# MIGRAÑA Y GESTACIÓN

Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona.

## ÍNDICE

**1. VALORACIÓN DE LA CEFALEA DURANTE LA GESTACIÓN**.....Pág 2

**1.1.** Valoración de la cefalea en urgencias.....Pág 3

**1.2.** Tratamiento de la cefalea en urgencias.....Pág 3

**1.2.1.** Migraña.....Pág 3

**1.2.2.** Cefalea sin historia ni características migrañosas y sin signos de alarma.....Pág 4

**1.2.3.** Cefalea con signos o síntomas de alarma.....Pág 4

**2. MIGRAÑA**

**2.1.** Diagnóstico.....Pág 4

**2.2.** Epidemiología y comportamiento de la migraña durante la gestación.....Pág 5

**2.3.** Tratamiento durante la gestación.....Pág 6

**2.3.1.** Medidas no farmacológicas.....Pág 6

**2.3.2.** Tratamiento farmacológico.....Pág 7

**2.3.2.1.** Tratamiento farmacológico agudo.....Pág 7

**2.3.2.2.** Tratamiento farmacológico preventivo.....Pág 8

**2.4.** Migraña y lactancia materna

**2.4.1.**Tratamiento agudo durante la lactancia.....Pág 10

**2.4.2.**Tratamiento preventivo durante la lactancia.....Pág 11

**2.5.** Valoración y consejo preconcepcional.....Pág 11

**Tabla 4.** Tratamiento agudo y preventivo de la migraña en el periodo preconcepcional, gestación y lactancia.....Pág 12

## 1. VALORACIÓN DE LA CEFALEA DURANTE LA GESTACIÓN

Durante la gestación, la prioridad consistirá en diferenciar entre una cefalea de causa primaria (principalmente migraña o cefalea tensional), y una cefalea de causa secundaria y/o potencialmente grave, tal y como se resume en el Anexo 1.

Por lo tanto, ante una cefalea, y especialmente si es de nueva aparición, deberemos valorar si la gestante presenta algún signo o síntoma de alarma, recogidos en la tabla 1.

| **Tabla 1. Signos y síntomas de alarma de la cefalea** |
|---|
| • Cefalea severa de nueva aparición, cambios significativos en sus características o empeoramiento progresivo |
| • Cefalea asociada a:<br>a. Hipertensión arterial o otros signes o síntomas de preeclampsia<br>b. Fiebre o signos de meningismo<br>c. Déficit neurológico o crisis comiciales<br>d. Disminución de la consciencia o cambios de personalidad<br>e. Aura atípica (> 1 hora de duración, incluyendo debilidad motora)<br>f. Alteraciones campo visual<br>g. Signos sugestivos de incremento de presión intracraneal (diplopía, papiledema, o que empeora con la maniobra de Valsalva o el ejercicio) |
| • Cefalea en trueno, de inicio súbito con máxima intensidad < 1 minuto |
| • Cefalea ortostática. Antecedente (< 3 meses) de trauma cervical o anestesia locorregional. |

También se deberían tener en cuenta las principales causas de cefalea secundaria, **tabla 2.**

| **Tabla 2. Principales causas de cefalea secundaria** |
|---|
| • **Preeclampsia/Eclampsia**: HTA, convulsiones y alteraciones analíticas (elevación LDH, elevación transmaninasas, plaquetopenia), entre otras<br>• **Encefalopatía posterior reversible (PRES)**<br>• **Hemorragia subaracnoidea:** Cefalea intensa, en trueno<br>• **Disección arterial:** Cefalea intensa, en trueno<br>• **Hematoma cerebra**l: Cefalea intensa, en trueno<br>• **Síndrome de vasoconstricción arterial reversible (RCVS):** Cefalea intensa (en trueno) o cefalea refractaria de inicio reciente <3-4 semanas o cambios inexplicables en intensidad o frecuencia de la cefalea habitual<br>• **Hipertensión intracraneal**: Cefalea que empeora en decúbito<br>• **Trombosis venosa cerebral:** Déficit neurológico prolongado (>60 min), primera crisis de migraña con aura o aura sin cefalea, o cefalea refractaria de inicio reciente <3-4 semanas o cambios inexplicables en intensidad o frecuencia de cefalea habitual<br>• **Ictus o MAV:** Déficit neurológico prolongado (>60 min) o primera crisis de migraña con aura o aura sin cefalea<br>• **Tumor, LOE, absceso, meningitis o hidrocefalia**: Exploración física neurológica anormal, papiledema, fiebre, rigidez de nuca, crisis comicial<br>• **Postpunción dural:** Ortostática, empeora con Valsalva. Frontal/occipital. |

En la valoración de una cefalea, será necesario, por tanto, obtener constantes vitales (TA, FC, temperatura), valorar el nivel de conciencia y la presencia de la presencia de clínica o sintomatología neurológica evidente (síntomas sensitivos o motores) y, en gestantes de más de 20 semanas, descartar el diagnóstico de preeclampsia en función de los hallazgos y antecedentes patológicos.

