

Bibliografía enero 2025

Top ten

- [Calendario de vacunaciones e inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2025](#). An Pediatr (Barc). 2025;102:503713.

El Calendario de Vacunaciones e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría (AEP) 2025 recomendado para niños, adolescentes y embarazadas residentes en España, presenta las siguientes novedades:

Debido al aumento de casos y brotes de sarampión en los últimos años, recomendamos adelantar la segunda dosis de triple vírica (SRP) a los dos años de edad.

Como consecuencia de lo anterior, debido a que muchas comunidades autónomas usan tetravírica para las segundas dosis de SRP y varicela, recomendamos, para todas las comunidades autónomas (CC.AA.), adelantar la segunda dosis de vacuna frente a varicela a los dos años.

Debido al muy importante aumento de casos de tosferina desde finales del 2023 y especialmente en 2024, recomendamos adelantar la dosis de difteria, tétanos y tosferina (Tdpa) en la adolescencia a los 10-12 años.

Para completar la protección frente a los meningococos en la adolescencia, recomendamos la vacunación frente al meningococo B (MenB) a los 12 años.

Consideramos que la vacunación frente a la gripe debe ser sistemática hasta los 18 años, pero dadas las decepcionantes coberturas en los niños entre 6-59 meses, creemos prioritario actualmente aumentar dichas coberturas, y una vez conseguido este objetivo, ampliar la vacunación a niños y adolescentes entre 5-18 años.

Se mantienen respecto al calendario 2024, entre otras, las tablas de inmunización sistemática para personas sanas y la de grupos de riesgo, el uso de las nuevas vacunas conjugadas de valencia ampliada frente al neumococo, la vacunación sistemática a los cuatro meses de edad con la vacuna conjugada frente a los meningococos ACWY (MenACWY), y la vacunación frente al SARS-CoV-2 para personas mayores de seis meses con factores de riesgo.

- [The Pediatrician's Lament](#). N Engl J Med 2025;392:320-321. DOI: 10.1056/NEJMp2414640.

Con la política estadounidense amenazando con borrar los logros de la ciencia, reducir el acceso a las vacunas y socavar sus enormes beneficios para la salud pública, ¿qué puede hacer un pediatra concienciado?

“¡Es culpa de ustedes!”, le dijo el renombrado especialista en enfermedades infecciosas al grupo de estudiantes y residentes. A fines de los años 90, la vacuna contra la varicela era relativamente nueva y la aceptación fue decepcionantemente baja. “Ustedes, los pediatras”, continuó, “deben corregir su redacción. En lugar de decirles a los padres que su hijo debe recibir la vacuna

MMR y luego ofrecerles a medias la vacuna contra la varicela, deberían incluirla con la misma certeza declarativa: “Su hijo debe recibir las vacunas contra la varicela y MMR”.

Aunque han pasado casi 30 años, recuerdo ese momento como uno de esos raros momentos de aprendizaje cristalino en los que la sabiduría de un maestro talentoso se solidifica en la mente de un estudiante receptivo. Su consejo cambió para siempre la forma en que yo, y a su vez mis alumnos, hablamos sobre las vacunas. Más importante aún, interioricé su convicción de que vacunar a los pacientes era una responsabilidad fundamental de un pediatra.

A lo largo de mi carrera, he visto la aprobación de nuevas vacunas: neumococo, rotavirus, meningococo y virus del papiloma humano. En cada caso, he estudiado los datos, revisado las recomendaciones publicadas y ajustado mi lenguaje para fomentar la vacunación. Considero que la alta tasa de inmunización en mi panel de pacientes es uno de mis mayores logros profesionales: una medida cuantitativa del beneficio que brindo.

Gran parte de los consejos de los pediatras son más sabiduría cultural que ciencia. ¿Importa que un bebé consuma verduras verdes antes que naranjas? Es poco probable. Algunas de las cosas que hacemos (antibióticos para la otitis media aguda) probablemente tengan un beneficio limitado. Hay muy pocas cosas (como los asientos para el automóvil o dormir boca arriba) para las que tenemos datos sólidos. Y la más importante de todas ellas son las vacunas.

De vez en cuando, los padres me miran mientras veo a un bebé sonriente y me dicen que quieren que su hijo reciba solo una o dos vacunas recomendadas.

¿Puedo elegir la más importante? Les digo que la pregunta es como pedirme que elija a mi hijo favorito: una tarea imposible.

Les repito el caleidoscopio de enfermedades prevenibles mediante vacunas que he visto en mi formación y en mi práctica: un niño pequeño con varicela-encefalitis de mis días en la facultad de medicina, un bebé apneico ingresado en el hospital con tos ferina durante mi residencia, un niño de 9 años con trombosis venosa central después de la gripe y deshidratación cuando yo era un joven médico adjunto.

También les cuento historias de adultos que viven con los efectos continuos de enfermedades que ahora se pueden evitar: un radiólogo sabio y querido que colgaba películas con una mano (más rápido de lo que la mayoría de las personas podrían hacerlo con dos) mientras su brazo afectado por la polio descansaba a su lado, o el amigo de la universidad que sufrió una colposcopia y sustos de cáncer por la infección por el virus del papiloma humano.

Algunos preguntarán: “¿Puede recomendarme un buen pediatra que no crea en las vacunas?” No, digo yo, no más de lo que puedo recomendar un buen físico que no crea en la gravedad.

La beneficencia ha sido el principio ético que ha guiado mi vida en la medicina; fomentar las vacunas ha sido mi máxima expresión de ese valor. Me enseñaron que el profesionalismo significaba que la religión y la política no tenían cabida en la medicina. Aunque entendía cómo las políticas afectaban la vida de los pacientes, me atenía a esa regla. En privado, votaba por candidatos políticos que pensaba que ayudarían a los pacientes que estaban sumidos en la pobreza, buscaban educación y luchaban contra la adicción. En público, permanecía callado.

Pero ahora no es momento de guardar silencio. La política amenaza con borrar los avances de la ciencia, reducir el acceso a las vacunas y socavar el enorme beneficio para la salud pública de las vacunas que he defendido durante mi carrera. Ahora es el momento de lamentarnos en voz alta, de darnos golpes de pecho y de gemir. En este preciso momento, la beneficencia exige algo más que atender a pacientes, realizar investigaciones o escribir artículos eruditos para revistas. Hoy, la beneficencia exige que los médicos asuman un papel público que puede contradecir nuestra comprensión de la descripción de nuestro trabajo. Independientemente de nuestra política, si somos reticentes en este momento, los pacientes a los que tratamos de ayudar sufrirán daños. Aunque los pacientes desconfíen de la multitud de instituciones diseñadas para proteger y salvaguardar su salud, aún confían en las relaciones duraderas que mantienen con sus médicos. Para merecer esa confianza, estamos obligados a alzar nuestra voz colectiva en defensa de la ciencia, la salud y las vacunas.

- [6Global, regional, and national burden of upper respiratory infections and otitis media, 1990–2021: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021](#). Lancet Infect Dis. 2025 Jan;25(1):36-51.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de las vías respiratorias altas (IRA) son la principal causa de incidencia de enfermedades agudas en todo el mundo y suponen una importante carga para la asistencia sanitaria. Aunque la otitis media aguda es una complicación frecuente de las IRA, la carga mundial combinada de IRA y otitis media no se ha estudiado de forma exhaustiva. Se utilizaron los resultados del *Estudio de la Carga Global de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo 2021* para explorar la carga mortal y no mortal de las dos enfermedades en todos los grupos de edad, **incluyendo un análisis granular de los niños menores de 5 años**, en 204 países y territorios desde 1990 hasta 2021.

MÉTODOS

La mortalidad por IRA y otitis media se estimó a partir de los datos del registro civil y del registro civil por muestreo, que se utilizan como datos de entrada en el modelo conjunto de causas de muerte para modelizar por separado la mortalidad por IRA y otitis media por edad y sexo. La morbilidad se modeló con una herramienta de metarregresión bayesiana utilizando datos de estudios publicados identificados a través de revisiones sistemáticas, datos de encuestas poblacionales y estimaciones de mortalidad por causa específica de IRA y otitis media. Además, se evaluó y comparó la carga de la otitis media en relación con las IRA y se examinó la carga colectiva y los factores de riesgo contribuyentes de ambas enfermedades.

RESULTADOS

El número global de nuevos episodios de IRA fue de 12_z-8 mil millones (intervalo de incertidumbre del 95%: 11_z-4 a 14_z-5) para todas las edades entre hombres y mujeres en 2021. La tasa de incidencia mundial de IRA en todas las edades disminuyó un 10_z-1%

(-12_z-0 a -8_z-1) de 1990 a 2019. De 2019 a 2021, la tasa de incidencia mundial en todas las edades disminuyó un 0_z-5% (-0_z-8 a -0_z-1). A nivel mundial, la tasa de incidencia de las IRA fue de 162 484_z-8 por cada 100 000 habitantes (144 834_z-0 a 183 289_z-4) en 2021, lo que supone un descenso del 10_z-5% (-12_z-4 a -8_z-4) con respecto a 1990, cuando la tasa de incidencia fue de 181 552_z-5 por cada 100 000 habitantes (160 827_z-4 a 206 214_z-7). **En 2021, las mayores tasas de incidencia de infecciones urinarias se observaron en niños menores de 2 años, y el mayor número de episodios correspondió a niños de 5 a 9 años.** El número de nuevos episodios de otitis media a nivel mundial para todas las edades fue de 391 millones (292 a 525) en 2021. La tasa de incidencia mundial de otitis media fue de 4958_z-9 por 100 000 (3705_z-4 a 6658_z-6) en 2021, lo que supone un descenso del 16_z-3% (-18_z-1 a -14_z-0) con respecto a 1990, cuando la tasa de incidencia fue de 5925_z-5 por 100 000 (4371_z-8 a 8097_z-9). **La tasa de incidencia de otitis media en 2021 fue mayor en niños menores de 2 años, y el mayor número de episodios se produjo en niños de 2 a 4 años.**

La tasa de mortalidad por IRA en 2021 fue de 0_z-2 por 100 000 (0_z-1 a 0_z-5), lo que supone un descenso del 64_z-2% (-84_z-6 a -43_z-4) con respecto a 1990, cuando la tasa de mortalidad fue de 0_z-7 por 100 000 (0_z-2 a 1_z-1). Tanto en 1990 como en 2021, la tasa de mortalidad por otitis media fue inferior a 0_z-1 por 100 000. En conjunto, la carga combinada representada por las IRA y la otitis media en 2021 fue de 6_z-86 millones (4_z-24 a 10_z-4) de años vividos con discapacidad y de 8_z-16 millones (4_z-99 a 12_z-0) de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) para todas las edades en hombres y mujeres. A nivel mundial, la tasa de AVAD de todas las edades por IRA y otitis media en 2021 fue inferior a 0_z-1 por 100 000. En 2021, la tasa de mortalidad por IRA y otitis media en 2021 fue inferior a 0_z-1 por 100 000.

INTERPRETACIÓN

Los resultados de este estudio ponen de relieve la carga generalizada que suponen las IRA y la otitis media en todos los grupos de edad y en ambos sexos. Existe una necesidad continua de vigilancia, prevención y gestión para comprender mejor y reducir la carga asociada a las infecciones urinarias y la otitis media, y se necesita investigación para evaluar su impacto en las personas, las comunidades, las economías y los sistemas sanitarios de todo el mundo.

COMENTARIO PERSONAL: Me parece interesante puesto que pone en contexto global un problema tan frecuente (seguramente el que consume más consultas) que supone las infecciones respiratorias altas, diferenciando por edad e incluyendo (como no podría ser de otro modo) la pediátrica. Pone de manifiesto la mortalidad (irrisoria) y la afectación de la vida diaria (más notable). Se expone la necesidad de seguir profundizando en dicho tema, pudiendo ser interesante el peso en el uso de antibióticos, hiperhiper-frecuentación médica, etc.

- [Outpatient and primary care direct provocation challenges for antibiotic allergy in children](#) . Archives of Disease in Childhood 2025; **110**: 23-25.

Objetivo: Evaluar el uso de un algoritmo de toma de decisiones basado en cuestionarios para clasificar a los niños con alergias a antibióticos reportadas para proceder directamente a una provocación oral.

Diseño: ~~de~~ estudio de cohorte.

Ámbito: Niños de 2 a 16 años que asisten al servicio de urgencias pediátricas durante más de 1 año (del 1 de junio de 2018 al 31 de mayo de 2019) o identificados en cuatro centros de atención primaria en Sheffield con una alergia a los antibióticos registrada y sin pruebas previas.

Participantes: 313 niños con 325 alergias a antibióticos registradas.

Exposición: Algoritmo de toma de decisiones clínicas utilizado para excluir, desetiquetar directamente o estratificar a los niños para exposición a antibióticos orales en un departamento ambulatorio o en la práctica de atención primaria.

Principales medidas de resultado: Evaluar la seguridad de utilizar el algoritmo basado en cuestionario para proceder a una provocación oral directa.

Los resultados secundarios fueron buscar asociaciones y factores predictivos en desafíos positivos y evaluar la aceptabilidad del servicio por parte de los padres/cuidadores mediante el uso de la escala Likert.

Resultados: Se logró contactar exitosamente a 200 niños, de los cuales 153 pudieron ser evaluados con base en criterios de inclusión, compromiso y disponibilidad de historias clínicas.

Se desetiquetaron 15 niños directamente en función de su historia clínica y de sus registros. Se realizaron pruebas de provocación a 138 niños en atención primaria y ambulatoria. El 6 % de las pruebas de provocación fueron reactivas con una reacción leve y tardía. En general, se logró una tasa de desetiquetado del 91 %. No hubo predictores claros de una prueba de provocación positiva.

Conclusión: Nuestro algoritmo basado en cuestionarios para estratificar a los niños con alergias a antibióticos para proceder directamente a una prueba de provocación oral ambulatoria o de atención primaria resultó ser seguro, factible y aceptable.

- [Improving inpatient paediatric de-labelling of allergies to beta-lactams: a quality improvement study](#). *Archives of Disease in Childhood* 2025; **110**: 26-30.

Objetivo Evaluar la implementación de un programa de gestión de antimicrobianos dirigido por un programa de desetiquetado de alergias a betalactámicos en pacientes internados mediante una prueba de provocación oral directa (OPT).

Diseño Estudio de mejora de la calidad de un año utilizando un diseño antes-después.

Entorno Hospital pediátrico de atención terciaria independiente.

Pacientes Pacientes con alergia a betalactámicos reportada ingresados en la unidad de hospitalización de medicina pediátrica.

Intervenciones Después de una evaluación estandarizada y una estratificación de riesgo de los síntomas notificados, se ofreció una prueba de tolerancia oral a los pacientes con antecedentes de bajo riesgo. Se eliminaron las etiquetas de alergia a betalactámicos si se consideraba que los antecedentes notificados no eran alérgicos o después de una prueba de tolerancia oral exitosa.

Principales medidas de resultado Eliminación de etiquetas inapropiadas sobre alergia a betalactámicos.

Resultados Se evaluaron 80 pacientes con 85 alergias a betalactámicos notificadas. La mediana de edad fue de 8,1 años (RIC 4,8-12,9) y 34 (42%) eran mujeres. La mayoría (n=55, 69%) tenía una afección médica subyacente. La amoxicilina fue la alergia más notificada (n=25, 29%). Las reacciones notificadas fueron principalmente dermatológicas (n=65, 77%). La mitad de los participantes (n=40) no eran elegibles para OPT, con proporciones iguales debido a razones clínicas o la naturaleza de la reacción notificada. De los 40 pacientes elegibles, 28 pacientes (70%) fueron desetiquetados ya sea solo por la historia (n=10) o OPT (n=18). Todas las OPT fueron exitosas. La desetiqueta permitió que cinco pacientes adicionales (11% de los que recibieron antibióticos) recibieran el betalactámico preferido. Incluidos los pacientes que fueron evaluados posteriormente en la clínica de alergia, casi la mitad de todos los pacientes evaluados fueron desetiquetados (n = 37, 46%).

Conclusiones Un programa dirigido por un programa de administración de antimicrobianos que utiliza una OPT directa fue factible y seguro para ampliar la desetiqueta de las alergias a betalactámicos a pacientes pediátricos ingresados en la unidad de internación de medicina pediátrica.

- [Allergy to beta-lactam antibiotics in children: predictors for a positive oral challenge test](#). *Archives of Disease in Childhood* 2025; **110**: 31-37.

Objetivo Se informa de alergias a los antibióticos betalactámicos en el 5%–10% de los niños; sin embargo, hasta el 90% no presenta ninguna reacción en la prueba de provocación oral (OCT). Este estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia e identificar los predictores de OCT betalactámicos graduados positivos en el hospital en niños con una etiqueta de alergia a antibióticos betalactámicos (AAL).

Diseño Se trata de un estudio retrospectivo realizado durante 7 años, en el que se incluyeron niños de 0 a 19 años que se sometieron a una OCT con beta-lactámicos lactamas. La OCT comprendió una provocación graduada intrahospitalaria seguida de un tratamiento antibiótico ambulatorio de 5 días. Se realizaron análisis de regresión logística univariada y multivariada para identificar los predictores de una OCT graduada positiva intrahospitalaria.

