



FOLLETO DE INFORMACIÓN AL PROFESIONAL
UNASYN[®] POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE 500/1000 mg
(Sulbactam sódico/ampicilina sódica)

1. NOMBRE DEL MEDICAMENTO

UNASYN[®] POLVO PARA SOLUCIÓN INYECTABLE 500/1000 mg

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

El sulbactam sódico es un derivado del núcleo básico de la penicilina. Químicamente, es una sulfona de penicilinato sódico y un polvo cristalino blanco grisáceo altamente soluble en agua. El peso molecular es de 255,22.

La ampicilina de sodio deriva del núcleo de penicilina, ácido 6-aminopenicilánico. Químicamente, es la sal sódica de D(-)- α -aminobenzil penicilina y tiene un peso molecular de 371,39.

El sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV contiene sulbactam sódico y ampicilina sódica en una proporción de 1:2.

3. FORMA FARMACÉUTICA

La combinación de sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV, está disponible en forma de polvo seco para reconstitución en frascos ampolla que contienen el equivalente de 500 mg + 1.000 mg, respectivamente.

4. PARTICULARIDADES CLÍNICAS

4.1 Indicaciones terapéuticas

El sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV está indicado para las infecciones causadas por microorganismos susceptibles. Las indicaciones típicas son infecciones del tracto respiratorio superior e inferior, incluyendo sinusitis, otitis media y epiglotitis; neumonías bacterianas; infecciones del tracto urinario y pielonefritis; infecciones intraabdominales, incluyendo peritonitis, colecistitis, endometritis y celulitis pelviana; septicemia bacteriana; infecciones de la piel, tejidos blandos, infecciones de los huesos y articulaciones, e infecciones gonocócicas.

El sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV también puede administrarse en el período periquirúrgico para reducir la incidencia de infecciones postoperatorias de heridas en pacientes sometidos a cirugía abdominal o pelviana, en las que pueda presentarse contaminación peritoneal. En el caso de parto o cesárea, el sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV puede utilizarse profilácticamente para reducir la infección posquirúrgica.

4.2 Posología y método de administración.



El sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV puede administrarse ya sea utilizando la vía intramuscular o intravenosa. Se pueden utilizar las siguientes diluciones:

<u>Dosificación</u> <u>Total (g)</u>	<u>Dosificación</u> <u>equivalente</u> <u>Sulbactam-</u> <u>ampicilina (g)</u>	<u>Envase</u>	<u>Volumen del</u> <u>diluyente</u> <u>(mL)</u>	<u>Concentración</u> <u>máxima final</u> <u>(mg/mL)</u>
0,375	0,125-0,25	10 mL vial	0,8	125-250
0,75	0,25-0,5	10 mL vial	1,6	125-250
1,5	0,5-1,0	20 mL vial	3,2	125-250
3,0	1,0-2,0	20 mL vial	6,4	125-250
0,75	0,25-0,5	100 mL PBU	25	10-20
1,5	0,5-1,0	100 mL PBU	50	10-20
3,0	1,0-2,0	100 mL PBU	100	10-20

PBU = unidad combinada

Para la administración intravenosa, sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV debe reconstituirse con agua estéril para inyección o con cualquier solución compatible. (Ver Sección 6.3 - **Instrucciones de uso.**) Para asegurar la disolución completa, permita que la espuma se disipe para inspeccionar. La dosis puede administrarse por inyección en bolo durante un tiempo mínimo de 3 minutos o se puede utilizar en diluciones mayores como una infusión intravenosa durante 15-30 minutos.

El sulbactam sódico/ampicilina sódica parenteral de Pfizer puede también administrarse por inyección intramuscular profunda; si se presenta dolor, puede usarse una solución estéril inyectable de clorhidrato de lidocaína anhidra al 0,5% para reconstituir el polvo.

