

BOLETÍN AFinf

Actualización en terapéutica antimicrobiana y enfermedades infecciosas

Grupo de trabajo AFinf – Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

Volumen 8 Nº 1 – Abril 2025

Contenido:

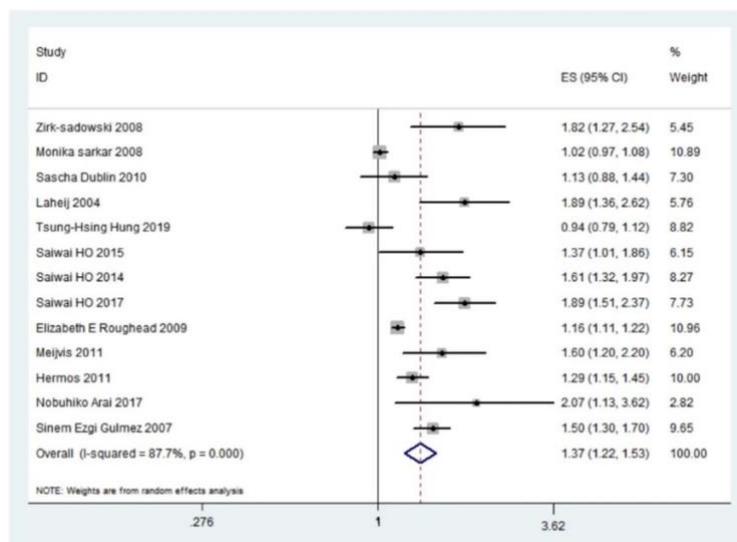
- **Selección bibliográfica**
 - Revisiones sistemáticas y metaanálisis
 - Estudios originales
- **Controversias en terapia antiinfecciosa: Profilaxis antifúngica en el paciente hematológico que recibe citotóxicos que son metabolizados a través del citocromo P450**
- **Guías de práctica clínica y documentos de consenso**
- **Novedades PRAN/AEMPS**
- **Agenda de congresos, cursos y jornadas**
- **Autores**

Selección bibliográfica

REVISIONES SISTEMÁTICAS Y METAANÁLISIS

- Xun X, Yin Q, Fu Y, He X, Dong Z. Proton Pump Inhibitors and the Risk of Community-Acquired Pneumonia: An Updated Meta-analysis. *Ann Pharmacother.* 2022 May;56(5):524-532. doi: 10.1177/10600280211039240. Epub 2021 Aug 23. PMID: 34425689. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23856153/>

Este metaanálisis incluyó 13 estudios y un total de 2.098.804 pacientes. Se utilizaron odds ratios (OR) con IC del 95% como medidas de eficacia revelando que la incidencia de neumonía asociada a la comunidad fue mayor en usuarios de IBP que en los que no los usaban [OR = 1,37 (IC del 95 % = 1,22-1,53)], especialmente en los primeros 30 días de uso de IBP [OR = 1,49 (IC del 95 % = 1,34-1,66)]. Los médicos y farmacéuticos clínicos deben sopesar los beneficios antes de administrar IBP y controlar estrictamente los motivos que causan su indicación.



- Kuijpers SME, Buis DTP, Ziesemer KA, van Hest RM, Schade RP, Sigaloff KCE, Prins JM. The evidence base for the optimal antibiotic treatment duration of upper and lower respiratory tract infections: an umbrella review. *Lancet Infect Dis.* 2025 Jan;25(1):94-113. doi: 10.1016/S1473-3099(24)00456-0. Epub 2024 Sep 5. PMID: 39243792. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309924006480>

Se incluyeron 30 revisiones sistemáticas (21 metanálisis) que abordaron la duración del tratamiento en neumonía adquirida en la comunidad (NAC), exacerbación aguda de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EAEPOC), neumonía adquirida en el hospital (NAH), sinusitis aguda y faringitis estreptocócica, amigdalitis o faringoamigdalitis.

Hubo evidencia suficiente que respalda una duración del tratamiento de 5 días para la NAC mientras que la evidencia para duraciones más cortas es escasa. No se dispone de evidencia sobre la NAH no asociada al ventilador. Para la sinusitis, la evidencia parece respaldar un régimen más corto, pero se necesita más evidencia en la población que realmente requiere tratamiento antibiótico. Para la faringoamigdalitis existe evidencia suficiente para respaldar la cefalosporina de corta duración, pero no la penicilina de corta duración cuando se dosifica tres veces al día.

