gr reduce la sintomatología migrañosa en aproximadamente 60 minutos, comparado con la dosis de 2 gr, disminuye el episodio en 30 minutos después de la administración. Suele administrarse junto con metoclopramida para contrarrestar los efectos adversos²³.

El ácido valproico en dosis rango de 300 a 1200mg se ha reportado que disminuye los síntomas migrañosos, sin embargo, la mejora no fue sustancial en el episodio leve, ni moderado, por lo que se prefieren otros tratamientos²³.

Antihipertensivos:

Los betabloqueantes son una de las clases de fármacos más utilizados en el tratamiento preventivo de la migraña episódica y tienen una eficacia de aproximadamente el 50%¹⁸.

El propranolol es el fármaco con más evidencia y ampliamente utilizado en trastornos migrañosos, aunque tiene la desventaja de no tomarse una vez al día como los otros betabloqueantes¹⁸.

Aunque la evidencia disponible es limitada, el lisinopril y el candesartán en general son efectivos para la prevención de la migraña episódica y pueden ser una

opción en aquellos migrañosos que asocian hipertensión arterial en los que está contraindicado el uso de betabloqueantes¹⁸.

La cefalea por abuso de mediación analgésica es un tipo especial y se tiene poca información al respecto, se encuentra dentro de las 20 primeras causas de incapacidad a nivel mundial, presentando una prevalencia de aproximadamente 1% dentro de la población general^{11,17}.

Tabla 3. Definición de abuso según los días de uso de distintos analgésicos usados en crisis de cefaleas primarias

Ergotaminicos	
Triptános	≥ 10 días/mes en un periodo > de 3 meses
Opioides	
AINEs	≥ 15 días/mes en un periodo > de 3 meses
Paracetamol	
Combinación de tipos de analgésicos	≥ 10 días/mes en un periodo > de 3 meses*

Fuente: Elaboración propia con base a la revisión de los diferentes artículos considerados en el estudio¹⁷.

*Combinación de fármacos de dos o más tipos, por ejemplo, paracetamol + codeína.

Terapias no farmacológicas para el tratamiento de las cefaleas

Se sugieren diferentes abordajes no farmacológicos para el tratamiento de la migraña. Terapia conductual y biorretroalimentación, educación, relajación, atención plena y la reducción de peso se encuentra entre las técnicas mencionadas²⁸⁻³⁰.

Otras recomendaciones son los cambios estilo de vida modificaciones como dormir y hacer ejercicio adecuados, comidas regulares y manejo del estrés. Otros tantos fisiológicos y los desencadenantes psicológicos pueden provocar ataques de migraña, considerándolos en la gestión exitosa a largo plazo de la migraña es crucial¹⁸. Además, algunos factores no farmacológicos intervenciones, incluida la neuromodulación suplementos dietéticos, como riboflavina, coenzima^{28,29}.

Además, vale la pena mencionar que una combinación de factores farmacológicos y abordajes no farmacológicos es más eficaz que el uso de cada uno por separado²⁹.

Los beneficios principales del manejo no farmacológica de las cefaleas y las migrañas se resumen en la tabla 4.

Tabla 4. Beneficios de la terapia no farmacológica en el manejo de la migraña

- Evitar o reducir los efectos adversos de los medicamentos
- Reduce el gasto económico de los medicamentos
- Reduce la probabilidad de cefalea por abuso de medicamentos
- Ayuda a personas que no desean tomar medicamentos
- Ayuda a personas que no confían en los resultados de tomar medicamentos
- Tratamiento de la migraña durante el embarazo y la lactancia
- Tratamiento de la migraña en paciente con reacciones adversas a medicamentos
- Aumenta la eficacia de los tratamientos abortivos y preventivos

Fuente: Elaboración propia con base a la revisión de los diferentes artículos considerados en el estudio²⁹.

Efectos neuroinmunológicos del Omega-3 en la migraña

Dos tipos vitales de ácidos grasos poliinsaturados (PUFAs, por sus siglas en inglés, polyunsaturated fatty acids) son los PUFAs omega-3 y omega-6, llamados así por la posición del primer doble enlace en relación con el grupo metilo final³¹.

Tanto los ácidos grasos poliinsaturados omega-3 como los omega-6 desempeñan un papel importante en la salud cardiovascular, inflamatoria, metabólica, neurológica y psiquiátrica³¹.

Los impactos favorables de los PUFAs omega-3 en el microambiente neurovascular indican su potencial para influir en las células neuronales e inmunitarias del cerebro a través de diversas vías físicas y bioquímicas, lo que conduce a resultados como la regulación antiinflamatoria, antinociceptiva, antioxidante y del estado de ánimo³¹.

Los ácidos grasos poliinsaturados omega-3 podrían desempeñar un papel crucial en el mantenimiento de la salud física y mental, así como en el control de los síntomas neuropsiquiátricos durante las fases aguda y crónica de las migrañas³¹.

Uso de la oxigenoterapia en la cefalea y migraña

La oxigenoterapia (OT) es una opción eficaz y relativamente segura para el tratamiento agudo de CH y otros trastornos primarios de cefalea. Establecer El caudal óptimo y el modo de suministro de oxígeno es esencial para el uso generalizado de la terapia ocupacional para los trastornos de cefalea³².

El mecanismo exacto que subyace a los efectos de la terapia ocupacional en la cefalea es incierto. Los mecanismos sugeridos incluyen inhibición de la vía parasimpática craneal o trigémino autónomo reflejo, modulación de neurotransmisores o neuropéptidos como la supresión de péptidos relacionada con el gen de la calcitonina de extravasación de proteínas plasmáticas neurogénicas y vasoconstricción arterial³².

El perfil de seguridad general de OT lo hace muy atractivo opción de tratamiento para su uso en los hogares del paciente, así como en los servicios de emergencia³².

Tabla 5. Terapias no farmacológicas sugeridas para el tratamiento de la migraña

- Manejo de los factores desencadenantes de la migraña
- Reducción de peso
- Manejo de comorbilidades
- Tratamiento conductual, modificación del estilo de vida y biorretroalimentación
- Uso de técnicas de neuromodulación
- Suplementos dietéticos
- Acupuntura

Fuente: Elaboración propia con base a la revisión de los diferentes artículos considerados en el estudio²⁹.

En la siguiente tabla se detalla de manera resumida los tratamientos expuestos en este artículo.

Tabla 6. Resumen de los tratamientos farmacológicos **orales usados en el manejo de las cefaleas**

Medicamento	Dosis usual	Indicaciones principales	Comentario
Anticuerpos monoclonales que actúan sobre el CGRP			
Erenumab	70-140mg	Migraña crónica, manejo profiláctico a largo plazo	Estos medicamentos se prescriben como dosis mensual
Fremanezumab	225mg, 675mg		
Galcanezumab	120mg		
Gepanes			
Ubrogepant	50-100mg	Manejo agudo de la cefalea y la migraña	Tienen una excelente actividad contra la sintomatología asociada a la cefalea
Rimegepant	75mg		
Triptános			
Sumatriptan	25mg, 50mg, 100mg	Episodio de migraña común, crisis resistentes, crisis leves, moderadas y graves de corta o larga duración	Sumatriptan tiene presentaciones subcutáneas (6mg) y nasales(10/20mg)
Zolmitriptan	2.5, 5mg		
Rizatriptan	5mg, 10mg		
AINEs			
Acetaminofén	500mg, 1000mg	Manejo agudo y episodio de migraña común, crisis leves	Usualmente con combinados con antieméticos
Ibuprofeno	200mg, 400mg		
Diclofenaco	50mg, 100mg		
Naproxeno	500mg, 550mg		
Alcaloides de Ergot (Derivados del cornezuelo)			
Dihidroergotamina	1mg	Manejo agudo de la migraña	No tienen una formulación consistentemente efectiva. La Dihidroergotamina es eficaz para revertir la sobredosis de agentes antimigrañosos
Ergotamina	1-2mg		
Antidepresivos			

Amitriptilina	10-75mg	Migraña y cefalea tensional, depresión o insomnio, palpitaciones, sequedad de piel/mucosas	Contraindicados en glaucoma, pueden producir síntomas cognitivos, somnolencia y sobrepeso
Venlafaxina	75-150mg		
Antiepilépticos			
Topiramato	50-200 mg	Migraña con o sin aura refractaria, migraña crónica, sobrepeso, temblor, alopecia	Son teratogénicos, síntomas cognitivos, parestesias distales, pueden causar trombocitopenia, náusea, vómitos o somnolencia
Valproato	300-2000 mg		
Antihipertensivos			
Candesartán	8-16 mg	Migraña con/sin aura, hipertensión, o depresión	Son teratogénicos, contraindicados en la insuficiencia renal
Lisinopril	20mg		
β-Bloqueadores			
Atenolol	100 mg	Migraña sin aura, hipertensión, temblor, hipotensión ortostática, impotencia	Contraindicados en pacientes asmáticos, pueden causar insomnio, pesadillas, fatiga, mareos, náuseas
Metoprolol	100 mg		
Propranolol	40-240 mg		
Timolol	10 mg		
Bloqueadores de los canales de calcio			
Cinarizina	75 mg	Migraña con o sin aura sin tendencia a la depresión	Pueden causar depresión, somnolencia o sobrepeso
Flunarizina	5 mg		
Toxina Botulínica Tipo A			
Onabotulimtoxina A	195 U	Migraña crónica, cervicalgia	Puede producir ptosis y disfagia

Fuente: Elaboración propia con base a la revisión de los diferentes artículos considerados en el estudio,^{3,4,9,10,12,15,18-23,33}.

Conclusión

La creciente prevalencia de las cefaleas enfatiza la necesidad de opciones de tratamiento integrales y accesibles. La creciente comprensión de los mecanismos biológicos detrás de las migrañas, en particular la participación de CGRP, destaca la importancia de los enfoques personalizados para la terapia. Para los profesionales de la salud, mantenerse informado sobre los tratamientos emergentes e integrar estrategias farmacológicas y no farmacológicas puede mejorar significativamente los resultados de los pacientes.

Dado que la migraña y otras cefaleas siguen siendo problemas importantes de salud pública, es esencial realizar más investigación y educación para garantizar que los pacientes afectados reciban la atención y el cuidado que necesitan para controlar sus afecciones de manera efectiva. Este enfoque holístico no solo aborda los aspectos físicos de los dolores de cabeza, sino que también considera el bienestar emocional y psicológico de los pacientes, lo que lleva a una experiencia de atención médica más completa y compasiva.

Financiamiento

Los autores declaran no tener fuentes de financiamiento para el desarrollo de este artículo.

Bibliografía

1. López-Bravo A, Bellosta-Dieago E, Vilorio-Alebesque A, Marín-Gracia M, Laguna-Sarriá J, Santos-Lasaosa S. Headache as a reason for consultation: the primary care perspective. *Neurología*. 2021; 36(8): p. 597-602. DOI: [10.1016/j.nrleng.2020.08.003](https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2020.08.003).
2. Stovner LJ, HK, LMea. The global prevalence of headache: an update, with analysis of the influences of methodological factors on prevalence estimates. *The Journal of Headache and Pain*. 2022 Abril; 23(34). DOI: [10.1186/s10194-022-01402-2](https://doi.org/10.1186/s10194-022-01402-2).
3. Wattiez AS, P Sowers L, F Russo A. Calcitonin gene-related peptide (CGRP): role in migraine pathophysiology and therapeutic targeting. *Expert Opinion on Therapeutic Targets*. 2019; 24(2): p. 91-100. DOI: [10.1080/14728222.2020.1724285](https://doi.org/10.1080/14728222.2020.1724285).
4. Pascual J. Cefalea y migraña. *Medicine*. 2019; 12: p. 4145-53. DOI: [10.1016/j.med.2019.01.010](https://doi.org/10.1016/j.med.2019.01.010).
5. R. L. Cefalea en racimos y cefaleas secundarias. *Medicine*. 2019; 12(71): p. 4163-4174. DOI: [10.1016/j.med.2019.01.012](https://doi.org/10.1016/j.med.2019.01.012).
6. Díaz-Insa S, Navarro-Zornoza M, Sánchez-de la Rosa R, Guerrero AL. Caracterización del manejo del paciente con migraña en Atención Primaria en España. Análisis de los resultados del proyecto europeo My-LIFE anamnesis. *Neurología*. 2023; 38(1): p. S22-S30. DOI: [10.1016/j.nrl.2021.10.012](https://doi.org/10.1016/j.nrl.2021.10.012).
7. 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*. 2022; 37(7): p. 564-574. DOI: [10.1016/j.nrl.2018.12.006](https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.12.006).
8. Goadsby MD, PhD PJ, Holland PhD PR. Pathophysiology of Migraine: An Update. *Neurologic Clinics*. 2019; 97(4): p. 651-671. DOI: [10.1016/j.ncl.2019.07.008](https://doi.org/10.1016/j.ncl.2019.07.008).
9. M Blumenfeld A, Kaur G, Mahajan A, Shukla H, Sommer K, Tung A, et al. Effectiveness and Safety of Chronic Migraine Preventive Treatments: A Systematic Literature Review. *Pain and Therapy*. 2023 Febrero; 12(1): p. 251-274. DOI: [10.1007/s40122-022-00452-3](https://doi.org/10.1007/s40122-022-00452-3).
10. Belvis R, Rodríguez R, Guasch M, Álvarez J, Molet J, Roig C. Efficacy and safety of surgical treatment of cluster headache. *Medicina Clínica*. 2020 Febrero; 154(3): p. 75-79. DOI: [10.1016/j.medcli.2019.03.023](https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.03.023).

11. Phu Do T, Remmers A, Winther Schytz H, Schankin C, E Nelson S, Obermann M, et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice. *Neurology*. 2019; 92(3): p. 134-144. DOI: [10.1212/WNL.0000000000006697](https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000006697).
12. Camacho Salas A, Fons Estupiñà C, Macaya Ruiz A, Madruga Garrido , Malaga Diéguez I, Martí Carrera , et al. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Neurología Pediátrica. [Online].; 2022 [cited 2024 Octubre 10. Available from: <https://www.aeped.es/documentos/protocolos-diagnosticos-y-terapeuticos-neurologia-pediatria>.
13. Stonski E, Weissbrod D. CEFALÉAS: ABORDAJE CLÍNICO INICIAL. *REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA*. 2019; 7(1): p. 38-42. Encontrado en: <https://revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/264>.
14. Lovato A, Disco C, Frosolini A, Monzani D, Perini F. Monoclonal Antibodies Targeting CGRP: A Novel Treatment in Vestibular Migraine. *Medicina*. 2023; 59(9): p. 1560. DOI: [10.3390/medicina59091560](https://doi.org/10.3390/medicina59091560).
15. Messoud A. Migraine. *The New England Journal of Medicine*. 2020; 383(19): p. 1866-1876. DOI: [10.1056/NEJMra1915327](https://doi.org/10.1056/NEJMra1915327).
16. Anne W. Frequent Headaches: Evaluation and Management. *American Academy of Family Physicians*. 2020; p. 419-428. Encontrado en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32227826/>.
17. Fallas Santana DC, Quesada Salas DAH, Porras Vargas DAG. Cefalea por abuso de medicamentos. *Revista Medica Sinergia*. 2023; 8(3). DOI: [10.31434/rms.v8i3.986](https://doi.org/10.31434/rms.v8i3.986).
18. Aguilar-Shea AL, Membrilla MD JA, Diaz-de-Teran J. Migraine review for general practice. *Atención Primaria*. 2021; 54(2). DOI: [10.1016/j.aprim.2021.102208](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102208).
19. J. TS. Acute Treatment of Migraine. *Neurologic Clinics*. 2019; 37(4): p. 727-742. DOI: [10.1016/j.ncl.2019.07.006](https://doi.org/10.1016/j.ncl.2019.07.006).
20. Muñoz-Ceron JF, Rueda-Sánchez M, Pradilla-Vesga OE, Volcy M, Hernández N, Ramírez SF, et al. Guideline on the preventive treatment of chronic migraine, chronic tension type headache, hemicrania continua and new daily persistent headache on behalf of the Colombian Association of Neurology. *Asociación Colombiana de Neurología*. 2020; 36(3). DOI: [10.22379/24224022300](https://doi.org/10.22379/24224022300).
21. A Berger A, Winnick A, Popovsky D, Kaneb A, Berardino K, M Kaye A, et al. Lasmiditan for the Treatment of Migraines With or Without Aura in Adults. *Psychopharmacology Bulletin*. 2020 Octubre; 50(4): p. 163-188. Encontrado en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7901123/>.