Uso en adultos

El rango de dosificación usual de sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV es de 1,5 g a 12 g por día en dosis divididas cada 6 u 8 horas hasta una dosis diaria máxima de 4 g de sulbactam. Las infecciones menos severas pueden tratarse con un esquema de dosificación cada 12 horas.

<u>SEVERIDAD DE LA INFECCIÓN</u>	<u>DOSIS</u> <u>DIARIA</u> <u>DE</u> <u>sulbactam</u> <u>sódico/ampicilina sódica IM/IV (g)</u>
Leve	1,5 a 3 (0,5 + 1 a 1 + 2)
Moderada	hasta 6 (2 + 4)
Grave	hasta 12 (4 + 8)

Se pueden indicar dosificaciones más o menos frecuentes dependiendo de la severidad de la enfermedad y de la función renal del paciente. El tratamiento usualmente continúa hasta 48 horas después de resolver la fiebre y otros signos anormales. El tratamiento normalmente se

administra por 5 a 14 días, pero el período de tratamiento se puede prolongar o se puede administrar ampicilina adicional en casos severos.

Al tratar pacientes con una ingesta restringida de sodio, se deberá tener en cuenta que 1.500 mg de sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV contienen aproximadamente 115 mg (5 mmol) de sodio.

Para la profilaxis de infecciones quirúrgicas, deberá administrarse 1,5-3 g de sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV en la inducción de la anestesia, lo cual entrega suficiente tiempo para lograr concentraciones efectivas en el suero y tejido durante el procedimiento. La dosis se puede repetir cada 6-8 horas; la administración usualmente se suspende 24 horas después de la mayoría de los procedimientos quirúrgicos, a menos que se indique un ciclo terapéutico de sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV.

En el tratamiento de la gonorrea no complicada, se puede administrar sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV como una dosis única de 1,5 g. Se debe administrar concomitantemente 1,0 g de probenecid por vía oral de manera de prolongar las concentraciones plasmáticas del sulbactam y la ampicilina.

Uso en niños, bebés y recién nacidos

La dosificación de sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV para la mayoría de las infecciones en niños, lactantes y recién nacidos es de 150 mg/kg/día (que corresponde a 50 mg/kg/día de sulbactam y 100 mg/kg/día de ampicilina).

En niños, lactantes y recién nacidos, la dosificación es usualmente cada 6 u 8 horas de acuerdo con la práctica habitual para la ampicilina.

En recién nacidos durante la primera semana de vida (especialmente prematuros), la dosis recomendada es 75 mg/kg/día (que corresponde a 25 mg/kg/día de sulbactam y 50 mg/kg/día de ampicilina) en dosis divididas cada 12 horas.

Uso en pacientes con Deterioro Renal

En pacientes con disfunción renal severa (depuración de creatinina ≤ 30 mL/min), las cinéticas de eliminación del sulbactam y la ampicilina se ven afectadas de manera similar y, por lo tanto, la proporción plasmática de uno y otro permanecerá constante. En dichos pacientes la dosis de sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV se debe administrar con menor frecuencia de acuerdo a la práctica habitual para la ampicilina.

4.3 Contraindicaciones

El consumo de esta combinación está contraindicado en personas con antecedentes de reacciones alérgicas a la penicilina.

4.4 Advertencias y precauciones especiales de uso

Se han informado reacciones de hipersensibilidad (anafilácticas) graves y ocasionalmente fatales en pacientes tratados con penicilina, incluido el sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV. Es más probable que estas reacciones se produzcan en personas con antecedentes de hipersensibilidad a la penicilina y reacciones de hipersensibilidad a múltiples alérgenos. Hubo informes de personas con antecedentes de hipersensibilidad a la penicilina que han experimentado graves reacciones al tratarse con cefalosporinas. Antes de tratarse con penicilina, se debe realizar una minuciosa investigación con respecto a previas reacciones de hipersensibilidad a las penicilinas, las cefalosporinas y otros alérgenos. Si se produce una reacción alérgica, se debe interrumpir la administración del medicamento e instituir el tratamiento adecuado.

