



FÁRMACOS ANTIMIGRAÑOSOS

Los fármacos empleados para los ataques agudos de migraña podemos dividirlos en específicos y no específicos. Los fármacos propiamente antimigrañosos son:

1. Alcaloides ergóticos.

- Ergotamina
- Dihidroergotamina (DHE)

2. Triptanes.

Entre los fármacos no específicos se encuentran los AINEs y otros analgésicos como paracetamol y opiáceos.

El fármaco que se emplee debe administrarse tan pronto como sea posible al inicio de la cefalea, una vez identificado el tipo de crisis. Los fármacos antimigrañosos, tanto específicos como los no específicos, son útiles para tratar la cefalea y los síntomas asociados pero no el aura.

Ciertos pacientes requieren un tratamiento preventivo de los ataques de migraña. La prescripción de este tipo de tratamiento debe realizarse de forma individualizada. El tratamiento profiláctico puede reducir la gravedad y/o la frecuencia de los ataques pero no los elimina por completo. Se suele recomendar cuando se da alguna de estas circunstancias¹:

- La frecuencia de los ataques sea superior a 3 crisis por mes.
- Los ataques sean de intensidad grave con limitación importante de la vida cotidiana.
- Los tratamientos sintomáticos no sean eficaces o produzcan efectos adversos.
- El aura resulte incapacitante.
- El paciente no tolere psicológicamente los ataques.

La elección del fármaco para tratar un ataque de migraña, así como la dosis y vía de administración dependerá de las preferencias y contraindicaciones que presente el paciente. Incluso en un mismo paciente pueden emplearse diferentes fármacos y/o dosis en distintos ataques.

Se debe tener en cuenta las experiencias previas que han tenido los pacientes con los fármacos, siempre considerando que los hayan empleado a dosis y en la vía de administración adecuadas. El tratamiento se debe iniciar con la mínima dosis efectiva y se irá aumentando si fuera necesario o, si no se logra una dosis efectiva, se deberá cambiar el fármaco. Se considera que un fármaco no es útil para un paciente si no ha mejorado la cefalea en tres ataques de migraña. Una vez se conozca la máxima dosis tolerada y efectiva en los próximos ataques se administrará en dosis única.

FÁRMACOS NO ESPECÍFICOS

• Paracetamol

Prácticamente no se emplea en los ataques de migraña, sólo alguna guía clínica lo incluye para el tratamiento de ataques leves. Hay muy poca evidencia sobre su eficacia.

Se utiliza a dosis de 1000 mg por vía oral o rectal.

· AINEs

Son fármacos que se toleran bien y su eficacia está bien demostrada, lo que les coloca en unos de los fármacos de primera elección. Suelen ser los primeros fármacos que se aconsejan para tratar la migraña. Se emplean en ataques de migraña leves o moderados. En ciertos pacientes son efectivos incluso en ataques graves.

Los AINEs que se han visto efectivos son el ibuprofeno (600 – 1200 mg vo, vr), naproxeno (500 – 1000 mg vo, vr) y el ácido acetilsalicílico (AAS) (900 – 1000 mg vo). También se emplea el ketorolaco (30 mg vo, o 30-60 mg vp) y el diclofenaco sódico (50 – 100 mg vo, 100 mg vr, 75 mg im)¹.

La combinación de AAS, paracetamol y cafeína es efectiva, pero los estudios que lo demuestran excluyen pacientes con ataques de migraña discapacitantes².

Deben tenerse en cuenta sus importantes efectos gastrointestinales, por lo que se contraindican en pacientes con antecedentes de úlcera gastrointestinal, hemorragias digestivas altas o enfermedad intestinal diverticular o inflamatoria.

· Analgésicos opiáceos

- Codeína
- Petidina
- Morfina

El uso de narcóticos es controvertido, no hay evidencia de su eficacia y producen muchos efectos adversos además de presentar un elevado riesgo de crear dependencia.