22. Sacco S et al. European headache federation consensus on the definition of resistant and refractory migraine : Developed with the endorsement of the European Migraine & Headache Alliance (EMHA). *Headache Pain*. 2020; 21(1). DOI: [10.1186/s10194-020-01130-5](https://doi.org/10.1186/s10194-020-01130-5).
23. Marmura MJ et al. The acute treatment of migraine in adults: the american headache society evidence assessment of migraine pharmacotherapies. *Headache*. 2015; 55(1): p. 3-20. DOI: [10.1111/head.12499](https://doi.org/10.1111/head.12499).
24. Lampl C, MaassenVanDenBrink A, Deligianni CI, Gil-Gouveia R, Jassal T, Sanchez-del-Rio M, et al. The comparative effectiveness of migraine preventive drugs: a systematic review and network meta-analysis. *The Journal of Headache and Pain*. 2023; 24(56). DOI: [10.1186/s10194-023-01594-1](https://doi.org/10.1186/s10194-023-01594-1).
25. K Karlsson , G Ostinelli , A Zhuang , Kokoti L, Christensen , M Al-Khazali , et al. Comparative effects of drug interventions for the acute management of migraine episodes in adults: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2024; 386(e080107). DOI: [10.1136/bmj-2024-080107](https://doi.org/10.1136/bmj-2024-080107).
26. Schwenk ES et al. Ketamine for Refractory Chronic Migraine: An Observational Pilot Study and Metabolite Analysis. *The Journal of Clinical Pharmacology*. 2022; 61(11): p. 1421-1429. DOI: [10.1002/jcph.1920](https://doi.org/10.1002/jcph.1920).
27. Jackson JL et al. Tricyclic antidepressants and headaches: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010; 341. DOI: [10.1136/bmj.c5222](https://doi.org/10.1136/bmj.c5222).
28. Licina E, Radojicic A, Jeremic M, Tomic A, Mijajlovic M. Non-Pharmacological Treatment of Primary Headaches-A Focused Review. *Brain Sciences*. 2023 Octobre; 13(10). DOI: [10.3390/brainsci13101432](https://doi.org/10.3390/brainsci13101432).
29. Haghdoost F, Togha M. Migraine management: Non-pharmacological points for patients and health care professionals. *The Open Medicine Journal*. 2022 Novembre; 17(1): p. 1869-1882. DOI: [10.1515/med-2022-0598](https://doi.org/10.1515/med-2022-0598).
30. JY , HK , NY , HY , TJ , SM , et al. Cognitive Behavioral Therapy for Migraine Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina*. 2021 Diciembre; 58(44). DOI: [10.3390/medicina58010044](https://doi.org/10.3390/medicina58010044).
31. TB , CC , IJ , HW , YC , CM , et al. Neuroimmunological effects of omega-3 fatty acids on migraine: a review. 2024 Mayo; 15. DOI: [10.3389/fneur.2024.1366372](https://doi.org/10.3389/fneur.2024.1366372).
32. H M, SJ , TD , SJ. Oxygen Therapy in Cluster Headache, Migraine, and Other Headache Disorders. *Journal of Clinical Neurology*. 2022 Mayo; 18(3): p. 271-279. DOI: [10.3988/jcn.2022.18.3.271](https://doi.org/10.3988/jcn.2022.18.3.271).

33. M , M LM, A , CL , MK , R , et al. Efficacy and safety of eptinezumab for migraine prevention in patients with prior preventive treatment failures: subgroup analysis of the randomized, placebo-controlled DELIVER study. Sage Journals. 2023 Mayo; 43(5). DOI: [10.1177/03331024231170807](https://doi.org/10.1177/03331024231170807).

Extracción de datos de los artículos incluidos para la elaboración del artículo

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la revisión narrativa.

N o.	Título del artículo	Autor/año/país/Revista	Tipo de artículo	Población/universo Muestra Metodología aplicada en el estudio	Principales resultados y conclusiones
1.	Impacto de la pandemia de COVID-19 en el manejo de la cefalea en España: un análisis de la situación actual y perspectivas de futuro	A. López-Bravo, D. García-Azorín*, R. Belvis C. González-Oria, G. Latorre, S. Santos-Lasaosa, Á.L. Guerrero-Peral/ 2020/ España/ Neurología	Artículo original	Es un estudio observacional, transversal utilizando un cuestionario ad-hoc que incluye preguntas abiertas y cerradas (dicotómicas y de opción múltiple). El cuestionario se distribuyó a jefes de unidades de cefalea y clínicas especializadas en cefalea de todas las comunidades autónomas españolas. La selección de los participantes se realizó a partir del mapa de unidades de cefalea y clínicas especializadas española.	La tasa de respuesta fue del 74%, con la participación de centros de diferentes características y de todas las Comunidades Autónomas de España. Las limitaciones en la actividad presencial fueron comunicadas por el 95,8% de los centros, manteniéndose la consulta presencial preferente en el 60,4% y los trámites urgentes en el 45,8%. En el 91,7% de los centros la actividad presencial cancelada fue sustituida por la consulta telefónica. El 95,8% de los encuestados afirmó que utilizaría equipos de protección personal en el futuro y el 86% tenía intención de incrementar el uso de la telemedicina.
2.	Tratamiento del síndrome de dolor miofascial en una paciente diagnosticada de cefalea tensional: a propósito de un caso	E. García-Hidalgo Tajuelo/ 2021/ España/ Revista Fisioterapia	Artículo estudio de casos	Este caso clínico se ha realizado siguiendo la guía CARE. Paciente mujer, 60 años, diagnosticada de cefalea tensional (CT) por un médico especialista. Asistió a rehabilitación tras 8 días de reagudización de su cuadro sintomático presentando CT descrito como presión constante y bilateral, dolor cervical y rigidez. Refería episodios de CT anteriores tras estrés físico o emocional que comenzaron tras una caída de hace 4 años. Se fracturó la vértebra L1 por aplastamiento y generó posteriores hernias discales en L3/L4, L4/L5 y L5/S1. Se aplicó el Examen del Impacto del Dolor de Cabeza (HIT-6) obteniéndose una puntuación de 58 (impacto importante). Este cuestionario mide el efecto que los dolores de cabeza tienen en la vida normal y en su capacidad para funcionar en el trabajo, la casa, la escuela y en situaciones sociales.	El diagnóstico de SDM fue confirmado por la presencia de 8 PGM activos y 5 PGM latentes. La paciente presentaba limitación por dolor activa y pasiva en los últimos grados de inclinación y rotación izquierda. No se encontraron hallazgos significativos en la exploración neurológica cervical. En cuanto al dolor de cabeza presentaba 8/10 en la EVA. Los resultados mostraron una mejoría clínica relevante en la variable intensidad del dolor, con una reducción superior al 25% en todas las mediciones excepto la tercera. Esta mejora se mantuvo 2 semanas después del tratamiento. El dolor remitió en la cuarta sesión y los últimos grados del ROM para la rotación e inclinación izquierda cervical fueron recuperados.

					<p>En la valoración final todos los PGM activos y latentes iniciales desaparecieron, sin embargo 2 de los activos se quedaron latentes (trapecio superior derecho y semiespinoso del cabeza izquierdo).</p> <p>El efecto adverso reportado por la paciente tal y como encontramos en la literatura fue el dolor postpunción. El diagnóstico y abordaje fisioterapéutico del SDM debe considerarse en un cuadro de CT.</p> <p>Los resultados obtenidos en este caso clínico han mostrado efectos beneficiosos en el tratamiento de la CT. Los métodos fisioterapéuticos pueden ser una alternativa a los procedimientos farmacológicos para el tratamiento de la CT.</p>
3.	Ubrogépanit para el tratamiento de la migraña.	David W. Dodick, M.D., Richard B. Lipton, M.D., Jessica Ailani, M.D., Kaifeng Lu, Ph.D., Michelle Finnegan, M.P.H., Joel M. Trugman, M.D., and Armin Szegedi, M.D./ 2019/ Estados Unidos/ The New England of Medicine	Artículo original	<p>Realizamos un ensayo aleatorizado para evaluar la eficacia, la seguridad y el perfil de efectos secundarios de ubrogépanit. Asignamos a adultos con migraña, con o sin aura, en una proporción de 1:1:1 para recibir una dosis inicial de placebo, ubrogépanit en una dosis de 50 mg o ubrogépanit en una dosis de 100 mg para el tratamiento de un único ataque de migraña, con la opción de tomar una segunda dosis. Los criterios de valoración de eficacia coprimarios fueron la ausencia de dolor a las 2 horas después de la dosis inicial y la ausencia del síntoma más molesto asociado a la migraña a las 2 horas. Los criterios de valoración secundarios incluyeron alivio del dolor (a las 2 horas), alivio sostenido del dolor (de 2 a 24 horas), ausencia sostenida del dolor (de 2 a 24 horas) y ausencia de síntomas asociados a la migraña (fotofobia, fonofobia y náuseas) a las 2 horas.</p>	<p>Se inscribieron 1672 participantes en total; 559 fueron asignados para recibir placebo, 556 para recibir 50 mg de ubrogépanit y 557 para recibir 100 mg de ubrogépanit. El porcentaje de participantes que no tenían dolor a las 2 horas fue del 11,8% en el grupo placebo, del 19,2% en el grupo de 50 mg de ubrogépanit ($P = 0,002$, ajustado por multiplicidad, para la comparación con placebo) y del 21,2% en el grupo de 100 mg de ubrogépanit ($P < 0,001$). El porcentaje de participantes que no tenían el síntoma más molesto a las 2 horas fue del 27,8% en el grupo placebo, del 38,6% en el grupo de 50 mg de ubrogépanit ($P = 0,002$) y del 37,7% en el grupo de 100 mg de ubrogépanit ($P = 0,002$). Se informaron eventos adversos dentro de las 48 horas posteriores a la dosis inicial o la segunda dosis opcional en el 12,8% de los participantes en el grupo placebo, en el 9,4% en el grupo de ubrogépanit 50 mg y en el 16,3% en el grupo de ubrogépanit 100 mg. Los eventos adversos más comunes fueron náuseas, somnolencia y sequedad de boca (informados en el 0,4 al 4,1%); estos eventos fueron más frecuentes en</p>

					<p>el grupo de ubrogepant 100 mg (informados en el 2,1 al 4,1%). Los eventos adversos graves informados dentro de los 30 días en los grupos de ubrogepant incluyeron apendicitis, aborto espontáneo, derrame pericárdico y convulsiones; ninguno de los eventos ocurrió dentro de las 48 horas posteriores a la dosis. Un porcentaje mayor de participantes que recibieron ubrogepant que de aquellos que recibieron placebo no presentaron dolor ni síntomas molestos a las 2 horas después de la dosis. Los efectos adversos más frecuentes fueron náuseas, somnolencia y sequedad de boca. Se necesitan más ensayos para determinar la durabilidad y seguridad de ubrogepant para el tratamiento de la migraña aguda y para compararlo con otros medicamentos para la migraña.</p>
4.	Ensayo de galcanezumab en la prevención de la cefalea en racimos episódica	Peter J. Goadsby, M.D., Ph.D., David W. Dodick, M.D., Massimo Leone, M.D., Jennifer N. Bardos, Pharm.D., Tina M. Oakes, Ph.D., Brian A. Millen, Ph.D., Chunmei Zhou, M.S., Sherie A. Dowsett, Ph.D., Sheena K. Aurora, M.D., Andrew H. Ahn, M.D., Ph.D., Jyun-Yan Yang, M.D., Robert R. Conley, M.D., and James M. Martinez, M.D./ 2019/ Londres/	Artículo original	Inscribimos a pacientes que habían tenido al menos un ataque cada dos días, al menos cuatro ataques en total y no más de ocho ataques por día durante una evaluación inicial, así como antecedentes de períodos de cefalea en racimos que duraron al menos 6 semanas, y los asignamos aleatoriamente para recibir galcanezumab (a una dosis de 300 mg) o placebo, administrado por vía subcutánea al inicio y al mes. El criterio de valoración principal fue el cambio medio desde el inicio en la frecuencia semanal de ataques de cefalea en racimos entre las semanas 1 a 3 después de recibir la primera dosis. El criterio de valoración secundario clave fue el porcentaje de pacientes que tuvieron una reducción desde el inicio de al menos el 50 % en la frecuencia semanal de ataques de cefalea en racimos en la semana 3.	El reclutamiento se detuvo antes de que el ensayo alcanzara el tamaño de muestra planificado de 162 porque muy pocos voluntarios cumplieron con los criterios de elegibilidad. De 106 pacientes inscritos, 49 fueron asignados aleatoriamente para recibir galcanezumab y 57 para recibir placebo. La media (\pm DE) del número de ataques de cefalea en racimos por semana en el período de referencia fue $17,8 \pm 10,1$ en el grupo de galcanezumab y $17,3 \pm 10,1$ en el grupo placebo. La reducción media en la frecuencia semanal de ataques de cefalea en racimos entre las semanas 1 a 3 fue de 8,7 ataques en el grupo de galcanezumab, en comparación con 5,2 en el grupo placebo (diferencia, 3,5 ataques por semana; intervalo de confianza del 95%, 0,2 a 6,7; $P = 0,04$). El porcentaje de pacientes que tuvieron una reducción de al menos el 50% en la frecuencia de los dolores de cabeza en la semana 3 fue del 71% en el grupo de galcanezumab y del 53% en el grupo

		The New England of Medicine			placebo. No hubo diferencias sustanciales entre los grupos en la incidencia de eventos adversos, excepto que el 8% de los pacientes en el grupo de galcanezumab tuvieron dolor en el lugar de la inyección.
5.	Migraña	Messoud Ashina, M.D., Ph.D., D.M. Sci. / 2020/ Dinamarca/ The New England of Medicine	Artículo de revisión	La migraña es el segundo trastorno neurológico más frecuente (después de la cefalea tensional), con una proporción de mujeres a hombres de 3:1 y una prevalencia estimada de 1 año de aproximadamente el 15% en la población general. La prevalencia alcanza su punto máximo entre los 35 y los 39 años, y alrededor del 75% de las personas afectadas informan el inicio de la migraña antes de los 35 años. La migraña también afecta a una proporción considerable de niños, y un estudio poblacional muestra una prevalencia de 1 año de aproximadamente el 7% entre los niños en edad escolar. Dado que el trastorno tiende a remitir con la edad, la aparición de migraña después de los 50 años debe despertar la sospecha de un trastorno de cefalea secundario.	Nuestra comprensión de los mecanismos subyacentes a la migraña ha evolucionado durante la última década, con nuevos conocimientos sobre la patogenia de la migraña y el desarrollo de terapias basadas en los mecanismos, pero persisten incertidumbres con respecto a los mecanismos y los medicamentos. Estas incertidumbres incluyen el origen exacto del dolor de la migraña, el mecanismo subyacente a la naturaleza paroxística y las características de la migraña, y el sitio exacto y el modo de acción de los medicamentos específicos para la migraña. Es necesario un esfuerzo para encontrar nuevos objetivos farmacológicos y desarrollar biomarcadores que puedan predecir qué pacientes tendrán una respuesta a cada terapia dirigida.
6.	Tratamiento no farmacológico de las cefaleas primarias: una revisión centrada	Emir Licina, Aleksandra Radojicic, Marta Jeremic, Aleksandra Tomic and Milija Mijajlovic/ 2023/ Serbia/ Multidisciplinary Digital Publishing Institute	Artículo de revisión	La cefalea se define como cualquier tipo de dolor localizado en la región de la cabeza. La clasificación internacional de los trastornos de cefalea divide los trastornos de cefalea en tres grupos principales: cefalea primaria de etiología no identificada, cefalea secundaria con causa evidente de la cefalea y neuropatías, y dolores faciales y otros dolores de cabeza. Las cefaleas se encuentran entre las quejas neurológicas más comunes en la actualidad; sin embargo, el tratamiento de estas afecciones ha sido un problema para los médicos durante décadas.	Dado que el dolor de cabeza representa una afección compleja que afecta el bienestar biológico y psicosocial, el tratamiento debe basarse en un enfoque multifacético. Hay un creciente conjunto de evidencias de la eficacia de las intervenciones no farmacológicas, ya sea como alternativas o como complementos del tratamiento farmacológico estándar. Los métodos de medicina complementaria y alternativa, como la acupuntura, los nutracéuticos o la medicina herbaria, brindan soluciones que pueden ser atractivas para los

