BOLETÍN

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

DEL 1 DE OCTUBRE AL 31 DE NOVIEMBRE DE 2025

NP-ES-ID-WCNT-250002 (v1) 12/2025

Esta selección de artículos de Patología Infecciosa que han sido publicados durante los meses de octubre y noviembre de 2025 se ha hecho sobre trabajos que lleven la raíz Infectio* en el Título o Abstract, el limitante del periodo de evaluación (octubre 1 al 31 de noviembre de 2025) y los selectores "Randomized Controlled Trials", " Meta-Analysis" o "Practice Guidelines". También se ha buscado sistemáticamente en algunas de las revistas médicas de primer nivel sin los condicionantes anteriores. Se han seleccionado distintas publicaciones que a mi juicio están entre las más interesantes de cada mes.

Nota: En el mes de octubre las bases de datos bibliográficas norteamericanas dependientes de presupuestos Federales han podido sufrir retrasos en su actualización debido a la crisis de fondos gubernamentales que han condicionado la inactividad de algunos empleados públicos.

PRUDENTI
DILIGENTIQUE
ANIMO

BASTAN 7 DÍAS DE TRATAMIENTO EN LA SEPSIS NEONATAL MICROBIOLÓGICAMENTE DOCUMENTADA

No existe una guía definitiva sobre la duración del tratamiento antibiótico para la sepsis neonatal. La hipótesis de los autores de este trabajo fue que un tratamiento antibiótico de 7 días no es inferior a uno de 14 días para tratar la sepsis confirmada mediante cultivo.

Los autores de este estudio llevaron a cabo un ensayo aleatorizado, controlado y de no inferioridad con evaluación de resultados enmascarada en ocho centros de un país de ingresos bajos y medios.

Los neonatos con un peso al nacer (PN) ≥ 1000 g y sepsis confirmada mediante hemocultivo fueron aleatorizados el día 7 del tratamiento antibiótico sensible, siempre que la sepsis hubiera remitido clínicamente.

Excluyeron casos de sepsis por Staphylococcus aureus o fúngica, e infecciones que requieran antibióticos prolongados. Se planificó la inclusión de 350 pacientes por grupo, suponiendo una tasa del 10 % de resultado primario, un margen de no inferioridad del +7 %, un alfa unilateral del 5 %, una potencia del 90 % y una pérdida durante el seguimiento del 10 %.

Se aleatorizaron a los pacientes a recibir 7 frente a 14 días de tratamiento.

Se valoró la recaída primaria (definitiva o probable) en los 21 días posteriores a la finalización del tratamiento antibiótico. Los parámetros secundarios a evaluar fueron la combinación de mortalidad o sepsis definitiva/probable/secundaria y la duración de la hospitalización. Se planificó un análisis intermedio (por protocolo (PP)).

Se reclutaron 126 y 135 sujetos en los grupos de 7 y 14 días, respectivamente, con un peso medio (DE) al nacer (PN) de 2250,9 (741,1) y 2187,8 (718,8) g. El ensayo se interrumpió prematuramente, basándose en el análisis provisional PP. Dos de 125 y seis de 130 sujetos presentaron el resultado primario en los grupos de 7 y 14 días, respectivamente (diferencia de riesgos [DR] = -3,0 % [IC del 99,5 %: -9,2 % a +3,1 %], por debajo del margen de no inferioridad). El resultado secundario compuesto también favoreció al régimen de 7 días (RD: -3,7 % (IC del 99,5 %: -12,4 % a +5,1 %)). La duración de la hospitalización fue más corta en el grupo de 7 días (diferencia mediana: -4 días (IC del 95 %: -5 a -3)).

(1).- Dutta S, Nangia S, Jajoo M, Sundaram M, Kumar M, Shivanna N, et al. Seven-day versus 14-day antibiotic course for culture-proven neonatal sepsis: a multicentre randomised non-inferiority trial in a low and middle-income country. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2025;110(6):586-94.

CONCLUSIONES:

Un tratamiento antibiótico de 7 días puede ser no inferior a uno de 14 días para la sepsis neonatal bacteriana no complicada del neonato.