ESTUDIOS ORIGINALES

- Cusumano G, Flores GA, Venanzoni R, Angelini P. El impacto de la terapia antibiótica en la microbiota intestinal: disbiosis, resistencia a los antibióticos y estrategias de restauración. *Antibióticos* . 2025; 14(4):371. <https://doi.org/10.3390/antibiotics14040371> <https://www.mdpi.com/2079-6382/14/4/371>

La microbiota intestinal humana desempeña un papel fundamental en la regulación metabólica, la modulación inmunitaria y el mantenimiento de la integridad de la barrera intestinal. La terapia con antibióticos altera profundamente las comunidades microbianas intestinales. Esta revisión enfatiza la necesidad apremiante de estrategias centradas en la microbiota para optimizar la administración de antibióticos, promover la resiliencia sanitaria a largo plazo y aliviar la carga de morbilidad asociada con la disbiosis inducida por antibióticos.

- E. Moreno-Mellado, A. Tarik Aslan, M Aova, E León N Mercante,, D Vinuesa, E Moral-Escudero, S Sadyrbaeva-Dolgovala, S López-Cárdenas, A Cano-Yuste, M Rinaldi, M Núñez-Núñez, M Giannella, J Soo-Dorado, A C Antolí-Royo, N Chacón, V Merino-Bohórquez, I Portillo, J Rodríguez-Baño, F Docobo-Pérez, B Gutiérrez-Gutiérrez FOSFOMIC team. Effectiveness and tolerability of intravenous fosfomicin in treating complicated urinary tract infections caused by *Escherichia coli*: a prospective cohort study from the FOSFOMIC Project. *Clin Microbiol Infect* 2025;31:839-86. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2025.01.007> <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1198743X25000126>

Se trata de un estudio prospectivo multicéntrico de cohortes emparejados dentro del proyecto FOSFOMIC. Se evaluó la eficacia clínica y microbiológica, y la seguridad de fosfomicina intravenosa en infecciones tracto urinario complicadas (ITUc) causadas x *E coli*, comparado con otros antimicrobianos intravenosos de práctica habitual (beta-lactámicos o fluoroquinolonas). La tasa de curación clínica y microbiológica fue similar en ambos grupos (65%). La mortalidad fue baja e incluso menor con Fosfomicina (1,9% vs 5,8%) y la recurrencia también fue similar. En cuanto a efectos adversos, la fosfomicina tuvo más efectos adversos leves, pero los efectos graves fueron muy pocos en ambos grupos. Hay que destacar que Fosfomicina no fue inferior al comparador en la infección urinaria bacteriémica. La aportación de este estudio es que evidencia la utilidad de

fosfomicina intravenosa como opción segura y efectiva para tratar UTIc por E coli, lo cual ayuda a diversificar las opciones de tratamiento de este tipo de infección tan frecuente y a veces complicada.

- S. Göspel, Guter, B.P. Gladstone, N. Conzelmann, S. Bunk, T. Terzer, T.D. Verschuuren, D. Martak, E. Salamanca Rivera, I.B. Autenrieth, S. Peter, J.A.J.W. Kluytmans, D. Hocquet, J. Rodríguez-Baño, E. Tacchonelli; MODERN WP1 Study Group. Drivers of extended-spectrum B-lactamase (ESBL)- producing Enterobacterales colonization among residents of long-term care facilities: a European multicentre prospective cohort study. *Journal of Hospital Infection* 2025; 157:67-74. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2024.12.010>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670125000015>.

Estudio observacional multicéntrico prospectivo para identificar qué condiciones o prácticas aumentan el riesgo de colonización por Enterobacterias productoras de Betalactamasas de Espectro Extendido (EP-BLEE) en residencias de pacientes de larga estancia en Europa. Se identificaron como medidas de prevención de infecciones por EP-BLEE: disponibilidad de desinfectante de manos, número de enfermeras por residente y la optimización del uso de antimicrobianos. El estudio proporciona información valiosa para mejorar las estrategias de control y reducir la colonización por bacterias resistentes en estos centros, donde los pacientes son especialmente vulnerables.

