

Bibliografía julio-agosto 2025

TOP TEN

- [Sexually Transmitted Infections in Adolescents: Age-specific Issues](#).The Pediatric Infectious Disease Journal 44(8):p e296-e299, August 2025.

La adolescencia es la etapa en la que se producen los cambios físicos, psicológicos y sociales más significativos, así como el inicio de las experiencias sexuales. La Organización Mundial de la Salud define la franja de edad adolescente entre los 10 y los 19 años. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son una preocupación mundial y relevantes para la salud de los adolescentes. Los adolescentes y los jóvenes presentan las tasas más elevadas y están desproporcionadamente representados. Los médicos que atienden a este grupo de edad se enfrentan fácilmente a las ITS y deben ser conscientes de las cuestiones relacionadas con la edad.

Diferentes factores se relacionan con un mayor riesgo de ITS en la adolescencia. Entre los factores de comportamiento específicos de la edad se incluyen las parejas múltiples, nuevas y simultáneas, el uso inconsistente y decreciente del preservativo, la iniciación sexual precoz y el consumo de alcohol o drogas (este factor puede estar asociado a las parejas múltiples, las relaciones sexuales sin preservativo o las relaciones sexuales con una pareja de alto riesgo). La asunción de riesgos y la experimentación suelen añadirse a la mayor autonomía e identidad propia que se desarrollan durante la adolescencia. La ectopia cervical y el microbioma cérvico-vaginal de las mujeres jóvenes son los principales factores biológicos de susceptibilidad. Las dificultades para acceder a los servicios sanitarios también son factores relacionados relevantes.

Las ITS en adolescentes deben abordarse de forma integral, incluyendo aspectos globales de su sexualidad, como el consentimiento, la salud reproductiva, la identidad de género o la imagen corporal, mediante discusiones abiertas y libres de juicios.

COMENTARIO PERSONAL:

Interesante artículo de revisión sobre las ITS en adolescentes. Incluye una guía en forma de tabla para el tratamiento de cada entidad según síndrome y microorganismo. También aborda cuestiones como la epidemiología actual, el proceso diagnóstico con sus particularidades específicas dada la edad, las medidas de prevención farmacológicas y no farmacológicas, los grupos minoritarios, el abuso sexual y el acceso al sistema de salud por parte de estos pacientes.

- [Maternal and Perinatal Factors That Influence Susceptibility to Childhood Infections](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(8):p e300-e304, August 2025.

Comprender las causas de las marcadas diferencias interindividuales en la susceptibilidad y gravedad de las infecciones infantiles es clave para reducir su considerable carga, que se produce predominantemente en los 2 primeros años de

vida. Numerosos estudios han investigado la exposición materna y perinatal y el riesgo de infección en los niños. Sin embargo, estos resultados pueden ser difíciles de interpretar, ya que las infecciones infantiles son un resultado heterogéneo con variaciones en las tasas según la edad del niño, las regiones del mundo y la gravedad clínica de la enfermedad. Además, las definiciones de los resultados pueden ser específicas de patógenos (p. ej., gripe), síndromes clínicos (p. ej., neumonía) o categorías clínicas amplias de infección (p. ej., infecciones respiratorias).

En este artículo se resumen los principales hallazgos epidemiológicos relacionados con las asociaciones entre las exposiciones materna y perinatal y las infecciones en niños, y se destacan los posibles mecanismos subyacentes. Se centra la atención en las exposiciones maternas y perinatales:

- 1.- La salud materna, incluidos los problemas de salud o los factores relacionados con el estilo de vida durante el embarazo.
- 2.- La medicación materna durante el embarazo.
- 3.- La exposición materna a contaminantes ambientales.
- 4.- Los problemas o acontecimientos específicos del embarazo y el parto.
- 5.- Los parámetros de crecimiento del lactante al nacer y su alimentación.

COMENTARIO PERSONAL:

Es innegable tanto el interés del artículo, el cual un modelo de factores de riesgo modificables o no para el desarrollo de infecciones en los primeros años de la vida centrado en las exposiciones en el período intraútero y perinatal, como las limitaciones del mismo, las cuales se citan en la misma revisión siendo algunos ejemplos: los datos expuestos se basan en su práctica totalidad en estudios observacionales dadas las consideraciones éticas, ciertas variables pueden verse involucradas por factores de confusión (por ejemplo, la exposición a factores ambientales o la obesidad en personas con menos recursos económicos, siendo llevados a cabo los estudios en países desarrollados) o la no diferenciación por factores clínicos (severidad, cuadros específicos) o por edad.

- [Transfer of Bacteria From Mothers to Infants Through Breast Milk: A Systematic Review](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(8):p 804-812, August 2025.

Existe un periodo crítico durante la infancia para el establecimiento de la microbiota intestinal. Cada vez hay más pruebas que demuestran que la leche materna (L M) alberga su propia microbiota distintiva. Sin embargo, aún no está claro en qué medida contribuye a la microbiota intestinal del lactante.

Se realizó una búsqueda sistemática para identificar estudios originales que investigaran la transferencia de bacterias de la madre al intestino del lactante a través de la LM durante los dos primeros años de vida.

Se identificaron 56 estudios que investigaban un total de 2509 niños, 3481 muestras de LM y 4635 muestras de heces. Muchos estudios informaron de una mayor diversidad bacteriana de la microbiota de la LM en comparación con la microbiota de las heces de los bebés. La mayoría de los estudios encontraron una mayor coincidencia de bacterias entre la leche materna y las heces de los bebés en parejas madre-bebé en comparación con parejas madre-bebé no emparentadas. Se estimó que las bacterias de la leche materna contribuyen entre el 1 % y el 68 % de las bacterias intestinales de los bebés. Esta gran variación se explica por un alto grado de heterogeneidad metodológica entre los estudios, tanto para el análisis de la microbiota como para la estimación de las bacterias coincidentes, incluidos los diferentes niveles taxonómicos analizados. Varios estudios informaron de que la coincidencia entre las bacterias de la leche materna y las heces de los bebés era mayor durante la primera semana de vida en comparación con momentos posteriores. Los géneros que se solapaban con mayor frecuencia eran *Bifidobacterium*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Lactobacillus*, *Veillonella*, *Escherichia/Shigella* y *Bacteroides*. En total, se aislaron cepas idénticas de la leche materna y las heces de los lactantes para 25 especies bacterianas.

Las primeras semanas de vida son fundamentales para la formación de la microbiota intestinal del lactante, pero el papel de la leche materna como fuente de transmisión microbiana requiere más investigación. La relación entre la leche materna y la microbiota de las heces de los lactantes sigue sin conocerse bien, debido a la variabilidad metodológica y al riesgo de contaminación cruzada durante la recogida de la leche materna. Las investigaciones futuras deberían centrarse en aclarar los orígenes de la microbiota de la leche materna y cuantificar su contribución a la microbiota intestinal del lactante.

COMENTARIO: Exhaustiva revisión sobre la influencia de la lactancia materna en la microbiota del lactante centrada en la potencial transmisión de las bacterias que la conforman. Aunque la significación clínica no se aborda en demasía y aun está por vislumbrar, se postula que la composición de la microbiota intestinal podría tener implicaciones en parámetros nutricionales, neurológicos, en la respuesta a las vacunas, en la presencia de genes de resistencia a antibióticos y a la predisposición a padecer fenómenos alérgicos, eccema atópico y asma.

- [The burden of \$\beta\$ -lactam allergy labels in health care: a systematic review and meta-analysis.](#) Lancet Infect Dis 2025; 25: 896–908.

INTRODUCCIÓN

La alergia a betalactámicos (ABL) no verificada supone una barrera considerable para el tratamiento antimicrobiano óptimo y representa una preocupación creciente para la

salud pública. Sin embargo, no se ha realizado ningún metanálisis exhaustivo para explorar las asociaciones entre las ABL y los resultados clínicos. El objetivo fue evaluar las pruebas existentes sobre los resultados clínicos asociados a los ABL para determinar su carga global.

MÉTODOS

En esta revisión sistemática y metanálisis, se realizaron búsquedas en PubMed, el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL) y Embase desde el 1 de enero de 2000 hasta el 30 de noviembre de 2024. Se incluyeron estudios observacionales y de intervención que compararon los resultados clínicos relacionados con la presencia o ausencia de un ABL (según lo informado o documentado en cualquier registro clínico), independientemente de la edad del paciente o el contexto clínico. Los resultados evaluados incluyeron la incidencia de infecciones del sitio quirúrgico, la incidencia de infecciones o colonización debida a organismos resistentes a múltiples fármacos (ORMF) o *Clostridioides difficile*, la mortalidad y la duración de la estancia hospitalaria. Las estimaciones agrupadas se calcularon mediante modelos de efectos aleatorios, con análisis de subgrupos realizados por región, nivel de renta del país, tipo de ABL, ámbito hospitalario, tamaño de la muestra, grupo de edad y calidad de la evidencia. El sesgo de publicación se evaluó mediante los gráficos en embudo de Begg y la prueba de regresión de Egger.

RESULTADOS

En esta revisión sistemática se incluyeron 63 estudios, de los cuales 60 (95%) procedían de países de ingresos altos. Los estudios se realizaron en América (41 [65%]), Europa (15 [24%]) y la región del Pacífico occidental (siete [11%]). Siete estudios fueron de calidad moderada y ninguno se clasificó como de calidad baja. No se detectó un sesgo de publicación significativo para la mayoría de los resultados, excepto para la duración de la estancia hospitalaria ($p=0.0062$). En general, los ABL se asociaron con mayores tasas de infección del sitio quirúrgico (OR 1-60, IC 95% 1-27-2-01; $p<0.0001$; $I^2=70.3\%$), tasas de infección o colonización con ambas MDRO (1-42, 1-22-1-64; $p<0.0001$; $I^2=84.4\%$) y *C. difficile* (1-26, 1-16-1-37; $p<0.0001$; $I^2=56.4\%$), y la duración de la estancia hospitalaria (diferencia de medias estandarizada 0-06 días, IC 95% 0-05-0-08; $p<0.0001$; $I^2=86.1\%$). Las ABL también se asociaron con la muerte a los 180 días o después, pero no con la mortalidad general, intrahospitalaria o a los 30 días.

INTERPRETACIÓN

Las ABL se asocian a una serie de resultados sanitarios adversos, especialmente la infección del sitio quirúrgico y la infección o colonización por ORMF y *C. difficile*. Aunque las ABL se asociaron con estancias hospitalarias más prolongadas, es poco probable que la diferencia observada sea clínicamente relevante. La heterogeneidad y las limitaciones metodológicas de los estudios incluidos podrían limitar la solidez de algunas de nuestras conclusiones. Sin embargo, estos hallazgos subrayan la necesidad de desarrollar y evaluar iniciativas de salud pública para frenar el etiquetado inexacto

de alergias, reduciendo así la evitación innecesaria de antibióticos β -lactámicos de primera línea.

