

DICORIN

Prednisona 20 mg
Tabletas recubiertas

COMPOSICIÓN:
Cada Tableta Recubierta contiene:
Prednisona 20 mg
Excipientes c.p. 01 Tableta Recubierta

INDICACIONES
DICORIN 20 mg Tabletas recubiertas es usado para:
Para el tratamiento de enfermedades que requieren terapia sistémica con glucocorticoides. Dependiendo de la apariencia y la gravedad:
DICORIN 20 mg Tabletas recubiertas se utiliza en adultos, niños de todas las edades y adolescentes.

Terapia de sustitución:
Insuficiencia corticosteroidal de cualquier género (por ejemplo, M. Addison, síndrome adrenogenital, Adrenoleucodistrofia, deficiencia de ACTH) más allá de la edad de crecimiento (la hidrocortisona y cortisona son los fármacos de elección)
Estados de estrés después de la terapia con corticosteroides a largo plazo

Reumatología:
Fases activas de la artritis sistémica:
Artritis nodosa (en el caso de la detección serológica positiva para hepatitis B con tratamiento limitado a dos semanas)
Arteritis de células gigantes, polimialgia reumática
Arteritis temporal
Granulomatosis de Wegener: terapia de inducción en combinación con Metotrexato (formas leves sin deficiencia renal) o según el esquema de Fauci (formas graves con deficiencia renal y/o pulmonar), mantenimiento de remisión: (progresivo) en combinación con inmunosupresores
Síndrome de Churg-Straus: como terapia inicial en manifestaciones orgánicas y cursos severos en combinación con inmunosupresores, mantenimiento de la remisión

Fases activas de enfermedades reumáticas sistémicas:
Polimiositis y poliocondritis crónica atrófica
Enfermedades reumáticas activas con formas progresivas graves, por ejemplo formas degenerativas y/o manifestaciones anti-articulares
Artritis reumatoide mixta del tipo conectivo
Artritis reumatoide activa con formas progresivas graves, por ejemplo formas degenerativas y/o manifestaciones anti-articulares
Otro tipo de artritis reumatoide inflamatoria, siempre que la gravedad de la enfermedad y los medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE) no se pueden usar:
Ezpondilitis (espondilitis anquilosante que afecta las articulaciones periféricas)
Artritis psoriásica, artritis psoriásica con alta actividad inflamatoria

Artritis reactiva
Artritis sarcoidosa
Carditis en fiebre reumática, en casos severos durante 2-3 meses
Artritis idiopática juvenil con una forma sistémica grave (síndrome de Still) con indiciccitas que no puede ser influenciada localmente

Neumología:
Asma bronquial, al mismo tiempo que la administración de broncodilatadores
Exacerbación aguda de la EPOC, duración recomendada de la terapia hasta 10 días
Enfermedades pulmonares intersticiales tales como alveolitis aguda, fibrosis pulmonar, Neumonía organizada con Bronquiolitis obliterante (BOOP), posiblemente en combinación con inmunosupresión crónica, para el tratamiento a largo plazo de formas crónicas de sarcoidosis en las etapas I y II (en dificultad respiratoria, tos y empeoramiento de la función pulmonar).
En caso del síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos prematuros.

Enfermedades respiratorias superiores:
Cursos severos de polinosis y rinitis alérgica, después del fracaso de los glucocorticoides administrados por vía intranasal.
Esterositis laríngea y traqueal aguda: edema de Quinke, laringitis obstruiva subglótica (Pseudo-Krupp).