La incidencia de cefalea secundaria aumenta durante la gestación, con una prevalencia de entre el 26-52%, sobre todo a expensas de cefalea secundaria a trastornos hipertensivos del embarazo (50%).

La sospecha diagnóstica de cefalea secundaria o la presencia de algún signo o síntoma de alarma (tabla 1), requerirá profundizar en el estudio, así como valorar la indicación de realizar pruebas de neuroimagen. La prueba de imagen más adecuada se decidirá en función de la sospecha clínica y de la edad gestacional.

## 1.1 Valoración de la cefalea en urgencias (Anexo 2)

Ante una paciente que acude al servicio de urgencias por cefalea, deberemos realizar una buena anamnesis y exploración física con el fin de:

- Identificar signos o síntomas de alarma (tabla 1).
- Valorar descartar el diagnóstico de preeclampsia (si > 20 semanas de gestación) en función de los hallazgos y antecedentes patológicos de la gestante.
- Identificar aquella cefalea con criterios de migraña, ya sea debido a antecedentes personales de migraña o a una cefalea con criterios diagnósticos claros de migraña.

## 1.2 Tratamiento de la cefalea en urgencias

El tratamiento diferirá en función de los hallazgos.

### 1.2.1. Migraña (antecedentes personales o criterios diagnósticos claros):

**- Si crisis migrañosa iniciada recientemente (< 1-2h aproximadamente)**

1. Se ofrecerá tratamiento con Sumatriptán 50 mg en dosis única. Si la paciente ya tomaba antes del embarazo otro tipo de triptán (Zolmitriptán, Eletriptán, Rizatriptán), puede continuar con dicha medicación.
   Se puede añadir tratamiento con Metoclopramida en caso de presencia de vómitos
2. Alta a domicilio con indicaciones de escalada de tratamiento con:
   - AINEs en dosis única (si persiste a las 2 horas de la administración del triptán y con menos de 20 semanas de gestación).

- Diazepam 5mg dosis única (si persistencia a les 3h de los AINEs y < 20 semanas o persistencia a les 2h del triptán si > 20 semanas)

3. Explicaremos motivos para volver a consultar: persistencia o empeoramiento de la migraña a pesar del tratamiento indicado.

**- Si crisis migrañosa instaurada e intensa (>2h aproximadamente):**

1. Se podrá ofrecer bloqueo del nervio occipital mayor (BNOM) con Lidocaína al 2% 2 ml (a consultar con el servicio de anestesia y valorar en función de la disponibilidad de personal médico entrenado).
2. Si no es posible realizar el BNOM, se puede ofrecer el tratamiento médica previamente descrito, informando a la pacients de su eficacia más limitada en caso de crisis migrañosa instaurada.
Enviaremos e-mail a: CEFALEA@clinic.cat para la valoración preferente de la paciente por el servicio de NRL HCP.
3. Se puede añadir tratamiento con Metoclopramida si presencia de vómitos.

El circuito de derivación preferente para las pacientes que acudan al servicio de urgencias del HSJD está pendiente de definir. Se valorará la derivación al servicio de neurología de referencia según la zona.

**1.2.2 Cefalea sin historia ni características migrañosas y sin signos de alarma:**

Se ofrecerá tratamiento analgésico habitual (Paracetamol, AINEs si < 20 semanas) para la cefalea y se recomendará valoración por médico de atención primaria o neurología.

**1.2.3 Cefalea con signos o síntomas de alarma:** Actuación en función de la sospecha diagnóstica. Valorar derivar a urgencias HCP o CCEE NRL HCP (CEFALEA@clinic.cat. Unidad de cefalea y algia facial).

## 2. MIGRAÑA

### 2.1 Diagnóstico:

La migraña es un tipo de cefalea primaria. Su diagnóstico es clínico y se basa en la anamnesis. Los criterios diagnósticos se recogen en la tabla 3. No hay diferencias en los criterios diagnósticos entre hombres y mujeres, aunque las formas de presentación pueden divergir. Los algoritmos diagnósticos y terapéuticos no divergirán en casos de hombres transgénero gestantes. No existen pruebas biológicas ni de neuroimagen que permitan establecer el diagnóstico. Si no se cumplen los criterios diagnósticos descritos, deberán valorarse otras causas de cefalea.

| **Taula 3. Criterios diagnósticos de migraña** |
|---|
| A. Haber tenido mínimo 5 crisis que cumplan los criterios B-D. |
| B. Episodios de cefalea de entre 4-72h de duración. |
| C. La cefalea presenta al menos, dos de las siguientes características:<br>a. Localización unilateral<br>b. Carácter pulsátil<br>c. Dolor de intensidad moderada o severa<br>d. Empeora o condiciona la actividad física habitual (cinetofobia) |
| D. Al menos, uno de los siguientes síntomas durante la cefalea:<br>a. Náuseas y/o vómitos<br>b. Fotofobia o fonofobia. |
| E. No se puede atribuir a otra enfermedad |

Ante una migraña que ha modificado sus características, es refractaria al tratamiento o persistente (> 72 h), se valorará la derivación al servicio de neurología o a urgencias.

