

Sesión bibliográfica

Paula Dios Díez
9 mayo 2025



Articles

Assessing the global burden of diarrhoeal diseases
See page S19

Articles

Hepatitis E vaccination in an outbreak in South Sudan
See page S37

Articles

Antimicrobial therapy for *Pseudomonas aeruginosa*
See page S74

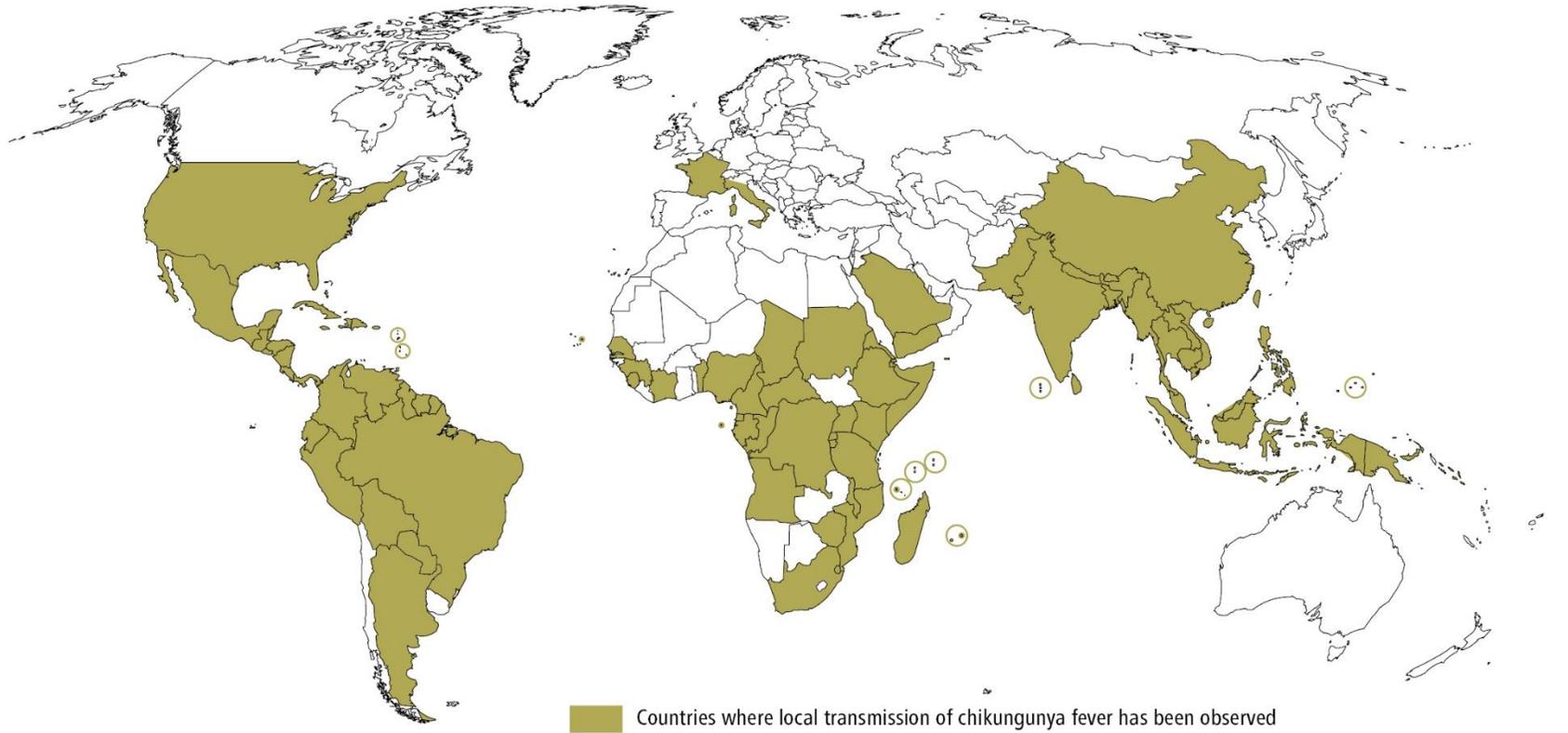
Índice



Virus emergentes. Algunas novedades para ponernos al día



Algunos antibiogramas: si hay tiempo



Countries and territories with imported-only cases of chikungunya fever are not included.

Source: CDC 2020

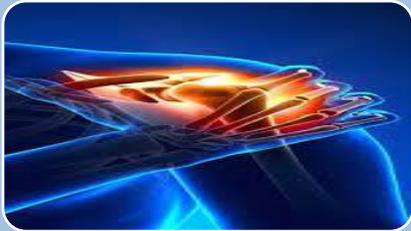
Virus Chikungunya

Recordamos:



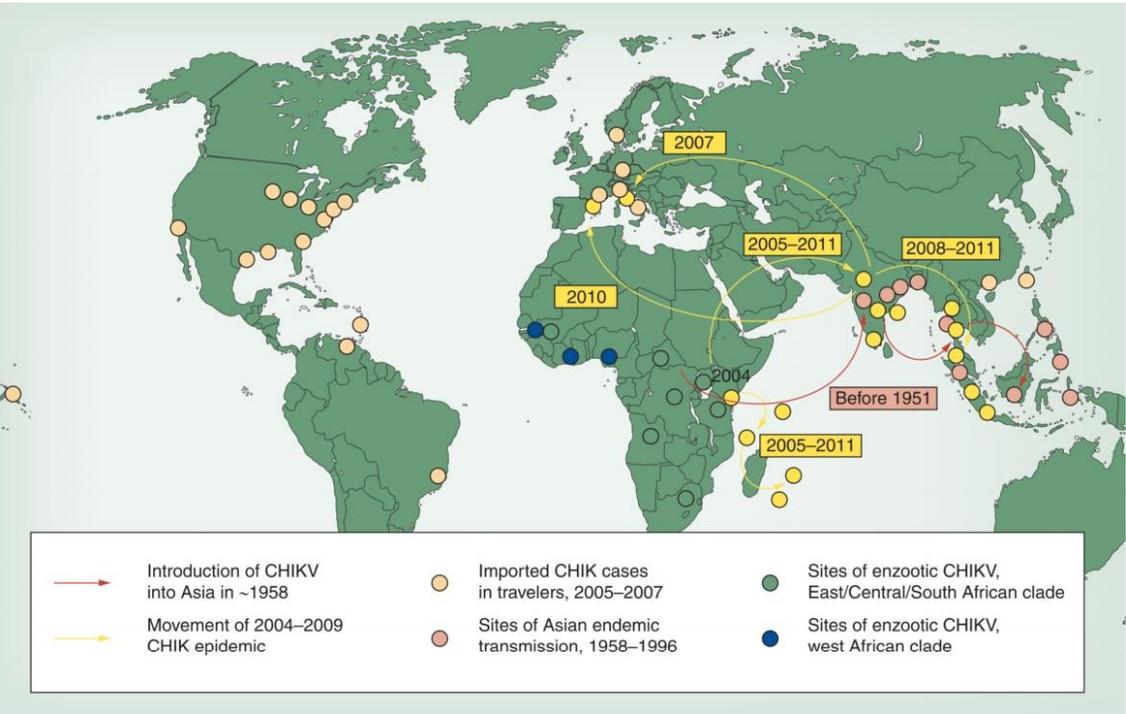
Virus ARN Togaviridae. Género Alphavirus

