

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

MENOPUR 75 UI polvo y disolvente para solución inyectable.

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

2.1 Descripción general

Cada vial de polvo contiene menotropina altamente purificada (gonadotropina menopáusica humana, hMG alta pureza) correspondiente con actividad hormona folículo estimulante FSH y actividad hormona luteinizante LH. La gonadotropina coriónica humana (hCG), una hormona presente de forma natural en la orina de mujeres posmenopáusicas, es el principal contribuyente de la actividad LH de este medicamento.

2.2 Composición cualitativa y cuantitativa

Cada vial de polvo contiene menotropina equivalente a 75 UI de actividad FSH y 75 UI de actividad LH. Cada ml de solución reconstituida contiene 75 UI de FSH y LH. Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1.

3. FORMA FARMACÉUTICA

Polvo y disolvente para solución inyectable.

Apariencia del polvo: polvo liofilizado apelmazado blanco a grisáceo. Apariencia del disolvente: solución transparente incolora.

4. DATOS CLÍNICOS

4.1 Indicaciones terapéuticas

MENOPUR está indicado para el tratamiento de esterilidad en las siguientes situaciones clínicas:

- Esterilidad en mujeres con insuficiencia ovárica hipo o normogonadotrópica: estimulación del crecimiento folicular. Inducción de la ovulación, seguida o no de inseminación artificial (AI) (anovulación), incluyendo síndrome de ovario poliquístico (SOPQ) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.
- Técnicas de reproducción asistida (TRA) realizadas mediante hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples (p.ej. fecundación in vitro/ transferencia embrionaria (FIV/TE), transferencia intratubárica de gametos (GIFT) e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), etc.
- Esterilidad en hombres con hipogonadismo hipo o normogonadotrópico: en combinación con hCG para estimular la espermatogénesis.

4.2 Posología y forma de administración

4.2.1 Posología

Hay gran cantidad de variaciones interindividuales en la respuesta de los ovarios a gonadotropinas exógenas. Esto hace que sea imposible establecer una pauta uniforme de administración. Por lo tanto, la dosis deberá ajustarse individualmente dependiendo de la respuesta ovárica. Menopur puede administrarse sólo o en combinación con agonista o antagonista de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH). Las recomendaciones sobre dosificación y duración del tratamiento pueden cambiarse dependiendo del protocolo de tratamiento que se utilice.

Esterilidad en mujeres:

• Mujeres con anovulación (incluyendo SOPQ):

El objetivo del tratamiento con Menopur es desarrollar un único folículo de Graaf maduro desde el que el ovocito maduro se liberará después de la administración de gonadotropina coriónica (hCG).

El tratamiento con Menopur comenzará dentro de los 7 días iniciales del ciclo menstrual. La dosis inicial recomendada de Menopur es 75-150 UI diarias, que podrá mantenerse durante al menos 7 días. Basándose en la monitorización clínica (incluyendo sólo ecografía ovárica, o en combinación con determinaciones de niveles de estradiol) la dosis posterior se ajustará de acuerdo a la respuesta individual de la paciente. Los ajustes en las dosis no deberán realizarse más frecuentemente que una vez cada 7 días. El incremento de dosis recomendada es 37,5 UI por ajuste, y no deberá exceder 75 UI. La dosis máxima diaria no deberá ser mayor de 225 UI. Si una paciente no responde adecuadamente después de 4 semanas de tratamiento, se deberá abandonar el ciclo y la paciente volverá a comenzar el tratamiento con una dosis inicial mayor que la del ciclo interrumpido.

Cuando se obtenga una respuesta óptima, se administrará una inyección única de 5.000 a 10.000 UI de hCG, un día después de la última inyección de Menopur. Se recomienda a la paciente tener coitos el mismo día y el día siguiente a la administración de hCG. Se puede realizar inseminación intrauterina alternativamente. Si se obtuviera una respuesta excesiva al tratamiento con Menopur se deberá retirar y aplazar la administración de hCG (ver sección 4.4) y la paciente usará un método anticonceptivo o se abstendrá de tener coitos hasta que comience el siguiente ciclo menstrual.

Si se administra una dosis de hMG de alta pureza demasiado elevada a una determinada persona, la posterior administración de hCG puede provocar una hiperestimulación ovárica no deseada (ver secciones 4.9 y 4.8).