RECOMENDACIONES SOBRE DEFINICIONES DE BACTERIEMIA Y BACTERIEMIA RELACIONADA CON EL CATÉTER de la European Blood and Marrow Transplantation Society Infectious Diseases

Este documento de posición está dirigido a los médicos y gestores de datos que participan en el diagnóstico, el tratamiento y la notificación de infecciones del torrente sanguíneo (BSI) y de infecciones relacionadas con catéteres venosos centrales (CVC) e infecciones locales de la piel y los tejidos blandos (LSSTI) relacionadas con CVC en receptores de trasplantes de células hematopoyéticas (HCT).

El panel revisó las directrices pertinentes sobre las definiciones de estas infecciones y su aplicabilidad a los receptores de HCT. Se formularon recomendaciones prácticas con el objetivo de establecer su notificación estandarizada teniendo en cuenta las características únicas de los receptores de HCT.

DEFINICIONES PRIMARIAS DE BSI: Un volumen sanguíneo adecuado es crucial para una muestra correcta. La BSI definitiva se define como un patógeno no comensal identificado por un cultivo positivo o una prueba no basada en cultivo, o dos hemocultivos positivos separados con patógenos comensales, acompañados de cualquier deterioro de los marcadores clínicos o inflamatorios. Un hemocultivo positivo con estreptococos del grupo viridans acompañado de un deterioro de los marcadores clínicos o inflamatorios se define como una BSI probable. Tras la confirmación de la validez, cada BSI primaria debe evaluarse para determinar si se trata de una BSI relacionada con el catéter y/o una BSI por lesión de la barrera mucosa; esta terminología no es exclusiva. El CVC se considera una fuente definitiva de BSI cuando el mismo patógeno crece a partir de los cultivos obtenidos de la punta/conector del CVC y la sangre periférica; confirmado por la prueba del tiempo diferencial hasta la positividad o criterios cuantitativos. La lesión de la barrera mucosa se considera una fuente cuando un patógeno intestinal crece en un paciente con un contexto clínico adecuado.

DEFINICIONES DE LSSTI RELACIONADAS CON EL CVC: Las LSSTI relacionadas con el CVC (por ejemplo, infección del sitio de salida, infección del túnel) deben definirse como clínicamente o microbiológicamente documentadas (o ambas).

DEFINICIÓN DE RECURRENCIA Y MORTALIDAD ATRIBUIBLE: La recaída debe diferenciarse de la reinfección al informar sobre la recurrencia. Proponen informar sobre la mortalidad a los 30 días después de la BSI. La mortalidad atribuible se define si la muerte se atribuye directamente a la BSI según la evaluación del médico tratante. La definición y notificación uniformes de los tipos de BSI mejorarán el análisis de sus tasas, los resultados relacionados y la eficacia de las medidas preventivas y de tratamiento.

(2).- Averbuch D, Mikulska M, Styczynski J, Bergeron A, Cesaro S, Greco R, et al. Defining bloodstream and central venous catheter-related infections in patients following haematopoietic cell transplantation: position paper of the European Blood and Marrow Transplantation Society Infectious Diseases Working Party and Practice Harmonization and Guidelines Committee. Clin Microbiol Infect. 2025;31(10):1667-76.

CONCLUSIONES:

Estas guías, a mi juicio, no introducen nuevos conceptos, pero refuerzan la aplicación de las definiciones de estas infecciones al mundo del trasplante de precursores hematopoyéticos. Su lectura es muy recomendable.

VAP-CARE: UN SISTEMA INTELIGENTE Y AUTOMATIZADO DE ASPIRAR SECRECIONES DEL TRACTO RESPIRATORIO PARA PREVENIR LA NEUMONIA DEL VENTILADO MECÁNICO

La neumonía asociada al ventilador (VAP) es un problema importante en las unidades de cuidados intensivos (UCI), ya que afecta al 7-32 % de los pacientes con ventilación mecánica, lo que se traduce en una mayor morbilidad y mortalidad y en estancias hospitalarias más prolongadas. La prevención de la VAP implica un control meticuloso de las secreciones y la higiene bucal, pero en entornos con pocos recursos, la VAP sigue siendo frecuente debido a la ausencia de protocolos estandarizados de cuidado bucal. Este estudio aleatorizado evaluó la eficacia y la seguridad de un dispositivo automatizado de control de secreciones llamado “VapCare” para reducir las microaspiraciones y mejorar los resultados clínicos en pacientes ventilados.

