

## FICHA TÉCNICA

### METOJECT SOLUCIÓN INYECTABLE 20 mg/0,4 mL

<b>N° REGISTRO ISP</b>	F-19159/16
<b>COMPOSICIÓN CUALI-CUANTITATIVA</b>	Una jeringa prellenada de con 0,2 mL contiene 10 mg de metotrexato (50 mg/mL). Excipientes: cloruro de sodio, hidróxido de sodio, y agua para inyectables.
<b>FORMA FARMACÉUTICA</b>	Solución inyectable clara de color café – amarillento en jeringa prellenada
<b>PERIODO DE EFICACIA</b>	24 meses
<b>VÍA DE ADMINISTRACIÓN</b>	Subcutánea
<b>CLASIFICACIÓN TERAPÉUTICA</b>	Análogos del ácido fólico
<b>CONDICIONES DE ALMACENAMIENTO</b>	Almacenar a no más de 25°C
<b>DESCRIPCIÓN DEL ENVASE</b>	Estuche que contiene en su interior una jeringa prellenada de vidrio incoloro tipo I USP graduada con y sin adaptador para la aguja de inyección, protegida con caperuza elastomérica, cilindro del émbolo de clorobutilo (tipo I) y varilla de poliestireno inserta en el cilindro para formar émbolo de la jeringa.
<b>INDICACIONES</b>	<p>Metoject está indicado en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El metotrexato se usa en el tratamiento de casos seleccionados de artritis severas, confirmadas por consultas reumatológicas y que no responden a otras formas de terapias.</li> <li>• Tratamientos de formas severas poliartríticas, artritis ideopática juvenil activa, cuando la respuesta a antiinflamatorios no-esteroidales es inadecuada.</li> <li>• Control sintomático de psoriasis severa, refractaria e incapacitante, que no responde adecuadamente a otras formas de tratamiento, pero sólo cuando se ha establecido el diagnóstico por biopsia y/o después de una consulta dermatológica.</li> </ul>
<b>POSOLOGÍA Y ADMINISTRACIÓN</b>	Metoject se administra 1 vez a la semana por vía subcutánea. El paciente deberá ser informado explícitamente acerca de la administración semanal de Metoject, y deberá elegir el día más apropiado para la aplicación.

La eliminación de Metotrexato se reduce en pacientes con un tercer espacio de distribución (ascitis, derrame pleural). Estos pacientes requieren especial cuidado monitoreando su toxicidad, y reducción de la dosis, o en algunos casos, discontinuación de la administración de Metotrexato.

**Posología en pacientes con artritis reumatoidea:**

La dosis inicial recomendada es de 7,5 mg de Metotrexato 1 vez a la semana, administrados por vía subcutánea. Dependiendo de actividad individual de la enfermedad y de la tolerabilidad del paciente, la dosis inicial puede ser aumentada gradualmente en 2,5 mg semanales. No se debe exceder una dosis semanal de 25 mg. Sin embargo, dosis superiores a 20 mg/semana se asocian con un aumento significativo de la toxicidad, especialmente la supresión de la médula ósea. La respuesta al tratamiento es esperable después de 4 a 8 semanas de administración de Metoject. Una vez alcanzado el resultado terapéuticamente deseado, habrá que reducir la dosis progresivamente hasta la dosis eficaz de mantenimiento lo más baja posible.

**Posología en niños y adolescentes menores de 16 años con formas poliartriticas de artritis idiopática juvenil:**

La dosis recomendada es de 10 – 15 mg/m<sup>2</sup> área superficie corporal (BSA) 1 vez a la semana. En casos de terapias refractarias la dosis semanal debe aumentarse sobre los 20 mg/m<sup>2</sup> BSA 1 vez a la semana. Sin embargo, si la dosis se aumenta, se deberá aumentar la frecuencia de monitoreo.

Los pacientes con AIJ siempre deben ser derivados a un especialista en reumatología en el tratamiento de niños/adolescentes.

No se recomienda el uso en niños < 3 años, ya que no hay suficiente información clínica sobre su eficacia y seguridad en esa población.

