



Documento Local de Producto

Titulo del Documento del producto Anidulafungina
Fecha de CDS que reemplaza: 09 de Marzo de 2020
Fecha Efectiva: 06 de Agosto de 2020
Versión CDS: 11.0

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

ECALTA®

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Viales conteniendo 100 mg de anidulafungina polvo para solución inyectable intravenosa (ver la sección 6.4).

La solución reconstituida contiene 3,33 mg/mL de anidulafungina y la solución diluida contiene 0,77 mg/mL de anidulafungina.

3. FORMA FARMACÉUTICA

Polvo liofilizado para reconstituir a solución inyectable intravenosa

4. PARTICULARIDADES CLÍNICAS

4.1 Indicaciones terapéuticas

Tratamiento de la candidemia y otras formas de infecciones severas por *Candida*, en pacientes adultos y pediátricos a partir de un mes de edad y mayores (ver la sección 5.1).

Tratamiento de abscesos intraabdominales y peritonitis en pacientes adultos (ver la sección 5.1).

4.2 Posología y método de administración

Los especímenes para cultivos fúngicos y otros estudios de laboratorio relevantes (incluyendo histopatología) deben obtenerse antes de la terapia, para aislar e identificar el/los organismo(s) causante(s). La terapia se puede instaurar antes de conocer los resultados de los cultivos y otros estudios de laboratorio. Sin embargo, una vez que se conozcan dichos resultados, la terapia antimicótica debe ser ajustada de acuerdo a ellos.

Pacientes adultos.

Para pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa (IHF) (ver sección 4.4).

Candidiasis invasiva, incluyendo candidemia

El Día 1 se debe administrar una dosis de carga de 200 mg, seguida por 100 mg diariamente a partir de entonces. La duración del tratamiento se debe establecer con base en la respuesta clínica del paciente. En general, la terapia antimicótica debe continuarse durante al menos 14 días después del último cultivo positivo.

La anidulafungina debe reconstituirse con agua para inyección a una concentración de 3,33 mg/mL y diluida subsecuentemente a una concentración de 0,77 mg/mL antes de su uso (ver sección 6.4).

Se recomienda que anidulafungina se administre a una velocidad máxima de infusión que no exceda los 1,1 mg/min (ver secciones 4.4, 4.8 y 6.4).

Pacientes Pediátricos (un mes y mayores).

Para pacientes con IHF y todos los pacientes menores de 2 años, ver sección 4.4.

Candidiasis invasiva, incluida candidemia

La dosis recomendada es de 3,0 mg/ kg (sin exceder los 200 mg) de dosis de carga de anidulafungina el día 1, seguida de una dosis diaria de 1,5 mg/ kg (sin exceder los 100 mg) a partir de entonces. En general, la terapia antimicótica debe continuar durante al menos 14 días después del último cultivo negativo (definido como el segundo de dos cultivos negativos consecutivos, separados por al menos 24 horas, después del último cultivo positivo) y la mejoría de los signos y síntomas clínicos de candidiasis invasiva incluida candidemia (ICC). El cambio a un antimicótico oral puede ocurrir después de un mínimo de 10 días de terapia intravenosa con anidulafungina.

No se ha establecido la eficacia y seguridad de anidulafungina en recién nacidos (menores de 1 mes) (ver sección 4.4).

Presentación de agua para inyección

La anidulafungina debe reconstituirse con agua para inyección a una concentración de 3,33 mg/ mL y posteriormente diluirse a una concentración de 0,77 mg/ mL antes de su uso de acuerdo con las instrucciones dadas en la Sección 6.4.

Se recomienda que la anidulafungina se administre a una velocidad máxima de perfusión que no exceda de 1,1 mg / minuto (ver secciones 4.4, 4.8 y 6.4).

Insuficiencia renal y hepática

No se requieren ajustes de dosis para pacientes con insuficiencia hepática leve, moderada o severa. No se requieren ajustes de dosis para pacientes con algún grado de insuficiencia renal, incluyendo los que están en diálisis. La anidulafungina puede administrarse independientemente de la duración de la hemodiálisis (ver sección 5.2).

Otras poblaciones especiales

No se requieren ajustes de dosis para pacientes adultos, con base en el género, peso, etnia, VIH positivo o estatus geriátrico.

4.3 Contraindicaciones

Hipersensibilidad conocida a la anidulafungina o a cualquiera de los componentes de Ecalta® u otras equinocandinas.

4.4 Advertencias y precauciones especiales de utilización

Advertencias

- *Reacciones anafilácticas:* se han reportado reacciones anafilácticas, incluyendo choque, con el uso de anidulafungina. De presentarse tales reacciones, el tratamiento con anidulafungina debe ser discontinuado y se deberá ofrecer el tratamiento apropiado (ver sección 4.8)
- *Reacciones relacionadas con la perfusión*
- Se han notificado reacciones adversas relacionadas con la perfusión con anidulafungina, que incluyen erupción cutánea, urticaria, rubor, prurito, disnea, broncoespasmo e hipotensión. Los acontecimientos adversos relacionados con la perfusión son poco frecuentes cuando la velocidad de perfusión de anidulafungina no supera 1,1 mg / minuto (ver secciones 4.2, 4.8 y 6.4).
- *Efectos hepáticos:* se han observado anormalidades de laboratorio en las pruebas de función hepática, en sujetos saludables y en pacientes tratados con anidulafungina. En algunos pacientes, con condiciones médicas subyacentes serias, que estaban recibiendo múltiples medicamentos concomitantes junto con anidulafungina, se presentaron casos de anormalidades hepáticas clínicamente significativas, se han reportado casos aislados de disfunción hepática significativa, hepatitis o insuficiencia hepática en pacientes; pero no se ha establecido una relación causal con la anidulafungina. Los pacientes que desarrollen pruebas de función hepática anormales durante el tratamiento con anidulafungina, deben ser monitoreados para buscar evidencia de empeoramiento de la función hepática y evaluar la relación de riesgo/beneficio de seguir administrando la terapia con anidulafungina.

- *Pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa*: Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa (IHF) no deben recibir este medicamento a menos que sea estrictamente necesario.

Se debe tomar una historia detallada con respecto a los síntomas de IHF de cada paciente antes de recibir este medicamento.

Es posible que los bebés y los niños menores de 2 años aún no hayan sido diagnosticados con IHF. Los medicamentos que contienen fructosa administrados por vía intravenosa pueden poner en peligro la vida y no deben administrarse en esta población a menos que exista una necesidad clínica abrumadora y no haya alternativas disponibles.

Población pediátrica.

