

Rinitis Alérgica

Factor de riesgo para asma

Dr. Andrés Munyo*, Dr. Matías López Paullier**, Profesor Dr. Luis Schiavo***

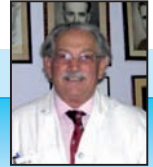
Cátedra de Otorrinolaringología - Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay



Dr. Andrés Munyo
Otorrinolaringólogo.



Dr. Matías López Paullier
Asistente Grado 2
de Otorrinolaringología.



Profesor Dr. Luis Schiavo
Profesor de
Otorrinolaringología.

- La Rinitis Alérgica es una enfermedad respiratoria de alta prevalencia en la población mundial.
- El 80% de asmáticos presenta rinitis, mientras que el 20-25% de riniticos tiene asma.
- Conocer su clínica, sus desencadenantes ambientales, su nueva clasificación y adecuado tratamiento permitirá una mejoría clínica que otorgará una mejor calidad de vida del paciente.

Palabras clave: Rinitis alérgica, asma, alérgeno, IgE.

Introducción e importancia

La Rinitis Alérgica (RA) es la expresión clínica de la inflamación de la mucosa nasosinusal en el curso de una respuesta inmunológica mediada por la *inmunoglobulina E* (IgE) frente a un alérgeno específico.⁽¹⁾

La Rinitis Alérgica representa un problema de salud global. Se trata de una enfermedad extremadamente frecuente, afecta como mínimo de un 10 a un 40% de la población y su prevalencia está en aumento. Aunque normalmente no constituye una enfermedad grave, altera la vida social de los pacientes, afecta el rendimiento escolar y la productividad laboral. Además los costos que ocasiona son significativos.⁽⁵⁾

La Rinitis Alérgica se debe considerar como un factor de riesgo para el asma, junto a otros factores de riesgo conocidos. El asma y la rinitis son enfermedades comórbidas que sugieren el concepto de "una vía aérea, una enfermedad".

Se han publicado pautas para el diagnóstico y el tratamiento de la Rinitis Alérgica. Se ha desarrollado

la iniciativa ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impacts on Asthma*), la cual pretende proporcionar los últimos avances en Rinitis Alérgica basados en la evidencia.

Mecanismos de la Rinitis Alérgica

La comprensión de los mecanismos que generan la RA proporciona un marco para la terapia racional de esta enfermedad, basado más en la compleja reacción inflamatoria que solamente en sus síntomas.

La Rinitis Alérgica no difiere en sus aspectos básicos de una respuesta inmunológica convencional, en la que se destacan tres tipos de protagonistas:

- el **alérgeno** específico,
- **tipos celulares** concretos como las células presentadoras de antígeno, las células efectoras, las células reguladoras de los endotelios, y finalmente,
- el **componente humoral**, constituido en este caso por la IgE y los mediadores químicos, entre ellos la histamina y las interleuquinas.⁽²⁾

Historia clínica

La historia clínica es la pieza clave en los procesos alérgicos, por lo cual, el primer paso para un correcto diagnóstico será la realización de una detallada anamnesis, que permita cuantificar la duración e intensidad de los síntomas y los antecedentes familiares de atopia, que en este tipo de rinopatía, resultan determinantes.

Los síntomas más evocadores de RA son:

- rinorrea acuosa,
- obstrucción nasal bilateral,
- estornudos paroxísticos acompañados de
- prurito nasal y ocular.

Frente a síntomas **unilaterales** siempre debemos tener presente la patología orgánica como ser: rinosinusitis y neoplasias, por lo cual se debe derivar al otorrinolaringólogo.

En lo que refiere al examen físico, es importante realizar una **rinoscopia anterior** y determinar:

- el aspecto y color de la mucosa,
- la presencia de secreciones,
- morfología de los cornetes, así como
- descartar lesiones orgánicas.

En la actualidad, la realización de una endoscopia nasal con ópticas rígidas permite realizar un análisis muy detallado de toda la anatomía nasosinusal.

