



INFORME TECNICO Nº 05-2011

I. ANTECEDENTES

1.1 DATOS DE LA SOLICITUD

Medicamento solicitado:	Cefepima 1g Inyectable
Institución:	Instituto Nacional de Salud del Niño
Condición (es) clínica(s) asociada(s):	Sepsis
Alternativas del PNME:	Meropenem
Motivo de la solicitud:	Medicamento de eficacia y seguridad demostrada para cubrir vacío terapéutico importante.
Dosificación diaria / Vía de administración	EV
Costo de tratamiento	Costo diario s/.33.00
Uso	-----
Duración del tratamiento	-----
Población objetivo	-----

II. ANÁLISIS DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

La sepsis es una causa frecuente de admisión a las unidades de cuidados intensivos (UCI), es causa más frecuente de letalidad en las UCIs, y es causa común de muertes en pacientes hospitalizados, los reportes indican que la sepsis severa es una causa importante de muertes en el mundo que varía entre el 20 y 50%.¹

En el año 1991 el Colegio Americano de Tórax y la Sociedad de Medicina Crítica establecieron una primera terminología para los términos relacionados con el proceso séptico.² Posteriormente el año 2001 en una conferencia conjunta con varias Sociedades

¹Moss M, Martin GS. A global perspective on the epidemiology of sepsis. Intensive Care Med 2004, 30:527-9

² American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference Committee. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. Crit Care Med 1992;20:864-74.



de Cuidados Intensivos europeas y americanas (SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference) efectuaron una revisión de dicha terminología, definiendo a la sepsis como la respuesta inflamatoria sistémica secundaria a infección que debe incluir proceso infeccioso definido o sospechado, y por lo menos dos de los criterios de respuesta inflamatoria sistémica.³ Y el año 2005 se publica la adaptación pediátrica de estos términos, a través de una nueva conferencia de consenso.⁴

El tratamiento de la sepsis se basa en la instauración precoz, habitualmente de forma empírica, de un tratamiento antibiótico apropiado, drenaje o tratamiento quirúrgico precoz de los focos primarios o metastáticos que lo requieran (reparación de perforaciones intestinales, drenaje de abscesos, exéresis de tejidos necróticos y eventual retirada de biomateriales infectados), el mantenimiento de la función de los órganos vitales y la corrección de las alteraciones de la homeostasis que aparezcan.⁵

Cefepima es una cefalosporina de cuarta generación, posee un espectro antibacterial más amplio que la mayoría de las cefalosporinas de tercera generación. Es activa contra varias bacterias gram positivas y negativas, incluyendo a la mayoría de los miembros de la familia *Enterobacteriaceae*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus Aureus*.⁶

Cefepima está aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para las siguientes indicaciones:⁷

1. Neutropenia Febril, terapia empírica.
2. Infección de la piel y/o tejido celular subcutáneo (moderado a severo).
3. Enfermedad infecciosa del abdomen, complicado.
4. Neumonía (moderada a severa).
5. Enfermedad infecciosa del tracto urinario, complicada o no complicada.

En 1998 la FDA aprobó la utilización de cefepima en niños menores de 12 años como monoterapia en casos de neumonía, neutropenia febril, infecciones urinarias y de piel.⁸

Se recomienda usar Cefepima con precaución en pacientes con antecedentes de enfermedad gastrointestinal o convulsiones. El uso de cefepima puede estar asociado con el aumento del Índice Normalizado Internacional (INR), especialmente en pacientes nutricionalmente deficientes, pacientes con tratamiento prolongado, o que tienen enfermedad hepática o renal.⁹

³Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E, Angus D, Cook D, Cohen J, Opal SM, Vincent JL, Ramsay G; SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Crit Care Med. 2003 Apr;31(4):1250-6. [Medline]

⁴ Goldstein B; Giroir B; Randolph A; Members of the International Consensus Conference on Pediatric Sepsis. International Pediatric sepsis consensus conference: Definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. Pediatr Crit Care Med 2005;6: 2-8.