- C.R. Birch, S. E. Paaske, M.B. Jensen, S.M.D. Baunwall, L.H. Ehlers,, C.L. Hvas. Cost-effectiveness of faecal microbiota transplantation compared with vancomycin monotherapy for early Clostridioides difficile infection: economic evaluation alongside a randomized controlled trial. *Journal of hospital infection* 2025: 155;145-149. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2024.11.003>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0195670124003724>

Se trata de un estudio coste-efectividad para evaluar el costo de Trasplante fecal (TMF) como tratamiento complementario precoz tras el tratamiento de Vancomicina oral comparado con el tratamiento actual estándar (Vancomicina oral sólo) en paciente con 1ª y/o 2ª episodio de infección por Clostridioides difficile (CDI). Aunque ya fue demostrada superioridad clínica (curación y recidiva) de TMF como tratamiento complementario en este escenario (1º y 2º episodio), lo novedoso de este estudio es que el uso de TMF precoz es además rentable.

- Alejandro Salinas-Bostrán, Carmen Olmos-Blanco, David Fernández de Velasco-Pérez, Alicia Guzmán-Carreras, Alejandro Morales-Rosas, Daniel Gómez-Ramírez. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. Volume 43, Issue 2, February 2025, Pages 71-79. Dalbavancin as consolidation antibiotic treatment in infective endocarditis, cardiac implantable electronic devices infection and bacteremia: Clinical experience of 7 years <https://doi.org/10.1016/j.eimce.2024.05.009>

La dalbavancina, un nuevo lipoglicopéptido con actividad contra infecciones bacterianas grampositivas, está aprobada para el tratamiento de infecciones bacterianas agudas de la piel y estructuras cutáneas (IBSSSI). Presenta una farmacocinética lineal dependiente de la dosis, lo que permite un intervalo prolongado entre dosis. Sería una buena opción para el tratamiento de pacientes con infecciones cardiovasculares grampositivas. En este estudio se realizó un análisis retrospectivo de pacientes con infección cardiovascular (endocarditis infecciosa, bacteriemia, infección por dispositivo electrónico implantable) tratados con dalbavancina en el Hospital Clínico San Carlos (Madrid) durante 7 años (2016-2022). Se obtuvieron resultados microbiológicos y

clínicos satisfactorios en el 84 % de los casos (n = 21), el 76,4 % en el grupo con EI y el 100 % en el grupo con bacteriemia. Ningún paciente presentó efectos adversos durante el tratamiento a largo plazo con dalbavancina. Se concluyó que la dalbavancina es un tratamiento eficaz y seguro como terapia antibiótica de consolidación en EI y bacteriemias producidas por microorganismos Gram-positivos.

- Silvia García-Cobos, Jesús Oteo-Iglesias, María Pérez-Vázquez. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica (English ed.), Volume 43, Issue 2, 2025, pages 102-109. *Klebsiella pneumoniae* hipervirulenta: epidemiología en países no asiáticos, asociación con la resistencia a antibióticos, detección y manejo clínico. <https://doi.org/10.1016/j.eimce.2024.12.008>.

Dos patotipos principales de *Klebsiella pneumoniae* son motivo de preocupación para la salud pública: *K. pneumoniae* clásica (cKP), con alta capacidad de adquisición de resistencia a antibióticos, y *K. pneumoniae* hipervirulenta (hvKP). La aparición de *K. pneumoniae* hipervirulenta y resistente a antibióticos, especialmente la resistencia a carbapenémicos, es preocupante y requiere métodos efectivos para su detección y tratamiento. La epidemiología de las cepas hipervirulentas de *K. pneumoniae* ha cambiado en los últimos años, extendiéndose su distribución geográfica más allá de la Cuenca del Pacífico Asiático y diversificándose los clones asociados. En los últimos 5 años, el Centro Nacional de Microbiología de España, a través de su Programa de Vigilancia de la Resistencia a los Antibióticos, ha recibido un total de doce cepas clínicas de hvKP procedentes de hospitales españoles (datos no publicados). La cepa ST23 fue la predominante, seguida de la ST380, y todos los aislados pertenecían a los tipos K1 y K2. El principal mecanismo de resistencia a carbapenémicos descrito en hv-CRKP ST11 es la presencia del gen bla KPC-2, seguido de bla NDM-1 y bla OXA-48. Se ha descrito una nueva variante de KPC-2, KPC-135, que confiere resistencia a ceftazidima-avibactam en una cepa clínica hipervirulenta de *K. pneumoniae* ST11-K47. Un estudio reciente evaluó la actividad in vitro del cefiderocol contra la hvKP. Los autores concluyeron que el cefiderocol podría ser menos eficaz contra la CR-hvKP, tanto en aislados productores de NDM-1 como de KPC-2, en comparación con la CRKP clásica. La hvKP resistente a la polimixina, aunque poco común, se ha convertido en una nueva superbacteria prevalente en China.