Resultados En total, se incluyeron 1259 OCT de beta-lactámicos lactamas: la edad media en el momento de la OCT fue de 6,3 años (rango de 8,8 meses a 19,2 años). De estos, 18 (1,4%) OCT calificados en el hospital fueron positivos y 10 (0,8%) fueron equívocos, y solo 4 niños (0,3%) tuvieron una reacción grave inmediata a su OCT

calificado en el hospital. Los factores asociados con un OCT hospitalario calificado positivo en el análisis univariado fueron: antecedentes de alergia a otros medicamentos (OR 2,7; IC del 95 %: 1,0 a 7,2; p 0,05), una reacción índice que fue grave (OR 2,9; IC del 95 %: 1,1 a 7,6; p 0,035), inmediata y grave (OR 5,85; IC del 95 %: 1,7 a 20,0; p 0,005) o que requirió epinefrina (OR 9,65; IC del 95 %: 1,7 a 53,6; p 0,01).

Conclusión De los niños derivados con un AAL betalactámico, solo el 1,4 % tuvo un resultado positivo en la prueba de OCT intrahospitalaria clasificada como positiva. Los factores de riesgo para un resultado positivo en la prueba de OCT intrahospitalaria clasificada como positiva fueron antecedentes de alergia a otros medicamentos, una reacción índice que fue grave, inmediata y grave o requirió epinefrina.

- [Etiology and Outcomes of Acute Infectious Conjunctivitis in Children](#). J Pediatr. 2025 Jan;276:114368.

Determinar las causas de la conjuntivitis y si las presentaciones clínicas y los resultados difieren según el patógeno.

Diseño del estudio

Este estudio multicéntrico de casos y controles incluyó a 390 niños (194 casos y 196 controles) cuyas muestras conjuntivales se analizaron para detectar patógenos bacterianos y virales. Los cuidadores completaron encuestas para hacer un seguimiento de los síntomas, el uso de antibióticos, la asistencia a la escuela y los eventos adversos. Los resultados analizados incluyeron la prevalencia de microorganismos detectados por reacción en cadena de la polimerasa en los casos frente a los controles, los síntomas, la tasa de resolución al quinto día, la asistencia a la escuela o guardería y los incidentes adversos relacionados con los antibióticos notificados por los padres.

Resultados

La mayoría de los casos (148, 76%) y los controles (112, 57%) tenían bacterias identificadas, aunque solo la detección de *Haemophilus influenzae* se asoció con conjuntivitis (aOR 4,59, IC del 95% 2,86, 7,37). La secreción purulenta se asoció con *H influenzae* (aOR 2,47, IC del 95% 1,23, 5,01) y ocurrió en 92 (77%) casos en los que se detectó *H influenzae* y 39 (53%) en los que no se detectó *H influenzae*. Se observó mejoría (186, 96%) y resolución (166, 86%) al quinto día en la mayoría de los niños y no difirió en función del uso de antibióticos oftálmicos. Los cuidadores informaron eventos adversos asociados a antibióticos en 21 (20%) niños, y 8 (8%) requirieron una visita médica.

Conclusiones

Sólo *H influenzae* se asoció significativamente con conjuntivitis. Los síntomas no difirieron en niños con o sin bacterias detectadas mediante reacción en cadena de la polimerasa. Independientemente del uso de antibióticos, la mayoría de los niños experimentaron una resolución al quinto día, pero los padres informaron eventos

adversos en el 20% de los niños tratados con antibióticos tópicos, lo que subraya la importancia de una prescripción juiciosa.

- [Pediatric Clinical Outcomes of Nasal Methicillin-resistant Staphylococcus aureus Polymerase Chain Reaction Utilization.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(1):p 33-39, January 2025.

INTRODUCCIÓN

El *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) es un reto clínico en la selección de antimicrobianos empíricos para las infecciones pediátricas. Se implementó el cribado nasal por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del SARM como herramienta diagnóstica y se evaluó su impacto en el uso empírico de antibióticos y en los resultados clínicos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes hospitalizados con infecciones a los que se prescribieron antibióticos anti- SARM de forma empírica antes y después del inicio del cribado SARM PCR. Se revisaron las historias clínicas electrónicas, los datos de farmacia y los resultados de los cultivos bacterianos. Se calcularon los valores predictivos de la prueba SARM PCR y se compararon la duración del tratamiento empírico anti- SARM y los resultados clínicos antes y después de la implantación.

RESULTADOS

Durante el periodo previo a la implantación, se identificaron 382 episodios distintos (294 pacientes únicos) que cumplían los criterios de inclusión, y durante el periodo posterior a la implantación de la PCR para SARM, se identificaron 394 episodios (360 pacientes únicos). La mediana del tiempo transcurrido hasta la interrupción de los antibióticos contra el SARM y la proporción de pacientes a los que se prescribieron antibióticos contra el SARM en el momento del alta fueron significativamente inferiores en el periodo posterior a la implantación en comparación con el periodo anterior a la misma; 48 frente a 56 horas, $p < 0,001$ y 20,1% frente a 40,3%, $p < 0,001$, respectivamente. Los valores predictivos negativo y positivo de la PCR para SARM nasal en comparación con los resultados del cultivo clínico fueron del 95,6% y el 51,2%, respectivamente. Se documentaron resultados adversos predefinidos en 11 pacientes en los que se interrumpió el tratamiento anti- SARM de forma precoz con resultados negativos de la PCR para SARM nasal, pero sólo en 3 se reinició el tratamiento anti-SARM y en ninguno creció SARM en los cultivos clínicos.

CONCLUSIONES

La duración acortada del antibiótico anti- SARM, el alto valor predictivo negativo y los bajos eventos adversos proporcionan evidencia prometedora de que la PCR del SARM nasal es una herramienta de administración antimicrobiana eficaz y rápida para los niños hospitalizados.

COMENTARIO PERSONAL: Aunque es un estudio realizado en niños hospitalizados, puede tener interés comunitario. Es una prueba que además se puede realizar desde AP.

- [Eficacia del nirsevimab contra la infección grave por el virus respiratorio sincitial en el ámbito de la atención primaria](#), *Pediatrics* (2025) 155 (1): e2024066393.

Objetivos

Este estudio evalúa la efectividad del anticuerpo monoclonal nirsevimab en la prevención de infecciones por virus respiratorio sincitial (VRS) y las infecciones del tracto respiratorio inferior (VRS-LRTI) atendidas médicamente en lactantes menores de 10 meses en una red de atención primaria en España.

Métodos

Durante la campaña de inmunización 2023-2024 en España, se administró nirsevimab a lactantes nacidos después del 1 de abril de 2023. Los lactantes nacidos entre el 1 de abril y el 1 de octubre recibieron la dosis en hospitales, mientras que los nacidos después de esa fecha lo recibieron en un programa de recuperación. El estudio se basó en una red de centros de atención primaria, reclutando lactantes con infecciones respiratorias y usando PCR para detectar el VRS.

Resultados

El estudio incluyó a 160 lactantes, de los cuales 141 (88%) recibieron nirsevimab. Se detectó VRS en 44 lactantes (27,5%). La efectividad general del nirsevimab fue del 75,8% (IC del 95%: 40,4-92,7), y del 80,2% en los lactantes del grupo de recuperación.

Discusión

La efectividad de nirsevimab observada en este estudio coincide con los resultados de ensayos clínicos previos y subraya la importancia de abordar no solo las hospitalizaciones, sino también los casos ambulatorios de VRS, que podrían tener implicaciones a largo plazo en enfermedades crónicas como el asma. Además, el estudio destaca la variabilidad en la práctica clínica y la importancia de los métodos como el diseño de prueba negativa (TND) para evaluar la efectividad de las intervenciones preventivas.

Este estudio refuerza la importancia de la inmunización contra el VRS en lactantes, especialmente en un programa de recuperación para maximizar su impacto.

Conclusiones

El estudio demuestra la efectividad de nirsevimab en la prevención de infecciones respiratorias con asistencia médica en lactantes en atención primaria. Resalta la importancia de un programa de inmunización de recuperación para reducir la carga de enfermedades en estos entornos. Además, los resultados sugieren que la

administración de nirsevimab en lactantes fuera de la temporada de VRS muestra una mayor efectividad que el programa estacional.

- [Evolving Epidemiology of Mpox in Africa in 2024](#). N Engl J Med 2025;392:666-676.

Durante décadas, tras la identificación de la mpox en humanos en la República Democrática del Congo (RDC) en 1970, la enfermedad se limitó en gran medida a las zonas rurales de África central y occidental y, por lo tanto, no recibió una amplia atención. El 13 de agosto de 2024, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África (CDC de África) declararon la mpox una emergencia de salud pública de seguridad continental (ESPII), una notificación que fue seguida al día siguiente por una declaración de emergencia de salud pública de interés internacional (ESPII) por parte de la Organización Mundial de la Salud.

Métodos

En este estudio, analizamos todos los casos y muertes por mpox, según el diagnóstico clínico o de laboratorio, que se notificaron a los CDC de África desde el 1 de enero de 2022 hasta el 30 de octubre de 2024, para identificar variaciones temporales, distribuciones geográficas y tendencias epidemiológicas.

Resultados

Del 1 de enero de 2022 al 18 de agosto de 2024, se diagnosticaron clínicamente y confirmaron mediante pruebas de laboratorio un total de 45.652 casos de mpox en 12 países africanos. Estos casos provocaron 1492 muertes (tasa de letalidad del 3,3%). Entre 2022 y 2024, los casos semanales de mpox confirmados mediante pruebas de laboratorio aumentaron en un factor de 2,8 (de 176 a 489 casos), mientras que todos los casos notificados semanalmente (incluidos los que tenían un diagnóstico clínico) aumentaron en un factor de 4,3 (de 669 a 2900 casos). La República Democrática del Congo, que había notificado aproximadamente el 88% de los casos de mpox en África en 2024, tenía 19.513 casos antes de la declaración de emergencia, con una tasa de letalidad del 3,1% (un promedio semanal de 591 casos en comparación con 281 en 2023). En 2024, seis países africanos notificaron sus primeras infecciones importadas de mpox, y Burundi también notificó transmisión local.

Conclusiones

La elevada carga de la enfermedad por mpox en África, especialmente en la República Democrática del Congo (RDC), con un número creciente de casos, una alta tasa de letalidad y un alto grado de propagación a otros países africanos que anteriormente no padecían mpox, es motivo de creciente preocupación internacional. Se necesitan la detección de casos, el rastreo de contactos, medidas de salud pública y vacunas asequibles para implementar intervenciones en la República Democrática del Congo a fin de reducir el riesgo de propagación mundial del virus.

- [Outpatient Infant Botulism in the United States, 1976-2021](#). J Pediatr. 2025 Jan;276:114365. doi: 10.1016/j.jpeds.2024.114365.

Objetivo

Caracterizar los casos de pacientes ambulatorios con botulismo infantil (BI) en los EE. UU. identificados por el Programa de Tratamiento y Prevención del Botulismo Infantil del Departamento de Salud Pública de California desde 1976 hasta 2021.

Diseño del estudio

Los casos de IB ambulatorios se definieron como pacientes que presentaban una enfermedad compatible con la acción paralizante conocida de la neurotoxina botulínica y con confirmación de laboratorio. Los casos ambulatorios se diferenciaban de la mayoría de los pacientes con IB por el hecho atípico de que no requirieron hospitalización durante el curso de su enfermedad.

Resultados

De los 4372 casos de IB identificados por el Programa de Prevención y Tratamiento del Botulismo Infantil durante un período de 45 años (1976-2021), 17 (0,4 %) fueron casos ambulatorios. La mayoría (11/17; 65 %) de los casos se produjeron en California. La edad media de aparición de la enfermedad fue de 20 semanas (rango = 6 a 55 semanas). El síntoma más común entre los casos fue el estreñimiento (16/17; 94 %). La mayoría de los pacientes (16/17; 94 %) tenían al menos una parálisis de un nervio craneal, que se manifestaba como disminución del control de la cabeza, ptosis, llanto débil o succión deficiente.

Conclusiones

El botulismo [infantil ambulatorio](#) se presenta en todo el país, aunque el diagnóstico clínico puede ser difícil debido a que la gravedad de los síntomas no requiere hospitalización ni una intervención clínica más integral. La identificación de los casos ambulatorios requiere un médico astuto y un laboratorio de pruebas diagnósticas capaz y dispuesto. Es probable que se estén presentando más casos ambulatorios de [botulismo infantil](#) de los que se reconocen actualmente en los bebés levemente afectados por esta enfermedad. Los proveedores de atención médica deben considerar la posibilidad de [botulismo infantil](#) cuando se presente un bebé previamente sano con retraso del crecimiento, mala alimentación, estreñimiento, hipotonía leve o parálisis de los nervios craneales.

- [Letter to the Editor: Infant Botulism – Correction to “Cognitive Bias in an Infant with Constipation”](#). The Journal of Pediatrics, Volume 276, 114332.

Al editor:

Escribimos en respuesta al artículo Grand Rounds publicado recientemente en *The Journal of Pediatrics* por Carson y Lyles (2024).¹ Esta presentación es bastante típica

del botulismo infantil, al igual que el historial de múltiples visitas médicas y el retraso en el diagnóstico de esta rara enfermedad.

Un error que queremos destacar en el informe es la caracterización de que la toxina botulínica ataca al sistema nervioso central en lugar de a los nervios periféricos. La toxina botulínica se une a la membrana celular de las terminaciones nerviosas colinérgicas periféricas y, tras la endocitosis, escinde proteínas intracelulares clave necesarias para la liberación del transmisor neuromuscular, la acetilcolina, impidiendo así la contracción muscular.²

Sin embargo, el error más significativo es que la descripción del modo de adquisición del botulismo infantil se atribuye incorrectamente al botulismo transmitido por alimentos o por heridas. El botulismo transmitido por alimentos es causado por la ingestión de la toxina preformada en un alimento enlatado, fermentado o almacenado de forma inadecuada. El botulismo por heridas es el resultado de las esporas *de Clostridium botulinum* que entran y producen toxina botulínica en la herida contaminada. En cambio, el botulismo infantil, actualmente la forma humana más común de botulismo en los EE. UU., es una entidad clínica distinta causada por la ingestión de esporas de clostridios neurotoxigénicos presentes en suelos y polvo que germinan y colonizan temporalmente el intestino grueso del bebé y producen neurotoxina botulínica in situ. Los bebés son excepcionalmente vulnerables, probablemente debido a un microbioma intestinal que difiere del de los adultos.³ El botulismo por toxemia intestinal en adultos puede ocurrir, aunque raramente.^{4,5}

Por último, este informe se beneficiaría de referencias específicas sobre el botulismo infantil, como el Libro Rojo de la Academia Estadounidense de Pediatría,⁶ el enlace a la página web de los CDC sobre el botulismo infantil, https://www.cdc.gov/botulism/hcp/clinical-overview/infant-botulism.html?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/botulism/infant-botulism.html, o el sitio web del Programa de Tratamiento y Prevención del Botulismo Infantil, <https://www.infantbotulism.org>, donde los médicos pueden aprender cómo obtener consulta clínica sobre la enfermedad y la antitoxina autorizada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU.^{6,7}

- [Efficacy, Safety, and Immunogenicity of the MATISSE \(Maternal Immunization Study for Safety and Efficacy\) Maternal Respiratory Syncytial Virus Prefusion F Protein Vaccine Trial](#). *Obstet Gynecol.* 2025 Feb 1;145(2):157-167. doi: 10.1097/AOG.0000000000005816.

OBJETIVO:

Evaluar los datos descriptivos de eficacia, los datos exploratorios de inmunogenicidad y el seguimiento de la seguridad hasta la finalización del estudio del ensayo global de fase 3 MATISSE (Maternal Immunization Study for Safety and Efficacy) de vacunación materna con la vacuna bivalente de proteína de prefusión F del virus respiratorio sincitial (VRS) (RSVpreF).

MÉTODOS:

MATISSE fue un ensayo de fase 3, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo. Las participantes embarazadas sanas de 49 años o menos con 24-36 semanas de gestación fueron aleatorizadas (1:1) para recibir una dosis única de RSVpreF de 120 microgramos o placebo. Los criterios primarios de valoración de la eficacia incluyeron la enfermedad grave del tracto respiratorio inferior asociada al VRS en recién nacidos y lactantes atendidos médicamente en los 180 días posteriores al nacimiento. Se determinaron los títulos séricos de anticuerpos neutralizantes frente al VRS-A y VRS-B en un subconjunto de participantes embarazadas y sus recién nacidos.

RESULTADOS:

En este análisis final, se aleatorizó a 7.420 participantes embarazadas y nacieron 7.307 niños (RSVpreF n=3.660, placebo n=3.647). La eficacia de la vacuna, definida como la protección frente a la enfermedad grave del tracto respiratorio inferior asociada al VRS en recién nacidos y lactantes atendidos médicamente, fue del 82,4% (IC del 95%, 57,5-93,9) y del 70,0% (IC del 95%, 50,6-82,5) a los 90 y 180 días del nacimiento, respectivamente. El RSVpreF indujo respuestas inmunitarias robustas en las participantes embarazadas y dio lugar a una transferencia muy eficiente de anticuerpos maternos a sus recién nacidos en todos los subgrupos (por edad gestacional en el momento del parto y en el momento de la vacunación, número de días desde el nacimiento, edad gestacional en el momento del parto y número de días desde el nacimiento).

