

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:		CEFALEA	
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-06	Página: - 1 - de 16	Versión: 01

CEFALEA
1. ALCANCE
Aplica para las atenciones ambulatorias (consulta externa y prioritaria) de la ESE Centro de Salud Jenesano y su área de influencia.
2. SERVICIO Y POBLACION
Servicio Consulta externa y prioritaria de la ESE Centro de Salud Jenesano y su área de influencia. Tiene cobertura para todos los grupos etáreos.
3. PERIODICIDAD
La guía se revisara cada cinco años y/o según necesidad.
4. EPIDEMIOLOGIA
<p>Según el estudio epidemiológico colombiano del ministerio de la salud 2´ 492. 000 colombianos sufren de migraña, y ésta es más prevalente en las personas que se encuentran en su edad más productiva, entre los 25 y los 55 años de edad. El 80% refieren componente genético asociado. En la juventud y niñez la incidencia es igual o un poco mayor en los varones pero en la edad adulta las mujeres superan a los varones, en proporción de 3 a 1, aproximadamente el 18 % de las mujeres y el 6% de los hombres en edad adulta. En la post-menopausia la proporción es de 2 a 1.</p> <p>Es una causa frecuente de ausentismo escolar y laboral con un alto impacto a nivel familiar y empresarial.</p>
5. DEFINICION DE LA PATOLOGIA
<p>La cefalea se considera un síntoma de una enfermedad orgánica y/o psicógena, que puede ocasionar limitación física y funcional de la persona que la padezca dependiendo de su severidad.</p> <p>La migraña es un proceso de curso episódico con fases sintomáticas entre las crisis, en el que la cefalea es el componente predominante. El diagnostico es clínico.</p> <p>CLASIFICACIÓN DE LA CEFALEA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PRIMARIA <ul style="list-style-type: none"> a. Migraña. b. Cefalea tipo tensión. c. Cefalea Paroxística (salvas y hemicránea paroxística). d. Cefaleas misceláneas benignas • SECUNDARIA <ul style="list-style-type: none"> - Corresponden a las producidas por hipertensión endocraneana, enfermedad vascular, infección, tumores, alteraciones de la producción de líquido cefalorraquídeo (LCR), traumas craneales y neuralgias. <p>En agudo el paciente puede ser clasificado en forma rápida dentro de uno de los siguientes grupos de dolor:</p>

- A. Crisis aislada y aguda de dolor de cabeza
- B. Crisis aguda de una cefalalgia crónica recurrente
- C. Cefalalgia subaguda o crónica

La prioridad inicial es detectar si el dolor de cabeza puede o no poner en peligro la vida de la persona

6. FASE DIAGNOSTICA

INTERROGATORIO AL PACIENTE CON CEFALEA:

Localización.

Características del dolor.

Perfil Temporal.

Patrón de los episodios.

Síntomas asociados o concomitantes.

Otras enfermedades

EXAMEN DEL PACIENTE CON CEFALEA:

- Exámen General
- Exámen Neurológico
 - Esfera mental y estado de conciencia.
 - Pares craneanos.
 - Fondo de ojo.
 - Signos focales motores o sensitivos.
 - Coordinación y marcha.
 - Signos meníngeos
- Fondo de ojo:
 - Papiledema: Nunca es temprano, puede ser Uni o Bilateral.
 - Hemorragia subhialoidea o preretinal
- Los signos meníngeos:
 - Rigidez nuczal, kerning y Brudzinsky.
 - No aparecen en coma.
 - No confundir con rigidez.

INDICACIONES DE NEUROIMAGEN:

- Cefalea aguda
 - Incremento progresivo en su frecuencia
 - Historia incoordinación
 - Historia de síntomas neurológicos focales
 - Cefalea que despierta en la madrugada
- Cefalea aguda o crónica
 - Hallazgo de signos neurológicos anormales
 - Cambio en el patrón de los ataques
 - Clínica no compatible con Migraña o cefalea tensional
 - Factores de riesgo para HTE
 - Clínica sugestiva de HTE



MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

GUIA: CEFALEA

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-CE-M-06

Página:
- 3 - de 16

Versión:
01

- Cefalea por hipertensión endocraneana:
 - Patron temporal.
 - Localización y tipo de dolor.
 - Despierta en la madrugada.
 - Vómito sin nauseas.
 - Papiledema (nunca se observa en agudo)

7. CLASIFICACION, MANIFESTACIONES CLINICAS Y FASE TERAPEUTICA

CLASIFICACION DE LAS CEFALEAS

- A. Crisis aislada, y aguda de cefalalgia:** La primera crisis aislada de cefalalgia deberá ser considerada secundaria a una causa orgánica hasta que se demuestre lo contrario.