• Mujeres sometidas a hiperestimulación ovárica controlada para el desarrollo folicular múltiple en técnicas de reproducción asistida (TRA):

De acuerdo con los ensayos clínicos de Menopur que incluyen supresión con agonistas de GnRH, el tratamiento con Menopur deberá comenzar aproximadamente 2 semanas después de iniciar el tratamiento agonista. La dosis inicial recomendada de Menopur es 150-225 UI diariamente durante al menos los 5 primeros días de tratamiento. Basados en la monitorización clínica (incluyendo sólo ecografía ovárica o preferiblemente en combinación con determinaciones de niveles de estradiol) las dosis posteriores se deberán ajustar de acuerdo a la respuesta individual de la paciente, y no deberán exceder 150 UI por ajuste. La dosis máxima diaria administrada no deberá ser mayor de 450 UI y en la mayoría de los casos, no se recomienda la dosis durante más de 20 días.

En protocolos que no conlleven supresión con agonistas de GnRH, el tratamiento con Menopur deberá comenzar el día 2 ó 3 del ciclo menstrual. Se recomienda usar los intervalos y regímenes de dosis de administración sugeridos anteriormente para los protocolos bajo supresión con agonistas de GnRH.

Cuando un número adecuado de folículos hayan alcanzado un tamaño adecuado, se administrará una inyección única de hasta 10.000 UI de hCG para inducir la maduración folicular final previamente a la recuperación de los ovocitos. Se debe seguir un estrecho control de las pacientes durante al menos 2 semanas después de la administración de hCG. Si se obtiene una respuesta excesiva a Menopur el tratamiento deberá detenerse y no administrar hCG (ver sección 4.4), y las pacientes usarán métodos anticonceptivos de barrera o abstinencia hasta el comienzo del próximo ciclo menstrual.

Esterilidad en hombres:

Inicialmente, se administran 1.000-3.000 UI de hCG 3 veces a la semana hasta alcanzar un nivel sérico de testosterona normal. Después se administra una dosis adicional, por vía IM, de 75-150 UI de hMG de alta pureza 3 veces a la semana durante varios meses.

Población pediátrica

Menopur no debe utilizarse en la población pediátrica

4.2.2 Forma de administración

Menopur se administra vía subcutánea o intramuscular tras la reconstitución con el disolvente proporcionado (ver sección 6.6). La posología es idéntica para la administración subcutánea e intramuscular.

Precauciones que deben tomarse antes de manipular o administrar el medicamento

El tratamiento se iniciará bajo la supervisión de un médico con experiencia en el tratamiento de problemas de fertilidad.

Se deberá reconstituir el polvo inmediatamente antes de su uso. Para evitar inyecciones de grandes volúmenes se pueden disolver hasta 3 viales del polvo en 1 ml de disolvente proporcionado.

Se debe evitar agitar vigorosamente. No se debe utilizar la solución si contiene partículas o si no está transparente.

4.3 Contraindicaciones

Menopur está contraindicado en las siguientes situaciones:

Hipersensibilidad a la menotropina o a alguno de los excipientes.

En mujeres con:

- tumores en el área hipotálamo-hipofisiaria
- tumor en el útero, ovarios o mamas
- embarazo y lactancia
- hemorragia ginecológica de causa desconocida
- aumento de los ovarios o quistes ováricos no provocados por el síndrome del ovario poliquístico - en estas situaciones en las que el resultado del tratamiento raramente es favorable:
- fallo ovárico primario
- malformaciones de los órganos sexuales incompatibles con el embarazo - miomas uterinos incompatibles con el embarazo

En hombres:

- carcinoma de próstata
- tumores en los testículos

4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo

Menopur es una gonadotropina potente capaz de causar reacciones adversas de moderadas a graves, y sólo debe utilizarse bajo la supervisión de un médico especialista en problemas de fertilidad y su manejo.

El tratamiento con gonadotropinas requiere un cierto tiempo de dedicación a los médicos y profesionales de la salud, y citas para la monitorización de la respuesta ovárica por ecografía, sólo o preferiblemente en combinación con la medición de los niveles de estradiol sérico, regularmente. Puede existir un grado de variabilidad entre pacientes en la respuesta a la administración de menotropina, con una respuesta pobre a la menotropina en algunos pacientes. Se utilizará la dosis eficaz mínima en relación al objetivo del tratamiento.