Dermatología:
Trastornos de la piel y las membranas mucosas, debido a su gravedad y/o ausencia o implicación con el sistema, no pueden tratarse adecuadamente con glucocorticoides tópicos. Estos incluyen:
Enfermedades alérgicas, pseudoalérgicas e infecciosas: urticaria aguda, reacciones anafilácticas, erupciones medicamentosas, eritema exudativo multiforme, necrólisis epidérmica tóxica (síndrome de Lyell), pustulosis aguda generalizada, eritema nodoso, dermatitis neurotóxica fúngica aguda (síndrome de Stiff), dermatitis de contacto alérgica.
Eczema, dermatitis atópica, eczema de contacto, eczema microbiano (numular)
Enfermedades granulomatosas: Sarcoidosis, quistes granulomatosos (Síndrome de Melkersson-Rosenthal mono-sintomática).
Dermatosis ampulosa: Pénfigo vulgar, pénfigo ampuloso. Pénfigo de la mucosa benigna, dermatosis IgA-lineal.
Vasculitis: Vasculitis alérgica, polimiositis y poliocondritis crónica atrófica.
Enfermedades autoinmunes: Dermatomiositis, esclerodermia sistémica (fase inducida), lupus eritematoso cutáneo crónico discoide y subagudo.
Dermatosis del embarazo: Herpes gestationista, impetigo herpético.
Dermatosis escamosas eritematosas: Psoeriasis pustulosa, psoriasis rubra pilaris, parapsoriasis grupal.
Eritrodermia, incluso con el síndrome de Sézary
Otras enfermedades: Reacción de Jarisch-Herxheimer en el tratamiento de la sífilis con penicilina, hemangioma cavernoso rápido y represivo, enfermedad de Behçet, síndrome paraneoplásico: eritema nodoso, liquen plano, leucodermia, Epidermólisis bullosa hereditaria.

Hematología/Oncología:
Anemia hemolítica autoinmune, púrpura trombocitopénica idiopática (Morbus Werlhof, trombocitopenia aguda intermitente).
Leucemia linfoblástica aguda, enfermedad de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, Leucemia linfocítica crónica, enfermedad de Waldenström, mieloma múltiple.
Hipercalcemia en enfermedades malignas.
Profilaxis y tratamiento de vómitos inducidos por citostáticos, uso en el contexto de los esquemas antieméticos.
Terapia paliativa de enfermedades malignas.

Nota:
La Prednisona puede usarse para aliviar los síntomas, por inapetencia, anorexia y en general, por debilidad en neoplasias malignas avanzadas después del agotamiento de los fármacos específicos. Los detalles se pueden encontrar en la literatura especializada actual.

Neurologías:
Mieloma grave (El primer fármaco de elección es la Azatioprina)
Síndrome crónico de Guillain-Barré
Síndrome de Toussaint-Hunt
Polineuropatía en gammopatía monoclonal
Ezcedencia múltiple para escala oral después de dosis altas parenteral administración de glucocorticoides durante un episodio agudo)
Convulsiones-Síndrome de West.

Infectología:
Enfermedades infecciosas graves (junto con antibióticos/Quimioterapia) meningitis tuberculosa, forma grave de Tuberculosis pulmonar.

Enfermedades oculares:
En enfermedades sistémicas con afectación ocular y en procesos inmunológicos en la órbita y en el ojo: neurorritia óptica (por ejemplo, arteritis de células gigantes, neuritis óptica anterior, neuritis óptica traumática), enfermedad de Behçet, sarcoidosis, orbitopatía endocrina, pseudotumor orbital, rechazo de trasplante y cataratas vejitales como Enfermedad de Harada y Oftalmía simpática.
En las siguientes enfermedades, el tratamiento sistémico está indicado solo después de un tratamiento local fallido: escleritis, episcleritis, queratitis, cataratas crónicas, queratitis conjuntivales, queratitis bacteriana, queratitis microbiana en la queratitis intersticial autoinmune o asociada a la sífilis, en la queratitis estromal del herpes simple solo con epitelio corneal intacto y control oftalmológico regular.

Gastroenterología/Hepatología:
Colitis ulceroosa
Enfermedad de Crohn
Hepatitis autoinmune
Corrosión esofágica
Nefrolitiasis
Glomerulonefritis de cambio mínimo
Enfermedad de Crohn
Degradación del Síndrome de Goodpasture y cese del tratamiento, en todas las demás formas, continuando con la terapia a largo plazo.
Fibrosis retroperitoneal idiopática.

ACCIÓN FARMACOLÓGICA
Propiedades farmacodinámicas
Grupo farmacoterapéutico: glucocorticoides

Uso de Prednisona

La Prednisona es un glucocorticoide no fluorado para la terapia sistémica.

La Prednisona afecta de forma dosis-dependiente el metabolismo de casi todos los tejidos. En el campo fisiológico, este efecto es vital para mantener la homeostasis del organismo en reposo y bajo estrés, así como para regular las actividades del sistema inmune.