Profilaxis antifúngica en el paciente hematológico que recibe citotóxicos que son metabolizados a través del citocromo P450

Introducción

La profilaxis antifúngica durante la quimioterapia de inducción de la remisión en pacientes con leucemia mieloide aguda está ampliamente recomendada en las guías de tratamiento por su mejora en la supervivencia global¹⁻³. Los azoles con actividad frente a *Aspergillus* spp, particularmente posaconazol, se han postulado como los agentes de elección para esta indicación⁴, pero su interacción con muchos de los nuevos fármacos quimioterápicos diana que se metabolizan por el citocromo P450, como gilteritinib, midostaurina y venetoclax, y la consiguiente relación riesgo-beneficio no se han evaluado en ensayos clínicos, lo que genera incertidumbre en el manejo clínico⁵⁻⁷.

En esta situación se plantean tres estrategias de profilaxis:

1. Uso del triazol reduciendo la dosis del agente citotóxico con potencial de interacción.

2. Sustitución del triazol por una equinocandina.
3. Sustitución del triazol por anfotericina B liposomal.

1. Profilaxis con triazol y reducción de la dosis del agente citotóxico con potencial de interacción

Como hemos dicho, los azoles con actividad frente a hongos filamentosos son los agentes de elección para la profilaxis antifúngica del paciente hematológico por su amplia cobertura de espectro, disponibilidad de administración por vía oral y parenteral y su perfil de eficacia y seguridad demostrada en ensayos clínicos. Posaconazol y voriconazol se consideran igual de eficaces y, aunque no han sido comparados entre sí en estudios aleatorizados, los comprimidos gastroresistentes de posaconazol se consideran la opción terapéutica de elección^{1,3,8}.

La experiencia con isavuconazol es más limitada y además algunos estudios han reportado resultados subóptimos en esta indicación^{9,10}.

Posaconazol y voriconazol son inhibidores potentes del citocromo CYP3A4 e isavuconazol inhibidor moderado, lo que complica el manejo de pacientes que reciben de forma concomitante citotóxicos que son metabolizados a ese nivel, como gilteritinib, midostaurina y venetoclax. Se ha propuesto el uso de estos agentes azólicos reduciendo la dosis del citotóxico y/o monitorizando estrechamente su toxicidad⁵. Un estudio con 35 pacientes que compara la profilaxis con posaconazol o micafungina en pacientes que recibían midostaurina a dosis plenas obtuvo $C_{mín}$, $C_{máx}$ y AUC cuatro veces mayores con posaconazol que con micafungina, pero los resultados de eficacia hematológica (remisión completa y duración de la neutropenia grave) y los resultados de seguridad (efectos adversos de cualquier grado o grado ≥ 3 relacionados con la midostaurina) fueron similares para los pacientes expuestos a posaconazol o micafungina, al igual que el número de infecciones fúngicas profundas de brecha, lo que cuestiona la necesidad de reducir la dosis del citotóxico¹¹.

En definitiva, esta estrategia, aun siendo la recomendada por ejemplo en la ficha técnica de venetoclax, puede cuestionarse por el riesgo de la disminución de la actividad antileucémica, consecuencia de la posible infradosificación. Además, el incumplimiento del régimen profiláctico antifúngico o las alteraciones farmacocinéticas pueden provocar una disminución de los niveles plasmáticos del azol, y posteriormente, una disminución de los niveles del citotóxico.