### 2.2 Epidemiologia y comportamiento de la migraña durante gestación

Un 12% de la población general padece migraña, siendo esta patología más frecuente en mujeres (ratio 3:1), posiblemente debido a motivos hormonales. La migraña genera hasta un 3% de las visitas a urgencias y supone un problema de salud y económico importante, con un gran impacto laboral, personal y familiar.
La prevalencia de migraña en mujeres en edad reproductiva se estima en torno al 24%. A pesar de ser una de las patologías neurológicas más frecuentes durante la gestación y la lactancia, su manejo sigue siendo un reto y la mayoría de mujeres recibe un tratamiento y seguimiento subóptimos.

En la mayoría de las mujeres, la migraña mejora progresivamente durante la gestación, generalmente a partir del segundo trimestre, con una tasa de remisión que puede alcanzar el 60% durante el segundo trimestre y aumentar hasta el 80% en el tercer trimestre. En aquellas mujeres en las que la migraña persiste al final del primer trimestre, esta tiende a mantenerse durante toda la gestación.
Se ha descrito una tendencia a la reaparición de la sintomatología en el posparto, posiblemente en relación con los cambios hormonales y del estilo de vida (privación de sueño o estrés).
La remisión espontánea de la migraña durante la gestación es menos frecuente en la migraña con aura o en la migraña no relacionada con el ciclo menstrual. En algunos casos, la migraña debutará durante la gestación, lo que supone un reto diagnóstico.

La **cefalea tensional** es otro tipo frecuente de cefalea primaria. Suele ser bilateral, con dolor leve a moderado, no pulsátil y similar a una sensación de presión. Puede asociarse con náuseas leves sin

vómitos y no se agrava con la actividad física. Suele responder al tratamiento con analgésicos como paracetamol o AINEs, técnicas de relajación y ejercicio moderado.

En una gestante con antecedentes de cefalea y sin alteraciones neurológicas asociadas, se debe valorar si cumple criterios diagnósticos de migraña. En caso afirmativo, o en casos de migraña ya diagnosticada y sin cambios significativos en sus características, se podrán realizar una serie de recomendaciones terapéuticas adaptadas a la gestación, recogidas en el apartado de tratamiento.

Si durante el seguimiento gestacional persiste la clínica migrañosa a pesar de las recomendaciones y el tratamiento inicial, se derivará a la paciente a la unidad de cefalea y algia facial del servicio de Neurología, especificando la edad gestacional.

### 2.3. Tratamiento durante la gestación:

El objetivo principal consiste en proporcionar un tratamiento óptimo en función del momento del embarazo, posparto o etapa preconcepcional en el que nos encontremos, al mismo tiempo que se minimizan los posibles riesgos relacionados con el tratamiento médico.
El tratamiento subóptimo de la migraña durante la gestación puede conllevar consecuencias negativas tanto para la madre como para el feto, como una nutrición inadecuada, deshidratación, privación del sueño, aumento del estrés o depresión.
Diversos estudios han sugerido la asociación de la migraña durante la gestación con un mayor riesgo de complicaciones vasculares como ictus, hipertensión gestacional y preeclampsia.
En primer lugar, se deberán identificar y modificar los factores desencadenantes, como pueden ser:

- Estrés, fatiga, relajación post-estrés
- Alteración del ritmo del sueño (exceso o defecto)
- Ayuno prolongado
- Ejercicio físico intenso
- Abuso de analgésicos

Las medidas no farmacológicas son un conjunto de medidas higiénico-dietéticas y de estilo de vida, y deberían ser siempre el abordaje de primera línea. También deben utilizarse para complementar el tratamiento farmacológico.

#### 2.3.1 Medidas no farmacológicas:

- Regularidad de las comidas
- Limitar cafeína
- Hidratación adecuada
- Evitar alcohol, tabaco
- Mantener sueño suficiente y regular

- 30 minutos ejercicio físico moderado/día
- Técnicas control del estrés (relajación, biofeedback, ioga)
- Durante les crisis: dormir, oscuridad y reducir la movilidad.

**2.3.2 Tratamiento farmacológico:**

El tratamiento farmacológico de la migraña queda resumido en la **tabla 4**.
En cuanto al tratamiento farmacológico, existe una falta de evidencia respecto a la seguridad durante la gestación de muchos de los tratamientos utilizados habitualmente. Este hecho conllevará, en muchos casos, una modificación del esquema terapéutico con el objetivo de encontrar alternativas más seguras o con mayor respaldo científico.
El asesoramiento deberá realizarse siempre de forma individualizada, valorando los riesgos y beneficios
Podemos diferenciar el tratamiento agudo y el tratamiento preventivo.

