

Consens català sobre l'atenció al pacient amb migranya



CAMFiC
societat catalana de medicina
familiar i comunitària



**Societat Catalana
de Neurologia**

Redactors

Grup d'estudi de cefalees de la Societat Catalana de Neurologia (SCN)
Grup d'estudi de la cefalea (GRECAP) de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC)

Coordinadors:

Anna Aymami. *Metgessa de Família i Neuròloga. EAP Molins de Rei*
Mariano Huerta. *Secció de Neurologia. Hospital de Viladecans*

Autors:

Anna Aymami. *Metgessa de Família i Neurologa. EAP Molins de Rei*
Roberto Belvis. *Neurologia. Hospital Dexeus-Quirón*
Eva M^o Calvo. *Metgessa de Família. EAP Canet de Mar*
Silvia Copetti. *Metgessa de Família. Adjunta a direcció. Unitat de Gestió Hospitalet Nord. SAP Delta del Llobregat. Gerència Territorial Metropolitana Sud. ICS*
Neus Fabregat. *Neurologia, Unitat Neurologia, Hospital Plató*
Carme Gisbert. *Metgessa de Família. EAP Vilassar de Dalt*
Mariano Huerta. *Secció de Neurologia. Hospital de Viladecans*
Carles Roig. *Servei de Neurologia, Hospital de Sant Pau*

ISBN: 978-84-606-6454-3

El copyright del consens pertany a les societats científiques firmants.

0 Índex

1. Introducció i justificació	02
2. Objectius	02
3. Classificació de la migranya.....	03
4. Diagnòstic de la migranya.....	03
4.1 Criteris diagnòstics migranya sense aura	03
4.2 Criteris diagnòstics migranya amb aura.....	04
4.3 Criteris diagnòstics migranya crònica	04
4.4 Anamnesi de la migranya.....	05
4.5 Exploració de la migranya.....	06
4.6 Criteris d'alarma de la cefalea.....	06
4.7 Exploracions complementàries.....	07
5. Desencadenants. Factors de risc de cronificació.....	07
5.1 Desencadenants de les crisis de migranya	07
5.2 Factors de risc de cronificació de la migranya	08
6. Complicacions de la migranya	08
7. Diagnòstic diferencial migranya episòdica	09
8. Diagnòstic diferencial migranya crònica. Abús de medicació	10
9. Tractament migranya episòdica	11
9.1 Tractament dels factors precipitants	11
9.2 Tractament simptomàtic de l'atac de migranya	11
9.3 Tractament preventiu de la migranya episòdica d'alta freqüència.....	14
10. Tractament de la migranya crònica.....	15
10.1 Maneig dels factors de cronificació	15
10.2 Tractament preventiu de la migranya crònica.....	15
11. Criteris de derivació. Quan consultar? Quan derivar?	15
12. Informació bidireccional entre atenció primària i atenció especialitzada. Plataforma de comunicació.....	16
13. Formació continuada per a professionals sanitaris.....	17
14. Educació sanitària per al pacient	18
15. Indicadors	18
16. Bibliografia	19
17. Annexos	20

1 Introducció i justificació

La migranya és un problema de salut pública, ja que afecta aproximadament un 12% de la població adulta al nostre entorn¹, un 17% de les dones, especialment en les edats més productives de la vida; provocant un gran impacte sobre la qualitat de vida, en l'àmbit familiar i social i amb una repercussió socioeconòmica important, pels dies de treball perdut, la disminució del rendiment laboral i la pèrdua d'hores lectives en nens i adolescents. Un 2% de la població general presenta migranya crònica², patint cefalea 15 o més dies al mes, amb un impacte encara més dramàtic sobre la qualitat de vida. La migranya és la setena causa de discapacitat al món segons l'OMS³. Les cefalees són el principal motiu de les consultes neurològiques tant pel metge de família com pel neuròleg i la migranya suposa la major part de les consultes per cefalea^{4,5}. Tot i això, només el 40% de pacients amb migranya i cefalea de tensió estan diagnosticats i el 50% s'automediquen⁵.

És conegut que el tractament preventiu en la migranya evita la seva cronificació, l'abús de fàrmacs i millora la qualitat de vida. Aproximadament un 25 % dels pacients amb migranya precisen tractament preventiu, però només el reben entre un 5 a un 13 %⁶.

El grup de cefalees de la Societat Catalana de Neurologia i el grup de Cefalees de la CAMFIC han creat un grup de treball que ha elaborat aquest document per tal de donar els elements necessaris per:

- el diagnòstic i tractament òptim de la migranya
- millorar l'organització assistencial i consensuar els criteris de derivació entre els diferents nivells assistencials segons la complexitat dels pacients

L'elaboració del consens es basa en la revisió de les principals guies clíniques i articles originals rellevants. Els graus de recomanació es donen segons les indicacions de la Taula 1 de l'annex.

2 Objectius

- Millorar la detecció i diagnòstic correcte de la migranya episòdica i crònica.
- Donar recomanacions específiques per al maneig terapèutic dels atacs de migranya i promoure la indicació de tractaments preventius per la migranya.
- Promoure el seguiment dels pacients amb migranya, l'ús del calendari de cefalees i el coneixement de les escales de discapacitat.
- Establir models compartits d'atenció als pacients amb migranya en diferents nivells assistencials adaptats a les realitats de cada territori de referència.
- Definir criteris de derivació a Atenció Especialitzada.

3 Classificació de la migranya

Classificació Internacional de Cefalees - III Edició. Versió beta (2013)⁷

1. MIGRANYA

1.1 Migranya sense aura

1.2 Migranya amb aura

- 1.2.1 Migranya amb aura típica
 - 1.2.1.1 Aura típica amb cefalea
 - 1.2.1.2 Aura típica sense cefalea
- 1.2.2 Migranya amb aura del tronc encefàlic
- 1.2.3 Migranya hemiplègica
 - 1.2.3.1 Migranya hemiplègica familiar (MHF)
 - 1.2.3.2 Migranya hemiplègica esporàdica
- 1.2.4 Migranya retiniana

1.3 Migranya crònica

1.4 Complicacions de la migranya

- 1.4.1 Estat migranyós
- 1.4.2 Aura persistent sense infart
- 1.4.3 Infart migranyós
- 1.4.4 Crisi epilèptica desencadenada per aura migranyosa