Se llevó a cabo un ensayo aleatorio, abierto y en un solo centro, en el que participaron pacientes adultos en cuidados neurocríticos que requerían ventilación mecánica durante 48 horas o más, excluyendo a los pacientes traqueostomizados y a los pacientes con trastornos hemorrágicos, vías respiratorias difíciles o neumonía preexistente.

Los participantes fueron asignados aleatoriamente a un grupo de control, que recibió cuidados estándar de la UCI con succión orofaríngea manual, o a un grupo de estudio, que recibió el tratamiento con VapCare. Comparamos las puntuaciones de la ecografía pulmonar (LUS), las puntuaciones clínicas de infección pulmonar (CPIS), los volúmenes de secreción, los cultivos traqueales y los resultados de las radiografías de tórax desde el día 1 hasta el día 5.

El grupo VapCare mostró un aumento más lento de la LUS y la CPIS en comparación con el grupo de control. La mediana de CPIS aumentó de 1 el primer día a 5 el quinto día en el grupo de control, frente a 1 el primer día a 3 el quinto día en el grupo VapCare ($p < 0,001$). La mediana del LUS aumentó de 0 el primer día a 6 el quinto en el grupo de control, mientras que el cambio fue más moderado en el grupo VapCare (0 el primer día a 4 [IQR 2-6] el quinto día [$p < 0,001$]). Además, las puntuaciones de las radiografías de tórax fueron más bajas en el grupo VapCare ($p = 0,028$). El crecimiento microbiano en el cultivo traqueal y la mortalidad fueron similares en ambos grupos, pero la duración de la estancia en la UCI fue significativamente más corta en el grupo VapCare ($p = 0,004$). Un paciente del grupo VapCare sufrió erosiones en la mucosa labial debido a la boquilla VapCare.

(3).- Varnitha MS, Murlidhara P, Sharma A, Sudhir V, Naik SS, Chakrabarti D. Safety and Efficacy of a Novel Automated Intelligent Suction Device (VapCare) Among Mechanically Ventilated Neurocritical Care Patients: A Prospective Randomized Trial. Neurocrit Care. 2025;43(2):551-62.

CONCLUSIONES:

El dispositivo VapCare, un sistema que automáticamente aspira secreciones subglóticas, retrofaríngeas y bucales, reduce eficazmente la microaspiración y mitiga los cambios pulmonares, lo que demuestra su potencial para reducir la carga de la microaspiración y la succión en pacientes ventilados.

EL TRASPLANTE DE MATERIA FECAL REQUIERE MICROORGANISMOS VIABLES

El trasplante de microbiota fecal (TMF) es muy eficaz para prevenir la infección recurrente por Clostridioides difficile. Sin embargo, se desconoce si los microbios vivos son necesarios para mediar la eficacia del TMF o vale el material esterilizado. El objetivo de este estudio fue determinar si el filtrado fecal liofilizado y esterilizado (LSFF), libre de bacterias vivas, fue “no inferior” al realizado con heces liofilizadas y no esterilizadas de donantes (LFMT) en cuanto a eficacia.

Se llevó a cabo un ensayo multicéntrico, aleatorizado, doble ciego y de no inferioridad en cuatro centros académicos de Canadá. Los pacientes elegibles eran adultos de 18 años o más con infección recurrente por C. difficile (al menos dos recurrencias). Los pacientes elegibles fueron asignados aleatoriamente (1:1) para recibir LSFF oral o LFMT. Cada dosis de tratamiento consistía en 15 cápsulas que parecían idénticas. Los participantes y los investigadores desconocían la asignación del tratamiento. El resultado principal fue la proporción de participantes sin infección recurrente por C. difficile (ausencia de más de tres deposiciones de tipo Bristol 6 o 7 por cada 24 horas que persistan durante más de 2 días consecutivos) a las 8 semanas. El análisis se realizó en la población por protocolo, en la que se excluyó a los participantes con estado de resultado desconocido a las 8 semanas debido a fallecimiento o pérdida de seguimiento.

Se estableció la no inferioridad si el límite inferior del IC unilateral del 95 % para la diferencia en las proporciones de participantes sin C. difficile recurrente entre los grupos LSFF y LFMT estaba por encima del margen de no inferioridad del -10 %.

