

CEFALEAS

M. José Alonso Osorio

Farmacéutica comunitaria.

Profesora colaboradora en

la Universidad de Barcelona (UB-IL3)

y en la Universitat Oberta de Catalunya (UOC).



Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra

© 2025 M^a José Alonso Osorio

Diseño y maquetación: Ipatia Medical S.L.

ISBN: 978-84-129464-6-8

SUMARIO

Introducción	1
Clasificación de las cefaleas según su origen	2
Tratamiento sintomático de las cefaleas leves a moderadas	5
Conclusiones	9
Glosario	9

INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ENTENDEMOS POR CEFALÉAS?

Se define como cefalea, o cefalalgia, de forma general a todo dolor localizado en la cabeza.

El dolor de cabeza tiene una alta prevalencia, siendo uno de los trastornos más frecuentes que sufre el ser humano. Se calcula que el 80% de la población experimenta dolor de cabeza en algún momento de su vida. Afortunadamente, alrededor del 90% de las cefaleas son de carácter benigno.

Suelen utilizarse como sinónimos de cefalea los términos migraña y jaqueca.

Pero no todos los dolores de cabeza son iguales. La diferenciación más simple es la siguiente:

- **Cefalea generalizada**, cuando abarca toda la extensión del cráneo, y
- **Hemicránea, migraña o jaqueca** cuando se localiza principalmente en una de las mitades.

CLASIFICACIÓN DE LAS CEFALÉAS SEGÚN SU ORIGEN

Según la última Guía de la Sociedad Internacional de Cefaleas (IHS 2018) las cefaleas¹ se clasifican en:

CEFALEAS PRIMARIAS

- Migrañas.
- Cefalea tensionales.
- Cefaleas trigémino-autonómicas.
- Otras cefaleas primarias menos comunes (tusíge-na, por esfuerzo, por actividad sexual, en trueno, por criostímulo, por presión externa, punzante, numular, hípica (durante el sueño y diaria persistente)).

¹*Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018 Jan;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202.*

CEFALEAS SECUNDARIAS

- Cefalea atribuida a traumatismo craneoencefálico y/o cervical.
- Cefalea atribuida a vasculopatía craneal y/o cervical (isquemia cerebral; hemorragia intracraneal no traumática y otras vasculopatías).
- Cefalea atribuida a trastorno intracraneal no vascular (hipertensión o hipotensión de líquido cefalorraquídeo; enfermedad intracraneal inflamatoria no infecciosa; neoplasia intracraneal; crisis epiléptica y otras menos frecuentes).
- Cefalea atribuida a administración o privación de una sustancia (efectos secundarios de medicamentos; abuso de medicamentos; abuso o privación de tóxicos y otros).
- Cefalea de origen infeccioso (infección intracraneal; meningitis o encefalitis vírica; micosis o parasitosis intracraneales; infección cerebral localizada; infección sistémica).
- Cefalea atribuida a trastornos de la homeostasis (por hipoxia o hipercapnia; de altura, por vuelo en avión, inmersión o apnea del sueño; diálisis; hipertensión arterial; hipotiroidismo; ayuno; cardíaca; otros).
- Cefalea atribuida a trastorno psiquiátrico.
- Cefalea o dolor facial atribuidos a trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dientes, boca o de otras estructuras faciales o cervicales

Entre los fármacos que pueden ocasionar cefalea como efecto secundario se pueden encontrar: algunos antianginosos (nitratos); antiarrítmicos (amiodarona, verapamilo, etc.); antihipertensivos (atenolol, captopril, nifedipino, etc.).

Toda sospecha de cefalea grave primaria o cefalea secundaria no diagnosticada debe ser remitida siempre al médico para su diagnóstico diferencial y tratamiento individualizado.

