



BOLETÍN DE INFORMACIÓN
FARMACOTERAPÉUTICA
DE NAVARRA

Volumen 3, nº 4 (noviembre 1995)

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

Tratamiento del dolor. Estrategia farmacológica

José Ignacio Calvo - Unidad del dolor - Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del dolor - Hospital de Navarra

[Introducción](#)[Definición de dolor](#)[Tipos de dolor](#)[Utilización correcta de los analgésicos](#)[Los analgésicos](#)[Fármacos coadyuvantes](#)[Conclusión](#)[Analgésicos no opiáceos](#)[Analgésicos opiáceos](#)[Finasteride \(Proscar\)](#)[Bibliografía recomendada](#)

INTRODUCCIÓN

El **dolor** es uno de los síntomas universalmente reconocidos que, con mayor frecuencia, causa la visita del paciente al médico de cabecera, estimándose que dos de cada tres personas acuden al médico por dolor.

El dolor también está presente en la mayoría de los procesos tumorales, así a lo largo de la historia natural del tumor se presenta en cerca del 80% de los pacientes, especialmente en los estadios más avanzados de la enfermedad.

En España el 16% de la población mayor de 16 años padecen enfermedades reumáticas, el 80% de las cuales tiene una evolución crónica.

[Índice](#) 

DEFINICIÓN DE DOLOR

El dolor es una experiencia emocional y sensorial desagradable cuya intensidad viene dada por un lado por la intensidad del daño físico, y por otro por el estado psicológico del paciente.

Intervienen tres elementos fundamentales:

Sensación dolorosa

Experiencia emocional

El daño tisular

[índice](#) 

TIPOS DE DOLOR

Desde un punto de vista clínico podemos clasificar al dolor según su duración, entre **agudo** y **crónico**, con unas características y un significado diferente.

El dolor **agudo** es un dolor de reciente instauración en el tiempo, que alerta al individuo de la existencia de un traumatismo, una lesión o una patología en curso de instalación. Es pues, un dolor útil que lleva al sujeto a preservar su integridad física.

En cambio, el dolor **crónico** sería un dolor sin función biológica, que afecta a la calidad de vida del paciente, alterando sus relaciones personales, familiares, sociales y laborales.

El dolor **crónico** se etiqueta de **benigno** si el proceso causal no compromete la vida del paciente, y de **maligno** cuando la etiología es neoplásica.

[índice](#) 

UTILIZACIÓN CORRECTA DE LOS ANALGÉSICOS

Con el conocimiento de las bases fisiopatológicas del dolor se han intentado una amplia variedad de medidas y técnicas terapéuticas que por su diversidad confirman que los resultados terapéuticos no son siempre los deseados, ni posible tratar el dolor de una manera homogénea.

Dependiendo del tipo del dolor, así como de los síntomas acompañantes al mismo, utilizaremos fundamentalmente diferentes analgésicos y fármacos coadyuvantes.

I.- La dosis debe ser **individualizada** en función de las características concretas de cada enfermo y de su estado físico.

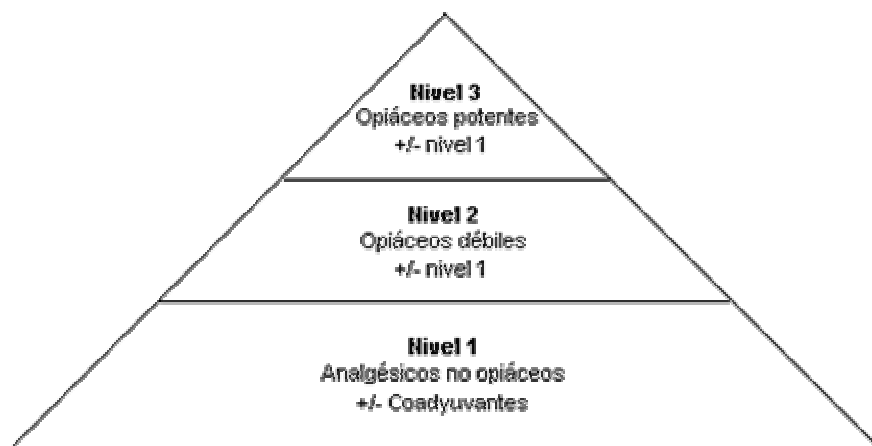
Buscaremos la dosis óptima que es aquella que produce analgesia sin efectos secundarios.