Las reacciones anafilácticas graves requieren un tratamiento de emergencia inmediato con epinefrina. Se debe administrar oxígeno, esteroides intravenosos y manejo de las vías aéreas, incluida la intubación, según lo indicado.

Se ha informado sobre reacciones cutáneas severas tales como: necrólisis epidérmica tóxica (NET), síndrome de Steven Johnson (SJS), dermatitis exfoliativa, eritema multiforme y pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA) en pacientes tratados con ampicilina/sulbactam. Si se produce una reacción cutánea severa, se debe suspender la administración del medicamento y se debe iniciar una terapia adecuada (Ver sección 4.8 – **Reacciones adversas**).²³

Al igual que con cualquier preparación antibiótica, es fundamental realizar observaciones constantes de signos de crecimiento excesivo de organismos no susceptibles, incluidos los hongos. Si se produce una sobreinfección, se debe interrumpir la administración del medicamento e instituir el tratamiento adecuado.

Se ha informado diarrea asociada a *Clostridium difficile* (DACD) con la administración de casi todos los agentes antibacterianos, incluida el sulbactam sódico/ampicilina sódica, y puede variar en gravedad desde una diarrea leve hasta una colitis fatal. El tratamiento con agentes antibacterianos altera la flora normal del colon lo que lleva a un crecimiento excesivo de *C. difficile*.⁴⁻¹⁷

C. difficile produce toxinas A y B que contribuyen al desarrollo de DACD. La hipertoxina que generan las cepas de *C. difficile* causa el aumento de la morbilidad y la mortalidad, ya que estas infecciones pueden ser refractarias a la terapia antimicrobiana y pueden requerir colectomía. La DACD se debe considerar en todos los pacientes que presentan diarrea después del uso de antibióticos. Es necesaria una historia clínica, ya que se ha informado la aparición de DACD más de dos meses después de la administración de agentes antibacterianos.⁴⁻¹⁷

Lesiones hepáticas inducidas por medicamentos tales como la hepatitis colestática e ictericia han sido asociadas al uso de ampicilina/sulbactam. Se debe informar a los

pacientes que si desarrollan signos y síntomas de enfermedad hepática deben contactar a su médico. (Ver sección 4.8 – **Reacciones adversas**).²⁴

Al igual que con cualquier agente sistémico potente, es aconsejable verificar periódicamente si el sistema de órganos presenta insuficiencias durante el tratamiento extendido; esto incluye al sistema renal, hepático y hematopoyético. Esto es de particular importancia en neonatos, especialmente cuando son prematuros, y otros infantes.

Puesto que la mononucleosis infecciosa es viral en origen, no debe administrarse sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV en este tratamiento. Un gran porcentaje de pacientes con mononucleosis que recibieron ampicilina han presentado erupciones cutáneas.^{18,19}

4.5 Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción

Alopurinol: La administración simultánea de alopurinol y ampicilina aumenta de forma sustancial la incidencia de erupciones en pacientes que reciben ambos medicamentos en comparación con pacientes que solo reciben ampicilina.

Aminoglicósidos: La mezcla de ampicilina con aminoglicósidos *in vitro* ha dado como resultado una inactivación sustancial mutua; si se han de administrar estos grupos de antibacterianos de forma simultánea, los mismos deben administrarse en sitios separados con al menos 1 hora de diferencia entre las aplicaciones. (Ver Sección 6.2 - **Incompatibilidades**.)²⁰

Anticoagulantes: Las penicilinas parenterales pueden producir alteraciones en las pruebas de coagulación y agregación plaquetaria. Estos efectos pueden ser aditivos con anticoagulantes.

Medicamentos bacteriostáticos (cloranfenicol, eritromicina, sulfonamidas y tetraciclinas): Los medicamentos bacteriostáticos pueden interferir con el efecto bactericida de las penicilinas; lo mejor es evitar un tratamiento simultáneo.

