

1. Nuevas Alternativas Terapéuticas en el Tratamiento de la Migraña

1.1. Definición y Cuadro Clínico de la Migraña

La migraña, aunque para muchos es un concepto "obvio" como un caballo, científicamente se define como un "cuadro clínico de dolor de cabeza [que presenta] al menos 5 episodios recurrentes incapacitantes, típicamente unilaterales, generalmente acompañados de náuseas y/o sensibilidad a la luz o sonidos". Las crisis suelen durar entre 4 y 72 horas si no se tratan adecuadamente y pueden ir precedidas o acompañadas de un aura.

1.2. Epidemiología e Impacto Socioeconómico

La cefalea es muy prevalente en Europa (51%), siendo las migrañas y cefaleas tensionales el 90% de los casos. En España, la migraña afecta al 12% de la población (aproximadamente 5 millones de personas), con un 80% de los casos en mujeres. Es una condición muy discapacitante, ya que el 50% de los pacientes reducen su actividad y el 20-30% requieren reposo en cama. Su mayor prevalencia ocurre durante la vida productiva (12-55 años), generando un impacto socioeconómico significativo. Los costes anuales de la migraña en España se estiman en 1.838 millones de euros, con costes individuales de 5.041€ para la migraña episódica y 12.970€ para la migraña crónica. Además, se pierden entre 7 y 8 días de trabajo al año, y la productividad se reduce en 22.8 días anuales (trabajando al 66.6% de eficacia).

1.3. Diagnóstico de la Migraña

El diagnóstico de la cefalea, y en particular de la migraña, se basa fundamentalmente en una buena anamnesis (historia clínica). Como decía R.J. Joynt en 1987, "Si usted dispone de treinta minutos para diagnosticar un dolor de cabeza, utilice veintinueve en la anamnesis". La anamnesis estructurada y secuencial orienta el 90% del diagnóstico. Implica saber escuchar al paciente (permitiendo que exprese cuántos tipos de dolor de cabeza tiene) y saber preguntar (investigando la cefalea y al paciente mismo).

La exploración física (estado general, auscultación cardíaca y carotídea, tensión arterial, examen neurológico, ocular, ótico, de senos paranasales, ATM, dental, palpación de arteria temporal y abdominal, cadenas ganglionares) complementa la anamnesis. Las exploraciones complementarias solo se justifican ante una duda razonable, no para "pescar" un diagnóstico (J.N. Blau, 1986).

Criterios Diagnósticos según ICHD-III (International Classification of Headache Disorders, 3rd edition):

- **Migraña sin aura:** Al menos 5 crisis de 4-72 horas (o 2-72 horas en menores de 18 años) con al menos dos de las siguientes características: unilateral, pulsátil, intensidad moderada o grave, empeora con/impide actividad física habitual. Además, debe presentar náuseas y/o vómitos o fotofobia y sonofobia, y no ser atribuible a otro diagnóstico.
- **Migraña con aura:** Al menos 5 crisis con al menos 1 síntoma de aura completamente reversible (visuales, sensitivos, de habla/lenguaje, motores, troncoencefálicos, retinianos). El aura visual es la más común (90%). Los síntomas de aura deben cumplir al menos 3 de estas características: propagación gradual (≥ 5 min), dos o más síntomas de aura sucesivos, duración de cada síntoma entre 5-60 min (motores hasta 72 horas), al menos un síntoma unilateral, al menos un síntoma positivo, y aura acompañada o seguida de cefalea en los 60 min.

- **Migraña crónica:** Cefalea (tensional o migrañosa) ≥ 15 días/mes durante > 3 meses, cumpliendo criterios de migraña sin aura y/o con aura, o aliviada con triptanes/ergotamínicos, y no atribuible a otro diagnóstico.

1.4. Factores Relacionados con la Migraña

- **Factores precipitantes/desencadenantes:** Emocionales/psicológicos (estrés, ansiedad, depresión), hormonales (menstruación, embarazo, puerperio), alteraciones del sueño (exceso/déficit, apnea), alimentos (alcohol, chocolate, café, glutamato monosódico, aspartamo, nitritos, tiraminas, frutos secos), ayuno, actividad física, ambientales (luces, sonidos, olores, tabaco), atmosféricos (cambios de temperatura, presión, altitud), fármacos (anticonceptivos hormonales, uso excesivo de analgésicos, vasodilatadores), traumatismos craneales, nicotina.
- **Factores cronificantes:** No modificables (edad avanzada, sexo femenino, raza caucásica, historia de abusos en la infancia) y modificables (bajo nivel socioeconómico/educativo, estrés, ansiedad, depresión, aumento de frecuencia de ataques, tratamiento ineficaz, sobreuso analgésico, náuseas persistentes, trastornos del sueño, abuso de excitantes/tabaco/alcohol, alodinia, obesidad, comorbilidades con dolor).
- **Sobreuso de analgésicos:** Definido por la IHS como consumo de analgésicos simples (AAS/AINE) ≥ 15 días/mes > 3 meses, o triptanes, ergotamínicos, analgésicos combinados u opioides ≥ 10 días/mes > 3 meses. Es una causa importante de cronificación.
- **Comorbilidades:** Ansiedad, depresión, enfermedades cardiovasculares (ictus, cardiopatía isquémica, Raynaud), osteomusculares/reumatológicas (artritis, fibromialgia, DTM, lumbalgia), neurológicas (SPI, EM, epilepsia), neumológicas (EPOC, SAHOS, asma), ORL (rinitis alérgica, sinusitis, vértigo), obesidad.

