

# Tratamiento farmacológico de las crisis de migraña: una actualización

## Pharmacological management of migraine attacks: an update

Jaime Rodríguez-Vico

Unidad de Cefaleas, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

### Resumen

La migraña es un trastorno neurológico altamente prevalente y discapacitante, caracterizado por episodios recurrentes de cefalea de intensidad moderada a grave, habitualmente acompañada de síntomas autonómicos y neurosensoriales. El tratamiento farmacológico agudo tiene como objetivo aliviar el dolor y restaurar la funcionalidad del paciente en el menor tiempo posible, por lo que constituye una prioridad clínica. Esta revisión proporciona una actualización basada en las más recientes recomendaciones de la International Headache Society (IHS) sobre el tratamiento sintomático de la migraña, con especial atención a las combinaciones farmacológicas de eficacia probada como sumatriptán/naproxeno. Se discuten las opciones terapéuticas disponibles, su evidencia clínica, perfil de seguridad y las estrategias para la individualización del tratamiento. La combinación de agentes con mecanismos de acción complementarios se consolida como una estrategia eficaz en casos seleccionados. Se concluye resaltando la importancia de una aproximación personalizada, basada en guías clínicas, respuesta previa al tratamiento y características del paciente.

**Palabras clave:** Migraña. Tratamiento agudo. Triptanes. Sumatriptán. Naproxeno. Guías clínicas.

### Abstract

Migraine is a highly prevalent and disabling neurological disorder, characterized by recurrent episodes of moderate to severe headache, usually accompanied by autonomic and sensorineural symptoms. Acute pharmacological treatment aims to relieve pain and restore the patient's functionality in the shortest possible time, which is why it is a clinical priority. This review provides an update based on the most recent recommendations of the International Headache Society (IHS) on the symptomatic treatment of migraine, with particular attention to proven drug combinations such as sumatriptan/naproxen. The available therapeutic options, their clinical evidence, safety profile, and strategies for treatment individualization are discussed. The combination of agents with complementary mechanisms of action is consolidated as an effective strategy in selected cases. The review concludes by highlighting the importance of a personalized approach, based on clinical guidelines, previous response to treatment and patient characteristics.

**Keywords:** Migraine. Acute treatment. Triptans. Sumatriptan. Naproxen. Clinical guidelines.

### Correspondencia:

Jaime Rodríguez-Vico

E-mail: jrodriguezvico@gmail.com

1577-8843 / © 2025. Kranion. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 29-05-2025

Fecha de aceptación: 28-06-2025

DOI: 10.24875/KRANION.M25000108

Disponible en internet: 22-08-2025

Kranion. 2025;20(Supl 1):4-11

[www.kranion.es](http://www.kranion.es)

## Introducción

La migraña representa la segunda causa global de años vividos con discapacidad, afecta a más del 10% de la población mundial en edad productiva<sup>1</sup>. Esta cefalea primaria, cuya fisiopatología implica una compleja interacción entre mecanismos neurovasculares y neuroinflamatorios, se manifiesta con episodios recurrentes que deterioran significativamente la calidad de vida del paciente.

El tratamiento sintomático es fundamental en la atención del paciente con migraña, ya que permite abortar o atenuar los ataques y reducir su impacto funcional. La situación actual de su tratamiento en nuestro país sigue siendo precaria, con un 30% de pacientes no tratados<sup>2</sup> y solo un 39-44,1% usando triptanes<sup>2,3</sup>. A lo largo de las últimas décadas se han desarrollado múltiples opciones terapéuticas, entre las que destacan los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), los más usados<sup>2,3</sup>; los triptanes, hasta hace no mucho el tratamiento más específico; las combinaciones farmacológicas dirigidas a múltiples dianas, y los nuevos fármacos más selectivos y mejor tolerados. Sin embargo, persisten desafíos clínicos como la respuesta insuficiente, los efectos adversos, la falta de formación en atención primaria o las contraindicaciones, especialmente en pacientes con comorbilidades.

En este contexto, la International Headache Society (IHS) ha publicado recientemente una guía global de recomendaciones clínicas basada en la evidencia para el tratamiento farmacológico agudo de la migraña<sup>1,4</sup> que actualiza y sistematiza el uso de los fármacos disponibles. Esta revisión narrativa tiene como objetivo analizar dichas recomendaciones, explorar las opciones terapéuticas actuales (con énfasis en la combinación de sumatriptán/naproxeno, ampliamente respaldada por la evidencia)<sup>5,6</sup> y destacar aspectos clave para la selección individualizada del tratamiento sintomático.

