



Agonistas de los receptores 5HT1.

USO CLÍNICO

Tratamiento agudo de la fase de cefalea de las crisis de migraña. **(E:off-label)**

DOSIS Y PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN

Oral.

>12 años: 5 mg si <40kg y 10 mg si >40 kg. Se puede tomar una segunda dosis si los síntomas reaparecen en el plazo de 24 horas. Esta segunda dosis puede administrarse siempre que exista un intervalo mínimo de dos horas entre ambas tomas. Si el paciente no responde a la primera dosis, no debe administrarse una segunda dosis para la misma crisis. La dosis máxima recomendada es de dos dosis en 24 horas.

<12 años: no existen estudios

CONTRAINDICACIONES

- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes
- Los agonistas de los receptores 5-HT1 no se deben emplear en pacientes con historia, síntomas o signos de enfermedad isquémica cardiaca (infarto de miocardio, angina de pecho, isquemia silente documentada, angina de Prinzmetal o hipertensión grave e hipertensión leve o moderada no controlada.
- Pacientes que hayan sufrido un ACV o un AIT. Enfermedad vascular periférica
- Administración concomitante con ergotamina, derivados de la ergotamina (incluyendo metisergida) y otros agonistas 5HT1B/1D.
- Pacientes con insuficiencia hepática grave o insuficiencia renal grave.

PRECAUCIONES

- Solo usar en casos de diagnóstico claro de migraña, evitar en migraña basilar, hemipléjica u oftalmopléjica.
- Riesgo de accidentes cerebrovasculares y otros acontecimientos cerebrovasculares.
- También riesgo aumentado de vasoespasmo coronario e infarto de miocardio en mujeres postmenopáusicas, hombres de más de 40 años y pacientes con otros factores de riesgo de padecer

enfermedad coronaria (HTA, hipercolesterolemia, obesidad, diabetes, tabaquismo o antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular).

-Puede producir síntomas transitorios de dolor u opresión cardiaca, lo que obliga a interrumpir el tratamiento.

-Precaución en pacientes con hipersensibilidad a las sulfonamidas.

-Tras sumatriptan, rizatriptan, almotriptan se deben esperar 6 horas antes de administrar ergotamínico. A la inversa, tras ergotamínico se deben dejar 24 horas antes de administrar triptanes. Tras zolmitriptan y naratriptan no se ha descrito cuanto tiempo se debe esperar para administrar un ergotamínico.

-En insuficiencia renal grave.

-En pacientes con enfermedad hepática leve o moderada, se recomienda precaución, se contraindica si es grave.

-Pueden aparecer reacciones adversas con más frecuencia si se administra junto a preparados que contengan Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*).

-Aumento transitorio de tensión arterial.

-Cefalea por uso excesivo de analgésicos; si esto ocurre valorar interrupción de tratamiento

EFFECTOS SECUNDARIOS

Frecuentes / Poco frecuentes (**descritos en población pediátrica**): alteraciones del gusto, mareo, somnolencia, náuseas, vómitos, fatiga, parestesias, cefalea, tinnitus, palpitaciones, opresión de garganta, diarrea, dispepsia, sequedad de boca, mialgia, dolor óseo, dolor torácico, astenia.

Muy raros: vasoespasmio coronario, infarto de miocardio, taquicardia, isquemia o infarto intestinal.

Desconocida: convulsiones.

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

Al igual que con otros agonistas 5HT₁, no se puede descartar el riesgo potencial de aparición de síndrome serotoninérgico en caso de administración concomitante con inhibidores de la monoaminoxidasa, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRN).

DATOS FARMACÉUTICOS

Presentaciones comerciales. Las presentaciones disponibles en España pueden consultarse online en el Centro de Información de Medicamentos de la AEMPS (CIMA), <http://www.aemps.gob.es/cima>, y en <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum> en el enlace **Presentaciones** correspondiente a cada ficha.

BIBLIOGRAFÍA

-Fichas técnicas del Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS - CIMA [base de datos en Internet]. Madrid, España: Agencia española de medicamentos y productos sanitarios (AEMPS) - [fecha de acceso 10 marzo 2013]. Disponible en:

<https://sinaem4.agemed.es/consaem/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>

-L.F.Villa, editor. **Medimecum, guía de terapia farmacológica**. 16 edición. España: Adis; 2011.

-**UpToDate (Pediatric drug information)**. [base de datos en Internet]. Waltham, MA: Wolters Kluwer Health Clinical Solutions 2012 [fecha de acceso 10 marzo 2013]. Disponible en: www.uptodate.com

- Hope L. O'Brien, MD, Marielle A. Kabbouche, MD, Andrew D. Hershey, MD, PhD. Treatment of acute migraine in the pediatric population. *Current Treatment Opinions in Neurology* 2010; 12: 178-185.

- Shawna Silver, Dawn Gano and Philip Gerretsen. Acute treatment of paediatric migraine: A meta-analysis of efficacy. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2008; 44:3-9.

-Johanna Lindkvist, Marja Airaksinen, Ann Marie Kaukonen, Timo Klaukka & Kalle Hoppu. Evolution of paediatric off-label use after new significant medicines become available for adults: a study on triptans in Finnish children 1994-2007. *British Journal of Clinical Pharmacology* 71;6:929-935.

- W. Hester Visser, MD, PhD; Paul Winner, DO; Kim Strohmaier, BS; Meghan Klipfel, MS; Yahong Peng, PhD; Kathleen McCarroll, PhD; Roger Cady, MD; Donald Lewis, MD; Robert Nett, MD; on behalf of the rizatriptan protocol 059 and 061 study groups. Rizatriptan 5 mg for the acute treatment of migraine in adolescents: results from a double-blind, single-attack study and two open-label, multiple-attack studies. *Headache* 2004; 44:891-899.

- Tony W Ho, Eric Pearlman, Donald Lewis, Mirja Hämäläinen, Kathryn Connor, David Michelson, Ying Zhang, Christopher Assaid, Lyn Harper Mozley, Nancy Strickler, Robert Bachman, Erin Mahoney, Christopher Lines and David J Hewitt for the rizatriptan protocol 082 Pediatric Migraine Study Group. Efficacy and tolerability of rizatriptan pediatric migraineurs: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial using a novel adaptive enrichment design. *Cephalalgia* 2012; 0:1-16.

- Donald W. Lewis, MD, FAAN, FAAP, Paul Winner, DO, FAAN, FAAP, Andrew D. Hershey, MD, PhD, Warren W. Wasiewski, MD, on behalf of the Adolescent Migraine Steering Committee. Efficacy of Zolmitriptan Nasal Spray in Adolescent Migraine. *Pediatrics* 2007, Volume 120; 2: 390-396.

-Benoit Bailey, MD, FRPC and Barbara Cummins McManus, MD, FRCPC. Treatment of children with migraine in the emergency department. A qualitative systematic review. *Pediatric Emergency Care* 2008, Volume 24; 5: 321-330

-A. Majumdar, M.A.S. Ahmed, S. Benton. Cluster headache in children. Experience from a specialist headache clinic. *European Journal of Paediatric Neurology* 2009; 13: 524-529.

-Nick Barnes and Elizabeth James. Migraine headache in children. *Clinical Evidence* 2009; 01-318.

Fecha de actualización: Octubre 2015.

La información disponible en cada una de las fichas del Pediamécum ha sido revisada por el Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría y se sustenta en la bibliografía citada. Estas fichas no deben sustituir en ningún caso a las aprobadas para cada medicamento por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) o la Agencia Europea del Medicamento (EMA).