

MIGRAINAREN TRATAMENDUA

AURKIBIDEA

- ▶ SARRERA
- ▶ DIAGNOSTIKOA
- ▶ TRATAMENDUA
 - TRATAMENDU AKUTUA
 - Analgesikoak eta AIEE
 - Triptanak
 - Antiemetikoak
 - Beste farmako batzuk
 - PREBENTZIOZKO TRATAMENDUA
 - Migraina menstrualaren profilaxia
- ▶ HAURDUNALDIKO MIGRAINAREN TRATAMENDUARI BURUZKO KONTSIDERAZIOAK
- ▶ MIGRAINAREN TRATAMENDUA HAUR ETA NERABEETAN
- ▶ FARMAKO GEHIEGI HARTZEAGATIK AZALTZEN DEN ZEFALEA

SARRERA

Migrainak aldian behin errepikatzen diren buruko min ezgaitzaileak dira. Buruko min hau, normalean alde bakarrean izaten da, goragaleak eta/edo argi- edo soinu-sentsibilitatea ditu ezaugarri. Krisiek 4 eta 72 ordu arteko iraupena izaten dute (tratamendu egokirik gabe), eta aurretik edo horrekin batera aura bat etor daitezke. Ohikoa da migraina familia-historian agertzea. Emakumeetan gizonetan baino ohikoagoa da; urtero, emakumeen % 17k jasaten dituzte eta gizonen % 6k^{1,2}.

The International Classification of Headache Disorders aldizkariaren 3. edizioak (ICHD-3) migrainak aurarekin edo gabe sailkatzen ditu. Aurarik gabekoa da arruntena, kasuen % 75 inguru¹. Era berean, migrainak honela sailkatu daitezke: episodikoak, hau da, hilean 15 egunetan baino gutxiagotan gertatzen badira; edo kronikoak, zefaleak hilean 15 egunetan edo hortik gora gertatzen badira (eta horietatik gutxienez 8 migraina-krisiak badira), gutxienez hiru hilabetez³.

Migrainez aparte, zefalea primarioen artean honako hauek bereiz daitezke: tentsio-zefalea eta luku erako zefalea. Halaber, farmako gehiegi hartzeagatik sortzen den zefalea gero eta ezagunagoa da. Herritarren % 1ek inguruk jasaten du, eta normalean migraina da jatorria^{3,4}.

INFAC honetan honako hauek aztertuko ditugu: migrainaren kudeaketa, sintoma akutuak arintzeko eskuragarri dauden tratamenduak, eta migraina-krisien intentsitatea edo maiztasuna murrizteko prebentziozko tratamenduak, bai helduetan baita populazio pediatrikoan ere.

DIAGNOSTIKOA

Maiz, migraina azpidiagnostikatu edo ez da modu zuzenean diagnostikatu, eta, horren ondorioz, ezin da egoki tratatu³. Paziente gehienak anamnesi egoki baten bidez eta miaketa zehatz bat eginez diagnostika daitezke. Proba gehigarriak alarma-seinaleak dauden kasuetan edo irizpide diagnostikoak betetzen ez dituzten zefaleen kasuan soilik izango dira beharrezkoak⁴.

Migrainaren irizpide diagnostikoak (ICHD-3ren arabera):

Aurarik gabeko migraina	Aura duen migraina
<p>A. Gutxienez B eta D bitarteko irizpide guztiak betetzen dituzten 5 krisi</p> <p>B. 4 eta 72 ordu arteko iraupena duten zefalea-krisiak (tratamendurik gabe edo arrakasta gabeko tratamenduarekin)</p> <p>C. Buruko minak gutxienez honako ezaugarri hauetatik bi ditu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aldebakarrekoa • Taupakaria • Min moderatua edo handia • Ohiko jarduera fisikoak egitean (adibidez, ibiltzea edo eskailerak igotzea) larriagotzen da, edo horiek egitea saihesten da <p>D. Buruko mina gertatzen ari den bitartean, gutxienez honako hauetatik bat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Goragaleak, gorakoak edo biak • Fotofobia eta fonofobia <p>E. Beste ICHD-3 diagnostiko batek ez du hobeto azaltzen</p>	<p>A. Gutxienez B eta C irizpide guztiak betetzen dituzten 2 krisi</p> <p>B. Gutxienez, mota honetako aura-sintoma itzulgarriren bat: bisuala, sensoriala, mintzamina eta/edo hizkuntza, motorra, garun-enborra edo erretina</p> <p>C. Gutxienez, ezaugarri hauetako 2 betetzen ditu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gutxienez, aura-sintoma bat gradualki azaltzen da ≥ 5 minutuz eta/edo, ondoren, bi sintoma edo gehiago • Auraren sintoma bakoitzak 5 eta 60 minutu artean irauten du • Gutxienez, aura-sintoma bat aldebakarrekoa da • Aurarekin batera edo jarraian (60 minutu pasa baino lehen) zefalea agertzen da <p>D. Beste ICHD-3 diagnostiko batek ez du hobeto azaltzen, eta atake iskemiko iragankorra baztertu da</p>

TRATAMENDUA

Migraina daukaten pazienteen kasuan, ohiturei eustea garrantzitsua da, hala nola otorduetan, ariketetan eta loadian erregularatasuna izatea, modu egokian hidratatzea, faktore abiarazleak saihestea –pazienteak ezagutzen baditu–, eta lasaitasuna eragiten duten jarduerak kontuan hartzea³.