II.- Para el tratamiento de los dolores **crónicos**, siempre que sea posible la vía **oral** será de elección puesto que es la que proporciona mayor comodidad, tanto al paciente como a su familia.

La administración **parenteral** de analgésicos centrales constituye el método de elección para el tratamiento del dolor **agudo** como es el caso del dolor postraumático o postoperatorio. Existen diversas técnicas que facilitan su uso y optimizan la eficacia y seguridad clínicas.

III.- Deberán ser administrados a **intervalos fijos** de tiempo, en función de las características farmacocinéticas de cada analgésico, y de la vía de administración empleada. Los intervalos deberán ser lo suficientemente cortos como para que la concentración sanguínea no descienda por debajo del nivel analgésico.

IV.- Se utilizarán los fármacos analgésicos de forma **progresiva** siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud:



índice 

LOS ANALGÉSICOS

Básicamente podemos clasificarlos:

-**ANALGÉSICOS NO OPIÁCEOS:** también se les denomina analgésicos menores o periféricos.

-**ANALGÉSICOS OPIÁCEOS:**

a) **Opiáceos débiles**

b) **Opiáceos potentes**

ANALGÉSICOS NO OPIÁCEOS

Se aplican al dolor de leve a moderada intensidad y están constituidos por los **AINEs**.

Son un grupo heterogéneo de sustancias de estructura química variada pero con mecanismo de acción y efectos farmacológicos similares.

Este tipo de fármacos actúan inhibiendo la síntesis de prostaglandinas tanto a nivel periférico como central. Como sabemos las prostaglandinas están directamente implicadas en el fenómeno doloroso, en la inflamación y en la fiebre.

En lo que al dolor se refiere las prostaglandinas sensibilizan la terminación nerviosa a la acción irritativa de los mediadores algógenos como la bradiquinina, histamina, etc.

Por lo tanto los AINEs restauran el umbral normal del nociceptor, y mediante su acción antiinflamatoria disminuyen la presencia de los mediadores citados.

Actualmente se considera que la mayor parte de los AINEs poseen también un efecto analgésico a nivel central actuando a nivel de sinapsis medulares o incluso a nivel más central (efecto estabilizador de membranas e inhibidor de prostaglandinas a nivel central).

Reducen la temperatura corporal cuando está previamente aumentada por acción de pirógenos, es decir, cuando hay fiebre; pero, salvo en condiciones muy especiales, no producen hipotermia.

En resumen su acción es analgésica, antiinflamatoria y antipirética, variando la intensidad en función de cada grupo farmacológico en particular. Es decir, algunos fármacos pueden tener una gran acción antipirética pero una mínima acción antiinflamatoria.

Los *efectos secundarios*, que son relativamente frecuentes con estos fármacos, son:

- Alteraciones **gastrointestinales** como gastritis, ulcus, etc.
- Alteraciones **hematológicas** como acción antiagregante, agranulocitosis, trombopenia, etc.
- Alteraciones **renales** como nefritis e insuficiencia renal.

La intensidad de los efectos secundarios varía mucho de unos grupos a otros, e incluso entre los distintos fármacos de un mismo grupo, y, por tanto, esto va a condicionar claramente la elección del fármaco más adecuado.

Los fármacos que podrían considerarse de elección serían el **ac. acetilsalicílico**, el **paracetamol** y especialmente el **naproxeno**.