Mejoran la migraña aguda en algunos pacientes. No son útiles en pacientes en los que van asociados náuseas y/o vómitos.

· Barbitúricos hipnóticos.

Se han empleado para el tratamiento de la migraña aunque no existen estudios randomizados controlados que demuestren su eficacia. Debe tenerse en cuenta su potencial riesgo de abuso y por tanto la aparición de cefalea por abuso.

· Costicosteroides.

Pueden emplearse en la terapia de rescate en estatus migrañosos pero no son útiles en el tratamiento agudo.

· Compuestos procinéticos y antieméticos

- Metoclopramida
- Domperidona

Durante los ataques de migraña la absorción oral de fármacos se ve disminuida, incluso en pacientes que no presentan náuseas. Por lo que para mejorar la absorción oral de los fármacos antimigrañosos pueden administrarse fármacos procinéticos 30 minutos antes de los analgésicos. Suelen emplearse metoclopramida o domperidona que además tratan las náuseas. No se ha demostrado que potencien el efecto analgésico.

TRIPTANES

Los triptanes son derivados serotoninérgicos de gran selectividad y potente actividad agonista de los receptores 5-HT del tipo 1B, 1D, 1F y algo sobre los 1A. En la tabla 1 se enumeran los distintos triptanes existentes.

No impiden que aparezca la cefalea si se administra durante la fase de aura, pero son efectivos y relativamente seguros en el tratamiento agudo de la migraña.

El US Headache Consortium recomienda el uso de triptanes en pacientes con ataques de migraña de moderados a graves, y en aquellos que no obtienen alivio con AINEs².

El primer representante del grupo es el sumatriptan, considerado el standard para realizar las comparaciones dentro del grupo. Posteriormente aparecieron el zolmitriptan, naratriptan y rizatriptan. Más actuales son el eletriptan, almotriptan y frovatriptan. Presentan diferencias en las propiedades farmacológicas como la biodisponibilidad y la semivida. No está claro cómo estas diferencias afectan a la eficacia y no existen suficientes estudios que comparen los distintos triptanes entre sí para poder escoger entre ellos². Las diferencias entre ellos son pequeñas pero lo suficientemente importantes clínicamente para pacientes individuales. El éxito del tratamiento con un triptan no es predecible, además si un triptan no es efectivo en un paciente debe probarse otro ya que podría dar una respuesta positiva.

Tabla 1: TRIPTANES

Sumatriptan
Rizatriptan
Zolmitriptan
Naratriptan
Almotriptan
Eletriptan
Frovatriptan

· Sumatriptan

El sumatriptan es el fármaco antimigrañoso más estudiado. Se emplea en forma de inyección subcutánea de 6 mg, por vía oral en dosis de 25, 50 y 100 mg, y también está disponible para administración intranasal y rectal. Los datos clínicos disponibles para estas dos últimas formulaciones, aunque son pocos, demuestran unos índices de respuesta superiores a los que se consiguen con la vía oral³. En España no se encuentra disponible en formulación para administración rectal.

La vía subcutánea presenta una biodisponibilidad de un 96% consiguiendo los niveles plasmáticos terapéuticos en 10 minutos. Es el único triptan en formulación parenteral, lo que le hace de elección en ataques agudos, pero los efectos adversos que produce son más intensos sin olvidar que es el propio paciente quién debe administrarse la inyección.

Por vía oral la biodisponibilidad es de sólo un 14% y no se alcanzan los niveles plasmáticos terapéuticos hasta los 30-90 minutos.

La semivida plasmática del sumatriptan es de sólo 2 horas y la unión a los receptores es reversible, lo que provoca que los efectos biológicos tengan una corta duración³.

Para tratar un ataque con una única dosis es suficiente. Si la cefalea reapareciese se puede tomar una nueva dosis, con 2 horas como mínimo entre dosis.

Para evitar las cefaleas por una mala utilización de este fármaco no debería emplearse más de dos días por semana.