No se recomienda el tratamiento con anidulafungina en recién nacidos (menores de 1 mes). El tratamiento de los recién nacidos requiere considerar la cobertura de la candidiasis diseminada, incluido el sistema nervioso central (SNC); Los modelos de infección preclínicos indican que se necesitan dosis más altas de anidulafungina para lograr una penetración adecuada en el SNC (ver sección 5.3), lo que resulta en dosis más altas de polisorbato 80, un excipiente de la formulación. Las dosis altas de polisorbatos se han asociado con toxicidades potencialmente mortales en recién nacidos, como se informa en la literatura.

Precauciones

- *Reacciones relacionadas con la infusión*: se han reportado eventos adversos relacionados con la infusión de anidulafungina, como exantema, urticaria, rubefacción, prurito, disnea, broncoespasmo e hipotensión. Los eventos adversos relacionados con la infusión son infrecuentes, cuando la velocidad de infusión de la anidulafungina no excede 1,1 mg/minuto.

- *Efectos sobre la capacidad para manejar y usar maquinarias*: no se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad de manejar o usar máquinas.

4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

Estudios preclínicos *in vitro* e *in vivo* han demostrado que la anidulafungina no es un sustrato, inductor o inhibidor clínicamente relevante de las isoenzimas del citocromo P450. Los estudios de interacción solo han sido realizados en adultos. La anidulafungina tiene una depuración renal insignificante (< 1%). Se esperan interacciones mínimas con las medicaciones concomitantes (ver sección 5.2).

Los estudios *in vitro* demostraron que la anidulafungina no es metabolizada por el citocromo P450 humano, ni por los hepatocitos humanos aislamientos y que la anidulafungina no inhibe significativamente las actividades de las isoformas del CYP

humano (1A2, 2B6, 2C8, 2C9, 2C19, 2D6, 3A), en concentraciones clínicamente relevantes.

No se observaron interacciones clínicamente relevantes con los siguientes medicamentos con probabilidad de ser coadministradas con la anidulafungina.

Ciclosporina (sustrato de la CYP3A4): En un estudio de 12 sujetos adultos saludables, quienes recibieron 100 mg/día de anidulafungina después de una dosis única de carga de 200 mg, y en combinación con 1,25 mg/kg de ciclosporina oral dos veces al día, no se vio significativamente alterada la concentración plasmática pico en el estado estacionario (C_{max}) de anidulafungina por la ciclosporina; sin embargo, el área bajo la curva concentración-tiempo (ABC) en el estado estacionario, aumentó en un 22%. Un estudio *in vitro* demostró que la anidulafungina no tiene ningún efecto sobre el metabolismo de la ciclosporina. Los eventos adversos observados en este, fueron compatibles con los observados en otros estudios donde solamente se administró anidulafungina. No se requieren ajustes de las dosis de ninguno de estos medicamentos, cuando son coadministradas.

Voriconazol (inhibidor y sustrato de la CYP2C19, CYP2C9 y CYP3A4): En un estudio de 17 sujetos saludables, quienes recibieron 100 mg/día de anidulafungina sola después de una dosis de carga de 200 mg, 200 mg dos veces al día de voriconazol oral solo después de una dosis de 400 mg dos veces al día el primer día como dosis de carga, y ambos medicamentos en combinación, la C_{max} y el ABC en estado estacionario de la anidulafungina y el voriconazol no se vieron alterados significativamente por la coadministración. No se requieren ajustes de las dosis de ninguna de estos medicamentos, cuando son coadministradas.

Tacrolimus (sustrato de la CYP3A4): En un estudio de 35 sujetos saludables, quienes recibieron una sola dosis oral de 5 mg de tacrolimus solo, 100 mg/día de anidulafungina sola después de una dosis de carga de 200 mg y ambos medicamentos en combinación, la C_{max} y el ABC en estado estacionario de la anidulafungina y el tacrolimus no se vieron alterados significativamente por la coadministración. No se requieren ajustes de las dosis de ninguno de estos medicamentos, cuando son coadministrados.

Anfotericina B liposomal: La farmacocinética de la anidulafungina fue evaluada en 27 pacientes (100 mg/día de anidulafungina), a quienes se les coadministró anfotericina B liposomal (dosis de hasta 5 mg/kg/día). El análisis farmacocinético poblacional, mostró que la farmacocinética de la anidulafungina no fue alterada significativamente por la coadministración con anfotericina B, cuando se hizo la comparación con los datos de los pacientes que no recibieron anfotericina B. No se requiere ajustar la dosis de anidulafungina.

Rifampicina (inductor potente del CYP450): La farmacocinética de la anidulafungina fue evaluada en 27 pacientes (50 o 75 mg/día de anidulafungina), a quienes se les coadministró rifampicina (dosis de hasta 600 mg/día). El análisis farmacocinético poblacional, mostró que la farmacocinética de la anidulafungina no fue alterada significativamente por la coadministración con rifampicina, cuando se hizo la comparación con los datos de los pacientes que no recibieron rifampicina. No se requiere ajustar la dosis de anidulafungina.

4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia

Los estudios en animales no evidenciaron toxicidad reproductiva selectiva (ver la sección 5.3). No existe información de estudios adecuados o bien controlados, relativos al uso de la anidulafungina en mujeres embarazadas. Por lo tanto, solo se debe usar la anidulafungina durante el embarazo, si el beneficio potencial para la madre sobrepasa el riesgo potencial para el feto.

Los estudios animales mostraron que la anidulafungina se excreta en la leche materna. No se sabe si la anidulafungina se excreta en la leche materna humana. Se debe tomar una decisión sobre si se debe seguir/o discontinuar el tratamiento con anidulafungina, tomando en cuenta el beneficio de la lactancia materna para el niño y el beneficio de la anidulafungina para la madre.

4.7 Efectos sobre la capacidad para manejar y usar maquinarias

No se han realizado estudios de los efectos sobre la capacidad de manejar o usar máquinas.

4.8 Efectos indeseables

Mil quinientos sesenta y cinco (1565) pacientes han recibido anidulafungina intravenosa en estudios clínicos (1308 en estudios de Fase 2/3 y 257 en estudios de Fase I).

El perfil de seguridad de anidulafungina esta basado en 840 pacientes con candidiasis invasiva/candidemia que recibieron la dosis diaria recomendada de 100 mg en 9 estudios. Tres estudios (uno comparativo vs. fluconazol, 2 no-comparativos) valoraron la eficacia de la anidulafungina (100 mg) en pacientes con candidemia y otras infecciones por *Candida* en tejidos profundos. En esos tres estudios (base de datos de candidiasis invasiva/candidemia (ICC)), un total de 204 pacientes recibieron anidulafungina, 119 de ellos por ≥ 14 días. En seis estudios adicionales (dos comparativos vs. Caspofungina y cuatro no comparativos), 636 pacientes incluyendo 53 pacientes neturopénicos y 131 pacientes con infección de tejidos profundos fueron estudiados; las duraciones promedio del tratamiento intravenoso en pacientes neutropénicos y pacientes con infección de tejidos profundos fueron de 10.0 (rango, 1 a 42 días) y 14.0 (rango, 1 a 42 días), respectivamente. Los eventos adversos fueron típicamente leves a moderados y raramente llevaron a discontinuación.

