



## Tratamiento de la migraña

Lourdes Muruzábal Sitges - Servicio de Prestaciones Farmacéuticas

[Tratamiento de la crisis aguda de migraña](#)

[Profilaxis de la migraña](#)

[Conclusiones](#)

[Bibliografía recomendada](#)

La migraña es una cefalea de carácter recurrente muy variable en cuanto a intensidad, frecuencia y duración, generalmente de localización unilateral, que se asocia frecuentemente con náuseas y vómitos. La edad de comienzo suele ser la segunda década de la vida. La migraña es una enfermedad que afecta al 10-17% de la población, con una frecuencia más de dos veces superior en la mujer. Alrededor del 70% de los pacientes presentan una historia familiar de cefalea. Los episodios pueden desencadenarse por distintos tipos de factores:

- alimentarios (ayuno, chocolate, quesos, grasas)
- psicofísicos (estrés, fatiga, exceso o falta de sueño, actividad sexual, etc.)
- tóxicos (alcohol, café, tabaco, etc.)
- ambientales (humedad, frío, luminosidad intensa)
- hormonales en las mujeres (menstruación, embarazo, anticonceptivos).

Las crisis oscilan en general entre 1-4/mes<sup>1,2</sup>.

Se pueden distinguir dos tipos de migraña con y sin aura. La **migraña sin aura** (migraña común) se caracteriza por episodios de cefalea recurrentes de duración variable entre 4-72 horas, localización en general unilateral y de carácter pulsátil, y que se acompaña de otros síntomas como náuseas, vómitos, anorexia, fotofobia y fonofobia. La **migraña con aura** (migraña clásica) cumple los mismos criterios que la anterior pero los ataques son precedidos por síntomas neurológicos de tipo visual (escotomas, fopsias) y más raramente alteraciones motoras y del lenguaje, de unos minutos de duración<sup>1,3</sup>.

En ciertos casos la migraña coexiste con la cefalea tensional denominándose cefalea mixta. La cefalea tensional es junto con la migraña la cefalea primaria más frecuente y se caracteriza por episodios recurrentes de cefalea que duran entre varios minutos y varios días. El dolor tiene una cualidad opresiva o de apretamiento, de intensidad leve a moderada. Es de localización bilateral y no empeora con la actividad física habitual<sup>1</sup>.

Otro tipo de cefalea es la cefalea en cúmulos o racimos, aunque etiológica o clínicamente sea diferente de la migraña tiene también un componente vascular y en su tratamiento se utilizan muchos de los fármacos prescritos en la migraña<sup>2</sup>.

La terapéutica de la migraña se basa en evitar los factores condicionantes y desencadenantes que provocan la instauración de la migraña, y en el tratamiento farmacológico. Éste a su vez presenta dos modalidades: el tratamiento de cada crisis de migraña cuando éstas son poco frecuentes, y el tratamiento profiláctico cuando son frecuentes e intensas.

En el caso de la cefalea tensional y en racimos también se puede distinguir entre tratamiento de las crisis y profilaxis.

## TRATAMIENTO DE LA CRISIS AGUDA DE MIGRAÑA

En los ensayos clínicos de tratamientos para la migraña aguda, la respuesta terapéutica se expresa normalmente como la proporción de pacientes en quienes el dolor de cabeza moderado o severo pasa a leve o desaparece, en las dos horas siguientes a la toma de la medicación. Tal aproximación puede exagerar el beneficio, y sería más real si se contabilizase como respuesta el alivio completo del dolor de cabeza a las dos horas<sup>3</sup>.

### Normas generales<sup>4</sup>:

- Administrar el fármaco que menos complicaciones tenga para el paciente o que haya sido eficaz anteriormente.
- Iniciar el tratamiento precozmente, en cuanto aparezcan los primeros signos premonitorios.
- Frenar la tendencia de muchos pacientes a la automedicación y al consumo excesivo de analgésicos.
- Utilizar siempre dosis adecuadas.
- Si el dolor no cede con la dosis inicial de analgésico pasados 30-60 minutos, incrementar la dosis del mismo fármaco antes de pasar a otro analgésico.
- Evitar las asociaciones de fármacos en un mismo preparado comercial.
- No es recomendable el uso de opiáceos por sus efectos sedantes y el riesgo de adicción.