COMENTARIO:

Se aborda la problemática resultante del hecho de “etiquetar” como alergia a betalactámicos, el cual en gran parte de las ocasiones parte desde Atención Primaria. En gran parte de los casos, al menos en lo que respecta a la población pediátrica, se trata de falsas alergia que se traten realmente de exantemas víricos o inespecíficos que aparezcan durante el curso de la antibioterapia o en los días o semanas posteriores. Es por ello crucial su pronta derivación a los servicios de alergología para su confirmación o descarte. En cuanto a los datos del artículo es importante resaltar que, pese a aportar una evidencia sólida en forma de meta-análisis y evaluar detalladamente los posibles sesgos, únicamente 4 de 63 estudios (6%) están realizados en población pediátrica, por lo que el efecto de ser etiquetado como alérgico a los betalactámicos en los niños puede no verse reflejado. En lo respecto a los datos estudios pediátricos, en uno de ellos se muestra una asociación con una mayor tasa de infección por Clostridium Difficile, pero no se evidencia una mayor mortalidad o duración de la hospitalización y no existen datos para la tasa de colonización por gérmenes multirresistentes en niños alérgicos.

- [Efficacy and safety of individualised versus standard 10-day antibiotic treatment in children with febrile urinary tract infection \(INDI-UTI\): a pragmatic, open-label, multicentre, randomised, controlled, non-inferiority trial in Denmark.](#) Lancet Infect Dis 2025; 25: 925–35.

INTRODUCCIÓN

La duración óptima de los antibióticos para la infección febril del tracto urinario (ITU) en niños sigue siendo incierta. El objetivo fue evaluar si el tratamiento individualizado era no inferior al tratamiento estándar de 10 días en términos de ITU recurrente y superior en la reducción de la exposición global a los antibióticos.

MÉTODOS

INDI-UTI fue un ensayo pragmático, abierto, multicéntrico, aleatorizado, controlado y de no inferioridad realizado en ocho hospitales daneses. Los niños de entre 3 meses y 12 años de edad que presentaban fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), en las 24 horas previas al inicio del tratamiento y con un crecimiento significativo de bacterias uropatógenas fueron asignados aleatoriamente (1:1) mediante un módulo basado en la web con bloques permutados aleatoriamente a un tratamiento individualizado o estándar de 10 días. Los principales criterios de exclusión fueron anomalías conocidas del tracto urinario, antecedentes médicos complicados, bacteriemia y creatinina sérica elevada. El grupo individualizado interrumpió el tratamiento 3 días después de una mejoría clínica adecuada (es decir, ausencia de fiebre, dolor en el costado y disuria), con una duración mínima del tratamiento de 4 días. Los resultados primarios fueron la ITU recurrente en

los 28 días siguientes al cese del tratamiento (margen de no inferioridad de 7.5 puntos porcentuales) y el total de días de antibiótico en los 28 días siguientes al inicio del tratamiento (evaluación de la superioridad). No se calculó el tamaño de la muestra para la evaluación del total de días de antibiótico. Se evaluó la seguridad en todos los pacientes incluidos. Los análisis principales se realizaron en la población por intención de tratar.

RESULTADOS

Entre el 28 de marzo de 2022 y el 3 de marzo de 2024, se evaluó la elegibilidad de 694 pacientes y 408 fueron asignados aleatoriamente a tratamiento individualizado (n=205; mediana de duración del antibiótico 5.3 días [RIC 4.8 a 6.5]) o estándar de 10 días (n=203; 10.0 días [10.0 a 10.0]). La mediana de edad fue de 1.5 años (RIC 0.7 a 5.4), y hubo 326 (80%) participantes de sexo femenino y 82 (20%) de sexo masculino. Se produjeron ITU recurrentes en un plazo de 28 días en 23 (11%) de 205 pacientes del grupo individualizado y en 12 (6%) de 203 pacientes del grupo estándar de 10 días (diferencia 5.3 puntos porcentuales, IC unilateral 97.5% $-\infty$ a 11.1, p_{non_inferioridad} =0.24). Los días totales de antibiótico en 28 días fueron 6.0 (RIC 5.3 a 7.5) en el grupo individualizado y 10.0 (10.0 a 10.0) en el grupo estándar de 10 días (diferencia mediana -4.0 días [97.5% CI -4.5 a -3.7], p<0.0001). La tasa de incidencia de acontecimientos adversos relacionados con los antibióticos en 28 días fue de 6.8 por 100 pacientes-día en el grupo individualizado y de 11.1 por 100 pacientes-día en el grupo estándar de 10 días (cociente de tasas 0.61 [IC del 95%: 0.47 a 0.80], p=0.0003). Se produjeron acontecimientos adversos graves en 17 (8%) de 205 pacientes del grupo individualizado y en 15 (7%) de 203 pacientes del grupo estándar de 10 días (diferencia 0.9 puntos porcentuales [IC 95%: -4.6 a 6.5], p=0.79).

INTERPRETACIÓN

Los niños con ITU febril asignados a la duración individualizada del tratamiento presentaron un mayor riesgo de ITU recurrente (en 5.3 puntos porcentuales), pero un menor uso de antibióticos y menos días de acontecimientos adversos en 28 días en comparación con los asignados al tratamiento estándar de 10 días. Estos resultados destacan el potencial de las estrategias de tratamiento individualizado para reducir la exposición a los antibióticos y los daños asociados en la mayoría de los niños con ITU febril, apoyando los objetivos de administración de antimicrobianos. Se necesitan más investigaciones para identificar a los que requieren un tratamiento de 10 días para evitar comprometer la atención de la mayoría de los niños con IU febril que responden bien a duraciones más cortas.

COMENTARIO: Uno de los puntos de interés del estudio radica en el concepto de la duración individualizada del tratamiento antibiótico, que tiene en cuenta la evolución clínica de cada paciente, siendo finalizado 3 días tras la mejoría de los síntomas (los cuales se especifican) con una duración mínima de 4 días. De este modo se tiende a evitar el sobre e infra-tratamiento. No obstante, como se especifica previamente, se ve una mayor tasa de recurrencia en el grupo de tratamiento individualizado con respecto

al de 10 días en los 28 primeros días tras ser finalizado. Sin embargo, la tasa de recurrencia se equipara al prolongar el período de estudio a los 100 días posteriores, se postulan como hipotéticas causas la menor duración favorecería factores como la adherencia farmacéutica, la ausencia de microbio-toxicidad y la menor colonización por patógenos resistentes. También se cuestiona el impacto de dichas recurrencias con un NNT de 19 para evitar una recurrencia y de 30 si se habla de recurrencias con daño renal potencial. En definitiva, se tratan de un modelo de tratamiento con perspectivas prometedoras en términos de ahorro de antibióticos pero con algunas incertidumbres por solventar en cuanto a los resultados clínicos.

- [Evaluating Short-course Antibiotic Therapy for Pediatric Community-acquired Pneumonia: A Systematic Review and Meta-analysis.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(7):p 637-644, July 2025.

INTRODUCCIÓN

La duración óptima de la terapia antibiótica para la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en niños sigue siendo incierta. En este estudio, nuestro objetivo fue evaluar si la terapia antibiótica de corta duración (≤ 6 días) se asocia con resultados clínicos desfavorables en comparación con la terapia antibiótica de larga duración (> 7 días) en niños con NAC.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda exhaustiva en bases de datos como PubMed, Embase, Cochrane Library y KoreaMed. Se incluyeron estudios que compararon la eficacia y la seguridad de los regímenes antibióticos de corta duración con los de larga duración en niños con NAC. Se evaluó el riesgo de sesgo mediante las herramientas RoB 2 y ROBINS-I. Se registraron las características del estudio, como el año de publicación, el país, el entorno, el diseño del estudio y los regímenes antibióticos. Se calcularon los riesgos relativos (RR) agrupados y los intervalos de confianza (IC) del 95% para los resultados clínicos, incluyendo la curación clínica, el fracaso del tratamiento, el total de eventos adversos, los eventos adversos graves, la recaída y la hospitalización. Los resultados principales fueron la curación clínica y el fracaso del tratamiento. Los resultados secundarios incluyeron eventos adversos totales y graves, tasas de recaída y hospitalización.

RESULTADOS

Diecisiete estudios que incluyeron a 155.944 niños cumplieron los criterios de inclusión, y 15 de estos estudios fueron ensayos controlados aleatorizados. No hubo diferencias significativas entre los tratamientos de corta duración y los de larga duración en la curación clínica [21.156 pacientes; RR, 1,01 (IC del 95 %, 0,97-1,05); $P = 0,73$; $I^2 = 81$ %], el fracaso del tratamiento [28.942 pacientes; RR, 0,88 (IC del 95 %, 0,51-1,51); $P = 0,64$; $I^2 = 94$ %] o los eventos adversos totales [24.446 niños; RR, 0,94 (IC del 95 %, 0,61-1,44); $P = 0,77$; $I^2 = 90$ %]. Sin embargo, el tratamiento de corta duración se asoció con menos eventos adversos graves [4194 pacientes; RR: 0,89 (IC del 95 %,

0,79-0,99); $P = 0,04$; $I^2 = 11 \%$]. Las tasas de recaída fueron nominalmente inferiores con el tratamiento de corta duración en comparación con los tratamientos de larga duración (5,5 % frente a 6,2 %; $P = 0,04$). Esta diferencia se observó principalmente en el análisis de subgrupos que comparó tratamientos de 5 días con tratamientos de ≥ 10 días. Las tasas de hospitalización fueron similares entre ambos grupos [122 607 pacientes; RR: 1,20 (IC del 95 %, 0,85-1,68); $P = 0,29$; $I^2 = 0 \%$].

CONCLUSIONES

El tratamiento antibiótico de corta duración es tan eficaz como el de larga duración para la NAC pediátrica en cuanto a curación clínica y fracaso terapéutico, a la vez que produce menos eventos adversos graves.

COMENTARIOS

Estudio que aporta interesantes perspectivas los ciclos cortos antibióticos para la neumonía adquirida en la comunidad, con nivel de evidencia alto (metaanálisis) y con un número de muestra elevado (el mayor conocido hasta el momento para el tema en cuestión). Evalúa los ciclos de 5 días o menos frente a los de 7 días o más, obteniendo resultados equiparables en cuanto a eficacia (por ejemplo, no encontrando diferencias en la tasa de hospitalización o de fallo en el tratamiento), e incluso encontrando ventajas como:

- *Menor tasa de efectos adversos en los que recibieron ciclos cortos, en probable relación a los efectos secundarios de la antibioterapia en sí.*
- *Menor tasa de recidiva en los que recibieron ciclos cortos, que se hipotetizó en relación a una mayor adherencia al tratamiento en dicho grupo.*

Ello se suma al hecho del desarrollo de una menor tasa de resistencia antibiótica con ciclos más cortos. En conjunto, los hallazgos apoyan el establecimiento de pautas cortas, siendo válidas por sus resultados incluso las pautas de 3 días que ya se incluyen como opción en guías terapéuticas como las asociaciones europea y americana de Enfermedades Infecciosas Pediátricas, así como la OMS. Como limitaciones del estudio se exponen la no diferenciación por gravedad de varios estudios incluidos en el metaanálisis, las diferencias en definiciones como el fallo del tratamiento y la recidiva, así como la inclusión de estudios observacionales. Se postula para próximos estudios el especificar la validez de los ciclos cortos con los lactantes pequeños y en aquellos con neumonía severa.

