

Migraña: más que un simple dolor de cabeza

Óscar Giménez

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la migraña es la séptima enfermedad a escala global y la segunda desde el punto de vista neurológico que genera más años de vida perdidos por discapacidad. En España es responsable de un alto porcentaje de absentismo y de pérdida de productividad laboral, con un coste anual estimado de 2.000 millones de euros.

Estos datos son citados en el prefacio del Atlas 2018 sobre «Impacto y situación de la migraña en España» por la Dra. Patricia Pozo-Rosich, responsable de la Unidad de Cefalea del Hospital Universitario Vall d'Hebron y del Migraine Adaptive Brain Center, de Barcelona. También sostiene esta especialista que la migraña es más que un simple dolor de cabeza: «Es una enfermedad neurológica limitante que demanda el reconocimiento y la comprensión por parte de la sociedad y del entorno de los pacientes.»

Datos epidemiológicos

Alrededor del 12% de la población que vive en España (4,5 millones de personas) padece migraña. Según los diferentes estudios, afecta al 5-8% de los varones y al 15-20% de las mujeres. De esos 4,5 millones, 1 millón la sufren de forma crónica, lo que significa que tienen dolor de cabeza más de 15 días al mes.

Según la OMS, aunque la migraña afecta a personas de todas las edades, a menudo comienza en la pubertad y afecta en mayor medida a las de 35-45 años de edad; son raros los casos en que se inicia después de los 50 años.

Como ya se ha comentado, es 2-3 veces más prevalente en el sexo femenino, debido a factores hormonales y, además, las mujeres experimentan crisis de mayor duración e intensidad, mayor riesgo de recurrencia, mayor discapacidad y necesitan más tiempo para recuperarse.

Causas y mecanismos

En el citado Atlas 2018 se describe la migraña como una cefalea primaria frecuente e incapacitante, cuyos episodios de dolor suelen durar, al menos, más de 4 horas si no se tratan. El dolor, de carácter pulsátil, es de intensidad moderada o severa, y se localiza habitualmente en un único lado de la cabeza. En ocasiones se acompaña de náuseas y constituye uno de los principales motivos de consulta al neurólogo.

La OMS indica que está causada por la activación de un mecanismo encefálico que conduce a la liberación de sustancias inflamatorias y causantes de dolor alrededor de los nervios y vasos sanguíneos de la cabeza.

En portada

Migraña: más que un simple dolor de cabeza

La Dra. Pozo-Rosich añade que los genes que predisponen a la migraña codifican partes del cerebro y partes vasculares. «Se trata de una enfermedad genéticamente neurovascular –comenta–. Esto condiciona que el cerebro funcione de una forma neurosensorial diferente: percibe los estímulos de forma exagerada y no se adapta bien al estímulo repetido si es nuevo. Por ejemplo, si una persona migrañosa se encuentra en una habitación silenciosa y el vecino comienza a taladrar la pared, no lo soportaría. Sería incapaz de entender que ese ruido va a estar ahí y no puede tratar de abstraerse y pensar que no lo oye. Su cerebro lo oíría de forma permanente. Si además hay una luz molesta, lo soportará aun menos. Al final, lo que ocurre es que una serie de genes que predisponen a la conectividad y la migración neuronal hace que se perciban los estímulos de manera exagerada, y que la persona se adapte mal a ellos porque no es capaz de frenar o inhibir los procesos que se han puesto en marcha en su cerebro.»

Respecto a la vertiente vascular de la enfermedad, esta especialista explica que es la que provoca el dolor de cabeza: «La disfunción neurológica durante un ataque de migraña hace que no seas capaz de pensar adecuadamente y la parte vascular causa el dolor. Actualmente, disponemos de nuevos fármacos pensados para bloquear los ataques desde la periferia calmando la inflamación. Pensamos que existe una disfunción del endotelio de los vasos que predispone a experimentar más dolor del que correspondería.»

Tratamiento preventivo

Los tratamientos de la migraña se dividen en preventivos y sintomáticos; los primeros son recomendables para los casos en que la enfermedad resulta difícil de controlar.

En dicho documento se resalta que, además de la discapacidad que puede llegar a producir, esta afección presenta dos problemas desde el punto de vista farmacológico. Por un lado, existe un infratratamiento debido a que las personas con migraña no suelen acudir al médico o, si lo hacen, en muchos casos no reciben un tratamiento apropiado; por otro, existe un abuso de analgésicos, que diversos estudios han relacionado con la cronificación de la enfermedad.