4 Diagnòstic de migranya

4.1 Criteris diagnòstics de migranya sense aura:

TAULA 1. Criteris diagnòstics de migranya sense aura (ICHD- III beta)⁷

- A. Almenys 5 episodis que compleixin els criteris B - C i D
- B. Duració dels episodis de 4 a 72 hores (sense o amb tractament eficaç)
- C. La cefalea compleix almenys dues de les següents característiques
 - 1. Localització unilateral
 - 2. Qualitat pulsativa
 - 3. Intensitat moderada-greu
 - 4. S'agreuja amb l'activitat física ordinària (caminar, pujar escales...)
- D. Durant la cefalea es presenta almenys un dels següents símptomes
 - 1. Nàusees i/o vòmits
 - 2. Fotofòbia i fonofòbia
- E. No és atribuïble a un altre trastorn

4.2 Criteris diagnòstics de migranya amb aura (ICHD-III beta):

TAULA 2. Criteris diagnòstics de migranya amb aura (ICHD-III beta)⁷

A. Almenys dos episodis que compleixin els criteris B i C

B. Un o més dels símptomes d'aura següents totalment reversibles

1. Visuals
2. Sensitives
3. De parla o de llenguatge
4. Motors
5. Troncocefàlics
6. Retinians

C. Almenys dues de les següents quatre característiques:

1. Progressió gradual d'almenys un dels símptomes d'aura durant un període ≥ 5 min i/o dos o més símptomes es presenten consecutivament.
2. Cada símptoma d'aura té una durada d'entre 5 i 60 minuts.
3. Almenys un dels símptomes d'aura és unilateral.
4. L'aura s'acompanya, o se segueix abans de 60 min, de cefalea.

D. Sense millor explicació per un altre diagnòstic de la ICHD-III i s'ha descartat un accident isquèmic transitori

L'aura consisteix en un conjunt de símptomes de disfunció neurològica transitòria que s'atribueix a un fenomen de depressió neuronal propagada a nivell de l'escorça cerebral. Fins a un 1/3 dels pacients amb migranya poden presentar aura. Els símptomes solen tenir caràcter positiu (escotoma centellejant, parestèsies) i negatiu (dèficit visual, hipoestèsia, afàsia) seqüencialment dins del mateix atac. Molts pacients pateixen episodis d'aura seguits per cefalees no migranyoses o fins i tot sense cefalea. Un petit nombre pateixen exclusivament aura típica sense cefalea. Les aures típiques només tenen símptomes visuals, sensitius i de la parla o llenguatge.

4.3 Criteris diagnòstics de migranya crònica (ICHD-III beta):

TAULA 3. Criteris diagnòstics de migranya crònica (ICHD-III beta)⁷

A. Cefalea (tipus tensional o migranyós) ≥ 15 dies al mes durant més de 3 mesos que compleix els criteris B i C

B. Apareix en un pacient que ha patit almenys cinc crisis que compleixen els criteris B-D per a la Migranya sense aura i / o els criteris B i C de la Migranya amb aura

C. ≥ 8 dies al mes durant de més de 3 mesos complint qualsevol dels següents:

1. Criteris C i D per a la Migranya sense aura.
2. Criteris B i C per a la Migranya amb aura.
3. En el moment de l'aparició el pacient creu que és migranya, i s'alleuja amb un triptà o derivats ergòtics.

D. Sense millor explicació per un altre diagnòstic de la ICHD-III

4.4 Anamnesi i avaluació de la migranya

En l'abordatge del pacient amb migranya l'anamnesi és fonamental. El diagnòstic es fa amb una adequada història clínica. Com a tota cefalea es recomana que el pacient ens expliqui lliurement els símptomes, sense interrupcions, i després fer una anamnesi estructurada (Taula 4) avaluant els criteris diagnòstics (Taula 1, 2 i 3) i buscant símptomes i signes d'alarma (Taula 6) que puguin fer pensar en una cefalea secundària. Clàssicament és recomana que **"Si tenim 10 minuts per atendre un pacient amb cefalea, dediquem 9 minuts a l'anamnesi i 1 a l'exploració"**

TAULA 4: Dades bàsiques anamnesi cefalea

Antecedents personals: situació anímica del pacient, situació familiar, laboral, social, trastorns del son. Antecedents familiars. Comorbiditats

Característiques de la cefalea

Forma d'inici
Qualitat del dolor: Opressiu, pulsatiu, expansiu, punxant o punyitiu, lancinant
Intensitat : Lleu: no interfereix la vida diària Moderada: interfereix Greu: incapacita
Localització i irradiació: Unilateral alterna, unilateral estricta, bilateral
Edat d'inici de la cefalea
Temps d'evolució: Agudes <72 h. Subagudes: 3 dies -3 mesos. Cròniques > 3mesos Formes d'evolució: Episòdica. Contínua. Progressiva
Durada dels episodis
Freqüència dels episodis / Calendari
Horari d'aparició (si en té)
Síntomatologia associada Nàusees i vòmits, fotofòbia, sonofòbia, osmofòbia, alodínia, febre, símptomes neurològics
Factors agreujants: moviment cefàlic (síntoma del "sotrageig"), postura, maniobra de Valsava, tos, sexe
Factors d'alleujament: son, decúbit
Factors desencadenants (veure Taula 7)
Aura
Tractaments realitzats, consum d'analgèsics i automedicació

4.5 Exploració de la migranya

És normal. Es realitza per descartar altres patologies.

TAULA 5: Exploració bàsica de la cefalea

General

- Constants
- Inspecció i palpació arteria temporal > 50 anys
- Examen de l'articulació temporomandibular
- Palpació cranial: punts dolorosos, sinus paranasals
- Mobilització del coll. Exploració de punts sensibles i gatell
- Signes meningis

Neurològica

- Bàsica sense símptomes o signes d'alarma i més meticulosa si hi són
- És fonamental l'examen del fons d'ull per descartar papil·ledema

4.6 Criteris clínics d'alarma en l'avaluació d'una cefalea

Els símptomes i signes d'alarma són un conjunt de característiques clíniques que sense ser diagnòstiques obliguen a descartar una cefalea secundària per la qual cosa caldrà realitzar alguna exploració complementària.