⁵ J.A. Martínez, J.P. Horcajada. Sepsis y bacteriemia. Revista Española de Quimioterapia. 2001 septiembre;14 (3)

⁶ Rule R, Vita M, Baschar H, Farina OH, Farmacocinética y penetración en líquido tisular de cefepima administrado en conejos hipertérmicos. Rev. Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana. 2008

⁷ MICROMEDEX® (version 1.0). Cefepime: DRUGDEX® Evaluations. [En línea]. [Fecha de consulta: Junio 2011]. URL disponible en: <http://www.thomsonhc.com>

⁸ Fiedland IR, Lutsar I. New antibiotics. Curr Opin Pediatr 1998;10:41-5.

⁹ UpToDate® (version 19.1). Cefepime: Pediatric drug information. [En línea]. [Fecha de consulta: Junio 2011]. URL disponible en: <http://www.uptodate.com/>



EFICACIA

Para el tratamiento de sepsis, la elección de los medicamentos debe basarse en la fuente probable de infección, y el estado inmunológico del paciente. La elección también debe reflejar los patrones locales de resistencia bacteriana.

La guía de práctica clínica en oncología, de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) 2009, recomienda el uso de cefepima para la terapia inicial de neutropenia febril y como terapia empírica para meningitis.¹⁰

En la National Guideline Clearinghouse se recomienda el uso empírico de cefepima en combinación con metronidazol para pacientes pediátricos con infección intraabdominal adquirida en la comunidad.¹¹

Cefepima puede utilizarse para tratar la sepsis causada por la mayoría de las cepas de bacilos gram negativos, para el tratamiento inicial de una sepsis potencialmente mortal. Los consultores de Medical Letter recomiendan una cefalosporina de tercera o cuarta generación (cefepima) más vancomicina y tal vez un aminoglucósido (gentamicina, tobramicina o amikacina).¹² Sin embargo un meta análisis no encontró ningún beneficio adicional de la adición de un aminoglucósido, por lo contrario aumenta el riesgo de eventos adversos.¹³

El Instituto Nacional de Salud¹⁴ realiza en el año 2008, un informe de la resistencia antimicrobiana en bacterias de origen hospitalario, el informe se basa en los datos proporcionados por la Vigilancia de la Resistencia a los antimicrobianos realizada durante el 2008 provenientes de 5 laboratorios hospitalarios. El total de especies bacterianas aisladas fue de 6096, que corresponde a un total de 5193 pacientes, lo que significa que aproximadamente 1000 pacientes tuvieron más de un microorganismo identificado. Los cuatro microorganismos más frecuentemente aislados en pacientes hospitalizados en este grupo de hospitales correspondió a *Escherichia coli* (22.3%), *Staphylococcus coagulasa negativa* (20.1%), *Staphylococcus aureus* (10.2%) y *Klebsiella pneumoniae* (9.9%). Cuando se ordenan los datos según el tipo de servicio, dividiéndolos en dos grupos, aquellos que son procedentes de las Unidades de Cuidados Intensivos (1310 aislamientos) de aquellos que son procedentes de los servicios generales de hospitalización (no UCI, 9172 aislamientos), se observa que la frecuencia de los microorganismos varía. Así por ejemplo en los pacientes de UCI los microorganismos más frecuentemente aislados son el *Staphylococcus coagulasa negativa*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Klebsiella pneumoniae*, mientras que en los pacientes de servicios generales los microorganismos más frecuentemente aislados son la *Escherichia coli* y *Staphylococcus coagulasa negativa*, *Staphylococcus aureus* y *Klebsiella pneumoniae*. Al comparar los perfiles de resistencia a antimicrobianos de *Pseudomonas aeruginosa* de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos con los perfiles de resistencia de los pacientes hospitalizados en servicios generales se observó mayores diferencias en

¹⁰ NCCN Clinical Practice guidelines in oncology, Prevention And treatment of cancer related infections. National Comprehensive Cancer Network. 2009,

¹¹ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. National Guideline Clearinghouse [serial en línea] [visitado en Junio del 2011] URL. Disponible en <http://guidelines.gov>.

¹² Paul M et al. β lactam monotherapy versus β lactam-aminoglycoside combination therapy for sepsis in immunocompetent patients: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ* 2004; 328:668-72

¹³ Anon. Choice of antibacterial drugs. *Med Lett Treat Guid.* 2007; 5:33-50.