Entre el 27 de marzo de 2019 y el 6 de noviembre de 2023, se evaluó la elegibilidad de 409 pacientes. Se excluyó a 271 y los 138 restantes fueron enrolados y asignados aleatoriamente para recibir LSFF (n = 72) o LFMT (n = 66). La edad media de los participantes era de 61,2 años (DE 18,6); 91 (66 %) de los que 138 pacientes eran mujeres y 47 (34 %) hombres.

Un total de 127 participantes (92 %) eran blancos y 130 (94 %) de los 138 participantes completaron el ensayo.

En el análisis provisional previsto, 47 (65 %) de los 72 participantes del grupo LSFF y 57 (88 %) de los 65 participantes del grupo LFMT no presentaron recurrencia de C. difficile a las 8 semanas (diferencia -23 %, IC unilateral del 95 %: -33,8 % a infinito; p = 0,96). Dado el margen de no inferioridad preespecificado del -10 %, no se pudo establecer la no inferioridad de LSFF respecto a LFMT y el estudio se interrumpió por recomendación del comité de supervisión de la seguridad de los datos. Entre los acontecimientos adversos graves se incluyeron una muerte (grupo LFMT) y cinco hospitalizaciones (cuatro no relacionadas, una posiblemente relacionada con las intervenciones [grupo LSFF]). Un acontecimiento se produjo antes del tratamiento y todos los demás entre 2 y 20 semanas después de la intervención del estudio. Los eventos adversos más comunes fueron malestar abdominal (48 [67 %] de 72 pacientes en el grupo LSFF y 36 [55 %] de 66 pacientes en el grupo LFMT) y náuseas (13 [18 %] en el grupo LSFF y 21 [32 %] en el grupo LFMT).

(4).- Kao D, Wong K, Lee C, Steiner T, Franz R, McDougall C, et al. Effects of lyophilised faecal filtrate compared with lyophilised donor stool on Clostridioides difficile recurrence: a multicentre, randomised, double-blinded, non-inferiority trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2025;10(11):986-97.

CONCLUSIONES:

Entre los adultos con infección recurrente por C. difficile, no se estableció la no inferioridad de filtrado fecal esterilizado frente a LFMT para la prevención de la infección recurrente por C. difficile durante 8 semanas, lo que respalda el papel crucial de los microbios vivos en la mediación de la eficacia clínica.

INFECCIONES HUMANAS POR VIRUS DE LA GRIPE AVIAR

Entre marzo de 2024 y octubre de 2024, se detectaron 46 casos humanos de gripe aviar altamente patógena (HPAI) A(H5N1) en los Estados Unidos. La propagación panzoótica persistente de los virus HPAI A(H5N1) y la detección continua de casos humanos representan una amenaza constante para la salud pública. En este estudio, entre noviembre de 2024 y mayo de 2025, se han notificado 24 casos adicionales, lo que eleva el total de casos humanos de HPAI A(H5N1) a 70: 41 estuvieron expuestos a vacas lecheras, 24 a aves de corral comerciales, dos a aves de corral domésticas y tres tuvieron una fuente de exposición no identificada. Todos los virus secuenciados pertenecían al clado 2.3.4.4b. En general, 62 casos (89 %) notificaron enrojecimiento ocular, 32 (46 %) fiebre y 29 (41 %) síntomas respiratorios; 54 de los 67 casos (81 %) notificaron haber recibido tratamiento antiviral.

La mayoría de las enfermedades fueron leves; sin embargo, cuatro pacientes fueron hospitalizados. De los pacientes hospitalizados, tres tenían neumonía y uno falleció.

No se detectó transmisión entre humanos. La exposición ocupacional a animales infectados fue un factor de riesgo para la infección por el virus HPAI A(H5N1) y el riesgo para la población general sigue siendo bajo; sin embargo, los dos casos expuestos a aves de corral infectadas y los tres casos con exposiciones no identificadas ponen de relieve que se justifica una vigilancia continua.

(5).- Rolfes MA, Kniss K, Kirby MK, Garg S, Reinhart K, Davis CT, et al. Human infections with highly pathogenic avian influenza A(H5N1) viruses in the United States from March 2024 to May 2025. Nat Med. 2025;31(11):3889-98.