TIPO DE CEFALEA	CUADRO CLINICO	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
Hemorragia Subaracnoidea (HSA)	La presentación clínica típica de la ruptura de un aneurisma incluye cefalalgia pulsátil, náuseas, vómito, rigidez nuchal, alteración del estado de conciencia y alguna focalización motora o sensitiva. Es frecuente que el paciente refiera la llamada "cefalalgia centinela" que ocurre algunos días u horas antes del evento catastrófico y podría corresponder a "pequeñas pérdidas de sangre" o microsangrado que anticipan la ruptura mayor. El paciente puede referir un ejercicio o esfuerzo físico marcado como factor desencadenante del dolor.	Si el paciente no tiene signos de focalización neurológica está indicado realizar una punción lumbar inmediatamente y se debe remitir inmediatamente. Si existe focalización neurológica o es posible realizar una escanografía (TAC) se debe remitir y se debe hacer el TAC antes de la punción lumbar. Ante la duda, todo paciente en quien se sospeche HSA, deberá ser tratado como si la tuviese hasta que se descarte	El paciente debe ser remitido para diagnóstico y tratamiento. El manejo del sufrimiento y en especial del dolor es fundamental, ayudando a prevenir complicaciones.

<p>Cefalalgia secundaria a enfermedades sistémicas</p>	<p>El dolor de cabeza puede ser un síntoma asociado a una enfermedad sistémica que cede al tratar la enfermedad de base.</p>	<p>La hipertensión arterial sistémica con valores de presión diastólica mayores o iguales a 110 Mm. Hg., pueden causar cefalalgia de características "vasculares". Cuando la presión está inferior a 110 Mm. Hg. deberá siempre considerarse secundario el dolor a otra causa como una HSA o a medicaciones vasodilatadores</p>	<p>En los casos específicos en que se emplean vasodilatadores para el manejo de hipertensión arterial o enfermedad coronaria y estos producen dolor de cabeza, este tiende a responder muy bien a analgésicos combinados con codeína.</p>
<p>Sinusitis aguda</p>	<p>El dolor es localizado y se exagera a la presión sobre el área afectada acompañándose de otros síntomas sistémicos</p>	<p>En algunas ocasiones es necesario confirmar el diagnóstico con estudios imageneológicos, en especial cuando se sospecha sinusitis etmoidal o esfenoidal, Los cambios de posición pueden empeorar el dolor</p>	<p>El tratamiento básico es con métodos de limpieza de los senos paranasales, analgésicos, antihistamínicos y el antibiótico adecuado.</p>
<p>Enfermedad cerebro vascular (ECV)</p>	<p>La isquemia cerebral transitoria (ICT) que se presenta con cefalalgia de características migrañosas, es difícil distinguirla de una migraña con aura. La mayor duración de los síntomas neurológicos en la ICT y su ubicación en un territorio</p>	<p>Aunque estas características generales son de ayuda, se sabe que la cefalalgia sola no es suficiente ayuda para hacer el diagnóstico etimológico de un ECV. Cuando exista duda se deberán realizar todos los estudios para detectar un</p>	<p>El manejo del dolor en los eventos isquémicos puede incluir analgésicos comunes o combinados con codeína. Se debe ser prudente en el empleo de la aspirina, si no se desea un efecto antiagregante</p>

vascular podría ser de alguna utilidad. La cefalalgia es más frecuente en la enfermedad cerebro vascular (ECV) hemorrágicos; en el caso de los isquémicos, es más frecuente en las embolias que en los trombóticos

posible ECV y los factores de riesgo para enfermedad cerebro vascular. La resonancia magnética es el método de elección cuando se sospecha una lesión de tipo isquémico. La escanografía puede no mostrar la lesión en las primeras horas de evolución o cuando esta es muy pequeña