Hona hemen migrainaren prebentziorako har daitezkeen farmakologikoak ez diren neurri batzuk: ariketa aerobikoa, biofeedbacka, terapia kognitibo-konduktualak, akupuntura, eta azalean zeharreko nerbio estimulazio elektrikoa (TENS supraorbitala)⁵. Hala ere, paziente gehienentzat, faktore abiarazleen prebentzioan soilik oinarritzen den tratamenduak ondorio marjinalak ditu, eta tratamendu farmakologikoa beharrezkoa izaten da; nolahi ere, neurri ez farmakologikoekin konbinaturik erabil daiteke. Gaur egun ez dago migraina sendatzen duen tratamendurik⁴.

“ **Krisietan, tratamendua lehenbailehen hasi behar da** ”

Migrainaren kudeaketa farmakologikoa gertakari akutuen tratamendu sintomatikoan oinarritzen da; kasu batzuetan, halaber, prebentziorako tratamendua ere erabiltzen da. Erabiliko diren farmakoak (analgesikoak, AIEE, triptanak, antiemetikoak, beta-blokeatzaileak, antidepresiboak, antiepileptikoak...) honako faktore hauen arabera aukeratu dira: krisien intentsitatea eta maiztasuna, goragaleak edo gorakoak dauden, pazienteek nahiago dituztenak, eta komorbilitateak (adibidez, arrisku kardiobaskularreko faktoreak) edo beste tratamendu konkomitanteak dauden^{3,6}.

TRATAMENDU AKUTUA

Helburua zefalearen intentsitatea eta migrainaren beste sintoma batzuk desagerraraztea edo nabarmenki murriztea da. Tratamendua eraginkorragoa da pazienteek migraina-zefalea identifikatu bezain laster ekiten bazaio^{2,3,6}. Oro har, behin bakarrik ematen da, eta errepikatzeko aukera dago, sendagai berearekin edo beste batekin, erantzuna egokia ez bada³. Dosi handi bakar bat hainbat dosi txiki baino eraginkorragoa da⁶.

“ **Farmako gehiegi hartzeagatik azaltzen den zefalea izateko arriskua jakinarazi behar zaio pazienteari** ”

Erabiliko den estrategiak pazientearen preferentziak kontuan hartu behar ditu, eta indibidualizatu izan behar du paziente bakoitzarentzat eta krisi bakoitzarentzat^{3,4}.

Azido azetilsalzilikoa (AAS), AIEEak, eta triptanak lehen aukerako tratamenduak dira.

Tratamendua mailakatua edo geruzatua izan daiteke. Tratamendu mailakatuan, lehen aukeran analgesikoen (AAS) edo AIEEen dosi handiak erabiltzen dira, eta, hiru migraina-krisitan eraginkorrak ez badira, triptanak erabiltzen dira. Tratamendu geruzatuan, pazienteek analgesikoen edo AIEEen dosi handiak erabil ditzakete buruko min arin baterako, eta triptanak, berriz, mina handiagoa bada³.

Tratamendu jakin bati erantzuten ez badio, pazienteari ordezeko tratamenduetarako jarraibideak eman behar-ko zaizkio⁶. Tratamendu akutua hasten denean, garrantzitsua da pazienteari farmako gehiegi hartzeagatik sortzen den zefalea izateko arriskua dagoela jakinaraztea, bai eta hilabete bakoitzean tratamendu sintomatikoa jasotzen den egun-kopurua murriztea ere^{3,4}.

Analgesikokoak eta AIEE^{3,6,7}

- AASa 1 gramoko dosietan gomendatzen da.
- AIEEen artean, ibuprofenoa gomendatzen da, 400 mg-ko dosietan. Hori eraginkorra ez bada, dosia 600 mg-tara igo daiteke. Naproxenoa ere mina arintzeko eraginkorra dela ikusi da. AIEE bat eraginkorra ez bada, beste bat proba daiteke, paziente batzuek AIEE jakin bati hobeto erantzuten baitiote. Diklofenakoa eta dexketoprofenoa migrainan eraginkortasuna frogatu duten beste AIEE batzuk dira.
- Parasetamola 1 gramoko dosietan erabil daiteke, beste tratamendu batzuk erabili ezin dituzten pazienteetan.

“ **AASa, AIEEak, eta triptanak lehen aukerako tratamendutzat hartzen dira krisietan** ”

Triptanak

Eraginkorrak dira goiz ematen direnean –mina arina edo neurrikia den bitartean– minarekiko erantzuna hobetu eta erreku-rrentzia-tasa murrizten baitute^{3,7}. Aura daukaten pazienteek zefalearen hasieran hartzen dituzte, ez auraren hasieran, aldi berean azaltzen direnean izan ezik^{2,3,6}.

“ **Triptana bat ez bada eraginkorra ondoz ondoko 3 krisitan, beste batekin saiatu beharra dago** ”

Ahozko triptanak eraginkorrak dira zefalea arintzeko pazienteen bi herenetan, gutxi gorabehera⁴. Erantzunik ez badago, ez da bigarren dosi bat eman behar⁸. Beste alde batetik, migraina moderatua edo handia duen pazienteen % 20-% 40k errekurrentziak izaten ditu triptana hartu eta hurrengo 24 orduko epean. Errekurrentzia horiek bigarren dosi bati erantzun diezaiokete⁷. Triptanak astean 2 aldiz erabili beharko lirateke gehienez (≤ 9 egun hilabetean), farmako gehiegi hartzeagatik sortzen den zefalea saihesteko^{3,9}.