- Transmisión por mosquitos *Aedes aegypti* y *A. albopictus*

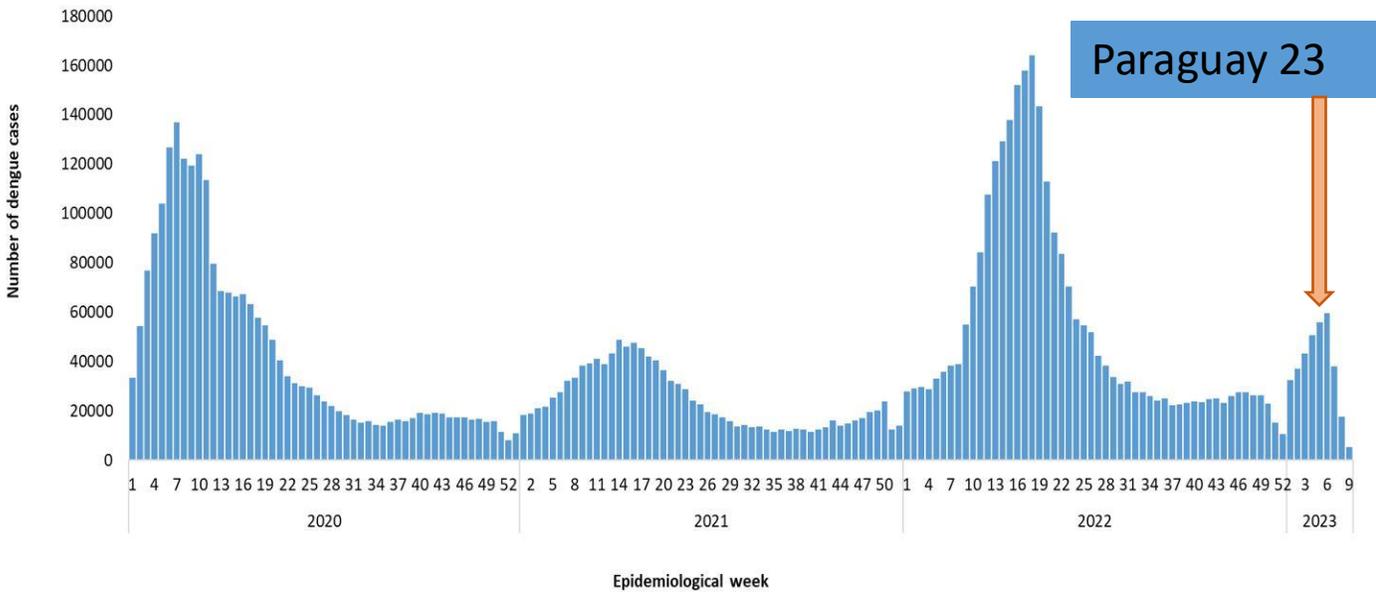


Clínica

- Fiebre, rash, poliartralgias debilitantes de larga duración
- Baja letalidad, pero impacto funcional



Simon F, et al. *Chikungunya: risks for travellers*. J Travel Med. 2023;30:taad008



Source: PAHO/WHO Health Information Platform for the Americas (PLISA per its acronym in Spanish) as provided by Ministries and Institutes of Health of the countries and territories of the Region of the Americas. Washington DC: PAHO.



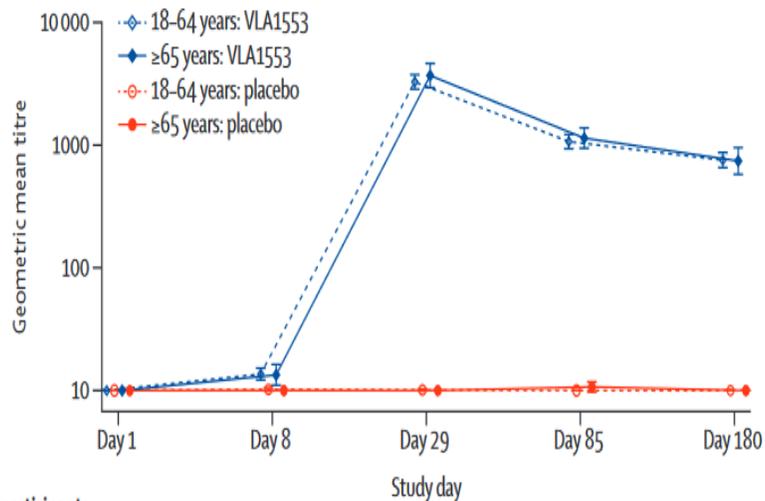
IXCHIQ®

Safety and immunogenicity of a single-shot live-attenuated chikungunya vaccine: a double-blind, multicentre, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial

Martina Schneider, Marivic Narciso-Abraham, Sandra Hadl, Robert McMahon, Sebastian Toepfer, Ulrike Fuchs, Romana Hochreiter, Annegret Bitzer, Karin Kosulin, Julian Larcher-Senn, Robert Mader, Katrin Dubischar, Oliver Zoihsel, Juan-Carlos Jaramillo, Susanne Eder-Lingelbach, Vera Buerger, Nina Wressnigg www.thelancet.com Vol 401 June 24, 2023

4128 pac

3:1



Number of participants	Day 1	Day 8	Day 29	Day 85	Day 180
18-64 years: VLA1553	207	198	207	194	184
18-64 years: placebo	73	70	73	69	68
≥65 years: VLA1553	59	53	59	52	58
≥65 years: placebo	23	23	23	22	23

VLA 1553: primera vacuna aprobada (FDA 2023, EMA 2024)
Ensayo doble ciego, multicentrico, randomizado, fase 3

Virus atenuado, 1 dosis im

98,3% seroprotección al mes y 96% a los 12 meses

En mayores de 65 años tasas de inmunización >90%

Toxidad: similar. Cefalea, astenia, mialgias, artralgias, inyección, febrícula...

Graves relacionados con la vacuna:

- 1 paciente mialgias moderadas
- 1 SIADH



IXCHIQ®

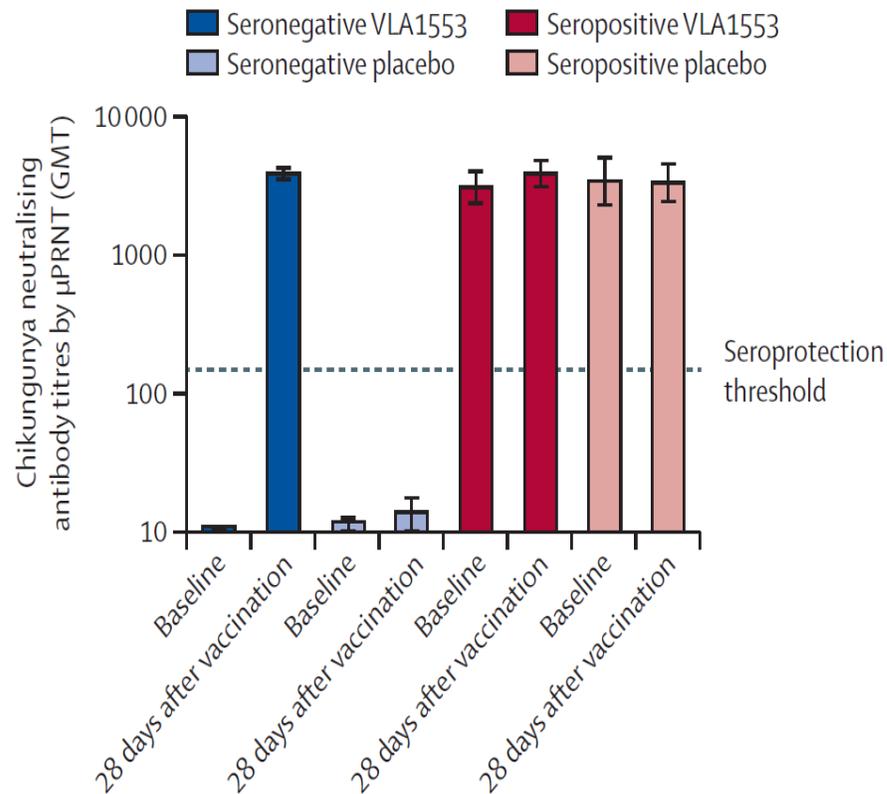
Safety and immunogenicity of a live-attenuated chikungunya virus vaccine in endemic areas of Brazil: interim results of a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 3 trial in adolescents

Lancet Infect Dis 2025; 25: 114–25

Vera Buerger, Sandra Hadl, Martina Schneider, Michaela Schaden, Romana Hochreiter, Annegret Bitzer, Karin Kosulin, Robert Mader, Oliver Zoihs, Andrea Pfeiffer, Ana Paula Loch, Eolo Morandi Jr, Mauricio Lacerda Nogueira, Carlos Alexandre Antunes de Brito, Julio Croda, Mauro Martins Teixeira, Ivo Castelo-Branco Coelho, Ricardo Gurgel, Allex Jardim da Fonseca, Marcus Vinícius Guimarães de Lacerda, Edson Duarte Moreira Jr, Ana Paula Rocha Veiga, Katrin Dubischar, Nina Wressnigg, Susanne Eder-Lingelbach, Juan Carlos Jaramillo