**Posología en tratamiento sintomático de psoriasis:**

Se recomienda administrar una dosis de prueba de 5 – 10 mg por vía parenteral una semana antes de comenzar la terapia para detectar reacciones adversas de idiosincrasia. La dosis inicial recomendada es de 7,5 mg de Metotrexato 1 vez a la semana, administrados por vía subcutánea. La dosis inicial puede ser aumentada gradualmente, pero sin exceder, en general, una dosis semanal de 25 mg. Dosis que exceden los ≥20 mg semanales pueden asociarse con un significativo aumento de toxicidad, especialmente, supresión medular. La respuesta al tratamiento es esperable después de 2 a 6 semanas de administración de Metoject. Una vez alcanzado el resultado deseado, habrá que reducir la dosis progresivamente hasta la dosis eficaz de mantenimiento lo más baja posible.

La dosis debe aumentarse según necesidad, pero en general sin exceder 25 mg semanales. En algunos pocos casos excepcionales, se

	<p>justifica una dosis mayor, pero que no exceda los 30 mg, porque la toxicidad aumenta marcadamente.</p> <p><b>Pacientes con insuficiencia renal:</b>          Metoject debe usarse con precaución en pacientes con función renal dañada. La dosis debe ajustarse como se indica:</p> <table> <tr> <td>Clearance creatinina (mL/min)</td><td>Dosis</td></tr> <tr> <td>&gt; 50</td><td>100 %</td></tr> <tr> <td>20 – 50</td><td>50 %</td></tr> <tr> <td>&lt; 20</td><td>No administrar Metoject</td></tr> </table> <p><b>Pacientes con insuficiencia hepática:</b>          Metoject debe ser administrado con mucho cuidado, sólo si es estrictamente necesario, en todos los casos de pacientes con enfermedad hepática actual o anterior, especialmente si es debido al uso de alcohol. Si la bilirrubina es &gt; 5 mg/dL (85,5 µmol/L), Metotrexato está contraindicado.</p> <p><b>Uso en pacientes ancianos:</b>          Se debe considerar una reducción de la dosis debido a la disminución de las funciones hepática y renal, y por la disminución de las reservas de folatos común en personas ancianas.</p> <p><b>Uso en pacientes con un tercer espacio de distribución (ascitis, derrame pleural):</b>          Como la vida media del Metotrexato puede prolongarse hasta 4 veces su valor en pacientes que tienen un tercer espacio de distribución, la dosis debe disminuirse o discontinuar el tratamiento.</p> <p><b>Duración y método de administración.</b>          El medicamento es para un solo uso. Metoject se administra por vía subcutánea.          La duración del tratamiento es decisión del médico tratante.          Nota: Si cambia de administración oral a parenteral, debe reducir la dosis por el cambio de biodisponibilidad.          Se debe considerar la administración de suplementos de ácido fólico.</p>	Clearance creatinina (mL/min)	Dosis	> 50	100 %	20 – 50	50 %	< 20	No administrar Metoject
Clearance creatinina (mL/min)	Dosis								
> 50	100 %								
20 – 50	50 %								
< 20	No administrar Metoject								
<b>CONTRAINDICACIONES</b>	<p>Metoject está contraindicado en caso de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hipersensibilidad al Metotrexato o a cualquiera de los excipientes</li> <li>-Insuficiencia hepática</li> <li>-Abuso de alcohol</li> <li>-Insuficiencia renal severa (Clearance creatinina menor de 20 mL/min)</li> <li>-Discrasias sanguíneas pre-existentes, como hipoplasia medular, leucopenia, trombocitopenia o anemia significativa</li> <li>-Infecciones crónicas o agudas serias, como tuberculosis, HIV u otros síndromes de inmunodeficiencia</li> <li>-Úlceras de la cavidad oral y enfermedad ulcerosa gastrointestinal</li> </ul>								