Triptan guztiek antzeko eraginkortasuna daukate, eta, hain zuzen, horregatik ez da triptan jakin bat gomendatzen tratamendua hasteko^{3,9}. Lehenengo triptana eraginkorra ez denean (ondo ondoko 3 krisitan eman ondoren), hurrengo krisian beste triptan bat erabili⁹, dosia igo, edo beste forma galeniko batera aldatu beharko da^{3,4,6}.

Krisi berean, nahiz eta lehenengo dosia eraginkorra ez izan, ez litzateke beste triptan desberdin batera aldatu beharko⁹. Triptan edo deribatu ergotamimiko bat erabiltzen bada, ez dira beste triptan batzuk erabili behar hurrengo 24 orduetan, eragin dezaketan basokonstrikzio gehigarriagatik.

Merkaturatutako triptanen taula^{2,8,10}-tik egokituta

	Eraginaren hasiera	Dosia errepikatu	Interakzio adierazgarriak	Dosi/unitate (Dosi max./egun)	Salneurria/dosi (€)
Ahozkoak					
Almotriptana	30 min	2h	Batere ez	12,5 mg (max. 25 mg)	4,90
Eletriptana	30 min	2h	Ez erabili CYP3A4 inhibitzailek 72 orduz	20 mg 40 mg (max. 80mg)	2,75 4,40
Frotriptana (*)	2h	2h	Batere ez	2,5 mg (max. 5 mg)	5,35
Naratriptana (*)	1 h	4 h	Batere ez	2,5 mg (max. 5 mg)	3,23
Rizatriptana	30 min	2h	Ez erabili MAOI modu konkomitantean, ezta hurrengo bi asteetan ere. Propranololarekin, mugatu 5 mg-tara rizatriptan dosia.	10 mg (max. 20 mg)	4,40
Sumatriptana	30 min	2h	Ez erabili MAOI modu konkomitantean, ezta hurrengo bi asteetan ere.	50 mg 100 mg (max. 300 mg)	3,05 5,86
Zolmitriptana	1 h	2h	Ez erabili MAOI modu konkomitantean, ezta hurrengo bi asteetan ere. CYP1A2 inhibitzaileekin, mugatu 5 mg-tara zolmitriptan dosia	2,5mg 5 mg (max. 10 mg)	2,68 5,36
Larruzalpekoa					
Sumatriptana (**)	10 min	1h	Ez erabili MAOI modu konkomitantean, ezta hurrengo bi asteetan ere.	6 mg (max. 12 mg)	13,11
Sudur-bidezkoa					
Sumatriptana	15 min	2h	Ez erabili MAOI modu konkomitantean, ezta hurrengo bi asteetan ere.	10 mg 20 mg (max. 40 mg)	5,90 10,70
Zolmitriptana	10-15 min	2h	Ez erabili MAOI modu konkomitantean, ezta hurrengo bi asteetan ere. CYP1A2 inhibitzaileekin (fluboxamina, kinolonak), mugatu 5 mg-tara zolmitriptan dosia	5 mg (max. 10 mg)	10,70

(*) Eraginaren hasiera motelagoa da eta, hasierako erantzuna, txikiagoa, baina hobeto onartzen dira^{6,7}

(**) Larruzalpeko sumatriptanak ahokoak baino ondorio kaltegarri gehiago ditu⁷

Intentsitate handiko krisiak dituzten pazienteetan, triptana AIEE batekin (adibidez, naproxenoa) konbinatzea aintzat hartu behar da, bai eta sudur-bidezko edo larruazalpeko formak erabiltzea ere, eraginaren hasiera berehalakoa izatea beharrezkoa bada^{3,6,7,9}.

Aho bidezko forma guztiak, aho bidezko sakabanagarriak barne, gastrikoki absorbatzen dira. Horregatik, krisiaren hasieran gorakoak dituzten pazienteen kasuan, sudur-bidezko formak (sumatriptana, zolmitriptana) edo larruazalpekoak (sumatriptana) erabiltzea kontuan hartu beharko litzateke, antiemetikoarekin batera; halaber, sudur-bidezko dosiaren zati handi bat gastrikoki absorbatzen dela ere kontuan hartu behar da³.

Triptanen ondorio kaltegarriak arinak edo moderatuak izan daitezke⁷. Kontrolatuta ez dagoen hipertentsioa badago, ez da erabili behar, ez eta gaixotasun kardiobaskular edo zerebrobaskularrik dagoenean ere. Kontuarekin erabili behar dira arrisku kardiobaskularreko faktoreak dituzten pazienteekin^{3,7}. Sumatriptana kontraindikaturatuta dago gibleko gutxiegitasun larria dagoenean eta, naratriptana, giltzurrun-gutxiegitasun edo gibleko gutxiegitasun larria dagoenean⁷.

Antiemetikoak

Goragaleak edo gorakoak izaten dituzten pazienteen tratamenduan erabili behar dira. Hauek erabil daitezke: 10 mg metoklopramida, ahoz edo bide parenteralez; edo 10 mg domperidona, ahoz⁴.

Larrialdiko tratamendu gisa, mina arintzeko, 10 mg metoklopramida eman daiteke, edo 10-12,5 mg klorpromazina, monoterapiari, zain barneko bidez⁴. Metoklopramida ezin da erregularitasunez erabili, efektu kaltegarri estrapiramidalak agertzeko arriskua dagoelako³. Domperidona kontuarekin erabili behar da bihotz-patologia daukaten pazienteekin⁸.