941 pac

2:1



Primer ensayo en zona endémica, <18 años y pacientes con infección pasada

Ensayo doble ciego, multicentrico, randomizado, fase 3

98,8% seroprotección al mes en naive

100% seroprotección en infección pasada (partían de 92%)

Toxidad: similar. Menor en pacientes con infección pasada

1,6% impacto funcional

Se mantienen anticuerpos a los 12 meses

[The Lancet Infectious Diseases Volume 24, Issue 12](#), December 2024, Pages 1383-1392

Pendiente estudio Sudamérica y Asia



Vimkunya™

Chikungunya virus virus-like particle vaccine safety and immunogenicity in adolescents and adults in the USA: a phase 3, randomised, double-blind, placebo-controlled trial

Jason S Richardson, Deborah M Anderson, Jason Mendy, Lauren C Tindale, Sufia Muhammad, Tobi Loreth, Sarah Royalty Tredo, Kelly L Warfield, Roshan Ramanathan, Jorge T Caso, Victoria A Jenkins, Patrick Ajiboye, Lisa Bedell, on behalf of the EBSI-CV-317-004 Study Group*

Lancet 2025; 405: 1343–52

4128 pac

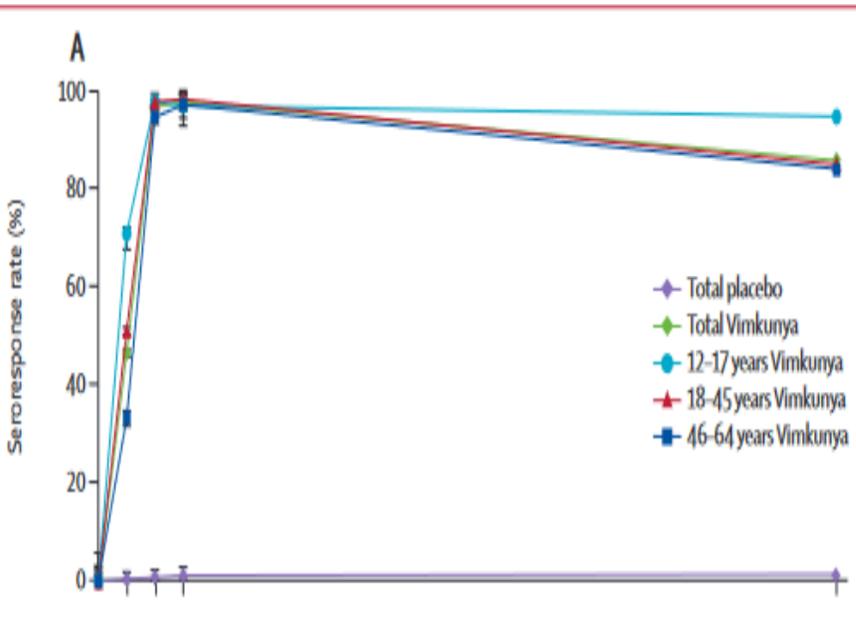
2:2:2:1

Vacuna recombinante monodosis. >12 años
Ensayo doble ciego, multicentrico, randomizado, fase 3

97,8 % inmunogenicidad a los 22 d y de 85% a los 12 meses

Toxidad: autolimitados y de intensidad 1-2 (leve-mod).

Posibilidad de emplearla en inmunocomprometidos y embarazadas



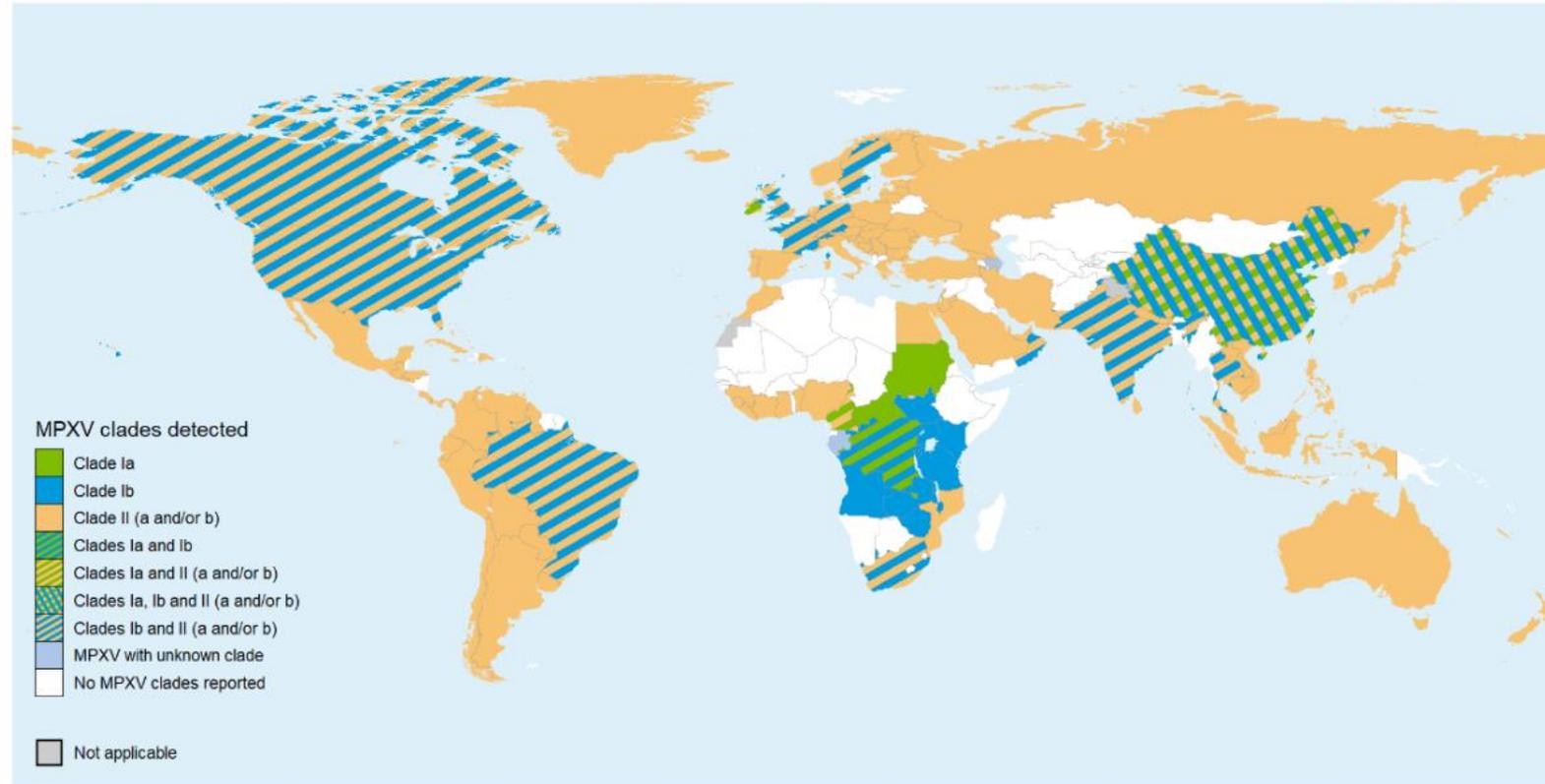
Comparativa



Vacuna	IXCHIQ	Vimkunya
Tipo	Virus vivo atenuado	Recombinante
Edad aprobada	≥ 18 años	≥ 12 años
➤ 65	Si	No
Inmunodeprimido/embarazo	No	Si
Dosis	1	1
Aprobación EEUU	Nov 23	Feb 25
Aprobación UE	Jun 24	Feb 25
Aprobación Brasil	Abril 25	-

MPXV clades detected globally

Includes imported cases; known distribution from 1 January 2022 to 20 Apr 2025



Virus mpox



	■ Clade 1a	■ Clade 1b	■ Clade 2b
Population	Young, 39% female	Young, 48% female	Adults, MSM
Lesions count	163	91	10
Genital	28%	76%	>95%
Respiratory	47%	55%	0–1%
Fatality	4.4%	0.6%	<0.1%
PCR blood	92%	92%	Low
Abortos	100%	100%	-

CROI 2025



2022 separación clados



>575 fallecidos



102 977 casos



8104 casos España

Interpretation: Mpox outbreaks in DR Congo, higher lesion counts and respiratory symptoms compared with clade 2b lineage B.1 outbreaks. Higher fatality rates in clade 1a regions compared to clade 1b.