Por tratamiento preventivo o profiláctico se entiende el que se toma a diario o durante un periodo prolongado con objeto de disminuir la frecuencia, la duración y la intensidad del dolor. Repasando la historia de los tratamientos farmacológicos utilizados con este fin, la Dra. Pozo-Rosich distingue varios grupos de medicamentos, unos más eficaces que otros, y con más o menos efectos adversos que han influido en su empleo.

«Cronológicamente –explica–, empezaríamos por los antagonistas del calcio, concretamente con la flunarizina, un



fármaco que hoy día prescribimos poco porque tiene efectos adversos a largo plazo si se administra en tandas prolongadas y, en general, puede comportar un aumento de peso y depresión.»

El segundo gran grupo estaría formado por los bloqueadores beta, aunque en las guías terapéuticas actuales también aparecen otros antihipertensivos, como los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los antagonistas de los receptores de la angiotensina II –lisinopril, candesartán–, además de bloqueadores beta como el propranolol. «Actualmente tendemos a utilizar menos estos fármacos porque disponemos de otros con menos efectos adversos –comenta–, aunque son muy útiles para ciertas personas y para ciertos momentos de la vida. Sin embargo, pienso que no siempre se administran en las dosis adecuadas. A veces atendemos a pacientes procedentes de atención primaria que han tomado propranolol, pero en dosis insuficientes de 30 mg/día, cuando para la migraña la dosis mínima debería ser de 80 mg diarios.»

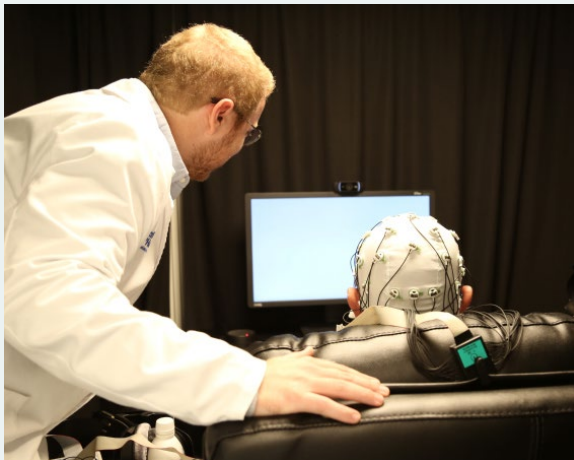
El tercer grupo está compuesto por los neuromoduladores o antiepilépticos. «El fármaco clásico es el valproato –señala la Dra. Pozo-Rosich–, que funciona muy bien, pero que hoy día no se recomienda a mujeres en edad fértil, por sus efectos teratogénicos. La alternativa es el topiramato, que utilizábamos mucho en la década de 2000 a 2010. Es un medicamento útil pero tiene un problema de tolerabilidad, ya que provoca hormigueo, así como síntomas depresivos y cognitivos, y litiasis renal. Además, la dosis adecuada es de 100 mg, pero es habitual que nos lleguen pacientes tratados sólo con dosis de 25 mg».

El cuarto gran grupo utilizado son los antidepresivos, entre los que el fármaco principal es la metriptilina. Su principal problema, según esta especialista, es el estreñimiento y, en algunas personas, la elevación de la prolactina: «Se trata de un fármaco que en dosis altas a veces no se tolera bien, pero que en dosis bajas, si son suficientes, puede ser de ayu-

Migraine Adaptive Brain Center

A principios de octubre se inauguró el Migrain Adaptive Brain Center en el Hospital Vall d'Hebron, de Barcelona, un centro pionero para el estudio de la migraña del que es responsable la Dra. Patricia Pozo-Rosich.

Se trata de un espacio único en España que combina la investigación con la asistencia y la educación de los pacientes. Su objetivo es profundizar en el estu-



dio de la respuesta del cerebro al entorno, para avanzar en la comprensión del funcionamiento del cerebro migrañoso y encontrar nuevos tratamientos para mejorar la vida de las personas afectadas por esta enfermedad.

