

Betametasona



Mecanismo de acción: Corticosteroide de tipo glucocorticoide sintético con pronunciada actividad antiinflamatoria. Tienen una influencia sobre el metabolismo de los hidratos de carbono, las proteínas y los lípidos, sobre el equilibrio de los electrolitos y el agua y sobre las funciones del aparato cardiovascular, del riñón, musculoesqueléticas, del sistema nervioso y de otros órganos y tejidos, incluida la sangre.

Indicaciones terapéuticas:

Parenteral: Afecciones que responden al tratamiento local o sistémico con corticosteroides cuando se requiere un efecto sostenido (en su caso, como complemento del tratamiento base) y cuando el tratamiento oral o local no es posible o es insuficiente, por ejemplo:

- Inyección IM en afecciones alérgicas, dermatológicas, reumáticas, y en otras afecciones que responden a los corticosteroides sistémicos.
- inyección directa en los tejidos afectados en bursitis y en trastornos inflamatorios asociados a tendones, tales como tenosinovitis, y en trastornos inflamatorios del músculo, tales como fibrosis y miositis.
- Inyección intra articular y periarticular en artritis reumatoide y artrosis.

- Inyección intralesional en diversas afecciones dermatológicas y en ciertos trastornos inflamatorios y quísticos del pie.

Oral: Tratamiento de procesos en los que esté indicada la terapia sistémica con glucocorticoides. Como: asma bronquial, reacciones de hipersensibilidad graves, anafilaxia, artritis reumatoide juvenil, lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis, enfermedad mixta del tejido conjuntivo (excluyendo esclerosis sistémica), poliarteritis nudosa; inflamación de la piel, incluyendo pénfigo vulgar, pénfigoide bulloso y pioderma gangrenoso; síndrome nefrótico con lesión de glomerulonefritis con cambios mínimos, nefritis intersticial aguda; colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, sarcoidosis, carditis reumática; anemia hemolítica (autoinmune), leucemia aguda y linfática, linfoma maligno, mieloma múltiple, púrpura trombocitopénica idiopática; inmunosupresión en trasplantes en niños.

Modo de administración: Se puede administrar por inyección intramuscular, intraarticular, intrasinovial, intralesional o intradérmica. Vía oral. Diluir las gotas en un vaso de agua. Es recomendable tomar la solución al final de las comidas.

Dosis:

Betametasona oral (tabletas o solución): Dosis inicial típica: Puede variar de 0.5 a 9 mg al día, dependiendo de la condición médica.

Dosis de mantenimiento: Puede variar de 0.5 a 5 mg al día, dependiendo de la respuesta del paciente y la severidad de la enfermedad.

Betametasona tópica (crema, ungüento o loción): La cantidad y frecuencia de aplicación varían según la indicación y la gravedad de la afección cutánea.

Sigue las instrucciones del médico o las indicaciones del prospecto para determinar la cantidad y la frecuencia de aplicación adecuadas.

Betametasona inyectable: La dosis y la forma de administración de la inyección de betametasona deben ser determinadas por un profesional de la salud, ya que generalmente se administra en un entorno clínico o hospitalario.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad a betametasona. Infecciones sistémicas, excepto si se ha establecido una terapia antiinfecciosa apropiada.

Advertencias y precauciones:

La insuficiencia adrenocortical secundaria inducida por corticosteroides se puede minimizar mediante la reducción gradual de la dosis. Puede persistir durante meses después de la suspensión del tratamiento; si se produce estrés durante este periodo, se debe restablecer la corticoterapia. Dado que la secreción mineralocorticoide se puede ver alterada, se deben administrar sales y/o un mineral corticosteroide, simultáneamente.

En pacientes tratados concomitantemente con corticosteroides orales o parenterales, en especial los que reciben dosis elevadas, considerar la absorción sistémica en la determinación de la dosis intraarticular. No se recomienda la inyección de corticosteroides en una articulación inestable. Las inyecciones intraarticulares repetidas pueden provocar por sí mismas destrucción del cartílago e inestabilidad en la articulación.

Es necesario un examen adecuado de cualquier fluido articular presente para excluir un proceso séptico. Si se produce una artritis séptica y se confirma el diagnóstico de sepsis, se instaura el tratamiento antimicrobiano adecuado. Los corticosteroides pueden exacerbar las infecciones fúngicas sistémicas, no se deben utilizar en presencia de estas infecciones a menos que éstas sean necesarias para controlar las reacciones a los medicamentos. Pueden enmascarar los signos de infección, y su uso puede aumentar la susceptibilidad a nuevas infecciones o reactivar infecciones latentes.

Descartar la amebiasis latente o activa antes de iniciar el tratamiento en cualquier paciente que haya estado recientemente en los trópicos o en cualquier paciente con diarrea sin razón aparente.

En tuberculosis activa el tratamiento con corticosteroides se debe limitar a aquellos casos de tuberculosis fulminante o diseminada en los que el corticosteroide se utiliza para el tratamiento junto con un régimen antituberculoso adecuado. Si están indicados en pacientes con tuberculosis latente o reactividad a la tuberculina, es necesaria una supervisión estrecha, puesto que se podría producir la reactivación de la enfermedad. Los pacientes deben recibir quimiopprofilaxis durante el tratamiento prolongado con corticosteroides.