¹⁴ MINSA. Instituto Nacional de Salud, Informe de la resistencia antimicrobiana de origen hospitalario en Lima 2008 URL. Disponible en <http://www.ins.gob.pe/>



imipenem y piperacilina/tazobactam. No se observó mayores diferencias en la resistencia para amikacina, cefepima y gentamicina.

Resistencia a los antimicrobianos de *Pseudomonas aeruginosa* según tipo de servicio

Antibiótico	Hospitalizados No UCI n=491			Hospitalizados (UCI) n=103		
	n	% Resistencia	%R 95%I.C.	n	% Resistencia	%R 95%I.C.
Meropenem	481	61.3	56.8-65.6	89	69.7	58.9-78.8
Aztreonam	478	64.9	60.4-69.1	96	65.6	55.1-74.8
Ceftazidima	475	66.7	62.2-70.9	103	59.2	49.1-68.6
Amicacina	472	59.1	54.5-63.5	98	60.2	49.8-69.8
Ciprofloxacina	455	68.4	63.9-72.6	95	74.7	64.6-82.8
Colistin	370	0	0.0-1.3	70	0	0.0-6.5
Cefepima	358	65.6	60.4-70.5	74	67.6	55.6-77.8
Gentamicina	236	69.9	63.5-75.6	59	71.2	57.7-81.9
Cefoperazona/Sulbactam	209	0.5	0-3.1	51	0	0.0-8.7
Imipenem	204	65.2	58.2-71.6	18	94.4	70.6-99.7
Trimetoprima/Sulfametoxazol	185	100	97.5-100	23	95.7	76.1-99.8
Piperacilina/Tazobactam	55	61.8	47.7-74.3	29	79.3	59.7-91.3

Al comparar las proporciones de resistencias a los antimicrobianos de *Pseudomonas aeruginosa* entre aislamientos de pacientes de consultorio externo con los aislamientos de pacientes hospitalizados se encontró mayores niveles de resistencia en pacientes de UCI para ceftazidima, amikacina, meropenem, aztreonam, ciprofloxacina y cefepima.

Resistencia a los antimicrobianos de *Pseudomonas aeruginosa* según procedencia

Antibiótico	Consulta externa (ambulatorio) n=154			UCI n=103		
	n	% Resistencia	%R 95%I.C.	n	% Resistencia	%R 95%I.C.
Ceftazidima	152	44.7	36.7-53.0	103	59.2	49.1-68.6
Amicacina	150	40.7	32.9-49.0	98	60.2	49.8-69.8
Meropenem	149	42.3	34.3-50.7	89	69.7	58.9-78.8
Aztreonam	148	48.6	40.4-56.9	96	65.6	55.1-74.8
Ciprofloxacina	144	47.2	38.9-55.7	95	74.7	64.6-82.8
Cefepima	115	49.6	40.2-59.0	74	67.6	55.6-77.8
Colistin	102	0	0.0-4.5	70	0	0.0-6.5
Gentamicina	53	34	21.9-48.4	59	71.2	57.7-81.9
Imipenem	43	48.8	33.5-64.3	18	94.4	70.6-99.7
Piperacilina/Tazobactam	13	46.2	20.4-73.9	29	79.3	59.7-91.3

En los aislamientos de *Klebsiella pneumoniae* en pacientes hospitalizados, la resistencia a cefalosporinas de tercera generación supera el 69.%. Proporciones similares se ven para las otras cefalosporinas. Estos porcentajes sugieren la presencia de cepas productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) en estos aislamientos. La resistencia reportada para cefepima es de casi 71% también probablemente debido a la presencia de BLEE en las cepas

Resistencia a los antimicrobianos de *Klebsiella pneumoniae* en
pacientes hospitalizados (n=595)