Beste farmako batzuk

- Paziente gehienentzat ez da aukeragarria aho-bidezko edo ondeste-bidezko ergotamina, kafeina eta/edo paracetamolarekin batera (Cafegot® edo Hemicraneal®), haren zalantzazko eraginkortasunagatik, eta efektu kaltegarri larriak azaltzeko arriskua dagoelako⁶. Triptanak baino eraginkortasun txikiagoa dauka⁷. Arrisku kardiobaskularreko faktoreak dituzten pazienteetan saihestu behar da⁶, eta kontraindikaturatuta dago haurdunaldian eta edoskitzaroan⁷. Migrainarekin lotuta dauden goragaleak eta gorakoak okerragotu ditzake⁶. Migraina luzeak (48 ordu baino gehiagokoak) izaten dituzten pazienteetan erabilgarria izan daiteke, eta, beharbada, errekurrentziak maiz dituztenetan ere bai^{4,6}.
- Metamizola: badaude hobeto kontrastatutako aukerak, eta farmako honek dituen bigarren mailako ondorioak ez dituztenak⁴.
- Opioidak saihestu behar dira, ez baitira triptanak bezain eraginkorrak, eta horiek erabiltzeak tolerantzia, mendekotasuna, gaindosifikazioa, eta farmako gehiegi hartzeagatik azaltzen den zefalea ekar ditzakeelako^{2,6,9}.
- Migraina-kasuetan prednisonak edo dexametasonak daukaten erabilgarritasuna gutxi aztertu da³.
- Lasmiditan familia berri bateko farmakoa da: ditanak, 5-HT_{1f} hartzaila serotoninergikoen agonista selektiboak. Haren berezitasuna da ez duela jarduera basokonstriktorerik. Oraindik ez da merkaturatu estatuan¹¹.

MIGRAINAREN DIAGNOSTIKOAREN FUNTSEZKO IDEIAK

- Migrainaren diagnostikoa kontuan hartu behar da ezgaitzen duten aldizkako zefaleak dituen edozein pazienteetan.
- Ezgaitzen duten zefalea episodiko horiek ia egunero gertatzen badira, migraina kronikoa izango da seguru asko.
- Medikazio akutuen erabilerari buruz galdetu. Astean 2 alditan baino gehiagotan hartzen bada, kontuan hartu farmako gehiegi hartzeagatik azaltzen den zefalea. Zefalea-egunkari bat erabilgarria izan daiteke.

MIGRAINAREN TRATAMENDU AKUTURAKO FUNTSEZKO IDEIAK

- 1 g AAS edo 400-600 mg ibuprofeno.
- Triptanak:
 - Triptan guztiek antzeko eraginkortasuna daukate
 - Buruko mina hasi ondoren soilik daukate eragina triptanek
 - Eraginkorra izango da, baldin eta 3 krisitatik 2tan badu eragina
- Gorako goiztiar iraunkorrak azaltzen badira, 10 mg metoklopramida edo domperidona gehitu. Kontuan hartu sudur-bidezko zolmitriptana edo larruazalpeko sumatriptana.

- Erantzunik ez badago, hainbat krisi pasatu ondoren aldatu triptana, edo triptana AIEE batekin konbinatu.
- Opiodeak erabiltzea saihestu, eta erabili medikazio akutua astean 2 egunetan bakarrik.
- Dosi urriak edo administrazio-bide desegokia aukeratzeak (adibidez, ahoko bidea gorakoak dituzten pazienteetan) klinika luzatu, analgesiko-ahorakinaren kopurua handitu, eta prozesua kronifikatu ditzake.

PREBENTZIOZKO TRATAMENDUA

Prebentziozko tratamenduaren helburuak honako hauek dira: krisien maiztasuna murriztea, baita horien larritasuna eta iraupena ere; tratamendu akutuarekiko erantzuna hobetzea; funtzioa hobetzea eta ondoeza txikiagotzea; eta migraina episodikoak migraina kroniko bilakatzeko joera saihestea⁵.

Honako hauek gogoratu behar dira: loaldiaren neurri higieniko-dietetikoak, otordu-ordutegiaren errutina, jarduera fisiko erregularra eta abiarazleak kudeatzea; izan ere, horiek dira prebentziozko tratamenduaren oinarriak⁵.

Migrainaren profilaxia, betiere eraginaren eta pazientearen preferentzien arabera, honako kasu hauetan har daiteke kontuan^{2,5}:

- Tratamendu akutua egokia jaso arren, haren maiztasun handi, intentsitate edo iraupenaren ondorioz, bizi-kalitatea nabarmen murrizten duten migraina-krisiak.
- Tratamendu akutua kontraindikaturak dagoenean, efektu kaltegarri jasanezinak eragiten dituenean, edo eraginkorra ez denean.
- Farmako gehiegi hartzeagatik azaltzen den zefalea izateko arriskua.

Prebentziozko tratamendua modu jarraituan hartzen da, eta, askotan, tratamendu akutuarekin konbinatu behar da³.

Migrainaren profilaxirako sendagaiak erabiltzea aztertzen denean, kontuan hartu behar dira egon daitezkeen efektu kaltegarriak, komorbilitateak, eta pazienteak jarraitzen dituen bestelako tratamenduak².