- [**Acute rheumatic fever.**](#) Lancet 2025; 405: 2164–78.

La fiebre reumática aguda (FR) es un trastorno autoinmune derivado de la faringitis o el impétigo por estreptococos del grupo A (SGA) en niños y adolescentes, que puede evolucionar a cardiopatía reumática con daño persistente de las válvulas cardíacas. La cardiopatía reumática causa una mortalidad y morbilidad considerables en todo el mundo, predominantemente entre las poblaciones socioeconómicamente desfavorecidas, con una interacción de determinantes sociales de la salud y factores

genéticos que determinan el riesgo global. El diagnóstico de la FRA se basa en una constelación de características clínicas y de laboratorio definidas por los Criterios de Jones de 2015, aunque los avances en las pruebas moleculares en el punto de atención y la búsqueda en curso de biomarcadores de FRA ofrecen la posibilidad de revolucionar el diagnóstico. Existen lagunas persistentes en la fisiopatología del FRA, con escasos avances terapéuticos en los últimos años. La mayor atención prestada a la prevención primordial, primaria y secundaria, como los avances en el desarrollo de la vacuna contra el SGA, las innovaciones en la tecnología sanitaria digital, la mejora de las formulaciones de antibióticos para la prevención secundaria y la aplicación programática descentralizada para mejorar la prestación de asistencia sanitaria, ofrecen soluciones viables para reducir la futura carga de FRA en todo el mundo.

COMENTARIO

Aunque la fiebre reumática es una entidad de muy baja frecuencia en nuestro medio actualmente, sus consecuencias son relevantes, por lo que debemos reconocer sus características si queremos llegar al diagnóstico. En el artículo, en formato seminario, se profundiza en los factores de riesgo para su padecimiento (genéticos, sociodemográficos), los criterios y herramientas diagnósticas, y en las medidas de prevención (diagnóstico-terapéuticas, perspectivas de profilaxis, sociodemográficas) entre otros aspectos que son de interés para el pediatra general.

- [Vivir con perros y gatos: ¿Es un factor de riesgo para las infecciones de piel y tejidos blandos causadas por *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina adquiridas en la comunidad en humanos?](#) Rev Esp Quimioter 2025; 38(3): 187-196

Introducción: *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina adquirida en la comunidad (SARM) es un colonizador de la piel y las mucosas humanas, y esta colonización es un factor de riesgo para las infecciones causadas por este microorganismo. Se desconoce el papel que desempeñan los caninos y felinos domésticos (CF) en la colonización humana. El objetivo de este estudio fue demostrar la asociación entre el aislamiento de SARM en muestras clínicas de infecciones de piel y tejidos blandos (IPPB) en adultos que conviven con CF.

Material y métodos: Se utilizó un modelo retrospectivo de casos (IPPB con aislamiento de SARM) y controles (IPPB sin aislamiento de SARM). Se incluyeron 166 episodios de IPPB tratados en dos hospitales de Buenos Aires, Argentina, entre octubre de 2014 y enero de 2018. Las muestras se obtuvieron mediante punción a través de piel sana y el material obtenido se sembró en medios de cultivo habituales. Para la identificación bacteriana se utilizaron espectrometría de masas y nefelometría automatizada. La resistencia a la meticilina se confirma mediante difusión con discos de cefoxitina. Se recopilaron datos sobre los hábitos de convivencia con CF y los factores de riesgo clásicos para IPPB causados por SARM.

Resultados: Los pacientes con IPPB debidas a SARM conviven más con CF (OR bruto 1.9; [1.1-3.7] $p<0.05$) y tienden a tener una convivencia más cercana con ellos (OR bruto 1.8; [0.99-3.43] $p=0.08$). En el análisis multivariable, aquellos que conviven estrechamente con CF tienen 1.3 veces más probabilidades de sufrir IPPB debidas a SARM (OR ajustado 2.32; [1.12-4.78] $p<0.02$).

Conclusiones: Concluimos que existe una asociación entre las IPPB por SARM en humanos y la convivencia con CF.

- [Gastroenteritis infecciosa aguda en la infancia: el papel de los paneles sindrómicos moleculares multiplex rápidos en el diagnóstico y el tratamiento clínico](#). Rev Esp Quimioter 2025; 38(4): 258-277

La diarrea infecciosa aguda es un importante problema de salud global, especialmente en niños, ya que las infecciones gastrointestinales son la segunda enfermedad infecciosa más frecuente después de las infecciones respiratorias. La implementación de paneles sindrómicos moleculares rápidos (PSMR) para la detección e identificación integral de patógenos entéricos en muestras de heces ha mejorado la precisión diagnóstica, complementando o, en algunos casos, sustituyendo las metodologías tradicionales.

Esta revisión narrativa no sistemática sintetizó la evidencia disponible sobre el rendimiento clínico de los PSMR gastrointestinales hasta el 31 de diciembre de 2024. El 27 de mayo de 2024, especialistas en Pediatría y Microbiología se reunieron para evaluar el uso de PSMR en el diagnóstico de infecciones gastrointestinales pediátricas. Esta revisión se centró en aquellos PSMR aplicables al manejo urgente de la gastroenteritis aguda infecciosa (GEA), excluyendo aquellos paneles inadecuados para el diagnóstico inmediato. Los PSMR facilitaron la detección rápida de patógenos en la GEA infecciosa pediátrica y mostraron ventajas potenciales sobre los métodos microbiológicos tradicionales, incluyendo la reducción del tiempo hasta el tratamiento adecuado. Su uso pareció particularmente útil en entornos de urgencias y hospitalización, especialmente en casos de GEA inflamatoria, diarrea del viajero prolongada o pacientes con riesgo de complicaciones. También se consideraron para el diagnóstico ambulatorio en casos moderados o graves, diarrea crónica o en pacientes inmunodeprimidos.

En el marco de una estrategia de uso racional del diagnóstico, la evidencia actual sugiere que los PSMR pueden contribuir a reducir las pruebas y hospitalizaciones innecesarias, mejorar el control de brotes y optimizar el uso de antimicrobianos. Sin embargo, se requiere más investigación para perfeccionar los flujos de trabajo diagnósticos y asegurar la entrega oportuna de los resultados. Este documento evalúa aspectos clave sobre la aplicación de los RMMSP en la GEA infecciosa pediátrica, con el objetivo de establecer protocolos estandarizados, apoyar la toma de decisiones clínicas y facilitar una gestión óptima del paciente.

- [Interactive Perspective: Human Papillomavirus and Cancer](#). N Engl J Med 2025;393:e6

En este video de Double Take del *New England Journal of Medicine*, la Dra. Julie Barzilay analiza la conexión entre ciertas cepas del virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer, así como la evidencia que respalda la seguridad y eficacia de la vacuna contra el VPH para reducir el riesgo de neoplasia cervical. También se revisan estrategias para hablar sobre la vacuna contra el VPH con pacientes y familiares.

Para mayor información, el siguiente artículo, al que se hace referencia en este video, está disponible en el sitio web de la revista : [Vacunación contra el virus del papiloma humano](#) (Markowitz et al., en la edición del 11 de mayo de 2023).

- [The Path Forward for Vaccine Policy in the United States](#). N Engl J Med. 2025 Jul 30. doi: 10.1056/NEJMs2509134

Los ex miembros del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización consideran caminos a seguir para la política de vacunas de EE. UU. tras su despido por parte del Secretario de Salud y Servicios Humanos en junio de 2025.

- [Vigilancia de difteria. Casos notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica \(RENAVE\) España 2014-2024](#). BES [Internet]. 30 de junio de 2025 [citado 16 de agosto de 2025];33(2):96-106. Disponible en: [//revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1441](http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1441)

Introducción: La difteria es una enfermedad bacteriana prevenible por vacunación que afecta principalmente al tracto respiratorio superior, con una letalidad que alcanza hasta el 10%. En España la vacuna DTP (difteria, tétanos y tos ferina) se introdujo en 1965 y actualmente cuenta con coberturas > 95%. La difteria es infrecuente en nuestro país, pero en la Unión Europea, en los últimos años se ha registrado un aumento de casos en hombres asociados a centros de recepción de migrantes.

Métodos: Estudio epidemiológico descriptivo de los casos de difteria notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) entre 2014 y 2024. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, país de nacimiento, país de importación, especie, manifestación clínica, vacunación, defunción y estudio de contactos.

Resultados: Entre 2014 y 2024 se notificaron 15 casos de difteria a la RENAVE. La mayoría (73,3%) hombres, 33,3% de 25 a 44 años, 73,3% causados por *C. diphtheriae* y

el 33,3% importados. El 53,3% de los casos se hospitalizaron y una persona (niño de 6 años no vacunado) falleció.

Año	Comunidad Autónoma	Edad	Sexo	País de nacimiento	Localización	Hospitalización	Defunción	Clasificación de caso	Origen	País (si importado)	Vacunación	Número dosis	Riesgo/ Contactos	Agente
2014	Andalucía	67	H	España	Cutánea	Sí	No	Confirmado	No importado		Sí	ND	Contacto con perros. DM. Sepsis por <i>S. aureus</i>	<i>C. ulcerans</i>
2014	Castilla la Mancha	12	H	Pakistán	Cutánea	No	No	Confirmado	Importado	Afganistán	Sí	5	Viaje reciente a zona endémica	<i>C. diphtheriae</i> biotipo mitis
2015	Cataluña	6	H	España	Respiratoria	Sí	Sí	Confirmado	No importado		No	NA	Estudio de contactos positivo ⁽¹⁰⁾	<i>C. diphtheriae</i> biotipo mitis
2016	Cataluña	19	H	España	Cutánea	No	No	Confirmado	Importado	Senegal	Sí	6	Viaje reciente a zona endémica	<i>C. diphtheriae</i> biotipo mitis
2016	Cataluña	86	M	España	Cutánea	Sí	No	Confirmado	No importado		ND	ND	Contacto con gato	<i>C. ulcerans</i>
2018	C. Valenciana	53	H	España	Respiratoria /cutánea	Sí	No	Confirmado*	No importado		Sí	ND		<i>C. diphtheriae</i>
2019	C. Madrid	60	H	España	Respiratoria	Sí	No	Confirmado	No importado		Sí	ND	Misma cepa identificada en gatos y perros, contacto ⁽¹⁰⁾	<i>C. ulcerans</i>
2019	C. Madrid	40	H	Filipinas	Cutánea	Sí	No	Confirmado	Importado	Filipinas	ND	ND	Viaje reciente a zona endémica	<i>C. diphtheriae</i> biotipo mitis
2019	Cataluña	34	H	¿Pakistán?	Cutánea	ND	ND	Confirmado	Desconocido		ND	ND	ND	<i>C. diphtheriae</i> biotipo mitis
2020	C. Madrid	71	M	España	Respiratoria	No	No	Probable	No importado		ND	ND		<i>C. diphtheriae</i>
2021	Galicia	55	H	Senegal	Cutánea	No	No	Confirmado	No importado		ND	ND	Contacto con posibles portadores asintomáticos	<i>C. diphtheriae</i> biotipo mitis
2022	C. La Mancha	42	M	Nigeria	Cutánea	No	No	Confirmado	Importado	Nigeria	ND	ND	Viaje reciente a zona endémica.	<i>C. diphtheriae</i> biotipo mitis.
2023	C. Valenciana	55	H	Costa de Marfil	Cutánea	No	No	Confirmado	Desconocido		Sí	1	Temporero en agricultura.	<i>C. diphtheriae</i> biotipo mitis.
2023	Galicia	79	M	España	Cutánea	Sí	No	Confirmado	No importado		ND	ND	Se realiza estudio de contactos	<i>C. ulcerans</i>
2024	Canarias	8	H	Senegal	Cutánea	No	No	Confirmado	Importado	Senegal	Sí	5	Estancia reciente en zona endémica	<i>C. diphtheriae</i> biotipo mitis.