En caso de falta o insuficiencia de la corteza suprarrenal, la Prednisona puede reemplazar a la hidrocortisona endógena. Afecta el equilibrio metabólico de los carbohidratos, proteínas y grasas. En términos de dosis, aproximadamente 5 mg de Prednisona corresponden a 20 mg de Hidrocortisona.

Si un agente, debido al bajo efecto mineralocorticoide de la Prednisona debe estar en la terapia de reemplazo en caso de falla de la función de NNR (receptores nicotínicos neuronales), adicionalmente administramos un mineralocorticoide.

En el síndrome adrenogenital, la Prednisona reemplaza al cortisol, debido a la deficiencia de la enzima que inhibe la formación excesiva de corticosteroides en la hipófisis así como los andrógenos en la corteza suprarrenal. Si el defecto de la enzima también afecta la síntesis de los mineralocorticoides, este debe ser sustituido adecuadamente.

En dosis más altas la Prednisona puede reducir la actividad de las células del sistema inmune, así como la liberación y acción de los mediadores de respuestas inflamatorias e inmunes, por ejemplo, enzimas lisosomales, prostaglandinas y leucotrienes. En la obstrucción bronquial, el efecto se convierte en dilatación bronquial Betamimetica mejorada (efecto permissivo).

La terapia prolongada con altas dosis conduce a la involución del sistema inmune y de los NNR.

El efecto mineralocorticoide que está evidentemente presente en la hidrocortisona y aún detectable en Prednisona, puede requerir el control de los electrolitos séricos.

El efecto de la Prednisona en la obstrucción de las vías respiratorias se debe esencialmente a la inhibición de los procesos inflamatorios, supresión o prevención de edema de la mucosa, la inhibición de la broncoconstricción, inhibición o restricción de la producción y viscosidad del moco. Estos efectos se basan en los siguientes mecanismos: Vasopresión y estabilización de membrana, normalización y reducción de sensibilidad de la musculatura bronquial a simpaticomiméticos- β_2 , atenuación de la reacción tipo I a partir de la segunda fase de tratamiento.

Propiedades farmacocinéticas
La Prednisona se absorbe rápida y casi completamente después de la ingesta oral, las concentraciones séricas máximas son alcanzadas dentro de 1 a 2 horas. En el pasaje hepático primario la Prednisona es convertida de 80 a 100% a Prednisolona. Hay una unión reversible a la transcortina y a la albúmina plasmática.

La Prednisolona se encuentra principalmente en el líquido alveolar después del 70% por glucuronidación y alrededor del 30% metabolizado por sulfatación. En parte, la conversión en 11 β -17 β -hidroxandrostano-1,4-dien-3-one y en 1,4-pregnenol-20-ol. Los metabolitos son hormonalmente inactivos y se eliminan principalmente por vía renal. Solo aparece una proporción mínima de Prednisolona sin cambios en la orina. La vida media de eliminación plasmática es de aproximadamente 3 horas. Se prolonga en caso de una infusión heparítica severa. La duración de la acción de la Prednisolona es mayor que el tiempo de permanencia en el plasma, estando en el rango de dosis media de 18 a 36 horas.

CONTRAINDICACIONES
Evitar el uso de la Prednisona en caso de hipersensibilidad a esta o a cualquiera de los otros componentes de la medicación.

No hay otras contraindicaciones para el uso a corto plazo con un alto riesgo.

ADVERTENCIAS ESPECIALES
El tratamiento con Prednisona puede aumentar el riesgo de infecciones bacterianas, víricas, parasitarias oportunistas y fúngicas debido a la inmunosupresión. Los síntomas de una infección existente o en desarrollo pueden solaparse y por lo tanto hacer difícil el diagnóstico. Las infecciones latentes como la tuberculosis o hepatitis B pueden reactivarse.

La farmacoterapia con Prednisona solo debe realizarse bajo la indicación más estricta y si es necesario, con una terapia anti-infecciosa dirigida y adicional para las siguientes enfermedades:

Infecciones víricas agudas (hepatitis B, herpes zóster, herpes simple, varicela, queratitis herpética)
Hepatitis activa crónica HBSAg-positiva
Aproximadamente 8 semanas antes hasta 2 semanas después de la vacunación con vacunas vivas
Micosis y parasitosis sistémicas (Ej. Toxoplasmosis)
En pacientes con sospecha o confirmación de estrogendiolisis (infección por lombrices anejas) los glucocorticoides pueden conducir a la activación y propagación masiva del parásito
Polimielosis
Linfadenitis después de la vacunación con BCG
Infecciones bacterianas agudas y crónicas