Sobre su origen, la Dra. Pozo-Rosich explica que, «hace unos 5 años, cuando teníamos importantes problemas para financiar proyectos de investigación, buscábamos formas de concienciar a la gente sobre el impacto que tiene la migraña. Ahora parece obvio pensar cómo no íbamos a poder financiar la investigación de una enfermedad tan discapacitante, que afecta a tanta población en edad productiva y que provoca tanto absentismo laboral, pero hace poco no calaban estos argumentos».

Para solucionarlo, esta investigadora trató de darle la vuelta al problema, que es lo que el Migrain Adaptive Brain Center viene a reflejar. «Se trataba de ver qué parte del estudio de la migraña iba a interesar al resto de la población y no sólo a las personas migrañosas – explica-. El término “adaptación” en el nombre del centro se incluye porque lo que estudiamos es el cerebro adaptativo, la parte funcional del cerebro que permite adaptarse a los cambios. Por ejemplo, si estuviéramos en un centro sobre Alzheimer lo hubiéramos llamado “centro de la memoria”, ya que es la funcionalidad que se pierde a causa de esta enfermedad».

«En el Migrain Adaptive Brain Center estudiamos la migraña, pero también el cerebro adaptativo. Por eso estamos al lado de la unidad asistencial, de manera que el Hospital Vall d'Hebron se ocupa de financiar la asistencia y La Caixa financia la investigación», explica esta experta.

De esta forma se facilita el flujo entre la asistencia y la investigación tanto de personas afectadas como de neurólogos, y se aborda el problema desde distintos puntos de vista. «La idea es ofrecer una asistencia de excelencia y desarrollar al mismo tiempo proyectos de investigación y ensayos clínicos para seguir avanzando», concluye su responsable.

da para algunas personas como terapia coadyuvante al medicamento principal, ya sea propranolol, topiramato, etc.»

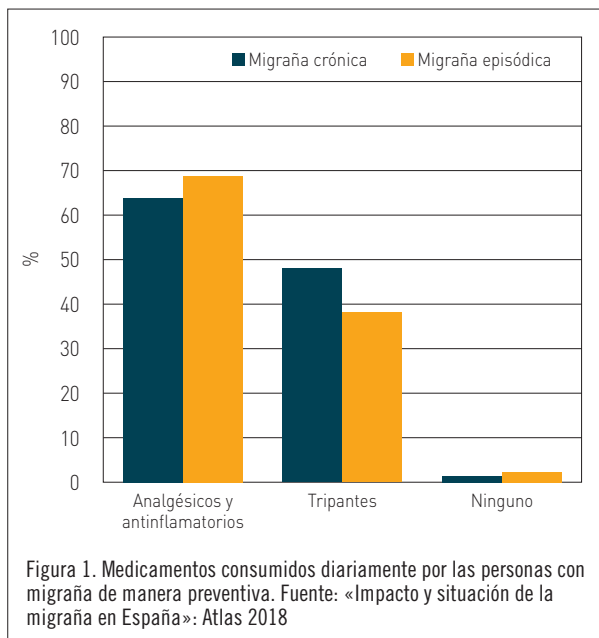
«En el marco de la migraña crónica también podemos optar por inyecciones de toxina botulínica –prosigue–, que considero un fármaco ideal, sobre todo porque no tiene efectos adversos y actúa sobre la periferia. Aunque es un tratamiento que deben administrar neurólogos con experiencia, los médicos de atención primaria tienen que saber que la

toxina botulínica es una buena opción terapéutica no demasiado cara.»

Por último, hace pocas semanas se han comercializado en el mercado español, con financiación pública, los nuevos anticuerpos monoclonales contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP): erenumab y galcanezumab. «Sabíamos desde hace años que esa proteína se elevaba durante el ataque y que sus niveles seguían siendo

En portada

Migraña: más que un simple dolor de cabeza



más altos de lo normal en las personas con migraña –indica la Dra. Pozo-Rosich–. Intentamos administrarlos por vía oral, pero se vio que aumentaban las transaminasas. Con la vía inyectable no pasan por el riñón ni el hígado, ni atraviesan la barrera hematoencefálica. Los ensayos clínicos han demostrado que tienen un buen perfil de seguridad y tolerabilidad, y su eficacia es al menos igual o mejor que los medicamentos que ya teníamos. Están indicados para pacientes que han fracasado al menos en 3 tratamientos previos, siendo uno de ellos la toxina botulínica, y que tengan al menos 8 días de migraña al mes.»