	<p>-Embarazo, lactancia</p> <p>-Vacunación concurrente con vacunas de microorganismos vivos o atenuados.</p>
<b>PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS</b>	<p>Los pacientes deben ser claramente informados de que la terapia se aplica 1 vez por semana y no todos los días.</p> <p>Los pacientes en terapia deben ser sometidos a una apropiada supervisión para detectar posibles efectos de reacciones adversas. Por lo tanto, Metotrexato debe administrarse sólo bajo supervisión médica de profesionales que conozcan y tengan experiencia con el uso de antimetabolitos. Debido a la posibilidad de reacciones severas e incluso mortales, el paciente debe ser completamente informado por su médico de los riesgos que envuelve esta terapia y de las medidas de seguridad para evitarlas.</p> <p>El uso en niños &lt; 3 años no está recomendado porque existe insuficiente información clínica de eficacia y seguridad en esa población.</p> <p><b>Exámenes recomendados y medidas de seguridad.</b></p> <p>Antes de comenzar o restaurar la terapia con Metotrexato tras un periodo de reposo:</p> <p>Hemograma completo con fórmula leucocitaria y recuento de plaquetas, enzimas hepáticas, bilirrubina, albúmina sérica, radiografía de tórax y pruebas de función renal. Si está clínicamente indicado, descartar tuberculosis y hepatitis.</p> <p><b>Durante el tratamiento (como mínimo una vez al mes durante los primeros 6 meses y después cada 3 meses):</b></p> <p>Debe considerarse un aumento en la frecuencia de monitoreo si la dosis se aumenta.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Examen de la boca para detectar cambios en la mucosa oral.</li> <li>2. Hemograma completo con fórmula leucocitaria y recuento de plaquetas: La supresión hematopoyética causada por el Metotrexato puede presentarse de forma súbita y con dosis aparentemente seguras. Cualquier disminución severa en el número de células blancas o plaquetas obliga a una suspensión inmediata del medicamento y un tratamiento de soporte adecuado. Los pacientes deben ser advertidos para que informen cualquier signo o síntoma indicativo de infección. Los pacientes que reciben simultáneamente otros medicamentos hematotóxicos (ej.: leflunomida) deben ser cuidadosamente monitorizados con hemogramas y recuentos de plaquetas.</li> <li>3. Pruebas de función hepática: Debe prestarse especial atención a la aparición de toxicidad hepática. El tratamiento no debe ser instaurado o debe suspenderse si se presenta o desarrolla durante el tratamiento cualquier alteración en las pruebas de función hepática o en la biopsia hepática. Tales anomalías deberían volver a la normalidad en 2 semanas, después de las cuales el tratamiento puede ser reinstaurado a criterio médico. No hay evidencia que apoye la realización de una</li> </ol>

biopsia hepática para monitorizar la toxicidad hepática en los pacientes con enfermedades reumatológicas. La necesidad de biopsia hepática, antes y durante el tratamiento, para los pacientes con psoriasis debe ser evaluada. Se necesita más investigación para establecer si las pruebas de serie química del hígado o del propéptido de colágeno TIPO III pueden detectar hepatotoxicidad.

La evaluación debe ser caso a caso y diferenciar entre pacientes sin factores de riesgo y pacientes con factores de riesgo, tales como antecedentes de consumo de alcohol excesivo, elevación persistente de las enzimas hepáticas, historia de enfermedad hepática, historia familiar de enfermedades hepáticas hereditarias, diabetes mellitus, obesidad, e historia de exposición significativa a medicamentos o agentes hepatotóxicos y tratamiento prolongado con Metotrexato o dosis acumulativas de 1,5 g o más.

Control de las enzimas hepáticas en suero: Se han descrito aumentos pasajeros de las transaminasas 2 o 3 veces por encima del límite superior normal, con una frecuencia del 13 al 20 %. En el caso de un aumento constante de las enzimas hepáticas, deberá considerarse una reducción de la dosis o suspensión del tratamiento.

Debido a su potencial efecto tóxico sobre el hígado, no se deben administrar otros medicamentos hepatotóxicos durante el tratamiento con Metotrexato a menos que sea estrictamente necesario y se deberá evitar el consumo de alcohol. Debe realizarse un control de enzimas hepáticas más estricto en pacientes que tomen otros medicamentos hepatotóxicos o hematotóxicos simultáneamente (ej.: leflunomida).

4. La función renal deberá monitorizarse con pruebas de función renal y exámenes de orina: Como el Metotrexato se elimina principalmente por vía renal, en casos de insuficiencia renal se espera un aumento de las concentraciones séricas, que podrían dar origen a graves reacciones adversas.

Cuando exista la posibilidad de que haya un deterioro de la función renal (como en los ancianos), los controles deberán realizarse con mayor frecuencia. Esto debe tenerse en cuenta sobre todo cuando se administran fármacos concomitantemente que afectan la eliminación del Metotrexato, que producen una lesión renal (ej.: antiinflamatorios no esteroideos) o que tienen un potencial para alterar la hematopoyesis. También, la deshidratación puede intensificar la toxicidad de Metotrexato.