De reciente comercialización en nuestro país, aparece un nuevo AINE derivado del ac. arilpropiónico, que es el **ketorolaco**: Se trata de un fármaco con mejor eficacia analgésica que los otros citados y con efecto antiinflamatorio moderado. Se han comentado serios efectos adversos, a menudo relacionados con el uso inapropiado del fármaco. Con respecto a esto debemos advertir que se recomienda que su uso no sobrepase los 5 días de tratamiento; la dosis inicial por vía oral recomendada es de 10 mg con incrementos cada 4-6 horas hasta un máximo de 40mg/día, estas dosis se disminuirán en pacientes de más de 65 años o con alteración renal. En el caso de conversión del tratamiento parenteral a oral la dosis diaria máxima combinada será de 90mg para los adultos y 60 mg para los ancianos.

Al igual que los demás se contraindica su uso en casos de ulcus péptico activo, sangrado gastrointestinal reciente, alteración renal, en el parto, en alteraciones de la coagulación y en combinación con acidoacetilsalicílico, probenecid u otros AINEs.(BIT vol1 n°2 1993)

Si hubiera que citar un 5º fármaco, este sería el **metamizol** (dipirona) por su buena eficacia analgésica, su especial utilidad en el dolor cólico, su buena tolerancia gástrica y aceptable intervalo de administración.

ANALGÉSICOS OPIÁCEOS

Los **receptores opioides** son la base anatomofisiológica sobre la que actúan los opioides endógenos (endorfinas y encefalinas) para el control del dolor. Asimismo es el sitio donde actúa la morfina y demás opioides exógenos.

Se encuentran ampliamente distribuidos por el S.N.C. y periférico, y de su activación dependen tanto la analgesia como la aparición de determinados efectos farmacológicos y secundarios.

Su activación da lugar a:

- Reducción de la excitabilidad neuronal
- Hiperpolarización de la membrana neuronal
- Reducción de la amplitud del potencial de acción neuronal.

Todo ello por la inhibición de la acumulación de calcio intracelular seguido del aumento de la conductancia al potasio.

OPIÁCEOS DÉBILES

Se utilizan en dolores de intensidad moderada. Si la intensidad del dolor es severa y supera el techo analgésico, habría que pasar a otro escalón que es el de los opiáceos potentes.

Los opiáceos débiles de los que podíamos disponer hasta hace poco son:

- **Codeína**
- **Dihidrocodeína de liberación lenta**
- **Dextropropoxifeno**

Si éstos fármacos los combinamos con AINEs vamos a conseguir que se potencien mutuamente.

Por ej.: Si administramos 30 mg. de codeína junto con 650 mg de acidoacetilsalicílico podemos conseguir una analgesia similar a la que obtendríamos con 60 mg de codeína.

En el momento en que introduzcamos los opiáceos débiles, tenemos la posibilidad de que nos aparezcan sus correspondientes **efectos secundarios** que son bastante frecuentes. Pueden llegar a presentarse hasta en un 20% de los enfermos tratados. Los más frecuentes son el **estreñimiento** y las **nauseas**, seguidos de **vértigos** y **cefaleas**.

De reciente aparición en el mercado español es el **tramadol**, que es un opiáceo que ofrece unas características algo peculiares. Es un agonista que se fija a los receptores con una afinidad moderada (unas 10 veces menor que la codeína). Sin embargo, la potencia antiálgica es solo 5 a 10 veces menor que la morfina, siendo comparable a la petidina; esto es debido a un doble mecanismo ya que la acción analgésica es central (activando los receptores opiáceos), pero con un fuerte componente espinal parte de su analgesia se produce por un mecanismo no opiáceo, inhibiendo la recaptación de serotonina por lo tanto potencia las vías inhibitorias espinales descendentes de control del dolor.

Lo podríamos encuadrar en un escalón intermedio entre el de los opiáceos débiles, y el de los opiáceos potentes. (BIT vol 2 nº 1994)

OPIÁCEOS POTENTES

Se aplican en el dolor intenso o muy intenso.