Anticonceptivos orales que contienen estrógenos: Ha habido informes de casos de reducción de la efectividad de los anticonceptivos orales en mujeres que toman ampicilina, dando como resultado un embarazo no deseado. Aunque la asociación no sea muy sólida, se les debe dar la opción a las pacientes de recibir un método anticonceptivo alternativo o adicional mientras toman ampicilina.

Metotrexato: El tratamiento simultáneo de penicilinas ha dado como resultado una disminución en la depuración y la toxicidad del metotrexato. Se debe controlar de cerca a los pacientes. Puede ser necesario aumentar la dosis de leucovorina o administrarla durante períodos de tiempo más prolongados.

Probenecida: Cuando se administra de forma simultánea, la probenecida disminuye la secreción tubular renal de la ampicilina y el sulbactam; este efecto da como resultado un aumento y una prolongación de las concentraciones en suero, una extensión en la vida media de eliminación y un aumento del riesgo de toxicidad.

Interacciones con pruebas de laboratorio: Pueden observarse falsos positivos de glicosuria en análisis de orina utilizando los reactivos Benedict, Fehling y Clinitest™. Después de la administración de ampicilina a mujeres embarazadas, se ha observado una disminución transitoria en la concentración plasmática del estriol conjugado total, el estriol-glucurónido, la estrona conjugada y el estradiol. Este efecto también puede producirse con sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV.²¹

4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia

Estudios de reproducción animal no han revelado evidencias de deterioro de la fertilidad o daños al feto a causa del sulbactam y la ampicilina. El sulbactam atraviesa la barrera placentaria. Aún no se estableció la seguridad para el consumo durante el embarazo y la lactancia.

4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

No se conoce ninguno.

4.8 Reacciones adversas

Al igual que con otros antibióticos parenterales, el efecto secundario principal observado es dolor en el sitio de inyección, especialmente asociado con la vía de administración intramuscular. Una pequeña cantidad de pacientes puede presentar flebitis o reacción en el sitio de inyección después de la administración intravenosa.

Todas las reacciones adversas a continuación se presentan mediante MeDRA SOC. Con cada categoría de frecuencia las reacciones adversas se presentan en orden de gravedad. La gravedad de las reacciones adversas se determinó mediante importancia clínica.

Tabla de reacciones adversas

RAM y frecuencias numéricas listadas en orden decreciente de frecuencia dentro de cada clasificación por órganos y sistema

Clasificación por órganos y sistema	Termino de RAM	Frecuencia n/N (%)
Trastornos de la sangre y el sistema linfático	Eosinofilia	55/1058 (5,198)
	Anemia	35/1397 (2,505)
	Trombocitopenia	12/801 (1,498)
	Neutropenia	4/1060 (0,3773)
	Leucopenia	3/1325 (0,226)
	Anemia hemolítica	--
	Agranulocitosis	--
Trastornos del sistema inmune	Púrpura trombocitopénica	--
	Shock anafiláctico	--
	Reacción anafiláctica	--
	Shock anafilactoide	--
	Reacción anafilactoidea	--
Trastorno del sistema nervioso	Hipersensibilidad	--
	Cefalea	4/1764 (0,226)
	Convulsiones	--

