Publicado: Jueves, 17 Junio 2021 00:00

El Boletin de Información Terapéutica de Navarra ha publicado un número titulado "Qué queda y qué hay de nuevo en el manejo farmacológico de la migraña" que hace una revisión actualizada de la evidencia sobre dicha patología, con el objetivo de evaluar la eficacia y seguridad de los fármacos empleados para el tratamiento sintomático y preventivo, determinar su lugar en la terapéutica y establecer el tratamiento más adecuado en función del tipo de migraña y de las características de los pacientes.

En cuanto al **tratamiento sintomático**, se presenta el papel de los AINE, analgésicos simples y antieméticos (como adyuvantes), para las crisis leves-moderadas; y, los triptanes y derivados de ergotamina para las crisis moderadas-graves. También se revisa la evidencia disponible sobre los ditanes (lasmiditán) y gepantes (rimegepant,

Phoca PDF

Tabla 3. Tratamientos preventivos de la migraña[10,12,26,38]:

Fármaco	Pauta posológica	Nivel evidencia[10]	Situaciones de elección
ß-bloqueantes	Metoprolol 50-200 mg/día en 2 tomas vía oral	I/A en ME IV en MC	Migraña con HTA, temblor, ansiedad, estrés, hipertiroidismo, embarazo
	Propranolol 40-240 mg/día en 2-3 tomas vía oral		
Antiepilépticos	Topiramato 25-200 mg/día vía oral	I/A en ME y MC	Migraña con epilepsia, sobrepeso
	Valproato 300-1500 mg/día vía oral*	I/A en ME III/C en MC	
Antidepresivos	Amitriptilina 10-75 mg/día vía oral al acostarse	I/A en ME	No se consideran de primera elección. ME y MC. Migraña con cefalea tensional, depresión, ansiedad, dolor neuropático, insomnio.
Antagonistas del calcio	Flunarizina 5-10 mg/día vía oral, preferentemente al acostar	I/A en ME IV/C en MC	Migraña con y sin aura en pacientes sin respuesta a ß-bloqueantes y/o topiramato. Adultos con constitución delgada y sin tendencia a la depresión.
IECA/ARA II	Lisinopril* 5-20 mg/día vía oral	II/B en ME	Migraña con HTA
	Candesartan* 8-32 mg/día vía oral		
Toxina botulínica tipo A	155-195 unidades divididas en 31-39 puntos (5 unidades/punto) vía intramuscular cada 12 semanas	I/A en MC	Financiado en MC en pacientes sin respuesta o intolerantes a tratamientos preventivos orales

(*) Sin autorización de uso en migraña en España.

Phoca PDF

Publicado: Jueves, 17 Junio 2021 00:00

Phoca PDF

Tabla 4. Características de los anticuerpos monoclonales anti CGRP[12,42,46].

Nombre	GALCANEZUMAB	ERENUMAB	FREMANEZUMAB	EPTINEZUMAB
Presentación	Emgality® 120 mg pluma	Aimovig® 70 mg pluma Aimovig® 140 mg pluma	Ajovy® 225 mg 1 jer prec.	Vyepti® (FDA) No comercializado en España (abril 2021)
Molécula	Ac humanizado IgG4	Ac Humano IgG2a	Ac humanizado IgG2a	Ac humanizado IgG1
Diana	CGRP	R- CGRP	CGRP	CGRP
Indicación aprobada FT	Profilaxis de la migraña en adultos que tienen al menos cuatro días de migraña al mes			-
Indicación financiada	Pacientes con ocho o más días de migraña/mes (ME de alta frecuencia y MC) y tres o más fracasos de tratamientos previos utilizados a dosis suficientes durante al menos tres meses, siendo uno de estos tratamientos toxina botulínica en el caso de MC.			-
Posología	D carga: 240 mg D mantenimiento: 120 mg	70 mg o 140 mg	225 mg/mes o 675 mg/3 meses	100 mg o 300 mg
Frecuencia de administración	Mensual	Mensual	Mensual/trimestral	Trimestral
Vía de administración	Subcutánea	Subcutánea	Subcutánea	Perfusión iv 30 min
Poblaciones especiales	Pediatría: No se dispone de datos en pacientes <18 años Ancianos: No es necesario ajuste de dosis. Datos limitados en ≥65 años. Insuficiencia renal leve-moderada o hepática: no es necesario ajuste de dosis. Embarazo: Datos limitados, es preferible evitar el uso durante el embarazo. Lactancia: Datos limitados, podría considerarse su uso solo si es clínicamente necesario. Efecto sobre la fertilidad: No hay datos de fertilidad en seres humanos.			
Efectos adversos más frecuentes	Reacción en el punto de inyección Prurito Vértigo Estreñimiento	Reacción en el punto de inyección Estreñimiento Espasmos musculares Prurito Reacciones de hipersensibilidad y cutáneas.	Reacción en el punto de inyección	Nasofaringitis Reacciones de hipersensibilidad Mareo Infecciones respiratorias y urinarias Fatiga Nauseas Sinusitis
Anticuerpos antifármaco	4,8% en EC 12,5% a los 12 meses	6,3% (70mg) 2,6% (140mg)	0,4% en EC 2,3% a los 12 meses	18-20,6%
Utilización de recursos	Los tres fármacos están preparados para que se los pueda auto administrar el paciente tras una adecuada formación por parte del personal sanitario.			Requiere administración iv en hospital de día.