Antibiótico	n	% Resistencia	%R 95%I.C.
Amicacina	553	28.6	24.9-32.6
Ciprofloxacina	510	47.1	42.7-51.5
Ceftazidima	495	73.1	68.9-76.9
Cefotaxima	490	69.6	65.3-73.6
Meropenem	488	0.2	0.1-1.6
Aztreonam	479	73.3	69.1-77.2
Cefepima	460	70.9	66.5-75.0
Amoxicilina/Ácido clavulánico	438	84.7	80.9-87.9
Gentamicina	427	52.2	47.3-57.0
Trimetoprima/Sulfametoxazol	423	71.9	67.3-76.1
Cefoxitina	377	9	6.4-12.5
Cefalotina	376	77.7	73.1-81.7
Ampicilina/Sulbactam	314	89.5	85.4-92.6
Ceftriaxona	307	79.2	74.1-83.5
Imipenem	288	0	0.0-1.6
Acido nalidixico	227	65.6	59.0-71.7
Cloramfenicol	216	61.1	54.2-67.6
Nitrofurantoina	202	40.1	33.4-47.2
Levofloxacina	78	61.5	49.8-72.1
Piperacilina	65	95.4	86.3-98.8
Norfloxacina	45	55.6	40.2-70.1
Piperacilina/Tazobactam	42	19	9.1-34.6

Perfil de sensibilidad y resistencia a cefepima y meropenem 27 de Diciembre del 2006 - Instituto Materno perinatal.¹⁵

Microorganismo	Muestra	Periodo	N	CEFEPIME			N	MEROPENEM		
				S%	I%	R%		S%	I%	R%
<i>Escherichia Coli</i>	Urocultivo	Enero - Dic. 2005	350	86.6%	2.3	11.1%	108	100	0.00	0.00
<i>Escherichia Coli</i>	Urocultivo	Enero - 25 Feb. 2006	64	32.8%	31.2	35.9%	5	100	0.00	0.00
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	Urocultivo	Enero - Dic. 2005	41	56.1%	17.1	26.8%	20	100	0.00	0.00
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	Urocultivo	Enero - 25 Feb. 2006	16	57.1%	14.3	28.6%	2	100	0.00	0.00
<i>Pseudomona aeruginosa</i>	Hemocultivo	Enero - 31 Oct. 2006	9	11.1%	33.3	55.6%	9	88.9	0.00	11.1
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	Hemocultivo	Enero - 31 Oct. 2006	48	20.8%	4.2	75.0	70	98.6	0.00	1.4

Fuente: Oficio N° 0032-DG-INMP-07 del Instituto Nacional Materno Perinatal.

¹⁵ Informe Técnico N°004-2007, Cefepime 1g inyectable/Ministerio de Salud, Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID) - Lima: MINSa, DIGEMID, 2007



Antes de sugerir agentes antimicrobianos que se utilizarán empíricamente, la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) recomienda clasificar a los pacientes pediátricos oncológicos con neutropenia febril como pacientes de bajo y alto riesgo; para los pacientes de bajo riesgo, el tratamiento empírico puede ser oral, siempre y cuando se incluya fármacos con actividad frente a los miembros de la familia Enterobacteriaceae, *P. aeruginosa* y *Streptococcus*. Una combinación satisfactoria de este espectro es una quinolona con una acción antipseudomona, tales como ciprofloxacina, y un beta-lactámico, tales como la amoxicilina, en presentaciones orales, aunque en el caso de las quinolonas, debe tenerse en cuenta las restricciones por grupos de edad muy joven. Cuando se toma la decisión de emplear la terapia intravenosa, los pacientes de alto riesgo pueden ser tratados con cefepima, una penicilina con una acción antipseudomonas (piperacilina / Tazobactam) o incluso carbapenémicos (imipenem o meropenem), dependiendo de la flora microbiana a que el paciente está expuesto.¹⁶

Cefepima no debe indicarse como primera línea en infecciones graves por bacterias productoras de beta lactamasas de espectro extendido, y si se usa, la dosis debe ser mayor o igual a 2g cada 12 horas y en combinación con otro agente activo (aminoglucosidos ó fluorquinolonas). Los Carbapenems representan la terapia de elección para estas.¹⁷

