



CONGRESO
NACIONAL

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FARMACIA HOSPITALARIA

MÁLAGA 15-17 OCT 25

Sapere Aude

Reflexión ante nuevos retos



SAPERE AUDE: ACTUALIDAD FARMACOTERAPÉUTICA (I)

Shorter is better!

MIGUEL ÁNGEL AMOR GARCÍA

FEA Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Infanta Cristina

¿Podemos pasar del dogma a la evidencia?

- Duración basada en convención histórica, más que en evidencia real.



Table 2 Studies showing that short-course antibiotic regimens are non-inferior to long-course antibiotic regimens

Infection site	Short-course regimen (days)	Long-course regimen (days)
Uncomplicated Gram-negative bloodstream infection	7	14
Acute exacerbation of COPD	= <5	> =7
Community-acquired pneumonia	3–5	7–10
HAP and VAP	7–8	14–15
Intra-abdominal infections and post-operative peritonitis	4–8	10–15
Severe community-acquired UTI	5–7	10–14
Cellulitis	5–6	10
Neutropenia	3 days of apyrexia and clinical recovery	3 days of apyrexia and clinical recovery and neutrophil count $> 0,5 \times 10^9$ cells/L
Osteomyelitis	42	84

COPD chronic obstructive pulmonary disease, *HAP* healthcare-associated pneumonia, *UTI* urinary tract infection, *VAP* ventilator-associated pneumonia

➤ **Acortar** implica **menos toxicidad y menor presión selectiva** de resistencias.

¿5 días bastan en NAC?

4. The 2025 recommendations

- During cases of non-severe (ambulatory) and moderately severe (hospitalization other than critical care) CAP, and when stability criteria have been fulfilled at D3, three-day antibiotic treatment is recommended (**Grade A-1**)*.
- When, after three to five days of treatment, clinical stability has not been achieved, five-day antibiotic treatment is recommended (**Grade B-1**).
- In the other cases of uncomplicated CAP, seven-day antibiotic therapy is recommended (**Grade A-1**).
- Treatment exceeding seven days can only be justified by occurrence of a complication such as a pulmonary abscess or significant pleural effusion.

Clinical stability criteria	Values
Temperature	$\leq 37.8^{\circ}\text{C}$
Systolic blood pressure	≥ 90 mmHg
Heart rate	≤ 100 /min
Respiratory rate	≤ 24 /min
SpO ₂	≥ 90 % in ambient air
or PaO ₂	≥ 60 mmHg in ambient air

Duración en base a estabilidad clínica **3 → 5 → 7 días**.
Pautas prolongadas sólo en complicaciones.

¿NAVM: es seguro parar al día 7?

REGARD-VAP:

- 461 pacientes. Terapia corta individualizada (≤ 7 días) vs. habitual (≥ 8 días).
- Objetivo combinado (mortalidad o recurrencia a 60 días): sin diferencias

	Short-course group (n=211)	Usual care group (n=224)	Unadjusted estimates (95% CI; p value)	Adjusted estimates (95% CI; p value)*
Acute kidney injury‡	11 (5%)	79 (35%)	-30% (-38 to -23%; <0.0001)	-30% (-36 to -24%; <0.0001)
Drug-induced liver injury§	1 (<1%)	2 (1%)	-3% (-6 to 0; 0.093)	-3% (-5 to -1%; 0.033)
Diarrhoea	4 (2%)	5 (2%)	0 (-3 to 3%; 1.00)	-1% (-3 to 2%; 0.69)
Allergy (eg, DRESS, rash, SJS)	1 (<1%)	2 (1%)	0 (-2 to 2%; 1.00)	-1% (-2 to 1%; 0.36)
Any antibiotic side-effects	17 (8%)	86 (38%)	-30% (-38 to -23%; <0.0001)	-31% (-37 to -25%; <0.0001)

La **terapia corta de 7 días** es segura con **estabilidad** clínica y se asocia a **menos eventos adversos** relacionado con ATB.

¿Se puede acortar en ITU febril y bacteriémica?

Metaanálisis:

- 16 EC con 4653 pacientes. PNA o ITU complicada: 5-7 vs. 10-14 días.
- Sin diferencias en el objetivo de éxito clínico.