B. Crisis aguda de una cefalalgia crónica recurrente: La mayoría de estos dolores son de causa benigna.

TIPO DE CEFALEA	CUADRO CLINICO	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
Migraña	<p>inicio en edad joven), comportamiento en el tiempo (recurrencia), síntomas asociados (náuseas, vómito, cambios en el estado de animo, apetito), factores precipitantes (estrés, ejercicio, periodo menstrual, ciertas comidas) y factores que alivien el dolor (embarazo, ciertas drogas, sueño).</p> <p>Los subtipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Migraña con aura: o migraña común es aproximadamente el 80 % del total 	<p>Fases:</p> <p>1. Síntomas premonitorios: una gran variedad de "alertas" como cambios del humor fatiga, depresión tensión muscular, bostezos, y demás.</p> <p>2. Aura: principalmente alteraciones visuales como fosfenos, escotomas o hemianopsia, visión geométrica o menos frecuente alucinaciones, también parestesias faciales o en los miembros superiores. Se presentan típicamente 1 hora antes de la</p>	<p>Para el manejo agudo de las crisis de migraña se recomiendan los antiinflamatorios no esteroideos (en crisis leves a moderadas), y los triptanes, tratamientos específicos para la migraña, que han demostrado su eficacia del alivio del dolor para la enfermedad en crisis moderadas a severas, ejemplo sumatriptan 100 MG vía oral o en spray nasal 20 mg</p> <p>Por otro lado, las terapias preventivas se usan de forma diaria para</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Migraña con aura: o migraña clásica: caracterizada por interrupciones focales neurológicas que inician y terminan con el dolor de cabeza. • Migraña basilar: con dolor occipital, ataxia, disartria, vértigo y tinnitus, también se puede presentar junto a parestesias bilaterales. <p>Migraña crónica: síntomas por más de 15 días del mes durante más de 6 meses.</p>	<p>aparición de la cefalea. Cefalea: moderada a severa en progresión, unilateral en el 60-70%, pulsátil en el 60 % duración entre 4 a 72 horas, intensifica con el movimiento, y asociada a manifestaciones sistémicas como: náusea, emesis, diarrea, fotofobia, fonofobia, vértigo, debilidad muscular.</p> <p>Finalización de la cefalea: sin tratamiento farmacológico se da usualmente con el sueño, ocasionalmente con la emesis y con experiencias emocionales fuertes.</p> <p>5. Postdrome: la cefalea cede aunque suelen presentarse leves molestias como intolerancia alimentaria, imposibilidad para concentrarse y fatiga.</p>	<p>prevenir los ataques de migraña o reducir su frecuencia y severidad. Estos medicamentos se recomiendan generalmente para pacientes que padecen tres o más migrañas la mayor parte de los meses o para aquellos a los que la migraña les limita la capacidad de realizar las actividades diarias varios días al mes. Normalmente, no consiguen evitar todas las crisis, pero reducen la frecuencia y, posiblemente, la intensidad de las crisis. Respecto a los medicamentos a utilizar, se consideran como fármacos de primera elección los beta bloqueadores y los calcio antagonistas.</p> <p>Ver anexo 1</p> <p>También son de ayuda ciertas medidas no farmacológicas en el tratamiento agudo de la migraña: Dormir, aislamiento sensorial, aplicar frío o presión en la frente o en las</p>	
--	--	---	---	---	--