CONCLUSIONES:

Este análisis final de los datos del ensayo MATISSE confirma las conclusiones del análisis primario: La vacunación materna con RSVpreF tiene un perfil de seguridad favorable tanto en participantes embarazadas como en recién nacidos y lactantes, y demuestra eficacia frente a la enfermedad de las vías respiratorias inferiores asociada al VRS en lactantes hasta los 6 meses de edad. La RSVpreF induce respuestas inmunitarias robustas en las embarazadas, con los correspondientes títulos elevados de neutralización del VRS en sus recién nacidos

Casos clínicos

- [Critical Illness in an Adolescent with Influenza A\(H5N1\) Virus Infection](#). N Engl J Med. 2024 Dec 31. doi: 10.1056/NEJMc2415890.

Los virus de la gripe A(H5N1) constituyen una amenaza zoonótica emergente y se han propagado ampliamente entre las aves de Norteamérica. Recientemente, la infección por el virus de la gripe A(H5N1) provocó una grave enfermedad a un adolescente en Canadá.

- [Are lumbar punctures required for infants with bacteraemic urinary tract infections?](#) *Archives of Disease in Childhood* 2025;110:79-83.

Una niña de 6 semanas ingresa con fiebre, vómitos y una tira reactiva de orina sugestiva de una infección del tracto urinario (ITU). Se envían marcadores inflamatorios y un hemocultivo al laboratorio y se le inicia un tratamiento antibiótico intravenoso empírico. Al día siguiente, el hemocultivo dio positivo. Se sabe que el riesgo de meningitis en lactantes y niños (>4 semanas de edad) con buen aspecto y que presentan una ITU es bajo y no se requiere una punción lumbar (PL) de rutina. Pero, en el contexto de una bacteriemia, ¿está justificada una PL?

Pregunta clínica

En lactantes con ITU bacteriémica, ¿es necesaria una punción lumbar para descartar meningitis?

Buscar

Se realizó una búsqueda bibliográfica en OVID MEDLINE hasta el 26 de diciembre de 2023 utilizando la siguiente estrategia: (pediátrico* o pediátrico* o niño* o lactante* o recién nacido o neonato*) Y (UTI o infección urinaria adj4 del tracto* o infección urinaria adj3* o bacteriuria o análisis de orina o cistitis) Y (sepsis o séptico* o bacteriemia* o bacteriemia* o meningitis* o encefalitis* o meningoencefalitis o punción lumbar* o punción espinal* o punción raquídea* o líquido cefalorraquídeo o LCR). Los resultados se restringieron al año 2000 en adelante.

Se identificaron 1593 artículos únicos y se examinaron en busca de título y resumen. Se incluyeron los artículos cuyo estudio se realizó en niños menores de 18 años y...

Se eligieron 107 artículos para la revisión de texto completo.

Resultado clínico final

- Se debe realizar una punción lumbar (PL) en neonatos (<28 días).
- Se puede suspender la LP en lactantes con buen aspecto y mayores de 90 días.
- Se necesita discreción clínica y toma de decisiones compartida entre médico y cuidador para los bebés de 29 a 90 días.
- [Uñas gruesas en lactante](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2025;43:49-50.

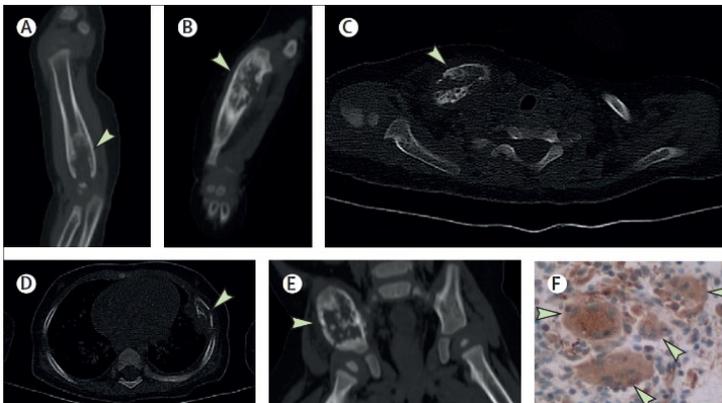
Descripción del caso

Lactante mujer de 3 meses, que presenta lesiones en las uñas de manos y pies, asociado a lesiones en mucosa oral desde el décimo día de vida. Nacida de parto a término por vía vaginal. Durante el tercer trimestre de gestación, la madre fue diagnosticada de candidiasis genital.

- [¿Debemos implantar un marcapasos a todo paciente joven con bloqueo auriculoventricular de alto grado? La importancia de la sospecha clínica en la carditis de Lyme](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2025;43:51-2.

- [BCG multifocal osteomyelitis](#). Lancet Infect Dis. 2025 Jan;25(1):e59.

Una lactante de 11 meses fue remitida al Departamento de Reumatología e Inmunología Clínica del Hospital Infantil de Tianjin con lesiones polioestóticas. Aproximadamente un mes antes, su madre había observado múltiples protuberancias escleróticas no sensibles en los huesos del cráneo, el antebrazo izquierdo, el antebrazo derecho, la clavícula derecha, la pared torácica izquierda y la pelvis derecha. La paciente no tenía fiebre y estaba sana. Inicialmente fue trasladada a otro hospital, donde se le realizó un TAC de emisión. Se sospechó metástasis ósea, pero se descartó malignidad tras realizar una biopsia en el hueso frontal del cráneo. El análisis histológico mostró una inflamación crónica con formación de granulomas, y abundantes osteoclastos multinucleados reabsorbentes de hueso que eran positivos para la fosfatasa ácida tartrato-resistente. La secuenciación dirigida de nueva generación detectó *Mycobacterium bovis* BCG en el tejido óseo. Dado que la osteomielitis multifocal por BCG sugiere fuertemente una susceptibilidad mendeliana subyacente a la enfermedad micobacteriana (MSMD), se llevó a cabo la secuenciación del exoma completo, y se identificó una variante heterocigota patológica, 2102A→G (Tyr701Cys), en el exón 23 del transductor de señales y activador de la transcripción-1 (STAT1). Tras 4 meses de tratamiento antimicobacteriano con rifampicina, isoniazida, etambutol y linezolid, las lesiones polioestóticas se resolvieron y la repetición de las pruebas de imagen mostró una remodelación ósea en lugar de los cambios destructivos previos.



- [Clinical Presentations of Parvovirus B19: A Case Series](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(1):p e18-e21, January 2025.

El parvovirus B19 (PVB19) es un pequeño virus de ADN monocatenario sin envoltura que suele causar infecciones asintomáticas o síntomas leves similares a los de la gripe. En los niños, el PVB19 puede provocar diversos cuadros clínicos, como eritema infeccioso, artropatía, crisis aplásica transitoria y erupciones papulo-purpúricas, entre otros.

Se presentan 3 casos pediátricos tratados en el Hospital Universitario Luigi Sacco de Milán, Italia, en marzo de 2024, cada uno de los cuales demuestra manifestaciones distintas de infección por PVB19. En el caso 1 se trataba de una niña de 7 años con una erupción maculopapular y síntomas similares a los de la paniculitis. El caso 2 describía a un niño de 8 años con una erupción maculopapular, un componente de vasculitis y trombocitopenia leve. El caso 3 se centraba en una niña de 7 años con erupciones petequiales y purpúricas y una leve disminución de las plaquetas. Las pruebas serológicas confirmaron la infección por PVB19 en todos los casos.



- [Atypical Schistosomiasis and Strongyloidiasis Enterocolitis Mimicking Inflammatory Bowel Disease.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(1):p e28-e29, January 2025.

Se presenta el caso de un paciente de 14 años originario de Santo Tomé y Príncipe que vivía en Portugal desde hacía 3 meses. En Santo Tomé y Príncipe vivía en zonas rurales, sin agua potable ni saneamiento, y a menudo nadaba en aguas estancadas. Tenía una historia de 2 años de dolor abdominal difuso recurrente, pérdida de peso no cuantificada y diarrea sanguinolenta, sin otros síntomas. La exploración física mostró desnutrición y distensión abdominal con sensibilidad difusa. Los resultados de laboratorio revelaron anemia microcítica (9,1 g/dL); trombocitopenia (103.000/ μ L); recuento de glóbulos blancos normal sin eosinofilia; hipoalbuminemia (21,6 g/L); ferritina elevada (402 ng/mL) y proteína C reactiva (38 mg/L); enzimas hepáticas, función renal, inmunoglobulinas y pruebas de coagulación normales. El coprocultivo y el examen de huevos y parásitos fueron negativos. La calprotectina fecal (1090 μ g/g) estaba elevada. Los estudios autoinmunitarios (anticuerpos anti *Saccharomyces cerevisiae*, anticuerpos citoplasmáticos antineutrófilos) y la prueba de liberación de interferón gamma fueron negativos. Las serologías fueron negativas, incluso para VIH, *Strongyloides* y *Schistosoma*. La ecografía abdominal reveló una linfadenitis mesentérica.

La endoscopia demostró edema de la mucosa duodenal, disminución de los pliegues, hiperplasia ileal, erosiones aftoides y sufusiones hemorrágicas. En las biopsias, los estudios de biología molecular excluyeron *Mycobacterium tuberculosis* complex, citomegalovirus, *Tropheryma whipplei* y *Giardia intestinalis*. La histopatología (Fig. 1) confirmó una enterocolitis infecciosa con larvas de *Strongyloides stercoralis* y huevos de *Schistosoma* con espinas terminales, teñidos con Ziehl-Neelsen. Fue tratado con

praziquantel e ivermectina sin reacciones adversas. La enterografía por resonancia magnética excluyó la EII. Al cabo de 1 mes estaba asintomático, con calprotectina y datos de laboratorio normales. La estabilidad persistió en el seguimiento de 1 año.

Como se ha destacado, el diagnóstico de la helmintiasis puede producirse años después del inicio de la enfermedad y de la salida del país endémico.^{1,2} Además, la coinfección no es infrecuente.^{1,3} El diagnóstico es difícil, sin patrones de referencia ni marcadores de laboratorio. La eosinofilia es inespecífica, y la microscopía de heces muestra una baja sensibilidad.¹⁻³ Las serologías, aunque incapaces de distinguir la infección activa de la pasada, presentan una mayor sensibilidad/especificidad. Sin embargo, en los nativos, la exposición acumulativa disminuye su respuesta inmunitaria, lo que explica nuestros resultados negativos.¹⁻³ Las pruebas moleculares en heces (no disponibles) prometen tasas de diagnóstico más altas.²

- [An Unusual Cause of Early-Onset Neonatal Sepsis: A Case Report.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(1):p e32-e33, January 2025.

Se describe un caso inusual de sepsis de inicio precoz por estreptococos del grupo A (SGA) complicada con síndrome de shock tóxico en un neonato nacido a las 40 semanas y 2 días de gestación mediante parto vaginal espontáneo asistido por vacío de una madre de 28 años de edad con gravidez 1, para 1. Las puntuaciones de Apgar fueron 5, 7 y 8 al año, 5 y 10 minutos de vida respectivamente. Las puntuaciones de Apgar fueron 5, 7 y 8 a los 1, 5 y 10 minutos de vida, respectivamente. La rotura de membranas se produjo 15 horas antes del parto, y poco después se observó fiebre materna de 37,8 °C (100,2 °F). El recién nacido tenía buen aspecto al nacer y no precisó ninguna intervención según la calculadora de sepsis neonatal. Sin embargo, entre las 24 y las 28 horas de vida, la lactante presentó dificultad respiratoria, mala alimentación y letargia. Estaba hipotensa, con mala perfusión y acidosis láctica, por lo que precisó ventilación mecánica y el inicio de vasopresores. Se obtuvo un hemocultivo y se le administró ampicilina y gentamicina para la sepsis neonatal de inicio precoz, seguidas de ampicilina, ceftazidima y aciclovir para el deterioro clínico continuado. Requirió oxigenación por membrana extracorpórea venoarterial y se la sometió a monitorización electroencefalográfica continua. En la exploración física destacaban eritrodermia difusa, anasarca y abdomen distendido y firme. En su hemocultivo se detectó *Streptococcus pyogenes* emm serotipo 3.1, y se cambió el tratamiento a penicilina y linezolid, ya que cumplía los criterios de bacteriemia invasiva por SGA y síndrome de shock tóxico. Recibió inmunoglobulina intravenosa como tratamiento complementario. Continuó deteriorándose clínicamente a pesar del máximo apoyo médico, con una actividad cerebral mínima en el electroencefalograma el quinto día de vida, por lo que se reorientaron los cuidados.

- [Multisystem Inflammatory Syndrome in Children or Hemophagocytic Lymphohistiocytosis?: A Case Report.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(1):p e29-e30, January 2025.

La linfohistiocitosis hemofagocítica (HLH) es un trastorno complejo y potencialmente mortal caracterizado por una activación incontrolada del sistema inmunitario. Esta enfermedad rara se manifiesta típicamente con fiebre persistente, hepatoesplenomegalia, citopenias e hiperferritinemia entre sus características clínicas. Los niveles elevados de ferritina, que a menudo superan los 500 ng/mL, son un biomarcador crucial en la evaluación diagnóstica del HLH, ya que reflejan una intensa activación de los macrófagos y una inflamación sistémica.¹⁻⁴ Una niña de 4 años presentó distensión abdominal y fiebre persistente durante 4 días. La paciente, que había padecido previamente una infección por coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave 2 años antes, desarrolló posteriormente un síndrome inflamatorio multisistémico infantil (MIS-C), por lo que ingresó en la unidad de cuidados intensivos pediátricos y recibió tratamiento con plasmaféresis. En la exploración física, su estado general era malo. Tenía fiebre y presentaba un aspecto icterico de la piel, palidez de las mucosas y equimosis en ambos muslos y en la parte anterior de la tibia. Tenía disnea y taquipnea, y en la auscultación se oían S3 y ritmo de galope. Su abdomen estaba hinchado por esplenomegalia, palpándose el polo superior y extendiéndose el borde inferior hasta la cresta ilíaca, así como hepatomegalia, palpándose el borde hepático 3 cm por debajo del margen costal derecho.

En la analítica presentaba pancitopenia, PCR elevada, ferritina elevada hasta 10.000 mcg/L, hipofibrinogenemia, hipertrigliceridemia e hipertransaminasemia entre otros hallazgos. El frotis de sangre periférica mostró poiquilocitosis eritrocitaria, punteado basófilo, macrocitos policromatófilos, ausencia de leucocitos atípicos (<5%) y anisocitosis trombocitaria significativa. El aspirado de médula ósea indicó hiperplasticidad con aumento de la serie eritroide, compatible con hemofagocitosis.

Se inició un tratamiento sistémico con dexametasona a una dosis de 10 mg/m²/día durante 7 días, seguido de dosis decrecientes durante 10 días, junto con inmunoglobulina intravenosa a 1 g/kg/día debido a la persistencia de la fiebre, la esplenomegalia y las citopenias. A pesar de estos tratamientos intensivos, persistieron los síntomas y los resultados de laboratorio anormales de la paciente. Se consideró la posibilidad de una linfohistiocitosis hemofagocítica primaria (LPH) debido a la presencia de fiebre prolongada, esplenomegalia, pancitopenia, niveles reducidos de fibrinógeno, triglicéridos elevados y niveles altos de ferritina, cumpliendo 6 de los 8 criterios diagnósticos. Las pruebas genéticas confirmaron una variante homocigota c369_376delinsTGG frameshift en el gen STK11. Posteriormente, la paciente fue trasladada a otro centro para un trasplante alogénico de médula ósea. Tras el trasplante, la paciente mostró una mejoría significativa.

- [Successful Treatment of Neonatal Human Parechovirus Central Nervous System Infection With Intravenous Immunoglobulin in Two Twins.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(1):p e34-e35, January 2025.

Se presenta el caso de dos gemelos de 9 días de vida que acudieron al servicio de urgencias (SU) con una historia de 10 horas de succión débil y apneas. Nacieron a las 36 semanas y fueron ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales por dificultad respiratoria y dados de alta a los 4 días. Su madre negó haber tenido fiebre, erupciones cutáneas y síntomas gripales durante el embarazo. Sus padres refieren contacto estrecho con otros miembros de la familia, incluidos los niños, tras el alta.

En urgencias, ambos estaban irritables, pálidos e ictericos, con hipotonicidad generalizada. Ambos gemelos presentaban una erupción macular en tronco y extremidades. El estudio inicial reveló pancitopenia, proteína C reactiva negativa y niveles elevados de bilirrubina directa. Líquido ceforraquídeo (LCR) con aspecto claro, glucosa 69 y 55 (sérica 75 y 65), proteína 70,7 y 77,7 y sin recuento de leucocitos; sin embargo, la reacción en cadena de la polimerasa de la meningoencefalitis confirmó HPeV-3 en ambos pacientes. La resonancia magnética mostró múltiples hiperintensidades en la sustancia blanca subcortical frontal, parietal y temporal. Durante la primera hora en urgencias, ambos continúan con irritabilidad e hiperextensión de las 4 extremidades sin cambios pupilares.