Outcome	No. of trials	No. of patients	RR (95% CI)
Clinical success	13	2518	1.01 (0.98–1.04)
Microbiological cure	10	1647	0.98 (0.94–1.02)
Relapse or reinfection	10	1680	1.19 (0.87–1.63)
Death	8	3976	0.87 (0.68–1.13)
Any adverse event	8	2407	1.03 (0.91–1.16)
Adverse events requiring discontinuation	5	810	0.55 (0.21–1.47)
Diarrhoea ^a	8	1427	0.71 (0.48–1.04)

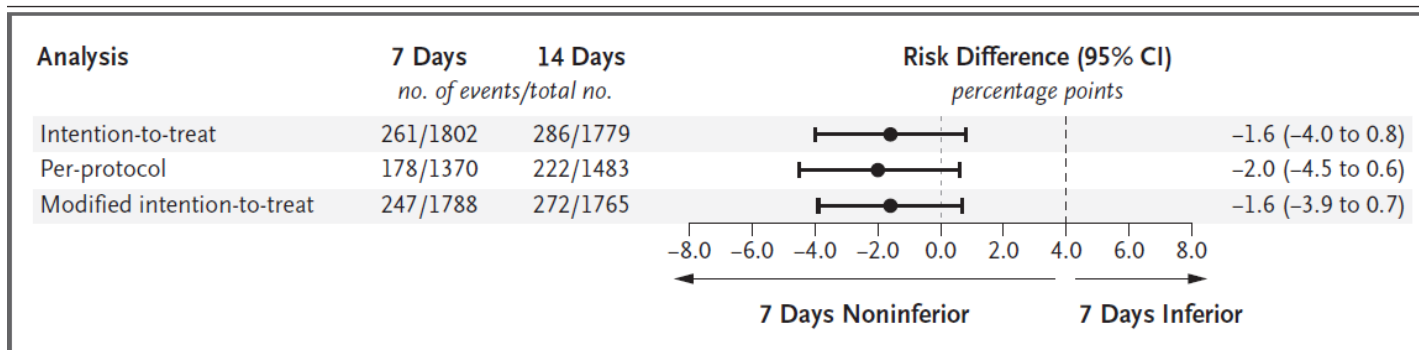
RR > 1 favours short for success and cure; RR < 1 favours short for relapse, reinfection, and death. RR, risk ratio.

En la ITU febril la terapia corta de 5-7 días no es inferior incluso en bacteriemia.

¿Podemos tratar la bacteriemia en 7 días?

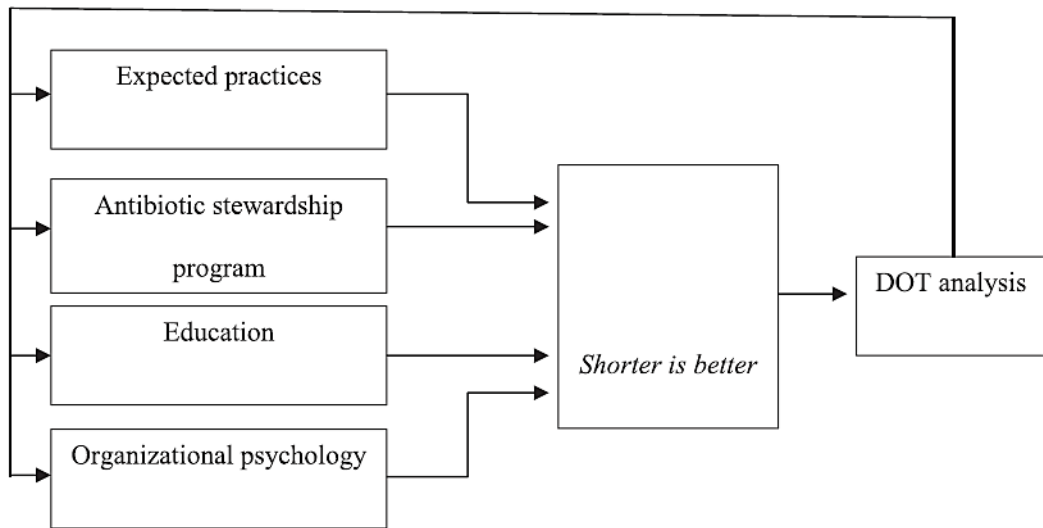
BALANCE:

- 3608 pacientes 7 vs 14 días en bacteriemia no complicada (salvo *S. aureus*).
- 55% ingresados en UCI.
- Mediana más alta de días libres de antibiótico a d28 (19 días vs 14 días).
- Resultados consistentes en análisis por foco de infección y patógeno.



El reto PROA: transformar la inercia en práctica basada en datos

Menos días, mismos resultados: convirtámoslo en rutina.



Sapere Aude

Reflexión ante nuevos retos



**CONGRESO
NACIONAL**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FARMACIA HOSPITALARIA

MÁLAGA 15-17 OCT 25



Gracias

miguelangel.amor@salud.madrid.org

@Miguelamorg