

SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



BOLETÍN DE INFORMACIÓN FARMACOTERAPÉUTICA

BOLETÍN N°65 Enero-Febrero 2026

BOLCAN

Manejo integral de la migraña: una revisión para profesionales sanitarios

Revista Farmacia Hospitalaria

Nuevos tratamientos para la enfermedad de Alzheimer: esperanza o desilusión

BITN

Más allá de las estatinas: evidencias de otros hipolipemiantes en pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica

AEMPS

Boletín sobre seguridad de medicamentos: codeína / paracetamol

ISBN: 978-84-09-72252-5

BOLCAN

Manejo integral de la migraña: una revisión para profesionales sanitarios

La migraña es un trastorno neurológico frecuente, más común en mujeres, que cursa con crisis de cefalea moderada-grave, pulsátil y acompañada de síntomas como náuseas y foto-fonofobia. El diagnóstico es clínico y se clasifica según la frecuencia en episódica o crónica. Su tratamiento se divide en manejo agudo y preventivo: los AINE son la primera opción en crisis leves-moderadas y los triptanes en crisis moderadas-graves o cuando los AINE fallan, pudiendo añadirse antieméticos si hay náuseas. En pacientes que no responden o no pueden usar triptanes, se consideran alternativas no vasoconstrictoras como lasmiditán o rimegepant, evitando opiáceos y ergóticos por su baja eficacia y riesgo de cronificación.

El tratamiento preventivo se indica en pacientes con crisis frecuentes o incapacitantes y suele mantenerse entre 6 y 12 meses. Se priorizan fármacos orales como betabloqueantes, antiepilépticos, antagonistas del calcio, antidepresivos tricíclicos y antihipertensivos, individualizando según comorbilidades. Las terapias específicas —toxina botulínica tipo A, anticuerpos monoclonales anti-CGRP y gepantes como atogepant o rimegepant— se reservan para casos refractarios. La respuesta se evalúa con diarios de cefaleas y escalas validadas, considerando adecuada una reducción $\geq 50\%$ de días de migraña al mes (o $\geq 30\%$ en migraña crónica).



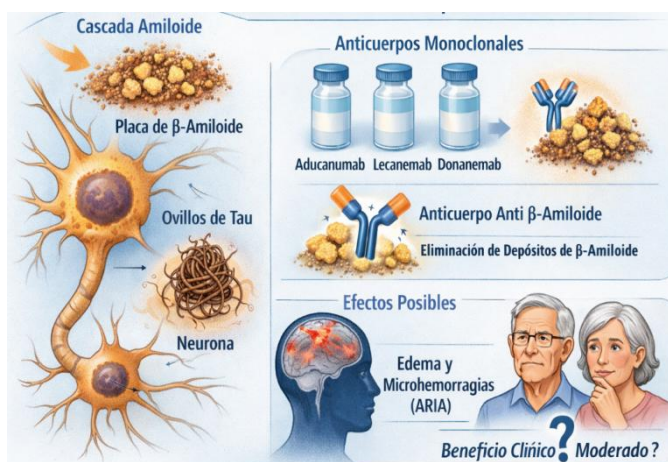
Revista Farmacia Hospitalaria

Nuevos tratamientos para la enfermedad de Alzheimer: esperanza o desilusión

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia y su prevalencia sigue aumentando. Aunque los tratamientos actuales solo ofrecen beneficios sintomáticos modestos, el desarrollo de terapias dirigidas al amiloide ha generado gran interés. Los anticuerpos monoclonales aducanumab, donanemab y lecanemab han demostrado reducir los depósitos de β -amiloide, pero la mejoría clínica observada en los ensayos es muy limitada (reducciones de $-0,39$ a $-0,45$ puntos en CDR-SB) y su relevancia es discutida. Además, presentan riesgos importantes, especialmente las anomalías de imagen relacionadas con amiloide (ARIA), con incidencias del 13–35% y mayor

frecuencia en portadores de ApoE4. Por ello, la EMA ha rechazado o restringido su aprobación al no existir una correlación clara entre la reducción de amiloide y un beneficio clínico significativo.