Oral Abstract Session-13

Wednesday, March 12, 2025

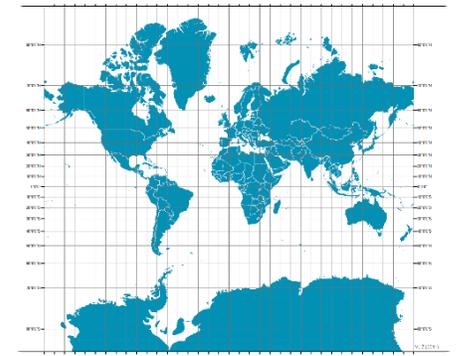
CROI 2025

201 - Tecovirimat Is Safe but Not Efficacious in People With Clade II Mpox

Timothy Wilkin
University of California San Diego, La Jolla, CA, USA



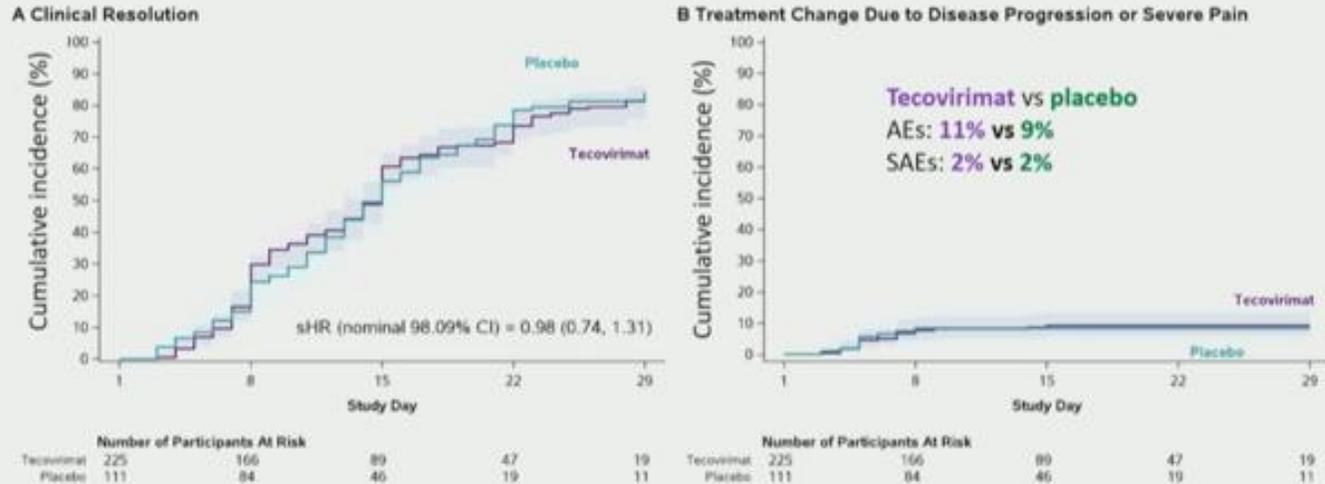
530 pacientes



7 países desarrollados

STOMP	
Design and sample size	Incluye niños, embarazadas, inmunosupresión 2:1 randomizado, ciego, aleatorizado
Diseño	Superioridad
Objetivo primario	Tiempo hasta la resolución clínica (lesiones epitelizadas)
Objetivo secundario	Dolor, Detección de mpox en diferentes lesiones
Duración	57 días
Fármaco	Tecovirimat oral 600 cada 12 horas 14 días vs Placebo

Primary endpoint: time to clinical resolution



Palm-007

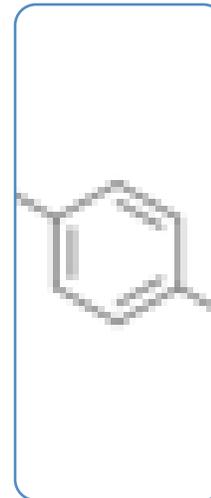
Resultados equivalentes

Clado 1 Mpox

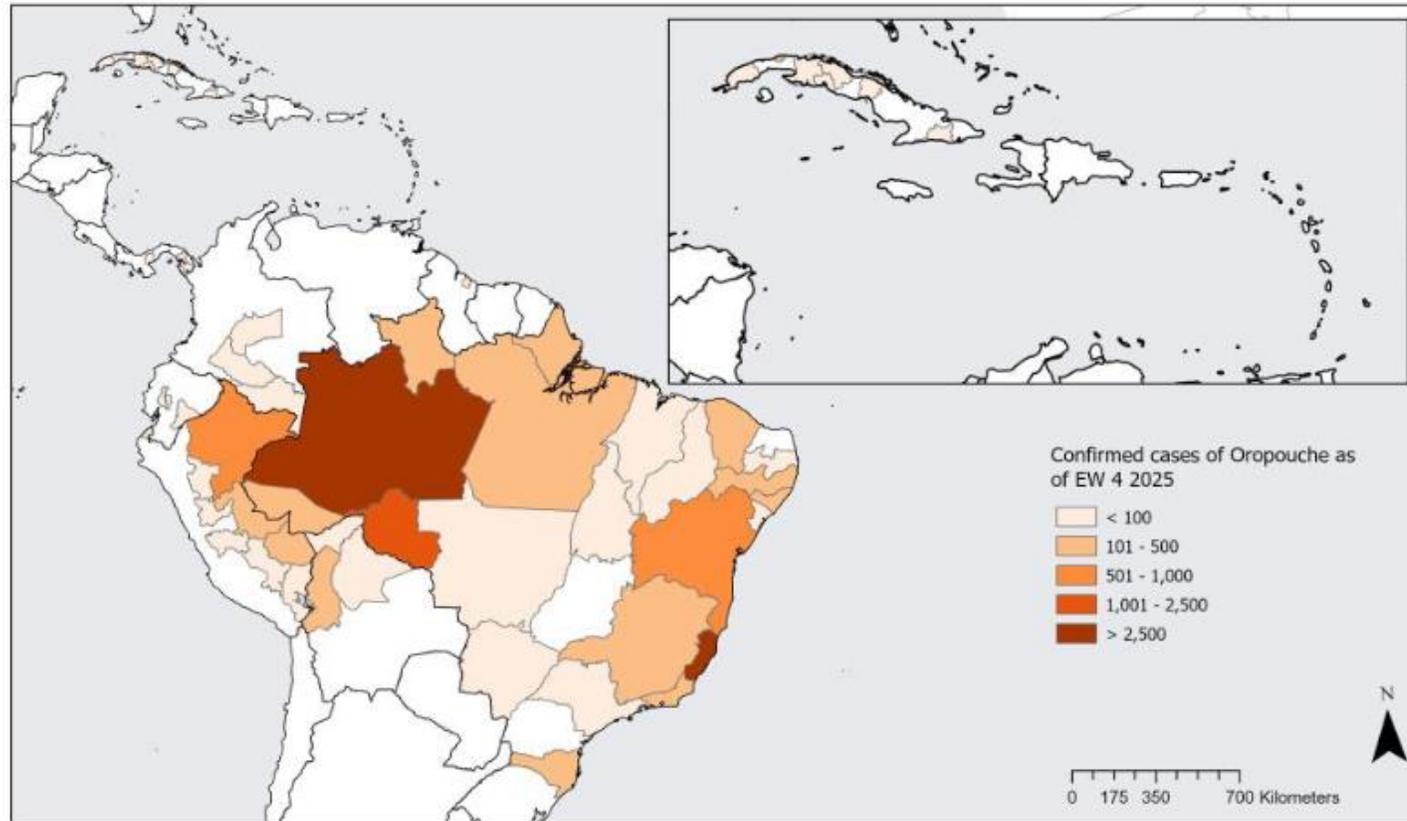
Viral clearance: skin lesion and rectal swabs



¿Futuro?



- Brincidofovir
- Brincidofovir+ Tecovirimat
- AC monoclonales



PAHO



© Pan American Health Organization, 2025. All rights reserved.

The designations employed and the presentation of the material in these maps do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the Secretariat of the Pan American Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Map production: PAHO Health Emergencies Department, Health Emergency Information and Risk Assessment Unit, GIS Team.