CEFALEA POR TENSIÓN

- Es el tipo de dolor de cabeza más frecuente, se debe a una tensión de los músculos del cuello, hombros o cabeza. Puede tener su origen en el uso de posturas incorrectas, estrés, y/o cansancio.
- El dolor tiene **tendencia bilateral**, a menudo comienza en la parte posterior de la cabeza propagándose hacia delante (Figura 1).
- Se trata de un dolor sordo y/u opresivo, raramente pulsátil, de intensidad entre leve y moderada.
- A menudo, la persona que lo padece refiere sensación de llevar una banda que “rodea y oprime” la cabeza.
- Se acompaña frecuentemente de sensibilidad dolorosa en el cuello.
- **No se asocia a náuseas**, vómitos, fotofobia (malestar a la luz) o fonofobia (malestar a los sonidos).

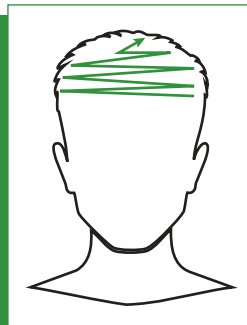


FIGURA 1. Dolor moderado.

CEFALEA EN RACIMOS

- También se conoce como cefalea en salvas, cúmulos, o cefalea de Horton.
- Se caracteriza por un dolor intenso, **unilateral**, generalmente periorbitario, muy molesto, con una **duración de 45 minutos a 1 hora**, con **ataques múltiples** varias veces al día, en el mismo horario,

durante varias semanas o meses, desapareciendo con intervalos similares (Figura 2).

- Se produce **más frecuentemente en los varones**, sobre todo entre la segunda y tercera década de la vida.

MIGRAÑAS

- Las migrañas, atendiendo a si se acompañan o no de “signos de advertencia” se clasifican en migrañas con aura y migrañas sin aura.
- Afectan en mayor proporción a las mujeres (3:1).
- En un porcentaje elevado de los casos existen antecedentes familiares.
- El aura se presenta generalmente antes de la fase dolorosa “anunciando el dolor”, dura entre 4 y 60 minutos y afecta al 30-40% de los casos.
- Los **síntomas de aura** más comunes son: líneas en zig-zag, luces intermitentes, alucinaciones visuales, visión borrosa, puntos ciegos, sensibilidad a la luz intensa, dolor ocular.

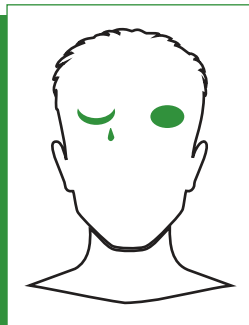


FIGURA 2. Dolor severo.

- Los **síntomas de migraña** más comunes son: dolor pulsátil (más del 50% de los casos), habitualmente más intenso en un lado, con una duración de entre 6 y 48 h, que puede acompañarse de mareo, vértigos, náuseas, vómitos y fatiga (Figura 3).
- Los síntomas “después de la crisis” suelen ser pesadez, fatiga, necesidad de dormir y dolor en el cuello.

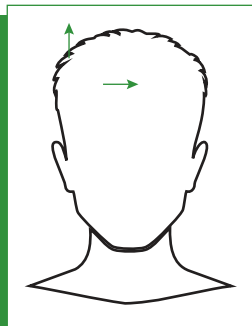


FIGURA 3. Dolor moderado a severo.

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DE LAS CEFALÉAS LEVES A MODERADAS

Triptanes, diptanes y geptanes, son fármacos de prescripción médica indicados para el alivio de ataques agudos de migraña con o sin aura. Estos y otros tratamientos de prescripción como la dihidroergotamina

y los analgésicos opiáceos entre ellos, precisan seguimiento médico. **Nos limitaremos en esta guía al tratamiento sintomático de cefaleas leves a moderadas.**

En el tratamiento de la cefalea tensional y la migraña leve a moderada, la medicación analgésica debe administrarse al comienzo de la aparición del dolor y con dosis eficaces que procuren un alivio rápido, para evitar la acción de las prostaglandinas sobre los nociceptores, su sensibilización y, por tanto, el desarrollo de hiperalgesia.

