

INFORMACIÓN PARA EL PRESCRIPTOR

ELONVA®

Corifolitropina alfa

100 mcg/0,5 mL - 150 mcg/0,5 mL

Solución inyectable – Vía subcutánea

VENTA BAJO RECETA

FORMULA:

Cada jeringa prellenada de **ELONVA® 100 mcg/0,5 mL** contiene:

CORIFOLITROPINA ALFA*	100,00 mcg
Citrato de sodio dihidratado	3,68 mg
Sacarosa	35,0 mg
Polisorbato 20	0,10 mg
L-Metionina	0,25 mg
Hidróxido de sodio (para ajuste del pH)	c.s.p. pH 7,0
Ácido Clorhídrico (para ajuste del pH)	c.s.p. pH 7,0
Agua para inyectables	c.s.p. 0,50 mL

Cada jeringa prellenada de **ELONVA® 150 mcg/0,5 mL** contiene:

CORIFOLITROPINA ALFA*	150,00 mcg
Citrato de sodio dihidratado	3,68 mg
Sacarosa	35,0 mg
Polisorbato 20	0,10 mg
L-Metionina	0,25 mg
Hidróxido de sodio (para ajuste del pH)	c.s.p. pH 7,0
Ácido Clorhídrico (para ajuste del pH)	c.s.p. pH 7,0
Agua para inyectables	c.s.p. 0,50 mL

*corifolitropina alfa es una glicoproteína producida en células de ovario de hámster chino (CHO) mediante tecnología del DNA recombinante.

FORMA FARMACÉUTICA:

Solución inyectable.

Solución acuosa transparente e incolora.

ACCIÓN TERAPÉUTICA:

Código ATC: G03GA09

Grupo farmacoterapéutico: Hormonas sexuales y moduladores del sistema genital, gonadotropinas.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS:

ELONVA está indicado en la Estimulación Ovárica Controlada (EOC), en combinación de antagonistas de la GnRH (Hormona Liberadora de Gonadotropinas) para el desarrollo de múltiples folículos en mujeres que participan en un programa de Tecnología de Reproducción Asistida (TRA).

CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

PROPIEDADES FARMACODINAMICAS:

Mecanismo de acción

La corifolitropina alfa está diseñada como un estimulante folicular de efecto prolongado con el mismo perfil farmacodinámico que la FSH (rec), pero con una duración marcadamente prolongada de la actividad de FSH. Debido a su capacidad para iniciar y mantener el crecimiento folicular múltiple durante toda una semana, una sola inyección subcutánea de la dosis recomendada de ELONVA puede reemplazar las primeras siete inyecciones de cualquier preparado de FSH (rec) en un ciclo de tratamiento de EOC. La duración prolongada de la actividad de la FSH se logró mediante el agregado del péptido carboxi-terminal de la subunidad β de la gonadotropina coriónica humana (hCG) a la cadena β de la FSH humana. La corifolitropina alfa no presenta ninguna actividad intrínseca de LH/hCG.

Eficacia clínica y seguridad

En tres ensayos clínicos aleatorizados y doble ciego, el tratamiento con una única inyección subcutánea de ELONVA, 100 microgramos (estudio ENSURE) o 150 microgramos (estudio ENGAGE y estudio PURSUE), durante los primeros siete días de estimulación ovárica controlada, se comparó con el tratamiento con una dosis diaria de 150, 200, ó 300 UI de FSH(rec), respectivamente. En cada uno de los tres ensayos clínicos se realizó la supresión hipofisiaria con un antagonista de la GnRH (inyección de acetato de ganirelix a una dosis diaria de 0,25 mg).

En el estudio ENSURE, 396 mujeres sanas con ciclos ovulatorios normales, con edades comprendidas entre los 18 y los 36 años de edad, con un peso corporal menor o igual a 60 kg, fueron tratadas durante un ciclo con 100 microgramos de ELONVA y supresión hipofisiaria con un antagonista de la GnRH en el marco de un programa de TRA. La variable principal de valoración de la eficacia fue el número de ovocitos recuperados. La mediana de la duración total de la estimulación fue de 9 días para ambos grupos, lo que indica que se requerían dos días de FSH(rec) para completar la estimulación ovárica desde el día 8 de estimulación en adelante (en este estudio se administró FSH(rec) en el día de la hCG).

