

FICHA TÉCNICA

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

Magnesia cinfa 200 mg/ ml suspensión oral

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

1 ml de **magnesia cinfa** contiene:

Principio activo:

Hidróxido de magnesio200 mg

Cada gramo de hidróxido de magnesio contiene 35,89 mEq de magnesio.

Excipientes con efecto conocido:

sacarosa..... 1 mg

sorbitol50 mg

Para consultar la lista completa de excipientes ver sección 6.1.

3. FORMA FARMACÉUTICA

Suspensión oral.

Suspensión homogénea de color blanco con olor a naranja.

4. DATOS CLÍNICOS

4.1. Indicaciones terapéuticas

Tratamiento sintomático del estreñimiento ocasional y de la hiperacidez gástrica en adultos y adolescentes a partir de 12 años.

4.2. Posología y forma de administración

Posología:

Como laxante para adultos y adolescentes a partir de 12 años es: desde 5-10 ml (1-2 g) hasta 25 ml (5 g) al día, en una única toma o dividido en 2 tomas según necesidad.

Como antiácido, la cantidad y frecuencia de la dosis depende de la intensidad y frecuencia de los síntomas. La dosis recomendada es de 2,5 ml a 5 ml para adultos y adolescentes a partir de 12 años en cada toma hasta un máximo de 12,5 ml al día.

Forma de administración:

Este medicamento se administra por vía oral.

Agitar bien el frasco antes de tomar este medicamento y medir la cantidad correspondiente con el vasito dosificador.

Puede tomarse la dosis directamente, aunque también puede mezclarse con agua, zumos o infusiones. Es recomendable tomar cada dosis con abundante líquido (200 ml, un vaso lleno).

Es recomendable beber abundante líquido durante el día.

Debido a que el medicamento tiene efecto laxante y suele manifestarse entre las 3 y 6 horas tras la administración e incluso antes, no se debe administrar al acostarse o a última hora del día a menos que

la dosis sea relativamente pequeña y se administre con alimentos.

La administración del hidróxido de magnesio en el tratamiento de la hiperacidez gástrica debe realizarse preferentemente después de las comidas y al acostarse. Puede tener efecto laxante.

Si el medicamento se administra antes de las comidas y sin alimento, el efecto antiácido durará unos 20-60 minutos, mientras que la administración 1 hora después de la comida mantiene el efecto antiácido durante 3 horas. Aún así el medicamento puede administrarse con o sin alimentos y bebidas.

Si el paciente empeora o los síntomas persisten después de 7 días de tratamiento se deberá reevaluar la situación clínica.

4.3. Contraindicaciones

Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1.

No se puede administrar a pacientes con:

Insuficiencia renal grave o en situaciones de desequilibrio hidroelectrolítico (riesgo de hipermagnesemia), algún síntoma de apendicitis, obstrucción intestinal, hemorragia gastrointestinal o rectal no diagnosticada, colitis ulcerosa, colostomía, diverticulitis o ileostomía.

Diarrea crónica.

4.4. Advertencias y precauciones especiales de empleo

Evitar el uso crónico de este medicamento:

- Si el paciente empeora o los síntomas persisten tras 7 días de tratamiento, se debe evaluar la situación clínica.
- En los casos de estreñimiento crónico de origen no orgánico, su corrección se puede favorecer con medidas generales como: dieta rica en fibra, ingestión de agua en cantidad adecuada, ejercicio físico y regulación del hábito de la defecación.
- No se recomienda mantener el tratamiento antiácido durante periodos de tiempo superiores a 2 semanas sin control médico. No se aconseja la administración incontrolada de antiácidos en niños menores de 12 años, dado que podría enmascarar síntomas de procesos abdominales agudos (apendicitis...).
- En el caso de que el paciente padezca insuficiencia renal no grave, es importante realizar una monitorización de los valores de electrolitos en sangre.
- También deberá realizarse un especial control en pacientes que presenten enfermedades cardíacas, insuficiencia hepática, personas de edad avanzada o pacientes debilitados.