## Bases del tratamiento agudo de la migraña

El tratamiento agudo de la migraña tiene como objetivo principal interrumpir el ataque en curso, aliviar el dolor y los síntomas acompañantes, y restablecer la funcionalidad del paciente con la mayor rapidez y seguridad posibles, en las primeras dos horas y manteniendo el efecto 24 h<sup>7</sup>. Esto coincide con las preferencias de los pacientes<sup>8</sup>. Para lograrlo es fundamental intervenir de forma temprana, idealmente durante la primera hora del ataque<sup>9-11</sup>, cuando la sensibilización

central aún no se ha establecido completamente (alodinia), e informar de manera adecuada para generar confianza y evitar falsas expectativas<sup>8</sup>. Algo muy relevante y que la mayoría ignora es que el tratamiento debe ser estratificado, no escalonado. Es decir, si tenemos una crisis grave, debemos tratarla directamente con un triptán y no esperar que un AINE la resuelva.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la migraña se origina en una disfunción del sistema trigeminovascular, con activación de fibras aferentes que liberan neuropéptidos proinflamatorios como el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP), sustancia P y neuroquinina A. Estos eventos provocan vasodilatación, neurogénesis del dolor y un proceso inflamatorio estéril en las meninges. A esto se suma una modulación alterada a nivel del tronco encefálico y del tálamo que contribuye a la percepción del dolor y a los síntomas neurológicos asociados.

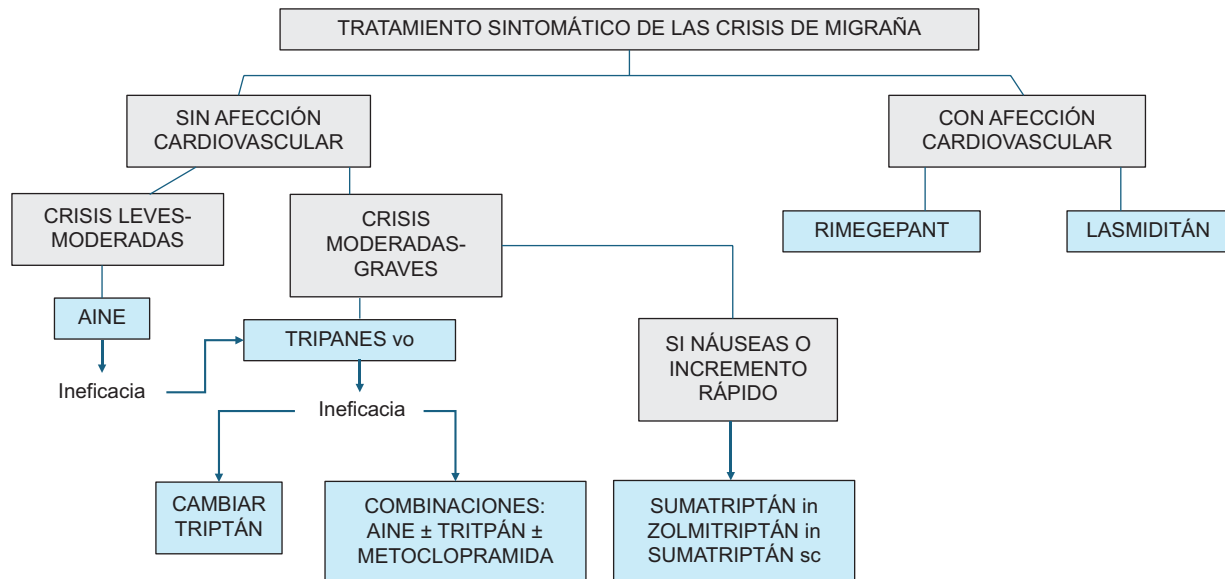
Los fármacos empleados en el tratamiento agudo buscan interferir con estos mecanismos, ya sea mediante la inhibición de la transmisión nociceptiva, la modulación de la vasodilatación o el bloqueo de neurotransmisores clave. La elección del agente terapéutico debe tener en cuenta la intensidad de la crisis (tratamiento estratificado), la presencia de náuseas o vómitos, la rapidez deseada del efecto, las experiencias previas del paciente y la existencia de comorbilidades médicas. Dado el arsenal terapéutico actualmente disponible, se propone en primera instancia dividir a los pacientes en dos grupos: con o sin afección cardiovascular activa (Fig. 1).

La IHS propone un enfoque estratificado en el que la intensidad y características del ataque determinan la selección inicial del tratamiento<sup>1</sup>. Los pacientes con crisis leves a moderadas pueden beneficiarse del uso de AINE o analgésicos simples, mientras que aquellos con ataques más graves o con respuesta subóptima previa pueden requerir triptanes u otras opciones más específicas.

Un aspecto clave en la eficacia del tratamiento agudo es la administración temprana, preferiblemente dentro de la primera hora desde el inicio de los síntomas. También se recomienda evitar el uso excesivo de medicación, ya que el abuso de fármacos sintomáticos está asociado a un mayor riesgo de cronificación de la migraña.