Phoca PDF

Publicado: Jueves, 17 Junio 2021 00:00

Phoca PDF

Tabla 8. Recomendaciones del uso de Anticuerpos monoclonales anti-CGRP[10] en MC y ME.

Inicio	Pacientes con criterios de MC: cuando hayan fracasado a al menos tres tratamientos preventivos, siendo uno de ellos toxina botulínica A. Pacientes con criterios de ME de alta frecuencia: cuando hayan fracasado a al menos tres tratamientos preventivos orales.
Fracaso de preventivos orales	Ineficacia: al menos tres meses a dosis suficientes. Falta de tolerabilidad.
Fracaso de toxina botulínica A	Al menos dos-tres ciclos de tratamiento cada tres meses, al menos uno-dos ciclos a dosis de 195U.
Mantenimiento	Mínimo tres meses de tratamiento y valorar respuesta y tolerabilidad: · Si es inefectivo: retirada. · Si es efectivo: mantener al menos 12 meses. Suspender y reevaluar tras retirada. · Si la respuesta es parcial: prolongar el tratamiento tres meses más o plantear el cambio* a otro ACm anti CGRP, reevaluando a los tres meses. · Si mala tolerabilidad: cambio a otro ACm anti CGRP y reevaluar a los tres meses. (*) Por el momento no hay evidencia científica de calidad que apoye que el cambio a un segundo ACm por falta de respuesta al primero vaya a ser efectivo.
Uso de otros preventivos orales	Valorar su asociación si al menos hubiera una respuesta, aunque incompleta, con el tratamiento previo. Si la respuesta es excelente valorar la retirada de preventivos previos.
No usar en:	Embarazo. Lactancia. Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares graves. Enfermedades mentales graves. El uso concomitante con otros biológicos no parece desaconsejable pero no hay evidencia.
Evaluación objetiva	Es necesaria una evaluación periódica objetiva (y también subjetiva) de resultados en salud. Se recomienda usar calendarios, escalas como HIT-6, MIDAS o de calidad de vida para valorar la eficacia de forma objetiva.

HIT-6: Headache impact test-6. **MIDAS:** Migraine Disability Scale.

Phoca PDF

En el **tratamiento preventivo**, se revisa la utilización de ß-bloqueantes, antiepilépticos (topiramato), antidepresivos, antagonistas del calcio, IECA/ARAII, Ttoxina botulínica A y anticuerpos monoclonales anti-CGRP.

Los **anticuerpos monoclonales anti-CGRP**, que son los fármacos más recientes para la migraña, se tratan en profundidad; incluyendo tres tablas que muestran los resultados de eficacia de los ensayos clínicos en migrañas episódicas, crónicas y refractarias. En las conclusiones de la revisión se considera que presentan una eficacia modesta frente a placebo, no existiendo estudios comparativos frente a terapias estándar; debiendo además, tener precaución en pacientes con antecedentes cardiovasculares. En España están comercializados actualmente galcanezumab, erenumab y fremanezumab, con la indicación aprobada de profilaxis de la migraña en adultos que tienen al menos cuatro días de migraña al mes.

A continuación, se reproducen tres cuadros incluidos en el artículo, que presentan los tratamientos preventivos de la migraña, las características de los anticuerpos monoclonales anti-CGRP y las recomendaciones de uso de los mismos en migraña crónica y episódica.

Phoca PDF