5. Evaluación del sistema respiratorio: Se debe estar atento frente a la aparición de síntomas de alteración de la función pulmonar, y si fuera necesario se deben realizar pruebas de función pulmonar. La afección pulmonar requiere un diagnóstico rápido y la suspensión del tratamiento con Metotrexato. Los síntomas pulmonares (especialmente tos seca y no productiva) o una neumonitis no específica, presentados durante el tratamiento con Metotrexato pueden ser indicativos de una lesión potencialmente peligrosa y requieren de la interrupción del tratamiento y una investigación cuidadosa. Aunque es clínicamente variable, el paciente típico con

enfermedad pulmonar inducida por Metotrexato, presenta fiebre, tos, disnea, hipoxemia, y un infiltrado en la exploración radiológica del tórax, siendo necesario descartar una infección. Esta lesión puede presentarse con cualquier dosificación.

Además, se ha notificado con metotrexato hemorragia alveolar pulmonar utilizado en indicaciones reumatológicas y relacionadas. Este acontecimiento, también, se puede asociar a vasculitis y otras comorbilidades. Cuando se sospeche de hemorragia alveolar pulmonar se deben considerar pruebas complementarias rápidas para confirmar el diagnóstico.

6. Debido a su efecto sobre el sistema inmunológico, el Metotrexato puede alterar la respuesta del organismo frente a vacunaciones y afectar los resultados de las pruebas inmunológicas: Se debe tener cuidado con la presencia de infecciones inactivas crónicas (ej.: herpes zóster, tuberculosis, hepatitis B o C) ante la posibilidad de que se produzca una activación. Además, no se deben administrar vacunas con microorganismos vivos.

En pacientes que reciben dosis bajas de Metotrexato pueden presentarse linfomas malignos, en cuyo caso el tratamiento deberá suspenderse. Cualquier signo de regresión espontánea del linfoma, requiere la iniciación de la terapia citotóxica.

La administración concomitante de antagonistas del ácido fólico, como sulfametoxazol/trimetoprima, ha sido reportada en raros casos como causa de pancitopenia megaloblástica.

La radiación, bajo el tratamiento con Metotrexato, puede inducir la reaparición de dermatitis y quemaduras de sol. Las lesiones psoriáticas pueden exacerbarse durante la radiación UV y con la administración de Metotrexato simultáneamente.

La eliminación de Metotrexato se reduce en pacientes con un 3° espacio de distribución (ascitis, derrame pleural). Estos pacientes requieren especial cuidado con la toxicidad, y necesitan reducción de la dosis o, en algunos casos, discontinuar el tratamiento. El derrame pleural y la ascitis deben ser drenados antes de iniciar el tratamiento.

Diarrea y estomatitis ulcerativa son efectos tóxicos y requieren la interrupción de la terapia, de otro modo, se puede producir enteritis hemorrágica y muerte por perforación intestinal.

Preparados con vitaminas y otros productos que contengan ácido fólico y/o ácido folínico y sus derivados pueden disminuir la efectividad de Metotrexato.

Para el tratamiento de psoriasis, Metotrexato debe ser restringido a psoriasis severa, recalcitrante y grave con respuesta no adecuada a otras formas de terapia, pero sólo cuando el diagnóstico ha sido establecido por biopsia y/o después de una consulta dermatológica.

Se han reportados encefalopatía/ leucoencefalopatía en pacientes oncológicos que reciben terapia con metotrexato y no puede ser excluido de la terapia con metotrexato en indicaciones no oncológicas.