TAULA 6: Síntomes i signes d'alarma de la cefalea

- Cefalea intensa d'inici sobtat ("cefalea explosiva o en tro")
- Empitjorament recent o canvi de característiques d'una cefalea coneguda
- Cefalea de freqüència i/o intensitat creixent
- Localització unilateral estricta (excepte cefalees unilaterals primàries)
- Cefalea d'inici a partir dels 50 anys
- Cefalea progressiva d'inici recent i no filiada (alerta si antecedents de neoplàsia, traumatismes previs)
- Cefalea desencadenada per maniobres de Valsava, exercici físic, o canvis posturals
- Cefalea de característiques atípiques
- Cefalea que no respon a un tractament correcte
- Cefalea de presentació nocturna
- Cefalea en pacients oncològics, immunodeprimits o anticoagulats
- Cefalea amb les següents manifestacions:
 - Febre
 - Alteració del comportament
 - Crisis epilèptiques
 - Focalitat neurològica
 - Papil·ledema
 - Nàusees o vòmits inexplicables per una migranya o per una malaltia sistèmica
 - Signes meningis
 - Alteració del nivell de consciència

4.7 Indicació d'exploracions complementàries

El diagnòstic de la migranya és clínic. Per tant, en la majoria dels casos no és necessari practicar proves complementàries. No obstant això, aquestes són necessàries en alguns casos, per diagnosticar o excloure una cefalea secundària.

Anàlisi de sang

- VSG i/o PCR en els pacients majors de 50 anys amb cefalea d'inici recent per descartar arteritis de la temporal (estudis classe II, recomanació classe B).

Neuroimatge: TC-RM

No es recomana si

- La història clínica és típica
- Es compleixen els criteris diagnòstics (ICHD III beta)
- L'exploració és normal

Es recomana si

- La història clínica és atípica
- Hi ha dades que suggereixen, cefalea secundària
- Existeixen "criteris d'alarma"
- L'exploració és anormal

1. Migranya coneguda amb canvis en les característiques o en el patró temporal de causa no aclarida
2. Migranya associada a símptomes o signes neurològics focals diferents d'una aura migranyosa típica (perllongada >1h, breu <5 min, símptomes només negatius, inici brusc, curs no progressiu, símptomes motors o vertebrobasilars)
3. Migranya amb hemilateralitat estricta de la cefalea o de l'aura
4. Episodis inicials de migranya amb aura
5. Migranya que no respon a tractament correcte
6. Migranya amb dades atípiques
7. Migranya en pacients que dubten del diagnòstic, amb ansietat severa o amb temor de patir una malaltia greu

Indicació de ressonància magnètica (RM): major sensibilitat.

Útil a la sospita d'infart migranyós o per descartar MAV

5 Desencadenants. Factors de risc de cronificació

5.1 Desencadenants de les crisis de migranya

Amb l'experiència de la repetició d'atacs de migranya en el temps, la majoria dels pacients identifiquen un o més factors desencadenants dels episodis (Taula 7).

TAULA 7. Desencadenants de les crisis de migranya

Hormonals	Menstruació. Ovulació. Tractaments hormonals
Alimentaris	OH, formatge, xocolata, conservants, glutamat, aspartat, làctics, cítrics
Psicològics	Estrès. Relaxació, dies no laborables
Ambientals	Llums intenses. olors, canvis meteorològics, alçada
Altres	Dejuni, cansament, exercici, privació o excés de temps de dormir

5.2 Factors de risc de cronificació de la migranya

TAULA 8. Factors de risc de cronificació de la migranya

Factors no modificables:

Migranya, intensitat severa atacs
Genètics: Predisposició genètica, sexe femení, raça blanca
Persones separades, nivell cultural i socioeconòmic baix
Traumatismes cranials

Factors modificables:

Alta freqüència de crisis de migranya
Obesitat
Abús de medicació, abús de cafeïna, depressió, ansietat, trastorns del son, SAHS
Fets vitals estressants
Alta freqüència de visites mèdiques

[6] Complicacions de la migranya

A la 3^a Edició de la Classificació Internacional de Cefalees es reconeixen les següents complicacions de la migranya.

1.4 COMPLICACIONS DE LA MIGRANYA

- 1.4.1 Estat migranyós
- 1.4.2 Aura persistent sense infart
- 1.4.3 Infart migranyós
- 1.4.4 Crisis epilèptica desencadenada per aura migranyosa

La complicació més freqüent és l'estat migranyós.

TAULA 9: Criteris diagnòstics de l'estat migranyós (ICHD-III Beta)⁷

Crisi de migranya debilitant que es perllonga durant més de 72 hores.
Criteris diagnòstics

- A. Una crisi de cefalea que compleix els criteris B i C.**
- B. Apareix en pacients amb migranya sense aura i/o migranya amb aura, de manera similar a les crisis prèvies, excepte per la seva durada i intensitat.**
- C. Les dues característiques següents:**
 - 1. Es perllonga durant més de 72 hores¹ i / o.
 - 2. El dolor o els símptomes associats són severos.
- D. Sense millor explicació per a un altre diagnòstic de la ICHD-III.**

7 Diagnòstic diferencial de la migranya episòdica

TAULA 10: Diagnòstic diferencial de migranya episòdica amb altres cefalees primàries

	Migranya episòdica	Cefalea de tensió episòdica	Cefalees trigemin-autonòmiques
Intensitat	Moderada-severa	Lleu-moderada	Severa
Localització	Hemicrània o bilateral	Bilateral	Unilateral (principalment fronto-orbitària o temporal)
Caràcter	Opressiva o pulsativa	Opressiva	Terebrant, punyiva
Acompanyants	Nàusees i/o vòmits Audiofòbia Fotofòbia	No vòmits Poden existir audiofòbia o fotofòbia	Llagrimeig, rinorrea, injecció conjuntival, taponament nasal, edema palpebral, miosi, ptosi
Actitud	Millora amb repòs Augmenta amb activitat	Pot millorar amb activitat	Inquietud psicomotriu
Durada	Generalment 4-72 hores	Variable Pot ser <4 i >72 hores	CA: 15-180 minuts HP: 2-30 minuts SUNCT: 1-600 segons
Patró temporal	Freqüència variable	Freqüència variable	A temporades crisis repetides diàries
Resposta a triptans	Generalment si	Generalment no	Generalment resposta a triptans sc o intranasals
Sexe	F>M	F>M	M>F (A la CA)

Sc: subcutanis. F: femení, M: masculí, CA: cefalea en agrupaments, HP: hemicrània paroxística, SUNCT: Short-lasting unilateral neuralgiform headache attacks with conjunctival injection and tearing

Consens català sobre l'atenció al pacient amb migranya

En principi, un pacient amb episodis repetits de cefalea complint criteris de migranya, no planteja dificultats diagnòstiques atès que les característiques de les altres cefalees primàries, tipus tensió i trigemin-autonòmiques (CTA) són molt diferents.

Qualsevol cefalea secundària pot complir criteris d'una cefalea primària. La investigació mitjançant estudis complementaris analítics i/o neuroradiològics vindrà determinada per dades atípiques de l'anamnesi o per l'existència de signes anòmals a l'exploració.