				<p>sienes, y algunas técnicas de relajación.</p> <p>El tratamiento preventivo: Las indicaciones para el tratamiento preventivo han de establecerse de modo individualizado cuando la frecuencia sea superior a 3 crisis al mes, se trate de ataques de intensidad grave con limitación muy importante de la vida ordinaria, los tratamientos sintomáticos no sean eficaces o produzcan efectos secundarios, el aura resulte incapacitante o el paciente no tolere psicológicamente los ataques. En las citadas circunstancias procede pautar un tratamiento preventivo cuyo objetivo será la reducción de la frecuencia de las crisis en al menos un 50%.</p> <p>Anexo 2.</p>
	Cefalalgia tipo tensión	<p>Cuando la cefalalgia tipo tensión se presenta es muy común que esté asociada a</p>	<p>Este factor emocional deberá ser analizado con precaución y a fondo para romper ciclos viciosos que generan más dolor</p>	<p>El empleo de AINES parenterales (diclofenac, ketoprofeno, etc.) es útil y frecuentemente</p>

		problemas importantes de depresión y/o ansiedad	y nuevas consultas. La cefalalgia tipo tensión puede presentarse asociada o no a una contracción dolorosa de diferentes músculos peri craneales.	alivian los síntomas por un tiempo prudencial
	Neuralgia del trigémino	Se caracteriza por un dolor intenso, de corta duración y muy incapacitante con la distribución de una de las ramas del nervio trigémino	El dolor en general dura pocos segundos pero puede presentarse en forma repetitiva, lo que obliga a consultar. Es importante detectar puntos gatillo. Se debe estar alerta para descubrir una causa orgánica (neurinomas/meningiomas etc.).	Se prefiere iniciar el manejo con Carbamazepina a dosis ascendentes hasta llegar a una dosis de 600 MG en un adulto. Los antidepresivos incluyendo la Amitriptilina a dosis de 25-150 mg día/ la Imipramina 25-150 MG día y el trazodone a dosis de 50-150 MG día podrían ser de ayuda
	Otros	Malformaciones arteriovenosas (MAV) que simulan crisis de migraña con aura, Patologías como el lupus eritematoso puede acompañarse de crisis similares a la migraña. La hipertensión intracraneana benigna se presenta en mujeres jóvenes, obesas con historia de tinitus, vértigo y dolor de cabeza		

		<p>que puede simular una migraña. Este dolor responde ocasionalmente al tratamiento antimigrañoso convencional. Ante la duda, la escenografía o la RM cerebral son de ayuda. El feocromocitoma puede presentarse con episodios de cefalalgia de características migrañosas durante los episodios hipertensión arterial</p>			
	<p>Cefalalgia sabaguda. crónica</p>	<p>o Una cefalalgia sin antecedentes previos de dolor similar, que dura por algunas semanas o meses ya sea con lenta progresión o un cuadro estático, obliga a descartar siempre una causa orgánica</p>			
	<p>Tumores Cerebrales</p>	<p>Cuando un tumor causa cefalalgia de características de hipertensión endocraneana (acompañada de náuseas, vómito, que aumente con el esfuerzo y las maniobras de valsalva o que despierten al paciente en la madrugada) generalmente es</p>		<p>Se debe remitir para manejo.</p>	

tarde para un adecuado tratamiento. Los tumores pueden simular cualquier tipo de dolor y se debe estar especialmente alerta, cuando un dolor de cabeza recurrente o crónico cambia sus características de presentación

8. RECOMENDACIONES

Seguimiento en medicina general:

Hay ciertas series de condiciones que suelen señalarse como necesarias para que una migraña sea manejada desde la atención primaria:

- Diagnostico establecido con muy alta probabilidad (varios episodios previos similares)
- El aura, si se presenta a de ser característica de una migraña con aura.
- Ningún indicio de cefalea secundaria
- Descartado el abuso de analgésicos u otra medicación
- Ausencia de comorbilidad que complique el proceso o dificulte su manejo
- Si la frecuencia de la crisis es baja (< de 3 meses) y la medicación sintomática es efectiva

9. REMISION A SEGUNDO NIVEL

Remisión.

Dentro de las razones inherentes al curso clínico que pueden indicar una consulta con el especialista, por vía ordinaria, o en programación normal, están las siguientes:

- El aura es atípica, bien por sus características, bien por su temporalidad con la cefalea, bien por no estar clara su presentación.
- Variación en las características del dolor (según frecuencia, intensidad, topografía, etc.).
- Necesidad de una segunda opinión.
- Comorbilidad.
- Ineficacia de los tratamientos habituales (sintomático y profiláctico).
- Efectos secundarios de los fármacos prescritos.
- Paciente que maneja mal la medicación y adopta actitudes de abuso de fármacos.
- Petición del propio enfermo

Remisión urgente:

- Otras circunstancias, observables en el curso clínico (y al margen de las consideradas de inicio), revisten carácter de gravedad, lo que las hace tributarias de una atención en el nivel secundario con criterios de urgencia.
- Presencia de aura intensa que se sigue de cefalea nula o leve.
- Aura prolongada.