La primera inyección de Menopur debe realizarse bajo supervisión médica directa.

Antes de comenzar el tratamiento, debe valorarse la infertilidad de las parejas, así como las posibles contraindicaciones para el embarazo. En particular, las pacientes deben evaluarse de hipotiroidismo, deficiencia adrenocortical, hiperprolactinemia y tumores de la hipófisis o del hipotálamo, y recibir el tratamiento específico apropiado.

Las pacientes en tratamiento de estimulación del crecimiento folicular, bien por infertilidad debida a ciclos anovuladores o bien dentro de técnicas de reproducción asistida, pueden presentar un agrandamiento de los ovarios o desarrollar una hiperestimulación. El cumplimiento de las recomendaciones de Menopur en cuanto a posología y pauta de administración, así como una monitorización adecuada durante el tratamiento, disminuirán la incidencia de dichos acontecimientos. Una interpretación correcta de los índices del desarrollo del folículo y maduración requiere un médico con experiencia en la interpretación de las pruebas relevantes.

Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO)

El SHO es una alteración clínica diferente del agrandamiento ovárico no complicado. El SHO es un síndrome que puede manifestarse según distintos grados de importancia o gravedad. Se produce un marcado compromiso local debido al agrandamiento del ovario, altos niveles séricos de esteroides sexuales y un incremento en la permeabilidad vascular, el cual puede conllevar una acumulación de líquidos en la cavidad peritoneal, pleural y más raramente en la pericárdica.

Se puede observar la sintomatología siguiente en casos graves de SHO: dolor abdominal, distensión abdominal, agrandamiento severo del ovario, ganancia de peso, disnea, oliguria y síntomas gastrointestinales que incluyen náuseas, vómitos y diarrea. La exploración clínica puede revelarernos hipovolemia, hemoconcentración, trastornos hidroelectrolíticos, ascitis, hemoperitoneo, derrame pleural, hidrotórax, distress respiratorio agudo y episodios tromboembólicos.

La respuesta excesiva del ovario al tratamiento con gonadotropinas puede dar lugar a veces a un SHO cuando se administre hCG para provocar la ovulación. Por lo tanto, en casos de hiperestimulación ovárica excesiva es prudente interrumpir la administración de hCG y advertir a la paciente que debe utilizar algún método barrera o abstinencia durante al menos cuatro días. El SHO puede progresar rápidamente (desde las 24 primeras horas a varios días) para llegar a instaurarse como un cuadro médico grave. Las pacientes deben permanecer en observación al menos durante dos semanas después de la administración de la hCG.

El cumplimiento de las recomendaciones de Menopur en cuanto a dosis, pauta de administración y monitorización del tratamiento disminuirá la incidencia de síndrome de hiperestimulación ovárica y embarazo múltiple (ver apartados 4.2 y 4.8). En TRA, la aspiración de todos los folículos antes de la ovulación puede reducir la incidencia de hiperestimulación ovárica.

El SHO puede ser más grave y más intenso si la paciente consigue el embarazo. Con mayor frecuencia, el SHO sucede después de interrumpir el tratamiento hormonal y alcanza su máximo alrededor de 7 a 10 días después de dicho cese. Usualmente, el SHO se resuelve espontáneamente con el inicio de una menstruación.

Si el SHO es grave, el tratamiento con gonadotropinas deberá interrumpirse, hospitalizar a la paciente y administrarle el tratamiento específico para esta patología.

Este síndrome tiene una mayor incidencia en pacientes con síndrome de ovario poliquístico.

Embarazo múltiple

El embarazo múltiple, especialmente el de alto grado, conlleva un incremento en el riesgo de acontecimientos adversos maternos y perinatales.

En pacientes bajo tratamiento de inducción de la ovulación con gonadotropinas, la incidencia de embarazos múltiples se incrementa con respecto a la concepción natural. La mayoría de los embarazos múltiples son gemelares. Para disminuir el riesgo de embarazo múltiple, es necesaria una monitorización cuidadosa de la respuesta ovárica.

