



Agonistas de los receptores 5-HT₁.

USO CLÍNICO

Tratamiento agudo de la fase de cefalea de las crisis de migraña, con o sin aura, en niños >12 años, administrado por vía nasal (**A**).

En un estudio en adultos no demostró superioridad a placebo en el tratamiento de la migraña vestibular, que suele ser más frecuente en niños.

DOSIS Y PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN

Intranasal:

- **>12 años:** inicialmente, 2,5 mg. Si esta dosis no es efectiva se puede probar con 5 mg en crisis posteriores. 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 2 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 10 mg en 24 horas.
- **<12 años:** no existen datos de seguridad ni eficacia; su uso no está recomendado.

Oral:

12-17 años: no ha demostrado eficacia frente a placebo, por lo que no se recomienda su uso (**E: off-label**).

No utilizar en pacientes con insuficiencia renal grave (<25 ml/min).

La formulación nasal en >12 años no está recomendada en pacientes con insuficiencia hepática moderada o grave.

Se ha de administrar tan pronto como la migraña empiece.

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 cardíaca (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 5HT_{1B/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 vasoespasmio coronario e infarto de miocardio en mujeres posmenopáusicas, hombres >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 cardíaca, lo que obliga a interrumpir el tratamiento.
- Precaución en pacientes con hipersensibilidad a las sulfonamidas.
- Tras sumatriptán, rizatriptán o almotriptán se deben esperar 6 horas antes de administrar ergotamínico. A la inversa, tras ergotamínico se deben dejar 24 horas antes de administrar triptanes. Tras zolmitriptán y naratriptán no se ha descrito cuánto 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.
- No deberá ser administrado a pacientes con síndrome sintomático de Wolff-Parkinson-White, ni en arritmias asociadas a otras vías accesorias de la conducción cardíaca.

EFECTOS 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.
- De frecuencia desconocida: convulsiones.

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

Al igual que con otros agonistas 5-HT₁, 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

Excipientes: lactosa anhidra, celulosa microcristalina, glicolato sódico de almidón, tipo A, estearato magnésico.

Conservación: temperatura ambiente 20-25 °C, alejado de la luz y la humedad.

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>.

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) [consultado el 7/03/2021]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/lista.html>
- Bailey B, McManus BC. Treatment of children with migraine in the emergency department: a qualitative systematic review. *Pediatr Emerg Care*. 2008;24(5):321-330.
- Barnes N, James E. Migraine headache in children. *Clinical Evidence*. 2009; 01-318.
- Ho TW, Pearlman E; Rizatriptan Protocol 082 Pediatric Migraine Study Group; *et al*. Efficacy and tolerability of rizatriptan in pediatric migraineurs: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial using a novel adaptive enrichment design. *Cephalalgia*. 2012;32(10):750-765.
- Lewis DW, Winner P; Adolescent Migraine Steering Committee; *et al*. Efficacy of zolmitriptan nasal spray in adolescent migraine. *Pediatrics*. 2007;120(2):390-396.
- 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):929-935.
- 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.
- Neuhauser H, Radtke A, Von Brevern M, *et al*. Zolmitriptan for treatment of migrainous vertigo: a pilot randomized placebo-controlled trial. *Neurology*. 2003;60(5):882-883.
- O'Brien HL, Kabbouche MA, Hershey AD. Treatment of acute migraine in the pediatric population. *Curr Treat Options Neurol*. 2010;12(3):178-185.
- Pediatrics Lexi-Drugs Online [base de datos de internet]. Hudson (OH): Lexi-Comp [consultado el 07/03/2021]. Disponible en: <https://online.lexi.com/lco/action/home>
- Silver S, Gano D, Gerretsen P. Acute treatment of paediatric migraine: A meta-analysis of efficacy. *J Paediatrics Child Health*. 2008; 44:3-9.
- UpToDate (Pediatric drug information) [base de datos en Internet]. Waltham, MA: Wolters Kluwer Health Clinical Solutions 2012 [consultado el 7/03/2021]. Disponible en: www.uptodate.com
- Villa LF (ed.). Medimecum, guía de terapia farmacológica. 16.ª edición. España: Adis; 2011.
- Visser WH, Winner P; Rizatriptan Protocol 059 and 061 Study Groups; *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(9):891-899.
- Weisleder P, Fife TD. Dizziness and headache: a common association in children and adolescents. *J Child Neurol*. 2001;16(10):727-730.

Fecha de actualización: marzo 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 de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) o la Agencia Europea del Medicamento (EMA).