Población pediátrica

- En niños de corta edad el uso de hidróxido de magnesio puede causar hipermagnesemia, especialmente en presencia de insuficiencia renal o deshidratación.

Advertencias sobre excipientes

Este medicamento contiene sorbitol. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa (IHF) no deben tomar este medicamento.

Este medicamento contiene sacarosa. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa, malabsorción de glucosa o galactosa, o insuficiencia de sacarasa-isomaltasa, no deben tomar este medicamento.

4.5. Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

El hidróxido de magnesio y en general, los medicamentos que modifican el pH gástrico, pueden reducir

la biodisponibilidad o retrasar la absorción de otros fármacos o provocar quelación o unión con otros medicamentos. Las modificaciones del pH gástrico pueden dar lugar a alteraciones en la liberación, disolución, solubilidad o ionización de diferentes sustancias que tengan un carácter ácido o básico débil. De igual manera, los medicamentos que incrementan el pH urinario, pueden acelerar la eliminación de fármacos de carácter ácido débil o reducirla en el caso de bases débiles.

La administración concomitante de hidróxido de magnesio puede aumentar la absorción de los siguientes fármacos:

- Antidiabéticos (clorpropamida, glibenclamida, glipizida, tolbutamida).
- Dicumarol: aunque no se han observado modificaciones del tiempo de protrombina en el hombre. No se produjeron modificaciones en la absorción de warfarina.
- Levodopa.
- Sulfamidas: el incremento del pH aumenta su disolución y absorción.

En algunos estudios, se ha descrito reducción de la absorción de otros medicamentos como:

- Atenolol: debido a una reducción en la disolución del betabloqueante.
- Ácido fólico: el uso prolongado con antiácidos que contienen magnesio puede disminuir la absorción del ácido fólico al reducir el pH del intestino delgado.
- Anticolinérgicos u otros medicamentos con actividad anticolinérgica: puede disminuir la absorción, reduciéndose la eficacia de los anticolinérgicos, y también la excreción urinaria se puede retrasar por alcalinización de la orina, lo que potenciará los efectos secundarios del anticolinérgico.
- Quinolonas (ciprofloxacino, ofloxacino, pefloxacino, enoxacino) por formación de complejos insolubles no absorbibles.
- Antagonistas de los receptores histamínicos H₂: aumento del grado de ionización de este fármaco a pH más alto.
- Fosfatos orales: el magnesio puede unirse al fosfato y evitar su absorción.
- Sales de hierro: por formación de complejos insolubles no absorbibles.
- Tetraciclinas (clortetraciclina, doxiciclina, tetraciclina): su afección por los cationes metálicos, conlleva la formación de complejos estables que impiden la absorción del antibiótico. Además es necesario un pH gástrico ácido para la disolución de tetraciclinas, de forma que la administración de hidróxido de magnesio también reduce la absorción por este mecanismo.
- Digoxina, fenitoína, captopril, ketoconazol, fenotiazinas (especialmente la clorpromazina oral), penicilamina, indometacina, clordiazepóxido, ácido alendrónico y ácido tiludrónico.

Estas interacciones se pueden evitar separando la administración del hidróxido de magnesio y de estos fármacos 2-3 horas.

La alcalinización de la orina secundaria a la administración del hidróxido de magnesio puede modificar la eliminación de algunos medicamentos, habiéndose observado un incremento de la excreción de salicilatos y una reducción de la eliminación de quinidina, de algunas anfetaminas y de la mecamilamina.

Se ha descrito que el uso simultáneo de medicamentos que contienen magnesio pueden interferir con:

- Medicamentos con cubierta entérica: puede hacer que la cubierta se disuelva con demasiada rapidez, lo que puede producir irritación gástrica o duodenal.
- Misoprostol: puede agravar la diarrea inducida por misoprostol.
- Resina de poliestirén sulfonato sódico: puede verse afectada la neutralización del ácido gástrico, dando lugar posiblemente a alcalosis sistémica.
- Vitamina D, incluyendo calcifediol y calcitriol: puede producirse hipermagnesemia, sobre todo en pacientes con insuficiencia renal crónica.