La siguiente tabla incluye los eventos adversos relacionados por causalidad con el medicamento (términos MedDRA) de 840 sujetos que recibieron 100 mg de anidulafungina, con frecuencia correspondiente a, reportado como muy frecuente (mayor o igual a 1/10), frecuente (mayor que o igual a 1/100 a menor que 1/10), poco frecuentes (mayor que o igual a 1/1000 a menor que 1/100), raro (mayor que o igual a 1/10000 a menor que 1/1000), muy raro (menos de 1/10000), frecuencia no conocida

(no puede estimarse a partir de los datos disponibles). Las reacciones adversas se enumeran por orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia. Se han reportado eventos adversos relacionados con la infusión de anidulafungina, incluyendo exantema, urticaria, rubefacción, prurito, disnea, broncoespasmo e hipotensión (ver Sección 4.4).

Tabla de Reacciones Adversas

Clasificación de órganos y sistemas	Reacciones Adversas
Infecciones e infestaciones	Frecuente: Colitis por Clostridium Candidiasis Poco frecuente: Fungemia Candidiasis Oral
Trastornos de la sangre y el sistema linfático	Frecuente: Trombocitopenia Trombocitemia Poco frecuente: Coagulopatía
Trastornos del Sistema Inmunitario	Frecuencia no conocida: Choque Anafiláctico*,# Reacción Anafiláctica*,#
Trastornos del Metabolismo y nutrición	Muy frecuente: Hipocalemia Frecuente: Hipercalemia Hiperglicemia Hipomagnesemia Hipercalcemia Hipernatremia
Trastornos del sistema nervioso	Frecuente: Convulsión Cefalea
Trastornos Oculares	Poco frecuente: Visión borrosa Trastorno visual Dolor Ocular
Trastornos Cardíacos	Frecuente: Fibrilación atrial Extrasístoles ventriculares Poco frecuente: Arritmia sinusal Bloqueo de rama derecha
Trastornos Vasculares	Frecuente: Hipertensión Poco frecuente: Trombosis Rubefacción Oleadas de Calor
Trastornos respiratorios,	Frecuente:

Tabla de Reacciones Adversas

Clasificación de órganos y sistemas	Reacciones Adversas
torácicos y mediastínicos	Broncoespasmo
Trastornos Gastrointestinales	Muy frecuente: Diarrea Náusea Frecuente: Vómito Constipación Poco frecuente: Incontinencia Fecal Dolor Abdominal superior
Trastornos Hepatobiliares	Frecuente: Colestasis
Trastornos de la piel y el tejido subcutáneo	Frecuente: Erupción Prurito Poco frecuentes: Urticaria Prurito generalizado
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conectivo	Frecuente: Dolor de espalda
Trastornos renales y urinarios	Frecuente: Niveles aumentados de creatinina en sangre
Trastornos generales y condiciones del sitio de administración	Poco frecuentes: Dolor en el sitio de infusión
Investigaciones	Frecuente: Aumento de la creatinina en sangre Aumento de urea en sangre Aumento de la alanina aminotransferasa, Aumento de la fosfatasa alcalina en sangre, Aumento de la aspartato aminotransferasa, Aumento de la bilirrubina en sangre Prueba de función hepática anormal, Disminución del magnesio en sangre Poco frecuente: QT del electrocardiograma prolongado Electrocardiograma anormal Potasio sanguíneo disminuido Recuento de plaquetas disminuido Amilasa sanguínea aumentada Lipasa aumentada Gama glutaminotransferasa aumentada Enzimas hepáticas aumentadas Transaminasas aumentadas Recuento de plaquetas aumentado

*RAM identificada en etapa postmercadeo.

Ver sección 4.4.

En la evaluación de seguridad de la población de pacientes de Fase 2/3 (N = 669), se observaron los siguientes eventos adversos: neutropenia, leucopenia, anemia, hiperuricemia, hipocalcemia, hiponatremia, hipoalbuminemia, hipofosfatemia, ansiedad, delirio, estado confusional, alucinación auditiva, mareo, parestesia, mielinólisis pontina central, disgeusia, Síndrome de Guillain-Barré, temblor, percepción visual profunda alterada, sordera unilateral, flebitis, tromboflebitis superficial, hipotensión, linfangitis, dispepsia, boca seca, úlcera esofágica, necrosis hepática, edema angioneurótico, hiperhidrosis, mialgia, monoartritis, insuficiencia renal, hematuria, pirexia, escalofríos, edema periférico, reacción en el sitio de inyección, creatina-fosfoquinasa sanguínea aumentada, lactato-dehidrogenasa aumentada, recuento de linfocitos disminuido.

Población pediátrica

La seguridad de la anidulafungina se investigó en 68 sujetos pediátricos (de 1 mes a <18 años) con candidiasis invasiva, incluida la candidemia (CCI) en un estudio pediátrico prospectivo, abierto y no comparativo (ver sección 5.1). El perfil de reacciones adversas de estos 68 sujetos pediátricos fue similar al observado en adultos con CCI, pero las reacciones adversas hepatobiliares, en particular la alanina aminotransferasa (ALT) aumentaron y la aspartato aminotransferasa (AST) apareció con mayor frecuencia en estos pacientes pediátricos de lo que ha sido observado en adultos. Aunque el azar o las diferencias en la gravedad de la enfermedad subyacente pueden haber contribuido, no se puede excluir que las reacciones adversas hepatobiliares se produzcan con mayor frecuencia en pacientes pediátricos en comparación con adultos.

4.9 Sobredosis

Como con cualquier sobredosis, se deben usar las medidas de soporte generales que sean necesarias.

Durante los estudios clínicos, se administraron inadvertidamente 400 mg de anidulafungina como una dosis de carga única. No se reportaron eventos adversos clínicos. En un estudio de 10 sujetos saludables, se administró una dosis de carga de 260 mg seguida por 130 mg diarios, la anidulafungina fue bien tolerada sin toxicidad limitativa de la dosis; 3 de los 10 sujetos experimentaron aumentos transitorios, asintomáticos de las transaminasas ($\leq 3 \times \text{SLN}$ (sobre el límite normal)).

