



# NEUROLOGÍA

[www.elsevier.es/neurologia](http://www.elsevier.es/neurologia)



## CARTA AL EDITOR

### Inequidad de acceso a los nuevos tratamientos para la migraña



#### Inequity of access to new migraine treatments

La migraña afecta al 12% de la población general, es tres veces más frecuente en mujeres y representa la primera causa de discapacidad entre 16-49 años<sup>1,2</sup>. La migraña reduce significativamente la calidad de vida de los pacientes, aumenta el riesgo de ansiedad, depresión y suicidio y tiene un enorme impacto económico en la sociedad por el absentismo y la pérdida de productividad que genera<sup>3,4</sup>. En los últimos años se han producido importantes avances en el conocimiento de la fisiopatología de la migraña que han permitido el desarrollo de varios anticuerpos monoclonales frente al péptido regulador del gen de la calcitonina (CGRP) o su receptor: erenumab, galcanezumab, fremanezumab y más recientemente eptinezumab<sup>5</sup>. Por primera vez el neurólogo clínico tiene en sus manos un tratamiento específico para la prevención de migraña. Estos anticuerpos anti-CGRP se pueden prescribir cuando el paciente tiene más de cuatro de crisis de migraña cada mes, de acuerdo con la ficha técnica del producto. Sin embargo, considerando que el coste de estas nuevas terapias es más elevado que los tratamientos tradicionales, se han establecido en España unas condiciones de financiación, recogidas en diferentes informes<sup>6-8</sup> de posicionamiento terapéutico (IPT), que limitan su uso a aquellos pacientes con un elevado número de días de migraña y que han fallado al menos a tres fármacos preventivos, convirtiendo los anticuerpos anti-CGRP en fármacos de cuarta línea. Así, erenumab, fremanezumab y galcanezumab están financiados en pacientes con ocho o más días de migraña/mes (migraña episódica de alta frecuencia y en pacientes con migraña crónica) 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 migraña crónica. Esta utilización restrictiva de los anticuerpos anti-CGRP es previsible que cambie en un futuro inmediato. De hecho, la *European Headache Federation*, considerando que estos fármacos están demostrando mayor eficacia y adherencia y mejor tolerabilidad comparados con los preventivos orales, ha actualizado las guías de tratamiento y recomienda que los anticuerpos monoclonales anti-CGRP sean considerados una opción terapéutica de primera línea<sup>9</sup>. La *American Headache Foundation* mantiene una postura similar<sup>10</sup>.

La experiencia en España tras de más de dos años de uso es muy satisfactoria por su eficacia y, sobre todo, por

la excelente tolerabilidad<sup>11</sup>. Se ha mejorado significativamente a una elevada proporción de pacientes que hasta el momento presentaban crisis de migraña frecuentes que le impedían hacer una vida normal y que no habían encontrado un tratamiento eficaz<sup>11</sup>. Sin embargo, el acceso a estos fármacos es complejo y desigual. La desigualdad no solo existe entre las diferentes comunidades autónomas, sino también dentro de la misma región dependiendo del hospital donde el paciente sea tratado. Como consecuencia, muchos pacientes que necesitan estos nuevos tratamientos, por desgracia, no lo están recibiendo. Esta inequidad en el acceso a los anticuerpos anti-CGRP tiene que ver, en gran medida, con aspectos organizativos y regulatorios. Desde el punto de vista organizativo, el tiempo que espera un paciente para recibir anticuerpos anti-CGRP es muy diferente dependiendo del lugar donde viva. Los pacientes tienen que ser diagnosticados de migraña, y posteriormente, tras el fallo a intolerancia a varios tratamientos tradicionales podrán acceder a los anticuerpos. De acuerdo con los datos del Atlas de Migraña en España, la media de tiempo hasta el diagnóstico es superior a seis años y es muy variable dependiendo de la comunidad autónoma<sup>4</sup>. Es evidente que la organización de la atención de pacientes con migraña en España no puede depender del lugar donde vive el paciente. Por este motivo, todas las especialidades involucradas en la atención de la persona con migraña que incluyen atención primaria, neurología, enfermería, urgencias, farmacia hospitalaria y comunitaria, junto con la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE) han elaborado el «*Libro blanco de la migraña en España*»<sup>12</sup>, un documento de consenso que concluye con una propuesta de 43 acciones. Una de las conclusiones principales del *Libro blanco* es que se necesita un plan estratégico que permita un abordaje multidisciplinar, integral y transversal de la migraña y otras cefaleas en el seno del Sistema Nacional de Salud para garantizar que la atención médica sea comparable en todas las comunidades autónomas y que no exista inequidad. El segundo aspecto que demora el acceso a los nuevos tratamientos depende de las normas autonómicas y locales. No solo cada comunidad autónoma, sino también cada hospital, puede establecer unas condiciones de financiación particulares, que en muchas ocasiones son diferentes a las establecidas en el IPT. Es decir, se ha creado un mapa de desigualdad en el acceso a un recurso sanitario que en muchos casos es la única posibilidad de que el paciente con migraña mejore.