Desarrollaron inestabilidad hemodinámica que requirió soporte vasopresor y ventilación mecánica no invasiva con presión positiva nasal continua en las vías respiratorias; debido a su estado crítico ambos fueron tratados con inmunoglobulina intravenosa (IGIV) con una dosis de 2 g/kg. Se observó una mejoría hemodinámica y neurológica significativa 24 horas después del tratamiento con IGIV, que lleva a cabo soporte vasopresor y descarga de ventilación mecánica no invasiva. Los cultivos de sangre, orina y LCR al ingreso fueron finalmente negativos. Fueron dados de alta después de 7 días con buena alimentación y 72 horas sin apnea y sin tratamiento anticonvulsivante. En el seguimiento no se han documentado secuelas con buen neurodesarrollo.

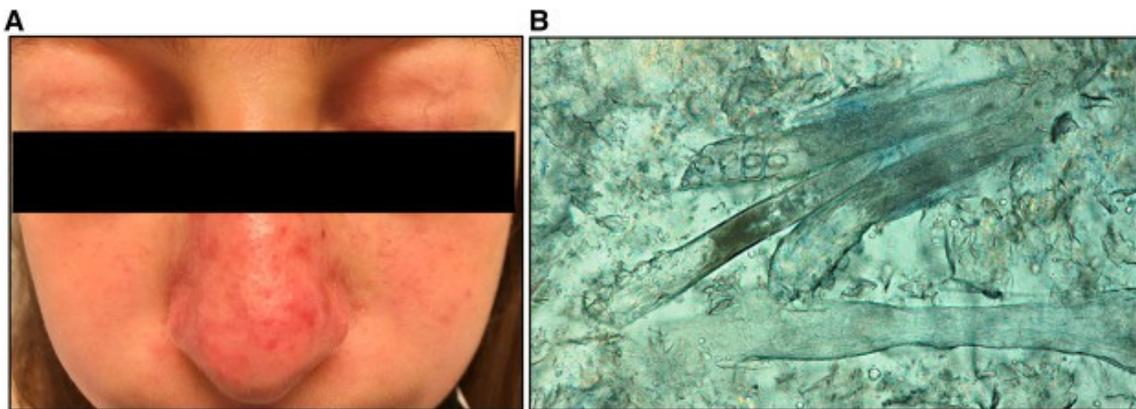
- [Fatal Neonatal Influenza A Myocarditis](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(1):p e4-e6, January 2025.

Un bebé a término fue sometido a una reanimación y falleció de forma inesperada en la sala de partos. La madre sufrió un resfriado común durante el último trimestre del embarazo. Todas las demás exploraciones a lo largo de la gestación fueron normales. A pesar de una reanimación inmediata, prolongada y eficaz, la frecuencia cardiaca no superó los 15-20 latidos/minuto. En la autopsia se detectó una miocarditis fetal debida a una infección por gripe A.

- [Demodicosis in an Immunocompetent Child](#). The Journal of Pediatrics, Volume 276, 114336.

Una niña de 11 años fue derivada en junio de 2022 debido a un eritema cutáneo que había persistido más de 9 meses. Era una escolar francesa que vivía con sus padres en los suburbios del norte de París. No había antecedentes de viajes, comorbilidades o infestación entre otros miembros de la familia. Había usado una crema humectante y una crema antiacné durante los últimos 9 meses. La niña estaba en buen estado

general. El examen físico inicial de la paciente reveló un eritema cutáneo en la nariz y un orzuelo, junto con erupciones cutáneas similares a pústulas en la cara y la nariz ([Figura A](#)). La madre también se sometió a un examen completo de la piel, pero no se observó ningún hallazgo dermatológico de infestación. El raspado de la piel de las áreas corporales afectadas y el posterior examen parasitológico, utilizando un dermatoscopio y un examen microscópico con un aumento de 400 ×, revelaron una infestación por ectoparásitos *Demodex*. Se aislaron tres ácaros adultos vivos y uno muerto y se los identificó morfológicamente como *Demodex folliculorum*¹ ([Figura B](#)). La identificación morfológica de los ácaros aislados se confirmó además mediante amplificación y secuenciación por reacción en cadena de la polimerasa, que se centró en un fragmento de 453 pb del gen de la citocromo oxidasa I.²



[Visor de figuras](#)

Figura A, Rosácea granulomatosa y lesiones eritematosas cutáneas en la cara, especialmente en la nariz, de un niño francés. B, Ácaros *Demodex folliculorum* aislados del paciente bajo aumento microscópico de 400×.

La demodicosis ha sido objeto de un número restringido de investigaciones, con pocos estudios sobre la demodicosis cutánea en Francia. Solo 2 informes han documentado la infestación *por Demodex*, en niños inmunodeficientes con leucemia, en este país.^{3,4} Este informe representa un caso de infestación *por Demodex* en un niño inmunocompetente. Típicamente vista en adultos y raramente en niños debido a su baja producción de sebo, la demodicosis en niños a menudo está relacionada con la inmunosupresión, como la infección por VIH y la leucemia,⁵ aunque también se han documentado casos en niños inmunocompetentes.⁶ Los niños pueden adquirir gradualmente ácaros *Demodex* a través del contacto directo de la piel con individuos parasitados, a menudo dentro de las familias. La fuente y los modos de adquisición no pudieron determinarse en nuestro paciente. Si bien los ácaros *Demodex* pueden habitar varios sitios del cuerpo, se encuentran predominantemente en áreas ricas en glándulas sebáceas. La infestación *por Demodex* en la cara a menudo es asintomática. Sin embargo, pueden desarrollarse lesiones dermatológicas cuando la proliferación de ácaros excede los niveles normales y penetra la dermis, desencadenando una reacción inflamatoria e inmune que conduce a la demodicosis. Además, la demodicosis se

presenta clínicamente como una dermatosis con signos variables e inespecíficos, a menudo confundida con otras dermatosis como el acné, la rosácea o la dermatitis perioral. Sin embargo, la demodicosis se manifiesta como enrojecimiento o telangiectasia, lesiones eritematosas con sensación de ardor, picazón, edema, con o sin pápulas y pústulas.⁷ Aunque los factores que promueven la demodicosis están poco estudiados, ciertos factores han sido identificados como desencadenantes potenciales de la enfermedad. Estos incluyen inmunosupresión, exposición a la radiación UV, aplicación excesiva de productos cosméticos, aumento de hormonas androgénicas en hombres (que promueve la producción de sebo) y diabetes mellitus.^{1-4, 8} Nuestra paciente era inmunocompetente y no tenía comorbilidad. Su cara, notablemente su nariz, fue el área más afectada. Había estado usando cremas humectantes y antiacné durante más de 9 meses antes de presentar síntomas clínicos.

Las opciones de tratamiento para la infestación *por Demodex* incluyen ivermectina, terapias basadas en metronidazol, permetrina, benzoato de benzoilo, crotamitón, lindano y azufre.⁹ Estos medicamentos son eficaces para prevenir la proliferación de ácaros y aliviar los síntomas relacionados con la respuesta inflamatoria, pero la cura completa por erradicación definitiva de los parásitos es rara.^{9, 10} La ivermectina es un agente antiparasitario eficaz que actúa contra muchos ectoparásitos, como sarna, piojos, etc.¹⁰ Su aplicación tópica también fue efectiva en el tratamiento de nuestro paciente, con un desenlace favorable observado 4 semanas después de iniciar el tratamiento. En nuestro caso, destacamos la importancia de considerar este diagnóstico cuando los niños presentan erupciones papulopustulares faciales con afectación nasal.

- [Crohn's Disease Presenting as Orofacial Granulomatosis](#). The Journal of Pediatrics, Volume 276, 114324.

Un niño de 12 años previamente sano se presentó con una historia de 6 meses de hinchazón persistente de su labio inferior y mejillas. Negó diarrea, dolor abdominal o hematoquecia; sin embargo, su madre respaldó una pérdida de peso de 15 libras, que atribuyó al aumento del ejercicio. En el examen físico, tenía edema difuso y simétrico de su labio inferior y mejillas ([Figura 1](#)). La evaluación de su mucosa oral mostró empedrado y fisuras de la encía labial ([Figura 2](#)). Las evaluaciones de laboratorio ordenadas por su pediatra habían revelado una velocidad de sedimentación globular elevada y una anemia microcítica.



[Visor de figuras](#)

Figura 1 Hinchazón del labio inferior y la mejilla y queilitis angular.

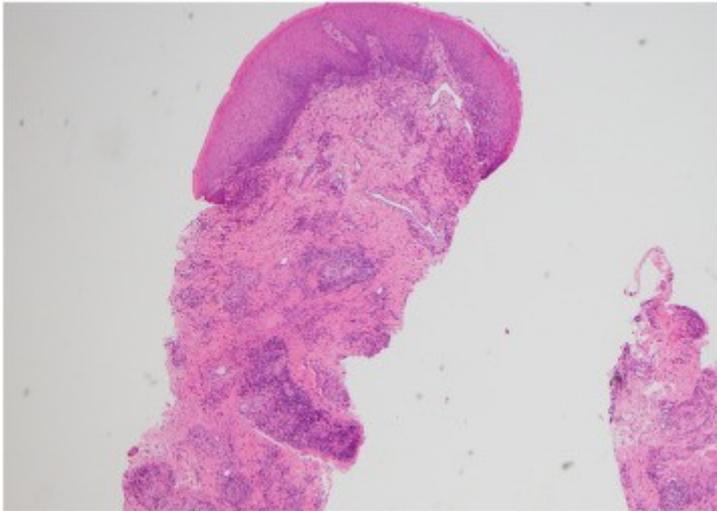


[Visor de figuras](#)

Figura 2 Empedrado y fisuración de la encía labial.

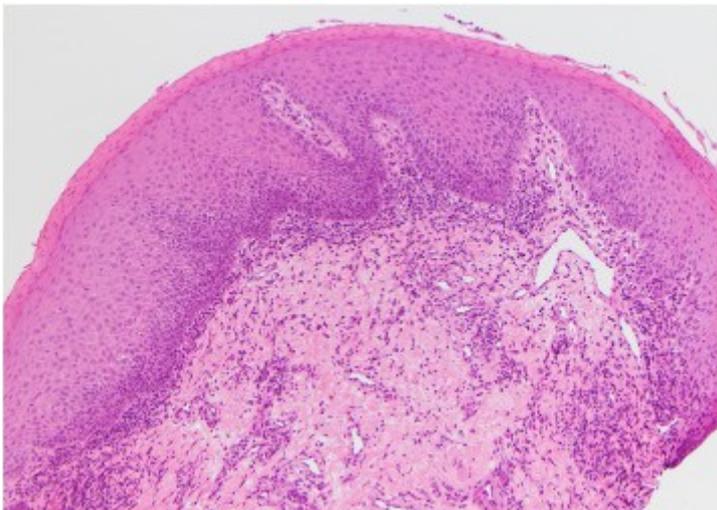
Una muestra de biopsia por punción del epitelio de la mucosa labial reveló queilitis granulomatosa ([Figuras 3-5](#)). Con base en su historial de pérdida de peso involuntaria, hallazgos del examen junto con los resultados de la biopsia y laboratorios que mostraban una velocidad de sedimentación globular elevada y una anemia microcítica, se sospechó enfermedad de Crohn (EC). También se consideraron otras causas de queilitis granulomatosa, incluyendo sarcoidosis, infección micobacteriana y síndrome de Melkerson-Rosenthal, un trastorno que presenta queilitis granulomatosa, parálisis del nervio facial y lengua fisurada. Se excluyeron diagnósticos alternativos debido a la falta de hallazgos clínicos de apoyo, una evaluación de laboratorio negativa para tuberculosis y un nivel normal de enzima convertidora de angiotensina. ¹ Las biopsias posteriores de la mucosa intestinal realizadas por un gastroenterólogo pediatra

confirmaron el diagnóstico de EC. El paciente fue tratado con infliximab con resolución completa de sus hallazgos cutáneos.



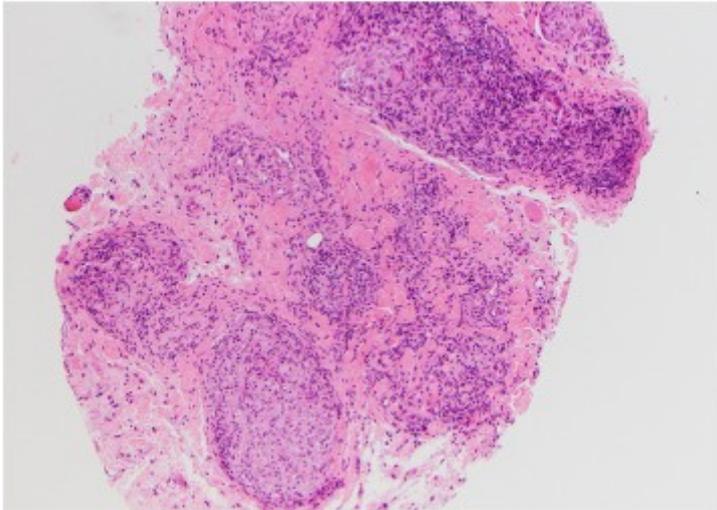
[Visor de figuras](#)

Figura 3 Vista de bajo aumento que muestra inflamación superficial y profunda.



[Visor de figuras](#)

Figura 4 Vista de mayor aumento de la porción superficial con hiperplasia epitelial leve, ectasia vascular e inflamación linfoplasmocítica.



[Visor de figuras](#)

Figura 5 Vista de mayor aumento de la porción profunda con inflamación granulomatosa epitelioides multinodular con células gigantes, linfocitos y células plasmáticas mezcladas.

La EC es un trastorno gastrointestinal crónico, caracterizado por inflamación granulomatosa transmural con dolor abdominal intermitente, diarrea, fiebre y pérdida de peso.² Aunque son poco frecuentes en adultos, las lesiones orales son relativamente comunes en la EC pediátrica, y se informan en el 10%-80% de los pacientes.^{3,4} Además, las lesiones mucosas son un signo de presentación común, que precede a los síntomas gastrointestinales en aproximadamente un tercio de los niños² o se presentan dentro del primer año del diagnóstico.³

La granulomatosis orofacial (GFO) es un término utilizado para describir la infiltración granulomatosa de los labios, la mucosa oral y la cara, y debe incluirse en el diagnóstico diferencial de los niños que presentan lesiones inflamatorias orales.^{1,3} Los pacientes presentan con frecuencia hinchazón de los labios, las mejillas y las encías.³ También se pueden observar fisuras, empedrado y apéndices mucosos que pueden causar dolor y provocar problemas para comer y hablar.³

Los niños con OFG y CD a menudo experimentan un retraso en el tiempo hasta el diagnóstico en comparación con aquellos que presentan otros hallazgos extraintestinales.² En su revisión de 173 casos pediátricos de OFG, Lazzarini et al encontraron que el 40% de los pacientes finalmente fueron diagnosticados con CD, la mitad de los cuales tenían síntomas orales que precedieron al diagnóstico por meses a años.¹ Los pediatras deben considerar el diagnóstico de CD en pacientes que presentan hinchazón de labios y cambios en la mucosa oral, incluso en ausencia de síntomas gastrointestinales.

- [Pediatric Acute Lymphangitis Manifesting as Skip Skin Lesions](#). J Pediatr. 2025 Jan;276:114373. doi: 10.1016/j.jpeds.2024.114373

Un niño de 8 años previamente sano presentó náuseas, vómitos, fiebre baja y eritema cutáneo de inicio agudo en 2 sitios aislados: su rodilla derecha y región inguinal ipsilateral ([Figura A](#), asterisco y doble asterisco). Se había caído y lesionado la rodilla derecha 5 días antes. En el examen físico, su temperatura era de 38,0 °C, presión arterial de 104/62 mm Hg, pulso de 111 latidos por minuto, respiraciones de 24 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno del 97% en aire ambiente. Mostró una expresión angustiada debido al dolor en las extremidades inferiores y no podía ponerse de pie. Se observó inflamación alrededor de su rodilla derecha y región inguinal ipsilateral. Se observó dolor a la palpación en la lesión de la parte interna del muslo derecho sin eritema cutáneo. Inicialmente, se sospechó celulitis alrededor de la rodilla derecha y artritis piógena hematógena de la rodilla u osteomielitis con linfadenitis purulenta posterior.



[Visor de figuras](#)

Figura Imágenes de un niño de 8 años con celulitis, linfangitis y linfadenitis asociada después de una lesión menor de rodilla. A, Fotografía de sus extremidades inferiores derechas. Inicialmente, se observó eritema cutáneo de inicio agudo en 2 sitios aislados: la rodilla derecha (*asterisco*) y la región inguinal ipsilateral (*doble asterisco*). Posteriormente, apareció un nuevo eritema manchado en la parte interna del muslo derecho (*flechas*). B, Resonancia magnética con recuperación de inversión de tau corta en el plano coronal, correspondiente al sitio en A. Se observaron edema subcutáneo e inflamación ascendente a lo largo de la vía linfática desde la lesión primaria (celulitis en la rodilla derecha, *asterisco*) hasta el ganglio linfático de drenaje

(linfadenitis en el ganglio linfático inguinal, *doble asterisco*). La linfangitis (*flechas*) se representó claramente entre las 2 lesiones.