- Trastornos neurológicos acompañantes.
- Cefalea que dura más de 72 horas y no puede ser manejada en atención primaria.
- Mal estado general del paciente (deshidratación, obnubilación, síndrome confusional agudo, etc.).
- Crisis de migraña que no responde al tratamiento

10.ANEXOS

TABLA 1

SEGUIMIENTO A PACIENTES CON CEFALEA

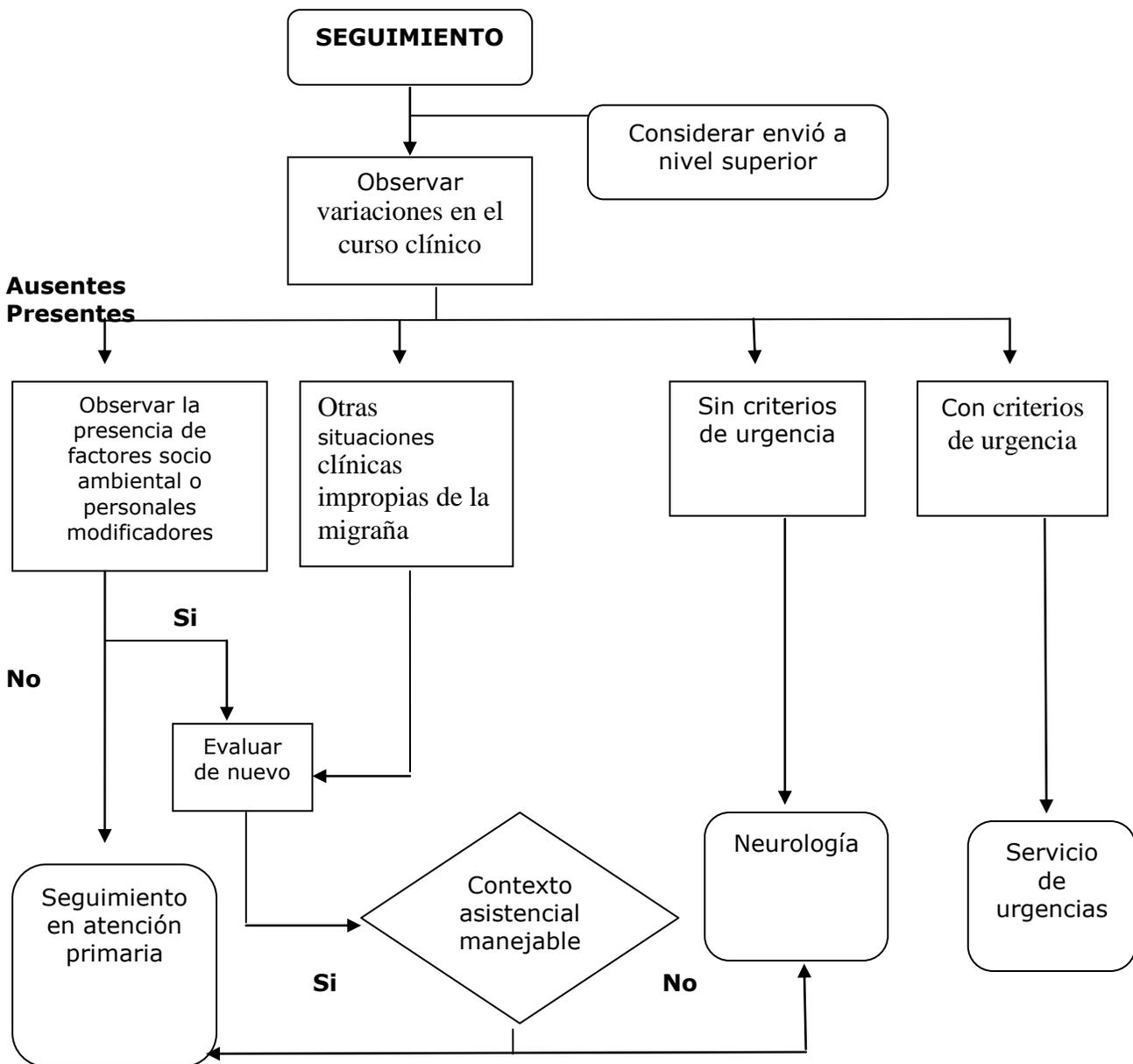


TABLA 2

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS CEFALEAS PRIMARIAS

Migraña	<p>Migraña sin aura Migraña con aura Migraña con aura típica Migraña con aura prolongada Migraña hemipléjica familiar Migraña basilar Migraña con aura sin cefalea Migraña con establecimiento agudo del aura Migraña oftalmoplejica Migraña retiniana</p>
Síndromes periódicos de la infancia que pueden ser precursores o asociados a la migraña	<p>Vértigo paroxístico benigno de la infancia Hemiplejia alternante de la infancia Complicaciones de la migraña Estatus migrañoso Infarto migrañoso Trastornos migrañosos que no recurren</p>
Cefalea tipo tensión	<p>Cefalea episódica Cefalea episódica asociada con trastornos de los músculos pericraneales Cefalea crónica Cefalea crónica asociada con trastornos de los músculos pericraneales</p>
Cefalea en salvas hemicránea paroxística crónica	<p>Cefalea en salvas Cefalea en salvas de periodicidad indeterminada Cefalea en salvas episódica Cefalea en salvas crónica</p>

TABLA 3

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE CEFALEAS SECUNDARIAS

Cefalea asociada a trauma craneoencefálico	
Cefalea traumática aguda	
Cefaloma postraumática crónica	
Cefalea asociada a desordenes vasculares	<p>Accidente cerebrovascular (ACV) Hemorragia subaracnoidea (HSA) Malformaciones arteriovenosas (MAV) Hematoma intraparenquimatoso Disección arterial Trombosis venosas Defectos hematológicos Hipertensión arterial</p>
Cefalea asociada a desordenes no vasculares	<p>Infecciones Tumores Presión intracraneal elevada Presión intracraneal baja Enfermedades granulomatosas</p>
Cefalea asociada al consumo de algunas sustancias o su supresión	