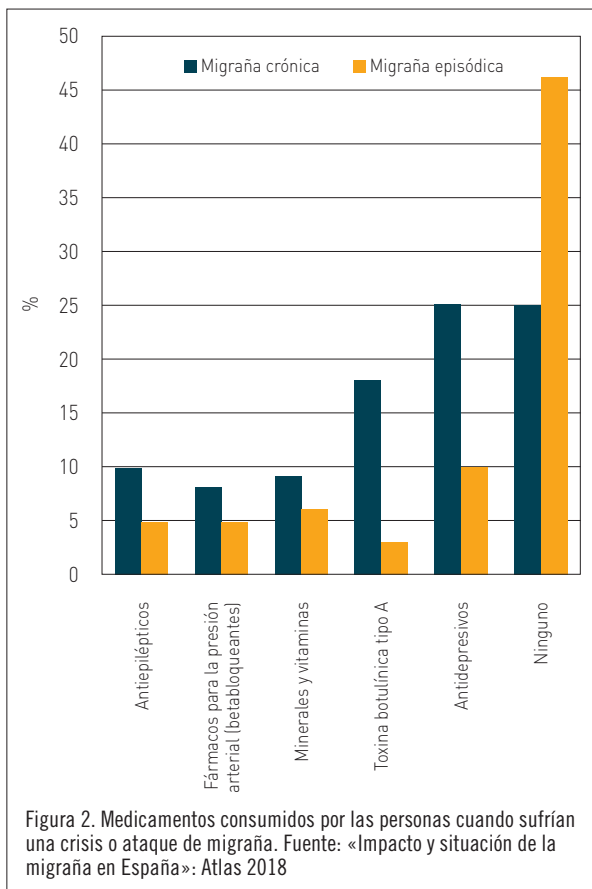
En la figura 1, se muestran los tipos de fármacos más utilizados en nuestro país, según recoge el Atlas 2018, evidentemente antes de la introducción de erenumab y galcanezumab.

En definitiva, respecto al tratamiento preventivo, esta especialista opina que se dispone de una amplia variedad de medicamentos para la migraña y que sería ideal que se utilizaran más en la atención primaria. «Es necesario que los médicos de familia se atrevan a comenzar con los fármacos orales y que remitan a los especialistas sólo los casos refractarios que necesitan otros tipos de tratamiento», aconseja.

Tratamiento para los ataques de migraña

Para aliviar el dolor cuando se ha producido el ataque, el Atlas 2018 muestra que los fármacos más utilizados en nuestro país son los analgésicos y los antiinflamatorios, tanto en la migraña crónica como en la episódica. Menos de la mitad de personas afectadas toma triptanes para aliviar el dolor de cabeza (figura 2).

No obstante, la Dra. Pozo-Rosich explica que el tratamiento principal y paradigmático con esta finalidad son



precisamente los triptanes, que se lanzaron en la década de los noventa. «Su problema –apunta– es que solamente son eficaces en una ventana terapéutica y, debido a su precio –aunque actualmente ya hay genéricos más baratos–, hay gente que los reserva y se los toma únicamente cuando el ataque está demasiado efervescente, momento en que no hacen tanto efecto. Por tanto, es necesario educar a los pacientes para que tomen el fármaco en el momento justo. Además, se pueden asociar con antiinflamatorios».

Por otro lado, esta experta comenta que los analgésicos simples, como el metamizol o el paracetamol, no funcionan tan bien porque el dolor de la migraña se deriva de la pequeña inflamación vascular que se genera, la cual no se resuelve con analgesia simple. Asimismo, subraya que no se deben administrar opiáceos, «porque los pacientes se “enganchan”, empeoran y acaban cronificando el dolor».

Otras estrategias terapéuticas

Al margen de los tratamientos farmacológicos, existen otras estrategias que pueden ayudar a disminuir y prevenir las crisis de migraña. En este contexto es importante educar al paciente y fomentar que se conozca a sí mismo.

«Si la persona conoce cómo funciona su cerebro y sabe protegerse, hay maneras de que la migraña esté más calmada –afirma la Dra. Pozo-Rosich–. En general, se trata de seguir rutinas y minimizar los cambios en relación con el sueño, las comidas, etc.».