En el cas de les migranyes amb aura, quan l'aura apareix per primera vegada passats els 40 anys, quan els símptomes solament presenten característiques negatives (p. ex., hemianòpsia), i quan l'aura és molt breu o perllongada, s'haurien de descartar altres causes dels símptomes, sobretot els accidents isquèmics transitoris. Davant d'un símptoma de l'aura que dura >60 minuts s'ha de remetre a urgències per realitzar un estudi de neuroimatge i descartar un infart migranyós.

8 Diagnòstic diferencial de la migranya crònica (MC).

Abús de medicació

Taula 11: Diagnòstic diferencial de la migranya crònica

	Migranya crònica	Cefalea tipus tensió crònica	Hemicrània contínua	Cefalea crònica diària des de l'inici
>4h cada dia i >15dies/mes durant més de 3 mesos	si	si	si	si
>8 dies/mes característiques migranyoses o resposta a tractament antimigranyós	si	no	no	no
Localització	Hemicrània o bilateral	Generalment bilateral	Hemicrània estricta	Generalment bilateral
Símptomes autonòmics	Ocasionalment	Generalment no	Possibles Homolaterals	Generalment no
Data d'inici precisa	no	no	no	si
Resposta a indometacina	no	no	si	no

Hem de tenir en compte que les cefalees cròniques diàries (>15 dies al mes) ja pel fet de ser cròniques poden ser viscudes com a invalidants sobretot associades a quadres de dolor crònic difús (fibromiàlgia) i a fatiga crònica. La **cefalea tipus tensió crònica** i amb **abús d'analgèsics** poden acompanyar-se de símptomes vegetatius, i a vegades poden ser asimètriques amb predomini hemicranial dificultant el diagnòstic diferencial.

El diagnòstic de CAM (cefalea per abús de medicació) i el d'una altra cefalea primària poden coexistir.

TAULA 12: Criteris diagnòstics de la cefalea per abús de medicació (ICHD-III beta)⁷

A. Cefalea 15 o més dies al mes en pacient amb cefalea preexistent.

B. Abús habitual durant més de 3 mesos d'un o més fàrmacs que es poden administrar com a tractament agut i/o simptomàtic de la cefalea.

1. Ergòtics- 10 o més dies al mes.
2. Triptans- 10 o més dies al mes.
3. Analgèsics simples, AINES- 15 o més dies al mes.
4. Opiacis (codeïna, tramadol)- 10 o més dies al mes.
5. Combinacions d'analgèsics, AINES, opiacis, triptans- 10 o més dies al mes.

C. Sense millor explicació per un altre diagnòstic de la ICHD-III.

9] Tractament de la migranya episòdica

9.1 Tractament dels factors precipitants de l'atac de migranya

El primer pas al tractament és tractar d'identificar els factors que precipiten individualment els atacs a cada malalt. Les recomanacions generals són:

- Eliminar/modular o aprendre a suportar l'estrès (és el factor més freqüent).
- Corregir els trastorns menstruals.
- Dormir 7-8 hores amb bona qualitat.
- Horari regular dels àpats, evitar el dejú i dieta equilibrada.
- Fer esport moderadament i regularment.

9.2 Tractament simptomàtic de l'atac de migranya

9.2.1 A casa

L'atac de migranya s'ha de tractar sempre a excepció dels infants als quals una migdiada pot ser eficaç. Els fàrmacs contra l'atac de migranya tenen com a objectiu eliminar el dolor en menys de dues hores i mantenir l'efecte 24 hores, sense necessitat de més medicació. Hi ha diverses recomanacions generals:

- S'ha d'individualitzar el triptan prescrit a cada malalt.
- La dosi ha de ser l'òptima.
- La via també ha de ser l'adequada (Per ex. no via oral si hi ha vòmits).
- El tractament s'ha de prendre precoçment.

Consens català sobre l'atenció al pacient amb migranya

Els analgèsics simples per via oral tenen una eficàcia inferior al 10% a l'adult però poden ser eficaços als infants i s'indiquen també a l'atac de migranya de la dona embarassada (recomanació A per al paracetamol i B per a dipirona). Els ergòtics han quedat desfasats pels triptans i no es recomana receptar-los de novo a un malalt. No obstant, si el malalt ja els prenia, li van bé i no n'abusa (menys de 2 dosis/mes) els pot continuar prenent. No es recomanen analgèsics combinats, opioids ni barbitúrics pel seu alt risc d'abús i de cronificació de la migranya.

L'esquema bàsic del tractament de l'atac de migranya és:

AINEs a l'atac lleu/moderat i triptans a l'atac moderat/greu

A continuació exposem els AINEs d'elecció:

AINEs	Dosi mínima	Dosi màxima	Nivell d'evidència
Ibuprofè	600 mg/d	1200 mg/d	A
Naproxè sòdic	550 mg/d	1100 mg/d	A
Diclofenac sòdic	50 mg/d	100 mg/d	A
Àcid acetilsalicílic	500 mg/d	1000 mg/d	A
Flurbiprofè	150 mg/d	300 mg/d	B
Desketoprofè	25 mg/d	50 mg/d	C

Triptans orals:

	Dosi mínima	Dosi màxima en 24 h	Nivell d'evidència	Indicació segons tipus de migranya
Sumatriptà	50-100 mg	200 mg	A	Migranya estàndard
Zolmitriptà	2.5-5 mg	10 mg	A	Migranya estàndard
Rizatriptà	10 mg	20 mg	A	Migranya estàndard. Atac greu i/o de ràpida instauració
Eletriptà	20-40 mg	80 mg	A	Migranya estàndard. Atac greu i/o de ràpida instauració
Almotriptà	12.5 mg	25 mg	A	Migranya estàndard. AEs d'altres triptans
Frovatriptà	2.5 mg	5 mg	A	AEs d'altres triptans. Atacs lleus-moderats de llarga durada
Naratriptà	2.5 mg	5 mg	A	AEs d'altres triptans. Atacs lleus-moderats de llarga durada

* AEs: efectes adversos.

Existeixen altres vies d'administració comercialitzades d'alguns triptans:

	Dosi mínima	Dosi màxima en 24 h	Nivell d'evidència	Indicació segons tipus de migranya
Zolmitriptà bucodispersable	2.5-5 mg/d	10 mg/d	A	Migranya estàndard
Rizatriptà bucodispersable	10 mg/d	20 mg/d	A	Migranya estàndard. Atac greu i/o de ràpida instauració
Zolmitriptà nasal	5 mg/d	10 mg/d	A	Atac resistent a via oral i/o vòmits
Sumatriptà nasal	10-20 mg/d	40 mg/d	A	Atac resistent a via oral i/o vòmits
Sumatriptà injecció sc	6 mg/d	12 mg/d	A	Atac greus resistent a via oral i/o vòmits

* sc: subcutani.