	Mareos	--	
	Somnolencia	--	
	Sedación	--	
Trastornos vasculares	Flebitis	22/1764 (1,247)	
Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos	Disnea	--	
Trastornos gastrointestinales	Diarrea	34/1764 (1,927)	
	Vómitos	5/1764 (0,283)	
	Dolor abdominal	1/1764 (0,056)	
	Náusea	1/1764 (0,056)	
	Glositis	1/1764 (0,056)	
	Colitis Pseudomembranosa	--	
	Enterocolitis	--	
	Melena	--	
	Estomatitis	--	
	Decoloración de la lengua	--	
Trastornos hepato biliares	Dispepsia	--	
	Hiperbilirrubinemia	13/1199 (1,084)	
	Hepatitis colestásica	--	
	Colestasis	--	
	Función hepática anormal	--	
Trastornos de la piel y tejidos subcutáneos.	Ictericia	--	
	Erupción	12/1764 (0,680)	
	Prurito	5/1764 (0,283)	
	Síndrome de Stevens-Johnson	--	
	Necrólisis Epidérmica Tóxica	--	
	Angioedema	--	
	Eritema Multiforme	--	
	Pustulosis exantemática generalizada aguda	--	
	Dermatitis exfoliativa	--	
Trastornos renales y urinarios	Urticaria	--	
	Dermatitis	--	
Trastornos renales y urinarios	Nefritis túbulointersticial	--	
	Trastornos generales y del sitio de la administración	Dolor en el sitio de la inyección	64/1764 (3,628)
		Fatiga	3/1764 (0,170)
		Malestar general	3/1764 (0,170)
Reacción en el sitio de la inyección		--	
Investigations	Aumento de aspartato aminotransferasa	113/1216 (9,292)	
	Aumento de alanino aminotransferasa	84/947 (8,870)	

Pueden observarse reacciones adversas asociadas con la administración de ampicilina junto con sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV.

4.9 Sobredosis

Hay poca información disponible sobre la toxicidad aguda sulbactam sódico y de ampicilina sódica en humanos. Se espera que la sobredosis del medicamento produzca manifestaciones que son principalmente extensiones de las reacciones adversas informadas con el medicamento. Se debe tener en cuenta el hecho de que las altas concentraciones de CSF de los antibióticos β -lactámicos pueden producir efectos neurológicos, como

convulsiones. Debido a que tanto la ampicilina como el sulbactam se eliminan de la circulación por hemodiálisis, estos procedimientos pueden mejorar la eliminación del medicamento del cuerpo si se produce una sobredosis en pacientes con insuficiencia renal.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propiedades farmacodinámicas

Estudios bioquímicos con sistemas bacterianos libres de células han demostrado que el sulbactam es un inhibidor irreversible de las beta-lactamasas más importantes que se producen en los organismos resistentes a la penicilina. Mientras que la actividad antibacteriana del sulbactam se limita principalmente a la *Neisseriaceae*, estudios de todo el organismo confirmaron el potencial que tiene el sulbactam sódico para evitar la destrucción de penicilinas y cefalosporinas mediante organismos resistentes, estudios en los cuales el sulbactam sódico exhibió marcados efectos sinérgicos con penicilinas y cefalosporinas. Debido a que el sulbactam también se enlaza a algunas proteínas fijadoras de penicilinas, se determinó que algunas cepas sensibles son más susceptibles a la combinación que al antibiótico betalactámico por sí solo.

El componente bactericida de la combinación es la ampicilina que, al igual que la bencilpenicilina, actúa contra los organismos sensibles durante la etapa de multiplicación activa mediante la inhibición de la biosíntesis del mucopéptido de la pared celular.

El sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV es efectivo contra una gran variedad de bacterias gram positivas y gram negativas, que incluyen: *Staphylococcus aureus* y *epidermidis* (incluidas las cepas resistentes a la penicilina y algunas resistentes a la meticilina); *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus faecalis* y otras especies de *Streptococcus*; *Haemophilus influenzae* y *parainfluenzae* (cepas de betalactamasa positiva y negativa); *Branhamella catarrhalis*; anaerobias, incluidas las *Bacteroides fragilis* y especies relacionadas; *Escherichia coli*, especies de *Klebsiella*, especies de *Proteus* (indol positiva e indol -negativa), *Morganelli morganii*, especies de *Citrobacter*, especies de *Enterobacter*, *Neisseria meningitidis* y *Neisseria gonorrhoeae*.

5.2 Particularidades farmacocinéticas

El sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV se difunde fácilmente en la mayoría de los tejidos y fluidos corporales. Su penetración en el cerebro y el líquido espinal es baja, excepto cuando las meninges están inflamadas. Se logran altas concentraciones de sulbactam y ampicilina en sangre después de la administración intravenosa o intramuscular y ambos componentes tienen una vida media de aproximadamente 1 hora. La mayor parte del sodio de sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV se elimina sin modificaciones en la orina.