					pacientes debido a su relativo bajo costo y su aplicación fuera del ámbito hospitalario. Dicho esto, estos métodos aún no forman parte de la medicina convencional y carecen de evidencias suficientemente congruentes para una implementación clínica más amplia.
7.	Técnicas de neuromodulación para el tratamiento del dolor de cabeza	Noora Reffat, Carolina Pusec, Scott Price, Mayank Gupta, Philippe Mavrocordatos and Alaa Abd-Elsayed/ 2024/ Estados Unidos/ Multidisciplinary Digital Publishing Institute	Artículo de revisión	Esta revisión narrativa tiene como objetivo resumir la evidencia sobre el uso actual y las aplicaciones futuras de la neuromodulación en pacientes con cefaleas, con especial atención a la migraña y la cefalea en racimos crónica. Se realizó una búsqueda en PubMed en agosto de 2023 para examinar la literatura actual sobre neuromodulación para el tratamiento de la cefalea. En total, la búsqueda arrojó 1989 resultados, que se filtraron aún más para incluir solo revisiones sistemáticas publicadas entre 2022 y 2023 para capturar la investigación más actualizada y completa sobre este tema.	A pesar del desarrollo de numerosos tratamientos farmacológicos para los dolores de cabeza, los pacientes aún enfrentan varios obstáculos. Estos desafíos incluyen, entre otros, la eficacia variable e inconsistente del tratamiento, las dificultades para mantener el uso de medicamentos a largo plazo debido a los efectos secundarios, los problemas de accesibilidad y asequibilidad del tratamiento y el riesgo de desarrollar dolores de cabeza por uso excesivo de medicamentos. La neuromodulación es un campo en avance que promete ser una opción de tratamiento complementario o alternativo para la reducción de los dolores de cabeza y los días de migraña en pacientes crónicos.
8.	Terapia cognitivo conductual para la migraña: Una revisión sistemática y un metaanálisis	Ji-yong Bae , Hyun-Kyung Sung, Na-Yoen Kwon, Ho-Yeon Go, Tae-jeong Kim, Seon-Mi Shin and Sangkwan Lee/ 2022/ Korea/ Multidisciplinary Digital Publishing Institute	Revisión sistemática	Este estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia y seguridad de la TCC en el tratamiento de las migrañas. Materiales y métodos: Se realizaron búsquedas en siete bases de datos electrónicas desde la fecha de inicio hasta diciembre de 2020. Se incluyeron estudios controlados aleatorios (ECA) que usaron la TCC como intervención para la migraña. El resultado principal de este estudio fue determinar la frecuencia de las migrañas y su intensidad en la Escala Visual Analógica (EVA), la frecuencia de uso de medicamentos, la Evaluación de la Discapacidad por Migraña (MIDAS) y el índice de la Prueba de Impacto del Dolor de Cabeza (HIT-6).	Nuestro estudio encontró que la TCC puede mejorar la frecuencia de los dolores de cabeza y las puntuaciones MIDAS en pacientes con migraña, con pocos eventos adversos. En el análisis de subgrupos, la intensidad del dolor de cabeza en el grupo de TCC tuvo un efecto estadísticamente significativo sobre la migraña. Se necesitan más ECA con TCC para dolores de cabeza migrañosos para un análisis más preciso.
9.	Anticuerpos monoclonales dirigidos al CGRP: un nuevo	Andrea Lovato, Caterina Disco, Andrea Frosolini, Daniele Monzani and Francesco	Artículo retrospectivo	La investigación se atuvo a los principios delineados en la Declaración de Helsinki. Como investigación retrospectiva, el Comité de Ética del Hospital de Vicenza eximió la necesidad de aprobación formal. El análisis de los datos siguió el cumplimiento de las	Según nuestros resultados, los pacientes con migraña vestibular que utilizaron anticuerpos monoclonales anti-CGRP experimentaron una reducción en la discapacidad resultante del mareo, como se informó en el cuestionario DHI.

	tratamiento para la migraña vestibular.	Perini/ 2023/ Italia/ Multidisciplinary Digital Publishing Institute		normas de privacidad italianas y las leyes de datos sensibles. En este estudio retrospectivo cruzado, examinamos los registros médicos de sucesivos pacientes con VM que se sometieron a tratamiento tanto en el Hospital Civil de Vicenza como en la Clínica San Gaetano. El período de inscripción abarcó del 1 de enero de 2021 al 1 de enero de 2023.	Además, estos tratamientos se asociaron significativamente con una normalización del análisis instrumental vestibular. Estos hallazgos no se observaron con los tratamientos convencionales. El tratamiento con anticuerpos monoclonales anti-CGRP puede ser eficaz en pacientes con VM que no respondieron a las terapias convencionales para la migraña. Estos hallazgos deben probarse en ensayos clínicos aleatorizados de gran tamaño.
10.	Cefalea y migraña	J. Pascual/ 2019/ España/ Medicine	Artículo original	El 10-15% de la población occidental cumple los criterios de la IHS para el diagnóstico de migraña. La migraña es 2-3 veces más frecuente en el sexo femenino, lo que se explica por factores hormonales y también genéticos probablemente ligados al cromosoma X. La prevalencia de la migraña activa disminuye a partir de los 50 años de edad y la prevalencia de la variedad más invalidante de la migraña, la migraña crónica, es del 2% de la población, mayoritariamente mujeres en la edad media de la vida.	<p>La etiología íntima de las formas habituales de la migraña se desconoce, si bien combina una indudable predisposición genética con factores ambientales desencadenantes. La fisiopatología de la migraña, por el contrario, es bastante bien conocida. Mientras que el inicio de las crisis es central, a nivel hipotalámico, el dolor se debe a la liberación</p> <p>leptomeníngea de neuropéptidos algógenos, fundamentalmente CGRP, por activación del denominado sistema trigémino-vascular. El aura se debe a un fenómeno de depresión cortical propagada. El diagnóstico</p> <p>de la migraña se sustenta en criterios clínicos y una exploración normal. La migraña se inicia en la niñez/</p> <p>adolescencia, cursa con episodios de dolor moderado-grave de entre 4 y 72 horas de duración, de localización hemicraneal, pulsátil y con intolerancia a la luz, los ruidos y el movimiento. Aproximadamente un tercio de los pacientes tienen aura, habitualmente en forma</p>

					de síntomas visuales positivos o parestesias. Su manejo comprende siempre medidas generales y fármacos sintomáticos (AINE y/o triptanes) y tratamiento preventivo si hay más de 3 crisis al mes, con beta-bloqueantes y topiramato como fármacos de elección. Para aquellos pacientes con migraña crónica está indicada la toxina botulínica tipo A pericraneal.
11.	Cefalea en racimos y cefaleas secundarias	R. Leira/ 2019/ España/ Medicine	Artículo original	La prevalencia de la cefalea en racimos es de 124/100.000 habitantes. Predomina en varones (<i>ratio</i> hombre/mujer de 2:1), con un inicio típico de los síntomas en torno a los 30 años (entre 20-50 años). La forma episódica es más frecuente que la forma crónica. La cefalea en racimos tiene un gran impacto socioeconómico, con una elevada morbilidad: casi el 80% de los pacientes con esta cefalea tiene importantes limitaciones en su actividad diaria. La cefalea en racimos predomina en varones (casi el doble que en mujeres). El inicio de los síntomas suele ocurrir en torno a los 30 años (entre los 20 y los 50 años). El cuadro clínico, en la mayoría de los casos, es muy típico y permite realizar el diagnóstico en la mayoría de los casos.	La cefalea en racimos es la forma más frecuente de las cefaleas trigémino-autónomas, caracterizadas por la presencia de dolor estrictamente unilateral de localización trigeminal (primera rama) y activación del reflejo trigémino-facial (autónomo), responsable de las manifestaciones vegetativas oculares y faciales que acompañan al dolor. Se caracteriza por un perfil de aparición horaria de crisis de cefalea y la alternancia de períodos con dolor y períodos asintomáticos. Las cefaleas secundarias representan un amplio grupo que se asocia o atribuye a procesos clínicos muy variados. La ausencia de características especiales en la forma de la cefalea asociada al elevado número de procesos implicados origina, con frecuencia, dificultad para realizar un correcto diagnóstico y abordaje terapéutico.
12.	Seguridad y eficacia del erenumab en la migraña. Una revisión sistemática y un metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados	Changyu Zhu, MSa, Jianmei Guan, BSb, Hua Xiao, MSc, d, Weinan Luo, MSc, d, Rongsheng Tong, PhDc/ 2019/ China/ Medicine	Revisión sistemática	Todos los análisis se basaron en estudios publicados previamente, por lo que no se requiere aprobación ética ni consentimiento del paciente. Este metaanálisis se basa en la Declaración de elementos de informe preferidos para protocolos de revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA-P) de 2015.[11] Dos investigadores (CZ y JG) realizaron de forma independiente y por separado una búsqueda bibliográfica electrónica utilizando PubMed, Embase y la Biblioteca Cochrane desde el inicio hasta el 28 de octubre de 2018. Un tercer investigador independiente	En pacientes con EM y CM, las dosis de 70 y 140mg de erenumab se asociaron con una reducción de la media de días mensuales de migraña, días de medicación específica para la migraña y una tasa de respuesta superior al 50 % en comparación con placebo. Se observaron una reducción de la media de días mensuales de migraña y una tasa de respuesta superior o igual al 50 % en pacientes que tomaron 70 y 140mg de erenumab; sin embargo, esto no fue estadísticamente significativo en un subconjunto de pacientes, a pesar de una

				(HX) resolvió las diferencias entre los investigadores asignados sobre la inclusión de cada ensayo.	frecuencia significativamente reducida de días de medicación específica para la migraña desde el inicio en los grupos de erenumab de 140mg en comparación con 70mg. Tanto el grupo de erenumab de 70 como el de 140mg no mostraron ninguna diferencia estadísticamente significativa con respecto al placebo en lo que respecta a eventos adversos y más graves. Además, se necesitarán ECA con la potencia adecuada para establecer una dosis óptima de erenumab para tratar la migraña. Además, se deberían realizar más estudios para intentar evaluar la eficacia, la seguridad y el coste del erenumab en comparación con otros anticuerpos monoclonales disponibles.
13.	Banderas rojas y naranjas de cefaleas secundarias en la práctica clínica	Thien Phu Do, MD, Angelique Remmers, MD, Henrik Winther Schytz, MD, PhD, DMSc, Christoph Schankin, MD, Sarah E. Nelson, MD, Mark Obermann, MD, Jakob Møller Hansen, MD, PhD, Alexandra J. Sinclair, MD, PhD, Andreas R. Gantenbein, MD, and Guus G. Schoonman, MD, PhD/ 2019/ Alemania/ Neurology	Revisión bibliográfica	En esta revisión, nuestro objetivo es discutir la incidencia y prevalencia de las cefaleas secundarias, así como los datos sobre la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo de las señales de alerta para las cefaleas secundarias.	A menudo es posible realizar una aproximación de la sensibilidad de una señal de alerta, mientras que la especificidad es más difícil de evaluar, ya que la mayoría de los estudios sobre la aparición de síntomas clínicos se basan en estudios retrospectivos de pacientes con un trastorno de cefalea secundaria conocido. Los pacientes nuevos con cefalea deben ser evaluados utilizando la lista para aumentar la probabilidad de detectar una causa secundaria. Una combinación de señales de alerta podría aumentar las posibilidades de predecir la etiología subyacente de una cefalea secundaria. Hay mucho que aún no está claro, ya que no hay estudios epidemiológicos prospectivos. Además, algunas señales de alerta, como el cambio de patrón, no están bien dilucidadas. Se necesitan estudios a gran escala dada la baja incidencia de muchas causas secundarias. Una herramienta de detección validada para las cefaleas secundarias utilizando señales de alerta sería

					útil, como la evaluación para el TCE leve, para minimizar la cantidad de pruebas innecesarias y la ansiedad del paciente. Finalmente, una herramienta de detección validada conducirá a una mayor conciencia de las cefaleas secundarias.
14.	Fremanezumab para el tratamiento preventivo de la migraña	Juliana VanderPluym, MD, David W. Dodick, MD, Richard B. Lipton, MD, Yuju Ma, MA, Pippa S. Loupe, PhD, and Marcelo E. Bigal, MD/ 2018/ Estados Unidos/ Neurology	Ensayo clínico	Los datos del estado funcional se recopilaron prospectivamente a través del diario electrónico de dolores de cabeza en todos los días sin dolores de cabeza, y los pacientes respondieron preguntas sobre el desempeño en el trabajo, la escuela y las tareas domésticas, la velocidad de finalización del trabajo, la concentración y la sensación de fatiga. Se compararon individuos con EM que recibieron dosis mensuales de fremanezumab de 225mg (n = 96) o 675 mg (n = 97) o placebo (n = 104). Los individuos con migraña crónica que recibieron 675mg de fremanezumab seguidos de 225mg mensuales (n = 88) y 900mg (n = 86) también se compararon de forma independiente con aquellos que recibieron placebo (n = 89).	En pacientes con episodio migrañoso, en comparación con los pacientes que recibieron placebo, aquellos que recibieron fremanezumab experimentaron un mayor número de días sin dolor de cabeza con un funcionamiento normal en el trabajo/escuela/tareas domésticas y en medidas de concentración/fatiga mental en comparación con su valor inicial durante todo el período de tratamiento (todos p < 0,005). También se encontró un mayor número de días sin dolor de cabeza con un desempeño funcional normal para algunas medidas en el grupo de migraña crónica en aquellos tratados con fremanezumab. Hubo un mayor número de días sin dolor de cabeza con rendimiento funcional normal en todas las medidas para los pacientes con episodios migrañosos y algunas medidas para los pacientes con migraña crónica en los grupos tratados con fremanezumab. Se requieren más investigaciones para confirmar estos hallazgos en un estudio prospectivo y aclarar los mecanismos subyacentes.
15.	Manejo de la migraña: aspectos no farmacológicos Puntos para pacientes y profesionales de la salud	Faraidoon Haghdoost, Mansoureh Togha, open/ 2022/ Irán/ Medicine	Artículo de revisión narrativa	La migraña es un trastorno de dolor de cabeza común y uno de los trastornos más incapacitantes a nivel mundial. Es responsable de más del 50% de todos los años perdidos debido a discapacidad relacionada con trastornos neurológicos y es la primera causa de discapacidad en menores de 50 años. La migraña afecta significativamente la función social, física y ocupacional. Su prevalencia global en hombres y mujeres es del 9,8% y 18,9%, respectivamente (prevalencia general del 14,4%). La incidencia de la	Aunque se utilizan tratamientos farmacológicos agudos y profilácticos para controlar la migraña, los enfoques no farmacológicos están ganando popularidad entre los médicos y los pacientes. Es esencial identificar, evitar o aprender a lidiar con los factores desencadenantes de los ataques de migraña, incluidos los factores ambientales (p. ej., gran altitud, calor, luz, sonido, olor y cambios climáticos y de presión),

				<p>migraña alcanza su punto máximo entre los 35 y 45 años y, aunque la prevalencia es similar en niñas y niños antes de la pubertad, se estima que la proporción de mujeres a hombres es de tres a uno en las edades reproductivas. Aunque la migraña se asocia con una carga considerable, se puede controlar bien utilizando enfoques farmacológicos y no farmacológicos.</p>	<p>cambios en los patrones de sueño (es decir, irregular, demasiado, muy poco y falta de sueño), dieta (p. ej., ayuno y hambre, comidas irregulares, deshidratación y algunos alimentos), actividad física (es decir, fatiga y ejercicio prolongado), estrés y ansiedad, algunos medicamentos y cambios hormonales. El control del peso, la modificación del estilo de vida, la biorretroalimentación conductual, la educación del paciente, la mejora del conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad y el uso de diarios de cefaleas son otros enfoques prácticos no farmacológicos para el manejo de la migraña que son muy recomendables. Además, el empleo de técnicas de neuromodulación, suplementos dietéticos como la riboflavina, la coenzima Q10 y el magnesio, y la acupuntura pueden ser útiles. Algunos beneficios del manejo no farmacológico de la migraña son los siguientes: prevenir o reducir la posibilidad de sufrir una migraña y de efectos adversos de los medicamentos, reducir el costo del uso de medicamentos, ayudar a las personas con migraña que no se benefician lo suficiente de los medicamentos o no quieren tomarlos, controlar la migraña durante el embarazo y la lactancia o cuando existen contraindicaciones para el uso de medicamentos y mejorar la eficacia de los tratamientos abortivos y preventivos. Por último, los enfoques farmacológicos y no farmacológicos no deben excluirse entre sí, sino que ambos deben ser considerados</p>
16.	Eficacia de la biorretroalimentación en el tratamiento de la migraña y las cefaleas tensionales	William J. Mullally, MD, Kathryn Hall MS, RNCS, ANP-BC, and Richard Goldstein, PhD,	Artículo de ensayo clínico	<p>Se trató de un estudio aleatorizado, prospectivo, a simple ciego y realizado en un solo centro. El estudio fue aprobado y supervisado diligentemente por el Comité de Investigación Clínica de la Fundación del Plan de Salud Comunitario de Harvard.</p>	<p>Los pacientes que completaron el programa con educación en teoría del dolor y técnicas de relajación mostraron una disminución estadísticamente significativa en la frecuencia y severidad de los dolores de cabeza en los primeros 12 meses que continuó hasta los 36</p>