En caso de tuberculosis en la aplicación de la anamnesis como protección contra la misma

Además, la farmacoterapia con Prednisona solo debe estar bajo estricta indicación y monitoreo, si es necesario, se puede llevar a cabo una terapia específica adicional en caso de:

Úlceras gastrointestinales
Osteoporosis
Hipertensión no controlada
Diabetes mellitus no controlada
Trastornos psiquiátricos (incluida la anamnesis) así como episodios de suicidio: se recomienda vigilancia neurológica o psiquiátrica
Glaucoma estrecho y de ángulo abierto; se recomienda monitoreo oftálmico y terapia concomitante.

Ulcera de la córnea y lesiones; se recomienda monitoreo oftálmico y terapia concomitante.

Debido al riesgo de perforación intestinal, la Prednisona solo debe usarse cuando hay una indicación obligatoria y ser utilizado bajo la supervisión apropiada en casos de:

Colitis ulceroosa grave con perforación amenazante, posiblemente incluso sin irritación peritoneal
Ventriculitis
Enteronastomosis (inmediatamente post-operatorio).

Los signos de irritación peritoneal después de la perforación gastrointestinal pueden estar presentes en los pacientes que reciben altas dosis de glucocorticoides por defecto.

Riesgo de lentitud y pérdida de lentes aumentada si las fluorouracilinas y glucocorticoides se administran juntos.

Cuando se usa Prednisona, los diabéticos pueden tener una mayor necesidad de insulina o antidiabéticos orales.

Durante el tratamiento con Prednisona, se requiere un control continuo de la presión arterial en pacientes con hipertensión no controlada.

Los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda deben ser monitoreados cuidadosamente, ya que existe el riesgo de deterioro de su condición.

El tratamiento de la miastenia grave puede estar asociado con un empeoramiento de los síntomas, por lo que debe suspenderse su uso. Especialmente con síntomas fáce-faciladores severos y disminución del volumen respiratorio, la terapia con Prednisona debe iniciarse gradualmente.

Usa un largo plazo de incluso pequeñas cantidades de Prednisona da como resultado un mayor riesgo de infección, incluso por microorganismos que de otro modo rara vez causan infecciones (demiasis infecciosas oportunistas).

Las vacunas con cepas atenuadas son básicamente posibles. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la reacción inmune y, por lo tanto, el éxito de la vacunación pueden verse afectados a dosis más altas de corticoides.

En el caso de la terapia a largo plazo con Prednisona, requieren controles médicos regulares (que incluyen revisiones oftalmológicas a intervalos de 3 meses). Para dosis comparativamente altas, se debe tener cuidado en asegurar la ingesta adecuada de potasio y la restricción de sodio y controlar los niveles séricos de potasio.

Alertación visual:
Los trastornos de la visión pueden ocurrir en el uso sistémico y tópico de corticosteroides. Si un paciente presenta síntomas como visión borrosa u otros problemas de visión se debe considerar derivar a un oftalmólogo para evaluar las posibles causas; entre las cuales se incluyen: cataratas, glaucoma o enfermedades raras tales como coriorretinopatía serosa central (CSO) informada después del uso de corticosteroides sistémicos o tópicos.

Crisis renal relacionada con la esclerodermia:
Se recomienda precaución en pacientes con esclerodermia sistémica debido a una mayor incidencia (posiblemente mortal) crisis renal relacionada con la esclerodermia con hipertensión y una disminución de la producción urinaria a una dosis diaria de 15 mg o más de Prednisona. Por lo tanto, la presión arterial y la función renal (S-creatinina) deben controlarse de forma rutinaria. Si se sospecha de una crisis renal, la presión arterial debe controlarse cuidadosamente.

Se producen sustancias especiales de estrés durante el tratamiento con Prednisona (enfermedad febril, accidente, cirugía, parto, etc.), puede ser necesario un aumento temporal de la dosis. Debido al riesgo potencial en situaciones estresantes, se debe identificar al paciente que consume corticoides durante la terapia a largo plazo.

Dependiendo de la duración y la dosis del tratamiento se debe esperar una influencia negativa en el metabolismo del calcio, por lo que se recomienda una profilaxis para la osteoporosis.

