

BENEFÍCIO FARMÁCIA

Critérios Técnicos para Tratamento da Enxaqueca com anticorpo monoclonal - Fremanezumabe (Ajoivy), Galcanezumabe (Emgality) e Erenumabe (Pasurta)

O Benefício Farmácia cobre o tratamento da enxaqueca refratária com anticorpos monoclonais nas seguintes condições e indicações:

1. Fremanezumabe (Ajoivy)

Indicação:

- Tratamento preventivo da enxaqueca em adultos com mínimo de 4 dias de crise por mês.

Posologia:

- 225 mg (1 seringa) administrada por via subcutânea uma vez ao mês;
- 675 mg (3 seringas) a cada três meses, aplicadas em três injeções subcutâneas consecutivas de 225 mg.

2. Galcanezumabe (Emgality)

Indicações:

- Profilaxia da enxaqueca em adultos com pelo menos 4 dias de enxaqueca por mês;
- Prevenção de crises durante o período de salvas em adultos com cefaleia em salvas episódicas.

Posologia:

- 120 mg por via subcutânea mensalmente, após dose de ataque de 240 mg;
- 300 mg uma vez ao mês (três injeções consecutivas) durante o período de salvas.

3. Erenumabe (Pasurta)

Indicação:

- Tratamento profilático em pacientes com mínimo de 4 dias de enxaqueca por mês, visando redução da frequência e impacto das crises.

Posologia:

- 70 mg administrados uma vez ao mês.

4. Documentação obrigatória a cada 180 dias

Deve ser enviada:

- a) Prescrição médica atualizada

b) Laudo médico contendo obrigatoriamente:

Diagnóstico (CID) de enxaqueca com ou sem aura, conforme critérios da Classificação Internacional de Cefaleias – ICHD-III.

Descrição dos seguintes critérios clínicos:

a. Intolerância (por reações adversas) ou resposta inadequada após 6 semanas de tratamento com pelo menos dois dos medicamentos abaixo:

- Topiramato
- Divalproato/Valproato de sódio
- Betabloqueadores
- Antidepressivos tricíclicos
- Inibidores da recaptação de serotonina/norepinefrina (ex.: venlafaxina, duloxetina)

b. Incapacidade mínima moderada, definida como:

- MIDAS > 11 ou
- HIT-6 > 50

Atestado de ausência dos fatores de risco para uso de anticorpos monoclonais, incluindo:

- Cefaleia por uso excessivo de medicamentos (opioides e barbitúricos > 4 dias/mês);
- Anormalidades em ECG compatíveis com evento cardiovascular agudo ou atraso de condução;
- Histórico, nos últimos 6 meses, de:
 - Infarto do miocárdio
 - Angina instável
 - Intervenção coronariana percutânea
 - Revascularização do miocárdio
 - Trombose venosa profunda
 - Embolia pulmonar

Caso ainda haja qualquer dúvida em relação aos critérios, pedimos que a encaminhe por meio do e-mail duvidas.criteriotecnicobf@saudepetrobras.com.br , para que possamos esclarecer adequadamente.

O Benefício Farmácia cobre os medicamentos conforme este critério técnico publicado pela Saúde Petrobras