El uso de estos fármacos exige diagnóstico precoz con biomarcadores, selección estricta de candidatos y una monitorización intensiva, lo que plantea retos asistenciales y de sostenibilidad. También existe incertidumbre sobre su eficacia a largo plazo y su relación coste-efectividad, motivo por el que agencias como NICE no recomiendan su uso rutinario. Aunque representan un avance científico relevante, su impacto real en la práctica clínica sigue siendo incierto.



BITN

Más allá de las estatinas: evidencias de otros hipolipemiantes en pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica

El artículo revisa la evidencia sobre los hipolipemiantes no estatinicos en pacientes con enfermedad cardiovascular aterosclerótica que no alcanzan los objetivos de LDL pese a estatinas a la dosis máxima tolerada. Aunque las guías proponen objetivos cada vez más bajos, se recuerda que lo prioritario es demostrar reducciones en mortalidad y eventos cardiovasculares mayores, no solo descensos lipídicos. La ezetimiba combinada con estatinas logra una reducción modesta de eventos, principalmente infartos e ictus no mortales, sin impacto demostrado en mortalidad. Los inhibidores de PCSK9 (alirocumab, evolocumab e inclisiran) producen descensos muy intensos del LDL, pero como grupo no han demostrado reducir la mortalidad; solo alirocumab mostró una reducción de mortalidad total como variable secundaria. Evolocumab e inclisiran no han demostrado beneficios en mortalidad, y este último tampoco ha mostrado reducción de eventos clínicos. El ácido bempedoico reduce el LDL, pero sin evidencia sólida de beneficio clínico relevante.



En conjunto, los datos disponibles no confirman una relación proporcional entre la magnitud del descenso del LDL y la reducción del riesgo cardiovascular. Los beneficios observados proceden sobre todo de eventos no mortales y el número necesario de pacientes a tratar es elevado, lo que limita el impacto clínico real de estas terapias.

Boletín sobre seguridad de medicamentos: codeína / paracetamol

Trastorno por consumo de opioides: antes de iniciar tratamiento con codeína es necesario acordar con el paciente los objetivos, la duración y el plan de retirada. Durante el tratamiento debe mantenerse un seguimiento estrecho para valorar la necesidad de continuar, ajustar dosis y evitar tratamientos prolongados. Cuando ya no sea necesario, la retirada debe hacerse de forma gradual para prevenir síntomas de abstinencia.

Apnea central del sueño: los opioides aumentan el riesgo de apnea central del sueño de forma dosis-dependiente, por lo que en estos pacientes se recomienda valorar una reducción de la dosis total.

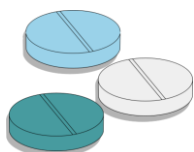
Hiperalgnesia: si el dolor empeora pese a aumentar la dosis, debe sospecharse hiperalgnesia inducida por opioides. En ese caso puede ser necesario reducir la dosis o replantear el tratamiento.

Interacción con gabapentinoides: la combinación de codeína con gabapentina o pregabalina puede causar depresión respiratoria, sedación profunda, hipotensión, coma o muerte, por lo que debe evitarse o extremar la precaución.

Disfunción del esfínter de Oddi y trastornos hepatobiliares: la codeína puede provocar espasmo del esfínter de Oddi y empeorar síntomas biliares o pancreatitis, por lo que debe usarse con precaución en pacientes con patología hepatobiliar o pancreática.

Recordar la importancia de notificar sospechas de RAM a través de las aplicaciones corporativas (Millennium, Selene y ECAP) y de la web <https://www.notificaram.es>

Más información: [Boletín sobre Seguridad de Medicamentos de Uso Humano](#)



Autores: Javier Fra Yáñez, Rosalía de la Riva Bohígas, Jesús Ruiz Salazar, Silvia María Sanz Rodríguez

Editores: Constanza Gómez de Oña