**2.3.2.1. Tratamiento farmacológico agudo:**

**- Triptanes (Sumatriptán 50mg, Eletriptán 40mg, Rizatriptán 10mg, Almotriptán 12.5mg):**
**1 comprimido dosis única, al inicio del ataque. La administración precoz mejora la eficacia del tratamiento.**
Los triptanes actúan como agonistas de los receptores de serotonina, produciendo inhibición neuronal y una leve vasoconstricción. No se han descrito efectos adversos fetales con el uso puntual de triptanes en ningún trimestre de la gestación. El sumatriptán es el triptán con mayor evidencia científica, ya que es el fármaco con más tiempo de experiencia clínica, y por tanto el recomendado como tratamiento de primera línea en la mayoría de guías clínicas. Tiene una absorción errática y, si no es efectivo, se recomienda cambiar a Eletriptán 40 mg, Rizatriptán 10 mg o Almotriptán 12,5 mg.

**- Paracetamol 1 gr al inicio del episodio.**
Se considera un fármaco seguro durante toda la gestación, pero es poco efectivo para el tratamiento de la migraña. Dado que su eficacia es limitada (10%) para el tratamiento de la migraña, si el fármaco no era efectivo antes del embarazo, muy probablemente tampoco lo será durante la gestación y no debería prescribirse para esta indicación, ya que retrasa la administración de los fármacos efectivos. Algunos estudios han sugerido una asociación entre el tratamiento prolongado con paracetamol y la hiperactividad y trastornos del comportamiento durante la infancia. No obstante, la FDA concluyó que la evidencia actual es insuficiente para establecer dicha asociación.

**- AINEs (Ibuprofeno 600 mg, Naproxeno 550 mg): al inicio del ataque o a las 2 horas de la administración de un triptán.**

El uso puntual de AINEs hasta la semana 20 se considera seguro. A partir de la semana 20 de gestación, se ha asociado con oligoamnios y, a partir de la semana 24, con riesgo de cierre prematuro del ductus arterioso y oligoamnios, motivo por el cual su uso está contraindicado.
El uso continuado de AINEs en el período periconcepcional podría interferir en la ovulación y la implantación, reduciendo la posibilidad de gestación.

**- Diazepam 5 mg dosis única: Tratamiento de rescate a las 3 horas, cuando no ha funcionado ni el triptán ni el AINE. Administración puntual en forma de dosis única en el momento de la crisis.**
Benzodiacepina de vida media larga. No existe evidencia concluyente sobre el uso de benzodiacepinas y el riesgo de pérdida gestacional en el primer trimestre o malformaciones. No se recomienda el uso prolongado de diazepam durante la gestación en el contexto de migraña, ya que puede dar lugar a un síndrome de abstinencia neonatal en gestantes que lo han utilizado de forma prolongada durante el tercer trimestre. Su indicación debe valorarse siempre de manera individualizada.

**- Bloqueo nervio occipital mayor con Lidocaína 2% 2 ml +/- 1ml Triamcinolona 40mg.**
Consiste en la inyección de anestésico local (lidocaína) a nivel de las ramas periféricas de los nervios cervicales, realizada por el equipo de neurología.
Indicación: Migraña refractaria a los tratamientos agudos previamente descritos. El uso de lidocaína sin triamcinolona también es efectivo y sería la primera elección durante la gestación. Podría repetirse en 3-4 semanas si fuera necesario, solo con lidocaína. En caso de utilizar la combinación de lidocaína y triamcinolona, se debería espaciar una segunda dosis un mínimo de 2 meses.

**-Metoclopramida 10 mg al principio del ataque**.
Útil en los ataques de migraña con náuseas y alteración del ritmo intestinal. La metoclopramida atraviesa la barrera hematoencefálica y puede tener también un efecto antimigrañoso en el sistema nervioso central. Además, favorece la absorción de fármacos como los triptanes y los AINEs. Se debe evitar su uso prolongado y especialmente al final de la gestación, debido al riesgo de síntomas extrapiramidales.

**2.3.2.2. Tratamiento farmacológico preventivo:**

Se recomendará mantener o reiniciar el tratamiento preventivo en aquellas pacientes con episodios frecuentes (> 3-4/mes), severos y de larga duración, y que no responden al tratamiento agudo. La indicación y el manejo de las gestantes con tratamiento preventivo debe realizarse por parte del especialista en neurología de referencia. En muchos casos, y debido a la mejora de la sintomatología migrañosa durante la gestación, el tratamiento preventivo podrá suspenderse.
La mayoría de la evidencia disponible sobre los fármacos que se presentan a continuación se

extrapola de estudios realizados para otras patologías (hipertensión, epilepsia o depresión). Es importante tener en cuenta que el tratamiento preventivo de la migraña puede requerir dosis diferentes, generalmente más bajas que las utilizadas en ciertas patologías para las cuales se han evaluado las posibles repercusiones fetales.