**El tratamiento de primera elección estará basado en la intensidad de la cefalea.** En las crisis leves-moderadas se utilizarán analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos con o sin antiemético y en las crisis moderadas-graves los triptanes.

### Antieméticos

La mayoría de los pacientes experimentan síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos y diarrea.

Cuando la crisis de migraña se acompaña de náuseas y vómitos se recomienda la administración de antieméticos. Estos además de aliviar las náuseas y los vómitos parece que aumentan la eficacia de los analgésicos al aumentar su absorción, debido al incremento en la velocidad de vaciado gástrico<sup>2,3,5,6</sup>. Entre los antieméticos los más utilizados son **metoclopramida y domperidona**, su administración debe hacerse lo antes posible ante el comienzo de los síntomas. Metoclopramida está disponible en comprimidos (10 mg), solución oral y en inyectables de administración intramuscular o intravenosa, siendo la dosis más habitual 10 mg. Domperidona está disponible en comprimidos (10 mg), suspensión oral y supositorios (30 y 60 mg). Domperidona es menos probable que cause efectos adversos extrapiramidales<sup>3</sup>.

### Analgésicos

Como analgésicos simples de primera elección para la migraña de leve a moderada están: **ácido acetilsalicílico (AAS)** y **paracetamol**. Una buena alternativa a éstos son otros AINE como **ibuprofeno, naproxeno o diclofenaco**<sup>1,5</sup>. En España también son ampliamente utilizados el metamizol y el ketorolaco aunque los efectos adversos de este último son mayores que los de otros AINE.

En un estudio doble ciego se comparó la eficacia de acetilsalicilato de lisina (equivalente a 900 mg de AAS) más metoclopramida oral (10 mg) con sumatriptan oral (100 mg) y placebo. La combinación acetilsalicilato de lisina más metoclopramida fue tan efectiva como sumatriptan, 57% y 53% de eficacia respectivamente<sup>7</sup>.

Las preparaciones dispersables o efervescentes son preferibles para el tratamiento de los ataques agudos de migraña debido a su más rápido efecto. Un AINE o paracetamol en supositorio, con o sin supositorio antiemético, puede ser útil si los vómitos impiden la medicación oral<sup>3</sup>.

Los efectos adversos más frecuentes del AAS y AINE son los gastrointestinales por lo que están contraindicados en enfermedad gastrointestinal. El AAS puede ser administrado en situaciones en las que ergotamina, dihidroergotamina o triptanes estén contraindicados (p.e. enfermedad coronaria, infarto de miocardio, hipertensión, enfermedad de Raynaud, claudicación intermitente, pacientes con múltiples factores de riesgo cardiovascular)<sup>5</sup>.

En la cefalea tensional episódica los fármacos de elección también serán los analgésicos simples, especialmente los AINE a dosis similares a las recomendadas para el tratamiento de la migraña<sup>1</sup>. Si la cefalea tensional es crónica el manejo es más complejo y puede ser necesario tratamiento psicoterápico y antidepressivo.

En la cefalea hemicránea paroxística crónica, un tipo de cefalea clasificada con las cefaleas en racimos y de predominio en mujeres de

edad media, la indometacina a dosis de 150 mg/día es un fármaco muy eficaz<sup>1</sup>.

El consumo excesivo de analgésicos puede dar lugar a un cuadro de cefalea por abuso de analgésicos. Para su tratamiento lo primero será la suspensión del analgésico involucrado junto con terapia psicossocial. En cuanto al tratamiento farmacológico los fármacos más utilizados son los AINE principalmente naproxeno (500 mg/8-12h). Si se trata de compuestos con ergotamínicos, codeína y/o cafeína, que produzcan una abstinencia complicada, pueden utilizarse corticoides<sup>1</sup>.

### **Agonistas de serotonina 5HT<sub>1</sub> (Triptanes)**

Los triptanes deben reservarse para pacientes con migraña de moderada a grave. Todos los triptanes actúan a nivel de receptores presinápticos de serotonina 5-HT<sub>1</sub> situados en la pared de los vasos sanguíneos cerebrales, inhibiendo la liberación de los péptidos vasoactivos y nociceptivos, impidiendo así el desarrollo y propagación de la inflamación neurogénica; además impiden la vasodilatación de las arterias craneales extracerebrales<sup>2,5</sup>.