Si fallen els triptans després d'utilitzar les dosis adequades màximes

- Verificar els criteris de migranya i verificar l'administració precoç
- Comprovar que la via d'administració és adequada (no donar v.o. si vòmits)
- Canviar de triptà
- Associació d'AINE i triptà (la més recomanada: sumatriptà + naproxè)
- Considerar, tot i la baixa freqüència i iniciar tractament preventiu.

9.2.2 A Urgències

Davant d'un estatus migranyós es recomana:

- Malalt en llitera en un lloc sense llums ni sorolls.
- Via venosa perifèrica i seroteràpia.
- Analgèsia i antiemètics parenterals im. en el CAP i ev. en l'hospital.
- Valorar sedació amb diazepam 5-10 mg o clorpromacina 12,5mg ev.

Fàrmacs parenterals i nivell d'eficàcia per l'atac de migranya a Urgències:

	Dosi mínima	Dosi màxima en 24 h	Nivell d'evidència
Sumatriptà s.c.	6 mg	12 mg	A
Desketoprofè trometamol i.v.	50 mg	150 mg	A
Diclofenac i.m.	75 mg	150 mg	A
Ketorolac i.m.	30 mg	60 mg	B
Dexametasona i.v.	4-10 mg	24 mg	B
Metoclopramida i.v.	10-20 mg	40 mg	B
Clorpromazina i.v.	12.5 mg	25 mg	B
Metil prednisolona i.v.	60 mg	160 mg	C
Paracetamol i.v.	1 g	2000 mg	C

Consens català sobre l'atenció al pacient amb migranya

Davant d'un estatus refractari a les mesures anteriors es recomana verificar amb una nova anamnesi que es tracta de migranya i valorar la realització d'una TC/RM cerebral. Es pot provar l'àcid valproïc 400-1000 mg ev.

En el cas d'atac de migranya perllongat no debilitant refractari a tractament es pot iniciar després de considerar altres alternatives diagnòstiques el tractament amb una pauta de prednisona via oral 1mg/kg durant 5 a 10 dies.

9.3 Tractament preventiu de la migranya episòdica d'alta freqüència

Es recomanable l'ús de calendaris per al seguiment dels pacients on constin els dies de dolor, la repercussió funcional, el consum de tractament simptomàtic.

S'indica iniciar un tractament preventiu quan el malalt presenta:

- Tres o més atacs de migranya al mes.
- Consum de tractament simptomàtic dos dies a la setmana o més.
- Atacs greus sense resposta adequada al tractament o amb contraindicacions o efectes adversos del tractament simptomàtic dels atacs.
- Atacs amb aura perllongada o amb disfunció neurològica greu.

Premisses a tenir en conte:

- El tractament ha de durar més de dos mesos i com a mínim de 3 a 6 mesos.
- El tractament ha d'arribar a una dosi òptima abans de descartar-lo.
- Per arribar a assolir l'eficàcia cada fàrmac té un temps de demora que va de 10 dies fins a 3-4 setmanes.
- Es considera eficaç un fàrmac preventiu si aconsegueix reduir un 50% els dies mensuals de migranya i la seva intensitat.
- El tractament s'ha de retirar lentament.

Fàrmacs amb evidència a la prevenció de la migranya episòdica d'alta freqüència:

	Dosi mínima	Dosi màxima en 24 h	Nivell d'evidència	Indicació segons tipus de migranya
Topiramàt	25mg/12 h	200mg/12 h	A	Migranya sense i amb aura. Epilèpsia o sobrepès associat
Àcid valproïc	300mg/24 h	1800mg/24 h	A	Migranya amb i sense aura, si fracàs o contraindicació de la resta d'alternatives. Evitar en dones en edat fèrtil com a primera opció
Flunarizina	2.5mg/24 h	10mg/24 h	A	Migranya sense i amb aura i contraindicació a beta-blocadors i/o topiramàt
Amitriptilina	10mg/24 h	75mg/24 h	A	Migranya i cefalea tensional. Depressió
Propranolol	20mg/12 h	120mg/12 h	A	Migranya sense aura. Migranya i HTA. Embaràs (metoprolol i propranolol)*
Metoprolol	25mg/12 h	100mg/12 h	A	
Nadolol	40mg/24 h	80mg/12 h	B	
Atenolol	50mg/24 h	200mg/24 h	B	
Naproxè	250mg/12h	500/12h	B	Pauta curta menstrual
Frovatriptà	2.5 mg/24 h	2.5 mg/12 h	B	Pauta curta menstrual
Lamotrigina	50mg/12 h	100mg/12 h	C	Aures freqüents i intenses

* Són els únics fàrmacs recomanats a les guies com a preventius de la migranya durant l'embaràs.

Davant de l'ineficàcia/intolerància/contraindicació de tots aquests fàrmacs es poden provar fàrmacs amb recomanació B: candensartan, lisinopril, venlafaxina, zonisamida.

10] Tractament de la migranya crònica

10.1 Maneig dels factors de cronificació

Cal detectar i tractar els factors modificables que poden cronificar la migranya (Taula 8), ja que el consum freqüent de tractament simptomàtic per la cefalea es un factor cronificació de la mateixa. És recomana el consum per sota de 10 dies al mes de triptans i ergòtics i de 15 per la resta de fàrmacs o les seves combinacions.

Per tractar l'abús es recomana supressió del fàrmac del que s'abusa, iniciar un preventiu (amitriptilina d'elecció) i AINEs si hi ha dolor.

10.2 Tractament preventiu de la migranya crònica

Només dos fàrmacs han estat provats en assajos clínics aleatoritzats de forma específica a la migranya crònica, topiramà i toxina botulínica (Grau A de recomanació), També s'han provat en petits estudis oberts la zonisamida i la pregabalina.

	Dosi mínima	Dosi màxima	Nivell d'evidència
Topiramà	100 mg/24h	200 mg/24h	A
Toxina botulínica A (Onabotulinum toxin A)	155 U / 3mesos	195 U / 3mesos	A

La toxina botulínica s'administra trimestralment mitjançant un mínim de 31 injeccions (155 U) pericranials a punts molt definits del cap i la regió cervical que componen el paradigma que es va utilitzar a l'assaig clínic original (paradigma PREEMPT). Es poden injectar fins a 40U addicionals (fins 195U) infiltrant 5U a cada un dels punts dolorosos sensibles a la palpació de temporals, occipitals i trapezis.