**- Beta-bloqueantes (Propanolol, Metoprolol).**

**Propanolol 10mg/12h, se puede incrementar 20 mg a la semana hasta un máximo de 20mg/8h.**

Los betabloqueantes son efectivos para el tratamiento profiláctico de la migraña. El propranolol y el metoprolol cuentan con la mayor evidencia y seguridad durante la gestación. El tratamiento durante el primer trimestre no se ha asociado a un aumento de malformaciones. Se debe realizar un control del crecimiento fetal mensual a partir de la semana 28 en aquellas mujeres en tratamiento preventivo con betabloqueantes durante la gestación. El tratamiento durante el tercer trimestre puede inducir bradicardia fetal. Los recién nacidos expuestos al final de la gestación requerirán control postnatal por posible hipoglucemia, hipotensión y bradicardia. Podría plantearse reducir la dosis en las últimas semanas de gestación.

**- Toxina botulínica (BTX-A) 155-195 U/trimestral.**

BTX-A es una neurotoxina purificada aislada de la bacteria *Clostridium botulinum*. Se administra mediante inyecciones subcutáneas. Debido a su elevado peso molecular, es muy poco probable que atraviese la barrera placentaria. La evidencia sobre su uso durante la gestación es muy limitada, sin haberse descrito efectos adversos hasta el momento. Suele retirarse en la visita preconcepcional y reintroducirse a partir de la semana 20 en caso de más de 3 días de migraña a la semana.

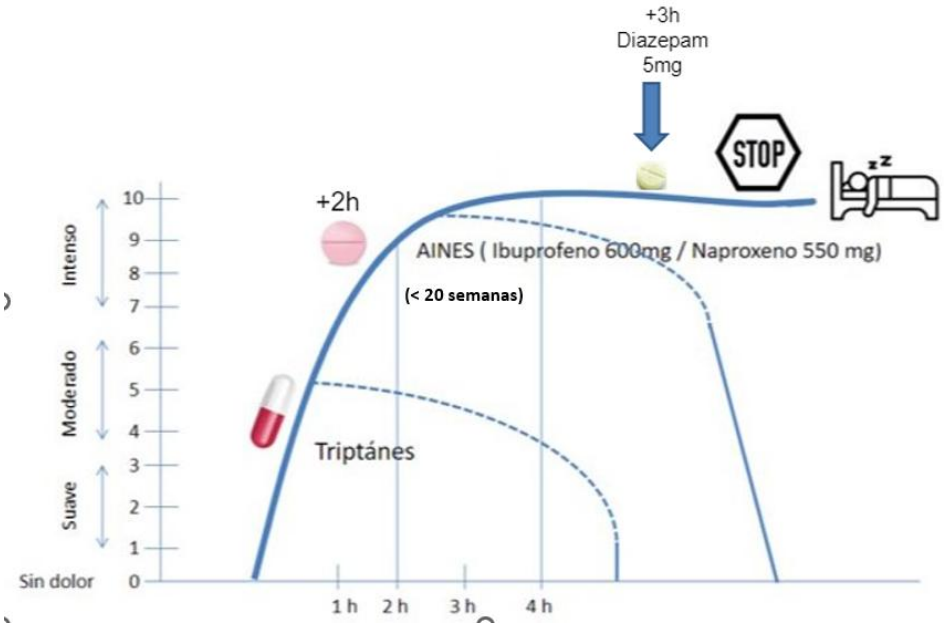
**- Antihistamínicos antagonistas H1:** Indicados en los casos de náuseas sin cefalea.

**Doxilamina 10 mg vía** oral (primera opción).
**Dimenhidrato 50-100 mg vía oral**
**Difenhidramina 50 mg vía oral.**

**- Amitriptilina 10-20- 25 mg por la noche.**

Dosis bajas de amitriptilina se consideran seguras durante la gestación si no existe otra alternativa con mayor evidencia de seguridad. Suele retirarse en la visita preconcepcional o al inicio del embarazo.

**Figura 1. Esquema del tratamiento agudo de la migraña durante la gestación.**




En una gestante con diagnóstico de migraña que **no responde** habitualmente (previamente a la gestación) al tratamiento con **Paracetamol**, se puede prescribir:

1r.- **Sumatriptán 50 mg.** Tratamiento agudo a administrar al inicio de la sintomatología.
2.- **Ibuprofeno 600 mg/Naproxeno 550 mg.** Si a las 2h, la migraña no ha cedido (se pueden administrar si < 20 semanas).
3.- **Diazepam 5 mg** dosis puntual. Si persistencia a las 3h.

### 2.4. Migraña y lactancia materna:

Existe evidencia de que la lactancia materna no empeora la sintomatología de la migraña. No está claro si la lactancia materna podría actuar como un factor protector, ya que los resultados en la literatura son controvertidos.