Durante un ensayo clínico pediátrico, un sujeto recibió dos dosis de anidulafungina que fueron el 143% de la dosis esperada. No se notificaron reacciones adversas clínicas.

La anidulafungina no es dializable.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propiedades Farmacodinámicas

Propiedades Generales

Grupo Farmacoterapéutico: Antimicóticos para uso sistémico, otros antimicóticos
Código ATC: JO2 AX 06

Modo de Acción

La anidulafungina es una equinocandina semisintética, un lipopéptido sintetizado a partir de un producto de fermentación del *Aspergillus nidulans*.

La anidulafungina inhibe selectivamente a la 1,3-β-D-glucano sintasa, un sistema enzimático que está presente en hongos, pero no en las células mamíferas. Esto resulta en la inhibición de la formación del 1,3-β-D-glucano, que es un componente esencial de la pared celular fúngica. La anidulafungina ha mostrado actividad fungicida contra las especies *Candida* y actividad contra regiones de crecimiento celular activo de las hifas de *Aspergillus fumigatus*.

Actividad in vitro

La anidulafungina es activa *in vitro* contra *Candida* spp., incluyendo *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. dubliniensis*, *C. lusitaniae* y *C. guilliermondii* y especies de *Aspergillus* incluyendo *A. fumigatus*, *A. flavus*, *A. niger* y *A. terreus*. Su actividad no es afectada por resistencia a otras clases de agentes antimicóticos.

Las CIMs se determinaron de acuerdo con los métodos estándar de referencia M27 y M38 aprobados por el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (*Clinical and Laboratory Standard Institute*, CLSI). Aún no se ha dilucidado la relación entre la respuesta clínica y la actividad *in vitro*.

Ha habido reportes aislados de *Candida* con susceptibilidad reducida a las equinocandinas incluyendo anidulafungina, pero la importancia clínica de esta observación es desconocida.

Actividad in vivo

La anidulafungina administrada parenteralmente fue eficaz contra *Candida* spp. En modelos de ratones y conejos inmunocompetentes e inmunocomprometidos. El tratamiento con anidulafungina prolongó la supervivencia y disminuyó la carga en órgano de *Candida* spp.

Las infecciones experimentales incluyeron infección diseminada de *C. albicans* en conejos neutropénicos, infección esofágica/orofaríngea en ratones neutropénicos con *C. albicans* resistente al fluconazol e infección diseminada en ratón neutropénico con *C. glabrata* resistente al fluconazol.

La anidulafungina también ha demostrado actividad contra *Aspergillus fumigatus* en modelos de infección en ratones y conejos.

En combinación con otros agentes antimicóticos

Los estudios *in vitro* de anidulafungina en combinación con fluconazol, itraconazol y anfotericina B, no sugieren antagonismo de la actividad antimicótica contra las especies de *Candida*. Se desconoce la significación clínica de estos resultados. Estudios *in vitro* han evaluado la actividad de la anidulafungina en combinación con itraconazol, voriconazol and anfotericina B, contra *Aspergillus* spp. La combinación de la anidulafungina y anfotericina B mostró indiferencia por 16 de 26 aislamientos, mientras que la anidulafungina en combinación con cualquiera, itraconazol o voriconazol, mostró sinergismo contra 18 de 26 aislamientos. Se desconoce la significación clínica de estos resultados.

Información Proveniente de Estudios Clínicos

Candidemia y Otras Formas de Candidiasis Invasiva

La seguridad y eficacia de la anidulafungina se evaluó en un estudio fundamental de Fase 3, aleatorizado, doble-ciego, multicéntrico, multinacional, de pacientes con candidemia y/u otras formas de candidiasis invasiva, asociada con signos clínicos de infección. Los pacientes se asignaron al azar para recibir anidulafungina I.V. una vez al día (dosis de carga de 200 mg seguida por dosis de mantenimiento de 100 mg) o fluconazol I.V. (dosis de carga de 800 mg seguida por dosis de mantenimiento de 400 mg). Los pacientes se estratificaron en función del puntaje APACHE II (≤ 20 y >20) y por la presencia o ausencia de neutropenia. Se excluyeron del estudio los pacientes con endocarditis, osteomielitis o meningitis por *Candida*, o los que presentaban infección debida a *C. krusei*. El tratamiento se administró por lo menos durante 14 y por no más de 42 días. Se permitió que los pacientes en ambos brazos de tratamiento fuesen cambiados a fluconazol oral después de al menos 10 días de tratamiento intravenoso, siempre que pudiesen tolerar una medicación oral, permanecieran sin fiebre por lo menos durante 24 horas y los cultivos de sangre más recientes fuesen negativos para especies de *Candida*.

Los pacientes que recibieron por lo menos una dosis de la medicación del estudio y tenían un cultivo positivo para especies de *Candida*, tomado de un sitio normalmente estéril, antes de ingresar al estudio (población con intención-de-tratar modificada [ITTM]), fueron incluidos en el análisis primario de respuesta global al final del tratamiento I.V. Una respuesta global exitosa requería mejora clínica y erradicación microbiológica. Los pacientes fueron seguidos durante seis semanas, después de culminar el tratamiento.

Doscientos cincuenta y seis pacientes (con edades de 16 a 91 años) fueron aleatorizados a tratamiento y recibieron por lo menos una dosis de la medicación del estudio. Doscientos cuarenta y cinco pacientes (127 anidulafungina, 118 fluconazol) llenaron los criterios de inclusión en la población ITTM. De ellos, 219 pacientes (116

anidulafungina (91,3%), 103 fluconazol (87,3%)) tuvieron solamente candidemia; 5,5% de los pacientes en el brazo anidulafungina y 9,3% de los pacientes en el brazo fluconazol tuvieron infecciones en otros sitios normalmente estériles; finalmente, 3,1% de los pacientes en el brazo anidulafungina y 3,4% de los pacientes en el brazo fluconazol, tuvieron ambas (candidemia e infecciones en otros sitios normalmente estériles). Las especies más frecuentemente aisladas en la línea base de observación inicial de eventos, fueron *C. albicans* (63,8% anidulafungina, 59,3% fluconazol), seguida por *C. glabrata* (15,7%, 25,4%), *C. parapsilosis* (10,2%, 13,6%) y *C. tropicalis* (11,8%, 9,3%). La mayoría (97%) de los pacientes fueron no-neutropénicos (RAN (*Recuento Absoluto de Neutrófilos) > 500) y 81% tuvo puntajes APACHE II menores o iguales a 20.