Tratamendua dosi txikia emanez hasten da, eta gradualki handitzen da. Dosia aldatu egin daiteke paziente bakoitzarekin. Lau aste pasa eta gero, efektua aintzat hartzeko izaten hasiko da, eta handitu egin daiteke lehenengo hiru hilabetetan⁵. Bi hilabete igaro ondoren, efektu kaltegarriak nabarmenak badira edo tratamendua eraginkorra ez bada, medikazioa eten egingo da². 6-12 hilabetetara zefaleak ondo kontrolatzen badira (adibidez, horien maiztasunak edo intentsitateak % 50 behera egitea, egoera basalari dagokionez), profilaxiarekin jarraitzeko beharra azter daiteke edo medikazio-dosia jaitsi³. Migrainek hobera egin dezakete, prebentziozko tratamendua gorabehera⁵.

Prebentziozko tratamendu batek migrainak kontrolatzen ez baditu, beste tratamendu bat probatzea iradokitzen da, nahiz eta hori egiaztatzen duten saiakuntza klinikorik ez egon (5).

Profilaxia ebidentzia-maila handiagoa duten farmakoetatik hastea gomendatzen da (propranolola, metoprolola, topiramatoa edo amitriptilina)², baina efektu kaltegarriak eta beste alderdi batzuk ere kontuan hartu behar dira (hipertentsioa, depresioa, epilepsia, insomnia edo Raynaud-en sindromea)^{3,5}. Farmako hauek jasotzen dituzten pazienteen % 50-% 75etan migrainen maiztasuna % 50 jaitea espero da, baina behar diren dosiek efektu kaltegarri jasanezinak ekar ditzakete⁵.

Prebentziozko tratamendurako sendagaiak^{2,3,5}

FARMAKOAK	DOSIA	OHARRAK
BETA-BLOKEATZAILEAK		
Propranolola	<ul style="list-style-type: none"> – Hasierako dosia: 20-40 mg/12 h (10 mg emakume gazteetan); dosia egunean bi aldiz 20 mg handiagotuko da 1-2 astean behin, gehienez onartzen den dosira iritsi arte (80-160 mg/egun) – Gehienezko dosia: 240 mg/egun 	Arrazoizko aukera da hori 60 urte baino gutxiago dituzten, erretzaile ez diren eta gaixotasun kardiobaskular konkomitantea duten pertsonentzat.
Metoprolola	<ul style="list-style-type: none"> – Hasierako dosia: 25-50 mg/12 h – Gehienezko dosia: 100-200 mg/egun 	

FARMAKOAK	DOSIA	OHARRAK
ANTIDEPRESIBOAK		
Amitriptilina	– Hasierako dosia: 10 mg gauean; 1-2 astean behin 10 mg igoko dira, 25-150 mg/egun arte	Arrazoizko aukera da hori insomnioa, depresioa edo umore-desorekak daudenean. Ez bada onartzen, erabili gutxiago lasaitzen duen farmako bat
Benlafaxina	– Hasierako dosia: 37,5 mg, dosia handiagotuz 75-150 mg/egun arte	Migrainaren tratamenduan duen eraginkortasunaren ebidentzia ahula da.
ANTIEPILEPTIKOAK (*)		
Topiramatoa	– Hasierako dosia: 15-25 mg oheratzean, dosia astero 15-25 mg/egun handiagotuz, onartzen den arabera – Gehienezko dosia: 100 mg/egun	Gutxienez prebentziozko tratamendu bati erantzun ez dioten pazienteentzat. Tratamendua hasi baino lehen, adin ugalkorreko emakumeei ohartarazi behar zaie antisorgailu bat erabili behar dutela
BESTE BATZUK		
Azido balproikoa		Asko erabili da, baina ez dago ebidentzia askorik
Kandesartana		
Flunarizina		

(*) Beste antiepileptiko batzuek, hala nola gabapentinak edo pregabalinak, ez dituzte onurak modu kontsistentean erakutsi, eta ez dago horien erabilera indartzen duen ebidentziarik. Karbamazepinak plazeboa baino eraginkortasun handiagoa erakutsi du, baina horren erabilera hainbat efektu kaltegarriekin lotzen da.

Ospitaleko prebentziozko tratamenduak

A toxina botulinikoa

Hemen merkaturatuta dago, migraina kronikoa (zefaleak hilabetean 15 egun edo gehiagotan agertzen direnean, eta horietatik 8 egunetan migraina denean) daukaten helduentzat, sintomak arintzeko, behar den bezala erantzun ez duten pazienteetan edo sendagai profilaktikoei intolerantzia daukatenetan. Ospitalean erabiltzen da, eta muskulu barneko injekzioen bitartez ematen da, 155-195 unitate 3 hilabetean behin, buruko eta lepoko 31-39 puntutan. Migraina prebenitzean edo ondoezaren ebaluazioan, ez da bereizi topiramato edo balproatotik^{3,12}. Migraina kronikoa, eta plazeboaren aurrean, migraina-egunak murriztu ditu (bi egun gutxiago hilabetean). Hala ere, ez da egiaztatu hilabeteko krisi kopurua murrizten duen. Efektu kaltegarriak plazeboarekin agertzen direnak baino apur bat ohikoagoak dira; arruntenak betazalaren erorketa eta muskulu-ahultasuna dira¹².

“ Kasu batzuetan, prebentziozko tratamendua eta akutua konbinatu behar dira ”

CGRP antigorputz monoklonalak

Laster, bi antigorputz monoklonal merkaturatuko dira, erenumab eta galkazenumab, hilabetean gutxienez 4 egunetan migrainak dituzten helduentzat, migrainaren profilaxirako. 28 egunean behin ematen dira, larrualpetik.