Los análisis de sangre revelaron una inflamación leve (proteína C reactiva de 1,5 mg/dl y recuento de glóbulos blancos de 9500/ μ l); por lo tanto, se realizó un estudio para sepsis. Para una evaluación adicional, la resonancia magnética con recuperación de inversión de tau corta, con una alta sensibilidad para resaltar el edema tisular y la estasis linfática, reveló un edema subcutáneo desde la rodilla derecha hasta el ganglio linfático inguinal, lo que indica celulitis con linfangitis y linfadenitis asociada ([Figura B](#)). No se detectaron signos de tromboflebitis. En este punto, apareció gradualmente un nuevo eritema en la parte interna del muslo derecho ([Figura A](#), flecha) con un intervalo de tiempo de varias horas después del eritema cutáneo inicial. Aunque no se detectaron organismos patógenos, se administró un ciclo de 7 días de cefazolina oral empírica y las lesiones cutáneas se resolvieron. La normalización de la resonancia magnética se observó un mes después.

La linfangitis, una inflamación de los canales linfáticos, se desarrolla con mayor frecuencia después de la inoculación cutánea de microorganismos que invaden los vasos linfáticos a través de una herida cutánea. Esta inflamación linfática a veces acompaña a las lesiones cutáneas, que suelen propagarse de forma continua y lineal desde la lesión primaria hacia el ganglio linfático de drenaje a lo largo del torrente linfático, y la linfangitis se desarrolla rápidamente en unas pocas horas.^{1,2} En este paciente, el eritema cutáneo apareció inicialmente en 2 sitios aislados (la rodilla como celulitis primaria y la lesión inguinal como linfadenitis de drenaje), saltándose el área entre ellos y planteando un desafío diagnóstico. La resonancia magnética demostró claramente la inflamación a lo largo del torrente linfático. Aunque se desconoce el mecanismo preciso de las lesiones cutáneas salteadas iniciales, las manifestaciones cutáneas podrían variar según la extensión de la inflamación y la profundidad del canal linfático desde la superficie de la piel. En este caso, el “desbordamiento” del flujo linfático hacia la linfadenitis inguinal podría haber causado un flujo retrógrado hacia la lesión primaria (hacia la rodilla), posiblemente llevando a la aparición tardía de eritema (linfangitis aumentada) entre las dos lesiones.

En el presente caso, se desconocía el microorganismo causal. En los casos de linfangitis nodular, causada por patógenos como *Mycobacterium marinum* , *Sporotrichosis* o *Nocardia* , la inflamación suele progresar más lentamente (a menudo durante meses) sin síntomas sistémicos.³ En este paciente, considerando el inicio agudo y la buena respuesta clínica a la cefazolina, los candidatos causales probables incluyen *Staphylococcus pyogenes* o *Streptococcus aureus* .

Se preservó el anonimato de los pacientes y se obtuvo el consentimiento informado de los padres para la presentación de informes. No se necesitó la aprobación del Comité de Revisión Institucional para la presentación de informes. Se utilizó inteligencia artificial generativa (ChatGPT) únicamente para realizar verificaciones gramaticales durante el proceso de redacción.

Para ampliar

- [Oseltamivir en gripe](#). FarmaAP (Servicio de Farmacia de AP Madrid)

Nuevo boletín que repasa brevemente la evidencia disponible de este fármaco, sus indicaciones autorizadas actualmente, dosis a utilizar según las características del paciente y sus posibles efectos adversos.

- [Uso seguro de los antisépticos](#). SEFAP (Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria)

Infografía publicada por la SEFAP en colaboración con el PRAN sobre el uso seguro de los antisépticos y dirigida a pacientes y ciudadanía. Incluye información sobre los principales antisépticos que debemos tener en nuestro botiquín de casa y consejos para el manejo de ciertas heridas. ¡No olvides compartirlo con tus pacientes!

- [Más amenazas. El aumento de las enfermedades transmitidas por garrapatas y de su espectro](#). *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2025;43:1-2.
- [Screening for Crimean-Congo Haemorrhagic Fever Virus antibodies in humans living in an endemic area of Spain](#). *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2025;43:23-710.1016/j.eimc.2024.09.006.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) es una enfermedad viral emergente transmitida por garrapatas. En España ha sido descrita tanto en garrapatas como en humanos. Hasta julio de 2024 la mayoría de los casos se han descrito en el centro-oeste de la península Ibérica. Este estudio tiene como objetivo evaluar la seroprevalencia de anticuerpos frente al virus de la FHCC (VFHCC) en humanos en el área que ha reportado un mayor número de casos en España.

Métodos

Estudio de la seroprevalencia de anticuerpos frente al VFHCC entre pacientes remitidos a un hospital ubicado en la zona centro-oeste de España. Los pacientes fueron reclutados desde el 1 de abril de 2023 hasta el 30 de junio de 2023. Se utilizó un ELISA comercial para detectar anticuerpos séricos frente al VFHCC.

Resultados

Examinamos 658 muestras de 370 (56,2%) hombres, con una media de edad (\pm DE) de 58,6 años (\pm 14,3). De estos, 4 fueron positivos para IgG, lo que representa una seropositividad para IgG del 0,6% (IC 95%: 0,01-1,19). Ninguno de los 4 pacientes recordaba haber tenido un cuadro clínico que sugiriera fuertemente FHCC. En el periodo de estudio, en la población estudiada, en un área en la que circula el VFHCC existe una seroprevalencia del 0,6%.

Conclusión

Nuestros resultados sugieren una circulación activa del VFHCC en humanos en el oeste de España. Aunque en la actualidad el riesgo de desarrollar una FHCC se considera bajo, los médicos deben estar alerta ante la inminente posibilidad del desarrollo de nuevos casos de FHCC.

- [Indirect impact of PCV10 children vaccination on the serotype distribution and antimicrobial resistance of *Streptococcus pneumoniae* causing invasive disease in adults over 50 in Colombia, 2005–2019: Observational analysis.](#)

Enferm Infecc Microbiol Clin. 2025;43:3-9.

La introducción de las vacunas neumocócicas conjugadas (*pneumococcal conjugate vaccines* [PCV]) en los programas de vacunación infantil ha reducido la prevalencia de los serotipos vacunales (*vaccine serotypes* [VT]) que causan la enfermedad neumocócica invasiva (ENI) en los niños. En la población adulta también se ha visto un impacto a través de la protección indirecta (efecto rebaño). El objetivo de este estudio fue estimar los cambios en la distribución de serotipos y la susceptibilidad antimicrobiana de aislamientos de *Streptococcus pneumoniae* recuperados de ENI de adultos y evaluar el efecto indirecto de la inmunización con PCV10 con base en registros de laboratorio mediante el análisis del período de 2005 a 2019, seis años antes y ocho años después de la administración universal de PCV10 a niños colombianos.

Métodos

Se analizaron un total de 2.204 aislamientos de *S. pneumoniae* de adultos (≥ 50 años) con ENI. Se examinaron los cambios porcentuales en las proporciones (prevalencia) y las variaciones porcentuales en las tasas poblacionales (tasas anuales informadas [*annual reported rates*, ARR]) de VT entre los períodos anterior (2005-2009) y posterior a PCV10 (2015-2019).

Resultados

Los hallazgos fueron: 1) evidencia de una disminución porcentual significativa de los serotipos incluidos en la VT10 neumocócica que causa ENI en adultos (50% pre-PCV10 y 16% post-PCV10); 2) aumento significativo del serotipo 19A (del 1,6% al 14,8%) y aumento menos importante del serotipo 3 (del 10,5% al 14,5%) y de aislados no tipables (NVT) (del 21,4% al 38,4%) no significativo, y 3) aislamientos multirresistentes de meningitis y no-meningitis asociados con el serotipo 19A. Se asoció una mejora en el sistema de vigilancia junto con la inmunización de los niños, como se observa en el aumento de las ARR durante el periodo de análisis.

Conclusiones

Estos resultados demuestran el impacto indirecto de la vacunación con PCV10 en niños en la distribución de serotipos VT10 y en la resistencia a antimicrobianos de *S. pneumoniae* causante de ENI en adultos colombianos mayores de 50 años, cuando se compara el periodo pre-PCV10 (2005-2009) con el post-PCV10 (2015-2019).

- [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.

INTRODUCCIÓN

Se han realizado muchos ensayos, revisiones y metanálisis sobre la comparación del tratamiento antibiótico breve versus prolongado en las infecciones de las vías respiratorias, que en general apoyan el tratamiento más breve. El objetivo de esta revisión general es evaluar la solidez de la base de pruebas actual sobre la duración óptima del tratamiento antibiótico.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en Ovid MEDLINE, Embase y Clarivate Analytics Web of Science Core Collection el 1 de mayo de 2024, sin restricciones de fecha ni idioma. Se incluyeron las revisiones sistemáticas que abordaron la duración del tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC), la exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la neumonía adquirida en el hospital (NAH), la sinusitis aguda y la faringitis, amigdalitis o faringoamigdalitis estreptocócica. Se incluyeron estudios de pacientes hospitalizados y ambulatorios; se excluyeron las revisiones en poblaciones pediátricas. Los resultados de interés fueron la curación clínica y bacteriológica, la erradicación microbiológica, la mortalidad, la tasa de recaída y los eventos adversos. La calidad de las revisiones se evaluó mediante la herramienta AMSTAR 2, el riesgo de sesgo de todos los ensayos controlados aleatorios (ECA) incluidos mediante la herramienta Cochrane de riesgo de sesgo (versión 1) y la calidad general de las pruebas según GRADE.

RESULTADOS

Se identificaron 30 revisiones sistemáticas que cumplían los criterios; en general, eran de calidad baja a críticamente baja. 21 revisiones realizaron un metanálisis. Para la **NAC** fuera de la unidad de cuidados intensivos (UCI; 14 revisiones, de las cuales ocho realizaron un metanálisis) y la **EPOC** (ocho revisiones, de las cuales cinco realizaron un metanálisis), hubo pruebas suficientes que apoyan una duración del tratamiento de 5 días; las pruebas para duraciones más cortas son escasas. La evidencia sobre la NAH no asociada al ventilador está ausente, a pesar de identificar tres revisiones (de las cuales una realizó un metanálisis), ya que ningún ensayo se realizó exclusivamente en esta población. Para la **sinusitis** las pruebas parecen apoyar un régimen más corto, pero se necesitan más pruebas en la población que realmente requiere tratamiento antibiótico. Para la **faringoamigdalitis** (ocho revisiones, de las cuales seis realizaron un metanálisis), existen pruebas suficientes para apoyar la cefalosporina de corta duración, pero no la penicilina de corta duración cuando se administra tres veces al día.

INTERPRETACIÓN

Las pruebas disponibles para la NAC y la EPOC fuera de la UCI apoyan un tratamiento de corta duración de 5 días en pacientes que han mejorado clínicamente. Los esfuerzos

de la comunidad científica deben dirigirse a aplicar estas pruebas en la práctica diaria. Se necesitan ECA de alta calidad para respaldar duraciones de tratamiento aún más cortas para la NAC y la EPOC, para establecer la duración óptima del tratamiento de la NAH y la sinusitis aguda, y para evaluar la duración más corta utilizando un esquema de dosificación óptimo de penicilina en pacientes con faringoamigdalitis.

COMENTARIO: No centrado en niños e incluye patología de adultos (EPOC) pero trata con evidencia notable (revisión de metanálisis) un tema tan en boga como los ciclos cortos de antibiótico (5 días).

- [The Prognosis in Children With Pneumonia of Respiratory Syncytial Virus Co-detection With Airway Dominant Flora](#). The Pediatric Infectious Disease Journal. 44(1):11-17, January 2025.

INTRODUCCIÓN

La microbiota bacteriana de las vías respiratorias influye en el pronóstico de los niños con infección por el virus respiratorio sincitial. El objetivo del estudio fue investigar el efecto de la microbiota bacteriana dominante en las vías respiratorias sobre la gravedad de la enfermedad en niños con neumonía por infección por virus respiratorio sincitial.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo en el Hospital Infantil de la Universidad Médica de Chongqing, que incluyó una cohorte de pacientes con neumonía infectada por el virus respiratorio sincitial (VRS) desde enero de 2012 hasta diciembre de 2021. Los pacientes fueron asignados a un grupo de flora normal o a un grupo de flora dominante (con las 5 principales bacterias individuales) en función del cultivo de aspirados nasofaríngeos y emparejados mediante propensity-score matching. Se realizaron análisis univariantes y multivariantes para estimar los factores de riesgo de mal pronóstico en la flora dominante.

RESULTADOS

Se incluyeron 5.512 pacientes en la flora normal y 4.556 en la flora dominante (*Escherichia coli* 514, *Streptococcus pneumoniae* 1516, *Staphylococcus aureus* 506, *Moraxella catarrhalis* 509 y *Haemophilus influenzae* 1516, respectivamente). La flora dominante tuvo más pacientes que desarrollaron neumonía grave, necesitaron ventilación mecánica/intubación traqueal (hasta un 15,8% en el *S. aureus*) e ingreso en la unidad de cuidados intensivos (hasta un 4,5% en el *E. coli*) que en la flora normal (28,5% frente a 25,9%; $P = 0,001$; 9,8% frente a 5,4%; $P < 0,001$; 2,0% frente a 1,2%; $P < 0,001$). Y la hospitalización fue más larga en la flora dominante que en la flora normal [8 (6-9) frente a 8 (7-9) días; $P < 0,001$], el *E. coli* y el *S. aureus* tuvieron la hospitalización más larga [8 (7-10) días]. Varios factores se asociaron con la enfermedad crítica en la flora dominante según el análisis multivariante ($P < 0,001$), entre ellos la edad (OR: 0,965; IC: 0,954-0,976; $P < 0,001$), la anhelación (anhelation) (OR: 0,530; IC: 0,446-0,631; $P < 0,001$), los trastornos de la conciencia (OR: 0,055; IC:

0,016-0,185; $P < 0.001$), así como respiración asistida (OR: 0,115; IC: 0,097-0,138; $P < 0,001$), proteína C reactiva >10 mg/L (OR: 0,686; IC: 0,560-0,839; $P < 0,001$), SpO₂ $<90\%$ (OR: 0.366; IC: 0,214-0,628; $P < 0,001$), consolidación pulmonar (OR: 0,511; IC: 0,364-0,717; $P < 0,001$) y atelectasia pulmonar (OR: 0,362; IC: 0,236-0,555; $P < 0,001$).

CONCLUSIONES

La microbiota bacteriana dominante en las vías respiratorias influyó en la gravedad de la enfermedad y las comorbilidades en niños con neumonía infectada por VRS. Los clínicos deben prestar atención al cultivo del aspirado nasofaríngeo, especialmente tras detectar *S. aureus* y *E. coli* en niños con neumonía infectados por el VRS, observar de cerca la progresión de la enfermedad y tomar medidas oportunas para evitar resultados adversos.

- [Epidemiology of childhood invasive pneumococcal disease in Australia: a prospective cohort study](#) (25 September, 2024) *Archives of Disease in Childhood* 2025;**110**:52-58.

Antecedentes El uso generalizado de las vacunas antineumocócicas conjugadas (PCV) ha cambiado la epidemiología de la enfermedad neumocócica invasiva (ENI) en niños a nivel mundial.

Métodos Auditoría prospectiva multicéntrica de episodios de ENI de cinco hospitales pediátricos en Australia durante 5,5 años entre 2016 y junio de 2021. Se incluyeron niños (<18 años) con *Streptococcus pneumoniae* aislado de un sitio estéril.

Resultados Se produjeron 377 episodios de ENI en 375 niños: 338 (90%) habían recibido ≥ 3 dosis de PCV; 42 (11%) presentaban factores de riesgo de ENI. Las presentaciones más frecuentes fueron neumonía complicada (254, 67%), bacteriemia (65, 17%) y meningitis (29, 8%). Cinco (1%) niños fallecieron.

Se dispuso de información sobre el serotipo para 230 (61%) episodios; 140 (61%) fueron serotipos de la vacuna 13vPCV (VT). La mayoría (85%) de los episodios de neumonía complicada se debieron a un VT; predominantemente 3, 19A, 19F. Los niños con factores de riesgo tenían más probabilidades de presentar bacteriemia \pm sepsis (42% frente a 12%) y de tener un serotipo no vacunal (NVT) (74% frente a 32%). La resistencia a la ceftriaxona (punto de corte de meningitis) se produjo en el 17% de los aislamientos 23B ($n = 12$) y representó el 22% (5/23) de los casos de meningitis.

Conclusiones La neumonía complicada es la forma de presentación más frecuente de ENI. Las NVT son responsables de la mayoría de los episodios de bacteriemia y meningitis. Las altas tasas de resistencia a la ceftriaxona para NVT 23B respaldan la adición de vancomicina para el tratamiento empírico de la meningitis sospechada.

- [Associations between maternal body mass index and childhood infections in UK primary care: findings from the Born in Bradford birth cohort study](#) (27 September, 2024) *Archives of Disease in Childhood* 2025;**110**:59-66.