Los fármacos, como la pentazocina, nalorfina, presentan numerosos *efectos secundarios* disforizantes, psicomiméticos y cardiovasculares que nos hacen descartarlos de entrada; además por su efecto antagonista, no se deben mezclar con los agonistas puesto que los antagonizan y pueden dar un síndrome de privación.

Para utilizar por vía oral emplearíamos principalmente:

morfina

metadona

buprenorfina

Antes de nada conviene desmitificar el uso de los opiáceos tanto entre los médicos como entre los pacientes y sus familias, que posiblemente están influenciados por las falsas creencias de que cuando se utiliza la morfina es que ya no se quiere o no se puede tratar al paciente, o que está en fases terminales de la enfermedad, o en miedos infundados a la adicción, todo facilitado por las dificultades administrativas que han existido en la prescripción de la morfina.

Actualmente con la nueva receta de estupefacientes no se precisa carnet extradosis y en cada una de ellas se puede prescribir hasta cuatro envases de un mismo medicamento siempre que la duración del tratamiento no supere los 30 días. (BIT vol 2 nº 4 1994)

Por vía oral y para un dolor intenso podemos utilizar cualquiera de los tres citados anteriormente, pero teniendo en cuenta:

La **buprenorfina** tiene una potencia analgésica 30-50 veces superior a la de la morfina, pero presenta una desventaja muy importante que es la de ser un agonista parcial solamente y por tanto con **techo analgésico** por lo que tiene una utilidad limitada. Podría aliviar un dolor intenso, pero seguramente solo produciría un alivio parcial si el dolor es muy severo o insoportable. Cuenta con las ventajas de su posibilidad de administración vía sublingual, y menor incidencia de estreñimiento.

Por otra parte, tanto la morfina como la metadona, no están limitadas por un techo analgésico con lo cual podemos aumentar la dosis siempre que sea necesario hasta alcanzar el efecto deseado.

La **metadona** tiene una vida media muy larga (35 h) y una gran variabilidad farmacocinética y farmacodinámica, por lo que el manejo de la dosificación resulta muy difícil con riesgo de acumulación y toxicidad ya que es muy liposoluble y tiende a depositarse en la grasa corporal.

Contrariamente la **morfina** tiene una vida media corta (4 h) muy adecuada para un manejo fácil. Su biodisponibilidad oral es escasa (20-30 %) la relación equipotencial oral-parenteral es de 3:1. La morfina por vía parenteral es el fármaco más usado para el tratamiento del dolor agudo, y por vía oral para el tratamiento del dolor oncológico. En la actualidad contamos con preparados de liberación controlada y normal para utilizar por vía oral.

Efectos secundarios

Los efectos secundarios de los opiáceos potentes son muy frecuentes, aunque, sin duda, se encuentran compensados por el alivio del dolor que producen.

- **Estreñimiento:** Es el efecto secundario más frecuente (70%) y pertinaz; no suele disminuir con el paso de los días y por ello se

aconseja asociar laxantes desde un principio.

- **Nauseas:** Se presentan en un 60% de los pacientes pero a partir del tercer día se produce una cierta tolerancia y disminución de las mismas. Se puede utilizar el haloperidol como antiemético durante los primeros días.

- **Somnolencia y sedación:** La incidencia es del 60% y también suelen desaparecer al cabo de dos o tres días, salvo que estemos dando una dosis excesiva.

- **Confusión y alucinaciones:** Solamente se producen en un 5% de los pacientes y generalmente son debidas a dosis excesivas.

Sin embargo, los efectos más temidos de la morfina son los siguientes:

Tolerancia farmacológica

Los opiáceos desarrollan tolerancia a muchos de sus efectos con cierta rapidez. La tolerancia no significa que el opiáceo ha dejado de ser eficaz, sino que ha perdido potencia. En términos prácticos se expresa como un acortamiento de la duración de acción de una dosis determinada, o como disminución de la intensidad de respuesta para esa dosis, lo que obliga a incrementar la frecuencia de administración o la dosis.

