

“Llegaremos a poder definir la migraña de forma fisiopatológica”

Hablamos con la **Dra. Patricia Pozo Rosich, responsable de la Unidad de Cefalea del Hospital Universitario Vall d’Hebron**, sobre el **presente y futuro de la migraña**, cuya investigación ha avanzado mucho en los últimos años. La doctora comparte con nosotros su experiencia, puntos de vista y deseos para que esta patología cuente con futuros tratamientos que predigan los ataques y eviten la cronificación, mientras se avanza hacia la modulación de la enfermedad.

1. ¿En qué situación se encuentra la investigación y el abordaje terapéutico de la migraña?

La investigación en migraña ha avanzado mucho. Hemos podido definir, entre otras cosas, el CGRP, un péptido que se libera durante los ataques de migraña y que está permanentemente elevado en personas que tienen ataques repetidos. Somos capaces de medir con marcadores moleculares como este, incluso en sangre. También podemos medir cambios en imagen, ver mediante resonancia cómo la migraña y el cerebro migrañoso cambia. Hay maneras de medir la migraña genéticamente. Saber que hay unos genes que confieren un riesgo de sufrir migraña en una enfermedad poligénica, muy común y prevalente, da mucho valor.

Tenemos distintos **aspectos: genéticos, cambios moleculares, la neurofisiología, la manera de ver cómo el cerebro responde frente a estímulos. Llegaremos a poder definir y clasificar la migraña de forma fisiopatológica.** Hasta ahora ha sido una enfermedad muy clínica. Ya tenemos maneras de diagnosticar la migraña, de poder definirla mejor. Y esto tiene también un impacto en encontrar estrategias terapéuticas.

Hablaba antes del péptido CGRP. Ahora tenemos maneras de poder bloquearlo y esto influye de forma positiva en nuestros pacientes. Está cambiando la vida de las personas.

La investigación en 2020 está mucho mejor que hace 10 años y espero que esté mejor en 2030.

2. La llegada de los fármacos anti-CGRP es un gran avance para las personas que viven con migraña. ¿Cuáles son las ventajas del tratamiento preventivo?

Las ventajas de los anticuerpos monoclonales contra el CGRP han supuesto una **revolución**, ya que se trata del **primer tratamiento preventivo que está diseñado para la migraña**. Esto es crucial porque lo que teníamos hasta ahora eran tratamientos que se habían descubierto por casualidad y podían ayudar a mejorar a los pacientes con migraña. Hablo de tratamientos contra la epilepsia, para la tensión arterial, la depresión... Un medicamento que está pensado con un mecanismo fisiopatológico de la enfermedad tiene mucha más fortaleza y funciona mejor.

Además, la mayoría de los tratamientos que teníamos antes provocaban muchos efectos adversos. Muchos pacientes los dejaban de tomar porque no los toleraban bien. La mayoría eran por vía oral y había que acordarse de tomarlos, porque son tratamientos prolongados. La **migraña es la enfermedad neurológica más discapacitante y que más años de vida quita en los mejores años de la vida**, desde la infancia-adolescencia hasta los 55-60 años. Y es difícil mantener la adherencia.

Este tipo de fármacos suponen un **claro avance**, son muy cómodos, no dan prácticamente efectos adversos, son eficaces y funcionan.

3. ¿Puede el tratamiento preventivo disminuir el impacto funcional de la migraña?

Sí, el tratamiento preventivo **disminuye el impacto funcional** en la persona. En migraña lo medimos de **forma indirecta**, con los días que uno tiene migraña, la intensidad del dolor y de esa crisis, el número de analgésicos que se tiene que tomar para aguantar esos días... Y con diferentes **escalas** para cuantificar cómo impacta la migraña en la vida de las personas. Escalas que miden la discapacidad, impacto, calidad de vida, que no es lo mismo. Además, hay un impacto económico porque mucha gente no puede trabajar, o por costes directos de la enfermedad. El **impacto**, por tanto, es **personal, social, laboral y económico**.

4. ¿Qué importancia tiene disponer de diferentes vías de administración que ofrecer a los pacientes?

Disponer de diferentes vías de administración tiene **ventajas** porque no todos los pacientes son iguales. Los anticuerpos monoclonales comercializados hasta ahora en España son subcutáneos. Eso significa que el paciente tiene que aprender a auto-administrarse estos tratamientos y muchos pacientes son capaces de hacerlo pero quizá no todos. Nosotros en Vall d'Hebron hemos participado en todos los ensayos con anticuerpos monoclonales contra el CGRP que se han desarrollado, y ya podemos

percibir, por la sensación de los pacientes que han participado en los ensayos clínicos, que **según qué vías de administración tienen una eficacia más rápida**. Eso tiene un **impacto muy directo** que incluso puede **ayudar en ciertos momentos clave de la enfermedad** y llegar a ser **diferencial**. Además, cuando nosotros administramos el producto en el hospital, por ejemplo, en un tratamiento endovenoso, **se garantiza la administración**. A veces con plumas auto-inyectables subcutáneas los pacientes nos llaman porque no están seguros de si se lo han puesto bien. La administración endovenosa es una garantía de que el tratamiento va a ser administrado adecuadamente. También estamos viendo que los tratamientos subcutáneos pueden generar reacciones locales en algunos pacientes que con tratamientos endovenosos se evitan.

5. ¿Qué supondrá el efecto preventivo sostenido en el tiempo junto a la rapidez de acción de nuevos fármacos en desarrollo como eptinezumab?

Si quiere saber más sobre el abordaje de la migraña, o el papel de futuros tratamientos como Eptinezumab, haga click en el banner inferior.

También puede ver la entrevista completa en vídeo a la doctora Pozo clickando. La Dra. Pozo Rosich aborda otros temas como la importancia de disponer de diferentes vías de administración de los tratamientos preventivos de la migraña, su experiencia en los ensayos clínicos con eptinezumab, de Lundbeck, actualmente en fase de desarrollo, o los beneficios de la administración intravenosa trimestral.