#### 2.4.1. Tratamiento agudo durante la lactancia:

Durante la lactancia materna, tenemos más opciones de tratamiento que durante la gestación.

**Triptanes: Sumatriptán y eletriptán** disponen de la mayor evidencia. Rizatriptán y almotriptán se consideran de riesgo bajo en case de necesidad.

**AINEs**: Se consideran totalmente seguros durante la lactancia.

**Diazepam 2,5 mg:** El uso puntual y a dosis bajas no está contraindicado durante la lactancia materna.

**Bloqueo nervio occipital mayor con Lidocaína 2% 2 ml +/- 1ml Triamcinolona 40mg:** No contraindicado.

**Metoclopramida:** No contraindicado.

**2.4.2. Tratamiento preventivo durante la lactancia:**

**Beta-bloqueantes: Propanolol 10mg- 20mg o Metoprolol 50-100 mg.**

**Toxina botulínica (155-195 U/trimestral):** Debido a su elevado peso molecular, el paso a la leche materna es prácticamente nulo. Su administración durante la lactancia se considera de bajo riesgo.

**Antidepresivos: Amitriptilina 10-25 mg/día.** No contraindicado.

**Anticonvulsivantes: Topiramato, ácido valproico.** No contraindicado.

**2.5. Valoración y consejo preconcepcional:**

Como en diversas patologías que pueden implicar tratamientos contraindicados durante la gestación, es importante poder realizar un consejo preconcepcional, destinado principalmente a:

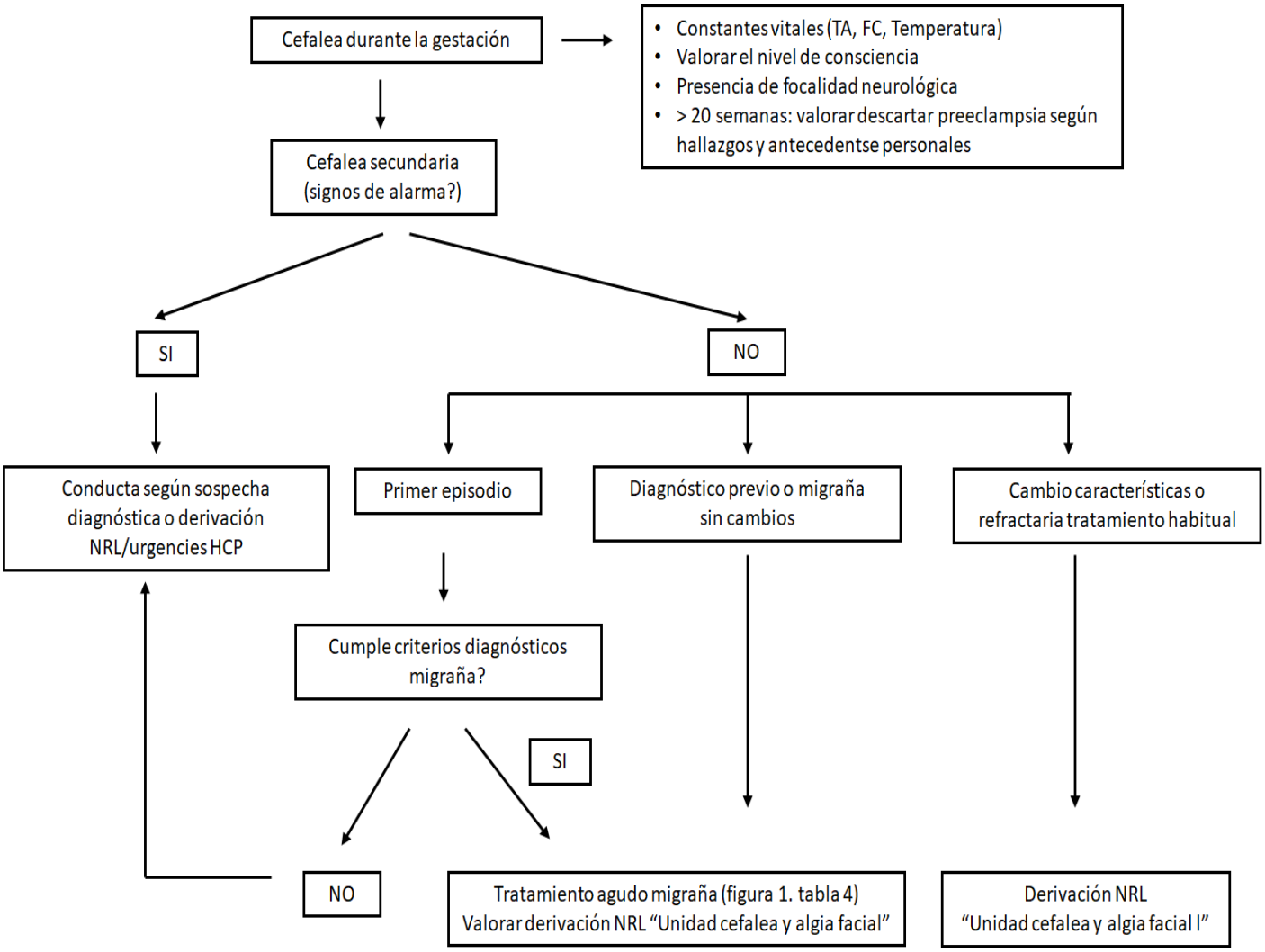
- Informar sobre los medicamentos contraindicados durante la gestación, especialmente ciertos tratamientos preventivos (valproato, topiramato, zonisamida, amitriptilina, flunarizina).
- Informar sobre las alternativas terapéuticas disponibles durante la gestación.
- Informar sobre el posible comportamiento de la migraña durante la gestación.