## Fármacos disponibles para el tratamiento agudo de la migraña

El tratamiento agudo de la migraña se basa en una variedad de opciones farmacológicas cuya elección



**Figura 1.** Tratamiento sintomático de las crisis de migrañas. Propuesta según la evidencia actual. vo: vía oral; in: vía intranasal; sc: vía subcutánea.

depende de la intensidad de la crisis, la presencia de síntomas asociados y las características individuales del paciente. Recientemente, la IHS ha revisado los grados de evidencia de cada uno de ellos<sup>4</sup> (Tabla 1).

### Analgésicos simples y antiinflamatorios no esteroideos

Los analgésicos simples, como el paracetamol, y los AINE, como el ibuprofeno, el naproxeno y el naproxeno sódico, son comúnmente utilizados en crisis de migraña de leve a moderada intensidad. Su eficacia se atribuye a la inhibición de la síntesis de prostaglandinas, reduciendo así la inflamación y el dolor. Sin embargo, su empleo frecuente puede conllevar el desarrollo de una cefalea por uso excesivo de medicación, por lo que se recomienda limitar su uso a menos de 15 días al mes para evitar este riesgo.

El paracetamol (acetaminofeno) tiene un bajo perfil de eficacia a pesar de usarse con frecuencia. Si se combina con otros tratamientos se debe restringir a menos de 10 días al mes. Es seguro durante el embarazo.

El metamizol se emplea en abundancia en nuestro medio a pesar de existir poca evidencia de eficacia y tener descritos importantes eventos adversos, siendo el más común la hipotensión arterial. Su uso está lleno de controversias a las que la población es ajena<sup>12</sup>.

Los AINE deben emplearse a dosis altas e incluso de carga de forma precoz, por ejemplo: ibuprofeno:

600-1.200 mg, naproxeno sódico: 550-1.100 mg. El segundo tiene mejor perfil cardiovascular. Su eficacia se relaciona con el tiempo que tardan en alcanzar su concentración máxima (T<sub>máx</sub>): ibuprofeno < 2 h, naproxeno < 2 h y dexketoprofeno < 0,5 h. La vida media de naproxeno es de hasta 15-17 h, siendo en el resto de apenas 2 h<sup>13</sup>. Los COX2, como meloxicam o celecoxib, producen menos complicaciones hemorrágicas.

### Antieméticos y otros adyuvantes

La metoclopramida y la domperidona se usan de manera regular en las crisis de migraña, generalmente como antieméticos, aunque al mejorar la absorción de los fármacos asociados potencian su efecto. Al inhibir las vías dopaminérgicas no solo eliminan las náuseas, sino también el dolor y los síntomas asociados, razón por la que el primero se puede emplear en su formulación intravenosa en monoterapia para controlar el ataque. La metoclopramida atraviesa la barrera hemoencefálica, por lo que puede producir efectos extrapiramidales y asocia con más frecuencia hipotensión arterial. La domperidona puede prolongar el intervalo QT con más frecuencia<sup>14</sup>.

### Triptanes

Los triptanes, como el sumatriptán, el rizatriptán y el eletriptán, el zomitriptán o el almotriptán, son agonistas

**Tabla 1.** Resumen de las recomendaciones para el tratamiento de las crisis de migraña según calidad de la evidencia, grado de la recomendación y eficacia comparativa<sup>42</sup>

Tratamiento	Calidad de la evidencia	Fuerza de la recomendación	Comentario sobre eficacia comparativa
Rizatriptán 10 mg	Alta/baja	Fuerte/débil	Superior a ibuprofeno y ergotamina en estudios comparativos
Eletriptán 20-40 mg	Alta	Fuerte	Superior a sumatriptán
Frovatriptán 2,5 mg + dexketoprofeno 37,5 mg	Moderada	Débil	Superior a frovatriptán solo
Sumatriptán (oral, intranasal, subcutáneo; 50-100 mg)	Alta/muy baja	Fuerte/débil	Eficacia variable según dosis y comparador
Paracetamol 1.000 mg	Alta/baja	Fuerte/débil	Menor eficacia comparado con triptanes
Paracetamol 500 mg + AAS 500 mg + cafeína 130 mg	Alta	Fuerte	Combinación más eficaz que monoterapia
AAS 900-1.000 mg ± metoclopramida 10 mg	Moderada	Fuerte	Alta eficacia, especialmente en combinación
Zolmitriptán 2,5 mg	Alta	Fuerte	No comparado directamente en estudios <i>head to head</i>
Lasmiditán 50-200 mg	Alta	Fuerte	Alternativa efectiva no triptán; sin comparaciones directas
Rimegepant 75 mg Ubrogepant 50-100 mg	Alta	Fuerte	Antagonistas CGRP, evidencia creciente
Zavegepant 10 mg intranasal	Alta	Fuerte	Alternativa intranasal, sin comparaciones directas
Diclofenaco 50 mg (oral o subcutáneo)	Moderada/baja	Fuerte/débil	Útil en contexto de AINE
Ibuprofeno 200-600 mg	Baja	Fuerte/débil	Menor eficacia comparado con triptanes
Naproxeno 500-825 mg	Muy baja	Fuerte/débil	Limitada eficacia como monoterapia
Ergotamina 2 mg + cafeína 200 mg	Moderada/muy baja	Fuerte	Inferior a triptanes en la mayoría de los estudios comparativos
Prometazina 25 mg + sumatriptán 50 mg	No especificado	No especificado	Mejor que sumatriptán solo en comparaciones limitadas
Trimebutina 200 mg + rizatriptán 10 mg	No especificado	No especificado	Combinación potencialmente superior a monoterapia
Paracetamol 1.000 mg + rizatriptán 10 mg	Baja	Débil	Combinación menos eficaz que otras opciones
Carbasalato de calcio 900 mg + metoclopramida 10 mg	No especificado	No especificado	Alternativa poco documentada