Plazeboaren aurrean, saiakuntza klinikoetan migraina-egunak –hilabetean, 1 edo 2 egunetan– murriztu dituzte. Horrez gain, migrainen maiztasunean % 50eko edo gehiagoko gutxitzeak gertatu dira pazienteen ehuneko handiago batean. Ehuneko handi batek (saiakuntzaren batean, % 50ek baino gehiagok) ez dio tratamenduari erantzun.

Farmako hauek maiz migraina handiak izaten dituzten pazienteentzat alternatiba bat izan daitezke, beste tratamendu batzuk onartzen ez dituztenean, eraginkorrak ez direnean edo konprimatuak ahoz hartzeko arazoak daudenean⁵. Gaur egun, ez daude eskuragarri segurtasun-datu nahikoak epe luzera, eta lehen aukerako tratamenduekin erkatzeko saiakuntzak falta dira^{5,13,14}.

MIGRAINA MENSTRUALAREN PROFILAXIA

Menstruazioa baino lehen gertatzen den estrogeno-jaisierak migraina sorraz dezake emakumeengan. Migraina hori intentsitate handikoa eta tratatzeko zaila izan daiteke. Prebentziorako, zikloak erregularrak direnean, frobatriptana erabili daiteke, egunean bitan 2,5 mg-ko dosiarekin, menstruazioa hasi baino bi egun lehenago hasita eta menstruazioa amaitu eta hiru egun beranduago amaituta. Zolmitriptana (2,5 mg, egunean hiru aldiz) edo naratriptana (2,5 mg, egunean bitan) ere kontuan hartu daitezke^{2,3}. Periodo menstrualetik kanpo triptanak erabiltzen badira, kontuan hartu behar da farmako gehiegi hartzeagatik migraina azaltzeko arriskua dagoela³.

HAURDUNALDIKO MIGRAINAREN TRATAMENDUARI BURUZKO KONTSIDERAZIOAK

Paracetamolaren lehen aukera da epe motzera zefalea arin edo moderatua arintzeko, haurdunaldiaren edozein hiru hilabeterako, paziente horien segurtasun-profila dela eta³.

Ibuprofenoa izan ohi da haurdunaldiaren 28 astera arte aukeratzen den AIEEa; une horretatik aurrera, saihestu beharra dago³.

Sumatriptana, eta beharbada rizatriptana, eletriptana eta zolmitriptana ere⁷, haurdunaldiaren edozein hiru hilabeterako erabil daitezke, paracetamolaren edo ibuprofenoaren nahikoak ez direnean³.

Ugalketako adinean dauden emakumeentzat antisorgailu egokia erabiltzea garrantzitsua da; izan ere, migrainaren profilaxian erabiltzen diren farmako batzuek (adibidez, antiepileptikoak) arrisku teratogenikoak dituzte edo fetuari kaltea egin diezaiokete³. Profilaxia erabili beharra badago, berapamil edo flunarizina arrazoizko aukerak izan daitezke⁵.

Askotan, aurarik gabeko migrainak hobera egiten du haurdunaldian.

MIGRAINAREN TRATAMENDUA HAUR ETA NERABEETAN

Migraina edozein adinetan ager daiteke, eta haurtzaroan has daiteke. Prebalentzia %2,5ekoa izatera irits daiteke 7 urtetik beherako pertsonetan, bai eta 10 urte dituztenetan ere. Nerabezaroan gora egiten du, eta pubertaroaren ondoren neska gehiagori eragiten die mutilei baino. Kasu gehienetan, migraina izateko familia-historia dago¹⁵. Helduetan ez bezala, aldebikoa izan daiteke eta, askotan, orokortua; gainera, 2 eta 72 ordu artean iraun dezake¹⁵. Migrainak, erlatiboki,

“ Umeetan, zefalea aldebikoa izan daiteke, eta 2 eta 72 ordu artean iraun dezake ”

pronostiko ona izaten du umeetan. Paziente askok hobera egiten dute denboraren poderioz; hala ere, beste batzuek zefaleak izaten jarraitzen dute, edo berriro gaixotzen dira aldi batez haiek eduki gabe egon ondoren¹⁶. Garrantzitsua da umea eta bere familia migrainari buruz informatzea. Zefalea-egutegi bat egitea erabilgarria izan daiteke faktore abiarazleak identifikatzeko eta, ahal den neurrian, saihesteko (estresa, lo egiteko ohitura txarrak, otordu irregularrak, usainak, eguraldi-aldaketak, elikagai zehatzak, eta bestelakoak, besteak beste). Horrela, krisien ezaugarriak ezagutuko dira, eta tratamenduaren eraginkortasuna ebaluatu ahal izango da.

Krisietan, umeak atseden hartu behar du, edo lo egin, gela ilun eta lasaian, oihal hotz bat bekorian duela¹⁷.

Migrainaren tratamenduari buruzko kalitatezko ikerketa gutxi daude, populazio honi dagokionez. Horren ondorioz, gomendio gehienak helduen esperientzian oinarritzen dira, bai eta adituen iritzian ere¹⁷.

Tratamendu akuturako, AIEEak, paracetamolaren, antiemetikoak edo triptanak erabiltzen dira. Helduekin gertatzen den moduan, tratamendua eraginkorragoa izango da goiz hasten bada. Hala ere, ume txikienekin ez da beti posible, migrainak jasaten dituztela ez dutelako jakinarazten migrainak handiak izan arte¹⁷.