En ataques de migraña con áurea, no debe administrarse el sumatriptan hasta que aparezca la cefalea, ya que además de no tener ningún efecto sobre los síntomas del aura no prevé la aparición de la cefalea, sin olvidar que tras el aura no siempre aparece cefalea³.

Un meta análisis sobre la eficacia del sumatriptan demuestra que 2 horas después de la administración de 100 mg por vía oral se consigue la mejoría de la cefalea en un 58% de los pacientes y que desaparece en un 35%; tras una administración subcutánea el dolor mejora en un 71% de los pacientes al cabo de una hora y en un 79% a las dos horas, mientras que desaparece en un 43% de los pacientes a la hora y en un 60% tras las dos horas³.

Si el sumatriptan no es efectivo por vía oral, en futuros ataques puede emplearse la vía subcutánea ya que podría ser efectiva.

En una tercera parte de los pacientes que responden al sumatriptan, así como a otros fármacos antimigrañosos, aparece una cefalea de rebote a las 24-48 horas³. El grupo de mayor riesgo son las mujeres que padecen ataques de más de un día de duración. Normalmente una segunda dosis del fármaco antimigrañoso es efectiva, aunque la cefalea puede volver a reaparecer³.

Los efectos adversos que presenta el sumatriptan son frecuentes aunque leves y de corta duración. Los que aparecen con mayor frecuencia son hormigueo, parestesias y sensación de calor en la cabeza, cuello, tórax y extremidades; con menor frecuencia puede aparecer vértigo, sofocos y torticollis. El riesgo e intensidad de estas reacciones es mayor con la dosis fija subcutánea. Con la vía oral puede ajustarse la dosis hasta conseguir una buena tolerancia sin perder la eficacia.

Casi un 40% de los pacientes presentan algún síntoma a nivel torácico con la administración de sumatriptan. Estos síntomas incluyen sensación de opresión en el tórax y brazos de corta duración, falta de aliento, ansiedad, palpitaciones y muy raramente dolor torácico. Como esta sintomatología asemeja a una angina de pecho puede provocar alarma. Si los pacientes están avisados sobre la posible aparición de estos síntomas, no suelen causar problemas. En ciertos pacientes, sobretudo aquellos con enfermedad coronaria (EC) asociada, el sumatriptan se ha asociado con isquemia miocárdica debido a que sumatriptan puede causar constricción leve, y de muy corta duración, de las arterias coronarias. Por ello está totalmente contraindicado en pacientes con EC.

En comparación con otros analgésicos el sumatriptan tiene un coste más elevado. Aunque se deben tener en cuenta también los elevados costes indirectos que produce la migraña, como absentismo laboral.

· Otros triptanes

Todos los triptanes presentan el mismo mecanismo de acción que consiste en la inhibición de la liberación de péptidos vasoactivos, promover la vasoconstricción y bloquear las vías nociceptivas a nivel del tallo cerebral.

Son agonistas de los receptores serotoninérgicos más o menos con la misma afinidad por el receptor 5-HT_{1B/1D} y, a las concentraciones plasmáticas que alcanzan, presentan equivalentes efectos contráctiles sobre las arterias coronarias^{2,4}.

Los triptanes de segunda generación (los de aparición posterior al sumatriptan) presentan propiedades farmacocinéticas más favorables que el sumatriptan. La biodisponibilidad es superior, de entre un 45 y un 75% y se alcanzan niveles plasmáticos terapéuticos más rápidamente (30-60 minutos). Su semivida plasmática es también más elevada. Los perfiles farmacológicos básicos son similares al sumatriptan, excepto en los que presentan una mayor afinidad por los receptores 5-HT_{1B/1D} y una liposolubilidad superior y, por tanto, mayor penetración de la barrera hematoencefálica. Además de vasoconstricción e inhibición periférica de las terminales perivasculares del trigémino, la mayoría de los triptanes de segunda generación atenúan directamente la excitabilidad de las células en el núcleo del trigémino³.