Alérgenos

El contacto de la mucosa nasosinusal con sustancias del medioambiente con capacidad para producir reacciones de hipersensibilidad, en el individuo predispuesto genéticamente, es el principal factor de riesgo para desarrollar una Rinitis Alérgica. Estas sustancias se denominan *alérgenos* y tienen normalmente una estructura proteica.

En la Rinitis Alérgica los alérgenos actúan fundamentalmente por vía inhalatoria, por lo que se denominan *aeroalérgenos*.

Los alérgenos domésticos presentes en el hogar son principalmente:

- ácaros,
- animales domésticos,
- insectos o
- derivados de origen vegetal.

Entre los alérgenos exteriores comunes se incluyen pólenes y mohos.

En la actualidad los *contaminantes ambientales* (dióxido de azufre, óxido nítrico, humo del tabaco) están implicados en el agravamiento de los síntomas nasales.

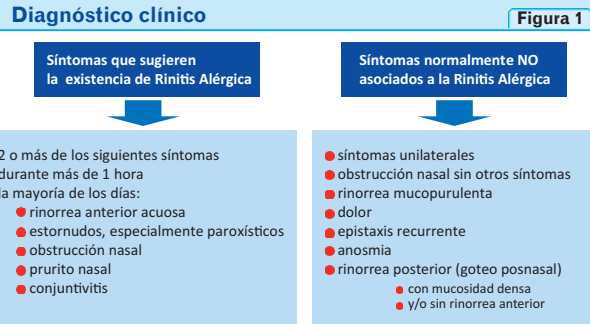
En algunos pacientes la aspirina y los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) pueden inducir rinitis y asma.

Clasificación actual

Clásicamente las Rinitis Alérgicas se clasificaban en:

- *estacionales*: cuando eran producidas por la exposición a pólenes, y
- *perennes*: cuando se debían a la exposición a alérgenos de interior.

A raíz de un consenso promovido por un grupo de trabajo respaldado por la *Academia Europea de Alergología e Inmunología Clínica* se propuso una nueva clasificación de la rinitis en función de su duración y su gravedad clínica.^(5, 7, 9)



Se proponen cuatro tipos de Rinitis Alérgica en función del curso clínico y gravedad:

- *rinitis alérgicas intermitentes leves*,
- *rinitis alérgicas intermitentes moderadas/graves*,
- *rinitis alérgicas persistentes leves*,
- *rinitis alérgicas persistentes moderadas/graves*.⁽³⁾

Diagnóstico de Rinitis Alérgica

Aunque la Rinitis Alérgica es una enfermedad de diagnóstico fundamentalmente clínico, la demostración mediante diferentes pruebas del alérgeno responsable conduce a un mejor enfoque terapéutico mediante la exacta indicación de medidas de evitación y tratamiento etiológico.

Impacto de la rinitis en el asma

Rinitis y asma suelen coexistir en el mismo paciente, la idea de una sola vía, una sola enfermedad queda ampliamente definida por Brozek y col. en el ARIA⁽¹⁰⁾, donde se contempla rinitis y asma como distintas manifestaciones de una misma patología respiratoria.

Así, el *80% de asmáticos* presenta *rinitis*, mientras que el *20-25% de riniticos* tiene *asma* clínicamente relevante.^(4, 10)

Los pacientes con Rinitis Alérgica persistente deben ser evaluados sobre el asma mediante la historia clínica, el examen físico, y si es posible, mediante la valoración de la obstrucción al flujo aéreo antes y después del broncodilatador.⁽⁵⁾

Idealmente debería utilizarse una estrategia combinada para tratar las enfermedades de las vías aéreas altas y bajas en términos de eficacia y seguridad.

Corizán®

Gotas

SUSPENSIÓN VÍA TÓPICA NASAL

Fluticasona Propionato 0,1%
(100 mg/100 mL)

NUEVA PRESENTACIÓN

QUE PERMITE UNA LLEGADA MÁS EFECTIVA AL ÁREA RINOSINUSAL

PÓLIPOS NASALES Y PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA DE PÓLIPOS NASALES POSTCIRUGÍA.