La resta de fàrmacs preventius eficaços a la migranya episòdica d'alta freqüència no s'han provat mai de forma específica a la migranya crònica, el que no vol dir que no siguin efectius. No obstant, alguns d'ells sí s'han provat a la cefalea crònica diària (àcid valpròic, amitriptilina, gabapentina, levetiracetam) sí que és una entitat diferent de la migranya crònica. En relació amb la combinació de fàrmacs, l'associació de topiramà més un beta-blocador no s'ha demostrat que augmenti l'eficàcia.

Altres teràpies a la migranya crònica com neuroestimuladors, infiltració bilateral del nervi occipital major amb corticoides i/o anestèsics o acupuntura no tenen prou evidències encara de la seva eficàcia.

11] Criteris de derivació. Quan consultar? Quan derivar?

La gran majoria de pacients amb migranya poden ser adequadament controlats pels professionals d'atenció primària (AP). És important que els professionals sanitaris de l'AP es sensibilitzin amb el pacient amb migranya i que assoleixin els coneixements bàsics necessaris per realitzar una correcta valoració i seguiment i, si s'escau, una adequada derivació a l'especialista en neurologia.

Consens català sobre l'atenció al pacient amb migranya

Abans de derivar a un pacient a l'atenció especialitzada (AE), cal considerar la possibilitat de consultoria (presencial, electrònica o telefònica). S'han d'evitar desplaçaments innecessaris dels pacients, així com la repetició d'activitats o proves, simplificant al màxim els esglaons assistencials.

Si s'opta per derivar a l'AE, cal enviar el pacient amb la informació necessària per a la seva valoració, per la qual cosa a l'informe de derivació és recomanable que constin les següents dades:

- Dades clau de l'anamnesi (inclosos antecedents familiars, antecedents personals rellevants i malaltia actual)
- Tractament actual i tractaments realitzats prèviament indicant resposta als mateixos
- Informe d'exploració bàsica/NRL
- Impressió diagnòstica
- Motiu explícit de la derivació

Per altra banda, és important disposar d'informació evolutiva de neurologia així com d'un informe d'alta quan sigui el moment. A l'informe s'indicarà la pauta terapèutica indicada i el seguiment aconsellat.

Derivació a Neurologia	Derivació a Urgències
Migranyes amb aures atípiques, perllongades, freqüents o complicades Sospita de migranya basilar, hemiplègica o retiniana	Aparició de focalitat neurològica persistent, papil·ledema, signes d'irritació meníngia o alteració del nivell de consciència
Sospita de cefalea secundària	Sospita de cefalea secundària greu
Modificacions no aclarides en les característiques clíniques de la migranya	Migranya amb cefalea d'inici brusc o explosiu
Migranya crònica	Estat migranyós
Dificultats per suprimir l'abús de medicació en pacients amb migranya	
Absència de resposta a tractaments adequats	
En alguns casos pot ser a petició del pacient	

12 Informació bidireccional entre atenció primària i atenció especialitzada. Plataforma de comunicació.

Per assegurar la millor atenció al pacient amb migranya i optimitzar els costos en la seva atenció, és fonamental, com en qualsevol patologia crònica, el maneig compartit entre els professionals de l'atenció primària i l'atenció especialitzada amb un sistema ràpid de comunicació.

Cal destacar la funció d'infermeria en l'educació sanitària del pacient.

A Catalunya tenim diferents proveïdors sanitaris i els sistemes d'informació clínica no són encara del tot homogenis, ni faciliten la connexió entre l'atenció primària i els hospitals en tots els casos. A més, un percentatge dels pacients opta per AE privada, pel que és recomanable establir nexos de comunicació entre aquests neuròlegs privats i l'AP de l'àrea. Per aquests motius no es pot aconsellar un model únic de comunicació bidireccional.

A continuació oferim les recomanacions que han de ser valorades a l'hora d'establir un pla d'atenció compartit en el camp de la migranya:

- Identificar correctament a Primària la població migranyosa, especificant el tipus de migranya que presenta el pacient.
Per aquest motiu recomanem que es promogui la incorporació al programa de l'ECAP (estació clínica d'atenció primària que s'està adoptant de forma generalitzada i progressiva pels diferents proveïdors) aquells diagnòstics que encara no hi consten i que ajudarien a millorar la gestió dels pacients.
- Identificar la població compartida.
- Identificar els professionals referents a l'Atenció primària i l'Especialitzada.
- Garantir que els professionals coneguin els documents consensuats per al maneig, derivació i resolució de la migranya al territori, sobretot els que es refereixen a:
 - ▶ Objectius
 - ▶ Organització de l'assistència
 - ▶ Protocol de diagnòstic i tractament de la migranya
 - ▶ Criteris de derivació AP-Especialitzada i viceversa
 - ▶ Temps de visita recomanables
 - ▶ Temps de demora màxima recomanables
- Disposar d'una plataforma informàtica de comunicació.
 - ▶ Història compartida
 - ▶ Fòrums
 - ▶ Correu electrònic
 - ▶ Visites virtuals

Pla d'acció conjunt

- Implementar el document de consens en funció de cada territori de referència.
- Acordar circuit segons possibilitats de cada servei i àrees bàsiques de salut:
 - Circuit de derivació.
 - Maneig pacients compartit on-line si el sistema informàtic ho permet.
- Promoure participació conjunta en projectes d'investigació. Participar en estudis dissenyats pels professionals i en assajos clínics si s'hi té accés.

13 Formació continuada per a professionals sanitaris

Per garantir l'assoliment dels coneixements bàsics necessaris per realitzar una correcta valoració i seguiment del pacient amb migranya, cal promoure la formació continuada entre els professionals sanitaris.

Seria recomanable:

- I- Sessions sobre migranya als centres d'atenció primària o als serveis de neurologia hospitalària en funció de cada territori de referència.
- II- Rotacions d'especialistes d'Atenció Primària o Neurologia per centres de referència en migranya.
- III- Assistència a activitats d'actualitzacions científiques.

14 Educació sanitària per al pacient

Cal promoure l'educació sanitària del pacient amb la finalitat de millorar l'autocura, l'autonomia i la responsabilitat envers la pròpia malaltia.