ND = No documentación. DM = Diabetes Mellitus II.*Confirmado solo por PCR.

Fuente: Red Nacional Vigilancia Epidemiológica.

Discusión: La difteria en España es infrecuente gracias a las altas coberturas de vacunación mantenidas desde 1999. Los datos presentados muestran difterias leves en adultos no vacunados o parcialmente vacunados. El agente causal más frecuente es *C. diphtheriae* aunque, también se han declarado casos producidos por *C. ulcerans* de origen zoonótico. Es esencial mantener altas coberturas de vacunación, protocolos y sistemas de vigilancia actualizados, incluidos los planes de acogida a personas migrantes.

Comentario: Las buenas coberturas de vacunación frente a difteria (introducida en España como DTP desde el año 1965, con coberturas que superaron el 95% en el año 1999) han sido clave en el control de posibles brotes asociados a los casos presentados en España en los últimos 11 años, observándose que solo en un caso se encontraron portadores asintomáticos en el rastreo de contactos.

Palabras clave: difteria; vigilancia; epidemiología; Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

- [Características epidemiológicas de los brotes no alimentarios en España, 2018-2022](#). BES [Internet]. 30 de junio de 2025 [citado 16 de agosto de 2025];33(2):107-22. Disponible en: [//revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1442](http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1442)

Introducción: Los brotes epidémicos son un problema de Salud Pública. Su investigación temprana es clave para aplicar las medidas más adecuadas. El objetivo de este estudio fue describir los brotes no alimentarios notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en el periodo 2018-2022.

Método: Se realizó un estudio descriptivo por grupos de enfermedades y agentes causales de los brotes no alimentarios (se excluyeron también los brotes de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y por COVID-19) entre 2018 y 2022.

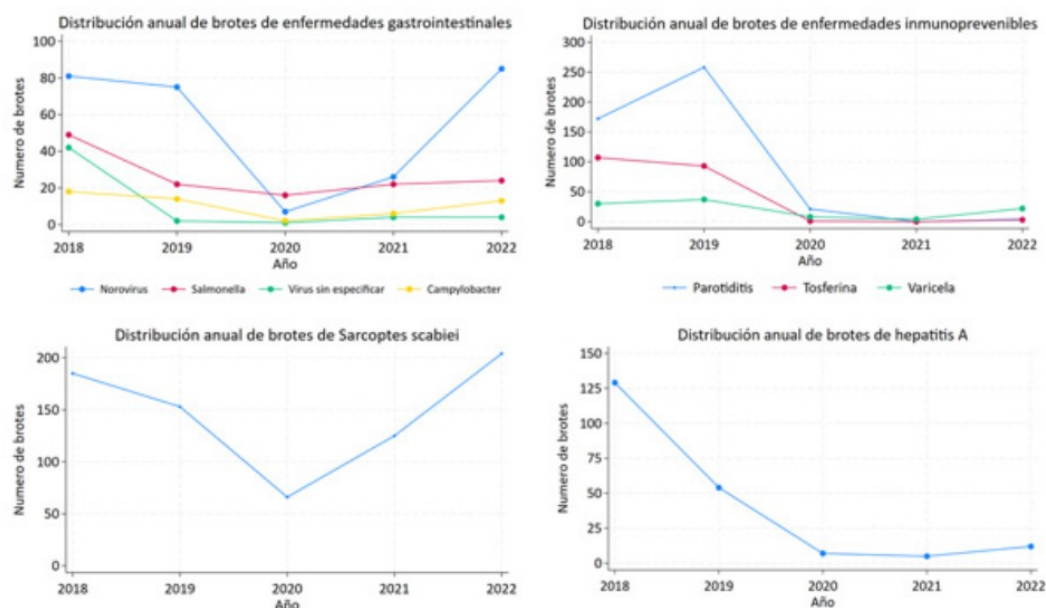
Resultados: Se notificaron un total de 3.858 brotes, con 45.140 casos asociados, 2.205 hospitalizaciones y 181 defunciones, con una notificación desigual por parte de las Comunidades Autónomas. Las principales enfermedades causantes de brotes fueron las gastrointestinales (n=1.076 brotes), seguidas de enfermedades inmunoprevenibles (n=795) y las infestaciones (sarna y piojos) (n=734). El mayor número de hospitalizados se debió a enfermedades respiratorias y legionelosis (872 y 428 respectivamente). Se observó un descenso muy importante en el número de brotes notificados en 2020, pero a partir del año 2021 se inició un aumento progresivo, aproximándose a las cifras previas a la pandemia de COVID-19, con diferencias según la enfermedad. El principal ámbito de exposición fue el hogar (1.507 brotes), seguido de los centros residenciales de mayores (816 brotes).

Tabla 1. Brotes de transmisión no alimentaria. España 2018-2022.

Año	Brotes	Casos	Tamaño del brote; mediana (RIC)	Hospitalizados	Defunciones
2018	1.305	13.084	3 (2-8)	551	49
2019	1.149	13.957	4 (2-11)	596	38
2020	266	2.138	3 (2-8)	259	15
2021	369	4.393	4 (3-11)	181	11
2022	769	11.568	5 (3-18)	618	68
Total	3.858	45.140	4 (2-11)	2.205	181

RIC: rango intercuartílico.

Figura 2. Distribución anual de los brotes no alimentarios más frecuentes, por grupos de enfermedades, España, 2018-2022.



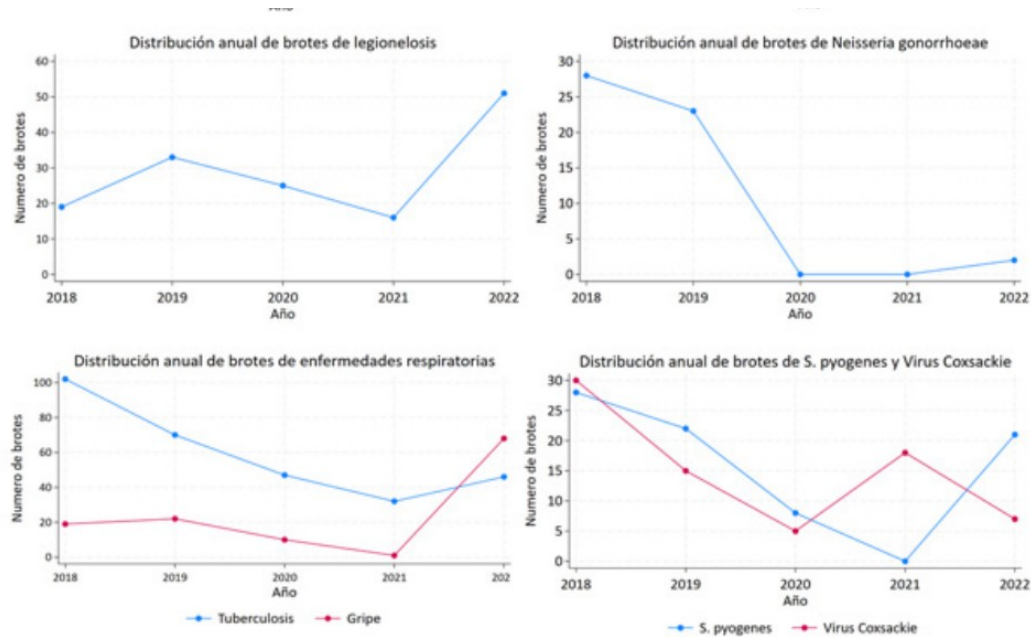
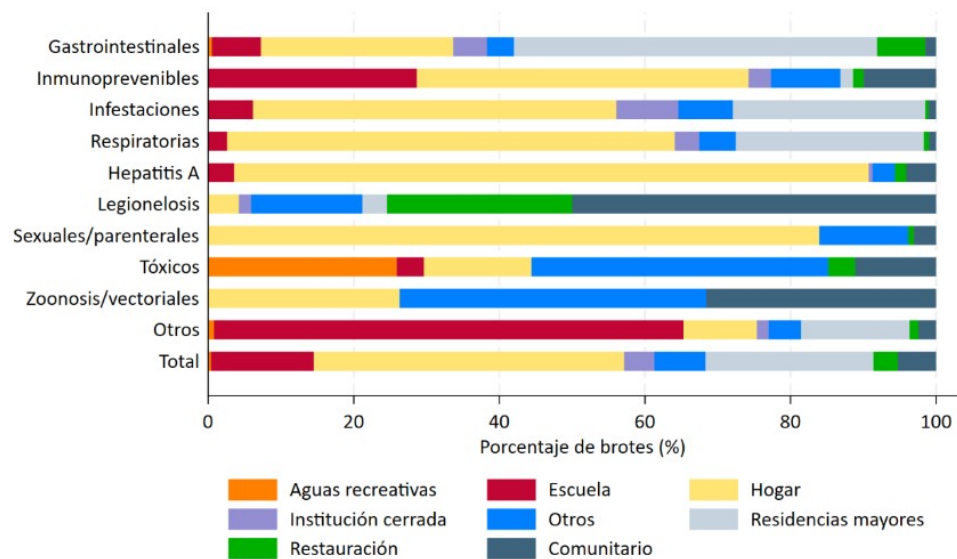


Figura 3. Ámbitos de exposición de los brotes no alimentarios según grupos de enfermedades, España, 2018-2022.



Discusión: El análisis de los datos muestra la disrupción que ha supuesto la pandemia de COVID-19 en la vigilancia epidemiológica. La vigilancia de brotes ayuda a guiar las medidas de prevención y control y permite conocer la situación epidemiológica de algunas enfermedades en las que no se vigilan los casos individualizados.

- [Análisis epidemiológico, clínico y diagnóstico de un brote de infección por Parvovirus B19 en la isla de Mallorca.](#) Rev Esp Quimioter. 2025; 38(3):214-21. **Para top ten no sé...**

Introducción: Se presenta un estudio observacional sobre un brote de infección comunitaria por parvovirus B19 (PVB19) que se presentó entre enero y julio de 2024 en Mallorca.

Métodos: El diagnóstico de infección por PVB19 se realizó mediante serología (IgM) y PCR específica.