AAS: ácido acetilsalicílico; AINE: antiinflamatorio no esteroideo; CGRP: péptido relacionado con el gen de la calcitonina.  
 Adaptada de Láinez et al., 2007<sup>42</sup>.

selectivos de los receptores 5-HT<sub>1B/1D</sub> y representan, hoy en día, la opción más eficaz para el tratamiento de las crisis de migraña moderadas a graves, aunque la metodología para demostrarlo ha sido controvertida<sup>15</sup>. Su mecanismo de acción incluye la vasoconstricción de los vasos craneales dilatados y la inhibición de la liberación de neuropéptidos proinflamatorios, entre ellos el CGRP. Es importante destacar que la administración temprana,

preferiblemente al inicio del dolor, mejora significativamente su eficacia. En la recaída precoz puede administrarse una segunda dosis del mismo triptán, y si vuelve a recaer, deberá cambiarse a un triptán de vida media más larga<sup>1</sup>. Cada triptán es distinto, ya que tienen diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas<sup>16-18</sup>.

Su mayor problema es la tolerabilidad<sup>19</sup>, según se ha observado en los estudios de satisfacción terapéutica<sup>3</sup>.

Pese a ser el tratamiento de elección por su eficacia, persiste un miedo infundado a su uso<sup>20</sup>. En general, el uso de triptanes no parece incrementar el riesgo vascular<sup>21</sup>, pero en la población con más riesgo cardiovascular puede aumentarlo<sup>22</sup>. Por ello están contraindicados en caso de enfermedad coronaria, cerebrovascular y vascular periférica, hipertensión mal controlada y toma de ergóticos durante las 24 h previas<sup>23,24</sup>. En la migraña hemipléjica y del troncoencéfalo la contraindicación parece infundada<sup>25,26</sup>. El aura no contraindica su uso y existe controversia en cuanto a su utilidad durante esta para evitar las crisis de dolor<sup>27,28</sup>. El incremento de síndrome serotoninérgico en caso de asociación de estos fármacos con inhibidores de la recaptación de serotonina es anecdótico<sup>29</sup>, y la alarma generada por la Food and Drug Administration (FDA)<sup>30</sup> parece infundada.

En caso de respuesta parcial, se recomienda verificar si la toma es correcta, aumentar la dosis o cambiar de triptán<sup>1</sup>. Si la situación persiste, se puede asociar AINE o antieméticos e incluso valorar tratamiento preventivo. Para determinar si un triptán es eficaz debe haber respuesta satisfactoria a tres de cuatro usos. Se consideran resistentes aquellos pacientes que no responden a dos clases de triptanes y refractarios a tres<sup>7</sup>. En caso de fallo a tres clases de triptanes se optará por analgésicos<sup>1</sup>. Existen factores que predicen la no respuesta<sup>31</sup> y la respuesta<sup>32</sup> a estos medicamentos. En general, los no respondedores son pacientes crónicos con migraña de larga duración e importantes comorbilidades asociadas, como obesidad y depresión.

### **Combinaciones farmacológicas: sumatriptán/naproxeno**

La combinación de sumatriptán y naproxeno ha demostrado ser más eficaz que la administración de cada uno por separado en el tratamiento agudo de la migraña. Esta combinación aprovecha los mecanismos complementarios de ambos fármacos: el sumatriptán actúa en los receptores serotoninérgicos, mientras que el naproxeno inhibe la síntesis de prostaglandinas. Diversos estudios han mostrado que esta combinación mejora la eficacia terapéutica y reduce la recurrencia del dolor<sup>4,5</sup>.

### **Ditanes**

El lasmiditán es un agonista selectivo de los receptores serotoninérgicos 5HT<sub>1F</sub>. Es eficaz para el control del dolor desde los primeros 30 min hasta las 4 h, independiente del fracaso previo a triptanes. Es un fármaco seguro en pacientes cardiovasculares. En nuestro medio

está financiado en caso de migraña con y sin aura con más de tres crisis al mes y fallo o contraindicación a al menos dos triptanes. Existen tres presentaciones (50, 100 y 200 mg). La dosis de inicio es de 100 mg/día. Al atravesar la barrera hematoencefálica produce mareo hasta en un 30% de los casos, por lo que se debe evitar conducir hasta 8 h tras la toma<sup>33-38</sup>.