Entre los buenos hábitos, el ejercicio físico de forma regular ha demostrado ser un tratamiento no farmacológico que ayuda a prevenir la aparición de dolores de cabeza. Por un lado, genera una buena tonificación muscular que permite que la musculatura se relaje y, por otro lado, permite manejar la ansiedad y el estrés.

La Dra. Pozo-Rosich recuerda al respecto que la actividad física moderada y frecuente libera endorfinas, que son casi las únicas moléculas que pueden contrarrestar el estrés. «La persona migrañosa es demasiado ansiosa y necesita calmarse a través del movimiento y no a través del reposo –comenta–. Por eso se ha comprobado que la relajación o la meditación no funcionan para la migraña.»

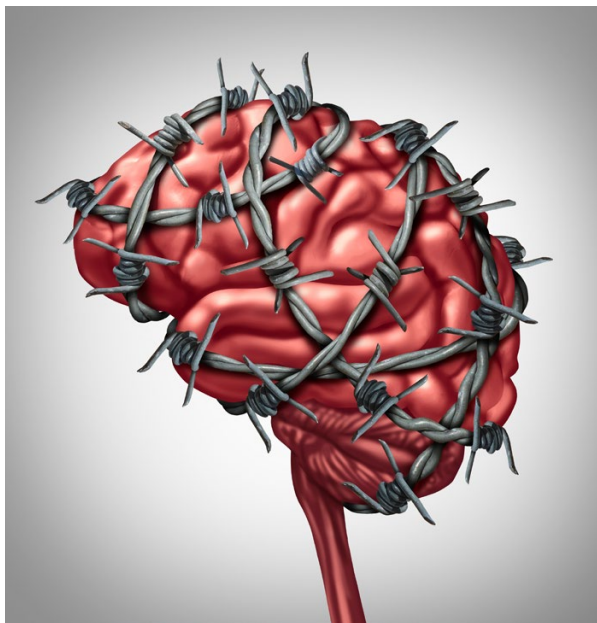
«Otra recomendación que hacemos a los pacientes es que no abusen de los analgésicos –advierte–. Es necesario que aprendan que no todos los días que les duele la cabeza conllevan ataques fuertes de migraña. Muchas veces se premedican porque viven con ansiedad anticipatoria al dolor.»

Respecto a los hábitos dietéticos, tal como señala esta especialista en la entrevista adjunta, son los cambios en la forma de alimentarse los que pueden provocar migraña y no determinados alimentos por sí mismos. En todo caso, lo que se recomienda limitar al paciente migrañoso es la cafeína y el alcohol.

En este contexto, también es esencial dormir bien, pues se ha comprobado que el sueño es uno de los desencadenantes controlables de la migraña. Además, el síndrome de apnea obstructiva del sueño, con frecuencia asociado a la obesidad, puede facilitar el incremento de días con cefalea y cronificar la enfermedad.

Retos de futuro

Combatir la migraña plantea muy diversos desafíos en diferentes ámbitos. Para la Dra. Pozo-Rosich, en relación con los pacientes, «es necesario que tomen conciencia de la enfermedad, entendiendo que ser migrañoso no es algo normal, y tienen que empoderarse y exigir que se les eduque acerca de su enfermedad. Muchos de los pacientes atendidos en nuestra unidad, a los que se les explica cómo funciona su cerebro, se preguntan por qué nadie se lo había



explicado hasta ahora. Es necesario que entiendan que son los propios pacientes los que pueden movilizar más recursos, algo que no podemos hacer los médicos solos. Necesitan corresponsabilizarse en el tratamiento de su migraña».

También es necesario mejorar la asistencia: «Necesitamos que mejore todo el circuito asistencial del paciente y que haya más personas especializadas e interesadas en entender a estas personas, desde el médico de atención primaria hasta nosotros mismos, pasando por el neurólogo general. No hay suficientes unidades de cefalea ni suficientes neurólogos preparados para atenderlas, por lo que se trata de un campo que puede crecer mucho. Es un ámbito que no necesita recursos muy costosos como otras patologías, sino más bien ganas e interés».