Desde la Sociedad Española de Neurología creemos que es necesario corregir esta inequidad en el acceso a nuevos fármacos preventivos de la migraña y adaptarnos a las recomendaciones europeas. Nuestros pacientes deberían recibir el tratamiento que necesitan, de acuerdo con su situación

clínica, de una forma ágil y con unos criterios comunes en todo el país, que no dependan del código postal donde residen. En nuestras manos está ayudar al paciente a reducir la discapacidad que sufre, mejorar su calidad de vida, y a la vez reducir los costes derivados de las bajas laborales y pérdida de productividad que provoca la migraña.

## Financiación

Roberto Belvís ha recibido honorarios por asesoramiento o conferencias por parte de Novartis, TEVA, Abbott, Noema, Chiesi, Organon, Lilly, Lundbeck, Pfizer, Exeltis, Amgen.

José Miguel Laínez ha recibido honorarios por asesoramiento, conferencias y participación en ensayos clínicos de Abbvie-Allergan, Bayer, ElectroCore, Janssen, Eli-Lilly, Lundbeck, Merck, Novartis, Pfizer y Teva.

Jessica García ha recibido honorarios por asesoramiento o conferencias por parte de Abbvie-Allergan, Eli-Lilly, Almirall, Novartis, Chiesi y Teva.

Nuria González ha recibido honorarios por asesoramiento o conferencias por parte de Abbvie-Allergan, Eli-Lilly, Novartis, Chiesi y Teva.

Pablo Irimia ha recibido honorarios por asesoramiento o conferencias por parte de Abbvie-Allergan, Eli-Lilly, Lundbeck, Novartis, Pfizer Chiesi y Teva.

## 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 nationwide population-based survey. *Cephalalgia*. 2011;31:463–70.
2. GBD 2016 Neurology Collaborators. Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol*. 2019;18:459–80.
3. Irimia P, Garrido-Cumbrera M, Santos-Lasaosa S, Aguirre-Vazquez M, Correa-Fernández J, Colomina I, et al. Impact of monthly headache days on anxiety, depression and disability in migraine patients: results from the Spanish Atlas. *Sci Rep*. 2021;11:8286.
4. Irimia P, Garrido-Cumbrera M, Santos-Lasaosa S, Braçe O, Colomina I, Blanch C, et al. Estimating the savings associated with a migraine-free life: results from the Spanish Atlas. *Eur J Neurol*. 2020;27:2616–243.
5. Santos-Lasaosa S, Belvís R, Cuadrado ML, Díaz-Insa S, Gago-Veiga A, Guerrero-Peral AL, et al. Calcitonin gene-related peptide in migraine: from pathophysiology to treatment CGRP en migraña: de la fisiopatología a la terapéutica. *Neurología (Engl Ed)*. 2022;37:390–402.
6. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe de Posicionamiento Terapéutico de erenumab (Aimovig®) en la profilaxis de migraña. IPT 62/2019 V1. 15 de noviembre de 2019.

7. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe de Posicionamiento Terapéutico de galcanezumab (Emgality®) en la profilaxis de migraña. IPT 63/2019 V1. 15 de noviembre de 2019 [1 Oct 2022]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/informes-de-posicionamiento-terapeutico/informe-deposicionamiento-terapeutico-de-fremanezumab-ajovy-en-la-profilaxis-de-migrana/>.
8. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe de Posicionamiento Terapéutico de fremanezumab (Ajovy®) en la profilaxis de migraña. IPT, 11/2020. V1. [1 Oct 2022]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/informes-de-posicionamiento-terapeutico/informede-posicionamiento-terapeutico-de-fremanezumab-ajovy-en-la-profilaxis-de-migrana/>.
9. Sacco S, Amin FM, Ashina M, Bendtsen L, Deligianni CI, Gil-Gouveia R, et al. European Headache Federation guideline on the use of monoclonal antibodies targeting the calcitonin gene related peptide pathway for migraine prevention-2022 update. *J Headache Pain*. 2022;23:67.
10. National Headache Foundation. National Headache Foundation Position Statement on the Treatment of Migraine and Access to Care. [1 Oct 2022]. Disponible en: <https://headaches.org/>.
11. Belvís R, Irimia P, Pozo-Rosich P, González-Oria C, Cano A, Viguera J, et al. MAB-MI.G. registry of the spanish neurological society of erenumab for migraine prevention. *J Headache Pain*. 2021;22:74.
12. AEMICE, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF), y las sociedades españolas de Neurología (SEN), de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), de Farmacia Hospitalaria (SEFH) y de Enfermería Neurológica (SEDENE). Libro blanco de la migraña en España. [1 Sep 2022]. Disponible en: <https://www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2021/11/Libro.Blanco.Migrana.Espana.2021.pdf>.

P. Irimia<sup>a,\*</sup>, R. Belvís<sup>b</sup>, N. García González<sup>c</sup>, J. García Ull<sup>d</sup> y J.M. Laínez<sup>d</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Neurología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España*

<sup>b</sup> *Unidad de Cefaleas, Servicio de Neurología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España*

<sup>c</sup> *Servicio de Neurología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España*

<sup>d</sup> *Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Universidad Católica de Valencia, Valencia, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pirimia@unav.es](mailto:pirimia@unav.es) (P. Irimia).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2022.08.004>

0213-4853/ © 2022 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).