En el estudio ENGAGE, 1.506 mujeres sanas con ciclos ovulatorios normales, con edades comprendidas entre los 18 y los 36 años de edad, con un peso corporal mayor de 60 kg y menor o igual a 90 kg, fueron tratadas durante un ciclo con 150 microgramos de ELONVA y supresión hipofisiaria con un antagonista de la GnRH en el marco de un programa de TRA. Las variables coprincipales de valoración de la eficacia fueron las tasas de embarazo en curso y el número de ovocitos recuperados. La mediana de la duración total de la estimulación fue de 9 días para ambos grupos, lo que indica que se requerían dos días de FSH(rec) para completar la estimulación ovárica desde el día 8 de estimulación en adelante (en este estudio se administró FSH(rec) en el día de la hCG).

En el estudio PURSUE, 1.390 mujeres sanas con ciclos ovulatorios normales, con edades comprendidas entre los 35 y los 42 años de edad, con un peso corporal mayor o igual a 50 kg, fueron tratadas durante un ciclo con 150 microgramos de ELONVA y supresión hipofisiaria con un

antagonista de la GnRH en el marco de un programa de TRA. La variable principal de valoración de la eficacia fue la tasa de embarazo clínico. El número de ovocitos recuperados fue considerado una variable secundaria de valoración de la eficacia. La mediana de la duración total de la estimulación fue de 9 días para ambos grupos, lo que indica que se requería un día de FSH(rec) para completar la estimulación ovárica desde el día 8 de estimulación en adelante (en este estudio no se administró FSH(rec) en el día de la hCG).

Número de ovocitos recuperados

En los tres estudios, el tratamiento con una única inyección de ELONVA, 100 ó 150 microgramos, durante los primeros siete días de estimulación ovárica controlada, provocó un número superior de ovocitos recuperados en comparación con el tratamiento con una dosis diaria de FSH(rec). No obstante las diferencias estaban dentro de los márgenes de equivalencia predefinidos (ENGAGE y ENSURE) o de los márgenes de no inferioridad (PURSUE). Ver Tabla 1 a continuación.

Tabla 1: Media del número de ovocitos recuperados en los estudios ENSURE, ENGAGE, y PURSUE Población ITT (intención de tratar)

Variable	ENSURE (18-36 años de edad) (peso corporal menor o igual a 60 kg)		ENGAGE (18-36 años de edad) (peso corporal mayor de 60 kg y menor o igual a 90 kg)		PURSUE (35-42 años de edad) (peso corporal mayor o igual a 50 kg)	
	ELONVA 100 µg	FSH(rec) 150 UI	ELONVA 150 µg	FSH(rec) 200 UI	ELONVA 150 µg	FSH(rec) 300 UI
	N=268	N=128	N=756	N=750	N=694	N=696
Media del número de ovocitos	13,3	10,6	13,8	12,6	10,7	10,3
Diferencia [IC 95%]	2,5 [1,2; 3,9]		1,2 [0,5; 1,9]		0,5 [-0,2; 1,2]	

Embarazo a partir de ciclos en fresco en los estudios ENGAGE y PURSUE

En el estudio de ENGAGE, se demostró la no inferioridad en las tasas de embarazo en curso entre ELONVA y la FSH(rec), definiendo la tasa de embarazo en curso como la presencia de al menos un feto con actividad cardíaca evaluada al menos 10 semanas después de la transferencia de los embriones.

En el estudio PURSUE, se demostró la no inferioridad en la tasa de embarazo clínico entre ELONVA y la FSH(rec), definiendo la tasa de embarazo clínico como el porcentaje de sujetos con al menos un feto con actividad cardíaca evaluada 5 a 6 semanas después de la transferencia de los embriones.

Los resultados de embarazo a partir de ciclos en fresco en los estudios ENGAGE y PURSUE se resumen a continuación en la Tabla 2.

Tabla 2: Resultados de embarazo a partir de ciclos en fresco en los estudios ENGAGE y PURSUE Población ITT (intención de tratar)

Variable	Ciclos en fresco en el estudio† ENGAGE (18-36 años de edad) (peso corporal mayor de 60 kg y menor o igual a 90 kg)			Ciclos en fresco en el estudio PURSUE‡ (35-42 años de edad) (peso corporal mayor o igual a 50 kg)		
	ELONVA 150 µg	FSH(rec) 200 UI	Diferencia [IC 95%]	ELONVA 150 µg	FSH(rec) 300 UI	Diferencia [IC 95%]
	N=756	N=750		N=694	N=696	
Tasa de embarazo	39,9%	39,1%	1,1 [-3,8; 5,9]	23,9%	26,9%	-3,0 [-7,3; 1,4]
Tasa de embarazo en	39,0%	38,1%	1,1 [-3,8; 5,9]	22,2%	24,0%	-1,9 [-6,1; 2,3]
Tasa de nacidos vivos*	35,6%	34,4%	1,3 [-3,5; 6,1]	21,3%	23,4%	-2,3 [-6,5; 1,9]

† La variable principal de valoración de la eficacia del estudio ENGAGE fue los embarazos en curso (evaluados al menos 10 semanas después de la transferencia de los embriones).