Los parámetros de eficacia de los fármacos útiles para la cefalea se basan en valorar dichos fármacos según su eficacia, tolerabilidad y grado de satisfacción de pacientes, es decir:

- Disminución del dolor a las 2 horas.
- Ausencia de dolor a las 2 horas.
- Rapidez de acción.
- Recurrencia.
- Respuesta completa.

TABLA I. Medicamentos analgésicos sintomáticos más frecuentemente utilizados en caso de cefaleas.

Nombre	Dosis eficaz	Tiempo de acción
Ácido acetilsalicílico	500 mg cada 4 a 6 h o 1 g cada 6 - 8 h (máximo 4 g/día)	Acción máx. 60'
Ibuprofeno	400 a 600 mg cada 4 a 6 h (máximo 2.400 mg/día)	Acción máx. 60'
Ibuprofeno-arginina	400 a 600 mg cada 4 a 6 h (máximo 2.400 mg/día)	Acción máx. 21'
Paracetamol	650 mg/cada 4 a 6 h o 1 g cada 6 - 8 h (máximo 3,9 g/día). En las migrañas solo responden el 10% de los casos	Acción max. 60'

Cualquier tratamiento debe iniciarse con la mínima dosis que se ha demostrado eficaz y ajustarse hasta encontrar la dosis “óptima” (dosis eficaz sin efectos secundarios relevantes).

Es especialmente importante que el tratamiento sea lo más precoz posible porque la eficacia analgésica es mayor. Es de sobra conocido que el dolor que no se erradica conduce a un círculo vicioso que aumenta la intensidad del dolor y dificulta su tratamiento.

Los fármacos más utilizados se resumen en la tabla I.

En las bases del tratamiento general del dolor agudo, incluidas las cefaleas, en la escala analgésica de la OMS, los AINEs están incluidos en el primer escalón, siendo la vía oral la de primera elección y de biéndose adecuar la posología a la intensidad del dolor.

Dentro de los AINEs debe considerarse la importancia de ibuprofeno, compuesto no esteroideo

derivado del ácido propiónico con marcadas propiedades antiinflamatorias, analgésicas, y antitérmicas, que actúa impidiendo la síntesis de prostaglandinas, mediante la inhibición competitiva y reversible de las diversas formas de ciclooxigenasa (COX), tanto a nivel periférico como en el sistema nervioso central. El ibuprofeno y sus sales se consideran los AINEs más eficaces con menor riesgo de hemorragia digestiva (Tabla II).

Un problema muy común derivado del mal uso de los medicamentos es la “cefalea con uso excesivo de medicación” (CUEM), que suele ser más frecuente en pacientes con migraña, y en menor medida, en la cefalea tipo tensión y la cefalea en racimos².

²Santos Lasasoa S. Pozo Rosic P (Editoras). *Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología en 2020.*

TABLA II. Langman, MJS et al: “Riesgos de úlcera péptica sangrante asociados a diversos fármacos antiinflamatorios no esteroideos”. Lancet 1994 Apr 30; 343.

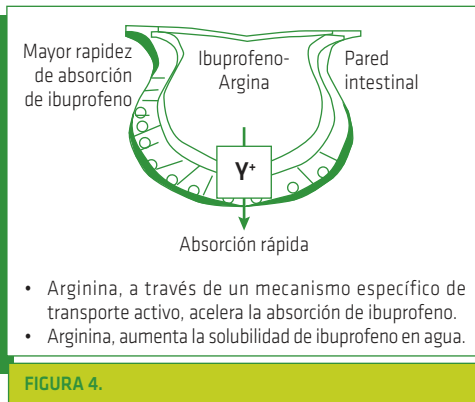
Fármaco	Riesgo relativo de sangrado gastrointestinal	Intervalo de confianza del 95%
Ibuprofeno	2,0	1,4-2,8
Diclofenaco	4,2	2,6- 6,8
Naproxeno	9,1	5,5-15,1
Indometacina	11,3	6,3-20,3
Piroxicam	13,7	7,1-26,3
Ketoprofeno	23,7	7,6- 74,2

BENEFICIOS DEL COMPLEJO IBUPROFENO-ARGININA

Entre las sales de ibuprofeno, el complejo ibuprofeno-arginina, es el que ha mostrado mayor rapidez de acción y riesgo menor de lesión gástrica. La L-arginina es un aminoácido de carácter básico que a nivel gas-

trointestinal se absorbe mediante transporte activo. Este mecanismo de absorción le proporciona un paso rápido y completo a través de la pared gastrointestinal.