Ante éste caso contamos con la ventaja de que la morfina no tiene "techo" y podemos aumentar la dosis siempre que sea necesario, mientras que los efectos secundarios no sean excesivos.

Depresión respiratoria

La depresión respiratoria es un efecto que acompaña de manera constante a la acción analgésica, siendo el principal factor limitante de la administración aguda de opiáceos. Se manifiesta generalmente por una reducción del ritmo respiratorio, sin que afecte apreciablemente la amplitud respiratoria, otras veces aparecen ritmos irregulares.

Prácticamente no se ve nunca en el enfermo con dolor intenso, salvo en los casos de debilitamiento extremo o patología respiratoria muy severa.

Esto es debido a que el dolor y el "stress" son el antídoto fisiológico de la depresión respiratoria. Siempre, mientras exista dolor, podemos aumentar sin miedo la dosis de morfina hasta alcanzar una analgesia satisfactoria.

Dependencia física

La morfina en uso prolongado producirá siempre dependencia física. En los casos en que ha habido que disminuir la morfina, o incluso suprimirla por curación, basta con disminuir la dosis progresivamente para que no aparezca ningún problema.

Dependencia psicológica

Cuando el paciente está tratado con la dosis e intervalo adecuado, de manera que el dolor no reaparezca, el paciente no se obsesionará con el dolor, y no tendrá compulsión psicológica por el fármaco analgésico.

[índice](#) 

FÁRMACOS COADYUVANTES

Son aquellos fármacos que sin ser propiamente analgésicos directos utilizamos, asociados a los analgésicos, para tratar tipos concretos de dolor y/o mejorar algunos síntomas asociados al dolor.

Los más utilizados son: antidepresivos, neurolépticos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, esteroides y calcitonina.

ANTIDEPRESIVOS

Se trata, sin duda, de los coadyuvantes más útiles y más empleados. Los que más frecuentemente utilizamos son: **amitriptilina, clorimipramina, doxepina, maprotilina y trazodona**; éste último no es del grupo de los tricíclicos y tiene menos efectos secundarios.

Se utilizan principalmente porque:

Potencian los analgésicos y los opiáceos.

Mejoran el sueño nocturno.

En el dolor por desaferenciación o neuropático alivian principalmente el componente disestésico y urente.

Mejoran la depresión.

Bloquean la recaptación de las aminas neurotransmisoras como la serotonina, adrenalina, noradrenalina o dopamina, dependiendo del grupo químico al que pertenezcan. Esto potencia las vías descendentes inhibitoras de la nocicepción.

Poseen efecto estabilizador de membranas con lo que disminuyen las descargas neuronales espontáneas y la propagación de las mismas (mecanismo imperante en la etiología del dolor por desaferenciación ó neuropático).

Son anticolinérgicos potentes por lo cual pueden presentar efectos secundarios importantes.

Los más utilizados son:

Amitriptilina	10-75 mg por la noche
Imipramina	10-100 mg/24 h
Doxepina	50-150 mg/24 h
Mianserina	20-60 mg/24 h

NEUROLEPTICOS

La depresión general que estos fármacos ejercen sobre el sistema nervioso central, y muy especialmente en los sistemas dopaminérgicos, les proporciona efectos **sedantes, antieméticos y antipsicóticos**.

En el tratamiento del dolor los utilizaremos porque:

* Aprovechamos su efecto sedante para controlar o disminuir la ansiedad.

* Son antieméticos muy eficaces.

* En el caso de la levopromacina podemos aprovechar, además de los efectos mencionados, una cierta capacidad analgésica "per se".