‡La variable principal de valoración de la eficacia del estudio PURSUE fue la tasa de embarazo clínico definida como el porcentaje de sujetos con al menos un feto con actividad cardiaca evaluada 5 a 6 semanas después de la transferencia de los embriones.

*La tasa de nacidos vivos fue una variable secundaria de valoración de la eficacia en los estudios ENGAGE y PURSUE.

En estos ensayos clínicos, el perfil de seguridad de una inyección única de ELONVA fue comparable a las inyecciones diarias de FSH(rec).

Embarazo a partir de ciclos de Transferencia de Embriones Congelados (descongelados) (TEC) en los estudios ENGAGE y PURSUE

El estudio de seguimiento de TEC para el estudio ENGAGE incluyó a mujeres que tenían al menos un embrión descongelado para su uso, hasta por lo menos un año después de la criopreservación. El promedio de embriones transferidos en los ciclos de TEC para el estudio ENGAGE fue de 1,7 en ambos grupos de tratamiento.

El estudio de seguimiento de TEC para el estudio PURSUE incluyó a mujeres que tenían al menos un embrión descongelado para su uso, dentro de los dos años siguientes a la fecha de la última criopreservación para ese estudio. El promedio de embriones transferidos en los ciclos de TEC para el estudio PURSUE fue de 2,4 en ambos grupos de tratamiento. Este estudio también proporcionó datos sobre la seguridad de los bebés nacidos a partir de embriones criopreservados.

El número máximo de ciclos de TEC fue de 5 ciclos y de 4 ciclos para los estudios de seguimiento de TEC de ENGAGE y de PURSUE, respectivamente. Los resultados de embarazo de los dos primeros ciclos de TEC en el estudio ENGAGE y el estudio PURSUE se resumen a continuación en la Tabla 3.

Tabla 3: Resultados de embarazo a partir de ciclos de TEC en los estudios ENGAGE y PURSUE Población ITT (intención de tratar)

	Ciclos de TEC en el estudio ENGAGE (18-36 años de edad) (peso corporal mayor de 60 kg y menor o igual a 90 kg)						Ciclos de TEC en el estudio PURSUE (35-42 años de edad) (peso corporal mayor o igual a 50 kg)					
	ELONVA 150 µg			FSH(rec) 200 IU			ELONVA 150 µg			FSH(rec) 300 IU		
	n	N	%	n	N	%	n	N	%	n	N	%
Ciclo TEC 1^a												
Embarazo en curso	55	148	37,2	45	147	30,6	43	152	28,3	42	145	29,0
Nacidos vivos	-	-	-	-	-	-	43	152	28,3	41	145	28,3
Ciclo TEC 2^a												
Embarazo en curso	9	38	23,7	9	31	29,0	8	23	34,8	6	14	42,9
Nacidos	-	-	-	-	-	-	8	23	34,8	6	14	42,9

n = número de sujetos con el acontecimiento; N = Número total de sujetos

^a Por transferencia de embrión.

Malformaciones congénitas notificadas en bebés nacidos después de un ciclo de transferencia de embriones congelados (descongelados) (TEC)

Tras el uso de ELONVA, nacieron 61 bebés después de un ciclo de TEC en el estudio de seguimiento PURSUE, y nacieron 607 bebés tras la aplicación de TRA con ciclos en fresco en los estudios ENSURE, ENGAGE y PURSUE combinados. Las tasas de las malformaciones congénitas (mayores y menores combinadas) notificadas para los bebés nacidos después de un ciclo de TEC en el estudio de seguimiento PURSUE (16,4%) fueron similares a las notificadas para los bebés nacidos tras la aplicación de TRA con ciclos en fresco en los estudios ENSURE, ENGAGE y PURSUE combinados (16,8%).

Inmunogenicidad

De las 2.511 mujeres tratadas con ELONVA que fueron evaluadas para analizar la presencia de anticuerpos post-tratamiento, cuatro de ellas (0,16%) mostraron evidencias de la generación de

anticuerpos, incluidas tres mujeres que habían sido expuestas una vez a ELONVA y una mujer que había sido expuesta dos veces al tratamiento con ELONVA. En cada caso, estos anticuerpos no fueron neutralizantes y no interfirieron con la respuesta a la estimulación o con las respuestas fisiológicas normales del eje Hipotálamo-Hipófisis-Ovario (HHO). Dos de estas cuatro mujeres quedaron embarazadas durante el mismo ciclo de tratamiento en el que se detectaron los anticuerpos, lo que sugiere que la presencia de anticuerpos no neutralizantes después de la estimulación con ELONVA no es clínicamente significativa.