Al final de la terapia I.V., la anidulafungina fue superior al fluconazol en el tratamiento de pacientes con candidemia y/u otras formas de candidiasis invasiva. En el brazo anidulafungina, 96 pacientes (75,6%) tuvieron éxito total *versus* 71 pacientes (60,2%) en el brazo fluconazol. La diferencia entre los grupos en la tasa de éxito global (tasa de éxito global de la anidulafungina menos la tasa de éxito global del fluconazol), fue de 15,4% (IC 95%: 3,9, 27,0).

Infecciones por Cándida en Pacientes Neutropénicos

La eficacia de anidulafungina (dosis de carga intravenosa de 200 mg seguida de dosis intravenosa diaria de 100 mg) en pacientes neutropénicos adultos (definidos como recuento absoluto de neutrófilos ≤ 500 células/mm³, recuento de GB ≤ 500 células/mm³ o clasificados por el investigador como neutropénicos en el período inicial) con candidiasis invasiva confirmada microbiológicamente se evaluó en un análisis de datos combinados de 5 estudios prospectivos (1 comparativo frente a caspofungina y 4 abiertos no comparativos). Se trató a los pacientes durante al menos 14 días. En pacientes clínicamente estables, se permitió un cambio a tratamiento con azoles orales después de al menos 5 a 10 días de tratamiento con anidulafungina. Se incluyó a un total de 46 pacientes en el análisis. La mayoría de los pacientes presentaban candidemia solamente (84,8%; 39/46). Los patógenos más comunes aislados en el período inicial eran *C. tropicalis* (34,8%; 16/46), *C. krusei* (19,6%; 9/46), *C. parapsilosis* (17,4%; 8/46), *C. albicans* (15,2%; 7/46) y *C. glabrata* (15,2%; 7/46). La tasa de respuesta global exitosa al Final del Tratamiento Intravenoso (criterio primario de valoración) fue de 26/46 (56,5%) y al Final de Todo el Tratamiento fue de 24/46 (52,2%). La mortalidad por todas las causas hasta el final del estudio (Visita de Seguimiento de 6 Semanas) fue de 21/46 (45,7%). La eficacia de anidulafungina en pacientes neutropénicos adultos (definidos como recuento absoluto de neutrófilos ≤ 500 células/mm³ en el período inicial) con candidiasis invasiva se evaluó en un ensayo prospectivo, aleatorizado, doble ciego y controlado. Los pacientes elegibles recibieron anidulafungina (dosis de carga intravenosa de 200 mg seguida de dosis intravenosa diaria de 100 mg) o caspofungina (dosis de carga intravenosa de 70 mg seguida de dosis intravenosa diaria de 50 mg) (aleatorización 2:1). Se trató a los pacientes durante al menos 14 días. En pacientes clínicamente estables, se permitió un cambio a tratamiento con azoles orales después de al menos 10 días de tratamiento

del estudio. En el estudio se incluyeron un total de 14 pacientes neutropénicos con candidiasis invasiva confirmada microbiológicamente (población con IDTM) (11 con anidulafungina; 3 con caspofungina). La mayoría de los pacientes presentaban candidemia solamente. Los patógenos más comunes aislados en el período inicial fueron *C. tropicalis* (4 con anidulafungina, 0 con caspofungina), *C. parapsilosis* (2 con anidulafungina, 1 con caspofungina), *C. krusei* (2 con anidulafungina, 1 con caspofungina) y *C. ciferrii* (2 con anidulafungina, 0 con caspofungina). La tasa de respuesta global satisfactoria al Final del Tratamiento Intravenoso (criterio primario de valoración) fue de 8/11 (72,7%) en el caso de anidulafungina y de 3/3 (100,0%) en el caso de caspofungina (diferencia: -27,3, IC del 95%: -80,9, 40,3); la tasa de respuesta global satisfactoria al Final de Todo el Tratamiento fue de 8/11 (72,7%) en el caso de anidulafungina y de 3/3 (100,0%) en el caso de caspofungina (diferencia: -27,3, IC del 95%: -80,9, 40,3). La mortalidad por todas las causas hasta la Visita de Seguimiento de 6 Semanas fue de 4/11 (36,4%) para anidulafungina (población con IDTM) y de 2/3 (66,7%) para caspofungina.

Los pacientes con candidiasis invasiva confirmada microbiológicamente (población con IDTM) y neutropenia se identificaron en un análisis de datos combinados de 4 estudios prospectivos, abiertos, no comparativos y con diseño similar. La eficacia de anidulafungina (dosis de carga intravenosa de 200 mg seguida de dosis intravenosa diaria de 100 mg) se evaluó en 35 pacientes neutropénicos adultos, lo cual se define como recuento absoluto de neutrófilos ≤ 500 células/mm³ o un recuento de GB ≤ 500 células/mm³ en 22 pacientes o clasificados según el investigador como neutropénicos en el período inicial en 13 pacientes. Se trató a todos los pacientes durante al menos 14 días. En pacientes clínicamente estables, se permitió un cambio a tratamiento con azoles orales después de al menos 5 a 10 días de tratamiento con anidulafungina. La mayoría de los pacientes presentaban candidemia solamente (85,7%). Los patógenos más comunes aislados en el período inicial fueron *C. tropicalis* (12 pacientes), *C. albicans* (7 pacientes), *C. glabrata* (7 pacientes), *C. krusei* (7 pacientes) y *C. parapsilosis* (6 pacientes). La tasa de respuesta global satisfactoria al Final del Tratamiento Intravenoso (criterio primario de valoración) fue de 18/35 (51,4%) y de 16/35 (45,7%) al Final de Todo el Tratamiento. La mortalidad por todas las causas al Día 28 fue de 10/35 (28,6%). La tasa de respuesta global satisfactoria tanto al Final del Tratamiento Intravenoso como al Final de Todo el Tratamiento fue de 7/13 (53,8%) en los 13 pacientes con neutropenia evaluados según el investigador en el período inicial.