Virus oropouche

Orthobunyavirus oropoucheense

Principales características

Arbovirus transmitido por mosquitos

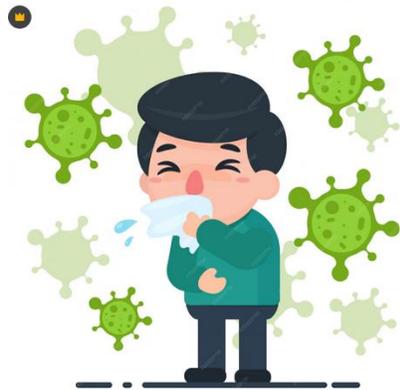
Incubación de 4-8 días

Síntomatología: *

Infección bifásica con recurrencia (a las 2-4 sem)

Autolimitada en 5-7 días con baja tasa mortalidad

No hay tratamiento ni profilaxis



15-20% casos



Culicoides paraensis



Madre de dios

Iquitos

Perdoes



Re-emergence of Oropouche virus between 2023 and 2024 in Brazil: an observational epidemiological study

Gabriel C Scachetti, Julia Forato*, Ingra M Claro*, Xinyi Hua*, Bárbara B Salgado*, Aline Vieira, Camila L Simeoni, Aguyda R C Barbosa, Italo L Rosa, Gabriela F de Souza, Luana CN Fernandes, Ana Carla H de Sena, Stephanie C Oliveira, Carolina M L Singh, Shirlene T S de Lima, Ronaldo de Jesus, Mariana A Costa, Rodrigo B Kato, Josilene F Rocha, Leandro C Santos, Janete T Rodrigues, Marielton P Cunha, Ester C Sabino, Nuno R Faria, Scott C Weaver, Camila M Romano, Pritesh Lalwani†, José Luiz Proenca-Modena†, William M de Souza†*

Lancet Infect Dis 2025; 25: 166–75

Estudio observacional, epidemiológico: fuentes de estudio*



Epidemiológico:
Ministerio sanidad

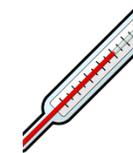
> 10 500 casos desde 2015 → 82% notificados en 2024

Nueva cepa AM0088 vs BeAn19991

Más frecuente 20-59 años

Menor capacidad neutralizante

Mayor replicación → > virulencia?



93 Pac enfermedad febril- malaria negativos (11%+)



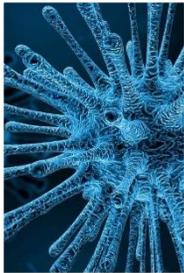
Muestras serológicas de pacientes con infección previo



Estudio en ratones

Limitaciones

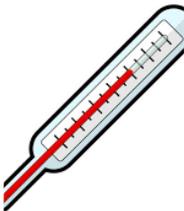
- Sesgo de selección/ notificación de pacientes
- Infraestimación de casos previos (técnica)
- Faltan datos clínicos de pacientes con infección pasada y evaluación clínica de los casos actuales.
- Papel de la respuesta T
- Tamaño muestral



¿mayor replicación implica mayor infectividad o gravedad?



Potencial expansión geográfica a nuevas regiones. Vectores*



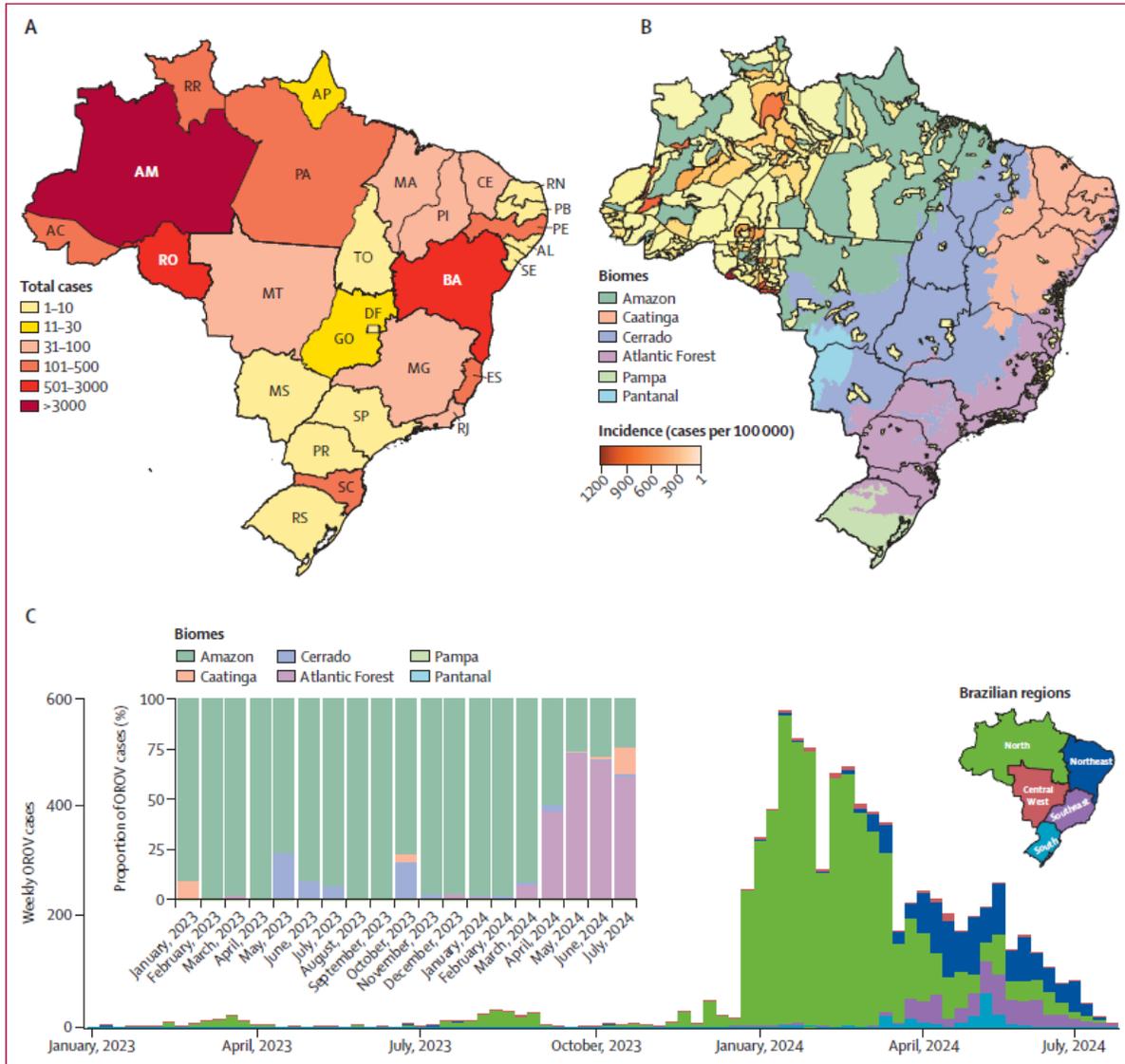
Riesgo de nuevas infecciones.



Necesidad de desarrollo de vacunas

Cuestiones sin resolver

Expansion of Oropouche virus in non-endemic Brazilian regions: analysis of genomic characterisation and ecological



scimento Ferreira, Agata Rossi, Hellen Geremias Gatica Santos, Bianca Ribeiro Pizzato, ro Barbosa de Lima, Filipe Zimmer Dezordi, Alexandre Freitas da Silva, or Arantes, Mariza Hoffmann Machado, Darcita Buerger Rovaris, Mayra Marinho Presibella, lle Gemin Pouzato, Jucelia Stadinicki, Rodrigo Ribeiro-Rodrigues, Thiago de Jesus Sousa, amargo, Keilla Maria Paz e Silva, Mayara Matias de Oliveira Marques da Costa, luca, Ana Maria Bispo de Filippis, Claudia Nunes Duarte dos Santos, Gabriel Luz Wallau, alf of the OROV Study Group* *Lancet Infect Dis* 2025; 25: 379–89

- Linage inicial expansión desde Amazonia
- Zonas rurales > Urbanas
- Condiciones ecológicas que influyen



Newborns with microcephaly in Brazil and potential vertical transmission of Oropouche virus: a case series