PROPIEDADES FARMACOCINÉTICAS:

Los parámetros farmacocinéticos de corifolitropina alfa fueron evaluados después de su administración subcutánea a mujeres sometidas a un ciclo de tratamiento de estimulación ovárica controlada.

Debido a la larga semivida de eliminación, tras la administración de las dosis recomendadas, las concentraciones séricas de corifolitropina alfa son suficientes para mantener el crecimiento folicular múltiple durante una semana entera. Esto justifica la sustitución de las primeras siete inyecciones diarias de FSH(rec) por una única inyección subcutánea de ELONVA en Estimulación Ovárica Controlada para el desarrollo de folículos múltiples y embarazo en un programa de TRA (ver "Posología y modo de administración").

El peso corporal es un factor determinante de la exposición a corifolitropina alfa. La exposición a corifolitropina alfa después de la administración de una única inyección subcutánea es de 665 horas*ng/ml (ABC, 426-1.037 horas*ng/ml¹) y es similar tras la administración de 100 microgramos de corifolitropina alfa a mujeres con un peso corporal menor o igual a 60 kilogramos y de 150 microgramos de corifolitropina alfa a mujeres con un peso corporal mayor de 60 kilogramos.

Absorción

Tras una única inyección subcutánea de ELONVA, la concentración sérica máxima de corifolitropina alfa es de 4,24 ng/ml (2,49-7,21 ng/ml¹) y se alcanza 44 horas (35-57 horas¹) después de la administración de la dosis. La biodisponibilidad absoluta es del 58% (48-70%¹).

Distribución

La distribución, metabolismo y eliminación de corifolitropina alfa son muy similares a los de otras gonadotropinas, tales como FSH, hCG y LH. Tras la absorción en la sangre, corifolitropina alfa se distribuye principalmente a los ovarios y riñones. El volumen de distribución en el estado de equilibrio es de 9,2 l (6,5-13,1 l¹). La exposición a corifolitropina alfa aumenta proporcionalmente con la dosis en el intervalo de 60 microgramos a 240 microgramos.

Eliminación

Corifolitropina alfa presenta una semivida de eliminación de 70 horas (59-82 horas¹) y un aclaramiento de 0,13 l/h (0,10-0,18 l/h¹). La eliminación de corifolitropina alfa se produce principalmente a través de los riñones, y el volumen de eliminación puede verse reducido en

pacientes con insuficiencia renal (ver "Posología y modo de administración" y "Precauciones y Advertencias").

El metabolismo hepático contribuye en menor medida a la eliminación de corifolitropina alfa.

Otras poblaciones especiales

Alteración hepática

Aunque no se dispone de datos en pacientes con insuficiencia hepática, no es probable que la insuficiencia hepática afecte al perfil farmacocinético de corifolitropina alfa.

Datos preclínicos sobre seguridad

Los datos de los estudios no clínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de toxicidad a dosis única y a dosis repetidas y de farmacología de seguridad.

Los estudios de toxicología reproductiva en la rata y el conejo indicaron que corifolitropina alfa no afecta negativamente a la fertilidad. La administración de corifolitropina alfa a ratas y conejos, antes e inmediatamente después del apareamiento, y durante el comienzo del embarazo, provocó embriotoxicidad. En conejos, cuando se administra antes del apareamiento, se ha observado teratogenicidad. Tanto la embriotoxicidad como la teratogenicidad se consideran una consecuencia del estado de superovulación del animal que no es capaz de tolerar un número de embriones por encima del límite fisiológico. La importancia de estos resultados sobre el uso clínico de ELONVA es limitada.

¹Intervalo previsto para el 90 % de sujetos.

POSOLOGÍA Y FORMA DE ADMINISTRACIÓN:

El tratamiento con ELONVA debe iniciarse bajo la supervisión de un médico con experiencia en el tratamiento de problemas de fertilidad.

POSOLOGÍA

En el tratamiento de mujeres en edad fértil, la dosis de ELONVA depende del peso y de la edad.

- Se recomienda una dosis única de 100 microgramos en mujeres cuyo peso sea menor o igual a 60 kilogramos y cuya edad sea de hasta 36 años inclusive.