Goragale edo gorako garrantzitsuak ez dauden migrainak arin edo moderatuetan, ibuprofenoa (10 mg/kg) erabil daiteke, eta dosia errepikatu 4-6 ordu eta gero, beharrezkoa bada, gehienez 40 mg/kg/egun dosira iritsi arte. Ordezko tratamendu gisa 15 mg/kg paracetamol erabil daiteke (max. 1 g), eta dosia errepikatu 2-4 ordu eta gero, beharrezkoa bada, gehienez egunean 3 dosi emanez¹⁸.

Triptanak eraginkorrak dira ume eta nerabeentzat, baina efektu kaltegarri arinak izateko arrisku handiagoa izatearekin lotuta daude, hala nola disgeusia, sudurreko sintomak, bertigoa, nekea, abaildura, goragaleak edo gorakoak. Aho-bidezko triptanak tratamendu analgesikoari erantzuten ez dioten umeetan erabil daitez-

ke¹⁷. Hala ere, Espainian sumatriptana eta sudur-bidezko zolmitriptana daude bakarrik onartuta nerabeetan (12 urtetik gorakoak).

FDAak baimentzen du almotriptana, eta sumatriptana eta naproxeno konbinazioa erabiltzea 12 urtetik gorakoetan, eta rizatriptana 6 urtetik gorakoetan^{9,17,18}. Konbinazio hori aukera eraginkorra da migraina duten nerabeen tratamendurako^{17,18}.

Aho-bidezko dihidroergotamina ez da gomendatzen umeetan¹⁸.

Goragaleak eta gorakoak nabarmenak badira, antiemetiko bat goiz erabiltzeak sintomak hobetu ditzake, eta loaldia erraztu¹⁷. Gure ingurunean domperidona aukeratzen da. Metoklopramida ez da gomendagarria erreazio distoniko akutuekin lotu izan delako ([Segurtasun oharra](#)).

Farmako gehiegi hartzeagatik azaltzen den zefalea saihesteko, tratamendu akutua hilabetean 10 egunetan baino gutxiagotan jaso behar da (edo hilabetean 15 egun baino gutxiagotan, paracetamola edo AIEEa bada). Maiz zefaleak izaten dituzten pazienteetan, oinarrizko tratamendua prebentziozkoa izango da¹⁷.

Prebentziozko tratamenduari dagokionez, eraginkortasun- eta segurtasun-ebidentziak are urriagoak dira. Propranolola eta flunarizina ere eraginkorrak direla egiaztatzen duen daturen bat badago. Ebidentziak ez dira nahikoak amitriptilina eta azido balproikoaren kasuetan, eta topiramatoaren kasuan ez dago garbi¹⁶.

Farmakologikoak ez diren tratamenduak, hala nola terapia kognitibo-konduktualak, biofeedbacka eta lasaitasun-teknikak barne, onuragarriak izan daitezke zefalearen sintomak txikiagotzeko, baina ez daude hain eskuragai, garestiak dira eta aplikatzeko zailak dira¹⁶.

FARMAKO GEHIEGI HARTZEAGATIK AZALTZEN DEN ZEFALEA

Hilabetean 15 egunez edo gehiagoz azaltzen den buruko mina da, eta hiru hilabetez baino gehiagoz medikazio akutua maiz erabiltzearekin lotuta dago. Migrainaren tratamendurako medikazioa maiz erabiltzeak buruko minaren maiztasuna eta intentsitatea areagotzen ditu. Gehienetan, migrainak eragiten du farmako gehiegi hartzeagatik azaltzen den zefalea³.

Askotan, pazienteek migraina kronikoko patroia bat daukate. Arrisku-faktoreak honako hauek dira: ohiko zefaleak, medikazio akutua maiz erabiltzea, min-kausa gehigarriren bat egotea, eta komorbiditate psikiatrikoa. Medikazio akutua maiz erabiltzen duten paziente guztiek ez dute zefalea mota hori izango, eta kasu batzuetan hori migrainaren tratamendua eskasa izatearen ondorioa da³. Arriskua analgesikoekin eta AIEEekin txikiagoa da; analgesiko opioide eta ergotikoekin, ordea, handiagoa dela ematen du; eta triptanetan, berriz, aditu batzuen ustez erdi-mailakoa da eta, beste batzuen ustez, handia^{3,6}.

Triptanetan, opioideetan, edo analgesiko-konbinazioetan, hilabetean 10 egun edo gehiagoko tratamendua nahikoa da farmako gehiegi hartzeagatik azaltzen den zefalea eragiteko, eta 15 egun edo gehiagokoa analgesikoak eta AIEEak direnean. Normalean, baina ez beti, zefalea gainkontsumoa uztean desagertzen da. Migrainarentzako tratamendu akutuari jarraitzeko agintzen denean, pazienteek arrisku horri buruz ohartarazi behar zaie, eta tratamendua hilabetean 10 edo 15 egunetara mugatu, kasuaren arabera³.

Zefalea-mota horren kudeaketak indibidualizatua izan behar du. Estrategien artean, honako hauek aurki daitezke³:

- Bat-batean kentzea, eta prebentziozko tratamendua geroago
- Bat-batean kentzea, eta prebentziozko tratamendua berehala hastea
- Prebentziozko tratamendua hastea tratamendu akutua kendu gabe

Pazienteari jakinarazi behar zaio sintomak okerragotu daitezkeela epe motzera, hobera egin baino lehen⁹.