- En estudios farmacocinéticos se ha demostrado que, de forma selectiva, la arginina acelera la velocidad de absorción gastrointestinal de ibuprofeno. Así, gracias a la presencia de arginina, ibuprofeno con sigue una mayor velocidad de absorción gastrointestinal, con lo que se obtienen de forma más rápida mayores valores plasmáticos de este principio activo.
- Además, la arginina aumenta la solubilidad de ibuprofeno en agua y favorece su absorción. Todo ello conlleva a un perfil cinético diferencial que se traduce en la consecución de dos efectos farmacocinéticos principales:
 - Mayor rapidez de absorción y,
 - Mayores niveles plasmáticos de ibuprofeno (Figura 4).



Otra ventaja que aporta la asociación es que L-arginina, como precursora del óxido nítrico, induce un efecto protector sobre la mucosa digestiva como consecuencia de su efecto vasodilatador y estabilizador de la barrera defensiva, favoreciendo la liberación de moco y los pro-

cesos proliferativos y re paradores. Como resultado se reduce significativamente el riesgo de lesión gástrica.

El uso de ibuprofeno arginina, es considerado seguro en la lactancia, los datos farmacocinéticos han observado un paso ínfimo o nulo a la leche materna. Se puede considerar el analgésico de elección en madres lactantes según la web médica especializada e.lactancia.org.

CONCLUSIONES

- Ibuprofeno, por su rapidez de acción, su eficacia y seguridad (es el AINE que presenta menor riesgo de sangrado gastrointestinal) está incluido en el primer escalón de las bases del tratamiento general del dolor agudo (incluidas las cefaleas), en la escala analgésica de la OMS.
- La asociación ibuprofeno-arginina, ha mostrado asimismo una mayor eficacia y aumento de la seguridad, con respecto al ibuprofeno base.

GLOSARIO

- **Ciclooxigenasa:** enzima que permite la producción de prostaglandinas a partir del ácido araquidónico.
- **Hiperalgesia:** percepción exagerada del dolor después del estímulo doloroso.
- **Nociceptores:** receptores nerviosos que captan el dolor u otras sensaciones desagradables y lo transmiten a las neuronas sensitivas de los nervios periféricos.
- **Prostaglandinas:** conjunto de sustancias pertenecientes a los ácidos grasos, que se sintetizan en todas las células y tejidos del organismo, excepto en los glóbulos rojos, a partir del ácido araquidónico. Actúan como mediadores en un gran número de procesos fisiológicos: intervienen en la respuesta inflamatoria, provocan la contracción de la musculatura lisa e intervienen en la regulación de la Tª corporal.



Acceda a las Fichas
Técnicas escaneando
estos QR



Presentaciones y precios

Espididol 400 mg comprimidos recubiertos. Envase con 12 comprimidos: PVL 3,17.-EUR; PVP 4,76.-EUR; PVPiva 4,95.-EUR. Envase con 18 comprimidos: PVL 4,30.-EUR; PVP 6,45.-EUR; PVPiva 6,71.-EUR. Medicamento no sujeto a prescripción médica. No financiado por el SNS. Para ver la ficha técnica haga click [aquí](#).

Espididol 400 mg granulado para solución oral sabor menta. Envase con 20 sobres: PVL 4,30.-EUR; PVP 6,45-EUR; PVPiva 6,71.-EUR. Medicamento no sujeto a prescripción médica. No financiado por el SNS. Para ver la ficha técnica haga click [aquí](#).