Tratamiento

El tratamiento de la Rinitis Alérgica combina:

- evitación del alérgeno,
- farmacoterapia e
- inmunoterapia.⁽⁶⁾

El control ambiental implica el conocimiento exacto del alérgeno responsable, que permitirá aplicar una serie de medidas encaminadas a limitar su contacto. Para ello, es de fundamental importancia el diagnóstico etiológico del alérgeno involucrado.

Los fármacos que han demostrado mayor eficacia en el tratamiento de la Rinitis Alérgica son:

- los corticoides tópicos nasales,
- los antihistamínicos orales,
- los descongestionantes nasales,
- las cromonas tópicas y
- los antileucotrienos.^(7,10)

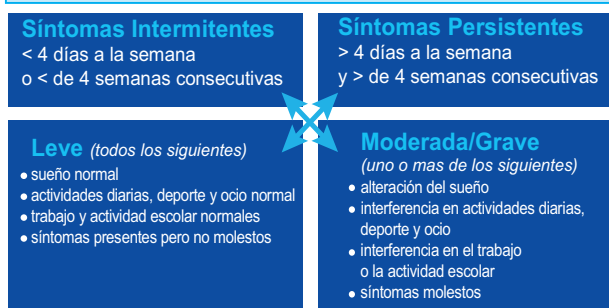
El documento ARIA⁽¹⁰⁾ propone un enfoque terapéutico escalonado que se muestra en la figura 3.

Los **corticoides tópicos nasales** son los fármacos que más eficacia han demostrado en el tratamiento de la Rinitis Alérgica, por lo tanto hoy se consideran tratamiento de primera línea en la Rinitis Alérgica moderada a grave.

Los **antihistamínicos H1**, tanto los de primera generación o sedativos y los de segunda generación, han de-

Cuatro tipos de Rinitis Alérgica en función del curso clínico y gravedad

Figura 2



mostrado producir alivio de todos los síntomas de la Rinitis Alérgica, por lo que están indicados como tratamiento sintomático de esta enfermedad.

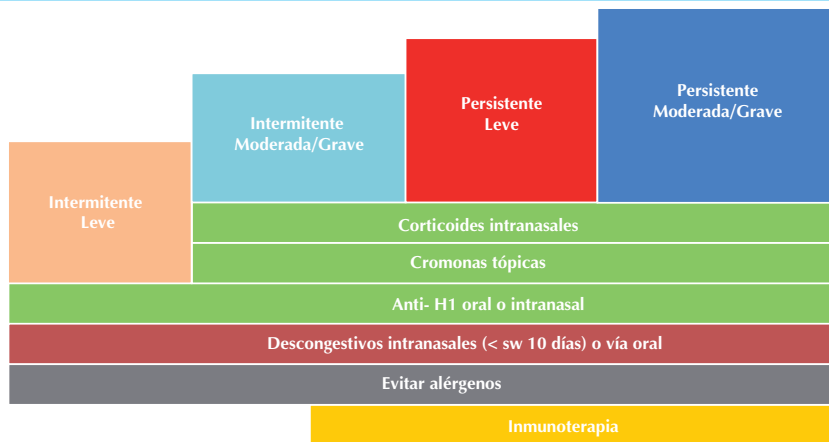
Los **descongestionantes nasales** (oximetazolina) son medicamentos de acción vasoconstrictora. Su efecto de alivio sobre la obstrucción y la congestión nasal se debe a su acción alfa adrenérgica. Sin embargo, tienen el inconveniente de causar tolerancia y efecto rebote, por lo que si su administración se prolonga más de diez días pueden causar rinitis medicamentosa.