		2009/ USA/ Pain Physician Journal		<p>Se incluyeron en el estudio sesenta y cuatro pacientes con migraña con o sin aura y/o cefaleas tensionales, según los criterios de la ICHD-1, de 18 a 55 años de edad, que habían sufrido cefaleas durante más de un año. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente para recibir biofeedback además de la instrucción básica de relajación o técnicas de relajación solamente. Todos los pacientes recibieron instrucción en la teoría del dolor. El entrenamiento de biofeedback consistió en 10 sesiones de 50 minutos utilizando retroalimentación EMG estándar de los músculos frontal y trapecio y temperatura del tercer dedo de la mano dominante. Se proporcionó retroalimentación visual y auditiva. Treinta y tres pacientes fueron asignados para recibir biofeedback más las técnicas de relajación y 31, las técnicas de relajación solamente. A todos los pacientes se les pidió que respondieran cuestionarios periódicos durante 36 meses. El análisis primario fue un análisis por intención de tratar (ITT). No se realizaron análisis subsidiarios y se analizaron los 11 sujetos (7 en el grupo de relajación sola y 4 en el grupo de biofeedback) que no recibieron ningún tratamiento y los resultados fueron cualitativamente los mismos.</p>	<p>meses. La biorretroalimentación no proporcionó ningún beneficio adicional, específicamente ningún cambio en la frecuencia o severidad de los dolores de cabeza. Después de 3 meses, el 48% de los del grupo de relajación reportaron menos dolores de cabeza severos, mientras que el 35% de los del grupo de biorretroalimentación reportaron menos dolores de cabeza severos; después de 6 meses, el 52% de los del grupo de relajación reportaron menos dolores de cabeza severos en comparación con el 57% que reportaron menos dolores de cabeza severos en el grupo de biorretroalimentación. El número de medicamentos utilizados por los pacientes y la utilización de atención médica disminuyeron en ambos grupos durante 36 meses, lo que sugiere una regresión a la media. En conclusión, el tratamiento no farmacológico, específicamente técnicas de relajación simples y educación en la teoría del dolor, debe seguir siendo una parte integral del programa de tratamiento para la migraña y las cefaleas tensionales. La instrucción en relajación puede lograrse en unas pocas visitas y no requiere un tratamiento prolongado. Sin embargo, la biorretroalimentación ya no debe aceptarse universalmente como tratamiento estándar para estos trastornos en adultos, ya que la adición de esta modalidad de tratamiento, en nuestro estudio, no proporcionó un beneficio terapéutico adicional.</p>
17.	Lasmiditan para el tratamiento de migrañas con o sin aura en adultos	Amnon A. Berger, Ariel Winnick, Daniel Popovsky, Alicia Kaneb, Kevin Berardino, Adam M. Kaye, Elyse M. Cornett, Alan D. Kaye, Omar	Artículo de Revisión	<p>Hubo cuatro estudios de fase I que investigaron la eficacia de las formulaciones orales de lasmiditán y uno que investigó la formulación intravenosa. No hay datos publicados disponibles del estudio intravenoso en 2003, sin embargo, se realizó un estudio de fase II más amplio en 2007 para evaluar la eficacia y los rangos de dosis y se describe más adelante en este texto. Dos de los ensayos orales de fase I también tienen datos limitados</p>	<p>Las migrañas son una cefalea primaria incapacitante común que afecta a aproximadamente el 12 % de los estadounidenses. Son más frecuentes en mujeres que en hombres y conllevan costos significativos de discapacidad y atención médica. El tratamiento tradicional, que incluye AINE, triptanos y tratamiento profiláctico, no</p>

		<p>Viswanath, Ivan Urits/ 2020/ USA/ Psychopharmacology Bulletin</p>		<p>disponibles, pero mostraron que las formulaciones orales alcanzaron niveles plasmáticos que previamente habían demostrado ser eficaces con la administración intravenosa sin eventos adversos graves. El primer ensayo de fase II, COL-MIG 201 evaluó la eficacia de varias dosis (2,5 a 45 mg) de lasmiditán intravenoso. El ensayo de fase II COL-MIG 202 evaluó la eficacia y seguridad de la formulación oral. El primer ensayo de fase III de lasmiditán, COL-MIG 301, fue un estudio doble ciego, multicéntrico, aleatorizado y controlado con placebo. COL-MIG 303 otro ensayo de fase III doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo, demostró que los participantes tenían significativamente más probabilidades de estar libres de dolor de cabeza 2 horas después de la ingestión de lasmiditán, independientemente de la dosis, en comparación con placebo.</p>	<p>logra resolver ni prevenir completamente la migraña y conlleva efectos secundarios significativos. Debido a que la mayoría de las terapias actuales para la migraña no estaban originalmente destinadas a tratarla, la adherencia al tratamiento profiláctico es bastante baja debido a los efectos indeseables de los medicamentos.</p> <p>La acumulación de investigaciones ha puesto de relieve la importancia de la TVS y de los factores moduladores, como el CGRP y la sustancia P, en la generación y perpetuación de las migrañas. La investigación se ha centrado en los fármacos que actúan específicamente sobre estas vías, como los anticuerpos y agonistas del receptor CGRP (como los gepants), y los nuevos ditanes, incluido el lasmiditán.</p> <p>Los ditanes son 5-HT_{1F} de alta especificidad que actúan tanto a nivel central como periférico y son muy eficaces para el tratamiento de los ataques agudos de migraña. El lasmiditán está disponible en comprimidos de 50, 100 y 200 mg y está aprobado por la FDA para el tratamiento de la migraña con o sin aura. También es eficaz para reducir los síntomas no relacionados con el dolor de cabeza, como las náuseas, la fotofobia y la fonofobia. Al actuar como agonista de los receptores, el lasmiditán reduce la señalización del CGRP y del glutamato, lo que reduce la sensibilización nociceptiva, que es importante en la fisiopatología de la migraña.</p> <p>El lasmiditán es el resultado de una importante investigación sobre la fisiopatología y los mecanismos biofísicos que son la raíz de las migrañas. Por lo tanto, no es un fármaco reutilizado y es más adecuado para tratar las migrañas directamente. Es 400 veces más específico para los receptores 5-HT_{1F} que los 5-HT_{1B} y 5-HT_{1D}, lo que significa que carece</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>de los efectos cardiovasculares que suelen observarse con los triptanos. Esto lo hace no solo más tolerable sino también más seguro en una población más grande de pacientes.</p> <p>Lasmiditan se evaluó en varios ensayos clínicos aleatorizados que evaluaron tanto el alivio como el tiempo de alivio logrado por Lasmiditan, y en todos los casos, fue superior al placebo, así como en lograr la resolución de los síntomas no relacionados con el dolor de cabeza. Lamentablemente, en este momento no hay ensayos disponibles que comparen el lasmiditán con medicamentos existentes en lugar de un placebo. Estos serán necesarios para evaluar verdaderamente su eficacia y superioridad sobre los tratamientos existentes. Los ensayos clínicos hasta ahora han demostrado un buen perfil de seguridad para el lasmiditán. Un inconveniente importante es la sedación, que puede limitar su uso diario en la población activa. Una preocupación específica podría ser el aumento del riesgo de suicidio que debería controlarse de cerca, considerando el mecanismo conocido de modulación de 5-HT</p>
18.	<p>Terapia cognitivo conductual más amitriptilina para la migraña crónica en niños y adolescentes: un ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>Scott W. Powers, PhD, Susmita M. Kashikar-Zuck, PhD, Janelle R. Allen, MS, Susan L. LeCates, MSN, Shalonda K. Slater, PhD, Mariam Zafar, PsyD, Marielle A. Kabbouche, MD, Hope L. O'Brien, MD, Chad E. Shenk, PhD, Joseph R. Rausch, PhD, and Andrew</p>	<p>Artículo original</p>	<p>Se realizó un ensayo clínico aleatorizado con 135 jóvenes (79 % mujeres) de 10 a 17 años de edad con diagnóstico de migraña crónica (≥ 15 días de cefalea al mes) y una puntuación en la escala Pediatric Migraine Disability Assessment Score (PedMIDAS) superior a 20 puntos. Se los asignó al grupo de terapia cognitivo conductual (TCC) más amitriptilina ($n = 64$) o al grupo de educación sobre cefaleas más amitriptilina ($n = 71$). El estudio se llevó a cabo en el Centro de Cefalea del Hospital Infantil de Cincinnati entre octubre de 2006 y septiembre de 2012; 129 completaron un seguimiento de 20 semanas y 124 completaron un seguimiento de 12 meses.</p>	<p>Al inicio, hubo una media (DE) de 21 (5) días con cefalea cada 28 días y la media (DE) de PedMIDAS fue de 68 (32) puntos. Al final de la semana 20, los días con cefalea se redujeron en 11,5 para el grupo de TCC más amitriptilina frente a 6,8 para el grupo de educación sobre cefalea más amitriptilina (diferencia, 4,7 [IC del 95%, 1,7-7,7] días; $P = 0,002$). El PedMIDAS disminuyó en 52,7 puntos para el grupo de TCC frente a 38,6 puntos para el grupo de educación sobre cefalea (diferencia, 14,1 [IC del 95%, 3,3-24,9] puntos; $P = 0,01$). En el grupo de TCC, el 66% tuvo una reducción del 50% o más en los días de cefalea frente al 36% en el grupo de educación sobre cefalea (odds ratio, 3,5 [IC del</p>

		D. Hershey, MD, PhD/ 2013/ Estados Unidos/ The Journal of the American Medical Association			95%, 1,7-7,2]; P < .001). En el seguimiento de 12 meses, el 86% del grupo de TCC tuvo una reducción del 50% o más en los días de cefalea frente al 69% del grupo de educación sobre cefalea; el 88% del grupo de TCC tuvo un PedMIDAS de menos de 20 puntos frente al 76% del grupo de educación sobre cefalea. La credibilidad e integridad del tratamiento medidos fueron altas para ambos grupos. Entre los jóvenes con migraña crónica, el uso de TCC más amitriptilina resultó en mayores reducciones en los días con dolor de cabeza y discapacidad relacionada con la migraña en comparación con el uso de educación sobre el dolor de cabeza más amitriptilina. Estos hallazgos respaldan la eficacia de la TCC en el tratamiento de la migraña crónica en niños y adolescentes.
19.	Péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP): papel en la fisiopatología de la migraña y orientación terapéutica.	Anne-Sophie Wattiez, Levi P. Sowers, Andrew F. Russo/ 2020/ Estados Unidos/ Expert Opinion on Therapeutic Targets	Artículo original	Hasta la fecha, los hallazgos clave en el campo son que el CGRP (gen de la calcitonina) es necesario y suficiente para inducir migraña en muchos pacientes y que los medicamentos dirigidos al CGRP o su receptor son eficaces en tratamiento de la migraña. En esta sección, especularemos primero sobre el tema de seguridad de anticuerpos monoclonales y luego hacia dónde podría dirigirse ahora el campo. Describimos el papel del CGRP en la fisiopatología de la migraña y las terapias dirigidas al CGRP actualmente en desarrollo y en uso. También discutimos cómo un segundo CGRP, el receptor puede proporcionar una nueva diana terapéutica.	Estudios preclínicos y clínicos han demostrado que el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP) es un neuropéptido fundamental en la fisiopatología de la migraña, pero aún quedan por dilucidar los mecanismos por los que participa. El ataque al CGRP o a su receptor con anticuerpos o moléculas pequeñas es muy eficaz para aliviar los síntomas de la migraña en aproximadamente la mitad de los pacientes. Los fármacos antagonistas del CGRP parecen ser seguros hasta el momento, sin embargo, se necesitan estudios abiertos a largo plazo para confirmar este perfil de seguridad. Es probable que un mejor conocimiento de los sitios de acción del CGRP y de las vías de señalización conduzca a mejores tratamientos para los pacientes. Un segundo receptor CGRP, conocido como receptor de amilina 1, podría ser un nuevo objetivo para el tratamiento de la migraña.

					La focalización de otros neuropéptidos, como PACAP y amilina, que tienen funciones similares a las del CGRP, representa una vía adicional para terapias alternativas y/o complementarias.
20.	Ketamina para la migraña crónica refractaria: un estudio piloto observacional y análisis de metabolitos	Eric S. Schwenk, Marc C. Torjman, Ph, Ruin Moaddel, Ph, Jacqueline Lovett, Daniel Katz, William Denk, Clinton Lauritsen, Stephen D. Silberstein, Irving W. Wainer, PhD/ 2021/ Estados Unidos/ The Journal of Clinical Pharmacology	Artículo original	Este estudio fue aprobado por la Junta de Revisión Institucional de la Universidad Thomas Jefferson el 20 de marzo de 2019 y se llevó a cabo de acuerdo con la Declaración de Helsinki. Todos los pacientes dieron su consentimiento informado por escrito. Los pacientes fueron identificados por los médicos especialistas en dolor de cabeza o el coordinador de investigación en el momento de su visita al consultorio después de la hospitalización inicial por lidocaína desde diciembre de 2018 hasta octubre de 2019 en el Hospital Metodista de Filadelfia, Pensilvania. Una vez que el médico especialista en dolor de cabeza programó al paciente para una segunda hospitalización, lo que generalmente significaba que el paciente había informado una mejoría en el dolor diario promedio de 0 o 1 en la escala de calificación numérica de 0 a 10 desde la hospitalización inicial, se acercó al paciente para su inscripción en el estudio prospectivo y observacional	Los pacientes con migraña crónica refractaria tienen dolor continuo y discapacidad sustancial. Hemos demostrado que tanto las infusiones de lidocaína como las de (R, S)-ketamina tienen potencial para reducir el dolor a corto plazo y "romper el ciclo" de síntomas constantes, con una reducción más pronunciada de la puntuación del dolor con el tratamiento con (R, S)-ketamina. En este estudio, no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre las puntuaciones de dolor y los niveles circulantes de (R, S)-ketamina o sus metabolitos. Sin embargo, las concentraciones circulantes de (2R,6R)-HNK estuvieron en su punto más alto entre los días 3 y 5, el período de tiempo en que el dolor estaba en su punto más bajo, lo que sugiere la posibilidad de que esta molécula podría ser prometedora como un analgésico que carece de los efectos adversos psicomiméticos de la (R, S)-ketamina, aunque esto debe interpretarse con precaución dada la pequeña muestra de ensayo.
21.	Cefaleas: abordaje clínico inicial, con enfoque en la migraña	Eduardo Stonski, Daniel Weissbrod/ 2019/ Argentina/ Revista Argentina de Medicina	Artículo de revisión	En este artículo se realiza un repaso de la definición de cefalea, de su clasificación, del abordaje de un paciente que consulta por primera vez por cefalea, para terminar en la definición clínica de migraña y un comentario acerca de los nuevos conceptos sobre fisiopatología y el tratamiento de esta afección.	Las cefaleas son unos de los motivos de consulta más frecuentes en todos los ámbitos de atención médica. Pueden ser primarias, una enfermedad en sí mismas, en general de curso benigno con un alto impacto en la calidad de vida, y también pueden ser de causa secundaria, un síntoma de otra enfermedad que en general pone en riesgo la vida del paciente. Es muy importante hacer un diagnóstico adecuado de qué cefalea se está abordando, y sobre todo de las características del paciente (comorbilidades, ventana terapéutica, etc.). Es