Finalmente, en el campo de la investigación, esta especialista declara que a los investigadores les gustaría encontrar mejores soluciones terapéuticas para los pacientes. «Seguiremos buscando nuevas dianas, así como desarrollando sensores para predecir ataques y diagnosticar biológicamente la migraña. La idea es saber cómo modular el cerebro migrañoso, ya sea con fármacos o con estrategias no farmacológicas. En el ámbito de la investigación queda mucho por hacer, ya que los recursos destinados al estudio de la migraña han sido y continúan siendo insuficientes en comparación con cualquier otra enfermedad neurológica, así como en comparación con las enfermedades cardiovasculares o el cáncer», concluye.



«Los médicos de atención primaria tienen que atreverse cada vez más con las enfermedades del cerebro»

Patricia Pozo-Rosich

Responsable de la Unidad de Cefalea del Hospital Universitario Vall d'Hebron y del Migraine Adaptive Brain Center. Barcelona

– ¿Qué datos epidemiológicos sobre la migraña nos puede destacar?

La migraña es la segunda enfermedad neurológica más discapacitante. Además, es muy prevalente, ya que afecta al 12% de la población en España, concretamente al 18% de las mujeres y al 8% de los hombres. Afecta a todas las edades de la vida, desde la infancia (6-8%) hasta la edad avanzada, aunque la incidencia disminuye en la tercera y cuarta edad.

– ¿Qué consecuencias tiene la migraña para la calidad de vida de los afectados?

Tiene un impacto muy importante. Cuando una persona tiene un ataque de migraña no es capaz de desempeñar ninguna actividad que tenga que realizar ese día, ya que cuando te duele la cabeza también hay una disfunción cognitiva. La persona afectada no puede pensar adecuadamente y no puede desarrollar sus actividades, ya sean profesionales, sociales o lúdicas.

– ¿Qué factores de riesgo se conocen?

El principal factor es la genética. Muchos pacientes conocen qué familiares tienen migraña, generalmente la madre, el padre o algún abuelo. Los casos en que no hay familiares con migraña conocidos son excepcionales. Hemos observado también que las personas que tienen migrañas más frecuentes e incapacitantes tienen unos factores de riesgo determinados: sexo femenino, abuso de analgésicos, ataques cada vez más frecuentes, problemas para dormir, apnea obstructiva del sueño, obesidad..., así como algunas características socio-demográficas, como disponer de menos recursos económicos, menos educación, etc.

– Existen abundantes bulos y creencias erróneas sobre la migraña. ¿Cuáles destacarías?

La creencia que menos me gusta es la de la dieta. Es frecuente que algunos médicos proporcionen a las personas con migraña largas listas de prohibiciones, sobre todo, de alimentos. No lo considero serio. Son

los cambios en la forma de alimentarse los que pueden provocar migraña y no los alimentos en sí. Actualmente no disponemos de ninguna evidencia científica para elaborar una lista de alimentos que causen ataques de migraña. Sí que intentamos limitar el consumo de cafeína y de alcohol, si bien hay que decir que apenas hay pacientes migrañosos alcohólicos, porque saben que el alcohol les sienta fatal y por eso beben muy poco. Por tanto, la piedra filosofal reside en reducir la cafeína y en consumir alimentos de fácil digestión.

El otro gran tema son las técnicas alternativas. La persona con migraña tiende a hacer un peregrinaje a través de una enorme variedad de terapias alternativas, normalmente con poco éxito. Este tipo de técnicas no han demostrado científicamente ser útiles y, como médicos, no podemos estar satisfechos con su recomendación, cuando hoy día existen tratamientos comprobados que realmente pueden ayudar.

– ¿Cuál sería su mensaje para los médicos de atención primaria respecto al abordaje del paciente con migraña?

Llevo 20 años dedicándome a esta enfermedad y creo que atravesamos un momento muy interesante para que los médicos de atención primaria se sientan atraídos por el cerebro. Es un tema de interés creciente que hasta ahora parecía inaccesible, a veces por falta de herramientas terapéuticas para ayudar a los pacientes. Me gustaría pensar que dentro de unos 5 o 10 años podremos contar con médicos de atención primaria con ilusión, ganas e interés por especializarse un poco más en el cerebro. En este marco, la migraña es algo fácil y tangible, en el sentido de que el impacto sobre el paciente es muy directo, y para el diagnóstico basta muchas veces con una entrevista clínica. Muchos médicos de atención primaria están interesados en la hipertensión o el colesterol, y pienso que ahora se tienen que atrever cada vez más con las enfermedades del cerebro.