La **inmunoterapia** se define como la administración progresiva y creciente

de concentraciones del alérgeno responsable del cuadro alérgico, con la idea de provocar buena tolerancia en los contactos posteriores con éste.⁽⁸⁾ Es el único tratamiento capaz de alterar la evolución natural de la enfermedad alérgica y es capaz de prevenir nuevas sensibilizaciones. Para poder aplicar un tratamiento con inmunoterapia hay que asegurarse de que se trata de una enfermedad IgE mediada, que no mejora con otras medicaciones y que va incrementando su gravedad con el tiempo. Los estudios sobre inmunoterapia subcutánea han demostrado que es un tratamiento eficaz, cuyos efectos se mantienen incluso tras años de haberse interrumpido.⁽¹⁰⁾

Tratamiento de la Rinitis Alérgica (ARIA)

Figura 3



Resumen final

La Rinitis Alérgica es la expresión clínica de la inflamación de la mucosa nasosinusal en el curso de una respuesta inmunológica mediada por la inmunoglobulina E (IgE) frente a un alérgeno específico que actúa fundamentalmente por vía inhalatoria; tiene alta prevalencia

en la población mundial, altera la calidad de vida a nivel laboral y educativo, y se la considera factor de riesgo para el desarrollo de asma.

Sus síntomas más importantes son rinorrea acuosa, obstrucción nasal bilateral, crisis de estornudos y prurito nasal y ocular.

La nueva clasificación propuesta en base a su curso clínico la cataloga como: Rinitis Alérgica intermitente y persistente y en base a su gravedad en: leve y moderada/severa.

En el tratamiento se combinan la evitación del alérgeno, la farmacoterapia indicándose como primera línea los corticoides tópicos nasales y la inmunoterapia.

Bibliografía

1. Plaut M, Valentine MD. Clinical practice. Allergic rhinitis. N Engl J Med. 2005;353(18):1934-1944.
2. Hansen I, Klimek L, Mosges R, Hormann K. Mediators of inflammation in the early and the late phase of allergic rhinitis. Curr Opin Allergy Clin Immunol. 2004; 4(3):159-163.
3. Bauchau V, Durham SR. Epidemiological characterization of the intermittent and persistent types of allergic rhinitis. Allergy. 2005; 60(3):350-353.
4. Demoly P, Rullier-Meyer P, Godard P, Bousquet J, Michel FB. Nasal Allergy and Asthma: one or two diseases? Bull Acad Natl Med. 2005; 189(7):1461-1473.
5. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma. J Allergy Clin Immunol. 2001;108(Suppl. 5):S147-S334.
6. Price D, Bond C, Bouchard J, Costa R, Keenan J, Levy ML, et al. International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) guidelines: management of allergic rhinitis. Prim Care Respir J. 2006;15:58-70.
7. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Bachert C, Canonica GW, Demoly P, Durham SR et al. Requirements for medications commonly used in the treatment of allergic rhinitis. European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI), Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA). Allergy. 2003;58:192-197.
8. Bousquet J, Lockey R, Malling H. WHO Position Paper. Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases. Allergy. 1998;53(Suppl. 54):1-55.
9. Fokkens W, Lund V, Mullol J; on behalf of the European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyp Group. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. Rhinology. 2007; Suppl 20:1-136.
10. Brozek J., Bousquet J., Baena-Cagnani C., Bonini S., Canonica W, Casale T, Gerth R, Ohta K, Zuberbier T, Schunemann H. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision.

SPIRIVA[®] Respimat
(tiotropio)
Inhalador de Suave Dispersión

- Revolución e Innovación en terapias inhaladoras de EPOC.
- Nuevo dispositivo, la eficacia de siempre.

2 PUFFS SEGUIDOS UNA VEZ AL DÍA

Nuevo

SPIRIVA[®] Respimat
(tiotropio)
Inhalador de Suave Dispersión

Boehringer Ingelheim

NUEVO*

ketoprofeno original

Usted necesita un tratamiento nuevo para el control efectivo del dolor y la inflamación infantil.

Profenid[®] Ketoprofeno pediátrico



Devuélvale una vida normal a sus pequeños pacientes.

Posología:⁽¹⁾

- Dosis recomendada 0,5 mg/kg/dosis (jeringa dosificadora).
- 3 a 4 veces al día.
- Indicado a partir de los 6 meses de edad.

Indicaciones:

- Indicado para el dolor en niños a partir de los 6 meses de edad.