					importante ajustarse a la definición de cada subtipo, ya que no todas las cefaleas son iguales y no todas tienen un abordaje terapéutico igual. Por último, los nuevos conceptos recientes sobre la fisiopatología de la migraña permitieron el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas prometedoras, pero que por ahora sólo tienen indicación en pacientes refractarios o que por diferentes motivos han fracasado en los tratamientos preventivos habituales
22.	Cefalea por abuso de medicamentos	Cilian Fallas Santana, Allan Humberto Quesada Salas, Albin Gerardo Porras Vargas/ 2023/ Costa Rica/ Revista Médica Sinergia	Artículo de revisión bibliográfica	La revisión bibliográfica de este artículo se realizó mediante una búsqueda detallada de artículos médicos provenientes de diversos buscadores tales como PubMed, EBSCO host y SciELO. Los criterios de inclusión fueron artículos en inglés y español publicados entre los años 2018 y 2022, con información relevante para su utilización en la presente revisión. Se excluyeron los artículos que no contaran con dichos criterios. Para la búsqueda se emplearon palabras clave tales como “cefalea por abuso de medicamentos”, “cefalea y AINES”, “cefalea y opioides” y “cefalea crónica”, dando lugar a una selección final de 15 publicaciones que se utilizaron para el desarrollo de esta revisión bibliográfica	Se debe tener presente que el principal causante de esta cefalea es el uso abusivo de analgésicos de distintos tipos. Esto resulta de suma importancia a la hora de definir el diagnóstico y el manejo, dado que la incidencia de esta no es despreciable y consecuentemente conlleva a una problemática económica para los sistemas de salud. Para ello, el clínico se debe basar en la historia previa con una adecuada indagación sobre el uso de fármacos, su combinación y la duración de los esquemas; asimismo, se deben descartar otras causas de cefalea secundaria con un adecuado examen físico y neurológico completo. En cuanto a la respuesta al tratamiento, este se verifica una vez que se observe una mejoría posterior con el retiro de la medicación analgésica, tomando en cuenta que, si esto no ocurre, se podría replantear el diagnóstico y analizar otros posibles diagnósticos diferenciales. Durante este manejo resulta esencial la información y la educación al paciente, la adición de un adecuado tratamiento farmacológico preventivo para su cefalea de base, así como la insistencia en el tratamiento no farmacológico, con mejoría en estilos de vida y el adecuado seguimiento para evitar una

					recaída con un reinicio de comportamientos y automedicaciones inapropiadas.
23.	Eficacia y seguridad de la migraña crónica Tratamientos preventivos: una revisión sistemática de la literatura	Andrew M. Blumenfeld. Gavneet Kaur. Anadi Mahajan. Hemlata Shukla. Katherine Sommer. Amy Tung. Kerry L. Knievel, 2022/ Estados Unidos/ Pain and Therapy	Revisión sistemática	Una búsqueda sistemática en MEDLINE, Embase, y la biblioteca Cochrane con referencias inversas y búsquedas complementarias datos recuperados publicados entre enero de 2010 y febrero de 2020. Se proyectaron publicaciones, extraídos y evaluados de calidad. Los datos se utilizaron de forma narrativa. Sintetizado. Criterios de búsqueda incluidos medicamentos preventivos para la migraña crónica (CM). disponible para topiramato, onabotulinumtoxinA, Los anticuerpos monoclonales de CGRP (erenumab, galcanezumab y fremanezumab). La toxina onabotulina A fue evaluados con mayor frecuencia (55 estudios), seguidos por erenumab (seis estudios), múltiples AGMs de CGRP (un estudio) y topiramato (un estudio). A largo plazo se disponía de datos ([1 año] para la onabotulinumtoxinA solo, con erenumab reportado hasta 6 meses, topiramato hasta 3 meses, y múltiples CGRP mAbs hasta 12 meses.	Datos sustanciales demostraron que la onabotulinumtoxinA reduce la cantidad y frecuencia de dolores de cabeza, el uso concomitante de medicamentos agudos y el impacto de los dolores de cabeza en el bienestar y la actividad diaria. Evidencias más limitadas mostraron beneficios para los mismos parámetros con erenumab. Estudios individuales sugirieron que el topiramato y múltiples mAb CGRP disminuyen la cantidad y frecuencia de dolores de cabeza y el impacto de los dolores de cabeza. Hasta la fecha, la onabotulinumtoxinA es el único tratamiento preventivo para la MC que cuenta con datos de seguridad a largo plazo en entornos del mundo real que informan eventos adversos relacionados con el tratamiento de hasta 3 años. Si bien existe evidencia sustancial del mundo real que respalda la eficacia y seguridad a largo plazo de la onabotulinumtoxinA, los datos del mundo real sobre otros tratamientos preventivos de la CM actualmente se limitan a la eficacia a corto plazo debido a sus aprobaciones más recientes.
24.	Oxigenoterapia en la cefalea en racimos, la migraña y otros trastornos de la cefalea	Heejung MoaSoo Jie ChungbTodd D RozencSoo-Jin Choa/ 2022/ Corea/ The Journal of Clinical Neurology (JCN)	Revisión sistemática	Identificamos artículos sobre la asociación entre la oxigenoterapia (OT) y el dolor de cabeza mediante una búsqueda sistemática en la base de datos PubMed (que incorpora MEDLINE). Las búsquedas que incluyeron artículos completos y resúmenes se realizaron el 9 de marzo de 2021 utilizando la siguiente cadena de búsqueda: ("terapia de oxígeno de alto flujo" O "terapia de oxígeno en el hogar") Y ("cefalea" O "migraña"). Las cadenas de búsqueda se ingresaron en la base de datos como texto libre sin restricciones para minimizar la posibilidad de omitir registros relevantes, excepto para la exclusión de artículos publicados en idiomas distintos del inglés. No se evaluaron el dolor de cabeza relacionado con la hipoxia, como el dolor de cabeza por	La terapia ocupacional es una opción eficaz y relativamente segura para el tratamiento agudo de la cefalea y otros trastornos primarios de la cefalea. Establecer el caudal óptimo y el modo de suministro de oxígeno es esencial para el uso generalizado de la OT para los trastornos de cefalea. El perfil de seguridad general de la terapia ocupacional la convierte en una opción de tratamiento muy atractiva para su uso en el domicilio del paciente, así como en el servicio de urgencias.

				<p>altura y el dolor de cabeza asociado con la intoxicación por monóxido de carbono y la OT hiperbárica (colocar todo el cuerpo del paciente en un ambiente de mayor presión, generalmente 2 a 3 atmósferas de presión absoluta).</p> <p>La búsqueda recuperó 192 registros de la base de datos PubMed. Una revisión de la relevancia de estos registros dio como resultado la eliminación de 19 artículos que no estaban en inglés y 134 artículos que no eran suficientemente relevantes, por lo que se seleccionaron 39 registros para su inclusión. Las búsquedas adicionales realizadas con términos de búsqueda relevantes identificaron otros 22 artículos, por lo que finalmente se incluyeron en esta revisión 34 artículos originales y 27 artículos de revisión.</p>	
25.	Diagnóstico, fisiopatología y tratamiento del conglomerado jaqueca	Jan Hoffmann, Arne May/ 2018/ Alemania/ The Lancet Neurology	Revisión sistemática	<p>Seleccionamos las referencias revisando nuestros archivos personales y buscando en PubMed manuscritos publicados en inglés entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de julio de 2017, con el término "cefalea en racimos" y una variedad de combinaciones de los siguientes términos: "TAC", "patofisiología", "genético", "epidemiología", "imagen", "cerebro", "vasos", "SNC", "nervio trigémino", "SPG", "hipotálamo", "sistema límbico", "circadiano", "circanual" y "neurotransmisor". Revisamos las listas de referencias dentro de investigaciones originales y artículos de revisión para obtener referencias adicionales. Finalizamos la lista de referencias sobre la base de la originalidad y relevancia para el alcance de este artículo de la serie.</p>	<p>Los estudios de neuroimagen y las técnicas de neuromodulación han aumentado la comprensión de la fisiopatología de la cefalea en racimos. El estudio de distintas estructuras centrales (hipotálamo) y periféricas (ganglio esfenopalatino, nervio vago y nervio occipital) ha ayudado a describir su influencia en las características distintivas de la cefalea en racimos. Sin embargo, aún no está claro cómo se inicia el ataque y cuáles de todas las estructuras involucradas son responsables de la generación de la cefalea en racimos. El hipotálamo podría desempeñar un papel fundamental en el inicio de un episodio y las primeras etapas de un ataque; esta hipótesis está respaldada por la eficacia de las técnicas de estimulación cerebral profunda. Sin embargo, ya sea que el hipotálamo impulse el ataque o si simplemente ponga el reflejo autónomo del trigémino en un estado permisivo que en aún no está claro qué facilita a su vez el inicio de ataques. Se necesitan más investigaciones para dilucidar el papel exacto del nervio trigémino y del complejo trigéminocervical en la cefalea en racimos.</p>

					<p>Además, los mecanismos responsables del aborto de ataques y la prevención. Los efectos de una cefalea en racimo siguen siendo desconocidos y merecen más atención en estudios futuros.</p> <p>Los anticuerpos monoclonales CGRP que se están investigando para el tratamiento preventivo de la cefalea en racimos episódica y crónica podrían responder algunas de estas preguntas, ya que, según su tamaño molecular, no parecen cruzar la barrera hematoencefálica, lo que sugiere un sitio de acción fuera de la barrera hematoencefálica. del SNC. Por tanto, desde el punto de vista patomecánico, y más aún en lo que respecta a su potencial eficacia clínica en la prevención de ataques en racimo, se esperan con impaciencia los resultados de estos ensayos.</p>
26.	<p>Efectividad clínica de los tratamientos farmacológicos</p> <p>Intervenciones para el manejo de la migraña crónica</p> <p>En adultos: una revisión sistemática y red metaanálisis</p>	<p>Seyran Naghdi, Martin Underwood Jason Madan, Anna Brown, Callum Duncan, Manjit Matharu⁵, Aiva Aksentyte, Natasha Davies, Sophie Rees, Andrew Cooklin, Amy Grove and Hema Mistry/ 2023/ Reino Unido/ The Journal of Headache and Pain</p>	Revisión sistemática	<p>Realizamos búsquedas sistemáticas de literatura utilizando términos para migraña/cefalea e intervenciones farmacológicas profilácticas, combinados con términos económicos/de costo cuando fue apropiado. Utilizando criterios de inclusión y exclusión, dos revisores evaluaron de forma independiente las citas y los resúmenes, y se recuperaron los artículos de texto completo. Se evaluó una revisión de las características de los estudios y la calidad metodológica.</p>	<p>Dieciséis citas cumplieron los criterios de inclusión y eran estudios de costo-utilidad basados en modelos que evaluaban: Botox (n = 6); Erenumab (n = 8); Fremanezumab (n = 2); y Galcanezumab (n = 1) como tratamiento principal. Variaron en su uso de comparadores, perspectiva y tipo de modelo. Botox fue rentable en comparación con placebo con una relación costo-efectividad incremental (ICER) que oscilaba entre £ 15,028 (€ 17,720) y £ 16,598 (€ 19,572). Erenumab, Fremanezumab y Galcanezumab, cuando se compararon con Botox, se asociaron con ICER que oscilaron entre £ 59,712 (\$ 81,080) y £ 182,128 (€ 218,870), con los ICER por encima de los umbrales de disposición a pagar (WTP) más comunes. Sin embargo, resultaron rentables dentro de las WTP comúnmente utilizadas entre la población en la que los tratamientos anteriores, incluido el bótox, habían fracasado. Tres estudios compararon la relación coste-eficacia de Erenumab frente al placebo y</p>

					<p>descubrieron que Erenumab era dominante. Todos los estudios realizaron análisis de sensibilidad para comprobar la solidez de sus resultados. Ninguno de los hallazgos de los artículos incluidos fue generalizable y ninguno de los estudios incluidos cumplió todos los criterios mencionados en la lista de verificación de informes CHEERS 2022 y la lista de verificación de Phillips para modelos económicos. Se identificaron evidencias que respaldan la relación costo-efectividad de los tratamientos farmacológicos de la migraña crónica en la población adulta con Botox y Erenumab. Nuestros hallazgos sugieren que tanto Botox como Erenumab son costo-efectivos en comparación con placebo; aunque Erenumab tuvo más beneficios económicos incrementales en comparación con Botox, los ICER estuvieron por encima de los umbrales de disposición a pagar más comunes. Por lo tanto, Erenumab podría ser un tratamiento aceptable para la migraña crónica en pacientes para quienes otros tratamientos como Botox no funcionan. Se necesitan más investigaciones para ayudar a caracterizar los datos para estructurar y parametrizar adecuadamente un modelo económico que respalde la toma de decisiones para terapias de migraña crónica.</p>
27.	<p>Consenso de la federación europea de cefaleas sobre la definición de resistente y refractario migraña</p>	<p>Simona Sacco, Mark Braschinsky, Anne Ducros, Christian Lampl, Patrick Little, Antoinette Maassen van den Brink, Patricia Pozo-Rosich, Uwe Reuter, Elena Ruiz de la Torre,</p>	<p>Revision bilbiografica</p>	<p>El Grupo que elaboró esta declaración de consenso estuvo integrado por de los miembros del Consejo de la EHF. Diez de Los miembros de la Junta son médicos (con especialización en Neurología o Medicina Interna) y uno es farmacólogo; Todos tienen experiencia en dolor de cabeza. El Panel incluye también dos representantes (PL, ERDLT) de pacientes de la Alianza Europea de la Migraña y el Dolor de Cabeza (EMHA). Pacientes</p>	<p>Esperamos que la definición actualizada de EHF sea capaz de resolver los conflictos que han limitado el uso de las definiciones que se han propuesto en el pasado. Solo con una definición ampliamente aceptada, se avanza en Se puede lograr la migraña difícil de tratar. Esta nueva definición también tiene el objetivo de aumentar la comprensión de el impacto de la migraña como enfermedad con todas sus implicaciones sociales, legales y sanitarias. Es la esperanza de la</p>

		Margarita Sanchez Del Rio, Alexandra J. Sinclair, Zaza Katsarava and Paolo Martelletti 2020/ Italia/ The Journal of Headache and Pain		Los representantes no participaron en el consenso proceso de elaboración de las definiciones, pero tuvo la oportunidad de proporcionar sugerencias y comentarios	Grupo de Consenso de Expertos de la EHF que los criterios propuestos estimularán una mayor atención clínica, científica y social a los pacientes que sufren de migraña, que es difícil de tratar.
28.	La prevalencia mundial de la cefalea: Una actualización, con análisis de las influencias de los factores metodológicos sobre la prevalencia Estimaciones	Lars Jacob Stovner, Knut Hagen, Mattias Linde and Timothy J. Steiner, 2022/ Noruega/ The Journal of Headache and Pain	Revisión narrativa	En una revisión narrativa, todos los estudios de prevalencia publicados hasta 2020, excluyendo los de las poblaciones clínicas, se identificaron a través de una búsqueda bibliográfica. Se extrajeron los datos de prevalencia, así como los relacionados con la metodología, Región mundial y año de publicación. Análisis bivariados (correlaciones o comparaciones de medias) y análisis lineales múltiples. Se realizaron análisis de regresión (MLR).	A partir de 357 publicaciones, la gran mayoría de países de ingresos altos, se estima que la prevalencia mundial de el trastorno de cefalea activa fue del 52,0% (IC95% 48,9-55,4), el de migraña del 14,0% (12,9-15,2), el de TTH del 26,0% (22,7-29,5) y el de H15+ 4,6% (3,9–5,5). Estas estimaciones fueron comparables con las de migraña y TTH en GBD2019, las más recientes iteración, pero más alto para el dolor de cabeza en general. Cada día, el 15,8% de la población mundial tenía dolor de cabeza. Análisis de MLR explicaba menos del 30% de la variación. Los factores metodológicos que contribuyeron a la variación fueron el año de publicación, la muestra tamaño, inclusión de diagnósticos probables, muestreo de subpoblaciones (por ejemplo, de personal de salud), método de muestreo (aleatoria o no), pregunta de cribado (neutral, o calificada en gravedad o causa presunta) y alcance de la investigación (solo trastornos de dolor de cabeza o muchas otras afecciones). Teniendo esto en cuenta, las estimaciones de la prevalencia de la migraña aumentó a lo largo de los años, mientras que las estimaciones para todos los tipos de dolor de cabeza variaron entre las regiones del mundo.
29.	La eficacia comparativa de la migraña	Christian Lampl, Antoinette MaassenVanDenBrock, Christina I.	Revisión bibliográfica	Se hicieron búsquedas en MEDLINE, EMBASE, CENTRAL y clinicaltrials.gov desde su inicio hasta el 13 de agosto de 2022 para ensayos aleatorizados de tratamientos farmacológicos para la profilaxis de la	Identificamos 74 ensayos elegibles, que informaron sobre 32.990 pacientes. Encontramos evidencia de certeza alta de que los anticuerpos monoclonales que actúan sobre