Resultados: Se diagnosticaron 151 pacientes. De ellos, 63 (41,7%) eran <15 años. Los grupos etarios con mayor número de casos fueron los comprendidos entre los 5–10 años (19,8%) y entre los 30–45 años (33,7%). El 33,1% eran hombres y el 66,9% mujeres, pero con diferencias según la edad; en adultos el 81,9% eran mujeres. Las patologías más frecuentes en la población infantil fueron la fiebre, el exantema y las Petequias, mientras que en los adultos la fiebre y las artralgias. Del grupo de las mujeres, 8 estaban embarazadas (11,1%) y 4 presentaban afectación fetal. Además del suero, el PVB19 se detectó en 10 frotis faríngeos, 6 frotis cutáneos, 3 muestras de líquido cefalorraquídeo (LCR) y 1 de líquido amniótico. Se detectó IgM específica en el 98,4% de los casos, así como reacciones cruzadas con el virus de Epstein-Barr (69,5%) y el virus de la parotiditis (42,8%), principalmente en adultos. En 6 casos se detectó IgM positiva a PVB19, Virus de Epstein-Barr y parotiditis (4 adultos y 2 menores). La PCR fue positiva en el 95,4% de todas las muestras y en el 94,6% de los sueros.

Conclusiones: El diagnóstico específico de infección por PVB19 debe basarse no sólo en la clínica sino en la determinación serológica (IgM) y en la detección genómica (PCR).

- [Multidose Ondansetron after Emergency Visits in Children with Gastroenteritis](#). N Engl J Med. 2025 Jul 17;393(3):255-266. La mayoría de los pacientes tuvieron una escala de Vesicari leve (<9) tanto en los que recibieron ondansetron como los que no; > 9 no son muchos los casos en ambos grupos, pero el ondansetrón lo recibieron todos..., la mayoría no lo habría necesitado ¿? Pero si lo dice NEJM será... (Por cierto, a ver si nos lo envían a los CS).

Table 2. Primary, Secondary, Safety, and Exploratory Outcomes.*			
Outcome	Ondansetron (N = 497)	Placebo (N = 492)	Adjusted Odds Ratio or Adjusted Rate Ratio (95% CI)
Primary outcome†			
Score on modified Vesikari scale			
0 to 8 — no./total no. (%)	429/452 (94.9)	386/441 (87.5)	
≥9 — no./total no. (%)	23/452 (5.1)	55/441 (12.5)	0.50 (0.40–0.60)
Secondary outcomes‡			
Vomiting			
Ongoing vomiting after enrollment — no./total no. (%)§	135/455 (29.7)	149/449 (33.2)	0.87 (0.66–1.15)
Median time from enrollment to last vomiting episode (IQR) — hr¶	0 (0–6.1)	0 (0–13.6)	0.74 (0.62–0.88)
Median no. of vomiting episodes in 48 hr after enrollment (IQR)¶¶	0 (0–1)	0 (0–2)	
Repeat health care visit within 7 days after enrollment — no./total no. (%)§	46/495 (9.3)	65/491 (13.2)	0.67 (0.44–1.02)
Repeat health care visit with use of intravenous fluids within 7 days after enrollment — no./total no. (%)§**	13/495 (2.6)	16/491 (3.3)	1.00 (0.46–2.19)
Median caregiver satisfaction score at day 7 follow-up (IQR)††	4 (3–5)	4 (3–5)	1.19 (0.94–1.50)
Safety outcomes			
Ongoing diarrhea after enrollment — no./total no. (%)§‡‡	150/456 (32.9)	146/451 (32.4)	
Median maximum no. of diarrheal episodes/24 hr (IQR)¶¶¶	0 (0–2)	0 (0–2)	
Exploratory outcomes¶¶¶			
Repeat emergency department visit within 7 days after enrollment — no./total no. (%)§	29/495 (5.9)	45/491 (9.2)	0.62 (0.36–0.89)
Median maximum no. of vomiting episodes/24 hr (IQR)¶¶	0 (0–1)	0 (0–1)	0.71 (0.61–0.82)
Median time from enrollment to last watery stool (IQR) — hr¶¶	0 (0.0–22.6)	0 (0.0–19.8)	0.82 (0.70–0.95)
Median no. of doses administered (IQR)¶¶	0 (0–1)	0 (0–1)	0.95 (0.82–1.10)

- * Outcomes were assessed in the intention-to-treat population, which included all the participants who completed any follow-up. For participants who underwent partial follow-up, all available data were included in the analyses, with imputation performed according to the statistical analysis plan. For the median time from enrollment to the last vomiting episode, data were available for 456 participants in the ondansetron group and 447 in the placebo group; for the median number of vomiting episodes in the 48 hours after enrollment, data were available for 457 and 445, respectively; for the median caregiver satisfaction score at 48 hours, data were available for 464 and 463, respectively; for the median maximum number of diarrheal episodes in a 24-hour period and the median maximum number of vomiting episodes in a 24-hour period, data were available for 455 and 448, respectively; and for the median time from enrollment to the last watery stool, data were available for 454 and 448, respectively.
- † Moderate-to-severe gastroenteritis (the primary outcome) was assessed as a score of 9 or higher on the modified Vesikari scale. A mixed-effects logistic-regression model with adjustment for site and weight category (<20 kg or ≥20 kg) was used to calculate the odds of moderate-to-severe gastroenteritis associated with ondansetron as compared with placebo. The adjusted odds ratio is shown. P<0.001.
- ‡ For the secondary outcomes, Holm-adjusted P values were calculated to account for multiplicity only until the last comparison for which the P value was significant. For all other secondary outcomes and all exploratory comparisons, the adjusted odds ratio or adjusted rate ratio point estimate is reported, as appropriate, with the 95% confidence interval and no P value. For all tests and corresponding P values, multiple imputation was performed to account for missing data.
- § A mixed-effects logistic-regression model with adjustment for site and weight category (<20 kg or ≥20 kg) was used to calculate the adjusted odds ratio for the outcome with ondansetron as compared with placebo.
- ¶ The outcome was analyzed with the use of a generalized mixed-effects linear-regression model with Poisson regression and adjustment for site and weight category (<20 kg or ≥20 kg); the result is reported as a P value or a Poisson adjusted rate ratio.
- ¶¶ P<0.001.
- ** The use of intravenous fluids at the index visit was not counted toward this outcome.
- †† Ordinal logistic-regression analysis was performed with site and weight treated as fixed effects. Caregiver satisfaction was assessed on a 5-point Likert scale, with higher scores indicating greater satisfaction. The adjusted odds ratio for a higher score with ondansetron as compared with placebo is shown.
- ‡‡ P=0.89.
- ¶¶¶ P=0.76.
- ¶¶ For exploratory outcomes, the widths of the confidence intervals have not been adjusted for multiplicity, and the intervals may not be used.

Authors: Stephen B. Freedman, M.D.C.M.6192, Sarah Williamson-Urquhart, B.Sc.Kin., Amy C. Plint, M.D., Andrew Dixon, M.D., Darcy Beer, M.D., Gary Joubert, M.D., Petros Pechlivanoglou, Ph.D., +6

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2503596N> Engl J Med 2025;393:255-266

🔍 Diseño del estudio

- Tipo: Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego.

- Participantes: 1030 niños entre 6 meses y menos de 18 años con vómitos por gastroenteritis aguda.
- Intervención: Se proporcionaron 6 dosis de ondansetrón oral o placebo para administrar en casa durante las primeras 48 horas.
- Objetivo principal: Evaluar si el tratamiento reduce la aparición de gastroenteritis moderada a grave (escala de Vesikari ≥ 9) en los 7 días posteriores.

💡💡 Resultados

- Menor riesgo de gastroenteritis moderada-grave:
 - Ondansetrón: 5.1%
 - Placebo: 12.5%
 - Reducción absoluta: -7.4 puntos porcentuales
 - OR ajustado: 0.50 (IC 95%: 0.40–0.60)
- Menos episodios de vómitos en las primeras 48 h:
 - RR ajustado: 0.76 (IC 95%: 0.67–0.87).
- Sin diferencias significativas en:
 - Duración del vómito
 - Visitas médicas no programadas
 - Administración de sueros intravenosos
 - Eventos adversos

💡💡 Conclusión clínica

El uso domiciliario de ondansetrón oral en dosis múltiples tras una visita a urgencias reduce significativamente el riesgo de evolución a gastroenteritis moderada o grave, sin aumentar efectos adversos ni necesidad de atención médica adicional.

- **Archivist: Increases in vaccine-preventable disease outbreaks.** *Archives of Disease in Childhood* 2025;**110**:591.

La OMS, UNICEF y la Alianza Mundial para la Vacunación y la Inmunización nos advierten del aumento de las enfermedades prevenibles mediante vacunación y la necesidad urgente de afrontar este reto (<https://www.who.int/news/item/24-04-2025-increases-in-vaccine-preventable-disease-outbreaks-threaten-years-of-progress--warn-who--unicef--gavi>). Estos organismos abogan por inversiones sostenidas en las

iniciativas de inmunización; recientemente se han producido recortes de financiación devastadores. El artículo describe la sobrecarga de los servicios de salud y el aumento de los brotes de sarampión, meningitis, fiebre amarilla y difteria. Muestra cómo los programas de inmunización pueden tener un gran impacto en la morbilidad y la mortalidad. Finalmente, se hace un llamamiento a la acción. Hay un artículo interesante sobre la modelización del resurgimiento de estas enfermedades prevenibles por vacunación en los EE. UU. por Kiang *et al* (*JAMA* 2025;333:2176–2187. doi:10.1001/jama.2025.6495) que destaca el impacto potencial si las tasas de vacunación continúan disminuyendo. Han estimado el número de casos y complicaciones en medio de la disminución de la vacunación infantil para sarampión, rubéola, poliomielitis y difteria. Omitiré el detalle, pero el mensaje es que si continuamos en esta trayectoria de descenso, habrá un aumento en la frecuencia y el tamaño de los brotes de infecciones prevenibles por vacunación previamente eliminadas, lo que eventualmente conducirá a su retorno a niveles endémicos; el sarampión es el primero en alcanzar tales niveles incluso con las tasas de vacunación actuales. Paralelamente a la reducción de la financiación y la reducción de la disponibilidad de vacunas, existe el importante problema de la reticencia a las vacunas, por lo que incluso cuando las inmunizaciones están disponibles, los niños siguen sin recibirlas. ¿Cómo podemos abordar esto? Un artículo en la sección 'Comunicar la Medicina', en la misma edición de O'Leary (*JAMA* 2025;333(24); 2197–2198), describe estrategias para hablar sobre vacunas con padres preocupados. Incluye una sección muy útil sobre cómo comprender la reticencia a las vacunas, seguida de estrategias de comunicación eficaces, centradas en abordar inquietudes específicas. Se centra en técnicas de entrevista motivacional y una tabla útil que destaca el uso de objetivos compartidos, un enfoque presuntivo, la incorporación de normas sociales, la solicitud de permiso para compartir información, el uso de (un término excelente) "pre-bunking" y, finalmente, la mensajería basada en valores. Resulta fascinante que exista un estudio observacional y un ensayo clínico aleatorizado que han demostrado que el uso de un enfoque presuntivo, en el que el profesional clínico presenta la vacunación como la vía habitual, es más eficaz que un enfoque participativo; esto invita a la deliberación. Las técnicas de entrevista motivacional incluyen el uso de preguntas abiertas, afirmaciones regulares, tiempo para la reflexión, la solicitud de permiso para compartir (también conocido como "obtener-proporcionar-obtener") y el apoyo a la autonomía. La desmitificación implica abordar la información falsa antes de que los padres la encuentren en línea. La sección final sobre la seguridad y eficacia de las vacunas, que destaca el uso del proceso de notificación de eventos adversos para respaldar la calidad de la información compartida, es clara y útil. Puede llevar tiempo, y algunos padres podrían no aceptar las vacunas de inmediato. Es importante mantener un diálogo continuo y una comunicación coherente, lo que con suerte puede aumentar la probabilidad de una eventual aceptación.