En pacientes sometidas a TRA el riesgo de embarazo múltiple está relacionado principalmente con el número de embriones transferidos, su calidad y la edad de la paciente.

La paciente deberá ser advertida del riesgo potencial de nacimientos múltiples antes de comenzar el tratamiento.

Pérdida de embarazo

La incidencia de pérdida de embarazo por aborto es más alta en pacientes sometidas a estimulación del crecimiento folicular para inducción de la ovulación o TRA que en la población normal.

Embarazo ectópico

Las mujeres con historia de enfermedad tubárica tienen riesgo de embarazo ectópico, tanto si el embarazo se consigue espontáneamente o con tratamientos de fertilidad. La prevalencia de embarazo

ectópico después de FIV se sitúa alrededor del 2 al 5%, comparada con el 1 al 1,5 % de la población general.

Neoplasias del aparato reproductor

Se han notificado neoplasias de los ovarios o de otras zonas del aparato reproductor, tanto benignas como malignas, en mujeres que han sido sometidas a tratamientos de infertilidad con diferentes regímenes terapéuticos. Todavía no está establecido si el tratamiento con gonadotropinas incrementa el riesgo basal de estos tumores en mujeres infértiles.

Malformaciones congénitas

La prevalencia de malformaciones congénitas después de TRA puede ser ligeramente más alta que después de la concepción espontánea. Se piensa que esto puede ser debido a diferentes características parentales (edad materna, características del semen, etc.) y también a los embarazos múltiples.

Procesos tromboembólicos

Mujeres con factores de riesgo conocidos de enfermedad tromboembólica tales como historia personal o familiar, obesidad severa (Índice de Masa Corporal > 30 kg/m²) o trombofilia, pueden incrementar el riesgo de efectos tromboembólicos venosos o arteriales, durante o después del tratamiento con gonadotropinas. En estas mujeres, los beneficios de la administración de gonadotropinas necesitan ser evaluados frente a los riesgos. Debería tenerse en cuenta, que el embarazo por sí mismo también conlleva un incremento de riesgo de los procesos tromboembólicos.

Advertencias sobre excipientes

Este medicamento contiene menos de 1 mmol de sodio (23mg) por dosis, por lo que se considera esencialmente "exento de sodio".

4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

No se han realizado estudios de interacción fármaco/ fármaco con Menopur en humanos.

La hMG alta pureza se puede administrar conjuntamente con la hCG cuando se tratan hombres infértiles.

Aunque no hay experiencia clínica, se espera que el uso concomitante de Menopur y citrato de clomifeno pueda mejorar la respuesta folicular. Cuando se usa un agonista de GnRH para desensibilizar la hipófisis, puede ser necesaria una mayor dosis de Menopur para alcanzar una respuesta folicular adecuada.

4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia

Menopur no está indicado en ningún caso para tratar mujeres embarazadas o en periodo de lactancia (ver sección 4.3).

Hasta el momento, no se ha descrito ningún riesgo de teratogenicidad cuando se usaron clínicamente gonadotropinas para la hiperestimulación ovárica controlada. Los datos de exposición en mujeres embarazadas son insuficientes. Experimentos en animales no revelaron efectos teratogénicos.

4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas. Sin embargo, es muy raro que Menopur afecte a la capacidad de conducir y utilizar máquinas.

4.8 Reacciones adversas

Las reacciones adversas observadas más frecuentemente en el tratamiento de Menopur en los ensayos clínicos son dolor abdominal, dolor de cabeza, reacciones y dolor en el lugar de inyección con un índice de incidencia de hasta el 10 %.

A continuación se incluyen en la tabla las principales reacciones adversas en mujeres tratadas con Menopur en los ensayos clínicos, de acuerdo a la clasificación de órganos y a su frecuencia.

Clasificación de órganos	Frecuentes (>1/100, y < 1/10)
Trastornos del sistema nervioso	Cefalea
Trastornos gastrointestinales	Dolor abdominal, náuseas, plenitud abdominal
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	SHO, dolor pélvico
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Reacción en el lugar de inyección. Dolor en el lugar de inyección

Se han notificado síntomas gastrointestinales asociados con SHO tales como distensión y molestia abdominal, náuseas, vómitos y diarrea con Menopur en los ensayos clínicos. Pueden ocurrir como complicaciones raras de SHO, eventos tromboembólicos venosos y torsión ovárica.