	Fármacos preventivos: una revisión sistemática y metaanálisis de redes	Deligianni, Raquel Gil-Gouveia, Tanvir Jassal, Margarita Sanchez-del-Rio, Uwe Reuter, Derya Uluduz, Jan Versijpt, Dena Zeraatkar and Simona Sacco/ 2023/ Austria/ The Journal of Headache and Pain		migraña en adultos. Los revisores trabajaron de forma independiente y por duplicado para filtrar referencias, extraer datos y evaluar el riesgo de sesgo. Se realizó un estudio frecuentista de efectos aleatorios metaanálisis en red y calificó la certeza (calidad) de la evidencia como alta, moderada, baja o muy baja mediante el uso del enfoque GRADE	el péptido relacionado con el gen de la calcitonina o su receptor (CGRP(r)mAbs), los gepantes y el topiramato aumentan la proporción de pacientes que experimentan una reducción del 50% o más en los días de migraña mensuales, en comparación con placebo. Encontramos evidencia de certeza moderada de que los betabloqueantes, el valproato y la amitriptilina aumentan la proporción de pacientes que experimentan una reducción del 50% o más en los días de migraña mensuales, y evidencia de certeza baja de que la gabapentina puede no ser diferente del placebo. Encontramos evidencia de certeza alta de que, en comparación con placebo, el valproato y la amitriptilina conducen a eventos adversos sustanciales que conducen a la interrupción, evidencia de certeza moderada de que el topiramato, los betabloqueantes y la gabapentina aumentan los eventos adversos que conducen a la interrupción, y evidencia de certeza moderada a alta de que (CGRP(r)mAbs) y los gepantes no aumentan los eventos adversos. Los mAb CGRP(r) tienen el mejor perfil de seguridad y eficacia de todos los fármacos para la profilaxis de la migraña, seguidos de cerca por los gepantes.
30.	Medicación dirigida al CGRP en la migraña crónica - revisión sistemática	Renato Oliveira, Raquel Gil-Gouveia and Francesca Puledda/ 2024/ Reino Unido/ The Journal of Headache and Pain	Revisión bibliográfica	Se realizaron búsquedas en Pubmed y Embase para identificar ensayos clínicos aleatorizados y estudios del mundo real que informaran sobre el uso de medicamentos dirigidos al péptido relacionado con el gen de la calcitonina en pacientes con migraña crónica	Se identificaron un total de 270 registros. Diecinueve estudios calificaron para el análisis cualitativo. La mayoría de los estudios anticuerpos monoclonales dirigidos a CGRP (mAbs anti-CGRP), que en general demuestran ser eficaces para disminuir días mensuales de migraña a la mitad en aproximadamente el 27,6-61,4% de los pacientes. Conversión de migraña crónica a episódica se observó en el 40,88% de los casos, y entre el 29 y el 88% de los pacientes suspendieron el uso excesivo de medicamentos. La obesidad

					<p>parece ser el principal predictor negativo de respuesta a mAbs anti-CGRP. No hay evidencia que sugiera la superioridad de un anti-CGRP mAb. A pesar de la falta de pruebas sólidas, la combinación de fármacos anti-CGRP con onabotulinumtoxinA</p> <p>En la migraña crónica es probable que traiga beneficios para los casos resistentes. Atogepant es el primer gepant en demostrar una Disminución significativa de los días mensuales de migraña en comparación con el placebo en un ensayo reciente. Además, el mAb anti-CGRP y los Gepants tienen un buen perfil de seguridad.</p>
31.	<p>Guía de la Asociación Colombiana de Neurología para el tratamiento preventivo de la migraña crónica, cefalea tipo tensión crónica, hemicránea continua y cefalea diaria persistente de novo</p>	<p>Joe Fernando Muñoz-Cerón, Mauricio Rueda Sánchez, Oscar Enrique Pradilla-Vesga, Michel Volcy, Natalia Hernández, Sergio Francisco Ramírez, Fidel Sobrino, Bernardo Uribe, Carolina Guerra, Juan Diego Jiménez, Marta Liliana Ramos, Gustavo Pradilla, José David Martínez, Cesar Daniel Torres, Gabriel Torres. / 2020/ Colombia/ Acta Neurológica Colombiana</p>	<p>Revisión narrativa</p>	<p>La Asociación Colombiana de Neurología, por consenso y metodología de Grados (Gradación de recomendaciones, valoración, desarrollo y evaluación), presenta las recomendaciones para el tratamiento preventivo de cada una de las entidades del grupo de cefalea crónica diaria de origen primario.</p>	<p>Para el tratamiento de la migraña crónica, la Asociación Colombiana de Neurología recomienda onabotulinumtoxin A, erenumab, topiramato, flunarizina, amitriptilina y naratriptán. En la cefalea tensional crónica las opciones terapéuticas recomendadas son amitriptilina, imipramina, venlafaxina y mirtazapina. Topiramato, melatonina y celecoxib para el tratamiento de la hemicránea continua. Las opciones para los nuevos dolores de cabeza persistentes diarios incluyen gabapentina y doxiciclina. También se presentan las recomendaciones para el tratamiento hospitalario de pacientes con cefalea crónica diaria y las justificaciones para realizar bloqueos neurales como complemento terapéutico.</p>
32.	<p>El paciente con cefalea por uso excesivo de</p>	<p>José David Martínez/ 2020/ Colombia/ Acta</p>	<p>Presentación de caso</p>	<p>Definición de la cefalea por abuso de medicamentos es una condición neurológica endémica y discapacitante que afecta a entre el 1 y el 2% de la población general</p>	<p>La cefalea por abuso de medicamentos es un problema de salud pública. Su tratamiento</p>

	medicamentos en urgencias	Neurológica Colombiana		y ayuda a la cronificación de una cefalea previa de base, generalmente la migraña y discusión de caso de paciente.	puede ser complejo, pero la mejoría vista en varios pacientes con esta condición después del retiro del medicamento sugiere que la desintoxicación es el tratamiento de primera línea. La educación es primordial en la prevención y en el tratamiento. En la mayoría de los casos se prefiere una desintoxicación ambulatoria, pero en pacientes con abuso de opioides, barbitúricos o benzodiazepinas se debe hacer una desintoxicación intrahospitalaria para controlar los síntomas de abstinencia. Se ha demostrado ampliamente la eficacia de las principales pautas del tratamiento en pacientes con cefalea por abuso: educación, retiro del medicamento usado en exceso, desintoxicación e inicio de manejo profiláctico.
33.	Dolores de cabeza frecuentes: Evaluación y Gestión	Anne Walling/ 2020/ Estados Unidos/ American Family Physician	Revisión narrativa	Revisión de los dolores de cabeza más frecuentes migrañas o dolores de cabeza tensionales y, que a menudo, se exacerban con el uso excesivo de medicamentos. Las cefaleas repetidas pueden inducir sensibilización central y transformación en cefaleas crónicas que son intratables, difíciles de tratar y causan morbilidad y costos significativos.	Los médicos deben realizar una evaluación completa en pacientes con dolores de cabeza frecuentes o crecientes, incluso en aquellos con dolores de cabeza prolongados, porque es posible que se haya desarrollado un nuevo tipo de dolor de cabeza o que el diagnóstico actual pueda ser inexacto. Se debe ofrecer terapia profiláctica y aguda a pacientes con migraña frecuente, tipo tensional, en racimos u otra cefalea primaria. En las estrategias de tratamiento de las cefaleas frecuentes se deben incorporar terapias no farmacológicas como la relajación con o sin biorretroalimentación, la terapia cognitivo-conductual, la acupuntura y la fisioterapia.
34.	Evaluación de la evidencia de la Sociedad Estadounidense de Dolor de Cabeza	Michael J. Marmura, MD; Stephen D. Silberstein, MD, FACP; Todd J. Schwedt, MD/ 2015/ Estados Unidos	Revisión narrativa	El Comité de Directrices de la Sociedad Estadounidense de Dolor de Cabeza realizó este proyecto utilizando el protocolo de la AAN para el desarrollo sistemático de directrices clínicas. La cuestión clínica era determinar qué tratamientos agudos son eficaces para la migraña. La migraña se definió utilizando los criterios de diagnóstico de la Clasificación Internacional de Cefaleas, segunda	Según esta revisión sistemática de la literatura y la clasificación estructurada de la solidez de la evidencia, medicamentos específicos dentro de las siguientes clases se consideran "eficaces" para el tratamiento agudo de la migraña: triptanos, derivados de la ergotamina, AINE, opioides y medicamentos combinados. Varios otros medicamentos se consideran

		Unidos/ American Headache Society		edición. Realizamos búsquedas formales en EMBASE y Medline hasta diciembre de 2013 utilizando términos de búsqueda predefinidos para capturar todos los ensayos clínicos completamente publicados relevantes para el tema.	"probablemente eficaces" o "posiblemente eficaces". Esta base de evidencia sobre la eficacia de los medicamentos debe considerarse junto con los posibles efectos secundarios de los medicamentos, los posibles eventos adversos, las contraindicaciones específicas del paciente para el uso de un medicamento en particular y las interacciones entre medicamentos al decidir qué medicamento recetar para el tratamiento agudo de un ataque de migraña.
35.	Cefalea tensional. Revisión narrativa del tratamiento fisioterápico	J.A. Del Blanco Muñiz, A. Zaballos Laso / 2018/ España/ Anales del Sistema Sanitario de Navarra	Revisión narrativa	Revisión bibliográfica de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y revisiones sistemáticas, publicados en los últimos cinco años, sobre los métodos de fisioterapia más utilizados para tratar la CT: ejercicio terapéutico, inhibición suboccipital, manipulación cervical, masaje, movilización articular y punción.	Veintiséis artículos (siete revisiones) cumplieron los criterios de inclusión. Las revisiones encontraron evidencia de la eficacia del ejercicio terapéutico sobre la intensidad, frecuencia y duración del dolor, mejora también lograda por la terapia manual de forma similar a fármacos (aunque con resultados contradictorios a largo plazo), de la combinación de punción seca y fisioterapia sobre el dolor y de la combinación de técnicas articulatorias con estiramiento y masaje muscular, pero no por separado. Los ECA evidenciaron, entre otros resultados, que el masaje logró menor dolor y frecuencia, y mejor calidad de vida, sensación clínica percibida y rango de movimiento; el dolor mejoró con inhibición suboccipital y ejercicios aeróbicos, y el rango de movimiento con manipulación cervical, masaje de tejidos blandos y movilización.
36.	Efecto de la ketamina intravenosa en dosis bajas en la prevención del dolor de cabeza después de la anestesia espinal en pacientes	Amirsadra Zangouei, Seyed Ali Hossein Zahraei, Amir Sabertanha, Ali Nademi, Zahra Golafshan, Malihe Zangouei/ 2019/ Irán/ Anesthesia and Pain Medicine	Ensayo Clínico	Este estudio de ensayo clínico se realizó en 64 mujeres embarazadas sometidas a cesárea en el Hospital Vali-e-Asr. Los pacientes se dividieron en dos grupos. En el grupo de casos, se inyectaron 0,15 mg/kg de peso corporal de ketamina por vía intravenosa y en el grupo de control, se utilizó solución salina normal como placebo. También se midieron y compararon la incidencia de dolor de cabeza y su gravedad a la hora, 4, 12 y 24 horas después de la operación, así como las	La inyección de ketamina como premedicación en la cesárea puede reducir la gravedad del dolor de cabeza posoperatorio en las madres. Por ello, se recomienda el uso de ketamina como fármaco contra el dolor de cabeza en mujeres embarazadas. Un estudio demostró que el uso de ketamina en pacientes no solo no redujo la incidencia de náuseas y vómitos, sino que también aumentó su prevalencia y

	sometidas a cesárea electiva: un estudio de ensayo clínico doble ciego			náuseas y su gravedad. Independiente. Se utilizaron las pruebas U de Mann-Whitney y chi-cuadrado. Un valor de $P < 0,05$ se consideró estadísticamente significativo.	gravedad en los pacientes. Las náuseas y los vómitos causan estrés al paciente, al cirujano y al anestesiólogo y causan angustia, disgusto, aumento de la ansiedad e ineficiencia en los pacientes y, si continúan, conducen a una disminución de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca. Por ello, la prevención y atención a este tema es de gran importancia.
37.	Manejo de la migraña crónica	Alexandra Hovaguimian, Julia Roth/ 2022/ Estados Unidos/ British Medical Journal (BMJ)	Revisión narrativa	Se realizaron búsquedas en PubMed de artículos en inglés publicados entre el 1 de enero de 2012 y el 1 de marzo de 2022, utilizando los términos clave. Luego revisamos manualmente los resultados e incluimos sólo directrices publicadas en inglés, ensayos controlados aleatorios, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Hicimos una búsqueda adicional en la Biblioteca Cochrane en Revisiones y ensayos Cochrane utilizando el término de búsqueda "migraña crónica tratamiento" con los siguientes límites: estudios en humanos, inglés y fecha de publicación de enero de 2012 hasta marzo de 2022. Finalmente, incluimos adicionales manuscritos pertinentes no identificados previamente a través de PubMed o Cochrane Reviews sobre la base de una revisión de las directrices actuales y de la revista histórica artículos, para complementar los hallazgos iniciales, o cuando observamos una escasez de datos. La búsqueda en PubMed recuperó 1.027 artículos, pero después aplicar los criterios de exclusión a través del manual revisión revisamos 154 artículos. El Cochrane la búsqueda recuperó 20 artículos, pero después de la revisión manual por relevancia incluimos cuatro artículos.	La migraña crónica es una afección neurológica asociada con una carga individual, social y económica. Existe poca evidencia específica sobre tratamientos para la migraña crónica, ya que los estudios hasta la fecha han demostrado principalmente centrado en la prevención de la migraña episódica. Históricamente, las limitaciones metodológicas también fueron una barrera para la interpretación de los pocos estudios sobre terapias para la migraña crónica. Por lo tanto, los médicos han tenido que extrapolar los tratamientos sobre la base de datos para la prevención de la migraña episódica, pero este enfoque no se basa en evidencia. Desde 2018 están disponibles nuevos tratamientos para la migraña crónica. Aquellos con la evidencia más sólida incluyen onabotulinumtoxina A, erenumab, fremanezumab, galcanezumab y eptinezumab. Existe evidencia moderada sobre el topiramato y evidencia reciente sobre el rimegepant, aunque este último es un fármaco nuevo y aún se están desarrollando directrices sobre su uso. Las terapias no invasivas o no farmacológicas más nuevas, como la neuromodulación, justifican más investigación.
38.	Antidepresivos tricíclicos y dolores de cabeza: revisión sistemática y metaanálisis	Jeffrey L Jackson, William Shimeall, Laura Sessums, Kent J DeZee, Dorothy Becher,	Revisión sistemática	Estudios revisados Ensayos aleatorios de adultos que recibieron tricíclicos como único tratamiento durante un mínimo de cuatro semanas. Extracción de datos Frecuencia de dolores de cabeza (número de ataques de dolor de cabeza para migraña y número de días con	Los tricíclicos redujeron significativamente el número de días con dolor de cabeza de tipo tensional y el número de ataques de dolor de cabeza por migraña que el placebo (diferencia de medias estandarizada promedio $-1,29$,

