



Agonista de los receptores 5-HT₁.

USO CLÍNICO

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

DOSIS Y PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN

Administración oral.

- En ≥ 12 años: 6,25-12,5 mg. Se puede tomar una segunda dosis si los síntomas reaparecen en el plazo de 24 h. Esta segunda dosis puede administrarse siempre que exista un intervalo mínimo de 2 h 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 2 dosis en 24 h (dosis máxima: 25 mg).
- En < 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 accidente cerebrovascular (ACV) o un accidente isquémico transitorio (AIT). Enfermedad vascular periférica.
- Administración concomitante con ergotamina, derivados de esta (incluyendo metisergida) y otros agonistas 5-HT_{1B/1D}.
- Pacientes con insuficiencia hepática grave.
- Pacientes con insuficiencia renal grave: se requiere un ajuste de dosis. Iniciar con 6, 25 mg (dosis máxima: 12,5 mg/día).

PRECAUCIONES

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

padecer enfermedad coronaria (hipertensión arterial [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 sumatriptán, rizatriptán y almotriptán se deben esperar 6 h antes de administrar ergotamínico. A la inversa, tras ergotamínico se deben dejar 24 h antes de administrar triptanes. Tras zolmitriptán y naratriptán 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 con preparados que contengan hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*).
- Aumento transitorio de la tensión arterial.
- Cefalea por uso excesivo de analgésicos; si esto ocurre, valorar la interrupción del 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 y astenia.
- Muy raros: vasoespasmio coronario, infarto de miocardio, taquicardia e isquemia o infarto intestinal.
- Desconocidos: convulsiones.

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

- Al igual que con otros agonistas 5-HT₁, no se puede descartar el riesgo potencial de aparición del 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).
- Evitar el uso conjunto con litio y otros agonistas 5-HT₁ durante las 12 h siguientes a la administración de almotriptán.

DATOS FARMACÉUTICOS

Presentaciones comerciales: las presentaciones disponibles en España pueden consultarse en línea 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

- Bailey B, Cummins McManus B. Treatment of children with migraine in the emergency department: a qualitative systematic review. *Pediatr Emerg Care*. 2008;24(5):321-30.
- Barnes N, James E. Migraine headache in children. *Clin Evid*. 2009;1-318.
- Fichas técnicas del Centro de Información *online* de Medicamentos de la Agencia Española de

Medicamentos y Productos Sanitarios (CIMA). En: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Madrid, España [en línea] [consultado el 18/04/2021]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/lista.htm>.

- Hester Visser W, Winner P, Strohmaier K, *et al.* 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;44:891-9.
- Ho TW, Pearlman E, Lewis D, *et al.* 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.
- Lewis DW, Winner P, Hershey AD, *et al.* Efficacy of Zolmitriptan Nasal Spray for Migraine in Adolescents. *Pediatrics*. 2007;120(2):390-6.
- Lindkvist J, Airaksinen M, Kaukonen AM, *et al.* Evolution of paediatric off-label use after new significant medicines become available for adults: a study on triptans in Finnish children 1994-2007. *Br J Clin Pharmacol*. 2011;71(6):929-35.
- Majumdar A, Ahmed MAS, Benton S. Cluster headache in children. Experience from a specialist headache clinic. *Eur J of Paediatr Neurol*. 2009;13:524-9.
- O'Brien HL, Kabbouche MA, Hershey AD. Treatment of acute migraine in the pediatric population. *Curr Treat Options Neurol*. 2010;12:178-85.
- Pediatric drug information. En: UpToDate. Waltham, MA: Wolters Kluwer Health Clinical Solutions; 2020 [en línea] [consultado el 18/04/2021]. Disponible en: www.uptodate.com.
- Silver S, Gano D, Gerretsen P. Acute treatment of paediatric migraine: a meta-analysis of efficacy. *J Paediatr Child Health*. 2008;44:3-9.
- Villa LF (ed.). *Medimecum, guía de terapia farmacológica*. 25.ª ed. España: Adis; 2020.

Fecha de actualización: abril de 2021.

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).