15 Indicadors

DIAGNÒSTIC

- Percentatge de persones diagnosticades de migranya respecte a la població total de referència
- Percentatge de persones diagnosticades de migranya crònica respecte a la població total de referència
- Percentatge de persones amb diagnòstic de migranya crònica respecte al total de persones amb diagnòstic de migranya

TRACTAMENT

- Percentatge de persones en tractament preventiu / pacients diagnosticats de migranya
- Percentatge de persones en tractament amb triptans / pacients diagnosticats de migranya

PROVES COMPLEMENTÀRIES

- Percentatge de pacients en que se sol·licita neuroimatge / pacients amb nou diagnòstic de migranya

SEGUIMENT

- Percentatge de persones que utilitzen un calendari de migranyes / pacients amb diagnòstic de migranya

DERIVACIONS

- Percentatge de derivacions a neurologia per migranya adequades segons els criteris de consens / nombre total de derivacions a neurologia per migranyes
- Percentatge de derivació a neurologia per migranya crònica respecte al total de pacients diagnosticats de migranya crònica

COORDINACIÓ ATENCIÓ PRIMÀRIA/ESPECIALITZADA

- Percentatge de centres amb circuit d'interconsulta/derivació de cefalees respecte al total de centres

FORMACIÓ

- Percentatge de metges d'atenció primària que han assolit la formació en migranyes / població total de metges d'atenció primària

16 Bibliografía

1. Matías-Guiu J, Porta-Etessam J, Mateos V, Díaz-Insa S, Lopez-Gil A, Fernández C; Scientific Committee of the PALM Program. One-year prevalence of migraine in Spain: a nation-wide population based survey. *Cephalalgia* 2011; 31: 463-70.
2. Castillo J, Muñoz P, Guitera V, Pascual J. Epidemiology of chronic daily headache in the general population. *Headache* 1999; 39: 190-6.
3. Steiner TL, Stovner LJ, Birbeck GL. Migraine: the seventh disabling. *Cephalalgia* 2013; 33(5): 289-290.
4. Gracia Naya M. Importancia de las cefaleas en las consultas de neurología. *Rev Neurol* 1999; 29: 393-396.
5. Atlas of headache disorder and resources in the world 2011. A collaborative project of World Health Organization and Lifting The Burden. World Health Organization 2011.
6. Lipton RB, Scher AI, Kolodner K, Liberman J, Steiner TJ, Stewart WF. Migraine in the United States: epidemiology and patterns of health care use. *Neurology* 2002; 58: 885-94.
7. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia* 2013; 33(9): 629-808.
8. Huerta M, Pozo P, Prat J, Roig C. Guia oficial de diagnòstic i tractament de la cefalea de la Societat Catalana de Neurologia. Guies mèdiques oficials de diagnòstic i tractament, 2ª Edició, Arboix A, Gironell A, Societat Catalana de neurologia 2011.
9. Samuel Díaz Insa, Comité ad hoc del GECSSEN, Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas 2011, Prous Science, Barcelona 2011.
10. Mateos Marcos V, Díaz Insa S, Huerta M, Porta J, Pozo P. Actitud diagnòstica y terapéutica en la cefalea. Recomendaciones 2006, Ergon 2006.
11. Morera Guitart J, Campos V, Castillo J, Copetti S, Díaz S, González VM, Huerta M, Martín R, Sánchez C, Tranche S. Guía de atención continuada al paciente neurológico. Recomendaciones de consenso entre Atención Primaria y Neurología. Luzan SA Madrid 2005.
12. Derivaciones de atención primaria a una consulta monográfica de cefaleas: análisis de los 1.000 primeros pacientes Sonia Herrero-Velázquez, M. Isabel Pedraza, Marina Ruiz-Piñero, Irene Muñoz, Javier Posadas, Paz de la Torre, Lourdes Bautista, Ángel L. Guerrero-Peral *Rev Neurol* 2014; 58 (11): 487-492.
13. Mateos V, Galvan J, Heras J. Estrategias terapéuticas utilizadas por neurologos y médicos de atención primaria en el tratamiento sintomático de la migraña. Resultados de los estudios de opinión Strategia-I y Strategia-II. *Rev Neurol* 2006; 43: 513-7.
14. Martínez JM, Calero S, García ML, Tranche S, Castillo J, Pérez I. Actitud de los médicos de atención primaria españoles ante la cefalea. *Atención Primaria*. 2006;38:33-8.
15. Diagnosis and treatment of headaches in young people and adults (NICE Clinical Guideline (150).
16. Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB, Goadsby PJ. Oral triptans (serotonin 5-HT_{1B/1D} agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials. *Lancet* 2001; 358(9294): 1668-1675.
17. Pascual J, Mateos V, Roig C, Sanchez-Del-Rio M, Jiménez D. Marketed oral triptans in the acute treatment of migraine: a systematic review on efficacy and tolerability. *Headache* 2007; 47(8): 1152-1168.
18. Belvis R, Mas N, Aceituno A. Migraine attack treatment: a tailor-made suit, not one size fits all. *Recent Pat CNS Drug Discov* 2014; 9(1): 26-40.
19. Evers S, Afra J, Frese A, Goadsby PJ, Linde M, May A, Sándor PS; European Federation of Neurological Societies. EFNS guideline on the drug treatment of migraine--revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol* 2009; 16(9): 968-981.
20. Silberstein SD, Holland S, Freitag F, Dodick DW, Argoff C, Ashman E; Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. Evidence-based guideline update: pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the American Headache Society. *Neurology*. 2012 Apr 24;78(17):1337-1345.
21. Aurora SK, Winner P, Freeman MC, Spierings EL, Heiring JO, DeGryse RE, VanDenburgh AM, Nolan ME, Turkel CC. OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: pooled analyses of the 56-week PREEMPT clinical program. *Headache*. 2011; 51(9):1358-1373.
22. Silberstein S, Lipton R, Dodick D, Freitag F, Mathew N, Brandes J, Bigal M, Ascher S, Morein J, Wright P, Greenberg S, Hulihan J. Topiramate treatment of chronic migraine: a randomized, placebo-controlled trial of quality of life and other efficacy measures. *Headache* 2009; 49(8): 1153-62.
23. Marmura MJ; Silberstein SD, Schwedt TJ: The acute treatment of migraine in adults. The american headache society evidence assessment of migraine pharmacotherapies. *Headache* 2015; 55 (1):3-20.

17 Annexos

- Graus de recomanacions
- Principals contraindicacions i efectes adversos dels fàrmac més utilitzats
- Questionari MIDAS
- Questionari HIT 6
- Diari de cefalees

Taula Annex 1.