Objetivo Explorar las asociaciones entre el índice de masa corporal (IMC) materno al comienzo del embarazo y las infecciones infantiles.

Diseño Estudio de cohorte de nacimiento vinculado a registros de atención primaria.

Escenario: Bradford, Reino Unido.

Participantes Nacimientos únicos vivos dentro del estudio de cohorte Born in Bradford entre 2007 y 2011.

Exposiciones IMC materno al comienzo del embarazo.

Principales medidas de resultado El número total de infecciones entre el nacimiento y los ~14 años de edad con análisis de subgrupos por tipo de infección y edad.

Resultados Se incluyeron en el análisis principal un total de 9037 madres y 9540 niños. El 45% de las mujeres eran de etnia pakistani y 6417 mujeres (56%) tenían sobrepeso u obesidad. Hubo una tendencia general hacia una tasa de infección creciente con el aumento del IMC materno. En los modelos ajustados, solo aquellas con obesidad de grado 2-3 tuvieron descendencia con tasas significativamente más altas de infección durante el primer año de vida (RR 1,12 (IC del 95%: 1,05 a 1,20)) en comparación con las mujeres de peso saludable. Sin embargo, entre los 5 y los <15 años de edad, los hijos de mujeres con sobrepeso (RR 1,09 [IC del 95 %: 1,02 a 1,16]), obesas grado 1 (RR 1,18 [IC del 95 %: 1,09 a 1,28]) o obesas grado 2 (RR 1,31 [IC del 95 %: 1,16 a 1,48]) tenían tasas de infección significativamente más altas que los hijos de madres con peso saludable. Las infecciones de las vías respiratorias y de la piel y los tejidos blandos constituyeron la mayoría de las infecciones en exceso.

Conclusiones El IMC materno se asoció positivamente con las tasas de infección en la descendencia en esta cohorte de estudio, y sugiere que deberíamos apoyar a las mujeres para que alcancen un peso saludable para el embarazo. Las investigaciones futuras deberían investigar si esto se repite en otras poblaciones, si existe una asociación causal y los posibles mecanismos y áreas de intervención.

- [Burden of Infections in Early Life and Risk of Infections and Systemic Antibiotics Use in Childhood. JAMA Netw Open. 2025;8\(1\):e2453284. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.53284.](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.53284)

Pregunta:— ¿La carga de infección en los primeros años de vida se mantiene durante toda la niñez y la adolescencia?

Resultados En este estudio de cohorte de 614 niños con información diaria sobre la carga de infecciones comunes en los primeros años de vida, la carga general de infecciones en los primeros años de vida se asoció con mayores riesgos de infecciones moderadas a graves y tratamientos con antibióticos más adelante en la infancia.

Significado Estos hallazgos son importantes para el pronóstico y el seguimiento de los niños que experimentan una alta carga de infecciones comunes en los primeros años de vida.

Resumen

Importancia Una alta carga de infección en la primera infancia es común y constituye un factor de riesgo para el desarrollo posterior de la enfermedad. Sin embargo, faltan

estudios de cohorte de nacimiento longitudinales que investiguen la carga de infección en la primera infancia y el riesgo posterior de infección y episodios de antibióticos.

Objetivo Investigar si la carga de infección en los primeros años de vida está asociada con un riesgo posterior de infección y episodios de tratamiento con antibióticos sistémicos en la infancia.

Diseño, entorno y participantes Este estudio de cohorte longitudinal de niños desde el nacimiento hasta los 10 o 13 años de edad incluyó datos de la cohorte de nacimiento de los Estudios Prospectivos de Copenhague sobre Asma en la Infancia (COPSAC) basados en la población danesa entre noviembre de 2008 y noviembre de 2010. Se hizo un seguimiento de los niños para detectar diagnósticos de infecciones y prescripciones de antibióticos sistémicos de bases de datos nacionales hasta el 1 de febrero de 2024, momento en el que habían completado la visita de los 10 o 13 años. Se excluyeron los niños con deficiencias inmunológicas o enfermedades congénitas.

Exposiciones Episodios de infecciones comunes registrados en un diario diario: resfriado, otitis media aguda, amigdalitis, neumonía, gastroenteritis y episodios de fiebre desde el nacimiento hasta los 3 años.

Principales resultados y medidas Después de los 3 años de edad, la incidencia de diagnósticos de infecciones moderadas a graves y prescripciones de antibióticos sistémicos se estimó utilizando razones de tasas de incidencia ajustadas (AIRR) calculadas a partir de modelos de regresión cuasi-Poisson. Todos los análisis se ajustaron para factores de confusión sociales y ambientales.

Resultados Un total de 614 niños (317 varones [51,6%]) con datos diarios desde el nacimiento hasta los 3 años completaron el seguimiento hasta los 10 o 13 años. No se observaron diferencias en las características iniciales entre los niños que tenían datos diarios disponibles y los que no. Los niños con una carga alta frente a baja de infecciones registradas en el diario entre el nacimiento y los 3 años (es decir, igual o superior frente a inferior a la mediana de 16) tuvieron un mayor riesgo de infecciones posteriores moderadas a graves (181 frente a 87 episodios; AIRR, 2,39; IC del 95%, 1,52-3,89) y tratamientos antibióticos sistémicos (799 frente a 623 episodios; AIRR, 1,34; IC del 95%, 1,07-1,68) hasta los 10 o 13 años. Cada episodio de infección diaria también aumentó el riesgo posterior de infecciones moderadas a graves (AIRR, 1,05; IC del 95 %, 1,02-1,08) y tratamientos antibióticos sistémicos (AIRR, 1,02; IC del 95 %, 1,01-1,04). Los análisis de subtipos mostraron asociaciones significativas entre cada episodio de resfriado, otitis media aguda, neumonía, gastroenteritis y fiebre entre el nacimiento y los 3 años y el riesgo de infecciones moderadas a graves posteriores o tratamientos antibióticos sistémicos.

Conclusiones y relevancia Este estudio de cohorte longitudinal sugiere que la carga de infecciones en la primera infancia puede continuar durante toda la niñez y está asociada con tratamientos antibióticos posteriores independientemente de los factores de riesgo sociales y ambientales. Estos hallazgos son importantes para el

pronóstico y el seguimiento de los niños que experimentan una alta carga de infecciones comunes en la primera infancia.

- [Burden of bacterial antimicrobial resistance among hospitalised patients in Spain: findings from three nationwide prospective studies](#). The Lancet Regional Health – Europe, Volume 51, 101220.

La evaluación de la carga de resistencia a los antimicrobianos es esencial para determinar la magnitud de este problema y establecer su prioridad. Nuestro objetivo fue estimar la carga de enfermedad causada por microorganismos multirresistentes (MDR) en pacientes hospitalizados en España.

Métodos

Se realizaron tres estudios prospectivos a nivel nacional en 2018, 2019 y 2023. Se incluyeron todos los pacientes con un nuevo diagnóstico de infección con cualquiera de los 10 MDR seleccionados más *Clostridioides difficile* durante el período de estudio (una semana en 2018 y 2019 y dos semanas en 2023). Se analizaron los resultados clínicos y demográficos de los pacientes, incluida la incidencia, la mortalidad bruta por todas las causas a los 30 días y los años de vida perdidos (YLL). Estos resultados se utilizaron para calcular estimaciones anuales ponderadas y ajustadas estacionalmente para todo el país.

Recomendaciones

En total, participaron en el estudio 82, 133 y 130 centros en 2018, 2019 y 2023, respectivamente, registrando un total de 907, 1392 y 2351 infecciones por MDR, lo que representa una densidad de incidencia ponderada de 3,54 (IC del 95%: 2,92-4,17), 5,01 (3,95-6,07) y 4,41 (3,55-5,27) casos/1000 estancias, respectivamente. Un total de 161, 198 y 352 pacientes murieron con una infección por MDR, lo que representa una densidad de incidencia ponderada de 0,46 (0,16-0,76), 0,43 (0,17-0,69) y 0,62 (0,52-0,72) muertes/1000 estancias, respectivamente. Con base en estos datos, se estimó una ocurrencia a nivel nacional de 155,294 infecciones por MDRO (IC del 95%: 127,928-182,569) con 20,065 muertes (6938-32,958) para 2018, 210,451 infecciones por MDRO (165,963-254,975) con 17,982 muertes (7071-28,700) para 2019, y 173,653 infecciones por MDRO (139,814-207,258) con 24,582 muertes (20,461-28,796) para 2023.

Interpretación

La carga de enfermedad causada por infecciones por MDR entre los pacientes hospitalizados en España es muy alta y se mantiene estable durante el periodo de estudio. Es necesario intensificar las acciones nacionales para combatir la resistencia bacteriana.

Nota GPI: No -son datos pediátricos.

- [Natural history of otitis media with effusion-related hearing loss in children under 12 years: a systematic review](#) (18 September, 2024) *Archives of Disease in Childhood* 2025; **110**: 38-44.

Objetivo Evaluar la historia natural de la pérdida auditiva relacionada con otitis media con derrame (OME) y la OME que causa pérdida auditiva en niños menores de 12 años.

Métodos Se realizaron búsquedas en Embase, MEDLINE, CINAHL, base de datos INAHTA, CENTRAL, CDSR, Epistemonikos y PsycINFO para identificar estudios observacionales de un solo grupo y estudios comparativos con grupos de control sin tratamiento publicados en inglés hasta junio de 2022, que informaran la historia natural de la pérdida auditiva relacionada con OME y la OME que causa pérdida auditiva. El riesgo de sesgo y la calidad general de la evidencia se evaluaron utilizando la lista de verificación del JBI (Joanna Briggs Institute (JBI)) y la metodología GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation), respectivamente.

Resultados Se incluyeron trece estudios con 24–639 niños. La resolución de la pérdida auditiva relacionada con OME fue del 50% a los 3 meses, del 60% a los 6 meses y del 61–77% a los 12 meses. La resolución de la OME que causa pérdida auditiva (OME de <1 mes, >3 meses, >6 meses o duración desconocida antes del seguimiento) fue del 23–55% a los 3 meses, del 20–50% a los 6 meses, del 31% a los 9 meses y del 21–93% a los 12 meses, dependiendo de la población y de cómo se definió la resolución. La resolución de la OME crónica (OME de >12 meses de duración antes del seguimiento) fue solo del 7% al mes, del 12% a los 6 meses y del 6% a los 12 meses. La resolución fue solo del 42% a los 57 meses en niños con discinesia ciliar primaria.

Conclusiones Hubo una mayor resolución de la pérdida auditiva relacionada con OME durante períodos de seguimiento más prolongados. La resolución de la OME que causa pérdida auditiva también mostró una tendencia hacia una mayor resolución durante períodos de seguimiento más prolongados; sin embargo, esto no siguió un patrón lineal, posiblemente debido a diferencias en las poblaciones y las definiciones de resolución en los estudios.

- [Modifiable risk factors for developing otitis media with effusion in children under 12 years in high-income countries: a systematic review](#) (19 September, 2024) *Archives of Disease in Childhood* 2025; **110**:45-51.

Objetivo Evaluar sistemáticamente los factores de riesgo modificables para desarrollar otitis media serosa (OME) en niños menores de 12 años.

Métodos Buscamos en Embase, MEDLINE, base de datos INAHTA, CENTRAL, CDSR y Epistemonikos estudios de cohorte con ≥ 40 niños por brazo/factor pronóstico, publicados en inglés desde 2000 hasta noviembre de 2022. Evaluamos el riesgo de sesgo utilizando la lista de verificación de Calidad en Estudios de Pronóstico, y la calidad general de la evidencia se evaluó utilizando la metodología Grading of

Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE). Los resultados se analizaron como razón de riesgos (RR), OR u OR de Peto.

Resultados Se incluyeron siete estudios con un total de 2 760 292 niños. La evidencia fue de muy baja calidad. La secreción de líquido o pus de los oídos (OR 2,1; IC del 95 %: 1,01 a 4,35) y la exposición a otros niños (RR 2,79; IC del 95 %: 1,98 a 3,93) (OR 5,21; IC del 95 %: 2,9 a 9,36) se asociaron fuertemente con el desarrollo de OME. La tos/resfriado ≥ 5 veces (OR 1,91; IC del 95 %: 1,22 a 2,99), los problemas respiratorios ≥ 5 veces (RR 1,78; IC del 95 %: 1,26 a 2,53) y las infecciones de oído (RR 1,95; IC del 95 %: 1,39 a 2,72) en el año anterior se asociaron con el desarrollo de OME. La hipertrofia adenoidea se asoció fuertemente con el desarrollo de OME fluctuante (OME recurrente) (OR 9,96, IC del 95%: 5,17 a 19,19). Hubo escasa evidencia de algunos factores de riesgo potencialmente modificables, entre ellos la lactancia materna, el tabaquismo en el hogar, el reflujo gastroesofágico, el uso de chupete y la natación.

Conclusiones La infección de las vías respiratorias superiores, la infección del oído, la hipertrofia adenoidea y la exposición a otros niños podrían ser predictores del desarrollo de OME. Se necesitan más estudios observacionales para investigar otros posibles factores de riesgo modificables.

- [Trends in Pediatric Hospital Admissions Caused or Contributed by SARS-CoV-2 Infection in England](#). J Pediatr. 2025 Jan;276:114370. doi: 10.1016/j.jpeds.2024.114370.

Investigar las características cambiantes de las admisiones hospitalarias pediátricas relacionadas con el SARS-CoV-2 a lo largo del tiempo.

Diseño del estudio

Se realizó un estudio de cohorte observacional nacional del 1 de julio de 2020 al 31 de agosto de 2023, en el que se utilizaron registros médicos electrónicos vinculados a la población inglesa. Identificamos 45 203 niños menores de 18 años en quienes el SARS-CoV-2 causó o contribuyó a la hospitalización, excluyendo a aquellos ingresados con infección "incidental". Los resultados estudiados fueron los tipos de hospitalización y las hospitalizaciones graves que involucraron cuidados intensivos o síndrome multisistémico inflamatorio pediátrico asociado temporalmente con el SARS-CoV-2 (PIMS-TS).

Resultados

Hubo 45 920 hospitalizaciones relacionadas con SARS-CoV-2 en niños: 34 870 (75,9 %) atribuibles a COVID-19; 1845 (4,0 %) atribuibles a PIMS-TS; 8330 (18,1 %) con SARS-CoV-2 como contribuyente al ingreso; y 875 (1,9 %) infección nosocomial por SARS-CoV-2 adquirida. Los cambios más notables entre las primeras 3 olas (marzo de 2020 a noviembre de 2021) y la era Ómicron (diciembre de 2021 en adelante) fueron una disminución en PIMS-TS de 1575 de 14 020 (11,2 %) a 270 de 31 905 (0,8 %); una reducción en el uso de cuidados críticos de 1175 de 14 020 (8,4%) a 1390 de 31 905 (4,4%); una disminución en la tasa de mortalidad entre los hospitalizados de 521 por

100 000 a 249 por 100 000; y una disminución en la edad media de los niños hospitalizados de 4,7 (RIC 0,6, 12,3) a 1,1 (RIC 0,3, 6,4) años. De los niños hospitalizados, los lactantes, el 10,2% de los cuales tenían una condición de salud subyacente registrada, comprendieron 4225 de 14 020 (30,1%) admisiones de 2020 a 2021 y 15 555 de 31 900 (48,8%) desde 2022 ($P < .001$ para todas las comparaciones).

Conclusiones

Los bebés son ahora el grupo de edad pediátrica más afectado por el SARS-CoV-2, al menos en parte porque tienen menos inmunidad al virus y son más vulnerables a las enfermedades respiratorias.

- [Strengths and weaknesses of computerized clinical decision support systems: insights from a digital control center \(C3 COVID-19\) for early and personalized treatment for COVID-19.](#) (Luces y sombras de los sistemas informáticos de apoyo a la decisión clínica: experiencia de un centro de control virtual (C3 COVID-19) para el tratamiento precoz y personalizado de pacientes con COVID-19) Rev Esp Quimioter 2025; 38(1): 1-7

Los sistemas informáticos de soporte a la decisión clínica son herramientas informáticas basadas en el análisis de grandes volúmenes de datos sanitarios, diseñadas para asistir a los profesionales de la salud en la toma de decisiones clínicas, ya sean preventivas, diagnósticas o terapéuticas. Esta revisión examina el impacto de los sistemas de apoyo a la decisión en la práctica clínica, destacando tanto sus beneficios potenciales como sus limitaciones y desafíos. Para ello se describe la experiencia de un grupo de profesionales clínicos en el desarrollo de un centro de control virtual para pacientes con COVID-19 (C3 COVID-19) en España durante la pandemia provocada por el coronavirus SARS-CoV-2. Esta herramienta permitió el seguimiento en tiempo real de los datos clínicos de los pacientes hospitalizados por COVID-19, optimizando la toma de decisiones médicas personalizadas e informadas. Los sistemas de soporte a la decisión clínica pueden ofrecer beneficios significativos, como mejorar la calidad de la atención al paciente ingresado, promover la toma de decisiones clínicas y terapéuticas basadas en la evidencia, facilitar la personalización del tratamiento y aumentar la eficiencia y productividad del sistema sanitario. Sin embargo, la implementación de los sistemas informáticos de soporte a la decisión clínica conlleva desafíos, como la necesidad de que los médicos se familiaricen con los sistemas y programas informáticos y la necesidad de actualización y soporte técnico continuo de estos sistemas.