Infecciones del Tejido Profundo

La eficacia de anidulafungina (dosis de carga intravenosa de 200 mg seguida de dosis intravenosa diaria de 100 mg) en pacientes adultos con candidiasis de tejido profundo confirmada microbiológicamente se evaluó en un análisis de datos combinados de 5 estudios prospectivos (1 comparativo y 4 abiertos). Se trató a los pacientes durante al menos 14 días. En los 4 estudios abiertos se permitió un cambio a tratamiento con azol oral después de al menos 5 a 10 días de tratamiento con anidulafungina. En el análisis se incluyó a un total de 129 pacientes. Veintiún pacientes (16,3%) presentaron

candidemia concomitante. El puntaje APACHE II medio fue de 14,9 (rango de 2 a 44). Los lugares de infección más comunes incluyeron la cavidad peritoneal (54,3%; 70 de 129), tracto hepatobiliar (7,0%; 9 de 129), cavidad pleural (5,4%; 7 de 129) y riñón (3,1%; 4 de 129). Los patógenos más comunes aislados del lugar de tejido profundo en el período inicial fueron *C. albicans* (64,3%; 83 de 129), *C. glabrata* (31,0%; 40 de 129), *C. tropicalis* (11,6%; 15 de 129) y *C. krusei* (5,4%; 7 de 129). La tasa de respuesta global satisfactoria al final del tratamiento intravenoso (criterio primario de valoración) y al final de todo el tratamiento y la mortalidad de toda causa hasta la visita de seguimiento de 6 semanas se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1: Tasa de Respuesta Global Satisfactoria^a y Mortalidad de Toda Causa en Pacientes con Candidiasis de Tejido Profundo: Análisis Agrupado

	Población con IDTM n/N (%)
Respuesta Global Satisfactoria al EOIVT^b	
General	102/129 (79,1)
Cavidad peritoneal	51/70 (72,9)
Tracto hepatobiliar	7/9 (77,8)
Cavidad pleural	6/7 (85,7)
Riñón	3/4 (75,0)
Respuesta Global Satisfactoria al EOT^b	94/129 (72,9)
Mortalidad de Toda Causa	40/129 (31,0)

^a Una respuesta global satisfactoria se definió como éxito clínico y microbiológico

^b EOIVT: Final del Tratamiento Intravenoso; EOT: Final de Todo el Tratamiento

Población pediátrica

Un estudio prospectivo, abierto, no comparativo y multinacional evaluó la seguridad y eficacia de la anidulafungina en 68 pacientes pediátricos de entre 1 mes y <18 años con candidiasis invasiva incluida la candidemia (ICC). Los pacientes se estratificaron por edad (1 mes a <2 años, 2 a <5 años y 5 a <18 años) y recibieron anidulafungina intravenosa una vez al día (dosis de carga de 3,0 mg/ kg el día 1 y 1,5 mg/ kg de dosis de mantenimiento diario a partir de entonces) durante un máximo de 35 días, seguido de un cambio opcional a fluconazol oral (6-12 mg/ kg/ día, máximo 800 mg/ día). Los pacientes fueron seguidos a las 2 y 6 semanas después de la EOT.

Entre 68 pacientes que recibieron anidulafungina, 64 tenían infección por *Candida* confirmada microbiológicamente y se evaluó su eficacia en la población por intención de tratar modificada (MITT). En general, 61 pacientes (92,2%) tenían *Candida* aislada de sangre solamente. Los patógenos aislados con mayor frecuencia fueron *Candida albicans* (25 [39,1%] pacientes), seguidos de *Candida parapsilosis* (17 [26,6%] pacientes) y *Candida tropicalis* (9 [14,1%] pacientes). Una respuesta global exitosa se

definió como una respuesta clínica de éxito (curación o mejora) y una respuesta microbiológica de éxito (erradicación o presunta erradicación). Las tasas generales de respuesta global exitosa en la población MITT se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2: Resumen de la respuesta global exitosa por grupo de edad, población MITT

Respuesta global exitosa, n (%)					
Punto de tiempo	Respuesta Global	1 mes a <2 años (N=16) n (n/N, %)	2 a <5 años (N=18) n (n/N, %)	5 a <18 años (N=30) n (n/N, %)	General (N=64) n (n/N, %)
EOIVT	Éxito	11 (68,8)	14 (77,8)	20 (66,7)	45 (70,3)
	IC del 95%	(41,3, 89,0)	(52,4, 93,6)	(47,2, 82,7)	(57,6, 81,1)
EOT	Éxito	11 (68,8)	14 (77,8)	21 (70,0)	46 (71,9)
	IC del 95%	(41,3, 89,0)	(52,4, 93,6)	(50,6, 85,3)	(59,2, 82,4)
FU 2 semanas	Éxito	11 (68,8)	13 (72,2)	22 (73,3)	46 (71,9)
	IC del 95%	(41,3, 89,0)	(46,5, 90,3)	(54,1, 87,7)	(59,2, 82,4)
FU 6 semanas	Éxito	11 (68,8)	12 (66,7)	20 (66,7)	43 (67,2)
	IC del 95%	(41,3, 89,0)	(41,0, 86,7)	(47,2, 82,7)	(54,3, 78,4)

IC del 95% = intervalo de confianza exacto del 95% para proporciones binomiales utilizando el método de Clopper-Pearson; EOIVT = fin del tratamiento intravenoso; EOT = Fin de todo tratamiento; FU = seguimiento; MITT = intención de tratar modificada; N = número de sujetos en la población; n = número de sujetos con respuestas

5.2 Propiedades Farmacocinéticas

Características Farmacocinéticas Generales

La farmacocinética de la anidulafungina ha sido caracterizada en sujetos saludables, poblaciones especiales y pacientes. Se observó una variabilidad intersujeto baja en la exposición sistémica (coeficiente de variación de aproximadamente 25%). El estado estacionario se alcanzó el primer día, después de una dosis de carga (el doble de la dosis de mantenimiento).

Distribución

La farmacocinética de la anidulafungina se caracteriza por una vida media de distribución rápida (0,5-1 hora) y un volumen de distribución de 30-50 L, que es similar al volumen de líquido corporal total. La anidulafungina se une extensamente (> 99%) a las proteínas del plasma humano.

Biotransformación

No se ha observado metabolismo hepático de la anidulafungina. La anidulafungina no es un sustrato, inductor o inhibidor clínicamente relevante de las isoenzimas del citocromo P450. Es improbable que la anidulafungina tenga efectos clínicamente relevantes sobre el metabolismo de medicamentos metabolizados por las isoenzimas del citocromo P450.

La anidulafungina sufre degradación química lenta a temperatura y pH fisiológico, para formar un péptido de anillo abierto que carece de actividad antimicótica. La vida media de degradación *in vitro* de la anidulafungina, bajo condiciones fisiológicas, es aproximadamente de 24 horas. *In vivo*, el producto de anillo abierto es convertido subsiguientemente a productos de degradación peptídicos, que se eliminan preferencialmente a través de excreción biliar.

Eliminación

La depuración de la anidulafungina es de alrededor de 1 L/h. La anidulafungina tiene una vida media de eliminación predominante de aproximadamente 24 horas, que caracteriza la mayor parte del perfil concentración plasmática-tiempo y una vida media terminal de 40-50 horas, que caracteriza la fase de eliminación terminal del perfil.