	<p>Este medicamento contiene al menos 1 mmol de sodio (23 mg) por dosis, es decir, esencialmente "exento de sodio".</p> <p>Antes de administrar Metoject se debe confirmar que la paciente no esté embarazada. El Metotrexato causa embriotoxicidad, abortos y anomalías fetales en humanos. Durante el período de administración de Metotrexato los efectos sobre la espermatogénesis y la ovogénesis pueden producir una disminución de la fertilidad. Estos efectos parecen ser reversibles al suspender el tratamiento. Debe mantenerse una contracepción efectiva y segura en hombres y mujeres durante el tratamiento con Metotrexato y 6 meses después. Los posibles riesgos de efectos sobre la reproducción deben discutirse con los pacientes con potencial de tener hijos y sus parejas deben estar convenientemente informadas.</p>
<b>INTERACCIONES</b>	<p><b>Óxido nítrico</b></p> <p>El uso de óxido nítrico potencia el efecto del metotrexato sobre el folato, dando lugar a toxicidad en forma de mielosupresión imprevisible grave y estomatitis. Si bien este efecto se puede reducir mediante la administración de folinato cálcico, se debe evitar el uso concomitante.</p> <p><b>Alcohol, medicamentos hepatotóxicos, medicamentos hematotóxicos:</b></p> <p>La probabilidad que el Metotrexato tenga un efecto hepatotóxico aumenta con el consumo regular de alcohol y cuando se administran otros fármacos hepatotóxicos al mismo tiempo. Los pacientes que reciben tratamiento concomitante con fármacos hepatotóxicos (ej.: leflunomida) deberán ser controlados con especial atención. Lo mismo sucede en casos de administración simultánea de fármacos hematotóxicos (ej.: leflunomida, azatioprina, retinoides, sulfasalazina). La incidencia de pancitopenia y hepatotoxicidad pueden aumentar cuando se asocia leflunamida con Metotrexato.</p> <p>El tratamiento combinado de Metotrexato con retinoides como acitretin o etretinate aumenta el riesgo de hepatotoxicidad.</p> <p><b>Antibióticos orales:</b></p> <p>Antibióticos orales como tetraciclinas, cloranfenicol y antibióticos no absorbibles de amplio espectro pueden interferir con la circulación enterohepática, por inhibición de la flora intestinal o supresión del metabolismo bacteriano.</p> <p><b>Antibióticos:</b></p> <p>Los antibióticos como las penicilinas, glicopéptidos, sulfonamidas, ciprofloxacino y cefalotina pueden, en casos individuales, reducir el clearance del Metotrexato de forma que se puede producir un aumento de las concentraciones séricas del Metotrexato con toxicidad hematológica y gastrointestinal simultánea.</p>

**Medicamentos con alta unión a proteínas plasmáticas:**

Metotrexato se une a proteínas plasmáticas y puede ser desplazado por otras drogas que se unen a las proteínas plasmáticas, como salicilatos, hipoglicemiantes, diuréticos, sulfonamidas, difenilhidantoína, tetraciclinas, cloranfenicol y ácido p-aminobenzoico, y los agentes antiinflamatorios ácidos, quienes pueden aumentar la toxicidad si se usan concomitantemente.

**Probenecid, ácidos orgánicos débiles, pirazoles y agentes antiinflamatorios no esteroideos.**

El Probenecid, los ácidos orgánicos débiles como los diuréticos de asa y los pirazoles (fenilbutazona) pueden reducir la eliminación del Metotrexato y provocar así un aumento de la concentración sérica induciendo una toxicidad hematológica más alta. También hay una posibilidad de aumento de toxicidad cuando se combinan bajas dosis de Metotrexato con medicamentos antiinflamatorios no esteroideos o salicilatos.

**Medicamentos con reacciones adversas sobre la médula ósea:**

En caso de tratamientos con fármacos con reacciones adversas potenciales sobre la médula ósea (ej.: sulfonamidas, sulfametoxazol-trimetoprim, cloranfenicol, primetamina), deberá prestarse atención a la posibilidad de alteración importante de la hematopoyesis.

**Medicamentos que causan déficit de ácido fólico:**

La administración concomitante de productos que provocan un déficit de ácido fólico (ej.: sulfonamidas, sulfametoxazol-trimetoprim) puede provocar un aumento de la toxicidad de Metotrexato. Por lo tanto, se aconseja tener especial precaución en presencia de un déficit de ácido fólico.

**Medicamentos que contienen ácido fólico o ácido folínico:**

Los preparados con vitaminas u otros productos que contienen ácido fólico, ácido folínico y sus derivados pueden disminuir la efectividad de Metotrexato.

**Otros medicamentos antirreumáticos:**

Por lo general, no se esperan aumentos de los efectos tóxicos del Metotrexato cuando se administra simultáneamente con otros fármacos antirreumáticos (ej.: sales de oro, penicilamina, hidroxiclороquina, sulfasalazina, azatioprina, ciclosporina).