BIBLIOGRAFIA

1. Cutrer FM, Bajwa ZH. Pathophysiology, clinical manifestations, and diagnosis of migraine in adults. UpToDate. Fecha acceso: noviembre 2018. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-migraine-in-adults>
2. Migraine - treatment of acute attack in adults. Dynamed. Fecha acceso: noviembre 2018. Disponible en: <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T259237>
3. SIGN 155. Pharmacological management of migraine. A national clinical guideline. February 2018. Disponible en: <https://www.sign.ac.uk/assets/sign155.pdf>
4. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2015. 3. Guía oficial de práctica clínica en cefaleas 2015. Sociedad Española de Neurología. Disponible en: http://cefaleas.sen.es/pdf/GUIA_NEURO_2015.pdf

«INFAC buletina argitalpen elektronikoko bat da, eta EAEko osasun profesionalei dohain banatzen da. Buletin honen helburua medikamentuen erabilera arrazionala sustatzea da biztanleriaren osasun egoera hobetzeko».

5. Bajwa ZH, Smith JH. Preventive treatment of migraine in adults. Preventive treatment of migraine in adults. Fecha acceso: noviembre 2018. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preventive-treatment-of-migraine-in-adults?search=preventivo%20de%20migra%C3%B1a&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
6. Bajwa ZH, Smith JH. Acute treatment of migraine in adults. Acute treatment of migraine in adults. UpToDate. Fecha acceso: noviembre 2018. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/acute-treatment-of-migraine-in-adults?search=migraine&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
7. Drugs for migraine. Med Lett Drugs Ther. 2017;59(1514):27-32
8. Fichas técnicas. Disponibles en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.htm>
9. Cefaleas y migrañas. Bol Ter Andal. 2017;32(3):13-23. Disponible en: http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA_32_3_.pdf
10. Micromedex. <http://www.micromedexsolutions.com>
11. Lilly submits new drug application to US FDA for lasmiditan for acute treatment of migraine and receives breakthrough therapy designation for Emgality (galcanezumab-gnlm) for prevention of episodic cluster headache (ECH). Disponible en: <https://www.biospace.com/article/releases/lilly-submits-new-drug-application-to-the-fda-for-lasmiditan-for-acute-treatment-of-migraine-receives-breakthrough-therapy-designation-for-emgality-galcanezumab-gnlm-for-prevention-of-episodic-cluster-headache/>
12. Herd CP, Tomlinson CL, Rick C, Scotton WJ, Edwards J, Ives N, Clarke CE, Sinclair A. Botulinum toxin injections for preventing migraine in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 6. Art. No.: CD011616. DOI: 10.1002/14651858.CD011616.pub2 Fecha acceso: noviembre 2018. Disponible en: https://www.cochrane.org/CD011616/SYMPT_botulinum-toxin-injections-preventing-migraine-adults
13. Erenumab. Aust Prescr. Early release: 8 november 2018. Disponible en: https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/erenumab-for-migraine?utm_medium=email-nps&utm_source=npsc_95b3e4b9ce&utm_campaign=aus-prescriber&utm_content=early-release
14. Fremanezumab (Ajovy) and Galcanezumab (Emgality) for Migraine Prevention. Med Lett Drugs Ther. 2018; 60(1559):177-180.
15. Gelfand A. Pathophysiology, clinical features, and diagnosis of migraine in children A. Pathophysiology, clinical features, and diagnosis of migraine in children. UpToDate. Fecha acceso: noviembre 2018. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/pathophysiology-clinical-features-and-diagnosis-of-migraine-in-children?search=treatment%20migraine%20children&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
16. Mack KJ. Preventive treatment of migraine in children. UpToDate. Fecha acceso: noviembre 2018. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/preventive-treatment-of-migraine-in-children?search=treatment%20migraine%20children&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
17. Mack KJ. Acute treatment of migraine in children. Acute treatment of migraine in children. UpToDate. Fecha acceso: noviembre 2018. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/acute-treatment-of-migraine-in-children/print>
18. Richer L, Billingham L, Lindsell MA, Russell K, Vandermeer B, Crumley ET, Durec T, Klassen TP, Hartling L. Drugs for the acute treatment of migraine in children and adolescents (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD005220. DOI: 10.1002/14651858.CD005220.pub2. Disponible en: <https://www.cochrane.org/es/CD005220/farmacos-para-el-tratamiento-agudo-de-la-migrana-en-ninos-y-adolescentes>

Medikamentu berriek kontrako ondorioak dituztela susmatuz gero, oso-oso garrantzitsua da Euskal Autonomia Erkidegoko Farmakojagoletza Unitateari jakinaraztea. OSABIDEn bitartez egin dezakezu jakinarazpena. Bestela, Osakidetza inernetaren bidez, txartel horia beteaz edo AEMPSen interneteko <https://www.notificaRAM.es>

Galdera, iradokizun edo parte-hartze lanak nori zuzendu: zure erakundeko farmazialaria edo MIEZ - tel. 945 01 92 66 - e-maila: cevimesan@euskadi.eus

Idazkuntza Batzordea: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpurua, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Maite Callén, Saioa Domingo, Maitane Elola, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Eguzkiñe Ibarra, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^a José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Libe Moraza, Carmela Mozo, Elena Olloquiegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



<http://www.osakidetza.euskadi.eus/cevime>
Intranet Osakidetza · <http://www.osakidetza.eus>

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco



Erabat debekaturik dago dokumentu hau promozio helburuetarako erabiltzea