Se han notificado casos muy raros de reacciones alérgicas, localizadas o generales, incluyendo reacción anafiláctica tras la inyección de Menopur.

4.9 Sobredosis

No se conocen los efectos de una sobredosis, sin embargo puede tener lugar el síndrome de hiperestimulación ovárica.

El tratamiento con hMG puede conducir a una hiperestimulación de los ovarios excesiva. Sin embargo, este hecho generalmente adquiere significación clínica relevante sólo tras la administración de hCG para inducir la ovulación (Ver apartado 4.8 Reacciones adversas).

Cuando el paciente presenta una ligera hiperestimulación (Nivel I) acompañada de un ligero aumento de los ovarios (tamaño del ovario 5-7 cm), secreción esteroidea excesiva y dolor abdominal, no es preciso aplicar ninguna terapia. Sin embargo, es necesario informar a la paciente y mantenerla estrechamente controlada.

Si la hiperestimulación alcanza el Nivel II, se encuentran presentes quistes ováricos (tamaño del ovario 8-10 cm), además de síntomas abdominales, náuseas y vómitos, entonces es preciso una supervisión clínica y tratamiento sintomático, y quizá sea necesario, si se encuentran concentraciones de hemoglobina elevadas, reemplazar el volumen por vía intravenosa.

Es absolutamente necesario hospitalizar a la paciente si se alcanza una hiperestimulación seria (Nivel III) con grandes quistes ováricos (tamaño del ovario superior a 10 cm) acompañada de ascitis, hidrotórax, abdomen aumentado, dolor abdominal, disnea, retención salina, aumento de la concentración de hemoglobina, aumento de la viscosidad sanguínea y agregación plaquetaria con riesgo de producir tromboembolismos.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: Gonadotropinas.

Código ATC: G03G A02.

La gonadotropina coriónica humana (hCG), una hormona natural presente en la orina de mujeres posmenopáusicas, está presente en Menopur y es el principal contribuyente de la actividad LH.

La menopropina, que contiene tanto actividad FSH como LH, induce el crecimiento folicular ovárico y desarrolla también la producción de esteroides gonadales en mujeres que no tienen fallo ovárico primario. La FSH es el principal factor de reclutamiento y desarrollo folicular en la foliculogénesis temprana, mientras que la LH es importante para la esteroidogénesis ovárica y está involucrada en los eventos fisiológicos que dan lugar al desarrollo de un folículo pre ovulatorio competente. El crecimiento folicular puede estimularse por FSH en ausencia total de LH, pero los folículos resultantes se

desarrollan anormalmente y están asociados con bajos niveles de estradiol e incapacidad para ser luteinizados, a pesar de estar sometidos a unos estímulos ovulatorios normales.

De acuerdo con la acción de la actividad LH en la mejora de la esteroidogénesis, los niveles de estradiol asociados al tratamiento con Menopur son mayores que con preparaciones FSH recombinantes en ciclos FIV/ICSI con supresión hipofisaria. Deberá considerarse esta propiedad cuando se monitoricen las respuestas de las pacientes basándose en los niveles de estradiol. No se observaron diferencias en los niveles de estradiol cuando se utilizaron protocolos de inducción de la ovulación a dosis bajas en pacientes anovuladoras.

La hMG alta pureza produce su efecto directamente en los ovarios y en los testículos. Tiene un efecto gametotrópico y esteroidogénico.

En los ovarios, el componente FSH de Menopur induce un aumento en el número de folículos en crecimiento y estimula su desarrollo. La FSH aumenta la producción de estradiol en las células de la granulosa por aromatización de los andrógenos que se originan en las células de la teca bajo la influencia del componente LH.

En los testículos, la FSH induce la transformación de las células de Sertoli inmaduras a maduras. Esto produce principalmente la maduración de los canales seminales y el desarrollo de los espermatozoides. Sin embargo, para ello es preciso una elevada concentración de andrógenos en los testículos, que tiene que conseguirse con un tratamiento previo utilizando hCG.