En un estudio clínico de dosis única, se administró anidulafungina marcada radioactivamente (^{14}C) (~88 mg) a sujetos saludables. Aproximadamente un 30% de la dosis radioactiva administrada se eliminó en las heces durante 9 días, del cual menos del 10% era medicamento intacto. Menos del 1% de la dosis radioactiva administrada fue excretada en la orina. Las concentraciones de anidulafungina cayeron por debajo del límite de cuantificación a los 6 días post-dosificación. En la sangre, orina y heces, se recuperaron cantidades insignificantes de radioactividad derivada del medicamento, a las 8 semanas posteriores a la dosificación.

Linealidad

La anidulafungina muestra una farmacocinética lineal en un amplio rango de dosis diarias únicas (15-130 mg).

Poblaciones Especiales

Pacientes con infecciones fúngicas

La farmacocinética de la anidulafungina en pacientes con infecciones fúngicas es similar, de acuerdo con los análisis farmacocinéticos poblacionales, a la observada en sujetos saludables. Con el régimen de dosis diaria 200/100 mg, a una velocidad de infusión de 1 mg/min, la $C_{\text{máx}}$ en el estado estacionario y las concentraciones valles C_{min} - en estado estacionario pueden alcanzar aproximadamente 7 y 3 mg/L, respectivamente, con un ABC promedio de aproximadamente 110 mg·h/L.

Peso

Aunque el peso se identificó como una fuente de variabilidad en la depuración, en el análisis farmacocinético poblacional, el peso es de poca relevancia en la farmacocinética de la anidulafungina.

Género

Las concentraciones plasmáticas de anidulafungina en hombres y mujeres saludables, fueron similares. En estudios de dosis múltiples en pacientes, la depuración del medicamento fue un poco más rápida (aproximadamente 22%) en los hombres.

Edad Avanzada

Los análisis farmacocinéticos poblacionales, mostraron que la mediana de la depuración (CL) es ligeramente diferente entre el grupo de edad avanzada (pacientes ≥ 65 , mediana del CL = 1,07 L/h) y el grupo de edad no-avanzada (pacientes < 65 , mediana del CL = 1,22 L/h); sin embargo, el rango de la depuración fue similar.

Etnia

La farmacocinética de la anidulafungina fue similar entre Caucásicos, Negros, Asiáticos e Hispanos.

Positividad de VIH

No se requieren ajustes de dosis debidos a positividad del VIH, independientemente de la terapia antirretroviral concomitante.

Insuficiencia Hepática

La anidulafungina no es metabolizada en el hígado. La farmacocinética de la anidulafungina fue estudiada en sujetos con insuficiencia hepática de clase A, B o C Child-Pugh. Las concentraciones de anidulafungina no se vieron aumentadas en sujetos con algún grado de insuficiencia hepática. Aunque se observó una ligera disminución en el ABC en los pacientes con insuficiencia hepática Child-Pugh C, la disminución cayó dentro del rango de los estimados poblacionales determinados para los sujetos saludables.

Insuficiencia Renal

La anidulafungina tiene una depuración renal insignificante ($< 1\%$). En un estudio clínico de sujetos con insuficiencia renal leve, moderada, severa o en estadio terminal (dependiente de diálisis), la farmacocinética de la anidulafungina fue similar a la observada en sujetos con función renal normal. La anidulafungina no es dializable y se puede administrar independientemente del horario de la hemodiálisis.

Pediatría

La farmacocinética de la anidulafungina después de dosis diarias, fue investigada en 24 pacientes inmunocomprometidos pediátricos (2 a 11 de edad) y adolescentes (12 a 17 de edad) con neutropenia. El estado estacionario se alcanzó el primer día después de una dosis de carga (el doble de la dosis de mantenimiento) y la $C_{\text{máx}}$ y el ABC_{ss} aumentaron en forma proporcional con la dosis. Las exposiciones sistémicas después de dosis de mantenimiento diarias de 0,75 y 1,5 mg/kg/día, en pacientes con edades de 2 a 17 años fueron comparables a los observados en adultos después de 50 y 100 mg/día, respectivamente.

La farmacocinética de anidulafungina se investigó en 66 pacientes pediátricos (de 1 mes a <18 años) con ICC en un estudio pediátrico prospectivo, abierto y no

comparativo después de la administración de una dosis de carga de 3,0 mg / kg y dosis de mantenimiento de 1,5 mg / kg / día. (ver sección 5.1). Basado en el análisis farmacocinético poblacional de datos combinados de pacientes adultos y pediátricos con ICC, los parámetros de exposición media ($ABC_{0-24,ss}$ y $C_{min,ss}$) en el estado estacionario en el total de pacientes pediátricos en todos los grupos de edad (1 mes a <2 años, 2 a <5 años y 5 a <18 años) fueron comparables a los de los adultos que recibieron una dosis de carga de 200 mg y una dosis de mantenimiento de 100 mg/día. El CL ajustado al peso corporal (L/ h/ kg) y el volumen de distribución en estado estable (L/ kg) fueron similares en todos los grupos de edad.

5.3 Datos de seguridad preclínica

Los datos no-clínicos no revelaron riesgos especiales para los humanos, de acuerdo con estudios convencionales de seguridad farmacológica, toxicidad aguda, toxicidad de dosis repetidas y toxicidad de reproducción. En estudios de 3 meses, se observó evidencia de toxicidad hepática, incluyendo enzimas elevadas y alteraciones morfológicas, tanto en ratas como en monos, en dosis 4 a 6 veces más altas que la exposición terapéutica clínica prevista. Los estudios *in vitro* e *in vivo* de genotoxicidad con anidulafungina, no dieron evidencia de potencial genotóxico. No se han realizado estudios de larga duración en animales, para evaluar el potencial carcinogénico de la anidulafungina.

La administración de la anidulafungina a ratas no indicó ningún efecto sobre la reproducción, incluyendo fertilidad masculina y femenina.

La anidulafungina atravesó la barrera placentaria en ratas y fue detectada en el plasma fetal. Se desconoce el riesgo potencial para el feto humano.

La anidulafungina fue encontrada en la leche de ratas amamantando. No se sabe si la anidulafungina se excreta en la leche humana.

La anidulafungina no produjo ninguna toxicidad relacionada con el desarrollo en ratas, en la dosis más alta de 20 mg/kg/día, una dosis que es equivalente a 2 veces la dosis terapéutica de mantenimiento de 100 mg, con base en el área relativa de la superficie corporal. Los efectos sobre el desarrollo observados en conejos, (pesos fetales ligeramente disminuidos) ocurrieron en el grupo de la dosis más alta, dosis esta que también produjo toxicidad materna.