1.5. Tratamiento de la Migraña

El tratamiento se divide en sintomático (para las crisis) y preventivo. Es fundamental identificar y abordar los factores precipitantes y cronificantes.

1.5.1. Tratamiento Sintomático de las Crisis

- **Intensidad leve-moderada:** AINEs (ácido acetilsalicílico, ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco, dexketoprofeno) y analgésicos simples como paracetamol (limitado a niños/adolescentes) y metamizol.
- **Intensidad moderada-grave:Ergotamínicos (+ cafeína):** No recomendados por RAM (fibrosis, complicaciones cardiovasculares por vasoconstricción prolongada, cefalea de rebote). "Si funcionan: NO TOCARLOS"
- **Triptanes:** Fármacos específicos para la migraña. Producen vasoconstricción (receptores 5-HT_{1B-D}). Contraindicados en HTA no controlada y enfermedad cardiovascular ($<1 \times 10^6$). Existen diferentes triptanes (Sumatriptán, Zolmitriptán, Naratriptán, Rizatriptán, Eletriptán, Almotriptán, Frovatriptán) con distintas presentaciones, rapidez de acción, duración y perfiles de efectos secundarios, lo que permite una elección personalizada para cada paciente.

- **Nuevos fármacos: Ditanes (Lasmitidán):** Actúan sobre receptores 5-HT_{1F} en el sistema trigémino-vascular. Pueden causar mareo, somnolencia y astenia (impidiendo la conducción hasta 3 horas post-toma). Necesita visado para adultos con ≥ 3 crisis/mes que hayan fracasado con dos triptanes diferentes, o en quienes los triptanes estén contraindicados por ECV. Producen vasodilatación, a diferencia de los triptanes.
- **Gepantes (Rimegepant oral):** Antagonista del receptor de la CGRP. Eficaz tanto para el tratamiento agudo de las crisis como para la prevención (75 mg/48h). No superior a triptanes en eficacia, pero sí en pacientes con ECV. Efectos secundarios: náuseas, somnolencia, xerostomía. Requiere visado: en Atención Primaria (2 comp.) para ≥ 2 crisis/mes y fracaso con dos triptanes; en segundo nivel (16 comp.) para prevención en pacientes con 8-14 días de migraña moderada-severa/mes y ≥ 3 fracasos de tratamientos previos.

1.5.2. Tratamiento Preventivo

El 25% de los pacientes lo necesitan. El objetivo es "mejorar la calidad de vida, disminuir el número de crisis e intensidad". Se inicia con dosis progresivas (eficacia en 6 semanas), se mantiene mínimo 3 meses y se puede retirar a partir de los 6 meses. La principal causa de ineficacia es el incumplimiento.

Indicaciones:

- ≥ 3 crisis/mes
- < 1 crisis/semana, pero de varios días, intensas (menstrual), intolerancia o pobre respuesta a tratamiento sintomático.
- Medicación sintomática ≥ 2 días/semana.
- Auras prolongadas o auras con hemiparesia, afasia o clínica de tronco encefálico (coma, diplopía).
- Crisis epiléptica durante la crisis de migraña.

Fármacos para tratamiento preventivo:

- **β -Bloqueantes:** Propranolol, Metoprolol, Atenolol, Nebivolol, Nadolol.
- **Neuromoduladores:** Topiramato, Ácido valproico (otros como Zonisamida, Lamotrigina en investigación).
- **Antidepresivos:** Amitriptilina, Venlafaxina.
- **IECA y ARA II:** Lisinopril, Candesartán.
- **Antagonistas del Ca⁺⁺:** Flunarizina.
- **Bloqueos anestésicos.**
- **Toxina onabotulínica serotipo A.**
- **Anticuerpos anti-CGRP:** Erenumab, Fremanezumab, Galcanezumab, Eptinezumab (administrados en hospital, como plumas de insulina).

- **Gepantes:** Rimegepant, Atogepant (Zavegepant en investigación).
- **En investigación:** Anticuerpos anti-PACAP.

1.6. Mensajes Clave en el Manejo de la Migraña

- La anamnesis orienta el 90% de los diagnósticos, siendo el 95% de las cefaleas primarias.
- Adaptar vías de administración y fórmulas galénicas a síntomas acompañantes y preferencias del paciente.
- Atención a los síntomas de alarma.
- Evitar la cronificación y detectar el abuso de analgésicos.
- Considerar los tratamientos preventivos.
- Identificar y manejar los factores desencadenantes.