Los más utilizados son:

Haloperidol	3-15 mg/24 h
Clorpromacina	25 mg/8 h
Levopromacina	7-10 mg/8 h

ANSIOLÍTICOS

En principio nos referimos a las benzodiazepinas que actúan potenciando al efecto inhibitor del GABA.

Se utilizan menos que los grupos anteriores, y suele ser en casos en los que:

Persiste ansiedad y/o insomnio a pesar de todos los fármacos anteriores.

Para aprovechar su efecto relajante muscular en casos de contracturas o espasmos musculares secundarios al dolor.

Tanto para combatir el insomnio como la ansiedad se tiende a utilizar las benzodicepinas de vida media corta evitando de éste modo los problemas de acumulación.

Tras la administración prolongada de estos fármacos se produce dependencia física. Si llega un momento en que ya no están indicados, deben suspenderse gradualmente.

Los efectos secundarios más frecuentes son ataxia, disartria, sedación excesiva y desorientación.

ANTICONVULSIVANTES

Los anticonvulsivantes actúan por efecto estabilizador de membranas y potenciando el efecto inhibitor del GABA.

Se utilizan especialmente para aliviar el dolor neuropático y en especial su componente lancinante y en descargas.

Los más utilizados son:

Carbamacepina	600 - 800 mg/24 h
Clonacepam	0,5 mg/8 h

ESTEROIDES

Se aprovecha principalmente su efecto **antiinflamatorio y antiedematoso e inhibidor de la liberación de prostaglandinas**. Mejoran el apetito, la astenia y el estado general.

En el dolor los utilizamos en:

- Las metástasis óseas en las que suelen estar aumentadas la síntesis y liberación de prostaglandinas. Los corticoides impedirían la liberación.
- La hepatomegalia dolorosa por metástasis hepáticas porque la disminuyen
- La hipertensión intracraneal provocada por procesos expansivos intracraneales porque la disminuyen.
- La compresión/infiltración de estructuras nerviosas.

Habitualmente se utiliza:

Dexametasona	6-36 mg/24 h
---------------------	--------------

CALCITONINA

La calcitonina ha demostrado tener una gran eficacia en el dolor por metástasis óseas, sin que se conozca claramente en que se fundamente éste efecto analgésico.

Se piensa que es un efecto indirecto por disminución de la reabsorción osteoclástica en los focos de infiltración ósea.

Se le atribuye un cierto efecto analgésico directo que pudiera deberse a la liberación de Betaendorfinas o a la potenciación directa de las vías antinociceptivas.

Utilizamos:

--	--

CALCITONINA inh.	100 UI/24 h ciclo de 10 días.
-------------------------	-------------------------------

índice 

CONCLUSIÓN

La terapéutica racional del dolor implica que el médico realice una selección adecuada del medicamento teniendo en cuenta los criterios de utilización crónica o aguda así como la patología previa del paciente y la presencia de otros fármacos que puedan provocar interacciones

índice 

ANALGÉSICOS NO OPIÁCEOS

CLASIFICACIÓN	PRINCIPIO ACTIVO	DDD (mg)	COSTE/Tº DE LA DDD
Derivados del PARAAMINOFENOL	PARACETAMOL	3000 (o)	34
		3000 (r)	86
Derivados del PIRAZOL	METAMIZOL (DIPIRONA)	3000 (o)	57
		3000 (r)	70
		3000 (p)	38
	FENILBUTAZONA	300 (o)	166
		300 (r)	175
	* FEPRAZONA	600 (o)	25
		600-900 (r)	41-62
	* NIFENAZONA	500-1500 (o)	17-50
Derivados del OXICAM	** DROXICAM	20 (o)	87
	PIROXICAM	20 (o)	40
		20 (r)	42
	TENOXICAM	20 (o)	72
		20 (r)	78
Derivados del ÁCIDO SALICÍLICO	ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO	3000 (o)	30
		3000 (r)	89
	ACETIL SALICILATO DE LISINA	3000 (o)	40
		1000 (p)	35
	BENORILATO	3000 (o)	31
	DIFLUNISAL	750 (o)	61