Tras su administración oral conducen a una mejoría en el 30-40% de todos los pacientes con migraña. Pasadas dos horas la eficacia aumenta hasta un 50-70%. También se mejoran las náuseas, los vómitos, la foto y fonofobia. Si la primera dosis es ineficaz, no se deberá tomar una segunda dosis ya que no mejorará el resultado. En caso de reaparición de los síntomas tras una respuesta inicial puede administrarse una segunda dosis siempre con un intervalo de tiempo mínimo variable según el fármaco. Un problema particular de los triptanes es el dolor de cabeza recurrente, mejor llamado fallo secundario de tratamiento, que se define como dolor de cabeza recurrente de moderada a grave intensidad dentro de las 24 horas después de una buena respuesta inicial a la medicación. Esto ocurre en el 30-40 % de los pacientes<sup>5</sup>.

El perfil de efectos adversos es similar en todos ellos, siendo los más frecuentes: somnolencia, parestesia, mareos, náuseas, fatiga, sensación de pesadez en las extremidades y, opresión en garganta y pecho. Los síntomas a nivel de pecho o garganta no son necesariamente de origen cardíaco, el mecanismo no está claro<sup>2,3,5,7</sup>.

Están contraindicados en insuficiencia renal o hepática grave, cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica, accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio, hipertensión arterial moderada o grave e hipertensión leve no controlada. También está contraindicada la administración concomitante con ergotamina y sus derivados (incluida metisergrida), con IMAO y entre ellos<sup>2,3,5,6</sup>.

En la cefalea en cúmulos sumatriptan a dosis de 6 mg por vía subcutánea (dosis máxima 12 mg/24h) es el tratamiento sintomático de elección<sup>1,2</sup>.

### **Características farmacológicas de los agonistas de serotonina 5HT<sub>1</sub><sup>3,6,8,9</sup>**

	<b>Dosis</b>	<b>Dosis max (24 h)</b>	<b>Biodisponibilidad</b>	<b>T max</b>	<b>Tiempo mínimo entre dosis</b>
<b>Sumatriptan</b>					
Comprimidos	50-100 mg	300 mg	14%	1,5 h	2 h
Spray Nasal	10-20 mg	40 mg	16%	1-1,5 h	2 h
Inyectable sc	6 mg	12 mg	96%	10 min	1 h
<b>Zolmitriptan</b>					
Comprimidos	2,5 mg	10 mg	40%	2,5 h	2 h
<b>Naratriptan</b>					
Comprimidos	2,5 mg	5 mg	63-74%	2-3 h	4 h
<b>Rizatriptan</b>					
Comprimidos	5-10 mg	20 mg	40-45%	1-1,5 h	2 h
Liotabs	5-10 mg	20 mg	40-45%	1,5-2,5 h	2 h

**Eficacia clínica valorada de los agonistas de serotonina 5HT<sub>1</sub> en ensayos doble ciego randomizados<sup>3,10,11,12,13,14,15</sup>**

	Eficacia 2h		Eficacia 4h		Recurrencia 24h
	triptan	placebo	triptan	placebo	
<b>Sumatriptan</b>					30-40%
50 mg (oral)	55%	26%			
100 mg (oral)	58%	26%			
20 mg (nasal)	62-63%	29-35%			
6 mg (sc)	75-83%	30%			
<b>Zolmitriptan</b>					
2,5 mg (oral)	62-65%	34-36%	70-75%	32-37%	22-37%
<b>Naratriptan</b>					
2,5 mg (oral)			60-68%	33-34%	27-28%
<b>Rizatriptan</b>					
10 mg (oral)	77%	37%	84%	46 %	41-47%

No hay publicados ensayos comparativos completos entre los diferentes triptanes. En forma de *abstract* hay publicado un ensayo en el que se compara naratriptan (2,5 mg) frente sumatriptan (100 mg) en 643 pacientes. La eficacia a las 4 horas fue 63% naratriptan, 80% sumatriptan y 39% placebo (no está incluido en el estudio el análisis estadístico de las diferencias)<sup>3</sup>. La tasa de recurrencias fue significativamente menor con naratriptan (17%) que con sumatriptan (44%)<sup>3</sup>. Estos datos han sido criticados debido a las posibles diferencias en la respuesta inicial y a que el uso de medicación de rescate fue mayor con naratriptan, lo que ha podido producir un desequilibrio en las características del grupo de referencia<sup>3,16</sup>.

