

MIGRAÑA: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La migraña es un trastorno neurológico que se presenta habitualmente en forma de cefalea. El tratamiento se fundamenta en cambios en el estilo de vida, tratamiento sintomático y tratamiento preventivo.

En el último **bitn** repasan las [alternativas de tratamiento](#) a partir de revisión de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y estudios primarios, tanto sintomático como preventivo. Respecto a los anticuerpos monoclonales anti-CGRP, los describen como alternativa para la prevención de la migraña crónica o episódica, en pacientes sin respuesta a tratamientos anteriores, aunque presentan una eficacia modesta frente a placebo, y no hay estudios comparativos con el resto de fármacos preventivos de primera línea. Su seguridad y eficacia a largo plazo no han sido establecidas, y su importe económico es elevado. Las condiciones de financiación en España restringen su uso a una cuarta línea en la profilaxis de la migraña crónica o episódica de alta frecuencia.

TÉCNICAS PARA DEPRESCRIBIR LA POLIFARMACIA INAPROPIADA ¿POR DÓNDE EMPIEZO?

Si un medicamento es innecesario e inapropiado para un paciente... ¿por qué no lo retiramos? La Universidad de Oregon (EEUU) recoge los [tips imprescindibles](#) para poder empezar con cierto orden y sin desconcierto:



1- Identifica tu **población “diana” para la deprescripción:**

Pacientes que tomen más de 8 medicamentos, con múltiples enfermedades crónicas y progresivas, con problemas de adherencia a sus tratamientos, o con alguna medicación que claramente no proporcione beneficios.

Si nos centramos en **pacientes mayores**, nos interesará seleccionar pacientes que hayan tenido una reacción adversa, que lleven [medicamentos de “alto riesgo”](#), paciente frágil o con [alteraciones cognitivas](#), pacientes con alto [riesgo de caídas](#), o aquellos que tengan patologías progresivas en estadio avanzado (oncológicos, enfermedades neuromusculares, etc). Para este paso, puedes contar con tu Servicio de Farmacia de Atención Primaria, que te ayudará a identificarlos y priorizarlos.

2- Identifica **qué fármacos podrías deprescribir:**

Los candidatos a la deprescripción los buscaremos principalmente entre la relación de medicamentos considerados de alto riesgo, como las benzodiazepinas, los fármacos con actividad anticolinérgica, la digoxina, los hipoglucemiantes,



los anticoagulantes o los opiodes. Puedes apoyarte con los criterios STOPP o la lista de los criterios de BEERS para identificar fármacos que habitualmente se definen como “inapropiados” en determinadas circunstancias.

3- Revisión exhaustiva. No nos deberemos olvidar de los fármacos y otros productos sin receta que el paciente puede estar tomando, pero no constan en su historial. Habrá que revisar uno a uno si todos los medicamentos siguen estando indicados, cual está siendo su efectividad, la adherencia a los tratamientos, y valorar relación beneficio/riesgo en cada uno de ellos.

4- Proceso de deprescripción centrado en el paciente. Implicaremos al paciente en la toma de decisiones, discutiendo cada una de las opciones de deprescripción, y estableciendo los objetivos claros, en función de las preferencias del paciente y sus expectativas de vida.

En este proceso, será imprescindible monitorizar los efectos de la deprescripción, y ver que esta sea segura. Antes de deprescribir, hay que conocer si se necesita desescalada progresiva de dosis, riesgos de empeoramiento de la patología, y cómo prevenir y mitigar el posible disconfort en el paciente.

5- Herramientas de ayuda a la deprescripción.

Existen guías y algoritmos de deprescripción para determinados grupos farmacológicos que podrán ayudarte, de fuentes como www.deprescribing.org, [US Deprescribing Research Network](http://US.deprescribing.org) o [NSW Deprescribing Tools](http://NSW.Deprescribing.Tools). Consulta el algoritmo de deprescripción de IBP del Departamento.

MEDICAMENTO	SINTOMAS DE ABSTINENCIA	ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN
inhibidores de acetilcolinesterasa	agitación, alucinaciones	disminuir dosis 50% cada 4 semanas
anticonvulsivos	ansiedad, depresión, convulsiones	disminuir dosis cada 4 o más semanas
antidepresivos	acatisia, ansiedad, dolor de cabeza, insomnio, irritabilidad	disminuir dosis 25% cada 4 semanas
antiparkinsonianos	hipotensión, psicosis, temblores	disminuir dosis 25% cada 4 semanas
antipsicóticos	disquinesias, insomnio, nauseas	disminuir dosis 25-50% cada 1 ó 2 semanas
benzodiazepinas	agitación, ansiedad, confusión, insomnio, convulsiones	Disminuir dosis muy despacio, no más del 25% cada 2 semanas. Monitorizar semanalmente.
betabloqueantes	angina, ansiedad, hipertensión, taquicardia, infarto miocardio	disminuir dosis 25-50% cada 4 semanas. Monitorizar tensión arterial y ritmo cardíaco después de cada reducción de dosis
opioides	calabres gastrointestinales, ansiedad, escalofrios, diarrea, insomnio	Disminuir dosis entre un 5-25% cada 1-4 semanas, dependiendo de la tolerancia del paciente
inhibidores bomba protones	molestias gastrointestinales, acidez	Disminuir dosis un 50% inicialmente. Monitorizar a las 4 y a las 12 semanas.

Tabla traducida y adaptada de [Oregon DUR Board Newsletter](#)

Puedes descargar los boletines desde <http://sagunto.san.gva.es/boletin-fap>
 Diseño y maquetación para visualizar desde dispositivos móviles/tablets



dpsagunto_ap_farmacia@gva.es



DEPARTAMENTO DE SALUD DE SAGUNTO



962 339319