Profenid[®] Ketoprofeno pediátrico Devuélvale una vida normal a sus pequeños pacientes.

FÓRMULA.
Cada ml. de Jarabe contiene: Ketoprofeno 1 mg. Excipientes c.s.
Cada 100 ml. de Jarabe contiene: Ketoprofeno 100 mg. Excipientes c.s.

AZIÓN FARMACOLÓGICA. El Ketoprofeno es un antiinflamatorio no esteroideo derivado del ácido arilcarboxílico (grupo de los própionos de los ANE). Cuando ketoprofeno es administrado a dosis bajas, tiene propiedades analgésicas y antiépticas. Las propiedades anti-inflamatorias reales aparecen a dosis altas.

INDICACIONES. Alivio sintomático de la fiebre y / o dolor en los niños con edades comprendidas entre los 6 meses y los 11 años (25 kg).

INTERACCIONES CON OTROS MEDICAMENTOS Y CON ALIMENTOS. No se recomienda la asociación con medicamentos tales como: • Otros ANE (incluyendo los inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2) y altas dosis de salicilatos. • Anticoagulantes (heparina y warfarina) e inhibidores de la agregación plaquetaria (aspir. ticlopidina, clopidogrel). Aumento del riesgo de hemorragia. Si la coadministración es inevitable, los pacientes deben ser estrechamente monitorizados. • Líite riesgo de elevación de los niveles plasmáticos de líite, a veces llegando a niveles tóxicos, debido a la disminución de la excreción renal del líite. En caso necesario, los niveles plasmáticos de líite deben ser estrechamente monitorizados y la dosis de líite debe ser ajustada durante y después de la terapia con ANE. • Metformina a dosis superiores a 15 mg/sumario: aumento del riesgo de toxicidad hemolítica del metformina, particularmente si se administra a dosis altas (> 15 mg/sumario), posiblemente relacionado con el desplazamiento del metformina ligada a proteínas y a la disminución de su depuración renal. Asociaciones que requieren precauciones de uso: • Corticosteroides. • Metformina a dosis menores de 15 mg/sumario: durante las primeras semanas de tratamiento combinado, debe hacerse un hemograma seriamente. Si hay alguna alteración de la función renal, o si el paciente es de edad avanzada, la vigilancia debe ser más frecuente. • Durilicos: Los pacientes que toman durilicos en particular los pacientes deshidratados tienen un mayor riesgo de desarrollar insuficiencia renal secundaria a una disminución en el flujo sanguíneo renal causada por la inhibición de las prostaglandinas. Estos pacientes deben ser rehidratados antes de iniciar la terapia de coadministración y debe monitorizarse la función renal al inicio del tratamiento. • Inhibidores de la ECA y antagonistas de la angiotensina II: En pacientes con función renal normal, la coadministración de un inhibidor de la ECA o antagonista de la angiotensina II conjuntamente con agentes que inhiben la ciclooxigenasa puede dar lugar a un mayor deterioro de la función renal, incluso posible insuficiencia renal aguda. • Furosemidas: hay un mayor riesgo de hemorragia. Es necesario mantener un monitoreo clínico y del tiempo de sangrado más frecuente. Asociaciones que deben tomarse en cuenta: • Agentes antiépticos (butilglicósidos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, durilicos): riesgo de disminución de la potencia antiéptica (inhibición de las prostaglandinas vasodilatadoras por los ANE). • Trombolíticos: hay un mayor riesgo de hemorragia. • Probenecid: la administración concomitante de probenecid puede reducir notablemente la depuración plasmática del ketoprofeno. • Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI).