### **Ergotamina y dihidroergotamina**

Tanto la ergotamina como dihidroergotamina tienen una acción vasoconstrictora. Su utilización ha quedado postergada ante la eficacia y menor riesgo de los agonistas serotoninérgicos, pero no deben ser olvidadas para los casos en que éstos muestren resistencia o intolerancia. Incluso se ha descrito que la dihidroergotamina puede mostrar menor eficacia que el sumatriptan en las primeras horas, y en cambio ser más eficaz para proteger al paciente de nuevas crisis<sup>2</sup>.

La absorción de la ergotamina por vía oral y rectal es algo lenta y con muy baja biodisponibilidad (5%); se ha combinado con cafeína para mejorar su absorción, aunque no está claro si realmente lo hace<sup>17</sup>. Se utiliza a una dosis inicial oral de 1-2 mg; se puede repetir la dosis de 1 mg cada media hora hasta un máximo de 4 mg/día o 6 mg/semana<sup>2</sup>. Los ciclos de tratamiento deben separarse al menos 4 días. Por vía rectal la dosis inicial de ergotamina es de 2 mg, repitiéndose la dosis al cabo de una hora hasta alcanzar los máximos señalados. En España todos los preparados de ergotamina contienen cafeína, además hay algunas especialidades que pueden tener otras sustancias como paracetamol (Hemicraneal®), ciclizina (Igril®), o alcaloides de la Belladona más butalbital (Cafergot PB®). Entre sus efectos adversos más frecuentes están: náuseas, vómitos, dolor abdominal y dolores musculares. El tratamiento debe suspenderse si aparecen síntomas de vasoconstricción periférica<sup>17</sup>.

La dihidroergotamina se emplea a dosis de 1-2 mg/8h o retard 2,5 mg/12-24h, es más débil como vasoconstrictora que la ergotamina, provocando menos efectos adversos, pero también su eficacia antimigrañosa es menor.

El uso prolongado de este tipo de fármacos provoca habituación y dependencia, pérdida de efecto y cefalea de rebote que inducen a seguir tomando el fármaco hasta provocar la intoxicación crónica llamada ergotismo<sup>2</sup>.

### **FACTORES QUE AFECTAN A LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO DE LAS CRISIS DE MIGRAÑA<sup>5</sup>**

- *Diagnóstico incorrecto.* La ergotamina o el sumatriptan no son eficaces en pacientes con dolor de cabeza tensional.
- *Analgésicos o ergotamínicos sin antieméticos.* Cuando existe sintomatología digestiva la absorción y la concentración plasmática máxima de los analgésicos y ergotamínicos mejorará si se utiliza previamente un antiemético.
- *Uso de analgésicos de liberación lenta.* Estas preparaciones no son eficaces en el tratamiento de la migraña debido a que tardan

en alcanzar concentraciones plasmáticas efectivas.

- *Uso de formulaciones equivocadas.* Incorrecto uso de comprimidos en pacientes con vómitos o supositorios en pacientes con diarrea.
- *Uso de dosis subterapéuticas.* Algunas especialidades publicitarias contienen analgésicos en dosis demasiado bajas para ser efectivas en la migraña.
- *Uso de sedantes u opiáceos.* Algunas especialidades farmacéuticas para la migraña contienen sedantes, hipnóticos u opiáceos; estas sustancias o son ineficaces o tienen riesgo de dependencia.
- *Uso de mezclas analgésicas.* Algunas especialidades antimigrañosas contienen varios fármacos en combinación (p.e. analgésico+cafeína+ergotamina). Hay poca evidencia de que mezclas fijas de fármacos sean más útiles o eficaces que los fármacos simples a la dosis correcta. Además, la cafeína puede conducir a dolor de cabeza si se toma de forma crónica y se cesa su administración de forma repentina.
- *Abuso de medicación.* Algunos pacientes toman fármacos para la migraña de forma regular, dando lugar a dolor de cabeza crónico inducido por fármacos.
- *Efecto techo.* Algunos fármacos para la migraña tienen un efecto techo (p.e. sumatriptan 100 mg). Dosis más altas no son más efectivas pero causan más efectos adversos.