5.2 Propiedades farmacocinéticas

Se ha documentado el perfil farmacocinético de la FSH en MENOUPUR. Tras 7 días de dosis repetidas con 150 UI de Menopur en mujeres voluntarias sanas con supresión hipofisaria, las concentraciones máximas plasmáticas de FSH (línea basal-correctada) (media ±DE) fueron 8,9 ± 3,5 UI/L y 8,5 ± 3,2 UI/L tras la administración SC e IM, respectivamente. Las concentraciones máximas de FSH se alcanzan a las 7 horas tras inyección subcutánea o intramuscular. Tras la administración repetida, la vida media de eliminación de la FSH fue (media ± DE) de 30 ± 11 horas tras la administración SC y de 27 ± 9 horas tras la administración IM. Aunque la concentración individual de LH versus curvas en el tiempo muestren un incremento en la concentración de LH después de la administración con Menopur, los datos disponibles fueron demasiado escasos para ser objeto de un análisis farmacocinético. La menopropina se elimina principalmente por vía renal.

No se han investigado la farmacocinética de Menopur en pacientes con fallo renal o hepático.

5.3 Datos preclínicos sobre seguridad

Dada la amplia experiencia clínica con menopropina, los estudios de seguridad preclínica son limitados. No se conocen efectos tóxicos de la hMG alta pureza en humanos.

No existe evidencia de actividad teratogénica, mutagénica o carcinogénica de la hMG alta pureza. En casos aislados se pueden crear anticuerpos frente a la hMG alta pureza tras una administración cíclica repetida de ésta. En estos casos el tratamiento no es efectivo.

6. DATOS FARMACÉUTICOS

6.1 Lista de excipientes

Sustancia seca: Lactosa monohidrato, polisorbato 20, hidróxido de sodio, y ácido clorhídrico. Disolvente: Cloruro de sodio, ácido clorhídrico diluido, y agua para preparaciones inyectables.

6.2 Incompatibilidades

No se debe administrar Menopur en la misma inyección con otros productos, excepto las urofollitropinas (FSH de alta pureza) de Ferring, BRAVELLE. Los estudios han demostrado que la co-administración de Bravelle y Menopur no altera significativamente la bioactividad esperada.

6.3 Periodo de validez

3 años.

Para uso inmediato y único tras la reconstitución.

6.4 Precauciones especiales de conservación

No conservar a temperatura superior a 25 °C. No congelar. Conservar en el embalaje exterior para protegerlo de la luz.

6.5 Naturaleza y contenido del envase

Menopur 75 UI está disponible en los siguientes envases y tamaños:

Sustancia seca: Viales de vidrio incoloros de 2 ml (Tipo I) con tapones de goma cerrado con una capucha. Disolvente: Ampolla de vidrio incolora de 1 ml (Tipo I).

El producto se proporciona en envase de 1, 5 ó 10 viales con el correspondiente número de ampollas de disolvente

6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones

Reconstitución

El polvo se debe reconstituir sólo con el disolvente proporcionado antes de su empleo.

Ajustar la aguja de reconstitución a la jeringa. Retirar todo el contenido de la ampolla con el disolvente e inyectar el contenido total en el vial que contiene el polvo. El polvo se disolverá rápidamente formando una solución transparente. Si no, frotar el vial suavemente entre las manos hasta que la solución sea transparente. Se debe evitar agitar vigorosamente.

Si fuese necesario, la solución puede extraerse de nuevo en la jeringa para transferirla al siguiente vial con polvo hasta alcanzar la dosis prescrita. Se pueden disolver hasta tres viales de polvo en una ampolla de disolvente.

En caso de administrar conjuntamente Menopur y Bravelle no se mezclarán más de 3 viales de polvo de cualquiera de los medicamentos en un vial de disolvente.

Inyección

Cuando se alcance la dosis prescrita, extraer la solución mezclada del vial a la jeringa, cambiar la aguja hipodérmica y administrar inmediatamente.

No se debe utilizar la solución reconstituida si contiene partículas o si no está transparente.

Precauciones de eliminación

La eliminación del medicamento no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local.

7. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO

Octubre 2015

REPRESENTANTE EN URUGUAY: RINQUE PHARMA S.A.

Sanlúcar 1545 – CP 115000 – Montevideo, Uruguay

Telefax: 26000106

D.T.: Q.F. Lucía Muxí Aut.MSP Nº: 40768

ME62409-02