La dosis de Cefepima en pacientes neonatos <14 días es de 30 mg / kg / dosis cada 12 horas, con la posibilidad de aumentar a 50 mg / kg / dosis cada 12 horas para las infecciones por *Pseudomonas* y en neonatos \geq 14 días la dosis es de 50 mg / kg / dosis cada 12 horas. En bebés de 1 mes hasta pacientes adolescentes de 16 años y \leq 40 kg la dosis de Cefepima es de 50 mg / kg / dosis (dosis máxima: 2 g) cada 12 horas. En pacientes con neutropenia febril la dosis es de 50 mg / kg / dosis (dosis máxima: 2 g) cada 8 horas durante 7 días o hasta que se resuelve la neutropenia. Cefepima ha sido estudiado en 12 pacientes con fibrosis quística (edades entre 4-41 años) con infección broncopulmonar en una dosis de 50 mg / kg / dosis cada 8 horas (dosis máxima: 2 g / dosis cada 8 horas); cefepima fue tan eficaz como cefotaxima en 90 niños <15 años de edad que fueron randomizados para recibir cefepima 50 mg / kg / dosis cada 8 horas (n = 43) o cefotaxima 50 mg / kg / dosis cada 6 horas (n = 47) para el tratamiento de infecciones bacterianas meningitis.¹⁸

SEGURIDAD

Entre las reacciones adversas significantes tenemos:

- >10%: test de Coombs positivo sin hemólisis (16%).
- 1% al 10%: fiebre (1%), dolor de cabeza (1%) Rash (1% a 4%), prurito (1%), hipofosfatemia (3%), diarrea (\leq 3%), náuseas (\leq 2%), vómitos (\leq 1%), eosinofilia (2%), aumento de alanina aminotransferasa ALT (3%), aumento del aspartato aminotransferasa AST (2%), tiempo parcial de tromboplastina PTT anormal (2%), inflamación, flebitis y dolor (1%).
- <1% (importantes o potencialmente mortales): agranulocitosis, aumento de fosfatasa alcalina, shock anafiláctico, anafilaxia, aumento de la bilirrubina, nitrógeno ureico en sangre (BUN) aumentado, colitis, coma, confusión, aumento de la creatinina,

¹⁶ Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer: 2010 Update by the Infectious Diseases Society of America

¹⁷ Informe Técnico N°004-2007, Cefepime 1g inyectable/Ministerio de Salud, Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID) - Lima: MINSa, DIGEMID, 2007

¹⁸ Lexicomp® Cefepime: Children's Orange County. [En línea]. [Fecha de consulta: Junio 2011]. URL disponible en: <http://online.lexi.com>



encefalopatía, alucinaciones, disminución de hemocrito, hipercalcemia, hiperpotasemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia, leucopenia, mioclonías, neutropenia, moniliasis oral, colitis pseudomembranosa, convulsiones, estupor, trombocitopenia, urticaria, vaginitis.¹⁹

Cefepima se excreta en la leche materna en bajas concentraciones (0,5 mcg / mL). A pesar que los efectos en la lactancia es desconocido, se debe tener precaución cuando se administra cefepima a una mujer que esté dando de lactar²⁰

Zemrak WR. 2009²¹ En una revisión sistemática cuyo objetivo fue analizar la evidencia de la neurotoxicidad inducida por Cefepima en más de 40 informes de casos. Se han descrito confusión, encefalopatía, coma y estatus epiléptico no convulsivo y convulsivo. La mayoría de los casos ocurrieron en pacientes con insuficiencia renal. El inicio de la neurotoxicidad fue de 1 a 16 días. Concluye que la neurotoxicidad inducida por cefepima se produce principalmente en pacientes con insuficiencia renal, sin embargo, varios casos han ocurrido en pacientes con función renal normal. La mayoría de los casos de neurotoxicidad se han presentado en pacientes que no recibieron un ajuste de dosis apropiado para la insuficiencia renal.