Esto se aplica sobre todo a los factores de riesgo coexistentes, como la predisposición familiar, edad avanzada, post-menopausa, ingesta inadecuada de proteínas y calcio, tabaquismo intenso, consumo excesivo de alcohol y la falta de actividad física. La prevención consiste en suficiente ingesta de calcio y vitamina D y actividad física. En caso de osteoporosis pre-existente, se debe considerar la administración de medicamentos adicionales.

Al suspender o posiblemente interrumpir el tratamiento a largo plazo de glucocorticoides pueden surgir los siguientes riesgos:

Exacerbación o recurrencia de la enfermedad subyacente, insuficiencia aguda de NNR (especialmente en situaciones estresantes, por ejemplo durante infecciones, después de accidentes, en caso de aumento de ejercicio), síndrome de abstinencia de la cortisona. Las enfermedades víricas especiales (varicela, sarampión), pueden ser particularmente graves en pacientes tratados con glucocorticoides. Los pacientes inmune comprometidos son particularmente vulnerables, sin infección previa por varicela o sarampión.

Cuando estas personas durante el tratamiento con Prednisona, sean pacientes con sarampión o varicela, según corresponda, se debe iniciar el tratamiento preventivo cuando corresponda.

Niños y adolescentes:
En la fase de crecimiento de los niños, se debe considerar cuidadosamente la relación beneficio-riesgo de la terapia con Prednisona. Debido al efecto inhibitorio del crecimiento de la Prednisona, debe controlarse regularmente el crecimiento longitudinal durante la terapia a largo plazo.

TRATAMIENTO EN CASO DE SOBREDOSIS

Síntomas
La intoxicación aguda con Prednisona es desconocida. En caso de sobredosis es de esperar un aumento en los efectos secundarios, en particular, el equilibrio endocrino, metabólico y electrolítico.

Tratamiento
No se conoce algún antídoto para la Prednisona.

INCOMPATIBILIDADES
No se han notificado.

DOSFICACIÓN Y VÍDE ADMINISTRACIÓN
Dosificación
Esta es la dosis de dosis depende del tipo y la gravedad de la enfermedad y de la respuesta individual del paciente. En general, se usan dosis iniciales relativamente altas que se reducen significativamente mayor en las formas agudas graves que en las enfermedades crónicas. Dependiendo de los síntomas sistémicos y la respuesta, es posible reducir la tasa de mantenimiento posiblemente (generalmente entre 5 y 15 mg diarios de Prednisona). Especialmente en enfermedades crónicas es a menudo un tratamiento a largo plazo requerido con dosis bajas de mantenimiento.

A menos que se indique lo contrario, se aplican las siguientes recomendaciones de dosificación:

Terapia de sustitución (superan la edad de crecimiento)
Es a 7.5 mg de Prednisona en dos dosis divididas (mañana y noche), en síndrome adrenogenital es en la mañana y en la noche). La dosis de la noche en el síndrome adrenogenital tiene como objetivo reducir el aumento nocturno de la ACTH y así contrarrestar la hiperplasia adrenocortical. Si es necesario, administre adicionalmente un mineralocorticoide (Fludrocortisona). Para un esfuerzo físico especial (por ejemplo, trauma, cirugía), infecciones intercurrentes, etc. puede ser necesario un aumento de dosis de 2 a 3 veces, hasta 10 veces en condiciones extremas (por ejemplo en el parto).

Condiciones de estrés después del tratamiento con glucocorticoides a largo plazo: inicialmente hasta 50 mg de Prednisona/día. Reducir las dosis durante días posteriores.

Farmacoterapia
Las siguientes tablas proponen una visión general con referencia a la literatura técnica actual con las pautas de dosificación generales:

Adulto

Dosificación	Dosis en mg/día	Dosis en mg/kg de peso corporal/día
a) Alto	80 – 100 (250)	1.0 - 3.0
b) Medio	40 – 80	0.5 - 1.0
c) Baja	10 - 40	0.25 - 0.5
d) Muy baja	1.5 - 7.5 (10)	J.

e) Para la quimioterapia de combinación ver el esquema de dosificación "e" (DS-e)

En general, la dosis diaria total se toma temprano en la mañana entre las 6:00 y 8:00 (terapia circadiana). Las altas dosis diarias pueden depender de la condición sin embargo, también se divide en 2-4, dosis diarias divididas 2-3 dosis diarias.