- [Sepsis in patients who are immunocompromised: diagnostic challenges and future therapies.](#) *Lancet Respir Med* 2025; 13: 623–37.

La sepsis es una respuesta desregulada y potencialmente mortal del huésped a una infección. La inmunosupresión es un factor de riesgo de infecciones y sepsis. Sin embargo, las alteraciones inmunitarias específicas que elevan el riesgo de infecciones y sepsis siguen sin estar claras en el paciente individual, lo que plantea la cuestión de si

existe un estado general de inmunosupresión. En esta revisión, exploramos la relación entre inmunosupresión y sepsis, detallando las definiciones, causas e implicaciones clínicas. Abordamos el efecto de las inmunodeficiencias primarias, las afecciones adquiridas y los fármacos sobre el riesgo de infección y el desarrollo de sepsis. Los pacientes inmunodeprimidos con sepsis suelen presentar síntomas atípicos y los resultados de las pruebas diagnósticas pueden diferir, lo que dificulta su reconocimiento precoz. Las perspectivas de futuro pasan por nuevos biomarcadores para mejorar la detección precoz de la sepsis y tratamientos a medida para modular la función inmunitaria. La inclusión de pacientes inmunodeprimidos en los ensayos clínicos es crucial para aumentar la relevancia de los resultados de la investigación y mejorar las estrategias de tratamiento para esta población vulnerable.

COMENTARIO

Revisión que se centra en la sepsis en el paciente inmunosuprimido, abordando cuestiones como la predisposición a la misma, los signos que nos permiten su reconocimiento y el diagnóstico diferencial, la prevención y las perspectivas futuras para su manejo. El interés de esta revisión radica en el conocimiento de la inmunosupresión en cuanto a los mecanismos de la misma (los errores congénitos, el período neonatal y los tratamientos inmunosupresores son algunos de los que nos conciernen en edad pediátrica) y los patógenos implicados. Es importante que el pediatra de Atención Primaria obtenga una perspectiva dado que estos pacientes, sobre todo los que presentan tratamiento inmunosupresor, acuden cada vez con más frecuencia en las consultas del centro de salud antes de valorar su derivación hospitalaria o no.

- [Repercusión del aumento de la periodicidad de las reuniones en las que el equipo del Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos realizó auditorías no impositivas de ayuda a la prescripción en el consumo de antimicrobianos](#). Rev Esp Quimioter. 2025 May 27;38(4):305-318. Spanish. doi: 10.37201/req/022.2025

Objetivo: Evaluar cómo influyó en el consumo de antimicrobianos el aumento de la frecuencia de las reuniones en las que el equipo PROA (Programa de Optimización del Uso de Antimicrobianos) realizó auditorías no impositivas de ayuda a la prescripción.

Materiales y métodos: Estudio observacional de cohortes retrospectivo en que se comparó el consumo en DDD/1000 estancias y DDD/1000 ingresos por grupos de antiinfecciosos, grupos antibacterianos, agentes activos frente *Staphylococcus aureus* sensibles a meticilina (agentes anti-SASM)/agentes activos frente *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (agentes anti-SARM), antibióticos frente bacterias gramnegativas sensibles/antibióticos frente bacterias gramnegativas resistentes y antimicrobiano, en dos períodos de actividad del PROA (2 reuniones semanales en 2023 versus 1 reunión semanal en 2022).

Resultados: En 2023 respecto 2022: el consumo de antibióticos de uso sistémico creció en DDD/1000 estancias (+0,13%) y disminuyó en DDD/1000 ingresos (-3,55%); el consumo en DDD/1000 estancias y DDD/1000 ingresos aumentó para penicilinas, glucopéptidos y aminoglucósidos y decreció en cefalosporinas y carbapenémicos, para quinolonas aumentó por estancias y disminuyó por ingresos; en agentes anti-SASM y anti-SARM, el uso de cefazolina, cloxacilina, vancomicina y daptomicina aumentó por DDD/1000 estancias y DDD/1000 ingresos, para linezolid creció por estancias y disminuyó por ingresos; en antibióticos frente bacterias gramnegativas sensibles y antibióticos frente bacterias gramnegativas resistentes, aumentó el consumo de amoxicilina-clavulánico, piperacilina-tazobactam, aminoglucósidos, ceftazidima, cefepima y polimixinas por DDD/1000 estancias y DDD/1000 ingresos, para carbapenémicos decreció por estancias e ingresos.

Conclusiones: El aumento de la frecuencia de las reuniones parece relacionarse con un mejor uso de los antimicrobianos en nuestro centro.

- [Perinatal Urinary Tract Dilation: Recommendations on Pre-/Postnatal Imaging, Prophylactic Antibiotics, and Follow-up: Clinical Report. *Pediatrics* \(2025\) 156 \(1\): e2025071814. <https://doi.org/10.1542/peds.2025-071814>](#)

Objetivo

El artículo proporciona una guía actualizada y basada en evidencia para el manejo clínico de la dilatación del tracto urinario (UTD) detectada en el período perinatal. Establece recomendaciones sobre estudios de imagen prenatales y postnatales, uso de profilaxis antibiótica, y estrategias de seguimiento, todo bajo un enfoque estratificado por riesgo.

Evaluación prenatal

La ecografía obstétrica entre las semanas 18 y 22 permite identificar la UTD. En casos leves, se recomienda una ecografía de control después de las 32 semanas. Si la dilatación es moderada o severa, pueden requerirse controles mensuales.

Los hallazgos clave que deben informarse incluyen:

- Diámetro anteroposterior de la pelvis renal (APD)
- Dilatación calicial
- Presencia de hidronefrosis, megauréter o alteraciones en la vejiga
- Grado de oligohidramnios
- Cambios en la ecogenicidad o grosor del parénquima renal

Clasificación del riesgo y manejo postnatal

El manejo postnatal se organiza en tres grupos de riesgo:

- **Bajo riesgo:** APD leve sin otros hallazgos. No se recomienda profilaxis antibiótica ni estudios invasivos como la cistouretrografía miccional (VCUG). Basta con una ecografía renal tras el nacimiento o entre las 4 y 6 semanas.
- **Riesgo intermedio:** Dilatación moderada o acompañada de hallazgos adicionales como ureterohidronefrosis. Se aconseja una ecografía entre las 1–3 semanas y una evaluación individualizada sobre necesidad de profilaxis o VCUG.
- **Alto riesgo:** Casos con APD ≥ 10 mm junto a anomalías renales bilaterales, afectación parenquimatosa o alteraciones vesicales. En estos casos, se recomienda iniciar profilaxis antibiótica, realizar VCUG, y derivar a nefrología o urología pediátrica.

Estudios complementarios postnatales

- La **ecografía reno-vesical (RBUS)** es el estudio inicial, idealmente realizada cuando el neonato tiene adecuada producción urinaria (usualmente después del tercer día de vida).
- La **VCUG** se reserva para casos con hallazgos sospechosos o moderado/alto riesgo.
- La **gammagrafía renal (DMSA o MAG3)** se indica cuando hay sospecha de disfunción renal, obstrucción o cicatrices renales.

Uso de profilaxis antibiótica

- No se recomienda el uso rutinario de antibióticos en neonatos de bajo riesgo.
- En riesgo intermedio, puede considerarse tras discusión compartida con la familia.
- En riesgo alto (por ejemplo, APD > 20 mm, megauréter ≥ 7 mm o RVU severo), se sugiere iniciar profilaxis con amoxicilina durante las primeras semanas de vida, seguida de TMP-SMX o nitrofurantoína según la edad y evolución clínica.

Seguimiento y derivación

- Los pacientes de bajo riesgo pueden ser dados de alta del seguimiento si presentan una ecografía normal en el primer trimestre de vida.
- Aquellos con riesgo intermedio o alto requieren seguimiento a largo plazo con controles de imagen seriados, vigilancia de la presión arterial, función renal y proteinuria.
- Deben ser derivados oportunamente a especialistas en nefrología o urología pediátrica si presentan anomalías persistentes o complicaciones.

Conclusión

Este informe de la AAP promueve un enfoque individualizado y basado en el riesgo para el manejo de la dilatación del tracto urinario en recién nacidos. Las recomendaciones buscan evitar intervenciones innecesarias en casos leves y garantizar un diagnóstico y tratamiento oportunos en aquellos con alto riesgo, con el objetivo de prevenir infecciones urinarias, daño renal y complicaciones a largo plazo.

- [Le haré una vacuna que no podrá rechazar](#) An Pediatr (Barc). 2025;103:503858

Todas las vacunas son importantes, pero la del sarampión en particular no la podemos rechazar, ya no solo por nuestra propia salud, sino por la de todos los que nos rodean, especialmente los más pequeños.

Casos clínicos

- [Cave-Associated Histoplasmosis Outbreak Among Travelers Returning from Costa Rica—Georgia, Texas, and Washington, December 2024–January 2025.](#)

The Pediatric Infectious Disease Journal 44(8):p 817, August 2025.

Se documenta un conjunto de casos de histoplasmosis que se dieron lugar en un grupo familiar en Houston en un mismo periodo de tiempo. Entre los afectados se incluían a 6 adultos de entre 42 y 49 años y 6 niños de entre 8 y 16 años. Tres semanas antes habían estado en Costa Rica de viaje y habían visitado cuevas de murciélagos, habiendo tenido contacto con secreciones respiratorias provenientes de los mismos. Hubo casos moderados, pero no severos. Los signos y síntomas incluían dolor de cabeza, malestar general, fiebre, sudores nocturnos, mialgias y síntomas respiratorios y gastrointestinales.

La histoplasmosis es una infección por hongos *Histoplasma*. Se debe sospechar ante síntomas sugestivos, aunque los cuales son inespecíficos (fiebre, escalofríos, dolor torácico, mialgias), en pacientes con antecedente de viaje a zonas endémicas especialmente si ha presentado una exposición de riesgo (cuevas de murciélagos o pájaros, contacto con sus secreciones). Los cuadros severos suelen ocurrir en personas con inmunodeficiencias.

Se debe tener en cuenta que, aunque es un brote acaecido en Estados Unidos, Costa Rica es un destino frecuente de viaje de personas de nuestro país.

- [Maternal mastitis and streptococcal toxic shock syndrome risk from breastfeeding children with scarlet fever: case report and literature review.](#)

Lancet Infect Dis 2025; 25: e482–88.