- [Prenatal and Postnatal Exposure to Antibiotics and the Risk of Type 1 Diabetes in Finnish Children: A Registry-based Study.](#) J Pediatr 2025;276:114292.

Estudiar si la exposición prenatal y postnatal a antibióticos está asociada con el riesgo de diabetes tipo 1 en la infancia.

Diseño del estudio

Este estudio de cohorte de casos incluyó a 2869 niños diagnosticados con diabetes tipo 1 a fines de 2009 que nacieron entre el 1 de enero de 1996 y el 31 de diciembre de 2008 en Finlandia y una cohorte de referencia (n = 74 263) que representa el 10% de cada cohorte de nacimiento. Se evaluó la exposición a antibióticos en diferentes períodos de tiempo. Los datos se obtuvieron del Registro de reembolsos especiales, el Registro de prescripción de medicamentos y el Registro de población y se analizaron con modelos de regresión de riesgos proporcionales de Cox ponderados.

Resultados

La exposición a cualquier antibiótico antes o durante el embarazo, en la sala de neonatos, durante el primer año de vida o durante los 2 primeros años de vida, no se asoció con el riesgo de diabetes tipo 1 en la descendencia. La exposición a macrólidos en el año anterior al embarazo (cociente de riesgos instantáneos [HR] ajustado, 1,17; IC del 95 %, 1,02-1,33) y a sulfonamidas y trimetoprima durante el embarazo (HR ajustado, 1,91; IC del 95 %, 1,07-3,41) se asoció con un mayor riesgo de diabetes tipo 1 en la descendencia. La exposición a sulfonamidas y trimetoprima durante los primeros 2 años de vida se asoció con un menor riesgo de diabetes tipo 1 (HR ajustado, 0,84; IC del 95 %, 0,73-0,97). El número de compras de antibióticos entre madres o niños no se asoció con el riesgo de diabetes tipo 1.

Conclusiones

En general, la exposición prenatal y posnatal a antibióticos no aumentó el riesgo de diabetes tipo 1 en los hijos. Sin embargo, el tipo de antibiótico y el momento de la exposición pueden influir en el riesgo de diabetes tipo 1.

- [El uso de antibióticos se asocia a un mayor riesgo de enfermedad de Kawasaki](#)
Evid Pediatr. 2024;20:44.

Resumen Estructurado

Objetivo: se plantean 2 objetivos primarios. (1) Evaluar si el uso de antibióticos está relacionado *per se* con el desarrollo de la enfermedad de Kawasaki (EK). (2) En tal caso, la relación según la duración, el momento de exposición o la clase específica de antibioterapia.

Diseño: estudio de casos y controles anidado en una cohorte retrospectiva nacional.

Emplazamiento: Corea del Sur.

Población de estudio: pacientes atendidos entre los años 2016 y 2019 en hospitales de Corea del Sur, incluidos en una base de datos nacional de revisión y evaluación de seguros médicos (HIRA), que incluía 17 818 casos de EK (<5 años, hospitalizados con diagnóstico de EK codificado según ICD-10-CM, que recibieron inmunoglobulinas y un tratamiento con aspirina durante ≥ 14 días). Se excluyeron pacientes con falta de datos, tratamiento con aspirina inferior a 14 días o diagnóstico previo de EK. Los controles fueron 89 090 pacientes sin EK, que habían recibido asistencia clínica general en el

hospital, emparejados mediante puntuación de propensión en proporción 1:5, según covariables de edad, sexo, residencia y periodo de asistencia en hospital.

Evaluación del factor de riesgo: el factor de riesgo medido fue el uso de antibióticos, agrupado en las siguientes categorías: penicilinas, cefalosporinas, macrólidos, sulfonamidas, tetraciclinas, glicopeptidos, fluorquinolonas, lincosamida, nitroimidazol u otros. Se recogió la duración en días del tratamiento. También se recogió información demográfica (edad, sexo, región de residencia, comorbilidad), enfermedades previas infecciosas graves, enfermedades comunes entre 2 meses a 2 semanas antes de la EK y visitas hospitalarias por enfermedades alérgicas comunes (rinitis, dermatitis atópica, asma y urticaria) en el año previo.

Medición del resultado: se comparó el uso de antibióticos en pacientes con EK y controles. Se definieron para el análisis 4 cohortes según edad y periodo de uso de antibióticos: (1) mayores de 28 días con uso de antibióticos en los primeros 28 días desde nacimiento (cohorte 1); (2) más de 12 meses de edad y uso de antibióticos en los primeros 12 meses de vida (cohorte 2); (3) más de 12 meses de edad con uso antibiótico en los seis meses previos a la fecha del caso (cohorte 3); (4) más de 12 meses de edad con uso antibiótico en los 12 meses previos a la fecha del caso (cohorte 4). Se analizaron las diferencias en la distribución de las variables independientes mediante la diferencia de medias estandarizada (DME), considerándose significativa una DME mayor de 0,1. Se comparó el uso de las tres clases principales de antibióticos (penicilinas, cefalosporinas y macrólidos), el número acumulado de antibióticos y cada clase de antibióticos entre casos y controles. Se realizó análisis de regresión logística multivariable por separado en cada cohorte, ajustándose todas las variables independientes disponibles. Las estimaciones se validaron internamente mediante remuestreo (*bootstrapping*) en 1000 muestras. La multicolinealidad entre covariables se probó utilizando el factor de inflación de la varianza.

Resultados principales: no hay diferencias demográficas, ni en la historia médica previa de pacientes con EK o controles (incluyendo presencia de enfermedades alérgicas), salvo historia previa de sepsis/bacteriemia (DME 0,220), infecciones de piel y tejidos blandos (DME 0,117) u otitis (DME 0,109), que fue mayor en los casos. No había diferencia significativa entre presencia de rinitis alérgica y urticaria ni en el número de visitas hospitalarias por estas.

El uso de antibióticos fue mayor en los casos de las cohortes 2 (DME 0,203), 3 (DME 0,387) y 4 (DME 0,434). La duración en días de antibióticos fue mayor en las cohortes 3 y 4 (DME 0,202 y 0,215, respectivamente). El número de clases de antibióticos (>3) fue mayor en las cohortes 3 (DME 0,106) y 4 (DME 0,189), siendo mayor para los que usaron los tres tipos principales de antibióticos (penicilinas, cefalosporinas y macrólidos) (DME 0,206 para la cohorte 3 y 0,265 para la cohorte 4). No se encontró asociación entre el uso temprano de antibióticos (en neonatos y lactantes <1 año) y la EK. Sí se objetivó asociación entre uso previo y EK; los casos habían usado antibióticos más frecuentemente en los 12 meses anteriores (91,3% frente a 82,7%), con una *odds ratio* (OR) de 1,23 (intervalo de confianza del 95% [IC 95]: 1,14 a 1,32) y en los 6 meses

anteriores (84,1% frente a 72,4%), con una OR de 1,18; IC 95: 1,12 a 1,26). Los casos recibieron mayor número de clases de antibióticos, más penicilinas y macrólidos. Tras la validación interna se mantuvieron como variables significativas el uso de cualquier antibiótico en los 6 meses (OR 1,18; IC 95:1,14 a 1,24) y 12 meses previos (OR 1,23; IC 95: 1,16 a 1,30) y el número de clases de antibióticos recibidas.

Conclusión: el uso de antibióticos en los 12 meses previos se asocia a la EK.

Conflicto de intereses: no existe.

Fuente de financiación: no consta.

Comentario Crítico

Justificación: hoy en día la etiología de la EK no ha sido aclarada. A pesar de la sospecha de que un agente infeccioso pudiera ser el desencadenante de la enfermedad en individuos genéticamente predispuestos, un reciente estudio encontró una asociación débil¹, por lo que se postula que otros factores, entre los que estaría el uso de antibióticos en estas infecciones, podrían estar implicados, produciendo un desequilibrio en la microbiota²⁻⁴, que favorecería la EK.

Validez o rigor científico: se trata de un estudio de base poblacional muy amplio, realizado a partir del registro oficial de Corea del Sur, país con sistema nacional de seguro obligatorio que cubre a toda la población, similar al que existe en nuestro país y con una estricta regulación gubernamental de los antibióticos. Se define adecuadamente la población diana, las variables de estudio y los resultados. El diseño y el análisis multivariado fueron adecuados. Existe la posibilidad de sesgos por factores de confusión no identificados, como la codificación incorrecta al trabajar con una gran base de datos, o por falta de información de factores no analizados que pudieran haber influido en los resultados (tipo de parto, lactancia materna, uso de antibióticos prenatales, antecedentes familiares de EK o la administración de probióticos previa), alterando desde primeras etapas de la vida la microbiota intestinal. Se realizó un correcto análisis de los resultados obtenidos, incluyendo una validación interna mediante *bootstrapping* paramétrico.

Importancia clínica: el uso de antibióticos en el año previo se asoció a un riesgo un 23% mayor de EK (OR 1,23; IC 95: 1,16 a 1,3); para su uso en los 6 meses previos el riesgo fue un 18% mayor (OR 1,18; IC 95:1,14 a 1,24). La magnitud de esta asociación es débil. Para una incidencia prepandemia esperada en Corea del Sur de 239 casos 100 000 menores de 5 años⁵, podemos estimar que el 17% de los casos de EK serían atribuibles al uso de antibióticos en los 12 meses previos (fracción atribuible poblacional [FAP]: 17%; IC 95: 11,2 a 22,1%); para su uso en los 6 meses previos la FAP sería 12,8% (IC 95: 9 a 17,3%)*. En otro estudio publicado unicéntrico, realizado en Japón⁷ y de pequeño tamaño muestral, se encontró una asociación mucho mayor (OR 11,7; IC 95 4,7 a 29,1).

Aplicabilidad en la práctica clínica: según este estudio el uso de antibióticos en la infancia se asocia a un discreto mayor riesgo de EK. Sin embargo, el efecto observado

no es suficiente para establecer una relación causal. La población estudiada, con alta incidencia de EK y alta exposición a antibióticos, podría cuestionar la validez externa y su aplicabilidad a otros grupos de población. Estos resultados nos alertan para hacer un uso responsable de antibióticos, en un periodo de la vida con alta frecuencia de infecciones y alta exposición a antibióticos, considerando las posibles consecuencias. Además, refuerzan la necesidad de seguir investigando para identificar los mecanismos subyacentes de la EK.

- [Outcomes and Risk Factors for Morbidity After Lung Hydatidosis Surgery in Children.](#) The Journal of Pediatrics, Volume 276, 114367

Objetivo

Examinar los resultados y los factores de riesgo asociados en niños que se someten a cirugía por hidatidosis pulmonar (HL).

Diseño del estudio

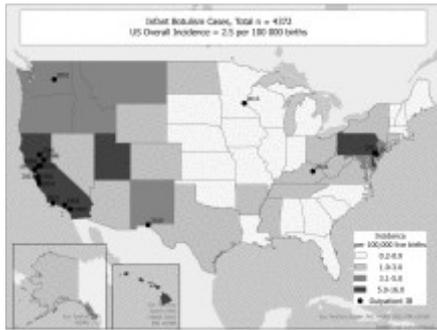
A través de un estudio retrospectivo y analítico, durante un período de 35 años en 2 departamentos quirúrgicos, informamos todos los casos operatorios por LH en niños, independientemente del número de quistes, la ubicación y el aspecto. Se utilizaron análisis univariados y multivariados para evaluar las variables potencialmente predictivas de la morbilidad posoperatoria.

Resultados

En total, se incluyeron 456 niños con una edad media de 10,3 años. Realizamos 544 procedimientos quirúrgicos para 704 quistes con un tamaño medio de 60 mm (rango 10-200 mm). El 36 por ciento de los quistes fueron complicados. Se realizó cirugía conservadora en el 98,5% de los casos y se requirió resección pulmonar anatómica en el 1,47% de los niños. Se produjeron complicaciones postoperatorias en el 24,4% de los niños y se registró una muerte (0,2%). Después del análisis multivariable, los factores de riesgo de morbilidad asociados independientes para la morbilidad postoperatoria fueron la resección pulmonar anatómica, la estancia en la unidad de cuidados intensivos, el quiste complicado, un tamaño del quiste ≥ 60 mm, ≥ 3 fístulas bronquiales, hidatidosis hepática asociada y la presencia o aparición de empiema durante la cirugía.

Conclusiones

La cirugía conservadora que preserva el parénquima pulmonar es el tratamiento de elección para la hidatidosis pulmonar y se asocia con una baja tasa de mortalidad. El conocimiento de los factores de riesgo independientes de morbilidad puede ayudar a los médicos a tratar a los niños con LH de manera más adecuada y mejorar los resultados posoperatorios.



- [New COVID-19 vaccination recommendations in Spain: Optimizing for next seasons.](#) *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2025;43:36-46.

A pesar de las altas tasas de vacunación alcanzadas durante los primeros años de pandemia, actualmente en España la cobertura de vacunación contra la COVID-19 en los grupos recomendados no alcanza los objetivos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Algunas de las dificultades que deben abordarse para la temporada de vacunación de 2024-2025 son la edad de vacunación, la revisión de los grupos de riesgo y la unificación de criterios con la vacuna de la gripe para su administración conjunta. Además, los acuerdos de compra anticipada establecidos por la Comisión Europea que limitan el acceso a ciertas vacunas y la necesidad de vacunas actualizadas a las variantes que circulan hoy en día, añaden otras dificultades de orden administrativo para la temporada de vacunación de 2024-2025. Las recomendaciones para la vacunación de la COVID-19 en España deben adaptarse a estas circunstancias específicas y emplear vacunas eficaces contra las variantes predominantes con una duración de la respuesta lo más prolongada posible para maximizar la protección de la población de riesgo. La formación y las campañas de educación sanitaria para profesionales sanitarios y población general, además de emplear herramientas para simplificar las recomendaciones pueden promover una mayor tasa de vacunación en la población española.

- [Universal newborn screening for congenital cytomegalovirus infection.](#) *Lancet Child Adolesc Health.* 2025 Jan;9(1):57-70.

La infección congénita por citomegalovirus (CMV) es la principal causa infecciosa de discapacidad infantil, en particular de hipoacusia neurosensorial (HNS). La oportunidad del diagnóstico es crucial, ya que la presencia de CMV en cualquier compartimento (p. ej., sangre, orina o saliva) después de los 21 días de vida puede significar la adquisición postnatal de la infección, especialmente en lactantes alimentados con leche materna. Dadas estas cuestiones, existe un interés considerable en la implantación de programas de cribado, ya sea universal (en el que se realizan pruebas a todos los recién nacidos) o selectivo. El cribado selectivo suele basarse en el resultado de un cribado auditivo del recién nacido, y puede verse influido en algunas estrategias por el hallazgo de otros signos sugestivos de CMV congénito. Es probable que el cribado universal tenga el mayor beneficio global. La identificación precoz del CMV congénito permite

intervenciones como la terapia antivírica (cuando está indicada) y posibilita un seguimiento audiológico anticipatorio que facilita la detección oportuna de la HNS de aparición tardía. Sin embargo, existen debates sobre la eficacia de los programas de cribado. La mayoría de los lactantes con CMV congénito no están afectados y no parecen estar en riesgo de presentar resultados adversos en el neurodesarrollo, excepto para la HNS. Por lo tanto, el cribado puede suscitar una preocupación injustificada entre los padres y los médicos en estos casos. No está claro cuál es la mejor muestra para el diagnóstico. La prueba PCR de la saliva es sensible pero tiene el riesgo de dar resultados falsos positivos en lactantes sin CMV congénito. La resolución de los problemas tecnológicos ha mejorado la sensibilidad de la PCR de la muestra de sangre seca, pero la técnica sigue siendo subóptima. Una ventaja de la prueba PCR de la muestra de sangre seca es que existe una infraestructura para añadir esta prueba a los programas de cribado neonatal existentes. En esta revisión se discuten las ventajas y desventajas del cribado congénito del CMV, junto con las áreas de alta prioridad para la investigación futura que informará y dirigirá este campo en rápida evolución.

- [Early Congenital Cytomegalovirus Detection Pathways in Pediatric Audiology Services in England: Findings From a National Audit in England.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(1):p e27-e28, January 2025.

La hipoacusia neurosensorial (SNHL) está presente al nacer o se produce más tarde en la infancia en $\geq 40\%$ de los niños nacidos con síntomas de citomegalovirus congénito (cCMV) y hasta en 30% de los bebés infectados por cCMV que son asintomáticos al nacer. Los datos de ensayos han mostrado beneficios modestos del tratamiento antiviral para la audición y el desarrollo cuando se inicia en bebés sintomáticos a < 4 semanas de edad. Los datos sobre los beneficios del tratamiento en niños asintomáticos con SNHL aislada son limitados, mientras que los posibles efectos secundarios hacen que la toma de decisiones compartida sea importante; en este grupo, los hallazgos recientes indican posibles beneficios para la audición si se inicia a los ≤ 3 meses.