Niños

Dosificación	Dosis en mg/kg de peso corporal/día
Dosificación Alta	2 - 3
Dosificación Media	1 - 2
Dosificación Baja	0.25

En niños (en la edad creciente) la terapia debe ser alterna o de hecho intermitente. En casos especiales (por ejemplo, Convulsiones-Síndrome de West), suspéndase esta recomendación.

Reducción de la dosis
Después del inicio del efecto clínicamente deseado y dependiendo de la enfermedad subyacente se puede iniciar la reducción de la dosis. Al distribuir la dosis diaria a varias dosis únicas. Primero, la dosis de la tarde, luego se reduce posiblemente la dosis del subyacente. La dosis se reduce primero en incrementos ligeramente mayores, de aproximadamente 30 mg/día en días más pesados.

La situación clínica determina la reducción completa de la dosis o la necesidad de una Dosis de mantenimiento. Al observar la actividad de la enfermedad, los siguientes pasos sirven como orientación para la reducción de la dosis:

Superior a 30 mg/día	Reducción de	10 mg	Cada 2 a 5 días
Entre 30 a 15 mg/día	Reducción de	5 mg	Cada semana
Entre 15 a 10 mg/día	Reducción de	2.5 mg	Cada 1 a 2 semanas
Entre 10 a 6 mg/día	Reducción de	1 mg	Cada 2 a 4 semanas
Menos de 6 mg/día	Reducción de	0.5 mg	Cada 4 a 8 semanas

Las dosis altas y mayores que se han administrado durante varios días se pueden reducir dependiendo de la enfermedad subyacente y la respuesta clínica.

Esquema de la dosificación "e" (E-e)

La terapia en el contexto de la quimioterapia combinada en áreas de aplicación oncológica debe basarse en los protocolos actualmente vigentes. En estos casos la administración de Prednisona generalmente se administra en una sola dosis sin la reducción necesaria al final de la terapia. Con referencia a la literatura especializada, las dosis de Prednisona respectivas de los protocolos de quimioterapia establecidos se mencionan a continuación a modo de ejemplo:

Linfoma no Hodgkin: régimen CHOP, Prednisona 100 mg/m², días 1-5; Régimen COP, Prednisona 100 mg/m², días 1 a 5.

Leucemia linfocítica crónica: esquema de brotes, Prednisona 75/50/25 mg, días 1-3

Enfermedad de Hodgkin: régimen COPP-AD, Prednisona 40 mg/m², días 1-14

Mieloma múltiple: esquema de Alexanian, Prednisona 2 mg/kg peso corporal, días 1-4

Tipo y duración de la administración
Las tabletas se tragan enteras con o después de los alimentos, especialmente después del desayuno con abundante líquido

En el caso de la farmacoterapia con Prednisona, es necesario examinar si es posible la administración alternada del fármaco. Dependiendo de la enfermedad subyacente a tratar, sin prorrata como se logra un resultado de tratamiento satisfactorio, la dosis se reduce o se adecua a la dosis de mantenimiento requerida, si es necesario bajo el monitoreo de control apropiado.

En hipotensión o crisis hipertensiva, puede ser suficientes dosis comparativamente bajas o se puede requerir una reducción de la dosis.

INFORMACIÓN ADICIONAL
Composición de DICORIN, 20 mg Tabletas recubiertas:
El principio activo es Prednisona.

Los demás componentes son Celulosa microcristalina, Lactosa monohidrato, Almidón glicolato de sodio, Talco, Estearato de magnesio, Almidón pregelatinizado, Hipromelosa, Dioxido de titanio, Propilenglicol, Polietilenglicol.

ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN
No usar DICORIN 20 mg Tabletas recubiertas después de la fecha de caducidad que aparece en el envase. La fecha de caducidad es el último día del mes que se indica. Evitar usar si el empaque está dañado o deteriorado. Los medicamentos no se deben tirar por los desagües ni a la basura.

Almacenar a una temperatura no mayor de 30 °C, en envase hermético.

VENTA CON RECETA MÉDICA
MANTÉNGASE ALEJADO DE LOS NIÑOS

Fabricado por
LABORATORIO PHARMED CORPORATION S.A.C.

Para
DROGUERÍA E.S.C. PHARMED CORPORATION S.A.C.