**Sulfasalazina:**

La combinación de Metotrexato y Sulfasalazina puede provocar un aumento de la eficacia de Metotrexato, sin embargo, junto con esto puede haber un aumento de las reacciones adversas debido a la inhibición del ácido fólico por parte de la Sulfasalazina. No obstante,



	<p>estas reacciones adversas únicamente se han observado en poquísimos casos aislados.</p> <p><b>Mercaptopurina:</b> Metotrexato aumenta los niveles plasmáticos de Mercaptopurina. La combinación de Metotrexato y Mercaptopurina requiere de ajuste de dosis.</p> <p><b>Inhibidores de la bomba de protones:</b> La administración concomitante de inhibidores de la bomba de protones como Omeprazol o Pantoprazol, puede dar lugar a interacciones. La administración de Metotrexato con Omeprazol ha provocado un retraso en la eliminación renal del Metotrexato. La administración de Metotrexato con Pantoprazol inhibió la eliminación renal del metabolito 7-hidroximetotrexato, habiéndose comunicado un caso con síntomas de mialgias y escalofríos.</p> <p><b>Teofilina:</b> Metotrexato puede disminuir el Clearance de Teofilina, por lo que los niveles de Teofilina deben ser monitoreados cuando se administran estas 2 drogas juntas.</p> <p><b>Bebidas que contengan cafeína o teofilina:</b> Un consumo excesivo de bebidas que contengan cafeína o teofilina (café, refrescos con cafeína, té negro) deben evitarse durante el tratamiento con Metotrexato.</p>
<b>EMBARAZO Y LACTANCIA</b>	<p><b>Embarazo</b> Metotrexato está contraindicado durante el embarazo. En estudios con animales, el metotrexato ha mostrado toxicidad sobre la reproducción especialmente durante el primer trimestre. Se ha visto que el Metotrexato es teratogénico para los humanos; se ha informado que causa muerte fetal y/o anomalías congénitas. La exposición de un número limitado de mujeres gestantes (42) a la droga mostró una mayor incidencia (1:14) de malformaciones (craneales, cardiovasculares y de las extremidades). Cuando se suspende la administración de Metotrexato antes de la concepción, se ha demostrado que los embarazos son normales. Durante el tratamiento con Metotrexato las mujeres NO deben quedar embarazadas. Las mujeres que queden embarazadas durante el tratamiento, deben solicitar consejo médico acerca del riesgo de reacciones adversas para el niño. Por lo tanto, los pacientes en edad sexualmente madura (mujeres y hombres) deben utilizar un método anticonceptivo eficaz durante el tratamiento con Metoject y por lo menos 6 meses después.</p>

	<p>En las mujeres en edad de procrear, cualquier embarazo existente debe ser excluido con certeza mediante la adopción de medidas apropiadas, por ejemplo, prueba de embarazo, antes de iniciar la terapia.</p> <p><b>Lactancia</b> El Metotrexato se excreta por la leche materna en concentraciones suficientes para que exista riesgo para el lactante, por lo que se debe interrumpir la lactancia materna antes y durante la administración del fármaco.</p>
<b>REACCIONES ADVERSAS</b>	<p>Las reacciones adversas más frecuentes son la supresión del sistema hematopoyético y las lesiones gastrointestinales. Se ha utilizado el siguiente criterio para clasificar las reacciones adversas en relación a su frecuencia de aparición: Muy frecuentes: efectos adversos que ocurren en más de 1 de 10 pacientes. Frecuentes: efectos adversos que ocurren en menos de 1 de 10 pacientes, pero en más de 1 de 100 pacientes. Poco frecuentes: efectos adversos que ocurren en menos de 1 de 100 pacientes, pero en más de 1 de 1.000 pacientes. Raros: efectos adversos que ocurren en menos de 1 de 1.000 pacientes, pero en más de 1 de 10.000 pacientes. Muy raros: efectos adversos que ocurren en menos de 1 de 10.000 pacientes. Desconocidas: efectos adversos que no pueden ser estimadas con los datos disponibles.</p> <p><b>Trastornos gastrointestinales</b> Muy frecuentes: estomatitis, dispepsia, náuseas, pérdida del apetito. Frecuentes: úlceras orales, diarrea Poco frecuentes: faringitis, enteritis, vómitos Raros: úlceras gastrointestinales Muy raros: hematemesis, hematorrea.</p> <p><b>Trastornos de la piel y tejido subcutáneo</b> Frecuentes: exantema, eritema, prurito Poco frecuentes: fotosensibilización, caída del cabello, aumento de los nódulos reumáticos, herpes zoster, vasculitis, erupciones herpetiformes de la piel, urticaria Raros: aumento de la pigmentación, acné, equimosis. Muy raros: síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica (síndrome de Lyell), aumento de las alteraciones pigmentarias de las uñas, paroniquia aguda, forunculosis, telangiectasia.</p>