La incidencia de recurrencia de la migraña varía entre los diferentes triptanes. En un estudio que evalúa diferentes factores que pudieran influenciar la aparición de estas recurrencias se concluye que no están relacionadas con la eficacia clínica, pero las propiedades farmacológicas y farmacocinéticas sí que influyen. Este estudio concluye que los triptanes con semividas de eliminación más elevadas y mayor afinidad sobre los receptores 5-HT_{1B} poseen los índices de recurrencia de migraña más bajos. Así el frovatriptan 2,5 mg, naratriptan 2,5 mg y eletriptan 80 mg presentarían menor índice de recurrencias⁵.

En estudios controlados con placebo se demostró una mejor respuesta inmediata, antes de las dos horas, de zolmitriptan, rizatriptan y eletriptan que la observada con sumatriptan por vía oral³.

En estudios comparativos directos se observó superioridad de 10 y 40 mg de rizatriptan y de 80 mg de eletriptan frente a 100 mg de sumatriptan en mejorar y eliminar la cefalea tras 1 y 2 horas de administrar el fármaco, aunque las recurrencias fueron similares entre los diferentes fármacos^{3,4}.

La mejor respuesta inmediata, considerando que el efecto aparece antes de las dos horas, se ha demostrado con 10 mg de rizatriptan y 80 mg de eletriptan. Y si se considera ausencia de dolor antes de las dos horas, la mayor respuesta se ha observado con 10 mg de rizatriptan, 12,5 mg de almotriptan y 80 mg de eletriptan. Una menor tasa de recurrencia, en un tiempo de 2 a 24 horas, se ha observado con 40-80 mg de eletriptan. La mejor respuesta en ausencia mantenida de dolor se ha obtenido con 10 mg de rizatriptan, 80 mg de eletriptan y 12,5 mg de almotriptan¹.

En comparación con sumatriptan el naratriptan a 2,5 mg presenta un inicio de acción algo más lento y un índice de respuesta algo menor, aunque las cefaleas recurrentes son algo menores y se tolera mejor. El zolmitriptan a 2,5 o 5 mg se tolera mejor y es al menos tan efectivo como sumatriptan. El rizatriptan 10 mg presenta un índice de respuesta ligeramente mejor con una tolerancia similar^{3,4}.

Las reacciones adversas son inferiores con naratriptan, y posiblemente con almotriptan aunque su naturaleza es la misma³. Estos efectos secundarios recuerdan a enfermedades graves: dolor precordial de origen no isquémico, parestesias distales y tensión de nuca. Suelen ser transitorios y normalmente no duran más de 15 minutos.

Todos los triptanes están contraindicados en cardiopatía isquémica o alto riesgo cardiovascular, enfermedad de Raynaud y en enfermedad vascular periférica. No deben emplearse junto con derivados ergóticos ya que se potencian los efectos secundarios cardiovasculares.

En la tabla 2 se recogen las dosis usuales y las máximas diarias a las que se emplean los diferentes triptanes^{1,6-7}.

Tabla 2: DOSIS DE LOS TRIPTANES

Principio activo	Dosis usuales	Dosis máxima diaria
· Sumatriptan	VO: 50 – 100 mg · SC: 6 mg · Intranasal: 20 mg	VO: 300 mg · SC: 12 mg · Intranasal: 40 mg
· Rizatriptan	VO: 5 – 10 mg	· 20 mg
· Zolmitriptan	VO: 2,5 – 5 mg · Intranasal: 5 mg	VO: máx 10 mg · Intranasal: 10 mg
· Naratriptan	VO: 2,5 mg	5 mg
· Almotriptan	VO: 12,5 mg	25 mg
· Eletriptan	VO: 20 – 40 mg	80 mg
· Frovatriptan	VO: 2,5 – 5 mg	7,5 mg

VO: vía oral, SC: vía subcutánea

Si tras la primera dosis de un triptan no hay respuesta antes de las 2 horas una segunda dosis no suele ser efectiva. Pero si tras una respuesta inicial reaparece la crisis puede administrarse una segunda dosis. Las dos dosis sucesivas deben espaciarse entre sí como mínimo 2 horas, en el caso de naratriptan se recomienda que sean 4 horas. En ataques posteriores se administrará la dosis que se ha requerido pero en una única administración⁷.