### **Gepantes**

Los gepantes son antagonistas del receptor del CGRP. En España solo está disponible el rimegepant, indicado como tratamiento agudo en caso de fallo o mala tolerancia a más de dos triptanes. Se presenta en dosis de 75 mg en cajas de 2-8 comprimidos. La evidencia actual respalda que es seguro en pacientes con enfermedad cardiovascular y no produce cefalea de rebote por el uso excesivo, a diferencia de los triptanes. En general se tolera bien, pero su mayor ventaja es que al ser eficaz también como preventivo (toma a días alternos), baja la frecuencia de la migraña<sup>39</sup> y reduce el consumo de otros tratamientos sintomáticos<sup>40</sup>.

### **Neuromodulación**

Existen varios dispositivos que tienen indicación como tratamiento sintomático de la migraña: estimulación no invasiva del nervio vago, estimulación transcraneal del nervio supraorbitario, estimulación magnética transcraneal de pulso simple y estimulación eléctrica remota. Sin embargo, la evidencia que abogue por su efectividad es baja, y tan solo la última opción dispone de estudios de mayor solidez.

### **Evidencia clínica y eficacia comparada de los tratamientos agudos**

La evidencia clínica acumulada en las últimas décadas ha permitido establecer un perfil de eficacia y seguridad bien definido para los fármacos empleados en el tratamiento sintomático de la migraña. Las guías más recientes, como las recomendaciones globales de la IHS, integran múltiples revisiones sistemáticas y metaanálisis para jerarquizar la utilidad clínica de cada opción terapéutica<sup>1,4</sup>.

### **AINE y triptanes: eficacia y limitaciones**

Los AINE, como naproxeno e ibuprofeno, se sitúan entre los fármacos de primera línea para crisis de leve a moderada intensidad. Su eficacia ha sido demostrada

en múltiples estudios controlados, con tasas de alivio del dolor a las 2 h entre el 40 y el 60%<sup>41</sup>. No obstante, su efecto suele ser más modesto en ataques de mayor intensidad o en pacientes con síntomas vegetativos marcados.

Por otro lado, los triptanes han demostrado tasas de alivio del dolor a las 2 h superiores al 60%, con una eficacia sostenida en el tiempo y una reducción de la recurrencia en muchos casos. Tal como se ha comentado más arriba, se considera que un triptán es eficaz si hay respuesta en tres de cuatro intentos<sup>7</sup>. En particular, el sumatriptán oral a dosis de 100 mg ha sido uno de los más ampliamente estudiados, con efectos significativos sobre el dolor, las náuseas y la fotofobia<sup>1-41</sup>. Sin embargo, al igual que otros triptanes, su empleo puede verse limitado por efectos adversos (como parestesias, opresión torácica) y contraindicaciones cardiovasculares.

### **Combinación sumatriptán/naproxeno: sinergia terapéutica**

Diversos ensayos clínicos y metaanálisis han respaldado la superioridad de la combinación de sumatriptán 85 mg con naproxeno sódico 500 mg frente al uso individual de cada componente. Esta combinación proporciona un alivio del dolor significativamente mayor a las 2 y 24 h, además de reducir la necesidad de medicación de rescate y la tasa de recurrencia del ataque<sup>4,5</sup>.

En el metaanálisis de Syed (2016) se documentó que la combinación era consistentemente más efectiva que el placebo y que los componentes por separado, tanto para el alivio del dolor como para la normalización funcional<sup>5</sup>. En una revisión más reciente de Wilcha et al. (2024) se reafirman estos hallazgos, destacando su utilidad en ataques moderados a graves y su buena tolerancia en la mayoría de los pacientes<sup>4</sup>.

Este efecto sinérgico puede explicarse por la acción combinada sobre diferentes vías fisiopatológicas de la migraña: mientras el sumatriptán actúa a nivel serotoninérgico con efecto vasoconstrictor y antinociceptivo, el naproxeno contrarresta la inflamación meníngea y la sensibilización central.

### **Nuevas moléculas: gepantes y ditanes**

El desarrollo de nuevos agentes como los gepantes (ubrogepant, rimegepant) y los ditanes (lasmitidán) ha ampliado el arsenal terapéutico disponible, especialmente en aquellos pacientes que no pueden usar triptanes. Los gepantes han demostrado eficacia comparable

en términos de alivio del dolor, con una menor incidencia de efectos adversos y sin las contraindicaciones cardiovasculares que limitan el uso de triptanes<sup>42</sup>. Sin embargo, su acceso aún es limitado en muchos países y su coste es generalmente mayor. Las guías actuales sugieren considerar su uso en pacientes con contraindicación o mala tolerancia a los triptanes, o en quienes no han respondido adecuadamente a estos fármacos<sup>1</sup>.