**Trastornos generales y del sitio de aplicación**

Raros: reacciones alérgicas, shock anafiláctico, vasculitis alérgica, fiebre, conjuntivitis, infecciones, sepsis, trastornos en la cicatrización de las heridas, hipogammaglobulinemia.

Muy raros: daño local (formación de abscesos estériles, lipodistrofia) del sitio de inyección después de la administración intramuscular o subcutánea.

Desconocidas: Astenia, necrosis en la zona de inyección

**Trastornos del metabolismo y nutrición**

Poco frecuentes: precipitación de diabetes mellitus.

**Trastornos del sistema nervioso**

Frecuentes: cefaleas, cansancio, somnolencia

Poco frecuentes: mareos, confusión, depresión

Muy raros: alteraciones de la visión, dolor, astenia muscular o parestesias en las extremidades, alteraciones en el sentido del gusto (sabor metálico), convulsiones, meningismo, parálisis.

Desconocidas: Encefalopatía/leucoencefalopatía.

**Trastornos oculares**

Raros: alteraciones visuales

Muy raros: retinopatía.

**Trastornos hepatobiliares**

Muy frecuentes: aumento de las transaminasas

Poco frecuentes: cirrosis, fibrosis y degeneración grasa del hígado, disminución de albúmina sérica

Raros: hepatitis aguda

Muy raros: falla hepática.

**Trastornos cardíacos**

Raros: pericarditis, derrame pericárdico, taponamiento pericárdico.

**Trastornos vasculares**

Raros: hipotensión, eventos tromboembólicos.

**Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos**

Frecuentes: neumonía, alveolitis intersticial / neumonitis asociada a eosinofilia. Los síntomas que indican una potencial lesión pulmonar grave (neumonitis intersticial) son: tos seca no productiva, respiración cortada y fiebre

Raros: fibrosis pulmonar, neumonía por *Pneumocystis carinii*, respiración cortada, asma bronquial, derrame pleural.

Desconocidas: Epistaxis, hemorragia alveolar pulmonar.

	<p><b>Trastornos sanguíneos y del sistema linfático</b>  Frecuentes: leucopenia, anemia, trombopenia  Poco frecuentes: pancitopenia  Muy raros: agranulocitosis, depresión de la médula ósea severa.  Desconocidas: Eosinofilia</p> <p><b>Trastornos del sistema renal y urinario</b>  Poco frecuentes: inflamación y ulceración de la vejiga, deterioro renal, alteraciones en las micciones  Raros: falla renal, oliguria, anuria, alteraciones electrolíticas.  Desconocidas: Proteinuria</p> <p><b>Trastornos del sistema reproductor y lactancia</b>  Poco frecuentes: inflamación y ulceración de la vagina  Muy raros: disminución de la libido, impotencia, ginecomastia, oligospermia, amenorrea, descarga vaginal.</p> <p><b>Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo</b>  Poco frecuentes: artralgia, mialgia, osteoporosis.  Desconocidas: Osteonecrosis mandibular (secundaria a trastornos linfoproliferativos).</p> <p><b>Neoplasias benignas, malignas e inespecíficas</b> (incluyendo quistes y pólipos)  Muy raros: se han reportado algunos casos de linfoma, algunos de los cuales remitieron al discontinuar el tratamiento con Metotrexato. En un estudio reciente, no se pudo establecer que la terapia con Metotrexato aumente la incidencia de linfomas.</p> <p>La aparición y el grado de severidad de las reacciones adversas dependen de la posología y frecuencia de administración. Sin embargo, puesto que se pueden producir reacciones adversas graves, incluso con dosis bajas, es indispensable que el médico tratante controle constante y periódicamente a sus pacientes.  Cuando se administra Metotrexato por vía intramuscular se pueden producir reacciones adversas locales (sensación de quemazón) o lesiones (formación de abscesos estériles, destrucción del tejido graso) en el lugar de la inyección.</p>
<b>SOBREDOSIS</b>	<p><b>Síntomas de sobredosis:</b>  La toxicidad del Metotrexato afecta principalmente al sistema hematopoyético.</p>