Cefalea asociada a infecciones sistémicas	
Cefalea asociada a trastornos metabólicos	
Cefalea o dolor facial asociado a desordenes craneanos, de cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dentadura, boca y otras estructuras faciales	
Neuralgias craneanas, dolor asociado a lesión del tronco nervioso	
Otros tipos de cefaleas o dolores faciales	<p>Por hielo Estimulo frio Por tos Por ejercicio Por coito Dolor facial atípico</p>
Cefaleas no clasificables	

TABLA 4

MEDICAMENTOS PARA LA MIGRAÑA

Medicamentos	Dosis	Observaciones
<p>Analgésicos y AINES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acetaminofen - Acido salicílico - Naproxeno - Ibuprofeno - Diclofenac sodico 	<p>1000mg VO c/ 8hrs. (B)</p> <p>1000mg VO c/12 hrs. (B)</p> <p>500 - 1000mg VO c/12 hrs. (B)</p> <p>400 - 1200mg VO c/12 hrs. (B)</p> <p>50 - 100mg VO c/ 12 hrs. o 75mg IM al dia.</p>	<p>Recordar siempre iniciar protección gástrica por corto tiempo con el uso de estos analgésicos.</p> <p>Solo son eficaces al inicio de la crisis.</p> <p>Inducen poca cefalea de rebote</p> <p>Tener presente la neuropatía por abuso de analgésicos.</p>
<p>Agonistas selectivos de receptores 5 - HT triptanes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sumatriptan 	<p>50 - 100mg VO (maximo 300mg/dia o 6mg SC) (A)</p>	<p>Eficaces en administración tardía.</p> <p>Poca inducción en cefalea de rebote.</p> <p>Eficaces para disminuir las nauseas y vómitos.</p> <p>Permite una mayor recuperación de la actividad laboral normal en un tiempo inferior a 2 hrs.</p> <p>Contraindicados en cardiopatía isquemica, enfermedad de Raynaud, y enfermedad vascular periférica.</p>
<p>Antieméticos y procinéticos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Metoclopramida - Domperidona 	<p>10mg VO, IM (B)</p> <p>10 - 30mg VO (B)</p>	<p>Administrados 30 min. Antes del preparado analgésico mejora la absorción de este y por tanto su eficacia.</p> <p>La metoclopramida atraviesa la barrera hematoencefalica y puede producir discinecias en niños y adolescentes.</p>



MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA

GUIA:

CEFALEA

Levantamiento:
Agosto de 2010

Aprobación:
Octubre de 2010

Código:
G-CE-M-06

Página:
- 15 - de 16

Versión:
01

TABLA 5

MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PROFILACTICO DE LA MIGRAÑA

BETABLOQUEANTES:

Propranolol: 40-160 mg en 2-3 tomas en 24 horas [B, eficacia a largo plazo] [A, eficacia a corto plazo]

Metoprolol: 100-200 mg en 2 " [B]

Considerar:

Son los fármacos de elección en la profilaxis

Se utilizan dosis inferiores a las necesarias para el bloqueo beta

La ausencia de respuesta a uno de ellos no anula la posible eficacia de otros

Efectos adversos más frecuentes: Bradicardia, hipotensión, broncoespasmo, parestesias, aumento de peso, pesadillas, astenia, mareo, fatiga, depresión, disminución de la libido y de la capacidad sexual.

Contraindicados en asmáticos, pacientes con bloqueos cardíacos, enfermedad arterial periférica

BLOQUEADORES DE LOS CANALES DEL CALCIO:

Flunarizina: 2.5-5 mg/día en una toma al acostarse [B]

Verapamilo: 80-240 en 1-3 dosis [B]

Considerar:

Largo tiempo de latencia hasta conseguir los efectos deseados (2 meses)

Efectos adversos: Sedación, aumento de peso, depresión, sintomatología extrapiramidal, estreñimiento (Verapamilo). Menor incidencia de efectos secundarios el Verapamilo.

Contraindicados en el embarazo, existencia de arritmias, depresión y parkinsonismo

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS:

Amitriptilina: 10-50 mg antes de acostarse (inicio gradual) [B]

Considerar:

El efecto antimigrañoso es independiente del antidepresivo.

Recomendado especialmente en pacientes que padecen una cefalea tensional asociada, cefalea crónica diaria (migraña transformada), o sintomatología depresiva.

Usar con precaución en pacientes mayores por sus efectos anticolinérgicos.

Contraindicada en epilepsia, enfermedad prostática y glaucoma.

FÁRMACOS QUE ACTÚAN SOBRE EL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA (SRAA):

Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA): Lisinopril: 20 mg/día [B]

Bloqueadores del receptor AT₁ de la Angiotensina (BRA): Candesartán: 16 mg/día [B]

	MANUAL CONSULTA EXTERNA MEDICINA			
	GUIA:	CEFALEA		
Levantamiento: Agosto de 2010	Aprobación: Octubre de 2010	Código: G-CE-M-06	Página: - 16 - de 16	Versión: 01

Considerar:

Efectos secundarios más frecuentes: Tos, edema angioneurótico, hiperpotasemia

Contraindicados en insuficiencia renal Terminal, embarazo, lactancia, lactante/niño, insuficiencia hepática.

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS:

Naproxeno: 500-1100 mg/día (con protección gástrica)

Ácido acetilsalicílico: 375-1300 mg/día

Considerar:

Naproxeno especialmente útil en la migraña menstrual, a las dosis habituales y usadas desde 3-5 días antes de la menstruación hasta los 1-5 días siguientes.

Anticonvulsiantes:

Ácido valpróico Eficaz en algunos ensayos clínicos aleatorios, indicado especialmente en la migraña con aura prolongada Efectos secundarios más frecuentes: Hepatotoxicidad (sobre todo en niños), ganancia de peso, alopecia, rash cutáneo, alteraciones hematológicas y temblor. Contraindicado en embarazo (teratogénico).