El rizatriptan en pacientes en tratamiento con propranolol debe separarse la administración de estos dos fármacos 2 horas como mínimo. En pacientes con insuficiencia renal y/o hepática debe administrarse la dosis mínima de 5 mg⁷.

El zolmitriptan por vía nasal se administra como una dosis única por una fosa nasal. Esta vía es especialmente útil para aquellos pacientes que presenten náuseas y/o vómitos. Parte de la dosis administrada por vía nasal es deglutida, por ello se observan dos picos de concentración plasmática, concretamente a las 0,5 y 5 horas. La biodisponibilidad por vía nasal es superior a la que presenta por vía oral. Debe tenerse en cuenta que una misma dosis puede no tener el mismo efecto administrada por vía oral o nasal⁷.

El almotriptan en pacientes con insuficiencia renal grave no debe superar los 12,5 mg/24 h. En caso de insuficiencia renal ligera o moderada no se requiere ningún ajuste de dosis⁷.

El eletriptan debe administrarse en pacientes con insuficiencia renal leve o moderada a dosis iniciales de 20 mg sin superar los 40 mg al día⁷.

ALCALOIDES ERGÓTICOS

Estos fármacos tienen una elevada afinidad por una gran variedad de receptores. Sus efectos antimigrañosos probablemente se producen por el mismo mecanismo que presentan los triptanes, su acción agonista selectiva sobre los receptores 5-HT₁.

Provocan náuseas y vómitos, empeorando los ya propios de la migraña, debidos a la estimulación que producen en receptores dopaminérgicos D₂ en el tallo cerebral y a nivel del intestino. También estimulan receptores vasculares adrenérgicos y 5-HT₂ que producen una vasoconstricción potente y sostenida de las arterias sistémicas y coronarias.

Durante décadas los ergóticos han sido los únicos fármacos específicos para tratar la migraña, aunque hay pocos estudios controlados fiables. Esta falta de evidencia científica contribuye a la gran diferencia que existe entre distintos países respecto a su uso, tanto en posología, formulaciones y combinaciones con otros fármacos. La principal razón por la que hoy en día se prescriben derivados ergóticos es por conocerse desde hace mucho tiempo y por ser mucho más económicos que los nuevos fármacos³.

Presentan una biodisponibilidad muy baja, tanto por vía oral como por vía rectal (<3%) y su farmacocinética y respuesta clínica son erráticas.

Tienen una eficacia similar a la de los AINEs, y un 10% inferior a la que presenta el sumatriptan por vía oral³. Aunque algunos individuos en particular pueden responder mejor a los derivados ergóticos.

Dentro de este grupo están la **dihidroergotamina (DHE)** y la **ergotamina**.

La DHE puede emplearse por vía oral, subcutánea, intravenosa, intramuscular o intranasal. Por vía intravenosa se tolera muy mal, por lo que suele combinar con algún antiemético. La vía intranasal se prefiere en aquellos pacientes en los que la cefalea se acompaña de náuseas y/o vómitos. Existe una contrastada evidencia sobre la eficacia y seguridad de la DHE por vía intranasal para el tratamiento de ataques agudos de migraña pero, no así para la vía intravenosa³. En España sólo está disponible por vía oral, en forma de comprimidos de 1 mg, sola o en combinación con cafeína y propifenazona.

La ergotamina está disponible para ser administrada por vía oral y vía rectal, a dosis de 1 - 2 mg. Por vía rectal parece tener una respuesta mejor y más constante. Sola o en combinación con cafeína se emplea en ataques de migraña moderados a severos, pero no hay evidencia de su eficacia. En España se encuentra solo en combinación con cafeína para su administración oral y en combinación con cafeína más paracetamol para administración oral y rectal.