- Se recomienda una dosis única de 150 microgramos en mujeres:

- cuyo peso sea mayor de 60 kilogramos, con independencia de cual sea su edad.

- a partir de 50 kilogramos de peso y mayores de 36 años de edad.

No se han realizado estudios en mujeres mayores de 36 años de edad cuyo peso sea inferior a 50 kilogramos.

		Peso corporal		
		Menos de 50 kg	50 – 60 kg	Más de 60 kg
	Hasta 36 años inclusive	100 microgramos	100 microgramos	150 microgramos

Edad	Mayores de 36 años	No se ha estudiado.	150 microgramos	150 microgramos
------	--------------------	---------------------	-----------------	-----------------

Las dosis recomendadas de ELONVA solamente se han establecido en un ciclo de tratamiento con un antagonista de la GnRH, que se administró a partir del día 5 o día 6 de estimulación (ver también las secciones "Indicaciones", "Precauciones y Advertencias" y "Propiedades farmacocinéticas").

Estimulación – Día 1:

Se deberá administrar ELONVA en una sola inyección subcutánea, preferentemente en la pared abdominal, durante la fase folicular temprana del ciclo menstrual.

Estimulación – Día 5 o 6:

El tratamiento con un antagonista de la Hormona Liberadora de Gonadotropina (GnRH) deberá comenzar el día 5 o 6 de la estimulación dependiendo de la respuesta ovárica, es decir, del número y tamaño de los folículos en crecimiento. La determinación simultánea de los niveles séricos de estradiol también puede ser útil. El antagonista de la GnRH es usado para prevenir la aparición de incrementos prematuros de la Hormona Luteinizante (LH).

Estimulación – Día 8:

Siete días después de la inyección de ELONVA en la Estimulación – Día 1, el día 8 de la estimulación, el tratamiento puede continuar con inyecciones diarias de FSH (rec) hasta cumplir con los criterios para inducir la maduración final de los ovocitos (3 folículos \geq 17 mm). La dosis diaria de FSH (rec) puede depender de la respuesta ovárica. En las pacientes con respuesta normal se recomienda una dosis diaria de 150 UI de FSH (rec). La administración de FSH (rec) puede ser omitida el día de la administración de la Gonadotropina Coriónica humana (hCG), dependiendo de la respuesta ovárica. En general, el desarrollo folicular adecuado se alcanza, en promedio, alrededor del noveno día de tratamiento (rango de 6 a 18 días).

Tan pronto como se observe la existencia de tres folículos \geq 17 mm, se administrará una única inyección de 5000 hasta 10000 UI hCG el mismo día o el día posterior para inducir la maduración final de los ovocitos. En caso de respuesta ovárica excesiva, ver las recomendaciones dadas en PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS para minimizar el riesgo de desarrollo de Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO).

Poblaciones especiales:

Insuficiencia renal: No se han realizado estudios en pacientes con insuficiencia renal. Debido a que la tasa de eliminación de la corifolitropina alfa puede verse reducida en pacientes con insuficiencia renal, el uso de ELONVA en estas mujeres no está recomendado (ver PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS).

Insuficiencia hepática: Aunque no hay datos disponibles en pacientes con insuficiencia hepática, es poco probable que la insuficiencia hepática afecte la eliminación de la corifolitropina.

Población pediátrica:

El uso de ELONVA en la población pediátrica no es relevante para las indicaciones aprobadas.

Forma de administración:

La inyección subcutánea de ELONVA puede ser administrada por la propia mujer o su pareja, provista de las instrucciones adecuadas dadas por el médico. La autoadministración de ELONVA debe ser realizada por mujeres que estén bien motivadas, adecuadamente entrenadas y con acceso a consejo médico.

CONTRAINDICACIONES:

- Hipersensibilidad a la sustancia activa o a cualquiera de los excipientes.
- Tumores de ovario, mama, útero, glándula hipofisaria o hipotálamo.
- Hemorragia vaginal anormal (no menstrual) sin una causa conocida/diagnosticada.
- Insuficiencia ovárica primaria.
- Quistes ováricos o aumento del tamaño de los ovarios.
- Miomas uterinos incompatibles con el embarazo.
- Malformaciones de los órganos sexuales incompatibles con el embarazo.
- Factores de riesgo de SHO:
 - Historia de Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO).
 - Ciclo previo de Estimulación Ovárica Controlada (EOC) con resultado de más de 30 folículos ≥ 11 mm medidos por ecografía.
 - Un recuento basal de folículos antrales > 20 .
- Síndrome ovárico poliquístico

ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES ESPECIALES DE EMPLEO**Evaluación de infertilidad antes de comenzar el tratamiento**

Antes de comenzar el tratamiento debe valorarse adecuadamente la infertilidad de la pareja. En particular, debe evaluarse si la mujer padece hipertiroidismo, insuficiencia suprarrenal, hiperprolactinemia y tumores hipofisarios o hipotalámicos, proporcionándole un tratamiento específico adecuado. Las condiciones médicas que contraindiquen el embarazo también deben ser evaluadas antes de comenzar el tratamiento con ELONVA.