Se presenta el caso de una madre de 35 años, que amamantaba a un niño de 4 años diagnosticado de escarlatina. La madre desarrolló posteriormente una mastitis que culminó en necrosis cutánea y síndrome de shock tóxico estreptocócico (SSTE) con fallo

multiorgánico. Preciso ingreso en UCI, soporte vasoactivo, antibioterapia de amplio espectro (piperacilina tazobactam + clindamicina), desbridamiento amplio de tejido glandular mamario, terapia de presión negativa local y drenaje pleural por derrame asociado con distrés respiratorio. Se aisló *Streptococcus pyogenes* en hemocultivo y en cultivo de secreción tisular, se pudo desescalar terapia antibiótica a ampicilina con posterior cambio a clindamicina por sospecha de reacción alérgica. La evolución clínica fue favorable y se pudo llevar a cabo implante de injerto cutáneo con posibilidad futura de cirugía de reparación mamaria.

En el artículo además realizan una búsqueda bibliográfica exhaustiva, en la que encuentran otros 6 casos, por los cuales resaltan la gravedad de la mastitis en la mujer lactante por *S pyogenes*. En todos los casos, el único factor de riesgo identificable de enfermedad invasiva por *S pyogenes* fue el contacto estrecho con individuos que presentaban síntomas de escarlatina. Durante la lactancia, el contacto directo del pezón con la faringe del niño, que contiene *S pyogenes* en el caso de la escarlatina, presenta una vía de transmisión probable, especialmente si se tiene en cuenta la patogenicidad de la bacteria. Aunque en general se fomenta la lactancia materna, la bibliografía actual carece de orientaciones suficientes sobre las prácticas de lactancia materna en niños con escarlatina. Proponen una estrategia sencilla para minimizar los riesgos maternos, que ofrece valiosas ideas para el tratamiento clínico y la prevención.

Recordar que para el diagnóstico de SSTE se necesitan una serie de criterios clínicos y microbiológicos, ambos indispensables a diferencia del síndrome de shock tóxico estafilocócico en el cual no se requiere el aislamiento del germen.

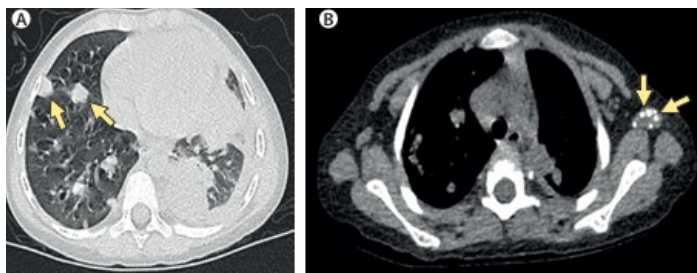


- [Recognising Aspergillus udagawae in a child with chronic granulomatous disease.](#) Lancet Infect Dis. 2025 Aug;25(8):e489-e490.

Un niño de 2 años ingresó por una historia de 4 meses de fiebre intermitente y 1 semana de tos. La exploración física reveló una ligera disminución de los ruidos respiratorios en el pulmón inferior izquierdo. El TAC torácico mostró lesiones esféricas en los pulmones y aumento del tamaño de los ganglios linfáticos axilares con múltiples calcificaciones nodulares. Por ecografía se demostraron múltiples lesiones inflamatorias con pequeña licuefacción parcheada en el interior en el tejido blando de la pared torácica anterior izquierda, que conectaba con las lesiones en el pulmón. El niño había recibido BCG sin reacciones adversas. Dada la sospecha de

inmunodeficiencia, se estudió y confirmó la enfermedad granulomatosa crónica mediante la prueba de oxidación con dihidrorodamina 123 y una mutación 968A→C en el gen CYBB. Se aisló un hongo filamentoso en cultivo de pus de pared torácica finalmente identificó como *Aspergillus udagawae* por la que el paciente precisó de terapia fúngica prolongada con voriconazol seguido de caspofungina.

Destacar la enfermedad granulomatosa crónica, inmunodeficiencia relacionada con la disfunción fagocítica de los neutrófilos que favorece las infecciones bacterianas y fúngicas, entre éstas últimas características las infecciones por *Aspergillus*.



- [Dengue Myocarditis Without Plasma Leakage: A Rare, Potentially Fatal Entity.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(8):p e307, August 2025.

Es un caso de una niña que parece ser de la India (autores de hospital de India) de 11 años que se presentó con fiebre, shock y distrés respiratorio precisando expansión con fluidos intravenosos, soporte ionotrópico y ventilación mecánica no invasiva. Su analítica inicial presentaba Hb 9.5 mg/dl, 16.900 leucocitos con neutrofilia, plaquetas 213.000, elevación de troponinas y de NT-ProBNP. En ecocardiografía presentó disfunción ventricular izquierda con fracción de eyección del 25%. Dada la localización geográfica, se investigó y confirmó Dengue positivo por técnica ELISA. Se diagnosticó de miocarditis severa por Dengue y se iniciaron inmunoglobulinas + corticoides con buena evolución y normalización de parámetros clínicos y ecográficos.

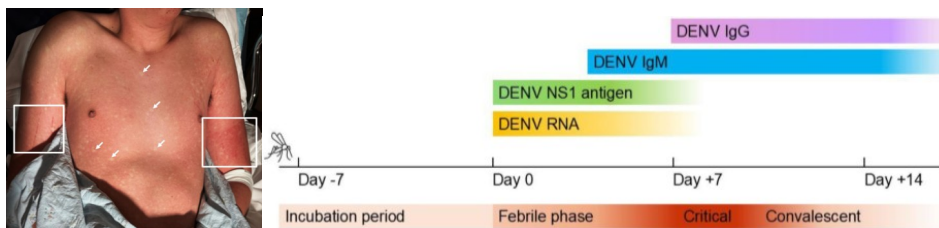
Se incide en la peculiaridad del caso al no asociar datos de fuga plasmática (propios del Dengue), su posible fatalidad y las opciones en el manejo terapéutico.

- [Rash and Fever in an Adolescent Traveler.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(8):p 818-820, August 2025.

Varón estadounidense de 17 años que a las 2 semanas tras regreso de viaje en México presentó fiebre alta, mialgias, odinofagia y un exantema micropapular en tronco y extremidades. En analítica destacaba plaquetopenia ($75.000 \times 10^6/l$) y elevación de transaminasas (GPT 220 U/l, GOT 104 U/l). Fue dado de alta tras descartar varios cuadros (mononucleosis, virus respiratorios, estreptococo, enfermedades por garrapatas). Una semana más tarde presentaba persistencia de fiebre con empeoramiento en parámetros cardio-respiratorios y analíticos (GPT 1416 U/l, GOT 476 U/l, ferritina 33.500mcg/l, creatinina 1.3 U/ml, LDH 4.833 U/l, hipertrigliceridemia de 252 mg/dl e hipofibrinogenemia de 106 mg/dl) con plaquetas estables en 75.000 y esplenomegalia por ecografía abdominal. Se identificó Dengue por PCR sanguínea. Se diagnosticó de síndrome hemofagocítico al presentar además positividad para el

receptor de la interleukina 2 y CXCL9. El tratamiento que se instauró hasta la mejoría fue de soporte.

Se resalta la importancia de la sospecha de Dengue en pacientes con fiebre con o sin exantema que hayan viajado a zonas endémicas en los 14 días previos, dado que es un cuadro potencialmente grave, sobre todo en los casos de reinfección. El exantema es típico con islas de piel sana y “signo del torniquete” positivo. Se detallan las pruebas diagnósticas según los días de evolución de la sintomatología. El síndrome hemofagocítico (*ya expuesto en otros casos previamente citados por el GPI*) es una hiperestimulación del sistema inmune que se diagnostica por criterios y cuyo curso puede ser también severo. En los casos en los que se produzca de forma secundaria a un agente infeccioso o no infeccioso el tratamiento es el de la causa, otras opciones son el etopósido y los corticoides, aunque se indican más en los casos primarios.



- [Challenges in Diagnosing Rickettsial Infection: A Case Report of Rickettsia conorii in a Pediatric Patient in Iran.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(8):p e305-e306, August 2025.

Lactante de 19 meses con clínica de fiebre, exantema y edema en miembros de predominio en manos y pies, ausencia de escara. No mejoría inicial con antibioterapia. En analítica presentaba 86.000 plaquetas por mL, leve elevación de reactantes (leucocitos 10.900 por mL, PCR 5 mg/dl y VSG 15 mm/h). Tras sopesar y descartar bacteriemia (hemocultivo negativo) y enfermedad de Kawasaki, se decidió iniciar tratamiento con doxiciclina por posibilidad de rickettsiosis, finalmente confirmada por serología en dos tiempos (seroconversión):

- Primer tiempo: IgM positiva para *R. conorii* (título 1:768), IgG también positiva (1:80).
- Segundo tiempo (a las 3 semanas): IgG positiva (>1:1280).

La evolución fue favorable con tratamiento (doxiciclina durante 5 días).

Se enfatiza en el diagnóstico de la rickettsiosis, que se realiza con una prueba molecular positiva para *Rickettsia* en sangre o tejidos afectados, o bien, un aumento en el título de anticuerpos al cuadruple (*recordar que, a mayor denominador, mayor título de anticuerpos*). No obstante, ante la sospecha clínica se debe de empezar el tratamiento a la espera de las pruebas diagnósticas, dado que su inicio precoz previene la progresión a formas severas. Se debe tener en cuenta si el paciente vive o ha viajado a

zona endémica de la enfermedad, encontrándose la Cuenca Mediterránea y España entre ellas, aunque se trate el caso de un paciente de Irán.

- [Delftia acidovorans: A Rare Cause of Axillary Abscess in an Immunocompetent Child.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(8):p e308-e309, August 2025

Se presenta el caso de una lactante de 15 meses con fiebre de 5 días, bultoma axilar e inflamación adyacente al mismo con extensión a pared torácica. El estado general estaba alterado y la analítica mostraba leucocitosis de 32.600 por mL y PCR de 29,2 mg/dl. Se empezó clindamicina (posteriormente cambiada a ceftriaxona) y cloxacilina intravenosas y se realizó drenaje de la lesión al quinto día, obteniendo material purulento. La evolución fue favorable y el hemocultivo fue negativo, siendo dada de alta tras 12 días de ingreso con fluoxacilina oral, pero a la semana reapareció la inflamación cutánea con eritema. En el cultivo de material purulento creció *Delftia acidovorans* (previamente conocido como *Pseudomonas acidovorans* y *Comamonas acidovorans*) por lo que se cambió a ciprofloxacilo oral, finalmente con buena evolución. El examen inmunitario de la paciente fue normal.

El germen implicado se trata de un bacillo gram-negativo no fermentativo, patógeno oportunista, ubico en agua y suelo. Es típicamente resistente a aminoglucósidos.

COMENTARIO: Se trata de un caso de un niño de Asia (autores de hospitales de Brunei y la India). Se podría tener en mente ante la falta de respuesta al tratamiento, sabiendo que no es cubierto por la antibioterapia empírica habitual de las infecciones de piel y partes blandas y que el caso refleja que puede llegar a causar infección en pacientes inmunocompetentes.