Existen pocos datos sobre las cefaleas de rebote tras el uso de ergóticos. La impresión clínica es que, en comparación al sumatriptan, son menos frecuentes y, cuando aparecen, tardan más en hacerlo. Este hecho podría deberse a su semivida biológica más prolongada, de unas 10 horas, por su unión irreversible a los receptores³. A veces se recomiendan a pacientes con ataques muy duraderos y con muchas recurrencias tras la utilización del sumatriptan³. El US Headache Comittee recomienda la DHE para ataques de migraña moderados o graves cuando los AINEs y otros analgésicos no narcóticos no han sido eficaces en ataques previos².

Los efectos adversos que presentan los ergóticos son frecuentes, a menudo graves y pueden durar horas. Puede aparecer náuseas y vómitos, diarrea, calambres musculares, malestar y vasoconstricción periférica que causa frío y hormigueo en dedos de manos y pies. Los derivados ergóticos pueden producir una contracción de arterias coronarias y otras arterias más prolongada que el sumatriptan. Han sido descritos casos de infartos de miocardio e infartos cerebrales tras el uso de ergóticos. Por ello están contraindicados en enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares³.

Pueden interaccionar con muchos fármacos por emplear la vía metabólica del citocromo P450.

El uso crónico y recurrente de derivados ergóticos provoca cefaleas. En pacientes que presenten cefaleas y tomen más de una vez por semana derivados ergóticos se deberá sospechar que las cefaleas sean causadas por este consumo y deberán suspenderlo inmediatamente. Para evitar las cefaleas por abuso de ergóticos, se deben restringir a 1-2 días por semana.

Una sobredosis accidental o un abuso crónico puede causar ergotismo, se trata de un raro pero grave vasoespasmo generalizado, que causa necrosis digital, claudicación intermitente, e infartos miocárdicos, cerebrales y de otras localizaciones³.

FARMACOS PREVENTIVOS

BETABLOQUEANTES

Los betabloqueantes efectivos en la prevención de ataques de migraña son aquellos que no poseen actividad simpaticomimética intrínseca. Se consideran los fármacos de elección, en concreto el propranolol. Si uno de ellos no es efectivo puede que otro sí lo sea. Las dosis empleadas son inferiores a las necesarias para el bloqueo beta.

Entre sus efectos adversos se encuentran: bradicardia, hipotensión, broncoespasmo, parestesias, aumento de peso, pesadillas, astenia, mareo, fatiga, depresión, disminución de la libido y de la capacidad sexual. El nadolol y el atenolol presentan menos efectos adversos a nivel del SNC.

Están contraindicados en asmáticos, pacientes con bloqueos cardíacos y en enfermedad arterial periférica.

Los betabloqueantes que se emplean son:

- **Propranolol:** 40-160 mg en 2-3 tomas en 24 horas.
- **Timolol:** 10 - 60 mg en 2 tomas diarias.
- **Atenolol:** 50 – 200 mg en 1 toma diaria.
- **Nadolol:** 20 – 120 mg en 1 toma diaria.
- **Metoprolol:** 100 – 200 mg en 2 tomas diarias.

Existe evidencia sobre la eficacia del propranolol a dosis de entre 80 y 240 mg/día y del timolol a dosis de entre 20 y 30 mg/día. Hay menor evidencia sobre el efecto moderado de atenolol, nadolol y metoprolol⁸.

En un estudio comparativo de propranolol y amitriptilina sugiere que propranolol es más efectivo en pacientes con ataques de migraña puros, pero es más efectiva la amitriptilina si junto con la migraña el paciente también padece cefaleas tensionales⁸.

BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO

No producen los efectos deseados hasta prácticamente 2 meses de iniciado el tratamiento.

Entre los efectos adversos que producen destacan: sedación, aumento de peso, depresión y reacciones extrapiramidales. El verapamilo en concreto produce estreñimiento, pero es el que produce menos efectos adversos.