2. Sustitución del triazol por una equinocandina

Esta estrategia tiene como ventaja la excelente tolerabilidad de las equinocandinas con ausencia de interacciones y un perfil de seguridad benigno. Sus principales desventajas son la resistencia *in-vitro* de hongos mucorales y su limitada experiencia publicada en la práctica clínica. La que presenta mayor evidencia es micafungina aunque caspofungina y anidulafungina se pueden considerar equivalentes terapéuticos.

En dos ensayos clínicos la tasa de infección fúngica invasiva en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea empleando micafungina como profilaxis no fue significativamente inferior a fluconazol e itraconazol^{12,13}. No existen estudios potentes que comparen la eficacia y seguridad de micafungina *versus* azoles con actividad frente a *Aspergillus* spp. Un estudio prospectivo unicéntrico, aleatorizado y abierto en pacientes con leucemia mieloide aguda con quimioterapia de inducción que recibieron profilaxis antifúngica con posaconazol suspensión oral (55 pacientes) o micafungina (58 pacientes), mostró que los fallos de la profilaxis ocurrieron con mayor frecuencia con posaconazol que con micafungina (34,5% frente a 52,7%, $p=0,0118$), sin embargo, las fallos de posaconazol se debieron principalmente a efectos adversos, mientras que los de micafungina se debieron a infecciones fúngicas de brecha¹⁴.

Rezafungina podría ser un agente muy interesante para la profilaxis antifúngica en el paciente hematológico por su esquema de administración semanal que incluso permitiría el tratamiento en el paciente ambulatorio. Actualmente se encuentra en periodo de reclutamiento un ensayo clínico en fase III en pacientes sometidos a trasplante alógeno de médula ósea (NCT04368559).

3. Sustitución del triazol por anfotericina B liposomal

El uso de anfotericina B presenta como ventaja la amplia cobertura in-vitro frente a la mayor parte de levaduras y hongos patógenos y como principal desventaja su dañino perfil de toxicidad, no obstante, el hecho de que para esta indicación se emplee a dosis bajas podría limitar los efectos adversos. Se han probado dosis de 1 mg/Kg/día o esquemas a días alternos o saltados con dosis semanales de 200-700 mg en estudios de evidencia limitada y con resultados dispares¹⁵⁻¹⁸, lo que condiciona su recomendación.

El uso de anfotericina liposomal nebulizada, recomendado en protocolos de profilaxis antifúngica en el trasplante pulmonar, está menos estudiado en el paciente hematológico, y en todo caso habría que combinarlo con un azol sistémico para cubrir infecciones en localizaciones distintas a la pulmonar.

Conclusión

El debate sobre la elección del antifúngico de elección para la profilaxis de la infección fúngica profunda en el paciente hematológico que recibe citotóxicos que son metabolizados a través del citocromo P450 continuará abierto hasta que no se realicen estudios aleatorizados comparativos directos entre las distintas alternativas y se aclaren las repercusiones en la práctica clínica de las interacciones de los azoles, especialmente posaconazol, que se considera el agente de elección en ausencia de citotóxicos que no sean sustrato del citocromo P450.

Mientras tanto parece apropiado basar la toma de decisiones considerando el contexto individual clínico del paciente, como comorbilidades, fragilidad en relación a la toxicidad del antifúngico y citotóxico, duración de la neutropenia, interacciones, posibilidad de tratamiento ambulatorio, antecedentes de colonización o infección fúngica, epidemiología fúngica local y las ventajas e inconvenientes de las distintas clases de antifúngicos disponibles (tabla 1)

Tabla 1. Calificación de los distintos aspectos a considerar en la elección del agente para la profilaxis antifúngica en el paciente hematológico que recibe citotóxicos que son metabolizados a través del citocromo P450

	Azoles	Equinocandinas	Anfotericina B
Actividad in-vitro			
• Levaduras	++	+++	+++
• Filamentosos	+++	++	+++
• Mucorales	Vori – Posa/isa ++	-	+++
Eficacia clínica	+++	++	+
Seguridad	++	+++	+
Ausencia de Interacciones	-	+++	+++