### **Consideraciones para la individualización del tratamiento**

El abordaje terapéutico de la migraña no debe ser uniforme. Dada la gran heterogeneidad clínica de los pacientes y de las crisis o ataques, se impone la necesidad de una estrategia individualizada que contemple no solo la intensidad del dolor, sino también el perfil sintomático, la frecuencia de las crisis, la comorbilidad asociada y las preferencias del paciente.

### **Tipo de crisis y características clínicas**

Los pacientes con crisis infrecuentes, bien delimitadas y de intensidad leve pueden responder adecuadamente a analgésicos simples o AINE. Por el contrario, quienes experimentan crisis de inicio rápido, con síntomas vegetativos intensos (náuseas, vómitos, fotofobia) o con aura, suelen requerir triptanes o terapias combinadas desde el inicio. En estos casos, la rapidez de acción y la eficacia sostenida son factores clave para restaurar la funcionalidad.

### **Comorbilidades médicas**

Los pacientes con migraña tienen de 1,2 a 2,2 más prevalencia de comorbilidades<sup>2</sup>. Las enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, hipertensión no controlada, antecedentes de ictus) constituyen una contraindicación para el uso de triptanes, por lo que alternativas como los gepantes, los ditanes o las combinaciones de AINE más antieméticos cobran especial relevancia. Asimismo, los pacientes con trastornos gastrointestinales que dificultan la absorción oral pueden beneficiarse de formulaciones intranasales, subcutáneas o rectales.

En el caso de pacientes con ansiedad o trastornos depresivos conviene evitar tratamientos que puedan potenciar efectos centrales adversos. Además, la coexistencia de cefalea por uso excesivo de medicación obliga a un manejo más cuidadoso del tratamiento sintomático y a considerar con mayor firmeza opciones preventivas.



## Respuesta previa y adherencia

La experiencia previa del paciente con ciertos fármacos es un excelente predictor de respuesta futura. Por ello se recomienda siempre documentar la eficacia, duración del alivio, presencia de recurrencias y tolerabilidad de cada tratamiento empleado. Esto facilita decisiones futuras, especialmente al introducir nuevas combinaciones o al optar por escalamiento terapéutico.

El uso de combinaciones como sumatriptán/naproxeno ha mostrado no solo una mayor eficacia, sino también un mejor perfil de satisfacción y adherencia por parte del paciente, lo que puede influir en la reducción del consumo excesivo y mejorar el control global de la enfermedad<sup>4,5</sup>.

## Accesibilidad y educación del paciente

La disponibilidad de ciertos medicamentos puede estar condicionada por factores regulatorios o económicos. En muchos países, los gepantes aún no están disponibles o son de elevado coste. En este contexto, educar al paciente sobre el uso racional de los tratamientos disponibles y la importancia de administrarlos de forma precoz es esencial para optimizar los resultados clínicos.

Los programas de educación terapéutica deben enfatizar la identificación temprana de los prodromos, la selección del tratamiento más adecuado para cada tipo de crisis, y los signos de alerta para reevaluar la estrategia si esta resulta inefectiva.

## Conclusiones

El tratamiento farmacológico de las crisis de migraña ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, permitiendo un abordaje más eficaz y personalizado. La elección del fármaco debe basarse en la intensidad y características del ataque, así como en las comorbilidades y preferencias del paciente. Aunque los AINE y los triptanes siguen siendo los pilares terapéuticos, combinaciones como sumatriptán/naproxeno han demostrado superioridad en eficacia y perfil de tolerabilidad. La irrupción de nuevos fármacos, como los gepantes y ditanes, ofrece alternativas prometedoras, especialmente en pacientes con limitaciones para el uso de triptanes. Un tratamiento precoz, racional y adaptado al perfil del paciente es fundamental para optimizar el control de la enfermedad, mejorar la calidad de vida y prevenir la cronificación. La actualización constante del conocimiento clínico y la educación

terapéutica del paciente son herramientas clave en este proceso.

## Financiación

El presente trabajo no ha recibido ninguna subvención oficial, beca o apoyo de un programa de investigación destinados a la redacción de su contenido.

## Conflicto de intereses

El autor no comunica conflicto de intereses en relación con el contenido del trabajo.

## Consideraciones éticas

**Protección de personas y animales.** El autor declara que para este trabajo no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética.** El estudio no involucra datos personales de pacientes ni requiere aprobación ética. No se aplican las guías SAGER.

**Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.** El autor declara que no utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

## Referencias

1. Puledda F, Sacco S, Diener HC, Ashina M, Al-Khazali HM, Ashina S, et al. International Headache Society global practice recommendations for the acute pharmacological treatment of migraine. *Cephalalgia*. 2024; 44(8):3331024241252666.
2. Pozo-Rosich P, Carmo M, Muñoz A, Armada B, Moya-Alarcón C, Pascual J. Migraine treatment: quo vadis? Real-world data study (2015-2022) in Spain. *BMC Neurol*. 2024;24(1):107.
3. Evers S, Dell'Agnello G, Novick D, Gonderden HS, Panni T, Pascual J. Acute treatment patterns, migraine burden, and healthcare resource use in people with migraine: results from the OVERCOME (EU) observational study. *Pain Ther*. 2024;13(3):589-607.
4. Ornello R, Caponnetto V, Ahmed F, Al-Khazali HM, Ambrosini A, Ashina S, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of migraine. *Cephalalgia*. 2025;45(4):3331024241305381.
5. Wilcha RJ, Afridi SK, Barbanti P, Diener HC, Jürgens TP, Lanteri-Minet M, et al. Sumatriptan-naproxen sodium in migraine: a review. *Eur J Neurol*. 2024;31(Suppl 2):e16434.
6. Syed YY. Sumatriptan/naproxen sodium: a review in migraine. *Drugs*. 2016;76(1):111-21.
7. Sacco S, Lampl C, Amin FM, Brachinsky M, Deligianni C, Uludüz D, et al. European Headache Federation (EHF) consensus on the definition of effective treatment of a migraine attack and of triptan failure. *J Headache Pain*. 2022;23(1):133.
8. Mangrum R, Gerstein MT, Hall CJ 3<sup>rd</sup>, Buse DC, Houts CR, McGinley JS, et al. Priority acute and preventive migraine treatment benefits: Results of the Migraine Clinical Outcome Assessment System (MiCOAS) qualitative study of people living with migraine. *Headache*. 2023;63(7):953-64.
9. Láinez M. Clinical benefits of early triptan therapy for migraine. *Cephalalgia*. 2004;24(Suppl 2):24-30.
10. Pascual J. Clinical benefits of early triptan therapy for migraine. *Headache*. 2002;42(Suppl 1):10-7.
11. Burstein R, Jakubowski M, Rauch SD. The science of migraine. *J Vestib Res*. 2011;21(6):305-14.