Están contraindicados en el embarazo y en pacientes con arritmias, depresión o Parkinson.

Se emplean:

- **Flunarizina:** 2,5 – 5 mg en 1 toma diaria al acostarse.
- **Nicardipino:** 40 – 60 mg en 1-3 tomas en 24 horas.
- **Verapamilo:** 80 – 240 mg en 1-3 tomas en 24 horas.

El más empleado es la flunarizina que presenta una eficacia similar al propranolol¹.

ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS

La **amitriptilina** es el antidepresivo más estudiado y el único con evidencia sobre su eficacia en la prevención de la migraña.

Se emplea a dosis de 10 a 50 mg antes de acostarse, pudiendo llegar a 150 mg/día. La dosis empleada debe aumentarse gradualmente hasta conseguir la mínima efectiva.

Se recomienda en especial en aquellos pacientes que además de migraña sufren de cefalea tensional, cefalea crónica diaria o sintomatología depresiva^{1,6}.

Debe emplearse con precaución en pacientes mayores por sus efectos anticolinérgicos. Y está contraindicada en pacientes con epilepsia, enfermedad prostática o glaucoma.

Las reacciones adversas que puede provocar son: somnolencia, ganancia de peso y efectos anticolinérgicos.

ANTIEPILEPTICOS

Existe buena evidencia sobre el uso del **ácido valproico** en la prevención de la migraña.

Produce efectos adversos con frecuencia entre los que se encuentran: ganancia de peso, alopecia, temblor, rash cutáneo, alteraciones hematológicas y hepatotoxicidad principalmente en niños. Además presenta un riesgo de teratogenicidad como defectos a nivel del tubo neural, por lo que está contraindicado en el embarazo.

Puede ser útil en aquellos pacientes con migraña atípica con aura prolongada. Aunque en España no tiene aprobada esta indicación. Se emplea a dosis graduales de 250 a 750 mg/12 horas.

Se ha observado que tanto la carbamazepina como la vigabatrina son ineficaces, y hay poca evidencia sobre la moderada eficacia de la gabapentina⁸.

AINEs

El **naproxeno** ha demostrado, en ensayos clínicos controlados, un modesto efecto en la prevención de la cefalea^{1,8}. Se emplea a dosis de 500-1000 mg/día. Es especialmente útil en la migraña menstrual, a las dosis habituales administrándose 3-5 días antes hasta 1-5 días después de la menstruación¹.

También se emplea el AAS a dosis de 375 – 1300 mg/día, aunque la evidencia sobre su eficacia es menos consistente⁸.

Los efectos adversos más frecuentes de los AINEs son los que afectan a nivel gastrointestinal como náuseas, vómitos y gastritis.

ANTISEROTONINÉRGICOS

Se emplean:

- **Metisergida:** 2 – 6 mg/día.
- **Ciproheptadina:** 8 – 16 mg/día.
- **Pizotifeno:** 0,5 – 1,5 mg/día.

Está bien demostrada la eficacia de metisergida. Aunque se emplea poco por la fibrosis retroperitoneal y pleural que se asocia a su uso continuado. Se recomienda suspender su administración durante 3 – 4 semanas después de 6 meses de tratamiento. Otros efectos adversos que puede provocar son síntomas gastrointestinales y puede aparecer inquietud o agitación en las piernas⁸.

La ciproheptadina es especialmente útil en niños^{1,6}.

También hay estudios que demuestran la eficacia del pizotifeno en la prevención de la migraña. Algunos autores lo consideran como principal alternativa al propranolol⁶. Sus efectos adversos más frecuentes son la somnolencia y un aumento de apetito con la consecuente ganancia de peso. Estos efectos pueden mitigarse administrándose a dosis gradualmente crecientes y por la noche.