La administración concomitante de hidróxido de magnesio puede disminuir la eficacia de:

- Metenamina: al inhibir su conversión a formaldehído.
- Pancreolipasa.
- Sucralfato: el antiácido puede interferir con la unión del sucralfato a la mucosa.

Acidificantes urinarios, como cloruro de amonio, ácido ascórbico o fosfatos de potasio o sodio: los antiácidos pueden alcalinizar la orina y contrarrestar el efecto de los acidificantes urinarios.

Además se han descrito otras interacciones, sin mecanismo conocido, como el incremento de la velocidad de absorción de algunos antiinflamatorios (ibuprofeno, flurbiprofeno, ácido mefenámico o flufenámico).

Interacciones con pruebas de diagnóstico:

- Pruebas de detección de la secreción ácida gástrica (puede antagonizar el efecto de la pentagastrina y de la histamina).
- Concentraciones séricas de gastrina (puede aumentar).
- Concentraciones séricas de potasio (puede disminuir por el uso excesivo y prolongado).
- pH sistémico y urinario (puede aumentar).

4.6. Fertilidad, embarazo y lactancia

Se debe administrar con precaución durante el embarazo evitando el empleo de dosis elevadas o durante periodos de tiempo prolongados, por el riesgo de hipermagnesemia.

El magnesio se excreta en pequeñas cantidades por la leche, pero no se han observado alteraciones en los lactantes. No existe contraindicación para el uso de este fármaco durante la lactancia, únicamente la misma recomendación anterior de evitar dosis excesivas o consumos prolongados.

No se dispone de datos sobre fertilidad en humanos.

4.7. Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

La influencia de este medicamento sobre la capacidad de conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante.

4.8. Reacciones adversas

La reacción adversa que más se puede producir es la diarrea y la más grave es la hipermagnesemia.

Durante el periodo de utilización del hidróxido de magnesio como laxante se han notificado las siguientes reacciones adversas cuya frecuencia no se ha podido establecer con exactitud:

Con más frecuencia: diarreas.

Con frecuencia muy rara: hipermagnesemia. Se ha observado hipermagnesemia tras la administración prolongada de hidróxido de magnesio en pacientes con insuficiencia renal.

Con frecuencia no conocida: dolor abdominal.

Notificación de sospechas de reacciones adversas

Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al medicamento tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del medicamento. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano: www.notificaram.es.

4.9. Sobredosis

Los síntomas comienzan a aparecer cuando la concentración de magnesio sobrepasa los 1,5-2,2 mmol/l e incluyen rubor, sed, hipotensión, náuseas, vómitos, astenia, confusión, mareos, visión borrosa, ataxia y debilidad muscular. Posteriormente se alteran los reflejos osteotendinosos y en situaciones más graves, puede producirse depresión respiratoria, coma y arritmia/parada cardíaca.

El tratamiento es sintomático. La administración de diuréticos (furosemida, ácido etacrínico) acelera la eliminación renal de magnesio.

El tratamiento de la hipermagnesemia, si se produce, consiste en la administración intravenosa de 10- 20 ml de gluconato cálcico al 10% y la instauración de diálisis.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1. Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: Laxantes osmóticos, hidróxido de magnesio. Código ATC: A06AD91.

Grupo farmacoterapéutico: Antiácidos derivados de magnesio, hidróxido de magnesio. Código ATC: A02AA04

El magnesio es el segundo catión intracelular más abundante. Es un electrolito esencial, implicado en la actividad de muchas enzimas, en la transmisión neuroquímica y en la excitabilidad muscular.

En forma de hidróxido se absorbe poco y con lentitud, actuando como un laxante osmótico salino en la luz intestinal. Atrae agua hacia la luz intestinal, proporcionando la formación de una masa de heces blandas.

Además estimula la secreción de colecistoquinina, una hormona que actúa estimulando la motilidad intestinal y la secreción de líquido. Actúa preferentemente al final del intestino delgado y en el intestino grueso. El efecto laxante suele manifestarse entre 3 y 6 horas tras la administración, incluso antes.