CONTRINDICACIONES. Ketoprofeno está contraindicado en pacientes con antecedentes de reacciones de hipersensibilidad al ketoprofeno, ácido acetilsalicílico u otros ANE o a sus excipientes, tales como ataques de asma u otro tipo de reacciones alérgicas. En estos pacientes se han reportado reacciones anafilácticas severas, raramente fatales. Ketoprofeno también está contraindicado en los siguientes casos: • Falta cardíaca severa. • Úlcera péptica/hemorrágica activa o antecedentes de enfermedad ácido péptica. • Antecedentes de perforación o sangrado gastrointestinal, relacionados a terapias previas con ANE. • Insuficiencia hepática severa. • Insuficiencia renal severa (depuración de creatinina < 30 mL/min). • Niños menores de 6 meses. • Tercer trimestre de embarazo. • Broncopneumonia, rinitis aguda, pólipos nasales y edema angioedematoso.

PRECAUCIONES • Pacientes con úlcera péptica activa o antecedentes de la misma. • Los ANE deben administrarse con cuidado en pacientes con antecedentes de enfermedad gastrointestinal (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn) ya que su estado puede agravarse aún más. • Al inicio del tratamiento, la función renal debe ser cuidadosamente controlada en pacientes con insuficiencia cardíaca, cirrosis y nefritis, en pacientes que reciben tratamiento con durilicos o en pacientes con insuficiencia renal crónica. En estos pacientes, la administración de ketoprofeno puede inducir una reducción en el flujo sanguíneo renal causado por la inhibición de las prostaglandinas y conducir a una descompensación renal. • Se debe tener precaución en pacientes con enfermedad de hipertensión y / o insuficiencia cardíaca congestiva leve a moderada debido a que han sido reportados retención de líquidos y edema en asociación con la terapia con ANE. • Al igual que ocurre con otros ANE, en presencia de una enfermedad infecciosa debe tomarse en cuenta que las propiedades antiépticas, analgésicas y antiépticas del ketoprofeno pueden enmascarar los signos habituales de progresión de una infección tales como la fiebre. • Raros casos de ictericia y hepatitis se han descrito con ketoprofeno. • En caso de que se produzcan alteraciones visuales como visión borrosa, se debe interrumpir el tratamiento. • El uso de ANE puede afectar la fertilidad femenina y no se recomienda en mujeres que intentan concebir. En las mujeres que tienen dificultades para concebir o que están en estado de infertilidad, debe considerarse retirar los ANE. • Pacientes diabéticos: Profenid jarabe contiene 600 mg/ml. de sacarosa.

EMBARAZO. Como la seguridad de ketoprofeno en las mujeres embarazadas no ha sido evaluada, el uso de ketoprofeno durante el primer y segundo trimestre del embarazo debe evitarse. Ketoprofeno está contraindicado durante el tercer trimestre del embarazo.

LACTANCIA. No hay datos disponibles sobre la excreción de ketoprofeno en la leche humana. Ketoprofeno, no se recomienda a las madres lactantes.

ADVERTENCIAS. Efectos indeseables pueden ser minimizados mediante el uso de la dosis mínima efectiva durante el menor tiempo necesario para controlar los síntomas. Se aconseja tener precaución en pacientes que reciben concomitantemente medicamentos que pueden aumentar el riesgo de úlcera o sangrado como los corticosteroides orales, los anticoagulantes como la warfarina, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o agentes antiépticos como el ácido acetil salicílico. Se ha reportado hemorragia, úlcera o perforación que pueden ser fatales, con todos los ANE en cualquier momento del tratamiento, con o sin signos de alerta o con o sin antecedentes de eventos gastrointestinales graves. Ancianos. Los ancianos tienen una mayor frecuencia de reacciones adversas a los ANE, especialmente sangrado gastrointestinal y perforación, los cuales pueden ser fatales. Reacciones cutáneas graves, algunas de ellas mortales, incluyendo dermatitis exfoliativa, síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica, han sido reportadas muy raramente en asociación con el uso de ANE. Parece que los pacientes tienen un mayor riesgo de estas reacciones en las primeras etapas del tratamiento, ocurriendo durante el primer mes de tratamiento en la mayoría de los casos. Insuficiencia hepática moderada. El uso concomitante con ácido acetilsalicílico (ASA) incrementa el riesgo de úlcera gastrointestinal y sus complicaciones.

INCOMPATIBILIDADES. No se reporta.