Vía de administración	OR/IV	IV	IV
Recomendación guías	+++	++	+

Referencias

- Maertens JA, Girmenia C, Brüggemann RJ, et al. European guidelines for primary antifungal prophylaxis in adult haematology patients: summary of the updated recommendations from the European Conference on Infections in Leukaemia. *J Antimicrob Chemother* 2018; 73: 3221–30.
- Taplitz RA, Kennedy EB, Bow EJ, Crews J, Gleason C, Hawley DK, Langston AA, Nastoupil LJ, Rajotte M, Rolston KV, Strasfeld L, Flowers CR. Antimicrobial Prophylaxis for Adult Patients With Cancer-Related Immunosuppression: ASCO and IDSA Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*. 2018 Oct 20;36(30):3043-3054.
- Teh BW, Yeoh DK, Haeusler GM, Yannakou CK, Fleming S, Lindsay J, Slavin MA; Australasian Antifungal Guidelines Steering Committee. Consensus guidelines for antifungal prophylaxis in haematological malignancy and haemopoietic stem cell transplantation, 2021. *Intern Med J*. 2021 Nov;51 Suppl 7:67-88.
- Cornely OA, Maertens J, Winston DJ, et al. Posaconazole vs. fluconazole or itraconazole prophylaxis in patients with neutropenia. *N Engl J Med* 2007; 356: 348–59.
- Stemler J, de Jonge N, Skoetz N, Sinkó J, Brüggemann RJ, Busca A, Ben-Ami R, Ráčil Z, Piechotta V, Lewis R, Cornely OA. Antifungal prophylaxis in adult patients with acute myeloid leukaemia treated with novel targeted therapies: a systematic review and expert consensus recommendation from the European Hematology Association. *Lancet Haematol*. 2022 May;9(5):e361-e373
- Stemler J, Koehler P, Maurer C, Müller C, Cornely OA. Antifungal prophylaxis and novel drugs in acute myeloid leukemia: the midostaurin and posaconazole dilemma. *Ann Hematol* 2020; 99: 1429–40.
- Lindsay J, Teh BW, Micklethwaite K, Slavin M. Azole antifungals and new targeted therapies for hematological malignancy. *Curr Opin Infect Dis* 2019; 32: 538–45
- Lee CH, Lin C, Ho CL, Lin JC. Primary fungal prophylaxis in hematological malignancy: a network meta-analysis of randomized controlled trials. *Antimicrob Agents Chemother* 2018; 62: e00355–18.
- Khatri AM, Natori Y, Anderson A, Jabr R, Shah SA, Natori A, Chandhok NS, Komanduri K, Morris MI, Camargo JF, Raja M. Breakthrough invasive fungal infections on isavuconazole prophylaxis in hematologic malignancy & hematopoietic stem cell transplant patients. *Transpl Infect Dis*. 2023 Nov;25 Suppl 1:e14162.
- Fontana L, Perlin DS, Zhao Y, Noble BN, Lewis JS, Strasfeld L, Hakki M. Isavuconazole Prophylaxis in Patients With Hematologic Malignancies and Hematopoietic Cell Transplant Recipients. *Clin Infect Dis*. 2020 Feb 14;70(5):723-730.
- Menna P, Marchesi F, Cattaneo C, Candoni A, Delia M, Nadali G, Vatteroni A, Pasciolla C, Perrone S, Verga L, Armiento D, Del Principe MI, Fracchiolla NS, Salvatorelli E, Lupisella S, Terrenato I, Busca A, Minotti G, Pagano L. Posaconazole and midostaurin in patients with FLT3-mutated acute myeloid leukemia: Pharmacokinetic interactions and clinical facts in a real life study. *Clin Transl Sci*. 2023 Oct;16(10):1876-1885.
- Huang X, Chen H, Han M, Zou P, Wu D, Lai Y et al. Multicenter, randomized, open-label study comparing the efficacy and safety of micafungin versus itraconazole for prophylaxis of invasive fungal infections in patients undergoing hematopoietic stem cell transplant. *Biol Blood Marrow Transplant* 2012; 18: 1509–16
- Park S, Kim K, Jang JH, Kim SJ, Kim WS, Chung DR et al. Randomized trial of micafungin versus fluconazole as prophylaxis against invasive fungal infections in hematopoietic stem cell transplant recipients. *J Infect* 2016; 73: 496–505
- Epstein DJ, Seo SK, Huang YT, et al. Micafungin versus posaconazole prophylaxis in acute leukemia or myelodysplastic syndrome: a randomized study. *J Infect*. 2018;77:227-234.
- Doan TN, Kirkpatrick CM, Walker P, Slavin MA, Ananda-Rajah MR, Morrissey CO et al. Primary antifungal prophylaxis in adult patients with acute lymphoblastic leukaemia: a multicentre audit. *J Antimicrob Chemother* 2016; 71: 497–505.
- Cornely OA, Leguay T, Maertens J, Vehreschild M, Anagnostopoulos A, Castagnola C et al. Randomized comparison of liposomal amphotericin B versus placebo to prevent invasive mycoses in acute lymphoblastic leukaemia. *J Antimicrob Chemother* 2017; 72: 2359–67.
- Kelsey SM, Goldman JM, McCann S, et al. Liposomal amphotericin (AmBisome) in the prophylaxis of fungal infections in neutropenic patients: a randomised, double-blind, placebo-controlled study. *Bone Marrow Transplant* 1999; 23:163-8.
- Penack O, Schwartz S, Martus P, et al. Low-dose liposomal amphotericin B in the prevention of invasive fungal infections in patients with prolonged neutropenia: results from a randomized, single-center trial. *Ann Oncol* 2006; 17: 1306-12.