CONCLUSIONES:

Creemos útil esta información en el momento actual, aunque la experiencia no provenga de países europeos.

MANEJO DE LA ALERGIA A ANTIBIÓTICOS

Los pacientes “etiquetados” de Alergia a Antibióticos (AaA), especialmente a ß-lactámicos alcanza cifras muy elevadas. En países de primer nivel de desarrollo, hasta un 11,5% de los enfermos se declaran alérgicos a penicilina y dichas proporciones pueden alcanzar el 35% en pacientes especiales como los hematológicos o los trasplantados. Sin embargo, más del 90% de esos diagnósticos son incorrectos (falsas etiquetas) lo que causa serios problemas a pacientes, facultativos y administradores. En estos enfermos se usan peor los antibióticos, y existe una mayor prevalencia de infecciones por Clostridioides difficile y por microorganismos multi-resistentes (MDR). Acometer el problema de eliminar esos erróneos diagnósticos es un tema del máximo interés que revisa concienzudamente el presente trabajo. Esta tarea concierne no solamente a los alergólogos si no a todos los médicos y muy especialmente a los infectólogos.

Hoy existen protocolos que permiten en pacientes de bajo riesgo, en la consulta o a pie de cama, sin pruebas específicas, descartar la falsa alergia con protocolos como PEN-FAST, CEPH-FAST y SULF-FAST. Esta aproximación permite a médicos no alergólogos excluir ese riesgo y prescribir fármacos orales inmediatamente (Direct Oral Challenge-DOC), sin prueba complementaria alguna y con un riesgo de reacción alérgica menor de un 5%.

En enfermos de alto riesgo hay algunas pruebas rápidas en desarrollo en la actualidad que permitirán excluir la AaA con rapidez. Se consideran de alto riesgo aquellos pacientes con historia de episodios supuestamente alérgicos que se acompañaron de esosinofilia, síndrome de Stevens Johnson o necrolísis epidérmica tóxica.

En el terreno de la alergia a ß-lactámicos hemos pasado de una idea de reacciones universales frente a todos los antibióticos que comparten el anillo ß-lactámico a entender que la reactividad cruzada ocurre sólo en fármacos que tienen las mismas cadenas laterales en R1.

En la actualidad se han formado grupos de trabajo multidisciplinar para afrontar este problema cuya mecánica se revisa concienzudamente en esta revisión.
Un ejemplo es el Score PEN-FAST que otorga un máximo de 5 puntos que se distribuyen así: Tener historia de una posible reacción alérgica a Penicilinas en los últimos 5 años (2 puntos), tener anafilaxia, angioedema o una historia de reacciones adversas en la piel graves (2 puntos), haber requerido tratamiento específico para ello o no recordarlo (1 punto). En todo paciente con menos de 3 puntos puede procederse a una prueba con un ß-lactámico oral con menos de un 4% de riesgo de tener reacciones adversas. El mismo "score" se ha aplicado con éxito a la alergia a cefalosporinas y a sulfamidas .
Hoy la alergia cruzada entre ß-lactámicos distintos se considera próxima al 1% y no en cifras del 10% o superiores como antaño.

Por ejemplo, es muy poco común la alergia cruzada entre penicilinas y cefalosporinas y la de cualquier cefalosporina con cefazolina. Las resistencias cruzadas entre penicilinas o cefalosporinas y carbapenémicos o monobactámicos es extraordinariamente rara.

(6).- Mitri EA, Reynolds GK, Copaescu AM, Cox F, Waldron JL, Peter JG, et al. Executive Summary: State-of-the-Art Review: Antibiotic Allergy-A Multidisciplinary Approach to Delabeling. Clin Infect Dis. 2025;81(4):693-4.

(7).- Mitri EA, Reynolds GK, Copaescu AM, Cox F, Waldron JL, Peter JG, et al. State-of-the-Art Review: Antibiotic Allergy-A Multidisciplinary Approach to Delabeling. Clin Infect Dis. 2025;81(4):e74-e92

CONCLUSIONES:

La aproximación a situaciones llamadas de "alto riesgo" no es sin embargo tan sencilla y deben ser coordinadas por especialistas en alergia a fármacos. La desensibilización en algunas de esas circunstancias es hoy una herramienta de uso común y la creación de grupos de trabajo para "des-etiquetar" a una gran población de supuestos alérgicos a antibióticos es un área de trabajo multidisciplinar de máximo interés.