Graus de recomanacions basats al Sistema de Medicina Basada a l'Evidència. Stroke, Juliol 2014

Grau	Definició
A	Múltiples poblacions avaluades. Les dades es deriven de múltiples assajos clínics aleatoritzats o de metanàlisis.
B	Poblacions avaluades limitades. Les dades es deriven d'un únic assaig clínic aleatoritzat o d'estudis oberts.
C	Poblacions avaluades molt limitades. Indicacions basades en consens d'experts o sèries de casos.

Taula Annex 2.

Principals contraindicacions i efectes adversos dels fàrmacs més utilitzats al tractament de la migranya

	Contraindicacions	Efectes adversos
AINEs	Úlcera pèptica, malaltia inflamatòria intestinal o diverticular, tercer trimestre de l'embaràs	Mareig, nàusea, úlcera pèptica hemorràgia digestiva, hepatopatia, acúfens, alteracions de l'agregació plaquetar, depressió, nefropatia, HTA
Triptans	Embaràs, lactància, infart cerebral, cardiopatia isquèmica, angina de Prinzmetal, malaltia de Raynaud, HTA descontrolada, insuficiència renal o hepàtica greu, migranya hemiplègica, migranya troncocefàlica, tractament amb IMAOS o ergòtics	Atordiment, flushing, fatiga, mareig, parestèsies, problemes de concentració, disconfort toràcic o al coll Facial Disgèusia: preparats intranasals
Beta-blocadors	Aures migranyoses complexes o perllongades, bloqueig cardíac, broncopaties obstructives, insuficiència cardíaca, diabetis mellitus, depressió	Fatiga, fredor d'extremitats, símptomes gastrointestinals, mareig, hipotensió ortostàtica, insomni, malsons, disfunció erèctil, bradicàrdia, depressió, broncoconstricció, insuficiència cardíaca
Topiramat	Nefrolitiasi, glaucoma, embaràs	Parestèsies, símptomes cognitius, pèrdua de pes, miopia aguda, glaucoma, litiasi renal, depressió, acidosi metabòlica, psicosi, Interacció amb anticonceptius orals
Àcid valpròdic	Hepatopatia, plaquetopènia, embaràs	Nàusees, mareig, somnolència, augment de pes, tremolor, alopècia, hepatitis, trombocitopènia, síndrome de l'ovari poliquístic. Interacció amb anticonceptius orals

Flunarizina	Depressió	Augment de pes, somnolència, depressió, parkinsonisme, galactorrea
Amitriptilina	Glaucoma, síndrome prostàtica, tractament amb IMAOs, embaràs i lactància	Sedació, restrenyiment, boca seca, retenció d'orina, augment de pes, palpitations, símptomes cognitius, al·lucinacions
Zonisamida	Insuficiència hepàtica o renal greu	Acidosi metabòlica, litiasis renals, pancreatitis, anorèxia, agitació, irritabilitat, confusió, depressió, pèrdua de pes, somnolència, símptomes cognitius, tremolor

Modificat de Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento de las cefaleas 2011 de la Sociedad Española de Neurología. Comité ad hoc del Grupo de Estudio de cefaleas.

Taula Annex 3.

Qüestionari MIDAS

Qüestionari MIDAS	Nombre de dies
1. Quants dies en els últims 3 mesos ha faltat al treball o al lloc d'estudis a causa d'un mal de cap?	
2. Quants dies en els últims 3 mesos el seu rendiment en el treball o lloc d'estudis s'ha vist reduït la meitat o més a causa del mal de cap? (no inclogui els dies que ha comptabilitzat en la pregunta 1, en els quals va faltat al treball o lloc d'estudis).	
3. Quants dies en els últims 3 mesos no ha pogut realitzar la feina de casa a causa del mal de cap?	
4. Quants dies en els últims 3 mesos el seu rendiment en les feines de la llar s'ha vist reduït la meitat o més a causa del mal de cap? (no inclogui els dies que vostè comptabilitza en la pregunta 3, en els quals no podia realitzar les tasques de la llar).	
5. Quants dies en els últims 3 mesos no ha pogut assistir a activitats familiars, socials o d'oci, a causa del mal de cap?	
Total:	
VALORACIÓ	
Discapacitat mínima 0-5	
Discapacitat lleugera 6-10	
Discapacitat moderada 11-20	
Discapacitat severa >21	
A.-Quants dies en els últims 3 mesos ha sofert vostè de mal de cap?	
B.-En una escala e 0 a 10, com valoraria els seus mals de cap?	

Taula Annex 4.

Questionari HIT-6 (Headache Impact Test - 6)

1. Quan vostè té mal de cap, amb quina freqüència el dolor és intens?

Mai Poques vegades A vegades Molt sovint Sempre

2. Amb quina freqüència el mal de cap limita la seva capacitat per realitzar activitats diàries habituals com les tasques domèstiques, la feina, els estudis o activitats socials?

Mai Poques vegades A vegades Molt sovint Sempre

3. Quan té mal de cap, amb quina freqüència desitjaria poder anar a dormir?

Mai Poques vegades A vegades Molt sovint Sempre

4. En les últimes 4 setmanes, amb quina freqüència s'ha trobat cansat/da per a treballar o realitzar les activitats diàries pel seu mal de cap?

Mai Poques vegades A vegades Molt sovint Sempre

5. En les últimes 4 setmanes, amb quina freqüència s'ha trobat fart/a o irritat/da pel seu mal de cap?

Mai Poques vegades A vegades Molt sovint Sempre

6. En les últimes 4 setmanes, amb quina freqüència el seu mal de cap ha limitat la seva capacitat per concentrar-se a la feina o a les activitats diàries?

Mai Poques vegades A vegades Molt sovint Sempre

Mai:	6 punts
Poques vegades:	8 punts
A vegades	10 punts
Molt sovint	11 punts
Sempre	13 punts

La puntuació total va de 36 a 78

Taula Annex 5. Diari de cefalees

INTENSITAT: LLEU: *L* MODERADA: *M* SEVERA: *S*

FÀRMACS: TRIPTANS ● AINES +

GENER

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

FEBRER

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29

MARÇ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

ABRIL

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

MAIG

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

JUNY

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Consens català sobre l'atenció al pacient amb migranya

Taula Annex 5. Diari de cefalees

INTENSITAT: LLEU: *L* MODERADA: *M* SEVERA: *S*

FÀRMACS: TRIPTANS AINES **+**

JULIOL

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

AGOST

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

SETEMBRE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

OCTUBRE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

NOVEMBRE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

DESEMBRE

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Amb la Col·laboració:



Aquest document ha estat finançat per Allergan.
Les conclusions, interpretacions i opinions expressades en ell corresponen exclusivament als seus autors.
Allergan declina qualsevol responsabilitat sobre el contingut del mateix.