Dosificación durante el ciclo de estimulación

ELONVA sólo debe ser administrado en una sola inyección subcutánea. No se deberán administrar inyecciones adicionales de ELONVA dentro del mismo ciclo de tratamiento (ver también Posología y Administración).

Luego de la administración de ELONVA, no se deberá administrar FSH (rec) antes de la Estimulación – Día 8 (ver también Posología y Administración).

Insuficiencia renal

En pacientes con insuficiencia renal leve, moderada o grave puede verse reducida la tasa de excreción de corifolitropina alfa. Por lo tanto, no se recomienda el uso de ELONVA en estas mujeres.

No se recomienda en un protocolo con un agonista de GnRH

Los datos sobre el uso de ELONVA combinado con un agonista de la GnRH son limitados. Los resultados de un pequeño estudio no controlado sugieren una respuesta ovárica superior que en combinación con un antagonista de la GnRH. Por lo tanto, no se recomienda el uso de ELONVA en combinación con un agonista de la GnRH (ver también Posología y Administración).

Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO)

El SHO es un evento médico diferente del agrandamiento ovárico no complicado. Los signos y síntomas clínicos del SHO leve y moderado son dolor abdominal, náuseas, diarrea, agrandamiento de leve a moderado del tamaño de los ovarios y quistes ováricos. El SHO severo puede poner en peligro la vida. Los signos y síntomas clínicos del SHO severo son quistes ováricos grandes, dolor abdominal agudo, ascitis, derrame pleural, hidrotórax, disnea, oliguria, anormalidades hematológicas y aumento de peso. En casos raros se puede observar tromboembolismo venoso o arterial en asociación con el SHO. También se han reportado anomalías transitorias en las pruebas de función hepática que sugieran una disfunción hepática con o sin cambios morfológicos en la biopsia de hígado asociados con SHO.

El SHO puede ser causado por la administración de Gonadotropina Coriónica humana (hCG) y por el embarazo (hCG endógena). El SHO temprano ocurre usualmente dentro de los 10 días posteriores a la administración de hCG y puede estar asociado con una respuesta ovárica excesiva a la estimulación con gonadotropina. El SHO tardío ocurre después de más de 10 días de la administración de hCG, como consecuencia de los cambios hormonales con el embarazo. Debido al riesgo de desarrollar SHO, las pacientes deberán ser monitoreadas durante por lo menos dos semanas después de la administración de hCG.

Las mujeres con factores de riesgo conocidos a una respuesta ovárica elevada, pueden ser especialmente propensas al desarrollo de SHO durante o después del tratamiento con ELONVA. En las mujeres que tienen su primer ciclo de estimulación ovárica, para quienes los factores de riesgo son parcialmente conocidos, se recomienda un monitoreo cuidadoso por signos y síntomas de SHO.

Para reducir el riesgo de SHO durante las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA), seguir la práctica clínica actual. El cumplimiento terapéutico de la dosis recomendada de ELONVA y del ciclo de tratamiento y un cuidadoso seguimiento de la respuesta ovárica son importantes para reducir el riesgo de SHO. Para controlar el riesgo de SHO se deben realizar evaluaciones ecográficas del desarrollo folicular antes del tratamiento

y a intervalos regulares durante el tratamiento: También puede ser útil la determinación simultánea de los niveles séricos de estradiol. En las TRA existe mayor riesgo de SHO con 18 o más folículos de 11 mm o más de diámetro.

Si se desarrolla SHO, se debe implementar y seguir los cuidados estándar para el manejo de SHO.

Torsión ovárica

Se ha reportado torsión ovárica luego del tratamiento con gonadotrofinas, incluyendo ELONVA. Esto puede estar relacionado con otras condiciones, tales como SHO, embarazo, cirugía abdominal previa, historial de torsión ovárica y quistes ováricos previos o actuales. El daño en el ovario debido a la reducción del flujo sanguíneo puede limitarse por el diagnóstico temprano y la inmediata detorsión.