El hidróxido de magnesio es bastante reactivo con los hidrogeniones, siendo el antiácido insoluble de más rápida actuación. En contacto con el ácido clorhídrico reacciona dando lugar a cloruro de magnesio y agua.

A las dosis habituales, los antiácidos no incrementan, ni mantienen el pH gástrico por encima de 4-5, pero esto es suficiente ya que el incremento hasta 3,3 supone la neutralización del 99% del ácido gástrico. La capacidad neutralizante de ácido de **magnesia cinfa** es de 17,95 mEq por 2,5ml.

La reducción de la acidez gástrica suprime la actividad proteolítica de la pepsina, pero incrementa la secreción de gastrina. Esto último hace que exista una secreción ácida de rebote después de neutralizado el pH gástrico, que en el caso del hidróxido de magnesio es breve y de bajo grado. El incremento del pH también consigue aumentar la presión del esfínter esofágico inferior.

5.2. Propiedades farmacocinéticas

El hidróxido de magnesio es insoluble, lo que limita la absorción intestinal del catión. La transformación en cloruro de magnesio tras el contacto con el jugo gástrico permite cierta absorción de este compuesto, entre un 15 y un 30% en el intestino delgado, que en condiciones normales se elimina por el riñón. El resto, es decir, la mayor parte se elimina por las heces sin transformar, aunque también lo hace en forma de cloruro, bicarbonato y en menor medida en forma de jabones, fosfatos y otros compuestos insolubles.

La distribución del magnesio es amplia, un 50% se encuentra en el hueso, un tercio del mismo constituye una reserva intercambiable. El 45% presenta una localización intracelular, mientras que el 5% restante se encuentra en el líquido extracelular.

La concentración de magnesio en el líquido intracelular y extracelular es de unos 15 mmol/l y 0,75-1,1 mmol/l respectivamente. En plasma un tercio se encuentra unido a las proteínas mientras que el resto se encuentra ionizado. Se excreta en la leche y saliva en pequeñas cantidades.

La eliminación de magnesio se produce de forma fundamental por riñón, aunque únicamente un 3-5%

del ion filtrado es excretado por la orina. La mayor parte de la reabsorción se produce en los túbulos proximales. La excreción renal de magnesio se incrementa por muchos diuréticos.

5.3. Datos preclínicos sobre seguridad

La toxicidad de hidróxido de magnesio tras su ingesta por vía oral es poco común, debido a la reducida absorción del magnesio y a que se excreta eficazmente por los riñones. Incluso las sales de magnesio solubles, generalmente se absorben lentamente, por lo que la administración oral no origina más que un efecto purgante. No existen datos reportados respecto a carcinogenicidad, mutagenicidad ni toxicidad reproductiva o sobre el desarrollo.

6. DATOS FARMACÉUTICOS

6.1. Lista de excipientes

celulosa microcristalina/carboximetilcelulosa sódica
carboximetilcelulosa sódica
Sinespum C (compuesto por: sacarosa, triestearato de sorbitano, PEG 40 estearato, dimeticona, dióxido de silicio y 2- Bromo-2-nitropropano-1,3-diol)
domifen bromuro
sorbitol (E-420)
sacarina sódica
goma de xantán
aroma de naranja
agua purificada.

6.2. Incompatibilidades

No se han descrito.

6.3. Periodo de validez

2 años.

6.4. Precauciones especiales de conservación

No conservar a temperatura superior a 30°C.

6.5. Naturaleza y contenido del envase

Frasco de PVC color topacio con cierre de rosca, que contiene 260 ml.
Se incluye vaso dosificador.

6.6. Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones

Agítese antes de usarlo.

7. TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

LABORATORIOS CINFA, S.A.
C/Olaz-Chipi, 10. Polígono Areta.
31620 HUARTE – PAMPLONA (NAVARRA) ESPAÑA

8. NÚMERO(S) DE AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN

EN-34.551

9. FECHA DE LA PRIMERA AUTORIZACIÓN/ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

Octubre de 1960.

10. FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO

Octubre de 2013.