6. PARTICULARIDADES FARMACÉUTICAS

6.1 Lista de excipientes

No contiene

6.2 Incompatibilidades

Sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV y los aminoglicósidos deben reconstituirse y administrarse de manera separada, debido a la inactivación *in vitro* de los aminoglicósidos por alguna de las aminopenicilinas.

6.3 Periodo de eficacia

36 meses

6.4 Precauciones especiales de almacenamiento

Almacenar a no más de 30°C.

6.5 Naturaleza y contenido del envase

Estuche de cartulina impreso con frasco ampolla de vidrio etiquetado que contiene el polvo.

6.6 Instrucciones para su uso/manejo.

El sulbactam sódico es compatible con la mayoría de las soluciones intravenosas, pero la ampicilina sódica y por ende el sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV es menos estable en soluciones que contienen dextrosa u otros carbohidratos y no debiera mezclarse con productos sanguíneos o proteínas hidrolizadas. La ampicilina y por tanto el sulbactam sódico/ampicilina sódica IM/IV es incompatible con los aminoglicósidos y no deben ser mezclados físicamente en el mismo envase. (Ver sección **4.2 Posología y método de administración**). La solución concentrada para administración intramuscular debe utilizarse dentro de 1 hora desde la reconstitución. Los períodos de tiempo para el uso con diferentes diluyentes para infusión intravenosa son los siguientes:

Diluyente	Concentración	Períodos de administración (en horas)	
		25 °C	4 °C
Agua estéril para inyectables	hasta 45 mg/mL	8	
	45 mg/mL		48
	hasta 30 mg/mL		72
Cloruro de sodio isotónico	hasta 45 mg/mL	8	
	45 mg/mL		48



2543/02022018

Solución de lactato de sodio M/6	hasta 30 mg/mL hasta 45 mg/mL	8	72
5% de dextrosa en agua	hasta 45 mg/mL 15 a 30 mg/mL	2	8
	hasta 3 mg/mL	4	
5 % de dextrosa en 0,45 % de NaCl	hasta 30 mg/mL hasta 3 mg/mL	4	4
10 % de azúcar invertido en agua	hasta 15 mg/mL hasta 3 mg/mL	4	4
Solución de Ringer lactato	hasta 30 mg/mL hasta 45 mg/mL hasta 45 mg/mL	8	3 24

Documento de referencia utilizado para la actualización: CDS Versión 8.0

Para obtener más información, contacte a:

**Pfizer Chile S.A.
Departamento Médico
Cerro el Plomo 5680, Torre 6, Piso 16, Las Condes, Santiago.
Teléfono: 2-22412035**