ASPERGILOSIS PULMONAR CRÓNICA TRAS TUBERCULOSIS PULMONAR: META-ANÁLISIS

La tuberculosis (TB) es un importante problema de salud mundial, con complicaciones a largo plazo que persisten incluso después de un tratamiento exitoso.

La aspergilosis pulmonar crónica (APC) es una enfermedad fúngica progresiva que se desarrolla con frecuencia en los supervivientes de la TB, lo que contribuye a la enfermedad pulmonar post-TB. La verdadera carga de la APC entre los pacientes con TB sigue sin estar clara debido a las dificultades diagnósticas y a la escasez de datos. El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de la APC entre los pacientes con TB previa o concurrente.

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en PubMed, Cochrane Library, Web of Science y Science Direct hasta el 10 de enero de 2025. Los estudios de cohortes y transversales elegibles informaron de la prevalencia de la APC en pacientes diagnosticados de TB basándose en los síntomas clínicos, las anomalías radiográficas y las pruebas microbiológicas. Tres revisores seleccionaron 1.575 estudios únicos, evaluaron 118 textos completos e incluyeron 22 estudios (2.884 pacientes). Realizaron un meta-análisis utilizando un modelo de efectos aleatorios para estimar la prevalencia combinada de CPA, con análisis de subgrupos y meta-regresión para explorar los factores que influyen en la carga de APC.

La prevalencia de APC varió según el momento de la evaluación y el estado de los síntomas. Entre todos los pacientes con TB, la prevalencia fue del 9 % (intervalo de confianza [IC] del 95 %: 6 %-12 %) durante el tratamiento y del 13 % (IC del 95 %: 6 %-27 %) después del tratamiento. Entre los pacientes con síntomas respiratorios persistentes, la prevalencia de APC fue del 20 % durante el tratamiento y del 48 % (IC del 95 %: 36 %-61 %) después del tratamiento. La meta-regresión identificó el estado de los síntomas y el momento de la evaluación de la CPA como predictores significativos de la prevalencia de APC.

(8).- Madden AE, Ofori SK, Budu M, Sisay E, Dooley B, Murray MB. A Systematic Review of Chronic Pulmonary Aspergillosis Among Patients Treated for Pulmonary Tuberculosis. Clin Infect Dis. 2025;81(4):e163-e71.

CONCLUSIONES:

La elevada carga de Aspergilosis Pulmonar Crónica entre los supervivientes de la tuberculosis pulmonar, en particular aquellos con síntomas persistentes, subraya la necesidad de realizar pruebas de detección rutinarias de la APC en los programas de tuberculosis. La detección precoz y las intervenciones específicas podrían reducir las complicaciones respiratorias y mejorar los resultados de los pacientes.

RESURGIMIENTO DE INFECCIONES POR Mycoplasma pneumoniae TRAS LA COVID

Tras un descenso durante la pandemia de COVID-19, las infecciones por Mycoplasma pneumoniae resurgieron en varios países. El objetivo de los autores de este trabajo fue caracterizar la presentación clínica de los pacientes pediátricos ingresados en el hospital por M. pneumoniae durante 2023 y 2024 en Francia.

Los autores realizaron un estudio observacional multicéntrico, retrospectivo y prospectivo a nivel nacional en 37 hospitales pediátricos franceses (septiembre de 2023-septiembre de 2024). Se incluyeron niños menores de 18 años que fueron hospitalizados con infección por M. pneumoniae confirmada por laboratorio (PCR o serología). Se describieron y analizaron los datos demográficos (excluyendo la raza), las características clínicas, los hallazgos de laboratorio y radiológicos, el tratamiento y los resultados. Se utilizó la regresión logística para identificar los factores asociados con el ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

Se incluyeron 969 niños y adolescentes con infección por M pneumoniae (7,3 años [DE 4,5], 426 [44 %] de los 966 pacientes eran niñas y 540 [56 %] de los 966 eran niños). En total 936 (97 %) de todos los pacientes tuvieron una PCR positiva para M pneumoniae. Se diagnosticó neumonía en 628 (87 %) de los 726 pacientes con afección respiratoria, y se notificaron manifestaciones cutáneas en 132 (14 %) de los 969 pacientes, incluidos 56 (42 %) de los 132 que presentaban eritema multiforme. En total, 57 (6 %) de los 969 pacientes requirieron ingreso en la UCIP y cuatro (<1 %) fallecieron. Los factores significativamente asociados con el ingreso en la UCIP incluyeron ser mayor de 11 años, tener asma, tener otras afecciones subyacentes y eritema multiforme.