Guías de práctica clínica y documentos de consenso

- Cornely OA, Sprute R, Bassetti M, Chen SC, Groll AH, Kurzai O, et al. Global guideline for the diagnosis and management of candidiasis: an initiative of the ECMM in cooperation with ISHAM and ASM. Lancet Infect Dis. 2025 Feb 13:S1473-3099(24)00749-7. doi: 10.1016/S1473-3099(24)00749-7. Epub ahead of print. Erratum in: Lancet Infect Dis. 2025 Apr;25(4):e203. doi: 10.1016/S1473-3099(25)00154-9. PMID: 39956121. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309924007497>

Esta revisión proporciona recomendaciones actualizadas para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones por Candida, incluyendo infecciones por Candida difíciles de tratar como Candida auris (Candidozyma auris) y Candida parapsilosis resistente al fluconazol

Novedades PRAN/AEMPS

Nuevos fármacos: quabodepistat (antituberculoso).

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309924006017>

Agenda de congresos, cursos y jornadas

CONGRESOS

CONGRESOS	LOCALIDAD	FECHAS	FIN PLAZO COMUNICACIONES
SEIMC https://www.seimc2024.org	Málaga	22-24 mayo 2025	Envío de comunicaciones no disponible
ESPID https://espidmeeting.org	Bucarest (Rumanía)	26-30 mayo 2025	Envío de comunicaciones no disponible
ID WEEK https://idweek.org/	Atlanta (EEUU)	19-22 octubre 2025	Envío de comunicaciones no disponible

CURSOS Y JORNADAS

CURSOS	ORGANIZADOR	FECHA/LUGAR
III Curso de PK/PD en antimicrobianos del	Hospital del Mar	5-6/05/2025
Society of Infectious Diseases Pharmacist PK-PD Workshop https://sidp.org/page-1543694	SIPD ECCMID	2-3/06/2025
Actualización sobre resistencias a antimicrobianos https://www.resistenciasantimicrobianos.com	SEIMC SAMICEI SMMC	On-line Hasta el 31/01/2026
VI Curso de Actualización en las Infecciones Relacionadas con las asistencia sanitaria GEIRAS https://profesionales.msd.es/courses/ecme-98018585/	SEIMC MSD	On-line Hasta 17/11/2025

18th International Society for Cardiovascular Infectious Diseases Symposium 2026	ISCVID	Rennes (France) 29/06 – 01/07 de 2026
--	--------	--

Autores

Margarita Beltrán García
Marina Calvo Salvador
Sara García Agudo
María Dolores García Cerezuela
José María Gutiérrez Urbón
Marta Mejías Trueba
Álvaro Eloy Monje López
Iván Oterino Moreira

Editado por: Grupo de Trabajo Atención farmacéutica en Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. C/Serrano 40, 2º dcha. 28001 - Madrid

Tel: +34 91 571 44 87, **fax:** +34 91 571 45 86, **email:** sefh@sefh.es

Web: <https://gruposdetrabajo.sefh.es/afinf/>

ISSN: 2445-2882