7. REFERENCES

1. 2.5 Clinical Overview: To support the addition of ADR frequencies and the ADR's Cholestasis and Hepatitis cholestatic to the label, July 2013.
2. Report of CIOMS Working Groups III and V, Guidelines for Preparing Core Clinical-Safety Information on Drugs, Second Edition.
3. Periodic Safety Update Report (PSUR) Sulbactam/Ampicillin Report (01Apr98 – 31Mar03).
References for CDS revision dated December 6, 2007
4. Letter from FDA issued 29 September 2006 (received 10 October 2006).
5. Wysowski DK. Increase in deaths related to enterocolitis due to *Clostridium difficile* in the United States, 1999-2002. *Public Health Reports* 2006;121:361-362.
6. *Clostridium difficile*: deaths increase in 2005. Deaths: Office for National Statistics, England and Wales. Available at: <http://www.statistics.gov.uk/cci/nugget.asp?id=1735> Accessed May, 2007.
7. McDonald LC, Killgore GE, Thompson A, Owens RC Jr, Kazakova SV, Sambol SP, et al. An epidemic, toxin gene-variant strain of *Clostridium difficile*. *N Engl J Med* 2005;353:2433-2441.
8. Loo VC, Poirier L, Miller MA, Oughton M, Libman, MD, Michaud S, et al. A predominantly clonal multi-institutional outbreak of *Clostridium difficile*-associated diarrhea with high morbidity and mortality. *N Engl J Med* 2005;353:2442-2449.
9. Chernak E, Johnson CC, Weltman A, McDonald LC, Wiggs L, Killgore G, et al. Severe *Clostridium difficile*-associated disease in populations previously at low risk---four states, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2005;54(47):1201-1205.
10. Pepin J, Valiquette L, Alary M-E, Villemure P, Pelletier A, Forget K, Pepin K, Chouinard D. *Clostridium difficile*-associated diarrhea in a region of Quebec from 1991 to 2003: a changing pattern of disease severity. *CMAJ* 2004;171:466-472.
11. Morris AM, Jobe BA, Stoney M, Sheppard BC, Deveney CW, Deveney KE. *Clostridium difficile* colitis: an increasingly aggressive iatrogenic disease? *Arch Surg* 2002; 137:1096-1100.
12. McCusker ME, Harris AD, Perencevich E, Roghmann M-C. Fluoroquinolone use and *Clostridium difficile* associated diarrhea. *Emerging Infect Dis* 2003;9:730-733.
13. Thomas C, Stevenson M, Williamson DJ, Riley TV. *Clostridium difficile*-associated diarrhea: epidemiological data from Western Australia associated with a modified antibiotic policy. *Clin Infect Dis* 2002;35:1457-1462.
14. D. Levy et al, Antibiotics and *C. difficile* Diarrhea in the Ambulatory Care Setting, *Clin. Therapeutics*, 2000; 22 (1): 91-102.
15. G. Cote and A. Buchman, Antibiotic-associated Diarrhea, *Expert Opin. Drug Saf.* (2006) 5(3):361-372.
16. Kuijper E., et al, Emergence of *Clostridium difficile*-associated disease in North America and Europe, *Clin Microbiol Infect* 2006; 12 (Suppl. 6): 2-18.
17. Gifford AH and Kirkland KB, Risk factors for *Clostridium difficile*-associated diarrhea on an adult hematology-oncology ward, *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* (2006) 25:751-755.

18. Bierman CW, Pierson WE, Zeitz SJ, et al: Reactions associated with ampicillin therapy. *JAMA* 1972; 220:1098-1100.
19. Patel BM: Skin rash with infectious mononucleosis and ampicillin. *Pediatrics* 1967; 40:910-911.
20. Tindula RJ, Ambrose PJ, Harralson AF. Aminoglycoside inactivation by penicillins and cephalosporins and its impact on drug-level monitoring. *Drug Intell Clin Pharm.* 1983;17(12):906-8.
21. Adlercreutz H, Martin F, Lehtinen T. Effect of ampicillin administration on plasma conjugated and unconjugated estrogen and progesterone levels in pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1977;128(3):266-271.
22. 2.5 Clinical Overview: To support the addition of 8 ADRs to the CDS, November 2013.
23. 2.5 Clinical Overview: To Support the Addition of a Warning Statement on Severe Cutaneous Adverse Reaction (SCAR) To Section 4.4 Special Warnings and Precautions for Use of the Core Data Sheet, June 2016.
24. 2.5 Clinical Overview: To Support the Addition of a Warning Statement on Hepatotoxicity to Section 4.4 Special Warnings and Precautions for Use of the Core Data Sheet, August 2016.
25. Sulbactam Sodium/Ampicillin Sodium (IM/IV) 2.5 Clinical Overview: To Support the Addition of Adverse Drug Reactions to Section 4.8 of the Core Data Sheet, July 2017.
26. Adverse Drug Reaction Frequency Justification Document Sulbactam Sodium/Ampicillin Sodium (IM/IV), July 2017