(9).- Chosidow A, Maakaroun-Vermesse Z, Ok V, Delecroix C, Le Roux P, Dommergues MA, et al. Post-COVID-19 resurgence of Mycoplasma pneumoniae infections in French children (ORIGAMI): a retrospective and prospective multicentre cohort study. Lancet Infect Dis. 2025;Nov 19.

CONCLUSIONES:

La epidemia de M pneumoniae de 2023-2024 en Francia provocó una carga considerable de hospitalizaciones pediátricas. Aunque los casos graves fueron poco frecuentes, los niños mayores de 11 años, los que padecían asma, otras comorbilidades y eritema multiforme tenían un mayor riesgo de ingreso en la UCI pediátrica. Se justifica una vigilancia continua y estrategias de gestión específicas para futuras epidemias.

REFERENCIAS:

1. Dutta S, Nangia S, Jajoo M, Sundaram M, Kumar M, Shivanna N, et al. Seven-day versus 14-day antibiotic course for culture-proven neonatal sepsis: a multicentre randomised non-inferiority trial in a low and middle-income country. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2025;110(6):586-94.
2. Averbuch D, Mikulska M, Styczynski J, Bergeron A, Cesaro S, Greco R, et al. Defining bloodstream and central venous catheter-related infections in patients following haematopoietic cell transplantation: position paper of the European Blood and Marrow Transplantation Society Infectious Diseases Working Party and Practice Harmonization and Guidelines Committee. Clin Microbiol Infect. 2025;31(10):1667-76.
3. Varnitha MS, Murlidhara P, Sharma A, Sudhir V, Naik SS, Chakrabarti D. Safety and Efficacy of a Novel Automated Intelligent Suction Device (VapCare) Among Mechanically Ventilated Neurocritical Care Patients: A Prospective Randomized Trial. Neurocrit Care. 2025;43(2):551-62.
4. Kao D, Wong K, Lee C, Steiner T, Franz R, McDougall C, et al. Effects of lyophilised faecal filtrate compared with lyophilised donor stool on Clostridioides difficile recurrence: a multicentre, randomised, double-blinded, non-inferiority trial. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2025;10(11):986-97.
5. Rolfes MA, Kniss K, Kirby MK, Garg S, Reinhart K, Davis CT, et al. Human infections with highly pathogenic avian influenza A(H5N1) viruses in the United States from March 2024 to May 2025. Nat Med. 2025;31(11):3889-98.
6. Mitri EA, Reynolds GK, Copaescu AM, Cox F, Waldron JL, Peter JG, et al. Executive Summary: State-of-the-Art Review: Antibiotic Allergy-A Multidisciplinary Approach to Delabeling. Clin Infect Dis. 2025;81(4):693-4.
7. Mitri EA, Reynolds GK, Copaescu AM, Cox F, Waldron JL, Peter JG, et al. State-of-the-Art Review: Antibiotic Allergy-A Multidisciplinary Approach to Delabeling. Clin Infect Dis. 2025;81(4):e74-e92.
8. Madden AE, Ofori SK, Budu M, Sisay E, Dooley B, Murray MB. A Systematic Review of Chronic Pulmonary Aspergillosis Among Patients Treated for Pulmonary Tuberculosis. Clin Infect Dis. 2025;81(4):e163-e71.
9. Chosidow A, Maakaroun-Vermesse Z, Ok V, Delecroix C, Le Roux P, Dommergues MA, et al. Post-COVID-19 resurgence of Mycoplasma pneumoniae infections in French children (ORIGAMI): a retrospective and prospective multicentre cohort study. Lancet Infect Dis. 2025. Nov 19.