Los pacientes adultos o pediátricos que reciben dosis inmunosupresoras de corticosteroides deben evitar cualquier contacto con la varicela o el sarampión.

Precaución en los pacientes infectados por *Estrongiloides* (Nematodo). En estos pacientes, la inmunosupresión inducida por el corticosteroide puede llevar a una hiperinfección por *Estrongiloides* y diseminación con migración larvaria extendida, a menudo acompañada de enterocolitis grave y septicemia por Gram-negativos.

Mientras estén recibiendo tratamiento con corticosteroides, los pacientes no se deben vacunar contra la viruela. Debido al riesgo de complicaciones neurológicas y de falta de respuesta de los anticuerpos, no se debe someter a otros procedimientos de inmunización a los pacientes que estén recibiendo corticosteroides, especialmente a dosis elevadas, debido al posible riesgo de complicaciones neurológicas y de falta de respuesta de los anticuerpos. Posología Diabetes. Los corticosteroides aumentan los niveles de glucosa y puede ser necesaria la modificación de la dosis de insulina y de otros medicamentos hipoglucemiantes.

Riesgo de elevación de la presión sanguínea, retención de sodio y líquidos, y aumento en la excreción de potasio. Estos efectos se producen en menor medida con derivados sintéticos, excepto cuando se usan dosis elevadas. Puede ser necesario el uso de suplementos de potasio y la restricción de sal.

Riesgo de osteoporosis o agravar una osteoporosis preexistente.

La inestabilidad emocional o tendencias psicóticas existentes pueden verse agravadas por los corticosteroides. Debe tenerse especial cuidado al considerar el uso de corticosteroides sistémicos en pacientes con antecedentes actuales o previos de trastornos afectivos graves, en sí mismos o en sus familiares de primer grado, incluida depresión, enfermedad maniaco-depresiva y psicosis inducida por corticosteroides previa.

La seguridad y la eficacia de la administración epidural de los corticosteroides no se ha establecido, y los corticosteroides no están aprobados para este uso, se han notificado casos neurológicos graves con la inyección epidural de corticosteroides.

El uso prolongado puede producir cataratas subcapsulares posteriores (especialmente en niños), glaucoma con posible daño de los nervios ópticos, y además puede aumentar la posibilidad de infecciones oculares secundarias debidas a bacterias, hongos o virus. Recomendable evaluaciones oftalmológicas periódicas y de la presión intraocular si el tratamiento se prolonga más de 6 semanas. Se recomienda precaución al administrar a los pacientes con herpes simple ocular debido al riesgo de una posible perforación corneal.

Riesgo de alteraciones visuales con el uso sistémico y tópico de corticosteroides. Hipotiroidismo y cirrosis hepática seguimiento estrecho el efecto del corticosteroide puede verse potenciado. Precaución en: colitis ulcerosa

inespecífica puesto que puede existir riesgo de perforación inminente, diverticulitis, anastomosis intestinal reciente, úlcera gastrointestinal activa o latente, esofagitis erosiva, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión y miastenia gravis.

Se ha notificado crisis paroxística por feocromocitoma, que puede ser mortal, tras la administración de corticosteroides sistémicos. Los corticosteroides sólo se deben administrar a pacientes con sospecha o feocromocitoma confirmado después de una adecuada evaluación del riesgo/beneficio.

Por vía parenteral: los estudios han demostrado un aumento del riesgo de hipoglucemia neonatal, tras la administración prenatal de un tratamiento corto con betametasona a mujeres con riesgo de parto pretérmino tardío.

Insuficiencia renal: Precaución.

Interacciones:

- Efecto disminuido por: rifampicina, fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, fenobarbital, rifabutina, efedrina y aminoglutetimida.
- Efecto aumentado por: estrógenos.
- Riesgo mayor de hipokalemia debido al efecto aditivo con: anfotericina B, diuréticos hipokalemiantes solos o en asociación, laxantes estimulantes.
- Aumenta y disminuye efecto de: anticoagulantes tipo cumarina. Vigilar frecuentemente los indicadores de coagulación para mantener el efecto anticoagulante deseado.
- Aumento de arritmias o toxicidad digital asociada con hipocaliemia con glucósidos cardíacos.
- Inhibe la respuesta de: somatotropina.
- Disminuye las concentraciones séricas de: isoniazida.
- Disminuye la concentración sanguínea de: salicilato.
- Aumenta la incidencia o gravedad de úlceras gastrointestinales con: AINE o alcohol.

- Ajustar dosis de antidiabéticos. Los corticosteroides pueden incrementar las concentraciones de glucosa en sangre.
- Los antibióticos macrólidos producen una reducción significativa en el aclaramiento de los corticosteroides.
- El uso concomitante de los corticosteroides con anticolinesterásicos puede originar debilidad grave en pacientes con miastenia gravis. Si es posible, retirar el tratamiento con anticolinesterásicos, al menos 24 h antes de iniciar la terapia con corticosteroides.
- La colestiramina puede incrementar el aclaramiento de los corticosteroides.
- Se desaconseja la asociación con inductores de torsades de pointes (astemizol, bepridil, eritromicina IV, pentamidina, halofantrina, esparfloxacino, sultoprida, terfenadina y vincamina). En caso de hipokalemia, se deben utilizar principios activos que no conlleven ningún riesgo de inducir torsiones de dientes.

Embarazo: Contraindicado.

Lactancia: precaución.