índice 

## PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA

La profilaxis de la migraña debe ser considerada en un paciente si la frecuencia de los ataques de migraña es superior a 2-4 al mes, o si teniendo menos, los ataques son muy incapacitantes, o se presentan con síntomas focales neurológicos, o son de duración prolongada<sup>2</sup>. Como norma general se recomienda el uso de fármacos para la profilaxis de la migraña, en monoterapia, durante 6-12 meses<sup>2,5</sup>.

El fármaco ideal para la profilaxis de la migraña debería prevenir completamente las crisis de migraña. Hasta ahora, pocos fármacos tienen una efectividad mayor del 50% y la mayoría de los pacientes requieren tratamiento de las crisis agudas<sup>3</sup>.

Los grupos farmacológicos que se están empleando son:  $\beta$  -bloqueantes, antagonistas del calcio, antagonistas de serotonina, antidepresivos tricíclicos y antiepilépticos. Los más utilizados son los dos primeros grupos.

### *$\beta$ -Bloqueantes*

Se consideran el tratamiento de primera elección a menos que estén contraindicados como en el asma o en la enfermedad vascular periférica. El **propranolol** (Sumial®) es el fármaco más utilizado y del que se tiene una mayor experiencia, se suele utilizar a dosis de 40-160 mg/día. Un meta-análisis, con un total de 2.403 pacientes, evaluó la eficacia de propranolol en la profilaxis de la migraña. Por término medio reducía un 44% la frecuencia, duración e intensidad de las crisis de migraña<sup>3</sup>. Otros  $\beta$  -bloqueantes como atenolol también son efectivos<sup>2,18</sup>.

Las principales reacciones adversas son consecuencia del bloqueo  $\beta_1$  (bradicardia, bloqueos de conducción, insuficiencia cardíaca,) y  $\beta_2$  (aumento del tono bronquial o vascular).

### *Antagonistas del calcio*

Son la segunda opción de tratamiento. En este grupo **flunarizina** (Flerudin®, Flurpax®, Sibelium®) ha demostrado su eficacia y es el más utilizado, la dosis recomendada es de 5-10 mg/día. Como efectos adversos puede producir somnolencia, fatiga, aumento de peso y alteraciones digestivas; en tratamientos prolongados puede aparecer depresión y sintomatología extrapiramidal. Está contraindicada en depresión, desórdenes extrapiramidales y accidente isquémico cerebral<sup>2,5</sup>.

Verapamilo es menos eficaz y se ha utilizado en países en los que no tienen flunarizina, también se utiliza en la profilaxis de la cefalea en cúmulos. Otros antagonistas del calcio como nifedipino y nimodipino no se han mostrado eficaces<sup>5</sup>.

### *Antagonistas serotoninérgicos*

Pizotifeno y metisergida se reservan para aquellos pacientes que no responden a otros tipos de profilaxis.

**Pizotifeno** (Sandomigran®) es un compuesto semejante a la ciproheptadina. Posee propiedades antiserotoninérgicas y antihistamínicas. En un ensayo doble ciego con 130 pacientes, pizotifeno (1,5 mg) redujo ligeramente la frecuencia de las crisis de

migraña (de 3,9 a 3,5 crisis/mes), aunque a expensas de efectos secundarios como sedación e incremento de peso<sup>3</sup>.

**Metisergida** (no comercializado en España) es un potente antagonista de serotonina efectivo en la profilaxis. Puede producir graves efectos adversos (fibrosis inflamatoria) por lo que debe utilizarse bajo supervisión hospitalaria<sup>2</sup>.

### *Antiinflamatorios no esteroideos*

**Naproxeno** es útil en la prevención de la migraña en relación con la menstruación, comenzando con una dosis de 500-1000 mg/día desde 4 días antes hasta 3 días después<sup>1,5</sup>.

### *Otros fármacos*

El antidepresivo tricíclico **amitriptilina** parece tener efecto antimigrañoso, es especialmente útil en la cefalea tensional y en migraña asociada a cefalea tensional a dosis de 10-50 mg<sup>1,2,5</sup>. El **valproato sódico** puede reducir hasta un 50% las crisis de migraña según una serie de estudios realizados, por lo que podría ser una alternativa para aquellos pacientes que no respondan o toleren otros tipos de profilaxis<sup>19</sup>.