EFECTOS ADVERSOS. Estudios clínicos en lactantes y niños han notificado vómitos, diarrea y reacciones de hipersensibilidad. Las siguientes reacciones adversas se han reportado con las formas sólidas de ketoprofeno en adultos: • Efectos gastrointestinales: - Dispepsia, dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, flatulencia. - Gastritis, estomatitis, exacerbación de la colitis y de la enfermedad de Crohn. - Úlcera péptica, hemorragia y perforación gastrointestinal. • Reacciones Dermatológicas: - Reacciones de hipersensibilidad: erupción cutánea, prurito, urticaria, angioedema - Reacciones respiratorias: ataque de asma, broncopneumonia, especialmente en pacientes con hipersensibilidad conocida al ácido acetilsalicílico u otros ANE. • Reacciones anafilácticas (incluye shock) • Reacciones cutáneas: - Fotosensibilización, alergia, erupción tóxica incluida Síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica. • Sistema nervioso central y periférico: - Mareo, parestesia, convulsiones • Trastornos psiquiátricos: - Somnolencia, trastorno del humor • Trastornos del hígado: - Alteraciones visuales como visión borrosa (ver "Precauciones") • Tratamiento analéptico: - Trépidos anormales de la función renal, insuficiencia renal aguda, nefritis intersticial, síndrome nefrótico • Sistema hepático: - Elevación de los niveles de transaminasas, casos raros de hepatitis • Hematología: - Trombocitopenia, anemia debida a hemorragias, agranulocitosis, aplasia de médula ósea • Sistema cardiovascular: - Hipertensión arterial, vasodilatación • Cuerpo en general: - Dolor de cabeza, edema, aumento de peso, alteración del gusto

DOSES Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN. Vía oral. General. La dosis recomendada es de 0,5 mg/kg/dosis administrada 3 a 4 veces por día. Debe permitirse un mínimo de 4 horas entre las dosis. La dosis diaria máxima no deberá exceder de 2 mg/kg. El período de tratamiento es generalmente de 2 a 5 días. Administración. La dosis variará si se obtiene tomando la pipeta hasta la graduación en kilogramos que corresponde con el peso del bebé o niño al que se usará administrado.

TRATAMIENTO PARA LA SOBREDOSIS. Signos y Síntomas: En caso de sobredosis leve, el paciente debe ser trasladado inmediatamente al hospital. El contenido gástrico debe ser evacuado rápidamente. Manejo: Debe instituirse tratamiento sintomático.

ALMACENAMIENTO. Guardar en su empaque original a una temperatura inferior de 30°C y protegido de la luz.

FRASCANTE:
sanofi-aventis Farmacológica Ltda., Suzano-SP Brasil
Imp./Dest.:
sanofi-aventis del Ecuador S.A.
sanofi-aventis del Perú S.A.
sanofi-aventis Uruguay S.A.-Elturo 930-Montevidéo-Dic.Tra.Dic.O.F.Graciosa Choin
sanofi-aventis de Guatemala, S.A.
sanofi-aventis de Venezuela S.A. Tel. J-3028849-1.
Rep. eci. en Paraguay: sanofi-aventis Paraguay S.A.
sanofi-aventis de Colombia S.A.
Revisión Local Agosto 2008
C235-V2_LFIC1101107

PRESENTACIÓN: Frasco por 150 ml.
Reg. M.S.P. N° 42377

INFORMACIÓN COMPLETA PARA SU PRESCRIPCIÓN DISPONIBLE A SOLICITUD

INFORMACIÓN DESTINADA A LOS PROFESIONALES FACULTADOS PARA PRESCRIBIR
Mayor información disponible a petición en sanofi-aventis Uruguay S.A.
Elturo 930 CP 11300 Montevideo. Tel.: 27081515 Fax: 27084565 - www.sanofi-aventis.com.uy



sanofi-aventis La Salud es lo esencial

* Lanzamiento en Uruguay el 18-10-2010

1. Prospecto Profenid Jarabe, Revisión local Agosto 2008, C235-V2_LFIC1101107