2. Síndrome Confusional Agudo (SCA): “Cuando la realidad se fragmenta”

2.1. Definición y Concepto

El Síndrome Confusional Agudo (SCA), o "delirium", es una "disfunción del cerebro en la que de forma fluctuante se altera la conciencia, la cognición, la atención". No es una enfermedad, sino "una forma en que el cerebro grita que algo va mal". Es una auténtica urgencia geriátrica, multifactorial, con importantes implicaciones pronósticas si no se diagnostica y trata precozmente.

2.2. Epidemiología e Infradiagnóstico

El SCA afecta al 20-30% de los pacientes hospitalizados mayores de 70 años, y al 50-60% en mayores institucionalizados o con demencia. Existe un notable infradiagnóstico, especialmente en Atención Primaria y Urgencias, donde el 50% de los casos no son detectados en fases iniciales. El subtipo hipoactivo es el más subestimado.

2.3. Factores Predisponentes y Precipitantes

El SCA surge del desequilibrio de un "cerebro frágil" ante un estresor externo.

- **Factores Predisponentes:** Demencia, déficit sensorial (visión, audición), polifarmacia, inmovilidad, desnutrición, comorbilidades.
- **Factores Precipitantes:** Infecciones (ITU, neumonía), fármacos (Benzodiacepinas, anticolinérgicos), desequilibrios hidroelectrolíticos, dolor no controlado, retiro abrupto de medicación, abstinencia.

2.4. Tipos de SCA

- **Hiperactivo:** Agitado, agresivo, con alucinaciones (ej. el caso de "Don Modesto").
- **Hipoactivo:** Letárgico, retraído, confundido (el más difícil de detectar).
- **Mixto:** Fluctúa entre los dos tipos anteriores.

2.5. ¿Qué Siente el Paciente?

Los pacientes experimentan una serie de emociones intensas debido a la fragmentación de su realidad: "Miedo, angustia, culpa, dolor, soledad, ira, ansiedad". A menudo, no pueden expresarlo verbalmente, por lo que el personal sanitario debe "leerlo en sus ojos".

2.6. Rol de Atención Primaria

El médico de familia es el "primer y mejor detector del delirium". Su papel es crucial en la:

- **Prevención:** Reconocimiento temprano de pacientes de alto riesgo.
- **Detección Precoz:** Screening diario del delirio. Herramientas como el *Confusional Assessment Method (CAM)* ayudan a identificar un cambio brusco y fluctuante en el estado mental, inatención, nivel de conciencia alterado y pensamiento desorganizado.
- **Intervención:** Promoción de rutina día/noche, conciencia ambiental y orientación, retiro de medicamentos y dispositivos no necesarios, generar un ambiente tranquilo con luz, evitar inmovilización.
- **Coordinación:** Asociarse con cuidadores y familiares, explicarles cómo abordar la situación y cómo será el proceso de recuperación.

2.7. Abordaje Terapéutico y Criterios de Ingreso

El tratamiento principal es identificar la causa subyacente del SCA y corregirla. El tratamiento farmacológico no es la primera opción.

- **Farmacológico: Benzodiacepinas:** "Hay que desterrarlas de este síndrome. Solo se dan en un caso de abstinencia con una agitación y con una abstinencia" debido al riesgo de sedación profunda.
- **Haloperidol (0.5-1 mg vo/IM):** Monitorizar QT.
- **Levopromacina (en paliativos, Parkinson):** Riesgo de hipotensión y sedación.
- **No farmacológico:** Son fundamentales y deben formar parte del abordaje habitual. Incluyen la reorientación, manejo ambiental, facilitar visión y audición, evitar la inmovilización.

Criterios de Ingreso Hospitalario:

- Delirium severo con agitación incontrolable.
- Sospecha de causa orgánica grave no resuelta (necesidad de pruebas complementarias como analítica urgente, ECG, TC).
- Riesgo para sí mismo o terceros.
- Soporte familiar insuficiente (claudicación familiar).

Consideraciones en Urgencias:

- Diferenciar delirium de demencia, psicosis, ictus, abstinencia.

- Realizar pruebas complementarias para descartar otras patologías graves. Es vital recordar que "El delirio no es una urgencia psiquiátrica, es una urgencia médica".

2.8. Impacto Clínico y Sanitario

El SCA tiene graves consecuencias:

- Aumenta el riesgo de institucionalización post-delirium en un 30%.
- Multiplica por 2 la mortalidad hospitalaria.
- Asociado a deterioro cognitivo persistente en 1 de cada 4 casos tras el alta.
- Alta carga asistencial en Atención Primaria y Urgencias rurales, requiriendo mayor formación en detección precoz.

2.9. Recuperación y Pronóstico

El retorno a la situación basal puede llevar de una a tres semanas. Durante este periodo, es crucial corregir desequilibrios hidroelectrolíticos, generar un ambiente cálido y conocido, y facilitar una nutrición adecuada. El apoyo de la familia y cuidadores informales es elemental y constituye "uno de los eslabones más importantes en el tratamiento". Si no se aborda a tiempo, el SCA puede cronificarse y ser más difícil de controlar.