	* ETERSALATO	3000-6000 (o)	51-103
	* FOSFOSAL	3600 (o)	81
	* SALSALATO	1500-4000 (o)	66-177
Derivados del ÁCIDO ACÉTICO	* ACECLOFENACO	200 (o)	122
	* ACEMETACINA	60-180 (o)	45-134
	DICLOFENACO	100 (o)	24
		100 (r)	33
		100 (p)	39
	* FENTIAZAC	100-400 (o)	13-53
	* GLUCAMETACINA	280-560 (o)	64-128
	INDOMETACINA	100 (o)	20
		100 (r)	18
		100 (p)	227
	NABUMETONA	1000 (o)	105
	* OXAMETACINA	600 (o)	161
	* PROGLUMETACINA	150-300 (o)	33-65
	SULINDAL	400 (o)	74
TOLMETIN	700 (o)	61	
Derivados del ÁCIDO PROPIONICO	ÁCIDO TIAPROFÉNICO	600 (o)	80
	* BUTIBUFENO	1000 (o)	86
	FENBUFENO	600 (o)	52
	FLURBIPROFENO	200 (o)	85
		200 (r)	96
	IBUPROFENO	1200 (o)	45
		1200 (r)	58
	* IBUPROXAM	800-1600 (o)	56-111
		500-1000 (r)	42-84
	KETOPROFENO	150 (o)	37
		150 (r)	42
		150 (p)	80
	KETOROLACO	30 (o)	226
		30 (p)	292
NAPROXENO	500 (o)	37	
	500 (r)	41	
	* 500-1000 (p)	102-205	
Derivados del ÁCIDO ANTRANÍLICO	* ÁCIDO MECLOFENÁMICO	300 (o)	90
	ÁCIDO MEFENÁMICO	1000 (o)	52
		*1500 (r)	64

	ÁCIDO NIFLÚMICO	750 (o)	55
	FLOCTAFENINA	1000 (o)	83
OTROS	*CLONIXINATO DE LISINA	375-1200 (o)	56-180
		300-1200 (p)	107-426
		600-800 (r)	101-135
	*ISONIXINA	600-2400 (o)	46-185
		800-2400 (r)	84-253
	*NEFOPAM	90-270 (o)	80-239

índice 

ANALGÉSICOS OPIÁCEOS

CLASIFICACIÓN	PRINCIPIO ACTIVO	DDD (mg)	COSTE/T° DE LA DDD
OPIÁCEOS DÉBILES	DEXTROPROPOXIFENO	300 (o)	70
	* DIHIDROCODEINA	120-240 (o)	51-102
	TRAMADOL	300 (o)	327
		300 (p)	695
		300 (r)	328
OPIÁCEOS POTENTES Agonistas puros	MORFINA	100 (o)	230
		30 (p)	74
	METADONA	25 (o)	36
		25 (p)	74
	MEPERIDINA	400 (p)	672
	TILIDINA	200 (o)	71
	Agonistas parciales	BUPRENORFINA	1,2 (p)
1,2 (sl)			509
Agonistas - Antagonistas	PENTAZOCINA	200 (o)	139
		200 (p)	253
		*200 (r)	137

o= Vía oral

p= Vía parenteral

r= Vía rectal

sl= vía sublingual

* Dosis recomendada por la literatura consultada

** Las especialidades que contienen droxicam están en suspensión temporal

[índice](#) 

FINASTERIDE (PROSCAR[®])

A partir del 20 de setiembre ha dejado de tener la calificación de Diagnóstico Hospitalario por lo que no precisa visado de Inspección previo a su dispensación. (BIT vol. 2 nº 5. 1994)

[Subir](#)

[Búsquedas](#)

[Sumario](#)

[Inicio](#)

[e-mail](#)