**Tabla 4. Tratamiento agudo y preventivo de la migraña en el periodo preconcepcional, gestación y lactancia.**

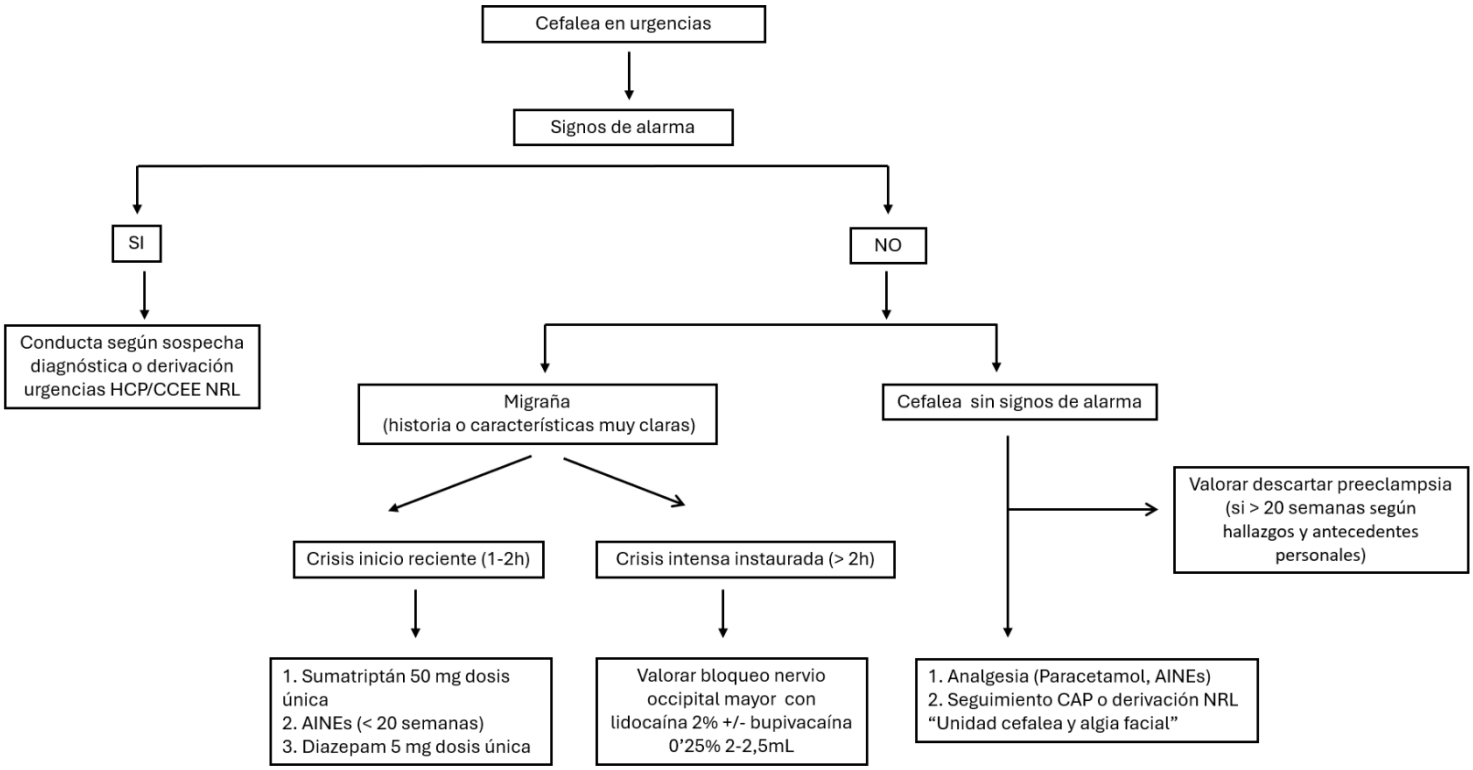
| | **Mujer edad fértil** | **Preconcepción** | **1r trimestre** | **2n trimestre** | **3r trimestre** | **Lactancia** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tt AGUDO** | Eletriptan 40 mg<br>Rizatriptan 10 mg<br>Almotriptan 12.5 mg<br>Lasmiditán 50mg | Eletriptan 40 mg<br>Rizatriptan 10 mg<br>Almotriptan 12.5 mg | **Sumatriptan 50 mg**<br><br>Eletriptan 40 mg<br>Rizatriptan 10 mg<br>Almotriptan 12.5 mg<br>*(si poca resposta)*<br>Zolmitriptan 5mg spray nasal<br>*(si vómitos)*<br><br>Metoclopramida<br><br>Paracetamol *(poco efectivo)* | **Sumatriptan 50 mg**<br><br>Eletriptan 40 mg<br>Rizatriptà 10 mg<br>Almotriptà 12.5 mg<br>*(si poca resposta)*<br>Zolmitriptan 5mg spray nasal<br>*(si vómitos)*<br><br>Metoclopramida<br><br>Paracetamol *(poco efectivo)* | **Sumatriptan 50 mg**<br><br>Eletriptan 40 mg<br>Rizatriptan 10 mg<br>Almotriptan 12.5 mg<br>*(si poca respuesta)*<br>Zolmitriptan 5mg spray nasal<br>*(si vómitos)*<br><br>Metoclopramida<br><br>Paracetamol *(poco efectivo* | **Sumatriptan 50 mg**<br><br>Eletriptan 40 mg<br><br>2a elección:<br>Rizatriptan 10 mg<br>Almotriptan 12.5 mg<br><br>Metoclopramida |
| **Rescate a las +2 horas** | Ibuprofeno 600<br>Naproxeno 550 | Ibuprofeno 600<br>Naproxeno 550.<br>*valorar interferencia ovulación/ implantación* | Ibuprofeno 600<br>Naproxeno 550 | NO AINEs *(a partir de la semana 20)* | NO AINEs | Ibuprofeno 600<br>Naproxeno 550 |
| **Rescate a las +3 horas** | Diazepam 5mg | Diazepam 5mg | Diazepam 5mg | Diazepam 5mg | Diazepam 5mg | Diazepam 2.5mg |