Fernanda Eduarda das Neves Martins, Jannifer Oliveira Chiang, Bruno Tardelli Diniz Nunes, Bethania de Freitas Rodrigues Ribeiro, Livia Carício Martins, Livia Medeiros Neves Casseb, Daniele Freitas Henriques, Consuelo Silva de Oliveira, Ethel Leonor Noia Maciel, Rafael da Silva Azevedo, Layna de Cássia Campos Cravo, André Rodrigues Façanha Barreto, André Luiz Santos Pessoa, Arnaldo Jorge Martins Filho, Jorge Rodrigues de Sousa, Lavinia Schuler-Faccini, Juarez Antônio Simões Quaresma, Pedro Fernando da Costa Vasconcelos, Raimunda do Socorro da Silva Azevedo

Lancet Infect Dis 2025; 25: 155–65



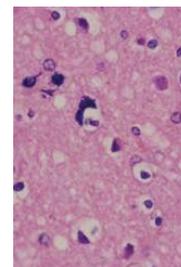
68 fetos microcefalia
(2015-2024)



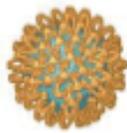
Estudio LCR y suero
PCR y anticuerpos *

Retrospectivo y prospectivo

También análisis serológico a las madres



Estudio inmunohistoquímico



OROV

62 negatives to OROV

6 positives to OROV

Microcephalic newborns and mothers with CSF or serum samples

Case 1*
Rio Branco, Acre (2016)



Mother
Rash in
first
trimester

Female
Age 2 days
CP 26 cm

Serum
Collected
2 days
after skin
rash

CSF
Collected at
birth

OROV
results
IgM negative
HI negative
RT-qPCR
negative

OROV
results
IgM positive
RT-qPCR
negative

Case 2
Rio Branco, Acre (2016)



Mother
Without
symptomatic
infection
during
gestation

Female
Age 1 day
CP 30 cm

Serum
Not
collected

CSF
Collected at
birth

OROV
results
IgM positive
RT-qPCR not
enough

Case 3
Augusto Corrêa, Pará (2018)



Mother
Fever in first
trimester

Female
Age 1 day
CP 31 cm

Serum
Collected
25 days after
delivery

Serum/CSF
Collected
25 days after
birth

OROV
results
IgM positive
HI positive
RT-qPCR
negative

OROV
results
IgM positive
HI positive
RT-qPCR
negative

Case 4
Feijó, Acre (2014)



Mother
Fever and
rash in
second
trimester

Female
Age 2 days
CP 30 cm

Serum
Collected
first day
after delivery

Serum/CSF
Collected
2 days after
birth

OROV
results
IgM positive
HI positive
RT-qPCR
negative

OROV
results
IgM positive
HI positive
RT-qPCR
negative

Case 5
Rio Branco, Acre (2024)



Mother
Fever and
rash in first
trimester

Female
Age 5 days
CP 28 cm

Serum
Collected
2 days after
delivery

Serum/CSF
Collected
5 days and
19 days
after birth

OROV
results
IgM positive
HI positive
RT-qPCR NT

OROV
results
IgM positive
HI positive
RT-qPCR
negative

Case 6*
Sena Madureira, Acre
(2024)