Abreviaturas. vo: vía oral; sc: vía subcutánea; vr: vía rectal; vp: vía parenteral; im: vía intramuscular; iv: vía intravenosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. López I, Rodríguez MP, Sánchez de Enciso M. Migraña. Guías Clínicas 2003; 3(43). En www.fisterra.com 07-01-04.
2. Matchar DB. Acute management of migraine. Highlights of the US Headache Consortium. Neurology 2003; 60 (Suppl 2): S21-S23.
3. Ferrari MD. Migraine. Lancet 1998;351:1043-51
4. Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB et al. Oral triptans (serotonin 5-HT1B/1D agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 triptans. Lancet 2001; 358:1668-75.
5. Géraud G, Keywood C et Senard JM. Migraine headache recurrence: relationship to clinical, pharmacological, and pharmacokinetic properties of triptans. Headache 2003; 43:376-388.
6. Anonimus. Antimigraine drugs. Martindale- TheComplete Drug reference. 1974-2003 Thomson Micromedex. Micromedex Healthcare series vol. 118 expires 12/2003. EI: 07-01-2004
7. Base de datos del medicamento del Consejo General de Colegios oficiales de farmacéuticos, en www.portalfarma.com
8. Snow V, Weiss K, Wall EM, et al. Pharmacologic management of acute attacks of migraine and prevention of migraine headache. Ann Intern Med 2002;137:840-849.



Comité de Redacción de “The Pharmaceutical Letter”:

Miquel Aguiló (FCC) • Gloria Alba (FCH) • Joan Altimiras (FCH) • Manel Ballester (Cardiólogo) • Josep Barrio (Infectólogo) • Salvador Benito (Intensivista) • Xavier Bonafont (FCH) • Joaquim Bonal (FCH) • Patricia Bravo (FCH) • Daniel Cardona (FCH) • Federico Castillo (FCH) • Isabel Castro (FCH) • Anna Clopés (FCH) • Alfonso Domínguez-Gil (Catedrático Universidad de Salamanca) • José Ángel Expósito (FCH) • Rosa Farré (FCH) • M.^a José Faus (Prof. Titular Universidad de Granada) • Benet Fité (FCC) • Jordi Foncuberta (Hematólogo) • Miquel Franco (Internista) • Pilar Gascón (FCC) • M.^a Rosa Güell (Neumólogo) • Gemma Guinovart (Pediatra) • Eduard Hidalgo (FCH) • Cristina de Irala Indart (FCH) • Francesc Jané (Farmacólogo Clínico) • Rosa Jordana (FCC) • Fernando Fernández Llimós (FCC) • Milagros García (FCH) • M.^a Antonia Mangues (FCH) • Francisco Martínez (FCC) • Indro Mattei (FCC) • Lluís Mendarte (FCH) • Josep Monterde (FCH) • Rita Moreira (FCH) • M.^a Estela Moreno Martínez (FCH) • Margarita Ramoneda (FCC) • Gema Rodríguez Trigo (Neumóloga) • M.^a Luisa Sala (FCH) • Joaquim Sanchís (Neumólogo) • Amparo Santamaría (Hematóloga) • Ángel Sanz Ganda (Consultor de Farmacoeconomía) • Pablo Torrebadella (Medicina y Cirugía) • Laura Tuneu (FCH) • Guillermo Vázquez (Internista e Intensivista)
(FCH) = Farmacéutico Clínico Hospitalario – (FCC) = Farmacéutico Clínico Comunitario

Información y suscripciones:

DICAF, S.L. – C/. Muntaner, 560, pral. 1.^a – 08022 BARCELONA
Tel. 93 211 30 93 - Fax 93 212 38 11 – E-mail: dicaf@dicaf.es – WEB: <http://www.dicaf.es>

Edita: The Pharmaceutical Letter - DICAF, S.L.
c/. Muntaner, 560, pral. 1.^a - 08022 BARCELONA
ISSN: 1575-3611 – N.I.F.: B-61640439
Imprime: Gráficas Gispert, S.A. - Depósito Legal: GI-557/1999