El litio y los corticoides se utilizan en la cefalea en cúmulos<sup>1,2</sup>.

## FACTORES QUE AFECTAN A LA EFECTIVIDAD DE LA PROFILAXIS DE LA MIGRAÑA<sup>5</sup>

- *Diagnóstico incorrecto.* La cefalea tensional no responde a  $\beta$ -bloqueantes o antagonistas del calcio.
- *Utilización de sustancias sin eficacia probada.* Algunos pacientes son tratados con sustancias ineficaces como clonidina, barbitúricos o carbamazepina.
- *Inadecuada prioridad de la medicación.* El tratamiento debería comenzar con  $\beta$ -bloqueantes o flunarizina.
- *Dosis excesiva.* La profilaxis de la migraña debería comenzarse con dosis bajas (p.e. propranolol 20 mg) para minimizar los posibles efectos adversos.
- *Corta duración del tiempo de prueba del tratamiento.* El tiempo mínimo de prueba de un tratamiento profiláctico es de tres meses.
- *Prolongado tiempo de tratamiento.* Después de 9-12 meses el paciente debe ser reevaluado; en caso de que el tratamiento sea efectivo éste ha de continuarse durante años.
- *Expectaciones no realistas.* Los pacientes esperan una "cura", sin embargo los fármacos utilizados en la profilaxis de la migraña sólo reducen la frecuencia y severidad de las crisis.
- *Reacciones adversas.* Algunos pacientes suspenden el tratamiento como consecuencia de las reacciones adversas al principio del tratamiento. Los pacientes con migraña experimentan más reacciones adversas que otros pacientes que toman los mismos fármacos para otras indicaciones.

índice 

## CONCLUSIONES

- Los analgésicos simples como aspirina o paracetamol son suficientes para aliviar las crisis migrañosas agudas en la mayoría de las ocasiones. Los AINE como ibuprofeno, naproxeno o diclofenaco han demostrado un nivel de eficacia muy estimable en el tratamiento de las crisis de migraña. Si hay náuseas o vómitos se recomienda administrar un antiemético.
- Si no hay respuesta a los analgésicos con un antiemético podría utilizarse alguno de los triptanes.
- Sumatriptan, zolmitriptan y rizatriptan por vía oral parecen tener una eficacia similar, en caso de vómitos podría utilizarse sumatriptan por vía intranasal o parenteral. Son necesarios ensayos comparativos entre los distintos triptanes para definir más claramente sus diferencias, ya que hasta ahora no parece que los nuevos hayan aportado claras ventajas respecto a sumatriptan.
- En pacientes con crisis de migraña frecuentes podría ser útil el tratamiento profiláctico, siendo los fármacos de primera elección los  $\beta$ -bloqueantes o la flunarizina.

### COSTE TRATAMIENTO DÍA (DDD)

Principio Activo	DDD	Coste/tratamiento/día
Acetilsalicílico, ácido	3 g	55
Paracetamol	3 g	38
Ibuprofeno	1200 mg	47
Naproxeno	1000 mg*	60
Metoclopramida	30 mg	12
Domperidona	30 mg	48
Sumatriptan		
vo	100 mg	2.394
In	20 mg	2.069
sc	6 mg	4.281
Zolmitriptan	2,5 mg	1.197
Naratriptan	2,5 mg	1.034
Rizatriptan	10 mg	1.435
Ergotamina	4 mg	74
Dihidroergotamina	4 mg	52