		Margretta Diemer, Elizabeth Berbano, Patrick G O'Malley/ 2010/ Estados Unidos/ British Medical Journal (BMJ)		dolor de cabeza para dolores de cabeza de tipo tensional), intensidad del dolor de cabeza e índice de dolor de cabeza.	intervalo de confianza del 95% -2.18 a -0,39 y -0,70, -0,93 a -0,48) pero no en comparación con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (-0,80, -2,63 a 0,02 y -0,20, -0,60 a 0,19). El efecto de los tricíclicos aumentó con la mayor duración del tratamiento ($\beta=-0,11$, intervalo de confianza del 95% -0,63 a -0,15; $P<0,0005$). Los tricíclicos también tuvieron más probabilidades de reducir la intensidad de los dolores de cabeza en al menos un 50% que el placebo (tipo de tensión: riesgo relativo 1,41, intervalo de confianza del 95%: 1,02 a 1,89; migraña: 1,80, 1,24 a 2,62) o los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (1,73, 1,34 a 2,22 y 1,72, 1,15 a 2,55). Los tricíclicos tenían más probabilidades de causar efectos adversos que el placebo (1,53; intervalo de confianza del 95%: 1,11 a 2,12) y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (2,22; 1,52 a 3,32), incluida sequedad de boca ($P <0,0005$ para ambos), somnolencia ($P <0,0005$ para ambos) y aumento de peso ($P <0,001$ para ambos), pero no aumentó las tasas de abandono (placebo: 1,22, 0,83 a 1,80, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina: 1,16, 0,81 a 2,97). Conclusiones Los antidepresivos tricíclicos son eficaces en la prevención de la migraña y las cefaleas tensionales y son más eficaces que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, aunque con mayores efectos adversos. La eficacia de los tricíclicos parece aumentar con el tiempo.
39.	Eficacia de la profilaxis de la migraña tratamientos para pacientes sin tratamiento previo y aquellos con	Pawin Numthavaj, Thunyarat Anothaisintawee, John Attia, Gareth McKay, Ammarin Thakkinstian/ 2024/ Estados Unidos/	Revisión sistemática	Se realizarán búsquedas en las bases de datos de Medline, Scopus y la Plataforma de Registro Internacional de Ensayos Clínicos de la OMS desde su inicio hasta el 15 de agosto de 2023. Se realizarán búsquedas en el Registro de los Institutos Nacionales de Salud de EE. UU. (www.clinicaltrials.gov) para identificar ECA en curso. Cuando corresponda, también	Las migrañas crónicas y episódicas representan problemas de salud importantes que tienen un profundo impacto en el funcionamiento diario y la calidad de vida general de los pacientes. Aunque actualmente existen varios medicamentos disponibles capaz de prevenir las crisis de migraña, la mayoría de

	fracaso terapéutico previo: un protocolo para la revisión sistemática y el metaanálisis en red de ensayos controlados aleatorios	British Medical Journal (BMJ)		se explorarán las listas de referencias de todos los estudios incluidos. Ensayos controlados aleatorios que incluyeron pacientes con migraña crónica o episódica, evaluaron la eficacia de los tratamientos orales o inyectables para la profilaxis de la migraña y midieron los resultados como día mensual de migraña, día mensual de dolor de cabeza, discapacidad relacionada con la migraña y calidad de vida relacionada con la salud. o eventos adversos de medicamentos serán elegibles para su inclusión en esta revisión. Se buscarán estudios relevantes en las bases de datos de Medline, Scopus, el Registro de los Institutos Nacionales de Salud de EE. UU. y la Plataforma de Registro Internacional de Ensayos Clínicos de la Organización Mundial de la Salud (WHO-ICTRP) desde su inicio hasta el 15 de agosto de 2023. La evaluación del riesgo de sesgo se realizará utilizando una herramienta revisada para evaluar el riesgo de sesgo en ensayos aleatorios. Se aplicará NMA de dos etapas para comparar los efectos relativos del tratamiento entre todos los tratamientos de profilaxis de la migraña. Se aplicará la superficie bajo la curva de clasificación acumulativa para estimar y clasificar la probabilidad de ser el mejor tratamiento. El supuesto de coherencia se evaluará mediante un modelo de interacción diseño por tratamiento. El sesgo de publicación se evaluará mediante un gráfico en embudo ajustado por comparación. Todos los análisis se estratificarán según el estado de los pacientes (es decir, sin tratamiento previo y fracaso del tratamiento previo).	los pacientes con migrañas crónicas y episódicas han experimentado un fracaso terapéutico (77,9%), lo que afecta en gran medida a su vida personal, social y profesional. En consecuencia, las opciones de tratamiento recomendadas para pacientes en los que previamente han fracasado los tratamientos preventivos pueden diferir de las de aquellos pacientes que aún han iniciado la profilaxis. Desafortunadamente, los estudios y la evidencia previos, incluidos los NMA, a menudo han pasado por alto este tema al combinar pacientes con migraña crónica y migraña episódica, independientemente de su estado previo de fracaso del tratamiento. Por lo tanto, este estudio representa la primera RS y NMA con el objetivo de identificar los tratamientos de profilaxis de la migraña más adecuados para ambos grupos de pacientes distintos: aquellos que no han recibido tratamiento previo y aquellos que han experimentado fracasos de tratamientos previos. Esperamos que los hallazgos de esta NMA brinden una guía valiosa a los médicos y pacientes en la selección del tratamiento de profilaxis de la migraña más apropiado que se alinee con las necesidades individuales del paciente. Este enfoque basado en evidencia ayudará a tomar decisiones informadas sobre medicina personalizada para optimizar los resultados del tratamiento para personas que padecen migrañas.
40.	Eficacia y seguridad de eptinezumab para prevención de la migraña en pacientes con fracasos previos del tratamiento preventivo:	Messoud Ashina, Michel Lanteri-Minet, Anders Ettrup, Cecilie Laurberg Christoffersen, Mette Krog Josiassen,	Artículo de ensayo clínico	Reducciones en la frecuencia de las migrañas y tasas de respuesta (es decir, la proporción de pacientes que alcanzan el 50% y 75% de reducción en los días mensuales de migraña en relación con el valor inicial) se determinaron en la población total y se predefinieron subgrupos por sexo, edad, frecuencia de migraña (migraña crónica, migraña episódica, migraña episódica de alta frecuencia, migraña episódica de baja	Eptinezumab 100 y 300mg redujeron los días mensuales de migraña más que el placebo durante las semanas 1 a 12 (4,8 y 5,3 frente a -2,1, respectivamente; p < 0,0001). En la mayoría de los subgrupos, los pacientes tratados con eptinezumab demostraron mayores tasas mensuales reducciones de días de migraña desde el inicio durante las semanas

	análisis de subgrupos de los participantes aleatorios, estudio DELIVER controlado con placebo	Ravinder Phul, Bjørn Sperling, Patricia Pozo-Rosich/ 2023/ Estados Unidos/ Cephalalgia		frecuencia, frecuencia de migraña episódica), uso excesivo de medicación, cefalea por uso excesivo de medicación y tratamiento preventivo previo fracasos (2, >2). El criterio de valoración principal fue el cambio desde el inicio en los días mensuales de migraña durante las semanas 1 a 12.	1 a 12 que los pacientes que recibieron placebo, con reducciones mantenidas o aumentó durante las semanas 13 a 24. Para tasas de respuesta a la migraña del 50% y del 75%, los odds ratios versus placebo fueron todos eptinezumab numéricamente favorecido.
41.	Alteraciones de la conectividad estructural en la migraña crónica y episódica: un estudio de conectómica de imágenes por resonancia magnética de difusión	Alvaro Planchuelo-Gomez, David Garcia-Azorin, Angel L Guerrero, Santiago Aja-Fernandez, Margarita Rodriguez, Rodrigo de Luis-Garcia/ 2020/ España/ Cephalalgia	Estudio analítico observacional	Realizamos un estudio observacional analítico con un diseño de casos y controles. Los pacientes con migraña fueron seleccionados y reclutados en la unidad de cefalea del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (Valladolid, España). Se adquirieron imágenes de pacientes con migraña durante los períodos interdictales (definidos como al menos 24 horas desde el último ataque de migraña) y entre una y dos semanas después de la visita clínica. 3D de alta resolución ponderado en T1 y los datos de resonancia magnética ponderada por difusión se adquirieron utilizando una unidad de resonancia magnética Philips Achieva 3 T (Philips Healthcare, Best, Países Bajos) con una bobina de cabeza de 32 canales en las instalaciones de resonancia magnética de la Universidad de Valladolid (Valladolid, España).	Para el estudio se reclutaron cincuenta y un controles sanos, 55 pacientes con migraña episódica y 57 pacientes con migraña crónica después de cumplir con los criterios de inclusión y exclusión. En uno surgieron resultados erróneos en el procesamiento de imágenes. En un análisis de conectómica basado en dMRI, se observaron alteraciones de la conectividad estructural cerebral en pacientes con migraña en comparación con controles sanos, y en migraña crónica en comparación con migraña episódica. Un mayor número de líneas de corriente en conexiones con regiones subcorticales de procesamiento del dolor, como el campus del hipopótamo o el tálamo, puede reflejar un fortalecimiento estructural de los circuitos cerebrales del dolor en pacientes con migraña.
42.	Una revisión basada en evidencia sobre la suplementación oral con magnesio en el tratamiento preventivo de la migraña	Levi Teigen, Christopher J Boes/ 2014/ Estados Unidos/ Cephalalgia	Revisión narrativa	Los autores identificaron 16 estudios destinados a evaluar el estado del magnesio en la migraña. Ninguno de los estudios de evaluación del magnesio se basó en la población, pero la mayoría utilizó controles sanos. Se identificaron cuatro ensayos de intervención que evaluaron la eficacia de la suplementación oral con magnesio, independientemente de otras terapias, en la prevención de la migraña.	Existe una sólida evidencia que demuestra una relación entre el nivel de magnesio y la migraña. Es probable que el magnesio desempeñe un papel en el desarrollo de la migraña a nivel bioquímico, pero el papel de la suplementación oral con magnesio en la profilaxis y el tratamiento de la migraña aún no se ha dilucidado por completo. La solidez de la evidencia que respalda la suplementación oral con magnesio es limitada en este momento. Con evidencia tan limitada que respalda la suplementación, puede ser ventajoso considerar estrategias dietéticas para aumentar la ingesta de magnesio en personas dispuestas a realizar cambios en el estilo de vida. Los

					cambios en el estilo de vida necesarios para aumentar la ingesta de magnesio en la dieta tienen el potencial de mejorar múltiples factores de riesgo modificables asociados con la migraña, al tiempo que mejoran las reservas de magnesio del cuerpo de manera similar a la suplementación.
43.	Eficacia y seguridad de la marihuana medicinal en la migraña: una revisión sistemática	Mingma L. Sherpa, Nilasma Shrestha, Blessing T. Ojinna, Niriksha Ravi, Vivig Shantha Kumar, Silpa Choday, Anusha Parisapogu, Hadrian Hoang-Vu Tran, Anil KC, Abeer O. Elshaikh/ 2022/ Estados Unidos/ Cureus	Revisión sistemática	Implementamos elementos de informes preferidos para revisión sistemática y metaanálisis (PRISMA) 2020. Se buscó relevancia en PubMed, Google Scholar y Science Direct. Se realizaron búsquedas en las bases de datos utilizando palabras claves y palabras clave de encabezado de tema médico (MeSH). La estrategia MeSH se utilizó en PubMed, mientras que las palabras clave se utilizaron principalmente en otras bases de datos. Las palabras clave utilizadas en nuestra búsqueda estaban bajo dos temas de búsqueda y se combinaron mediante operaciones booleanas. 'Y' y 'O'. Para el tema "Marihuana", utilizamos palabras clave como marihuana, cannabis, cannabinoides y tetrahidrocannabinol. Para el tema "Migraña", utilizamos palabras clave como migraña y aguda y crónica migraña.	El principal objetivo de este artículo es evaluar la eficacia y seguridad de la marihuana medicinal para el tratamiento de las migrañas. Todos los estudios arrojaron hallazgos alentadores sobre los efectos terapéuticos de los medicamentos. marihuana en el tratamiento de la migraña. Además, la marihuana medicinal se tolera bien y tiene menos efectos secundarios y es seguro de usar en pacientes con migraña. Más estudios sobre dosis, frecuencia y vía de administración médica de marihuana y también la inclusión de otros grupos de edad de la población como adolescentes y ancianos sería beneficioso y digno de ser explorado. Se requieren ensayos clínicos con seguimiento a largo plazo para estudiar más sobre el perfil de eficacia y seguridad de la marihuana.
44.	Impacto de la pandemia de COVID-19 en el manejo de la cefalea en España: un análisis de la situación actual y perspectivas de futuro	A. López-Bravo, D. García-Azorín, R. Belvís, C. González-Oria, G. Latorref, S. Santos-Lasaosa, Á.L. Guerrero-Peral/ 2020/ España/ Neurología	Artículo original	Estudio transversal mediante encuesta online distribuida a los responsables de las Unidades, realizada durante la sexta semana del Estado de Alarma.	Como consecuencia de la pandemia, la actividad asistencial e investigadora en cefaleas se ha reducido de manera notable. Esto pone de manifiesto la necesidad de un incremento de la oferta de telemedicina en nuestros centros en un futuro cercano.
45.	La cefalea como motivo de consulta: la perspectiva de la atención primaria.	A. López-Bravo, E. Bellosta-Diago, A. Vilorio-Alebesquea, M. Marín-Graciaa, J. Laguna-Sarriá b, S. Santos-	Artículo original	Distribuimos un total de 110 encuestas, de las cuales se completaron 104 (tasa de respuesta del 94,5%). La primera parte de la encuesta recopiló datos sobre las características sociodemográficas de los participantes.	Los médicos de AP (atención primaria) están en contacto frecuente con pacientes con cefalea y muestran interés en recibir formación sobre esta patología. Esto podría resultar útil a la hora de diseñar programas de formación destinados a mejorar la calidad de la atención en este

		Lasaosa/ 2020/ España/ Neurología			<p>ámbito. La encuesta fue completada por 104 médicos de AP, de los cuales el 53% eran mujeres; la edad media fue 49 años. La mayoría de los encuestados trabajaban en entornos urbanos (42,3%) y habían recibido formación mediante residencia (77,9%). Aunque el 65,4% pasó más tiempo con pacientes con cefalea que con otros pacientes, sólo el 32,7% utilizó la Clasificación Internacional de Cefaleas. En nuestra muestra, el 68,3% de los encuestados manifestó un interés alto o muy alto por la cefalea y el 75,9% deseaba recibir más formación sobre la enfermedad; Los cursos teóricos y prácticos y las conferencias de actualización fueron considerados como las herramientas más útiles. En la práctica clínica, el 90% utilizó triptanes y el 78% utilizó tratamientos preventivos. El fármaco más utilizado fue la amitriptilina; sólo el 22,1% elige topiramato.</p>
46.	Tratamientos estándar de cefalea y neuralgia y SARS-CoV-2: opinión de la Sociedad Española de Grupo de estudio de cefalea de neurología	N. Morollón, R. Belvis, A. De Dios, N. Labrador, C. González-Oriado, G. Latorre, S. Santos-Lasaosa/ 2020/ España/ Neurología	Artículo original	Recopilamos información sobre las opiniones de sociedades científicas y agencias de medicamentos (americanas, europeas y españolas) para aclarar dudas sobre el uso de fármacos como lisinopril, candesartán, ibuprofeno, corticoides, carbamazepina y anticuerpos monoclonales dirigidos al gen de la calcitonina. péptido en el contexto de la pandemia de COVID-19.	Hacemos recomendaciones sobre el uso de tratamientos estándar para el dolor de cabeza en el contexto de la pandemia de COVID-19, con base en la evidencia científica actual. Conclusiones: En la actualidad, no existe ningún argumento científico sólido para contraindicar formalmente ninguno de los tratamientos estándar empleados para los dolores de cabeza y las neuralgias.
47.	Caracterización del manejo de los pacientes con migraña en el ámbito de atención primaria en España. Análisis de los resultados del proyecto europeo de anamnesis My-LIFE	S. Díaz-Insaa, M. Navarro-Zornoza, R. Sánchez-de la Rosado, A.L. Guerrero/ 2021/ España/ Neurología	Artículo Original	Realizamos una encuesta entre 40 médicos de atención primaria (AP) en España como parte de un proyecto europeo en el que participaron 201 médicos de 5 países.	La mayoría de los participantes emitieron diagnósticos de migraña episódica y migraña crónica (93% frente a 65%); El 82,5% indicó que no derivaba a estos pacientes a especialistas y el 100% de los médicos de AP afirmó ser el responsable del seguimiento de los pacientes. Las principales herramientas utilizadas en AP para el diagnóstico y seguimiento fueron la entrevista clínica, la historia clínica y el diario del paciente. Nuestros datos revelaron que los tratamientos prescritos