Mother
Fever and
rash in first
trimester

Male
Age 1 day
CP 26 cm

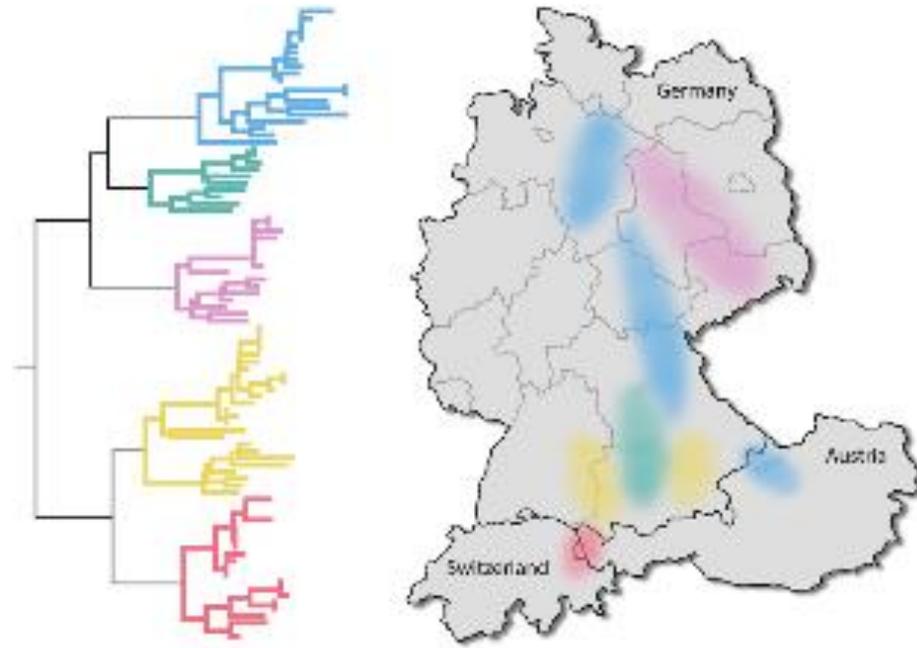
Serum
Collected
1 day after
delivery

Serum/
CSF/tissue
Collected
1 and
47 days
after birth

OROV
results
IgM
positive
HI positive
RT-qPCR NT

OROV
results
IgM positive
HI positive
RT-qPCR
positive

- Posible transmisión vertical
- Vigilancia en las zonas endémicas

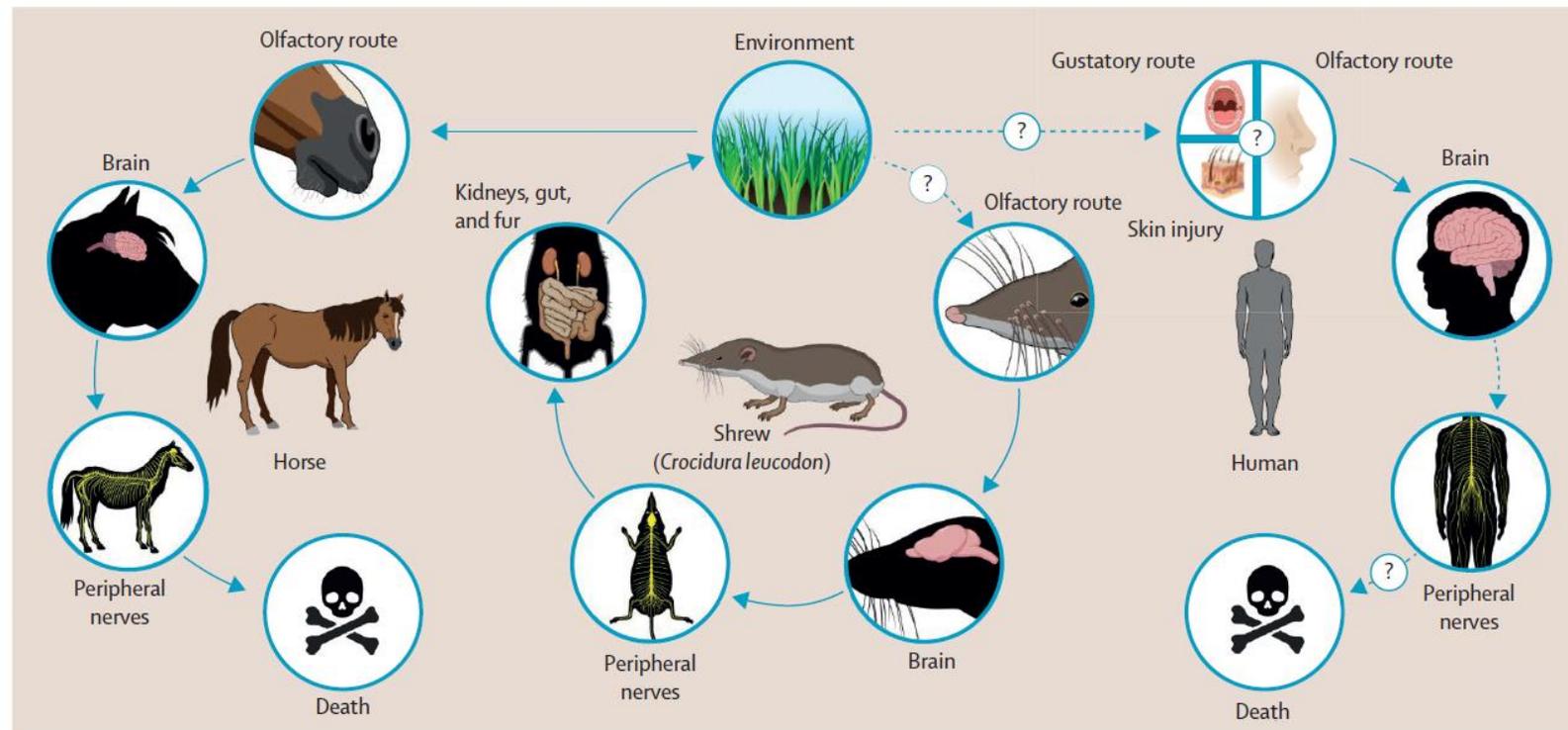


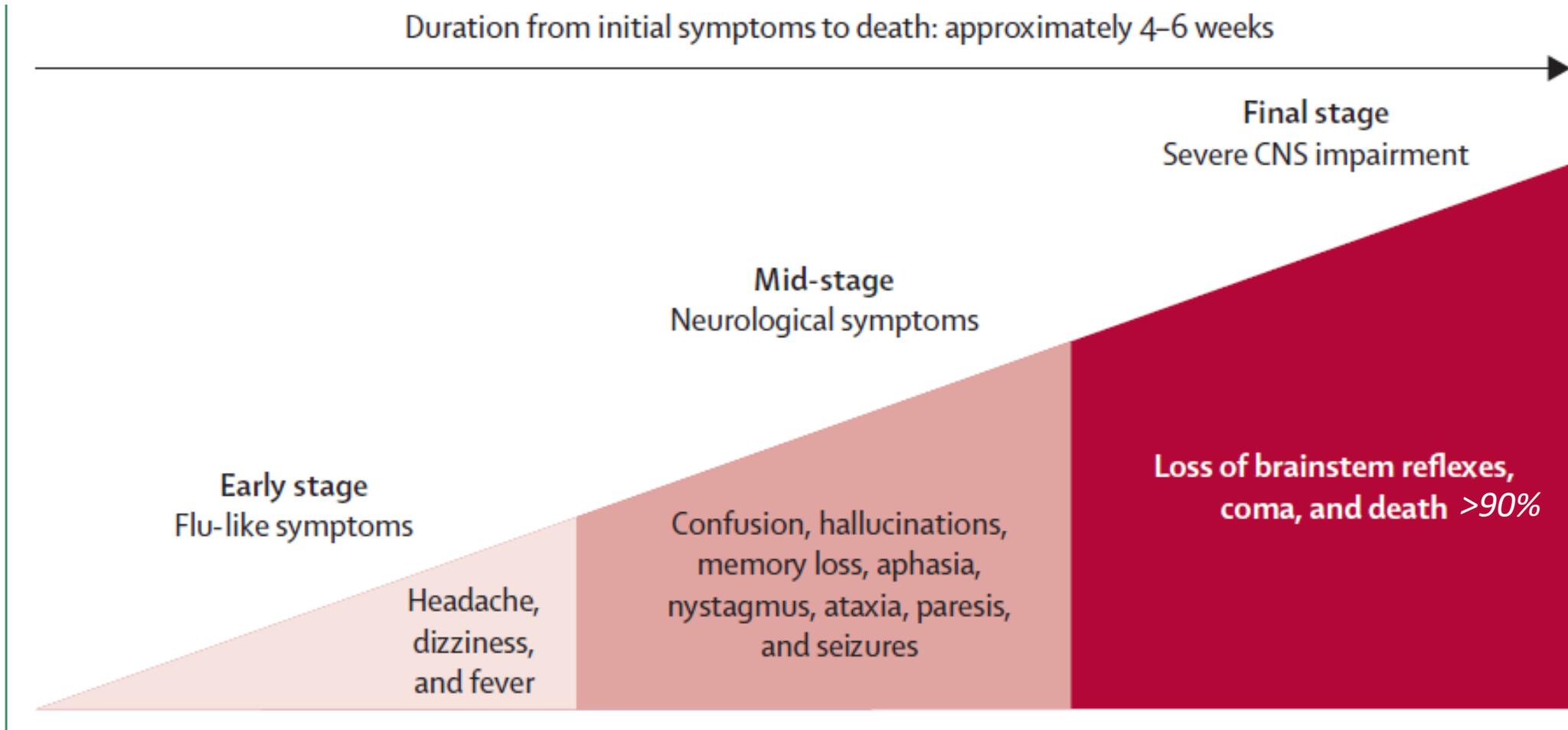
Virus Borna

Neuropathology, pathomechanism, and transmission in zoonotic Borna disease virus 1 infection: a systematic review

Nicola Jungbäck, Yannik Vollmuth, Tatiana Mögele, Przemyslaw Grochowski, Jürgen Schlegel, Tina Schaller, Bruno Märkl, Christiane Herden, Kaspar Matiasek, Dennis Tappe*, Friederike Liesche-Starnecker*

- Virus neurotrópico identificado en 2018: **40 casos**
- Reservorio: musaraña bicolor (crocidura leucodon)
- Transmisión olfatoria (hipocampo y s. límbico, diseminación axonal) y contaminación ambiental.





Afectación de hipocampo, corteza cerebral, tálamo y mesencéfalo. Se identifica en glía, astrocitos y microglía

¿Utilidad clínica del favipiravir?

Ha demostrado actividad in vitro y sinergia con vacuna en tratamiento Rabia.

Análisis de 21 casos Alemania (1996-2022)

2 monoterapia

3 combinación con ribavirina

1 combinación con ribavirina + remdesivir

Todos los pacientes fallecieron

Análisis de 1 caso Alemania 2020

Monoterapia

El paciente falleció

Análisis de 1 caso Alemania 2021

Combinación con ribavirina

El paciente falleció

- Ventana terapéutica estrecha
- Diagnóstico tardío por baja sensibilidad de test dx

Schneemann A, Schneider A, Zimmermann R, et al. Long-term outcomes of Borna Disease Virus 1 encephalitis in Germany (1996–2022): clinical management and antiviral strategies. *Front Neurol.* 2023;14:1305748. doi:[10.3389/fneur.2023.1305748](https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1305748).

[2] Mayer D, Pfeffer M, Cadar D, et al. Case Report: Favipiravir in a 77-year-old woman with fatal Borna Disease Virus 1 encephalitis. *Front Neurol.* 2021;12:136574. doi:[10.3389/fneur.2023.1305748](https://doi.org/10.3389/fneur.2023.1305748)

[3] Dürrwald R, Kolodziejek J, Weissenböck H, et al. Fatal Borna Disease Virus 1 encephalitis in a 6-year-old child treated with favipiravir and ribavirin. *Clin Infect Dis.* 2022;75(5):908–915. doi:[10.1093/cid/ciac506](https://doi.org/10.1093/cid/ciac506)

Conclusiones

1. En un mundo globalizado, las infecciones virales emergentes son un problema de salud pública internacional
2. Factores como el **cambio climático**, la **urbanización/deforestación**, la **movilidad humana** y la **pérdida de biodiversidad** facilitan la emergencia o reemergencia de virus en las mismas o nuevas regiones
3. La **falta de inmunidad poblacional** y la ausencia de **vacunas específicas** aumentan el riesgo de epidemias con alta morbilidad
4. La sospecha clínica y la vigilancia epidemiológica son clave para la **detección temprana**, el **control de vectores** y el **desarrollo de estrategias preventivas**.

a n t i b i o g r a m a s

Caso clínico



Mujer 95 años

- ICC
- Bronquiectasias



Enfermedad actual

- Disnea
- Palpitaciones



Pruebas complementarias

- FG 47
- Infiltrado bilateral

HEMOCULTIVOS / LCR / Líquidos

CULTIVO Sangre/Líquidos

Botella AEROBIA
Botella ANAEROBIA
COMENTARIO:

POSITIVO

Dos muestras de hemocultivo aerobio y anaerobio

POSITIVO

POSITIVO

NO se recomienda el tratamiento con
betalactámicos al tratarse de una cepa

de *S. aureus* portadora del gen *mecA/C*.