Embarazo y nacimiento múltiple

Se han informado embarazos y nacimientos múltiples para todos los tratamientos con gonadotropina, incluyendo ELONVA. Se deberá informar a la mujer y a su pareja los riesgos potenciales para la madre (complicaciones del embarazo y del parto) y para el recién nacido (bajo peso al nacer) antes de iniciar el tratamiento. En mujeres sometidas a procedimientos de TRA, el riesgo de embarazo múltiple está principalmente relacionado a la cantidad de embriones transferidos.

Embarazo ectópico

Las mujeres infértiles sometidas a TRA tienen una mayor incidencia de embarazos ectópicos. Es importante la confirmación ecográfica temprana de que un embarazo es intrauterino, y excluir la posibilidad de un embarazo extrauterino.

Malformaciones congénitas

La incidencia de malformaciones congénitas después de TRA puede ser ligeramente mayor que la observada después de concepciones espontáneas. Se cree que esto se debe a diferencias en las características de los progenitores (por ej., edad de la madre, características del semen) y la mayor incidencia de embarazos múltiples.

Neoplasias ováricas y de otros órganos reproductivos

Se han notificado neoplasias ováricas y de otros órganos reproductores, tanto benignas como malignas, en mujeres sometidas a múltiples tratamientos farmacológicos para el tratamiento de la infertilidad. No se ha establecido si el tratamiento con gonadotropinas aumenta el riesgo de estos tumores en mujeres estériles.

Complicaciones vasculares

Se han reportado eventos tromboembólicos a continuación de tratamientos con gonadotrofinas, incluyendo ELONVA, tanto en asociación como independientes de SHO. La trombosis intravascular, la que puede originarse en vasos arteriales o venosos,

puede resultar en una reducción del flujo sanguíneo a órganos vitales o extremidades. En mujeres con factores de riesgo generalmente reconocidos para trombosis, como por ejemplo antecedentes personales o familiares, obesidad severa o trombofilia, el tratamiento con gonadotropinas puede aumentar más este riesgo. En estas mujeres es necesario considerar los beneficios de la administración de gonadotropinas, incluyendo ELONVA, frente a los riesgos. Sin embargo, se deberá observar que el embarazo en sí también conlleva un aumento del riesgo de trombosis.

Interacción con otros productos medicinales y otras formas de interacción

No se realizaron estudios de interacción con ELONVA y otros medicamentos. Debido a que la corifolitropina alfa no es un sustrato de las enzimas del citocromo P450, no se prevén interacciones con otros productos medicinales.

En una prueba de embarazo de beta-hCG, ELONVA puede dar como resultado un falso positivo si la prueba se realiza durante la fase de estimulación ovárica del ciclo de TRA. Esto puede deberse a la reacción cruzada de algunas pruebas de embarazo de hCG con el péptido carboxi-terminal de la subunidad beta de ELONVA.

Fertilidad, embarazo y lactancia

Embarazo

En el caso de exposición accidental durante el embarazo, los datos clínicos no son suficientes para excluir consecuencias adversas en el embarazo. En los estudios en animales se observó toxicidad reproductiva. (Ver DATOS PRECLÍNICOS DE SEGURIDAD).

Lactancia

El uso de ELONVA durante la lactancia no está indicado.

Fertilidad

ELONVA está indicado para su uso en la infertilidad (Ver Indicaciones Terapéuticas).

Efectos sobre la capacidad para conducir vehículos y operar maquinaria

No se realizaron estudios sobre la capacidad para conducir vehículos y operar maquinaria. ELONVA puede causar mareos. Se deberá informar a las pacientes que no deberán conducir vehículos ni operar maquinaria si se sienten mareadas.

REACCIONES ADVERSAS

Resumen del perfil de seguridad

Las reacciones adversas al fármaco informadas con mayor frecuencia durante el tratamiento con ELONVA en los estudios clínicos (N=2397) son molestias pélvicas, SHO (4,3%, ver también PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS), cefalea (4,0%), dolor pélvico (2,9%), náuseas (2,3%), fatiga (1,5%) y dolor mamario a la palpación (1,3%).

Tabla de reacciones adversas

La tabla siguiente muestra las principales reacciones adversas al fármaco en mujeres tratadas con ELONVA en los estudios clínicos y durante la vigilancia posterior a la comercialización, según el sistema orgánico y la frecuencia: muy frecuentes ($\geq 1/10$), frecuentes ($\geq 1/100$ a $< 1/10$), poco frecuentes ($\geq 1/1.000$ a $< 1/100$), raras ($\geq 1/10.000$ a $< 1/1.000$), muy raras ($< 1/10.000$) y frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas se enumeran en orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia.