	<p><b>Medidas terapéuticas en caso de sobredosis:</b></p> <p>El folinato cálcico es el antídoto específico para neutralizar las reacciones adversas tóxicas del Metotrexato.</p> <p>En casos de sobredosis accidental, debe administrarse una dosis intravenosa o intramuscular de folinato cálcico igual o mayor que la dosis recibida de Metotrexato en el plazo de 1 hora y continuar su administración hasta que los niveles séricos del Metotrexato sean inferiores a <math>10^{-7}</math> mol/L.</p> <p>En casos de sobredosis masiva, puede ser necesaria la hidratación y la alcalinización de la orina para prevenir la precipitación del metotrexato y/o sus metabolitos en los túbulos renales.</p> <p>Ni la hemodiálisis ni la diálisis peritoneal han demostrado mejorar la eliminación del metotrexato. Se ha reportado que el Clearance efectivo de Metotrexato se realiza con un dializador de alto flujo intermitentemente.</p>
<p><b>PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS</b></p>	<p><b>Propiedades farmacodinámicas:</b></p> <p>Fármaco antirreumático para el tratamiento de enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas y formas poliartríticas de la artritis idiopática juvenil.</p> <p>El Metotrexato es un antagonista del ácido fólico que pertenece a la clase de fármacos citotóxicos conocida como antimetabolitos. Actúa por inhibición competitiva de la enzima dihidrofolato reductasa inhibiendo así la síntesis de ADN. Todavía no se ha aclarado si la eficacia del Metotrexato en el tratamiento de la psoriasis, artritis psoriática y la poliartritis crónica se debe a un efecto antiinflamatorio o inmunosupresor y hasta qué punto el aumento de la concentración de adenosina extracelular inducida por el Metotrexato en los lugares inflamados contribuye a estos efectos.</p> <p><b>Propiedades farmacocinéticas:</b></p> <p>La biodisponibilidad de la inyección subcutánea es casi 100%.</p> <p>Aproximadamente el 50% del Metotrexato está unido a proteínas plasmáticas. Después de su distribución por los tejidos corporales, se encuentran concentraciones altas en forma de poliglutamatos en particular en el hígado, riñones y bazo, que se pueden mantener durante semanas o meses.</p> <p>Cuando se administran dosis pequeñas, el Metotrexato pasa a los líquidos orgánicos en cantidades mínimas. La vida media terminal alcanza un promedio de 6 a 7 horas y muestra variaciones considerables (3 a 17 horas). La vida media se puede alargar hasta 4 veces su duración normal en pacientes con distribución a un tercer espacio (derrame pleural, ascitis).</p> <p>Aproximadamente, el 10 % de la dosis de Metotrexato administrada se metaboliza intrahepáticamente. El principal metabolito es 7-hidroximetotrexato.</p>

	<p>La excreción se produce principalmente en forma de producto sin modificar, fundamentalmente por vía renal mediante filtración glomerular y secreción activa en el túbulo proximal. Aproximadamente, el 5 – 20 % del Metotrexato y el 1 – 5 % del 7-hidroximetotrexato se eliminan por vía biliar. Existe un flujo sanguíneo enterohepático importante.</p> <p>En caso de insuficiencia renal, la eliminación se retrasa en forma importante.</p> <p>Se desconocen las alteraciones de la eliminación en casos de insuficiencia hepática.</p> <p><b>Datos pre-clínicos sobre seguridad</b></p> <p>Los estudios en animales demuestran que el Metotrexato altera la fertilidad, es embriotóxico, fototóxico y teratogénico.</p> <p>El Metotrexato es mutagénico in vivo e in vitro.</p> <p>Los estudios de carcinogenicidad en roedores no indican una mayor incidencia de tumores.</p>
--	--



Q.F. Carolina Valenzuela M  
Directora Técnica  
Laboratorios Kampar S.A.