La FDA notificó a profesionales de la salud que ha culminado su análisis de un posible riesgo de mayor número de muertes con cefepima, en la publicación de un estudio anterior sugirió un alto índice de mortalidad en los pacientes tratados con esta droga, en comparación a los pacientes tratados con drogas similares. La FDA revisó los datos del estudio y condujo el análisis basados en datos adicionales, incluyendo los datos solicitados y otorgados por Bristol Meyers Squibb. La FDA ha determinado que los datos no indican un índice mayor de mortalidad en pacientes tratados con cefepima. Cefepima continúa siendo una terapia apropiada para las indicaciones aprobadas. La FDA continuará revisando la seguridad de cefepima.²²

COSTOS

	CEFEPIMA 1g iny.	MEROPENEM 500mg iny.
Costo Unidad²³ s/.	17.59	24.75

Fuente: Sistema Nacional de Información de Precios-DIGEMID, Junio 2011

¹⁹ UpToDate® (version 19.1). Cefepime: Drug information. [En línea]. [Fecha de consulta: Junio 2011]. URL disponible en: <http://www.uptodate.com/>

²⁰ MICROMEDEX® (version 1.0). Cefepime DRUGDEX® Evaluations. [En línea]. [Fecha de consulta: Junio 2011]. URL disponible en: <http://www.thomsonhc.com>

²¹ Zemrak WR. Cefepime-Induced Neurotoxicity: A Review of the Evidence. Hospital Pharmacy. 44(7):557-561,574, 2009 July.

²² Noti Seguridad. Actualización de cefepime 17 junio 2009/Ministerio de Salud, Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID) - Lima: MINSa, DIGEMID, 2009

²³ Ministerio de Salud del Perú. Dirección de General Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID). Sistema Nacional de Información de Precios [en línea]. [Fecha de consulta: Junio 2011]. URL disponible en: <http://observatorio.digemid.minsa.gob.pe/>



Entidad Clínica	Dosis	Costo diario tratamiento s/.
Meningitis e infecciones graves por P. aeruginosa	Meropenem 2g/8h Cefepima 2g/8h	297.00 105.54
Neutropenia febril	Meropenem 1g/8h Cefepima 1g/8h	148.50 52.77
Infecciones de piel	Meropenem 500mg/8h Cefepima 2g/12h	74.25 70.36
Infecciones de abdomen	Meropenem 1g/8h Cefepima 2g/12h	148.50 70.36

CONCLUSIÓN

- Cefepima es una cefalosporina de cuarta generación con un espectro de actividad antibacteriano más amplio que el de las cefalosporinas de tercera generación y que incluye efectividad frente a gram (-).
- La sepsis es una causa importante de muertes en el mundo que vari entre el 20 y 50%, siendo las unidades de cuidados intensivos en donde se registra mayor admisión de pacientes con sepsis.
- El tratamiento de la sepsis se basa en la instauración precoz, habitualmente de forma empírica, de un tratamiento antibiótico apropiado, drenaje o tratamiento quirúrgico precoz de los focos primarios y metastáticos que lo requieran
- Cefepima está aprobado por la FDA para neutropenia febril como terapia empírica, infección de la piel y tejido celular subcutáneo, enfermedad infecciosa del abdomen, neumonía y enfermedad infecciosa del tracto urinario.
- La guía de práctica clínica en oncología, de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) 2009, recomienda el uso de cefepima para la terapia inicial de neutropenia febril y como terapia empírica para meningitis.
- En la National Guideline Clearinghouse se recomienda el uso empírico de cefepima en combinación con metronidazol para pacientes pediátricos con infección intraabdominal adquirida en la comunidad
- Cefepima puede utilizarse para tratar la sepsis causada por la mayoría de las cepas de bacilos gram negativos. Para sepsis potencialmente mortal se recomienda cefepima más vancomicina.
- Para la selección de un agente antibiótico en un centro hospitalario, este debe ser guiado por patrones de sensibilidad y la resistencia bacteriana de este.
- El costo de la terapia con cefepima es menor en comparación con meropenem



PERÚ

Ministerio
de Salud

Dirección General
de Medicamentos, Insumos y Drogas

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERÚ
"Año del Centenario de Machu Picchu para el Mundo"

- En base a la información revisada, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas considera que la adquisición de cefepima 1g, se encuentra justificado sólo para los casos en que se demuestre sensibilidad al agente patógeno y se garantice que su utilización es autorizado por el Comité de Control de Infecciones Intrahospitalarias del Instituto Nacional de Salud del Niño

Lima, 30 de Junio del 2011

SVL/JSR/jsr