Sistema corporal	Frecuencia	Efecto no deseado
Trastornos del sistema inmunológico	Frecuencia no conocida	Reacciones de hipersensibilidad, tanto locales como generalizadas, incluyendo erupción*
Trastornos psiquiátricos	Poco frecuente	Cambios del estado de ánimo
Trastornos del sistema nervioso	Frecuente Poco frecuente	Cefalea Mareos
Trastornos vasculares	Poco frecuente	Acaloramiento
Trastornos gastrointestinales	Frecuente Poco frecuente	Náuseas Distensión abdominal, vómitos, diarrea, estreñimiento.
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo	Poco frecuente	Dolor de espalda
Embarazo, puerperio y enfermedades perinatales	Poco frecuente	Aborto espontáneo
Trastornos del aparato reproductor y las mamas	Frecuente Poco frecuente	SHO, dolor, malestar pélvico y dolor mamario a la palpación Torsión ovárica, dolor anexial uterino, ovulación prematura, dolor de mama
Trastornos generales y condiciones en el sitio de administración	Frecuente Poco frecuentes	Fatiga Hematoma en el sitio de inyección, dolor en la zona de inyección, irritabilidad
Exploraciones complementarias	Poco frecuentes	Alaninaaminotransferasa elevada, aspartato aminotransferasa elevada
Lesiones traumáticas, intoxicaciones y complicaciones de procedimientos terapéuticos	Poco frecuentes	Dolor asociado al procedimiento terapéutico

*Reacciones adversas identificadas mediante la vigilancia posterior a la comercialización.

Descripción de reacciones adversas seleccionadas

Además se informaron embarazo ectópico y gestaciones múltiples. Estos efectos se consideran relacionados con el procedimiento de TRA o el posterior embarazo.

En casos raros, se ha asociado la aparición de tromboembolismo con la terapia de ELONVA, lo que también se ha observado durante el tratamiento con otras gonadotropinas.

SOBREDOSIS:

Más de una inyección de ELONVA en un ciclo de tratamiento o una dosis demasiado alta de ELONVA y/o de FSH (rec) puede aumentar el riesgo de SHO (Ver SHO en la sección PRECAUCIONES Y ADVERTENCIAS).

Ante la eventualidad de una sobredosificación, concurrir al Hospital más cercano o comunicarse con los Centros de Toxicología: Hospital de Pediatría Ricardo Gutiérrez: (011) 4962-6666 / 2247; Hospital A. Posadas: (011) 4654-6648 / 4658-7777.

Opcionalmente otros centros de toxicología.

PRESENTACIÓN:

ELONVA 100 mcg/0,5 ml: Envase conteniendo una jeringa prellenada.

ELONVA 150 mcg/0,5 ml: Envase conteniendo una jeringa prellenada.

ELONVA se presenta en jeringas precargadas con cierre en rosca de ajuste hermético de 1 ml (vidrio hidrolítico tipo I), cerradas con un émbolo de elastómero de bromobutilo y una cápsula de cierre. La jeringa está equipada con un sistema de seguridad automático para evitar pinchazos con la aguja después de su uso y está acondicionada con una aguja para inyección estéril. Cada jeringa precargada contiene 0,5 ml de solución inyectable.

PRECAUCIONES ESPECIALES DE CONSERVACIÓN

Conservar en la heladera (2°C - 8°C). Para su conveniencia, la paciente puede almacenar el producto a una temperatura de 25°C o menos durante un período total de no más de 1 mes. No congelar. Mantener la jeringa en el envase secundario.

MANTENER FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.

ESTE MEDICAMENTO DEBE SER UTILIZADO EXCLUSIVAMENTE BAJO PRESCRIPCIÓN Y VIGILANCIA MÉDICA.

Especialidad Medicinal autorizada por el Ministerio de Salud.

Certificado N° 56.068

Fabricado por: **Vetter Pharma-Fertigung GmbH & Co. KG**. Schützenstrasse 87 y 99-101, D88212 Ravensburg, Alemania
INDUSTRIA ALEMANA

Importado y comercializado en Argentina por: **MSD Argentina S.R.L.** Cazadores de Coquimbo 2841/57 piso 4, Munro (B1605AZE), Vicente López, Prov. de Buenos Aires. Tel.: 6090-7200.
www.msd.com.ar

Directora Técnica: Cristina B. Wiege, Farmacéutica.

Última revisión ANMAT: Jul2020

S-CCDS-MK8962-SOi-022019