En Inglaterra, los recién nacidos no son sometidos a cribado rutinario de cCMV, pero la pérdida de audición relacionada con cCMV al nacer puede identificarse mediante el cribado auditivo neonatal. Las vías de detección precoz de cCMV entre los lactantes remitidos para evaluación audiológica tienen como objetivo acelerar el diagnóstico de cCMV, para permitir decisiones rápidas en torno al tratamiento, el seguimiento y la rehabilitación. Los estándares de calidad en audiología pediátrica especifican que los servicios deben tener vías claramente definidas para el diagnóstico precoz de cCMV; sin embargo, se desconoce la disponibilidad a nivel nacional. Utilizando datos de una auditoría nacional, se describe la disponibilidad y las características de las vías de detección precoz de cCMV.

- [Corticosteroids for Managing Pediatric Sepsis and Septic Shock: A Systematic Review and Meta-analysis.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal. 44(1):74-82, January 2025.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia y seguridad de los corticosteroides para el tratamiento de la sepsis pediátrica y el shock séptico.

FUENTES DE DATOS

Se realizaron búsquedas sistemáticas en Ovid MEDLINE, Ovid Embase, CENTRAL, Web of Science (Core Collection) y China National Knowledge Infrastructure hasta septiembre de 2023. Se realizaron búsquedas manuales en servidores de preimpresión, registros de ensayos clínicos y en las secciones de referencias de revisiones anteriores.

SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Se incluyeron ensayos controlados aleatorios que reclutaron pacientes pediátricos con sepsis, shock séptico o síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, compararon el uso de regímenes de corticosteroides contra la atención estándar de la sepsis e informaron resultados elegibles. El cribado (screening) del título/resumen y del texto completo se realizó por duplicado.

EXTRACCIÓN DE DATOS

Los artículos elegibles se extrajeron mediante un formulario estandarizado por duplicado. Los resultados extraídos incluyen la incidencia de mortalidad, la duración de la estancia hospitalaria y en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, la duración del shock, la incidencia de eventos adversos y eventos adversos graves y la incidencia de eventos adversos relacionados con corticosteroides. El riesgo de sesgo se evaluó mediante la Herramienta Cochrane Revisada de Riesgo de Sesgo para la Evaluación de Ensayos Aleatorios (Revised Cochrane Risk of Bias Tool for Assessing Randomized Trials).

SÍNTESIS DE DATOS

Se realizaron metanálisis de efectos aleatorios y la calidad de las pruebas se evaluó mediante el enfoque de Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations. Se incluyeron 16 ensayos controlados aleatorios (N = 973). El uso de corticosteroides puede estar asociado con menores riesgos de mortalidad (cociente de riesgos: 0,65; IC del 95%: 0,50-0,85), menor duración de la estancia hospitalaria (DM: -3,76 días; IC del 95%: -6,66 a -0,86) y menor duración de la estancia en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (DM -2,34 días; IC del 95%: -3,14 a -1,53 días). El uso de corticosteroides puede asociarse con hemorragia gastrointestinal, pero no con un mayor riesgo de infección secundaria. Ningún estudio informó sobre eventos adversos graves. Todos los hallazgos se basaron en pruebas de calidad baja a muy baja.

CONCLUSIONES

Aunque los corticosteroides son prometedores para el manejo de la sepsis pediátrica y el shock séptico, la cuestión de cómo seleccionar al mejor candidato y el régimen más óptimo sigue sin respuesta. Los ensayos futuros deben centrarse en evaluar los

acontecimientos adversos relacionados con los corticosteroides y estratificar la inclusión de pacientes según los subfenotipos de sepsis.

- [No Increase in Severity of Mycoplasma pneumoniae: Insights From the Postpandemic Epidemic](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(1):p e24-e26, January 2025.

Tras su práctica ausencia durante la pandemia de COVID-19, la infección por *Mycoplasma pneumoniae* ha resurgido recientemente en niños, mucho más tarde que otros patógenos respiratorios. Describimos el resurgimiento que hemos observado a partir de finales de 2023. En comparación con la prepandemia, la gravedad de la enfermedad y las manifestaciones extrapulmonares no cambiaron, mientras que la edad media de presentación aumentó.

COMENTARIO: Estudio realizado en Portugal que contrasta con otro reciente realizado en España (The Pediatric Infectious Disease Journal 43(12):p 1113-1119, December 2024) en el cuál sí se vio un aumento en la severidad de los casos.

- [Urinary Tract Infection in Children and the Potential Role of Pivmecillinam as a Treatment Option](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(1):p e1-e3, January 2025.

Se investigó el papel potencial del pivmecillinam en el tratamiento de las infecciones urinarias en niños. De 351 niños (0-6 años) con infecciones urinarias, el 83% pudieron ser tratados con pivmecillinam tras un urocultivo. La resistencia fue mayor en los lactantes (0-3 meses) debido a la elevada prevalencia de *Enterococcus faecalis*. Este resultado subraya la necesidad de desarrollar una forma oral pediátrica de pivmecillinam.

- [Risk of Transmission of Vaccine-Strain Rotavirus in a Neonatal Intensive Care Unit That Routinely Vaccinates](#) *Pediatrics* (2025) 155 (1): e2024067621.

Resumen de Antecedentes y Objetivos:

En muchas unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), no se administran vacunas contra el rotavirus debido al riesgo teórico de transmisión de la cepa vacunal a otros pacientes. El objetivo de este estudio fue evaluar la incidencia y la importancia clínica de la transmisión de la cepa vacunal a lactantes no vacunados en una UCIN que administra de manera rutinaria la vacuna pentavalente contra el rotavirus (RV5).

Métodos:

Se realizó un estudio de cohorte prospectivo en una UCIN de 100 camas durante un año. Se recolectaron muestras de heces semanalmente y se utilizó la reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) para detectar la cepa RV5. La incidencia de transmisión a lactantes no vacunados se calculó considerando que las heces de estos pacientes contribuían con 1 paciente-día en riesgo de transmisión.

Resultados:

De los 1238 lactantes ingresados, 560 eran prematuros y 322 tenían problemas gastrointestinales. Se administraron 226 dosis de RV5 y se analizaron 3448 muestras de heces, de las cuales 2252 correspondían a pacientes no vacunados. Solo 5 (menos del 1%) de los lactantes no vacunados dieron positivo para la cepa RV5. La tasa de transmisión estimada fue de 2,2 casos por cada 1000 pacientes-día de riesgo. No se observaron síntomas de gastroenteritis en los casos de transmisión. Además, en el 55% de los 126 pacientes que iniciaron la serie RV5 antes de su alta, [hubieran sido inelegibles para iniciar la vacunación](#) si se hubiera permitido solo al alta.

Conclusiones:

La transmisión de la cepa RV5 fue rara y sin consecuencias clínicas. Los beneficios de la vacunación RV5 en la UCIN superaron los riesgos de transmisión de la cepa vacunal, proporcionando protección contra la enfermedad por rotavirus en los lactantes.

- [Uso de antibióticos en niños hospitalizados por infecciones respiratorias víricas: magnitud y factores asociados](#) *An Pediatr (Barc)*. 2025;102:503708.

Las infecciones del tracto respiratorio inferior (ITRI) son la principal causa de hospitalización en niños, incluyendo bronquiolitis, neumonía adquirida en la comunidad, bronquitis y otras infecciones no especificadas. La mayoría son de origen vírico y no requieren tratamiento antibiótico¹. Sin embargo, es frecuente el uso innecesario de antibióticos en estos pacientes². Esta prescripción inadecuada podría deberse a circunstancias de la enfermedad, de los pacientes o de la asistencia sanitaria (gravedad, enfermedades coexistentes, disponibilidad de recursos), pero también puede deberse a hábitos clínicos asociados al uso excesivo de pruebas diagnósticas y de tratamientos³. El objetivo de este estudio fue medir la frecuencia de uso de antibióticos en niños hospitalizados por ITRI virales y explorar los factores relacionados con esta terapia antibiótica.

Se estudió una cohorte de niños (21días-14años), hospitalizados (enero de 2019-enero de 2023) desde urgencias en un hospital terciario, primariamente por ITRI, que no requirieron cuidados intensivos (podían haber recibido ventilación no invasiva) y con resultado positivo en una prueba de reacción en cadena de polimerasa (PCR) para virus respiratorios (influenza, virus respiratorio sincitial [VRS], adenovirus, bocavirus, coronavirus [NL63, 229E, OC43], enterovirus, parainfluenza, metapneumovirus, rinovirus y [desde 2020] SARS-CoV-2). Se excluyeron pacientes que solo dieron positivo en SARS-CoV-2, con enfermedades crónicas complejas, con diagnóstico concurrente de infección probablemente bacteriana, o con alguna prueba bacteriológica positiva en muestra biológica. De 490 niños hospitalizados por ITRI, se excluyeron 109 por no identificarse ningún virus o solo SARS-CoV-2, 6 por necesitar cuidados intensivos, 2 por infecciones bacterianas asociadas y 7 por enfermedad crónica compleja, dejando una muestra final de 366 pacientes. Sus características se muestran en la [tabla 1](#). Todos los pacientes tuvieron PCR positiva, sobre todo para VRS (41,7%) y rinovirus (21,0%).

Recibieron antibióticos 46 pacientes (12,6%). La mayoría (69,6%) de los antibióticos fueron aminopenicilinas, pero el 23,9% recibieron una cefalosporina de tercera generación. Se administraron antibióticos al 4,0% de las bronquiolitis, al 5,7% de las bronquitis sibilantes, al 12,8% de ITRI no especificadas y al 48,1% de las neumonías. En 28 de esos 46 pacientes (60,9%) se continuó el tratamiento antibiótico tras el alta, siendo esto menos frecuente en las infecciones confirmadas precozmente (VRS e influenza): 45,8% vs 77,3%, $p=0,038$.

En conclusión, uno de cada ocho niños previamente sanos hospitalizados por una ITRI vírica y que no requirió cuidados intensivos recibió antibióticos. Aunque es una cifra inferior a la informada en otros estudios recientes⁴⁻⁶ (25-75%), hay que considerar que la muestra aquí estudiada está muy seleccionada, al excluir pacientes con alguna posible infección bacteriana asociada (p.ej., otitis media) y pacientes con condiciones de riesgo. Los factores asociados al uso de antibióticos fueron decisiones como realizar radiografía de tórax, análisis de sangre o hemocultivo. Los resultados parecen indicar que la antibioterapia innecesaria es, sobre todo, parte de una práctica clínica que combina un exceso de pruebas diagnósticas y de tratamientos.

- [Infecciones bacterianas invasivas en lactantes febriles menores de 3 meses tras la pandemia](#) An Pediatr (Barc). 2025;102:503710.

Se realizó un análisis secundario descriptivo de un registro multicéntrico retrospectivo que incluye a todos los lactantes ≤ 90 días de vida con FSF atendidos entre el 1 de mayo de 2022 y el 30 de abril de 2023 en 24 servicios de urgencias pediátricos españoles. El objetivo fue analizar la tasa de IBI en lactantes menores de 3 meses con FSF en la fase final de la emergencia sanitaria por SARS-CoV-2 y las bacterias causantes. Incluimos 1.716 pacientes (1.013 [59,0%] varones; mediana de edad 50 días, rango intercuartil 31-67 días), y el 96,4% presentaron buen estado general a su llegada. Se realizó una TRO a 1.564 pacientes (91,6%), urocultivo a 876 (51%), hemocultivo a 1.347 (78,5%) y cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) a 257 (15%), con diferencias significativas en relación con tener una PCR positiva para SARS-CoV-2 ([tabla 1](#)). Se diagnosticaron 141 ITU (8,2%) y 31 IBI (1,8%): 18 bacteriemias, 9 ITU con bacteriemia asociada y 4 meningitis (una de ellas de origen urológico y todas ellas con bacteriemia asociada). Las principales causas de IBI fueron *E. coli* (10 [32,3%]), *S. agalactiae* (5 [16,1%]) y *S. aureus* (4 [12,9%]). Las bacterias causantes de meningitis fueron: *E. coli* (1), *S. agalactiae* (1), *S. gallolyticus* (1) y *S. pneumoniae* (1). La prevalencia de IBI fue del 3,7% en ≤ 30 días, del 1,5% entre 31 y 60 días, y del 0,7% entre 61 y 90 días ($p < 0,01$); y del 0,6% en pacientes con PCR positiva para SARS CoV-2 (vs 2,1% en el resto, $p > 0,05$). La distribución de las infecciones bacterianas en relación con la positividad de la PCR para SARS-CoV-2 se muestra en la [tabla 2](#).

La tasa de IBI en lactantes ≤ 90 días de vida con FSF, así como la distribución de patógenos, se mantienen similares a la época pre-pandemia, manteniéndose *E. coli* como primera causa de IBI^{3,4}. La prevalencia de meningitis bacteriana es del 0,23%, todas en menores de 60 días de vida.

De acuerdo a nuestros datos, los lactantes ≤ 90 días con FSF y un resultado positivo para SARS-CoV-2 presentan una menor tasa de IBI, si bien sin diferencias significativas. Burstein et al.⁵ encontraron también una prevalencia menor de IBI en lactantes febriles ≤ 90 días con resultado positivo a SARS-CoV-2 (1%). En un metaanálisis que incluyó casi 4.000 lactantes febriles, la prevalencia fue incluso menor: 0,56% en ≤ 21 días de vida; 0,53% en 22-28 días, y 0,11% en 29-60 días⁶. Los autores concluían que los lactantes > 28 días con un resultado positivo para SARS-CoV-2 podrían ser manejados sin necesidad de realizar analítica sanguínea, si bien, por la heterogeneidad de los criterios de inclusión de los estudios analizados, recomendaban ser más cautos en aquellos que consultaban por FSF, como es el caso de nuestro estudio. Este aspecto tiene gran relevancia, ya que, según nuestro estudio, la aproximación a estos pacientes cambia si presentan una prueba positiva para SARS-CoV-2, lo cual subraya la necesidad de realizar más estudios en el futuro para analizar la adecuación de pruebas diagnósticas a lactantes ≤ 90 días con FSF y un resultado positivo para SARS-CoV-2.

- [Appendicectomy versus antibiotics for acute uncomplicated appendicitis in children: an open-label, international, multicentre, randomised, non-inferiority trial.](#) The Lancet, Volume 405, Issue 10474, 233 - 240

Antecedentes

La bibliografía apoya cada vez más el tratamiento no quirúrgico de la apendicitis no complicada en lugar de la cirugía. El objetivo fue investigar si el tratamiento de la apendicitis no complicada con antibióticos en niños es inferior a la apendicectomía mediante la comparación de las tasas de fracaso de los dos tratamientos.

Métodos

En este ensayo pragmático, multicéntrico, de grupos paralelos, no enmascarado, aleatorizado y de no inferioridad, se reclutaron niños de 5 a 16 años con sospecha de apendicitis no perforada (basada en el diagnóstico clínico con o sin diagnóstico radiológico) de 11 hospitales infantiles de Canadá, EE.UU., Finlandia, Suecia y Singapur. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente (1:1) al grupo de antibióticos o al de apendicectomía con una herramienta de aleatorización estratificada en línea, con estratificación por sexo, institución y duración de los síntomas (≥ 48 h frente a < 48 h). El resultado primario fue el fracaso del tratamiento en el plazo de 1 año desde la asignación aleatoria. En el grupo de antibióticos, el fracaso se definió como la extirpación del apéndice, y en el grupo de apendicectomía, el fracaso se definió como un apéndice normal según la patología. En ambos grupos, el fracaso también se definió como procedimientos adicionales relacionados con la apendicitis que requerían anestesia general. Se realizó un análisis provisional para determinar si debía declararse la inferioridad en el punto intermedio. Se utilizó un diseño de no inferioridad con un margen del 20%. Todos los resultados se evaluaron en participantes con datos de seguimiento a los 12 meses.

Resultados

Entre el 20 de enero de 2016 y el 3 de diciembre de 2021, se inscribieron 936 pacientes

y se asignaron aleatoriamente a apendicectomía (n=459) o antibióticos (n=477). A los 12 meses de seguimiento, los datos de resultados primarios estaban disponibles para 846 (90%) pacientes. El fracaso del tratamiento se produjo en 153 (34%) de los 452 pacientes del grupo de antibióticos, en comparación con 28 (7%) de los 394 del grupo de apendicectomía (diferencia 26,7%, IC del 90%: 22,4-30,9). Todos menos uno de los pacientes que cumplían la definición de fracaso del tratamiento con apendicectomía eran apendicectomizados con resultado negativo. De los que se sometieron a apendicectomía en el grupo de antibióticos, 13 (8%) tenían patología normal. No hubo muertes ni acontecimientos adversos graves en ninguno de los grupos. El riesgo relativo de sufrir un acontecimiento adverso de leve a moderado en el grupo de antibióticos en comparación con el grupo de apendicectomía fue de 4,3 (IC del 95%: 2,1-8,7; $p < 0,0001$).

Interpretación

Según las tasas de fracaso acumuladas y un margen de no inferioridad del 20%, el tratamiento antibiótico de la apendicitis no perforada fue inferior a la apendicectomía.

|
|