12. Bigal ME, Bordini CA, Speciali JG. Intravenous metamizol (Dipyrone) in acute migraine treatment and in episodic tension-type headache—a placebo-controlled study. *Cephalalgia*. 2001;21(2):90-5.
13. Tfelt-Hansen P, Rolan P. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the acute treatment of migraines. En: *The Migraines*. Chapter 49. Jul 2005.
14. Salazar-Tortolero G, Huertas Campistol A, Vergez Pinto L, Ramos Brunet A, Lluch López J. Metoclopramida como analgésico en la cefalea migrañosa intensa en urgencias. *Rev Neurol*. 2008;47(10):506-8.
15. Karlsson WK, Ostinelli EG, Zhuang ZA, Kokoti L, Christensen RH, Al-Khazali HM, et al. Comparative effects of drug interventions for the acute management of migraine episodes in adults: systematic review and network meta-analysis. *BMJ*. 2024;386:e080107.
16. Ferrari MD, Roon KI, Lipton RB, Goadsby PJ. Oral triptans (serotonin 5-HT<sub>1B/1D</sub> agonists) in acute migraine treatment: a meta-analysis of 53 trials. *Lancet*. 2001;358(9294):1668-75.
17. Pascual J, Mateos V, Roig C, Sanchez-Del-Rio M, Jiménez D. Marketed oral triptans in the acute treatment of migraine: a systematic review on efficacy and tolerability. *Headache*. 2007;47:1152-68.
18. Santos Lasasa S, Pozo Rosich P (editoras). *Manual de Práctica Clínica en Cefaleas. Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2020*. Sociedad Española de Neurología; 2020.
19. Rueda Vega M, Martínez-Fernández A, Quintas S, Díaz de Terán J, Latorre González G, Trabajos García O, et al. "The Triptan's Hangover": a multicentric cross-sectional observational study of the adverse events of triptans in patients with migraine. *Clin Neuropharmacol*. 2022;45(2):21-6.
20. Martínez-Pías E, García-Azorín D, Mínguez-Olaondo A, Trigo J, Sierra A, Ruiz M, et al. *Triptanophobia* in migraine: a case-control study on the causes and consequences of the nonuse of triptans in chronic migraine patients. *Expert Rev Neurother*. 2021;21(1):123-30.
21. Hall GC, Brown MM, Mo J, MacRae KD. Triptans in migraine: the risks of stroke, cardiovascular disease, and death in practice. *Neurology*. 2004;62(4):563-8.
22. Petersen CL, Hougaard A, Gaist D, Hallas J. Risk of stroke and myocardial infarction among initiators of triptans. *JAMA Neurol*. 2024;81(3):248-54.
23. Dodick DW, Martin VT, Smith T, Silberstein S. Cardiovascular tolerability and safety of triptans: a review of clinical data. *Headache*. 2004;44(Suppl 1):S20-S30.
24. Velentgas P, Cole JA, Mo J, Sikes CR, Walker AM. Severe vascular events in migraine patients. *Headache*. 2004;44(7):642-51.
25. Arto V, Nissilä M, Wessman M, Palotie A, Färkkilä M, Kallela M. Treatment of hemiplegic migraine with triptans. *Eur J Neurol*. 2007;14(9):1053-6.
26. Klapper J, Mathew N, Nett R. Triptans in the treatment of basilar migraine and migraine with prolonged aura. *Headache*. 2001;41(10):981-4.
27. Olesen J, Diener HC, Schoenen J, Hettiarachchi J. No effect of eletriptan administration during the aura phase of migraine. *Eur J Neurol*. 2004;11(10):671-7.
28. Aurora SK, Barrodale PM, McDonald SA, Jakubowski M, Burstein R. Revisiting the efficacy of sumatriptan therapy during the aura phase of migraine. *Headache*. 2009;49(7):1001-4.
29. Orlova Y, Rizzoli P, Loder E. Association of coprescription of triptan antimigraine drugs and selective serotonin reuptake inhibitor or selective norepinephrine reuptake inhibitor antidepressants with serotonin syndrome. *JAMA Neurol*. 2018;75(5):566-72.
30. Evans RW. The FDA alert on serotonin syndrome with combined use of SSRIs or SNRIs and triptans: an analysis of the 29 case reports. *Med Gen Med*. 2007;9(3):48.
31. Lipton RB, Munjal S, Buse DC, Fanning KM, Bennett A, Reed ML. Predicting inadequate response to acute migraine medication: results from the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. *Headache*. 2016;56(10):1635-48.
32. Viana M, Sances G, Terrazzino S, Zecca C, Goadsby PJ, Tassorelli C. Predicting the response to a triptan in migraine using deep attack phenotyping: A feasibility study. *Cephalalgia*. 2021;41(2):197-202.
33. Kuca B, Silberstein SD, Wietecha L, Berg PH, Dozier G, Lipton RB; COL MIG-301 Study Group. Lasmiditan is an effective acute treatment for migraine: A phase 3 randomized study. *Neurology*. 2018;91:e2222-e2232.
34. Goadsby PJ, Wietecha LA, Dennehy EB, Kuca B, Case MG, Aurora SK, et al. Phase 3 randomized, placebo-controlled, double-blind study of lasmiditan for acute treatment of migraine. *Brain*. 2019;142(7):1894-904.
35. Ashina M, Reuter U, Smith T, Krikke-Workel J, Klise SR, Bragg S, et al. Randomized, controlled trial of lasmiditan over four migraine attacks: Findings from the CENTURION study. *Cephalalgia*. 2021 Mar;41(3):294-304. doi: 10.1177/0333102421989232. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33541117; PMCID: PMC7961651.
36. Brandes JL, Klise S, Krege JH, Case M, Khanna R, Vasudeva R, et al. Interim results of a prospective, randomized, open-label, Phase 3 study of the long-term safety and efficacy of lasmiditan for acute treatment of migraine (the GLADIATOR study). *Cephalalgia*. 2019;39(11):1343-57.
37. Brandes JL, Klise S, Krege JH, Case M, Khanna R, Vasudeva R, et al. Long-term safety and efficacy of lasmiditan for acute treatment of migraine: Final results of the GLADIATOR study. *Cephalalgia Reports*. 2020;3. <https://doi.org/10.1177/2515816320958176>
38. Ficha técnica de Rayvow (lasmiditan) [Internet]. European Medicines Agency; agosto 2022. Disponible en: [https://www.ema.europa.eu/es/documents/product-information/rayvow-epar-product-information\\_es.pdf](https://www.ema.europa.eu/es/documents/product-information/rayvow-epar-product-information_es.pdf)
39. L'italien G, Popoff E, Johnston K, McGrath D, Conway CM, Powell L, et al. Rimegepant 75 mg for acute treatment of migraine is associated with significant reduction in monthly migraine days: Results from a long-term, open-label study. *Cephalalgia Reports*. 2022;5:1-11.
40. Fullerton T, Pixton G. Long-term use of rimegepant 75 mg for the acute treatment of migraine is associated with a reduction in the utilization of select analgesics and antiemetics. *J Pain Res*. 2024;17:1751-60.
41. González Oria C, Jurado Cobo CM, Viguera Romero J (editores). *Guía oficial de cefaleas 2019*. Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Andaluza de Neurología (SANCE). Madrid: Medea; 2019.
42. Láinez JM, Castillo J, González VM, Otero M, Mateos V, Leira R, et al. Guía de recomendaciones para el tratamiento de la migraña en la práctica clínica. *Rev Clin Esp*. 2007;207(4):190-3.