\* dosis diaria recomendada

### ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS

Principio Activo	Especialidad Farmacéutica	PVP	Especialidad Farmacéutica	PVP
Acetilsalicílico, ácido	AAS® 500 mg 20 comp	221	Calmantina® 500 mg 20 grageas	182
	Adiro® 500 mg 20 comp	191	Rhonal® 500 mg 20 comp	231
Paracetamol	Apiretal® 500 mg 20 cápsulas	198	Gelocatil® 650 mg 20 comp	232
	Dafalgan® 500 mg 20 comp	126	Efferalgan® 1 g 8 comp efervescentes	247
	Dolgesic® 500 mg 20 comp	315	Febrectal® 1 g 8 comp efervescentes	247
	Duorol® 500 mg 20 comp	284	Efferalgan® 1 g 20 comp efervescentes	546
	Paracetamol Winthrop® 500 mg 20 comp	126	Febrectal® 1 g 20 comp efervescentes	546
	Termalgin® 500 mg 20 comp	235	Apiretal® 500 mg 5 supositorios	268
	Efferalgan® 500 mg 24 cápsulas	266	Efferalgan® 600 mg 10 supositorios	254
	Dolostop® 650 mg 20 comp	248	Febrectal® 600 mg 6 supositorios	421
	Febrectal® 650 mg 20 comp	300	Termalgin® 650 mg 8 supositorios	206
	Ibuprofeno	Alginasin® 400 mg 30 comp	524	Alginasin® 600 mg 30 comp
Espidifen® 400 mg 30 sobres		908	Espidifen® 600 mg 20 sobres	908
Neobrufen® 400 mg 30 grageas		483	Neobrufen® 600 mg 40 comp	938
Saetil® 400 mg 30 sobres		908	Neobrufen® 600 mg 40 sobres efervescent.	1983
	Neobrufen® 500 mg 12 supositorios	392	Saetil® 600 mg 20 sobres	908
Naproxeno	Aleve® 275 mg 30 comp	762	Naprosyn® 500 mg 12 supositorios	509
	Aliviomas® 250 mg 30 cápsulas	703	Naproval® 500 mg 12 supositorios	547

	Denaxpren® 250 mg 30 cápsulas	704	Naproxeno Belmac® 500 mg 12 supositor.	575
	Ludiran® 250 mg 30 cápsulas	623	Naproxeno Ratiopharm® 500 mg 12 supos.	524
	Naprokes® 250 mg 30 cápsulas	691	Antalgin® 550 mg 10 comp	501
	Naproval® 250mg 30 cápsulas	648	Antalgin® 550 mg 40 comp	1923
	Naproxeno Belmac® 250 mg 30 cápsulas	723	Naproxyn® 500 mg 40 comp	1359
	Naproxeno Ratiopharm® 250 mg 30 cáps.	557	Naproxyn® 500 mg 40 sobres	1354
	Tacron® 250 mg 30 comp	646	Naproxeno Ratiopharm® 500 mg 40 comp EFG	1185
	Aliviomas® 500 mg 12 supositorios	558	Tacron® 500 mg 40 comp	1212
	Naprokes® 500 mg 12 supositorios	558	Naprosyn® 1 g 20 comp	1381
Metoclopramida	Metagliz® 10 mg 100 comp	384	Primperan® 10 mg 60 comp	651
	Primperan® 10 mg 30 comp	403		
Domperidona	Domperidona Gamir® 10 mg 30 cápsulas	500	Nauzelin® 10 mg 30 comp	479
	Motilium® 10 mg 30 comp	603	Motilium® 60 mg 12 supositorios	1.159
Sumatriptan	Arcoiran® 50mg 4 comp	4.787	Arcoiran® 6mg 2 jeringas autoinyectables 0,5 ml	8.570
	Imigran® 50mg 4 comp	4.787	Imigran® 6mg 2 jeringas autoinyectables 0,5ml	8.602
	Novelian® 50mg 4 comp	4.787	Novelian® 6mg 2 jeringas autoinyectables. 0,5ml	8.562
	Imigran® 20mg 2 pulverizaciones	4.137		
Zolmitriptan	Zomig® 2,5mg 3 comp	3.590	Zomig® 2,5mg 6 comp	7.180
Naratriptan	Naramig® 2,5mg 6 comp	6.205		
Rizatriptan	Maxalt® 10mg 2 comp	2.869	Maxalt Max® 10mg 2 liotabs	2.869
	Maxalt® 10mg 6 comp	8.607	Maxalt Max® 10mg 6 liotabs	8.607
Ergotamina+cafeína	Cafergot® 1/100 10 comp	183		
Dihidroergotamina	Dihydergot® 1 mg 20 comp	269	Dihydergot® retard 2,5 mg 20 grageas	418
	Tenuatina® 1 mg 20 comp	261		

[Subir](#)[Búsquedas](#)[Sumario](#)[Inicio](#)[e-mail](#)