Los resultados de los estudios farmacocinético-farmacodinámicos en modelos de conejo de candidiasis diseminada y meningoencefalitis hematógena por *Candida* indicaron que se necesitaban dosis más altas de anidulafungina para tratar de manera óptima las infecciones de los tejidos del SNC en comparación con los tejidos que no son del SNC.

Los estudios realizados en ratas jóvenes no indicaron una mayor susceptibilidad a la hepatotoxicidad por anidulafungina en comparación con los animales adultos.

6. DETALLES FARMACÉUTICOS

6.1 Incompatibilidades

Este medicamento no puede ser mezclado o administrado conjuntamente con otros medicamentos o electrolitos, excepto los que se mencionan en la Sección 6.4.

6.2 Período de Validez

Producto Reconstituido:

Si no es usada inmediatamente, Ecalta inyectable reconstituido debe conservarse entre 2°C - 8°C hasta por una (1) hora. No congelar. La estabilidad química y física en uso de la solución reconstituida, ha sido demostrada por 1 hora a 5°C.

Solución para Infusión:

La solución para infusión deberá ser almacenada a una temperatura entre 2°C - 8°C y deberá ser administrada dentro de las 24 horas siguientes. No congelar. La estabilidad química y física de la solución de infusión, fue demostrada para 24 horas a 5°C

Desde un punto de vista microbiológico, el producto se debe usar inmediatamente.

6.3 Precauciones especiales de almacenaje

Producto sin reconstituir: Almacenar entre temperaturas de 2°C - 8°C. No congelar

Para las condiciones de almacenaje de medicamento reconstituido y diluido, ver la sección 6.2.

6.4 Precauciones especiales para la disposición de un medicamento usado o de materiales de desecho derivados de tal medicamento y otras manipulaciones del producto

La anidulafungina puede ser reconstituida en agua estéril para inyección y diluida subsiguientemente SOLAMENTE con cloruro de sodio 9 mg/mL (0,9%) para infusión o glucosa 50 mg/mL (5%) para infusión. La compatibilidad de la anidulafungina reconstituida con sustancias intravenosas, aditivos o medicamentos diferentes al cloruro de sodio 9 mg/mL (0,9%) para infusión o glucosa 50 mg/mL (5%) para infusión, no ha sido establecida.

Reconstitución

Reconstituya asépticamente cada vial en 30 mL de agua estéril para inyección, para obtener una concentración de 3,33 mg/mL. El tiempo de reconstitución puede ser hasta 5 minutos.

La solución reconstituida debe estar transparente y libre de partículas visibles. La solución reconstituida debe ser diluida dentro de una hora.

Presentación de dilución e infusión de agua para inyección.

Los productos farmacéuticos parenterales deben inspeccionarse visualmente para detectar partículas y decoloración antes de la administración, siempre que la solución y el recipiente lo permitan. Si se identifican partículas o decoloración, deseche la solución.

Pacientes adultos

Transfiera asépticamente el contenido del (los) vial(es) reconstituido(s) a una bolsa IV (o frasco) conteniendo ya sea cloruro de sodio 9 mg/mL (0,9%) para infusión o glucosa 50 mg/mL (5%) para infusión, suficiente para obtener la concentración apropiada de anidulafungina. La tabla que sigue proporciona la dilución a una concentración de 0,77 mg / ml para la solución de perfusión final e instrucciones de perfusión para cada dosis..

Requerimientos de Dilución para la Administración de la Anidulafungina

Dosis	Número de Empaque Unitarios Necesarios (viales)	Volumen Reconstituido Total Requerido	Volumen de Infusión ^A	Volumen de Infusión Total ^B	Velocidad de Infusión	Tiempo mínimo de duración de la infusión
50 mg	1-50 mg	15 mL	50 mL	65 mL	1, 4 mL/min o 84 mL/hora	45 min
100 mg	2-50 mg O 1-100 mg	30 mL	100 mL	130 mL	1,4 mL/min o 84 mL/hora	90 min
200 mg	4-50 mg O 2-100 mg	60 mL	200 mL	260 mL	1,4 mL/min o 84 mL/hora	180 min

^A Cualquiera de los dos siguientes, cloruro de sodio 9 mg/mL (0,9%) para infusión o glucosa 50 mg/mL (5%) para infusión.

^B Concentración de la solución para infusión es 0,77 mg/mL.

Si la solución para infusión no es usada inmediatamente debe ser almacenada a una temperatura entre 2°C a 8°C. No congele. La solución para infusión deberá ser administrada dentro de las siguientes 24 horas.

La velocidad de infusión no debe sobrepasar 1,1 mg/minuto (ver secciones 4.4 y 4.8) La velocidad de infusión es equivalente a 1,4 mL/min o 84 mL/hora para la dosis de 50 mg, 100 mg y 200 mg.

Pacientes pediátricos

Para pacientes pediátricos de 1 mes a <18 años, el volumen de solución de perfusión necesario para administrar la dosis variará según el peso del paciente. La solución reconstituida debe diluirse más a una concentración de 0,77 mg / ml para la solución de perfusión final. Se recomienda una jeringa programable o una bomba de infusión. La velocidad de perfusión no debe exceder 1,1 mg / minuto (equivalente a 1,4 ml / minuto o 84 ml / hora cuando se reconstituye y diluye según las instrucciones) (ver secciones 4.2 y 4.4).

1. Calcule la dosis para el paciente y reconstituya los viales necesarios de acuerdo con las instrucciones de reconstitución para proporcionar una concentración de 3,33 mg / ml (consulte las Secciones 2 y 4.2).

2. Calcule el volumen (mL) de anidulafungina reconstituida requerido:

- Volumen de anidulafungina (ml) = dosis de anidulafungina (mg) ÷ 3,33 mg / ml

3. Calcule el volumen total de solución de dosificación (ml) necesario para proporcionar una concentración final de 0,77 mg / ml:

- Volumen total de solución de dosificación (mL) = Dosis de anidulafungina (mg) ÷ 0,77 mg / mL

4. Calcule el volumen de diluyente [inyección de dextrosa al 5%, USP o inyección de cloruro de sodio al 0,9%, USP (solución salina normal)] necesario para preparar la solución de dosificación:

- Volumen de diluyente (mL) = Volumen total de solución de dosificación (mL) - Volumen de anidulafungina (mL)

5. Transfiera asépticamente los volúmenes requeridos (ml) de anidulafungina y dextrosa al 5% para inyección, USP o inyección de cloruro de sodio al 0,9%, USP (solución salina normal) a una jeringa de infusión o una bolsa de infusión intravenosa necesaria para la administración.

Solo para usarlo una vez. Los materiales de desecho se deben disponer de acuerdo con los requisitos locales.