9 horas 43 min

Tiempo de Detección (horas)

Staphylococcus aureus

PCR BACTERIAS

PCR *Staphylococcus aureus*

POSITIVO

PCR gen *mecA/mecC* *S. aureus*

POSITIVO

INCIDENCIAS DEL REGISTRO

INCIDENCIA DETECTADA

CUMPLIMENTACIÓN DEL VOLANTE

.

No se especifica la vía de extracción

.

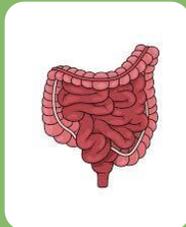
	<i>S.aureus</i>	<i>S.aureus</i>			
Ampicilina		<=0.25 S			
Amoxi/Clav.		<=4/2 S			
Oxacilina		<=0.25 S			
Clindamicina		<=0.25 S			
Amikacina		<=8 S			
Gentamicina		<=1 S			
Ciprofloxacina		>2 R			
Cotrimoxazol		<=2/38 S			
Linezolid		4 S			
Vancomicina		1 S			

Caso clínico



Mujer 89 años

- Colecistitis aguda hace 10 días (pip/taz).
- PTR. FA. HTA. DL



Enfermedad actual

- Diarrea



Pruebas complementarias

- FG 28
- Leucos 20 000



METRONIDAZOL
NO

Tipo de Muestra **HECES**

PANEL PATÓGENOS GASTROINTESTINA -

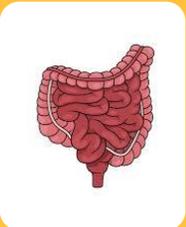
PCR Campylobacter (grupo)	Negativo
PCR C. difficile (Toxina A/B)	POSITIVO
PCR E. coli enterotoxigénico ETEC (LT/ST)	Negativo
PCR E. coli toxinas Shiga STEC (stx1/stx2)	Negativo
PCR Shigella/E. coli enteroinvasivo EIEC	Negativo
PCR Salmonella spp	Negativo
PCR Vibrio cholerae	Negativo
PCR Yersinia enterocolítica	Negativo
PCR Adenovirus F40/41	Negativo
PCR Astrovirus	Negativo
PCR Norovirus GI/GII	Negativo
PCR Rotavirus A	Negativo
PCR Sapovirus I/II/IV/V	Negativo
PCR Cryptosporidium (grupo)	Negativo
PCR Entamoeba histolytica	Negativo
PCR Giardia lamblia	Negativo

Caso clínico



Varón 95 años

- Demencia
- Cardiopatía isquémica



Enfermedad actual

- Dolor abdominal
- Estreñimiento



Pruebas complementarias

- FG 47, PCR 150, PCT 1
- TAC: dilatación delgado

Tipo de Muestra **ORINA**

UROCULTIVOS

UROCULTIVO

Recuento superior a 100.000 UFC/ml
POSITIVO

Enterococcus faecalis

	<i>E.faecalis</i>					
Penicilina	8	S				
Ampicilina	<=1	S				
Nitrofurantoina	<=32	S				
Levofloxacina	>4	R				
Fosfomicina	<=32	S				

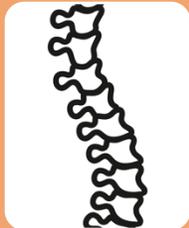
¿Urocultivo de control?

Caso clínico S = I (SENSIBLE dosis Incrementadas)



Hombre 62 años

- Espondiloartrosis
- HTA



Enfermedad actual

- Fractura L5 → osteosíntesis
- Exudado por herida quirúrgica



Pruebas complementarias

- FG 89, PCR 98

Tipo de Muestra **EXUDADO HERIDA QUIRURGICA**

ESTUDIO AEROBIOS

CULTIVO (exudados)

POSITIVO

ESTUDIO ANAEROBIOS

CULTIVO ANAEROBIOS (exudados)

Negativo

COMENTARIO AISLAMIENTO

Categorías EUCAST

S: Sensible, régimen estándar

I: Sensible, exposición aumentada al antibiótico (por aumento de dosis, frecuencia o cambio en el modo de administración)

R: Resistente

Pseudomonas aeruginosa

	<i>P.aeruginosa</i>				
Piper/Tazobactam	<=8	I			
Ceftazidima	2	I			
Cefepime	4	I			
Imipenem	<=1	I			
Amikacina	<=8	S			
Tobramicina	<=2	S			
Ciprofloxacina	<=0.5	I			
Levofloxacina	<=1	I			
Cotrimoxazol	>4/76	R			

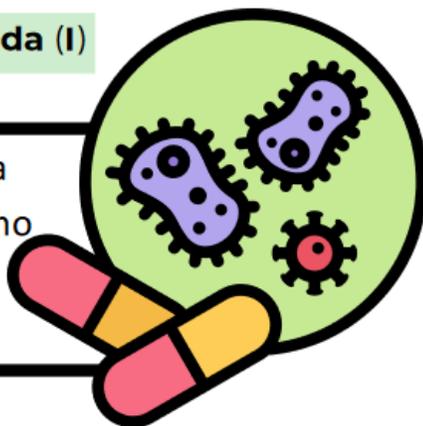
DOSIS DE LOS ANTIBIÓTICOS MÁS FRECUENTEMENTE USADOS EN ADULTOS

Actualización 2024 de la Tabla **EUCAST** (v. 14.0)

Pauta **estándar (S)** y pauta de exposición **incrementada (I)**



Recuerda: "I" en el antibiograma ya NO significa sensibilidad intermedia, significa microorganismo **SENSIBLE** usando exposición **INCREMENTADA** (con = CMI antes se informaba S, es decir, no son + resistentes ahora)



Penicilinas	Pauta estándar (S)	Pauta incrementada (I)	ITU no complicada	Situaciones especiales
Benzilpenicilina	600 mg (1 MU) /6h IV	1200 mg (2 MU) /6h-6 IV		Meningitis po <i>S. pneumoniae</i> : 2400 mg (4 MU) /4h IV (aislados con CMI ≤0.06 mg/).
Ampicilina	2 g /8h IV	2 g /6h IV		Meningitis: 2 g /4h IV
Amoxicilina IV	1 g /8h-6h IV	2 g /4h IV		Meningitis: 2 g /4h IV
Amoxicilina VO	500mg /8h VO	750mg-1g /8h VO	500mg /8h VO	
Amoxicilina-acido clavulánico IV	(1 g Amoxicilina + 200mg acido clavulánico) /8h IV	(2 g Amoxicilina + 200mg acido clavulánico) /8h IV		
Amoxicilina-acido clavulánico VO	(500mg Amoxicilina + 125mg acido clavulánico) /8h VO	(875mg Amoxicilina + 125mg acido clavulánico) /8h VO	(500mg Amoxicilina + 125mg acido clavulánico) /8h VO	
Piperacilina-tazobactam	(4 g Piperacilina + 500mg tazobactam) /8h IV en perfusión extendida de 4 horas	(4 g Piperacilina + 500mg tazobactam) /6h IV en perfusión extendida de 3 horas		
Temocilina	2 g /12h IV	2 g /8h IV		
Cloxacilina	1g /6h IV (500mg /6h VO pero malísima biodisponibilidad, mejor evitar VO)	La dosis depende de la indicación		Meningitis: 2 g /4h IV

https://gruposdetrabajo.sefh.es/infografias/backend/pdfs/tabla_eucast_2024.pdf



Caso clínico

Mujer 72 años

- HTA. ICC
- ERC 3ª. Dapaglifozina

Enfermedad actual

- Disuria desde hace 24 h

Pruebas complementarias

- FG 33



Tipo de Muestra **ORINA**

UROCULTIVOS

UROCULTIVO

COMENTARIO DEL AISLAMIENTO

Escherichia coli

Recuento superior a 100.000 UFC/ml
POSITIVO

COMO CONSECUENCIA DE LA CMI DEL
AC.NALIDÍXICO, NO SE RECOMIENDA
TRATAMIENTO CON QUINOLONAS POR RIESGO
DE SELECCIONAR CEPAS RESISTENTES

	<i>E.coli</i>				
Ampicilina	>8	R			
Amoxi/Clav.	<=8	S			
Cefuroxima	8	S			
Gentamicina	<=2	S			
Nitrofurantoina	<=32	S			
A. Nalidixico	>16	R			
Ciprofloxacina	<=0.25	S			
Cotrimoxazol	<=2/38	S			
Fosfomicina	<=32	S			
Colistina	<=2	S			