					no estaban de acuerdo con las directrices nacionales e internacionales. Los participantes que no derivaron pacientes estimaron que sólo el 48% de los pacientes recibieron tratamiento preventivo y que la evaluación de la eficacia se basó en la percepción del paciente. El setenta por ciento de los encuestados indicó la necesidad de recibir capacitación sobre la migraña. Finalmente, el 100% de los participantes consideró que una guía de anamnesis y derivación sería fundamental o útil para el manejo de la migraña en AP. Los resultados de la encuesta revelaron la necesidad de capacitación y orientación en CP para mejorar el diagnóstico y tratamiento de pacientes con migraña, particularmente migraña crónica.
48.	Eficacia, seguridad y tolerabilidad de la tableta de rimegepant que se desintegra por vía oral para el tratamiento agudo de la migraña: un ensayo aleatorizado, de fase 3, doble ciego y controlado con placebo	Robert Croop, Peter J. Goadsby, David A Stock, Charles M Conway, Micaela Forshaw, Elyse G Stock, Vladimir Coric, Richard B Lipton/ 2019/ Estados Unidos/ The Lancet	Ensayo clínico	Este ensayo de fase 3, aleatorizado, doble ciego, multicéntrico, de una dosis única de 75mg de rimegepant como ODT versus placebo en el tratamiento agudo de la migraña se realizó en 69 centros de estudio en los EE. UU. de acuerdo con los principios de las Guías para el Bien Práctica clínica, la Declaración de Helsinki y todas las regulaciones locales aplicables	En el tratamiento agudo de la migraña, una dosis única de 75mg de rimegepant en una formulación en comprimidos que se desintegran por vía oral fue más eficaz que el placebo. La tolerabilidad fue similar a la del placebo, sin problemas de seguridad.
49.	¿Qué preguntar, cómo explorar y qué escalas usar en el paciente con cefalea? Recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española	A.B. Gago-Veigaa, J. Camina~ Muniz ~, D. García-Azorínc, V. González-Quintanilla, C.M. Ordás, M. Torres-Ferrus, S. Santos-Lasaosa, J. Viguera-Romeroi y P. Pozo-Rosich/	Revisión narrativa	El documento es práctico, sigue el orden de la dinámica de actuación durante una consulta: anamnesis, escalas que cuantifican el impacto y la discapacidad y exploración. Además, finaliza con pautas para realizar un seguimiento adecuado y un manejo de las expectativas del paciente con el tratamiento pautado.	Una anamnesis y exploración rigurosa y sistemática son clave para poder llegar al diagnóstico y tratamiento adecuado en cefalea, sobre todo porque las exploraciones complementarias no son diagnósticas y solo ayudan a descartar algunas cefaleas secundarias. La formación en estos aspectos no es siempre la adecuada en atención primaria, servicios de urgencias, ni en neurología. Estas recomendaciones pretenden

	de Neurología	2020/ España/ Neurología			ser una guía que, si bien no sustituye una rotación específica en una unidad de cefaleas, esperamos pueda ofrecer las herramientas básicas para enfrentarse a la entrevista del paciente con cefalea de una manera holística y dirigida, sistematizando y unificando la atención de nuestros pacientes a nivel nacional.
50.	Fisiopatología de Migraña	Peter J. Goadsby, Philip R. Holanda/ 2019/ Londres/ Clínica Neurológica	Revisión narrativa	Este artículo es una adaptación de un artículo publicado anteriormente en la edición de mayo de 2009 de Neurologic Clinics, volumen 27, número 2; con permiso.	<p>La diversa sintomatología resalta la complejidad de la migraña como un trastorno del sistema nervioso completo que involucra redes somatosensoriales, autónomas, endocrinas y de excitación. Un intento de describir la migraña en su totalidad tiene limitaciones, por lo que los autores se centran en los avances recientes en la comprensión de su fisiopatología.</p> <p>También abordan las bases neuroanatómicas subyacentes del dolor de cabeza relacionado con la migraña, la sintomatología asociada y analizan los hallazgos clínicos y preclínicos clave que indican que la migraña probablemente sea el resultado de mecanismos homeostáticos disfuncionales.</p> <p>Por lo cual, las respuestas anormales del sistema nervioso central a señales extrínsecas e intrínsecas pueden conducir a una mayor susceptibilidad a los ataques.</p>
51.	Protocolos diagnósticos y terapéuticos y Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Neurología Pediátrica	Camacho Salas A, Fons Estupiña C, Macaya Ruiz A, Madruga Garrido M, Malaga Diéguez I, Martí Carrera I, et al. Asociación Española de Pediatría/ 2022/ España/ Protocolos AEP	Documento de sitio web	La cefalea es un síntoma común en la edad pediátrica, siendo un motivo de consulta muy frecuente. En la edad pediátrica, la prevalencia se estima entre el 42 y el 60%, con aumento progresivo con la edad pudiendo llegar al 82% a la edad de 15 años. La prevalencia es similar entre hombres y mujeres antes de los 12 años, con un ligero aumento en mujeres después de esta edad.	<p>Con relación a su etiología, podemos establecer dos grupos de cefalea: las primarias (intrínsecas al sistema nervioso) y las secundarias (en las que la cefalea es un síntoma de un proceso subyacente).</p> <p>Con relación a su patrón temporal, la clasificación de Rothner (1983) es útil en la práctica diaria, determinando cuatro patrones de cefalea: 1) agudo; 2) agudo recurrente (o episódico); 3) crónico progresivo; y 4) crónico no progresivo.</p>

52.	Revisión de la migraña para la práctica médica general	Aguilar-Shea AL, Membrilla MD JA, Diaz-de-Teran J./ 2021/ España/ Atención Primaria	Artículo de revisión narrativa	La información actualizada sobre el tratamiento de las migrañas es importante para los médicos de familia. En este artículo, revisamos la literatura disponible sobre migrañas. Los artículos relevantes se identificaron mediante una búsqueda bibliográfica en PubMed. Se logró una selección adicional de artículos centrándose en los siguientes puntos clave: criterios de diagnóstico y definición de la migraña; características de las migrañas; tratamiento agudo de la migraña; tratamiento preventivo de la migraña; nuevos tratamientos para la migraña. Además, la experiencia clínica de los autores en migraña se ha utilizado para proponer un esquema que ayude en la evaluación y el tratamiento de las migrañas en un entorno de atención primaria.	La anamnesis y el examen físico minuciosos son fundamentales para el diagnóstico. Por lo general, no se requieren pruebas complementarias. El tratamiento se basa en intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Las intervenciones farmacológicas tienen como objetivo tratar la cefalea y prevenirla.
53.	Tratamiento agudo de migraña	Stewart J Tepper/ 2019/ Estados Unidos/ Neurologic Clinics	Revisión narrativa	Revisión de artículos desde 2015 al 2019 sobre tratamiento de migraña a la fecha tomando en cuenta la efectividad y capacidad de aliviar sintomatología en pacientes.	El tratamiento agudo de la migraña es importante para todos los pacientes con migraña y requiere adaptar el ataque y las características del paciente a las opciones terapéuticas actuales. Este emparejamiento se denomina atención estratificada y es la base de todo tratamiento de la migraña aguda.
54.	La eficacia comparativa de los fármacos preventivos de la migraña: una revisión sistemática y un metaanálisis en red	Lampl C, MaassenVanDenBrink A, Deligianni CI, Gil-Gouveia R, Jassal T, Sanchez-del-Rio M, et al./2023/ Estados Unidos/ The Journal of Headache and Pain	Revisión sistemática	Se buscaron en MEDLINE, EMBASE, CENTRAL y Clinicaltrials.gov desde el inicio hasta el 13 de agosto de 2022 ensayos aleatorios de tratamientos farmacológicos para la profilaxis de la migraña en adultos. Los revisores trabajaron de forma independiente y por duplicado para seleccionar referencias, extraer datos y evaluar el riesgo de sesgo. Realizamos un metaanálisis frecuentista en red de efectos aleatorios y calificamos la certeza (calidad) de la evidencia como alta, moderada, baja o muy baja mediante el enfoque GRADE.	Se identificaron 74 ensayos elegibles que informaron sobre 32 990 pacientes. Se encontró evidencia de alta certeza de que los anticuerpos monoclonales que actúan sobre el péptido relacionado con el gen de la calcitonina o su receptor (CGRP(r)mAb), los gepantes y el topiramato aumentan la proporción de pacientes que experimentan una reducción del 50% o más en los días mensuales de migraña. comparado con placebo. Se encontró evidencia de certeza moderada de que los betabloqueantes, el valproato y la amitriptilina aumentan la proporción de pacientes que experimentan una reducción del 50% o más en los días mensuales de migraña, y evidencia de certeza baja de que la gabapentina puede no

					ser diferente del placebo. Se encontró evidencia de certeza alta de que, en comparación con placebo, el valproato y la amitriptilina provocan eventos adversos sustanciales que conducen a la interrupción, evidencia de certeza moderada de que el topiramato, los betabloqueantes y la gabapentina aumentan los eventos adversos que conducen a la interrupción y evidencia de certeza moderada a alta. que (CGRP(r)mAbs) y gepants no aumentan los eventos adversos.
55.	Efectos comparativos de las intervenciones farmacológicas para el tratamiento agudo de los episodios de migraña en adultos: revisión sistemática y metaanálisis en red	Karlsson W K, Ostinelli E G, Zhuang Z A, Kokoti L, Christensen R H, Al-Khazali H M et al./ 2024/ Unión Europea/ BMJ	Revisión sistemática	La selección, la extracción de datos, la codificación y la evaluación del riesgo de sesgo se realizaron de forma independiente y por duplicado. Se realizaron metaanálisis de red de efectos aleatorios para los análisis primarios. Los resultados primarios fueron la proporción de participantes que estaban libres de dolor a las dos horas posteriores a la dosis y la proporción de participantes con ausencia sostenida de dolor de dos a 24 horas después de la dosis, ambos sin el uso de fármacos de rescate. La certeza de la evidencia se calificó utilizando la herramienta en línea de metaanálisis de confianza en red (CINeMA). Se utilizaron gráficos de Vitruvio para resumir los hallazgos. Un panel internacional de médicos y personas con experiencia vivida de migraña co-diseñaron el estudio e interpretaron los hallazgos.	Se incluyeron 137 ensayos controlados aleatorizados que comprendían 89 445 participantes asignados a una de 17 intervenciones activas o placebo. Todas las intervenciones activas mostraron una eficacia superior en comparación con placebo para la ausencia de dolor a las dos horas (odds ratios de 1,73 [intervalo de confianza (IC) del 95%: 1,27 a 2,34] para naratriptán a 5,19 [4,25 a 6,33] para eletriptán), y la mayoría de ellos también para la ausencia de dolor sostenida a las 24 horas (odds ratios de 1,71 [1,07 a 2,74] para celecoxib a 7,58 [2,58 a 22,27] para ibuprofeno). En comparaciones directas entre intervenciones activas, el eletriptán fue el fármaco más eficaz para el alivio del dolor a las dos horas (odds ratios de 1,46 [1,18 a 1,81] a 3,01 [2,13 a 4,25]), seguido de rizatriptán (1,59 [1,18 a 2,17] a 2,44 [1,75 a 3,45]), sumatriptán (1,35 [1,03 a 1,75] a 2,04 [1,49 a 2,86]) y zolmitriptán (1,47 [1,04 a 2,08] a 1,96 (1,39 a 2,86)). Para la ausencia sostenida de dolor, las intervenciones más eficaces fueron el eletriptán y el ibuprofeno (odds ratios de 1,41 [1,02 a 1,93] a 4,82 [1,31 a 17,67]). La confianza de acuerdo con CINeMA varió de alta a muy baja. Los análisis de sensibilidad sobre las dosis autorizadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos únicamente, dosis altas frente

					<p>a bajas, riesgo de sesgo y dolor de cabeza moderado a intenso al inicio confirmaron los hallazgos principales para los resultados primarios y secundarios.</p> <p>En general, el eletriptán, el rizatriptán, el sumatriptán y el zolmitriptán presentaron los mejores perfiles y fueron más eficaces que los fármacos comercializados recientemente lasmiditán, rimegepant y ubrogepant. Aunque se justifican los análisis de coste-eficacia y se debe prestar especial atención a los pacientes con un perfil cardiovascular de alto riesgo, los triptanes más eficaces deben considerarse como el tratamiento agudo preferido para la migraña e incluirse en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS para promover la accesibilidad global y estándares uniformes de atención.</p>
--	--	--	--	--	---

Fuente: Elaboración propia

Póster Científico

ABORDAJES TERAPÉUTICOS EN EL MANEJO DE LAS CEFALEAS: UN ENFOQUE CENTRADO EN EL TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO.



Carlos Antonio Chicas Castro,
<https://orcid.org/0009-0007-9013-6591>

Ricardo Jose Aguilar Hernandez
<https://orcid.org/0009-0004-8419-9033>

Universidad de El Salvador
 Facultad Multidisciplinaria Oriental
 Departamento de Medicina

INTRODUCCIÓN

La cefalea es un motivo de consulta frecuente en atención primaria, sin embargo, se trata de una patología infradiagnosticada e infratratada y ocupa los primeros lugares en condiciones prevalentes e incapacitantes en todo el mundo.

Los estudios clínicos proporcionaron evidencia de que, al menos en algunos pacientes, el CGRP era necesario y suficiente para inducir la migraña. Los niveles del Péptido Relacionado con el Gen de la Calcitonina (CGRP, por sus siglas en inglés Calcitonin gene-related peptide) están elevados en el plasma.

OBJETIVOS

Selección del tratamiento agudo de la migraña requiere estratificación, es decir, hacer coincidir el tratamiento agudo con las características del ataque o del paciente. Este artículo revisa la importancia de la terapia personalizada en el manejo de las cefaleas y la respuesta a los tratamientos administrados.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en SciELO, PubMed, Bvs, EBSCOhost, limitado a textos completos, artículos de revisión narrativa y originales publicados entre los años 2018 a 2024, en idioma español e inglés.

Los descriptores utilizados fueron: Cefalea Crónica, Síndromes de Cefalgia, Neuralgia Migrañosa, Cefaleas Secundarias, Síndromes Migrañosos, se excluyen artículos anteriores al 2018, artículos de pago y trabajos de grado o tesis

RESULTADOS

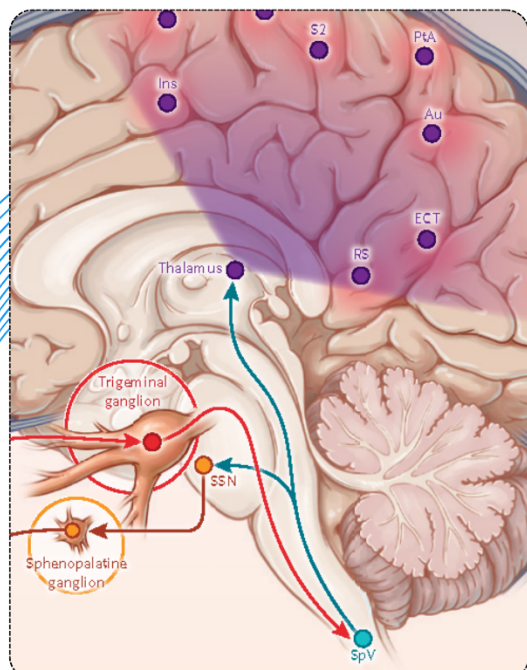
La creciente prevalencia de las cefaleas enfatiza la necesidad de opciones de tratamiento integrales y accesibles. La creciente comprensión de los mecanismos biológicos detrás de las migrañas, en particular la participación de CGRP, destaca la importancia de los enfoques personalizados para la terapia. Para los profesionales de la salud, mantenerse informado sobre los tratamientos emergentes e integrar estrategias farmacológicas y no farmacológicas puede mejorar significativamente los resultados de los pacientes.

Este enfoque holístico no solo aborda los aspectos físicos de los dolores de cabeza, sino que también considera el bienestar emocional y psicológico de los pacientes, lo que lleva a una experiencia de atención médica más completa y compasiva.



Imagen Completa

Imagen Completa



Fuente: Migraine - Messoud Ashina, M.D., Ph.D., D.M.Sc. DOI: 10.1056/NEJMra1915327

Medicamento	Dosis usual	Indicaciones principales	Comentario
Anticuerpos monoclonales que actúan sobre el CGRP			
Erenumab	70-140mg		
Fremanezumab	225mg, 675mg	Migraña crónica, manejo profiláctico a largo plazo	Estos medicamentos se prescriben como dosis mensual
Galcanezumab	120mg		
Gepanes			
Ubrogepant	50-100mg	Manejo agudo de la cefalea y la migraña	Tienen una excelente actividad contra la sintomatología asociada a la cefalea
Rimegepant	75mg		
Triptáneos			
Sumatriptan	25mg, 50mg, 100mg	Episodio de migraña común, crisis resistentes, crisis leves, moderadas y graves de corta o larga duración	Sumatriptan tiene presentaciones subcutáneas (6mg) y nasales(10/20mg)
Zolmitriptan	2.5, 5mg		
Rizatriptan	5mg, 10mg		
AINEs			
Acetaminofén	500mg, 1000mg		
Ibuprofeno	200mg, 400mg	Manejo agudo y episodio de migraña común, crisis leves	Usualmente con combinados con antieméticos
Diclofenaco	50mg, 100mg		
Naproxeno	500mg, 550mg		
Alcaloides de Ergot (Derivados del cornezuelo)			
Dihidroergotamina	1mg		No tienen una formulación consistentemente efectiva. La Dihidroergotamina es eficaz para revertir la sobredosis de agentes antimigrañosos.
Ergotamina	1-2mg	Manejo agudo de la migraña	

Consulta el artículo completo aquí