| **Migraña 72h**<br><br>*Valorar otros diagnósticos diferenciales | Valoración a Urgencias HCP/Unidad de cefalea<br><br>Bloqueo Lidocaína NOM | Valoración a Urgencias HCP/Unidad de cefalea<br><br>Bloqueo Lidocaína NOM | Valoración a Urgencias HCP/Unidad de cefalea<br><br>Bloqueo Lidocaína NOM | Valoración a Urgencias HCP/Unidad de cefalea<br><br>Bloqueo Lidocaína NOM | Valoración a Urgencias HCP/Unidad de cefalea<br><br>Bloqueo Lidocaína NOM | Valoración a Urgencias HCP/Unidad de cefalea<br><br>Bloqueo Lidocaína NOM |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Tt PREVENTIVO** | Propanolol<br>Atenolol<br><br>Flunaricina<br>Amitriptilina<br><br>Toxina botulínica,<br>Anticuerpos-anti CGRP,<br>Gepantes,<br>Topiramato,<br>Zonisamida,<br>Valproato | Propanolol<br>Atenolol<br><br>***Retirar:***<br><br>**Topiramato,<br>Zonisamida,<br>Valproato,<br>Amitriptilina<br>T.botulínica<br>Ac-anti CGRP** | Propanolol<br>Metoprolol<br><br>Antihistamínico antagonista H1 | Propanolol<br>Metoprolol<br><br>Si mal control:<br><br>Toxina botulínica<br><br>Antihistamínico antagonista H1 | Propanolol<br>Metoprolol<br><br>Si mal control:<br><br>Toxina botulínica<br><br>Antihistamínico antagonista H1 | Propanolol<br>Metoprolol<br><br>Si mal control:<br><br>Toxina botulínica<br><br>Amitriptilina,<br>Topiramato,<br>Àcido valproico |

**Anexo 1. Algoritmo de actuación ante una cefalea durante la gestación:**



**Anexo 2. Algoritmo de actuación ante una cefalea en urgencias:**



| | |
|---|---|
| **Responsables del protocolo:** | **Servicio de Medicina Materno Fetal (HCM)**: Núria Baños, Marta López, Montse Palacio.<br>**Servicio de Medicina Materno Fetal (HSJD):** Laura Guirado, Marc Cahuana, Àlex Cahuana.<br>**Servicio de Neurología:** Víctor Obach. |
| **Fecha del protocolo y actualizaciones:** | 15/07/2025, 16/10/2025 |
| **Última actualización:** | 16/10/2025 |
| **Próxima actualización:** | 16/10/2029 |
| **Codigo Hospital Clínic:** | MMF-118-2025 |
| **Codigo Sant Joan de Déu:** | |