- [Cutaneous Nodules in an Infant from Uganda: A Rare, Vaccine-Associated Complication.](#) The Journal of Pediatrics, Volume 282, 114565

Un bebé varón de 5 meses nacido en Uganda con antecedentes de síndrome CHARGE (coloboma, defecto cardíaco, atresia de coanas, crecimiento y desarrollo restringidos, anomalía genital y anomalía del oído), fenotipo similar a la inmunodeficiencia combinada grave (SCID) con ausencia de timo, parálisis del nervio facial, colobomas bilaterales, conducto arterioso persistente grande y antecedentes de paro cardíaco, fue ingresado en el hospital a los 3 meses de edad por fiebre y atención médica compleja en curso. Se consultó al servicio de dermatología por nódulos en la parte superior del brazo derecho y la clavícula, que se habían observado recientemente. Los hallazgos del examen físico revelaron varios nódulos indurados eritematosos fijos en la parte

superior del brazo derecho y la clavícula derecha sin ulceración, secreción ni sangrado ([Figura 1](#)). La ecografía del brazo derecho mostró un absceso subcutáneo con sospecha de extensión al músculo deltoides, y la resonancia magnética reveló edema leve de tejidos blandos y edema fascial. La tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis reveló agrandamiento de ganglios linfáticos mediastínicos y paraesofágicos, lo que sugiere un proceso infeccioso o inflamatorio

- [Chronic Nonbacterial Osteomyelitis: A Noninfectious Autoinflammatory Disorder of Bone](#). *Journal of Pediatrics* 283:p 114636, August 2025. | DOI: 10.1016/j.jpeds.2025.114636.

- **Descripción general de la osteomielitis crónica no bacteriana**

La osteomielitis crónica no bacteriana (OCN), anteriormente conocida como osteomielitis multifocal crónica recurrente (OMCR), se reconoce cada vez más como una causa de dolor óseo en niños y adolescentes. La OCN es la terminología más aceptada porque la enfermedad ósea no siempre es multifocal o recurrente. ¹⁻⁵ La OCN es un diagnóstico clínico que a menudo requiere aportes multidisciplinarios para investigaciones y manejo ([Tabla I](#)) y la exclusión de otros trastornos óseos como osteomielitis infecciosa y malignidad. La OCN es un trastorno óseo autoinflamatorio no infeccioso que generalmente llega a atención médica en la infancia, con inicio entre los 7 y 12 años de edad. ^{4,6} La mayoría de los niños con OCN tienen dolor localizado, a veces con calor o hinchazón sobre el hueso afectado que puede durar semanas o años. La OCN puede ser unifocal o multifocal, y puede afectar cualquier hueso, aunque los sitios típicos (en orden descendente de frecuencia) son las metáfisis de los huesos largos, cuerpos vertebrales, clavículas y pelvis. ^{4,5} Algunos niños también pueden tener manifestaciones inflamatorias de las articulaciones, la piel y el tracto gastrointestinal. ⁷ Los niños con OCN a menudo están sistémicamente bien y con poca frecuencia tienen síntomas constitucionales como fiebre y pérdida de peso, lo que puede hacer que el diagnóstico sea más difícil.

Comentario GPI: no se trata de una patología infecciosa pero es necesario su conocimiento para hacer el diagnóstico diferencial de las infecciones osteoesqueléticas.

- [White Piedra](#). The Journal of Pediatrics, Volume 283, 114625

Una niña de 4 años se presentó a la clínica de dermatología con un historial de 2 meses de manchas blancas que empeoraban progresivamente en su cabello y que no respondían a 3 aplicaciones de loción de permetrina al 1% por presunta pediculosis capitis. Ningún miembro de la familia tenía lesiones similares. Nació en Cleveland, Ohio, y los padres negaron haber viajado a climas tropicales o subtropicales. La paciente tenía cabello largo que mantenía atado en una cola de caballo húmeda después del champú. En el examen físico, muchos nódulos blancos distribuidos irregularmente estaban débilmente adheridos a los tallos distales del cabello ([Figura 1](#)). El examen microscópico óptico reveló grupos de artrosporas que envolvían los tallos del cabello ([Figura 2](#)), en consonancia con nuestra sospecha clínica de piedra blanca. Fue tratada con champú de ciclopirox al 1% tres veces por semana durante 2 meses con cierta mejoría. Posteriormente, se agregó un ciclo de 4 semanas de fluconazol oral y resultó en la resolución completa de su condición. No ha recaído en los 8 meses posteriores al tratamiento.



Visor de figuras

Figura 1 Nódulos blancos distribuidos irregularmente en los pelos del cuero cabelludo.

Visor de figuras

Figura 2 Preparación de hidróxido de potasio al 10% bajo microscopía óptica que muestra esporas de hongos.

La piedra blanca es una infección fúngica superficial causada por especies de *Trichosporon*, comúnmente observada en climas subtropicales y tropicales, pero rara vez encontrada en Estados Unidos. ^{1,3} Las especies causales más comunes incluyen *T. inkin*, *T. ovoides* y *T. cutaneum* (anteriormente llamada *T. beigelii*). ³ Los factores predisponentes incluyen la edad joven, el sexo femenino, el cabello largo y la exposición a la humedad. ¹ También se han reportado asociaciones adicionales, como hiperhidrosis, bajo nivel socioeconómico, recogerse el cabello mojado y mala higiene. ^{1,2}

Clínicamente, la piedra blanca se presenta con un curso de enfermedad asintomático o ligeramente pruriginoso que conduce a numerosos nódulos de color blanco-marrón claro (1-3 mm) que encierran los pelos terminales. ² Aunque la piedra blanca puede manifestarse en cualquier zona con pelo, generalmente afecta el cuero cabelludo y el área genital. ^{1,3} El diagnóstico diferencial incluye 1) piedra negra, que se presenta con nódulos más firmes, oscuros y adherentes en el cuero cabelludo; 2) pediculosis capitis; 3) moldes pilosos debido a psoriasis o seborrea; así como 4) anomalías del tallo piloso, como tricorrexia nodosa o moniletrix. ¹

Las opciones de tratamiento incluyen afeitar o cortar el cabello afectado, lo cual es efectivo pero a menudo cultural y psicológicamente inaceptable. ^{1,4} Los enfoques alternativos incluyen agentes antimicóticos tópicos, como champú de ketoconazol, a menudo combinados con antimicóticos sistémicos, como itraconazol o fluconazol, para casos resistentes o generalizados. ^{1,4} Kiken et al informaron una cura completa de 8 niños tratados con una combinación de antimicóticos azólicos orales y champú tópico. ³ Además, El Attar et al informaron la desaparición completa de la enfermedad en 3 grupos de pacientes tratados con antimicóticos azólicos tópicos solos o una combinación de antimicóticos tópicos y un antimicótico azólico oral o terbinafina oral. Aunque todos los pacientes tuvieron una desaparición completa de sus infecciones, una combinación de tratamiento con azoles tópicos y orales resultó en la desaparición más rápida de la piedra blanca. ⁵ El tratamiento inadecuado o retrasado puede provocar una infección sistémica en pacientes inmunocomprometidos. ² No existen

recomendaciones actuales sobre el tratamiento de los familiares que han estado en contacto cercano. ⁴

Los pediatras deben considerar el diagnóstico de WP en pacientes que presentan concreciones blancas adherentes en el cuero cabelludo. Distinguir esta afección de la pediculosis, los moldes capilares, la dermatitis seborreica, la psoriasis o afecciones poco frecuentes como las anomalías del tallo piloso se puede realizar fácilmente en la consulta mediante el examen de los tallos pilosos con microscopio óptico.

- [Ocular Gnathostomiasis](#). N Engl J Med 2025;393:e9 | Published Online Augu

Un hombre de 35 años se presentó a la clínica de oftalmología con un historial de 8 meses de enrojecimiento y visión borrosa en el ojo izquierdo. En el examen físico, se encontró que el ojo izquierdo tenía inyección conjuntival y una pupila fija y dilatada. La agudeza visual en el ojo izquierdo era de 20/80 y el examen con lámpara de hendidura mostró panuveítis. En la funduscopía, se vio un gusano moviéndose lentamente en el segmento posterior. El examen de la piel y el resto del sistema neurológico fue normal. Se realizó una vitrectomía pars plana para eliminar el gusano (Panel A y [video](#)). Bajo microscopía óptica, se identificó un nematodo en etapa larvaria con un bulbo cefálico, cutícula gruesa e intestino bien desarrollado (Panel B); estas características fueron compatibles con *Gnathostoma spinigerum*. La tomografía computarizada del cerebro, las órbitas, el tórax, el abdomen y la pelvis no mostró nada destacable. Se realizó un diagnóstico de gnatostomiasis ocular. La gnatostomiasis se adquiere por la ingestión de pescado de agua dulce, aves, serpientes o ranas poco cocidas en regiones endémicas. Este paciente, procedente de la zona rural central de la India, había consumido las dos primeras. Debido a la gravedad de la uveítis, se le administró tratamiento con glucocorticoides orales y oculares. También se le recetó albendazol. En la consulta de seguimiento a las 8 semanas, los síntomas se habían resuelto, pero su agudeza visual se mantuvo en 20/40 en el ojo izquierdo debido al desarrollo de una catarata.

- [Fasciola hepatica: The Difficult Process From Clinical Suspicion to Diagnosis, From Diagnosis to Treatment](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(7):p e272, July 2025.

Adolescente de 14 años que vivía en zona de difícil acceso a Sistema Sanitario. Presentó dolor abdominal, fiebre y náuseas. A la exploración se vió dolor en hipocondrio derecho y hepatomegalia. Analítica con hipertransaminasemia, eosinofilia (1500/mcl), PCR 50 mg/l y VSG 70 mm. En la ecografía abdominal se evidenció una vesícula biliar hidrópica con una pared engrosada, edematosa y con algo de líquido periférico. Tras empezar ceftriaxona + meropenem, se extrajeron cultivos de heces para parásitos (negativos). En las pruebas serológicas se evidenció positividad para fasciola hepática (1/640) con resto (Schistosoma, Toxocara y Strongyloides entre otros) negativos. Se inició tratamiento con tricobendazol, normalizándose tanto los eosinófilos como la ecografía. Se testó a la familia, su hermana presentó eosinofilia asintomática con serología positiva por lo que también fue tratada.

COMENTARIO

El caso publicado es de Turquía, pero se trata de una entidad que se puede dar en nuestro país, aunque con una incidencia baja, sobre todo en regiones del centro y norte peninsular. Se hace hincapié en su inclusión en el diagnóstico diferencial de la eosinofilia, especialmente en pacientes de áreas rurales y ganaderas o con exposiciones ambientales y alimentarias específicas (berros u otras plantas acuáticas) en los que el vector (caracoles de agua dulce) pueda estar presente. La clínica a menudo es inespecífica e incluso se puede ser asintomático, con implicaciones en el retraso del diagnóstico.

- [Borderline Disseminated \(Intermediate\) Cutaneous Leishmaniasis: A Case-based Approach to Diagnosis and Clinical Management in Pediatric Population.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(7):p e258-e264, July 2025.

La leishmaniasis cutánea (LC) es una enfermedad tropical desatendida con diversas manifestaciones clínicas, que van desde la LC localizada a formas graves como la LC difusa y la leishmaniasis mucocutánea. La leishmaniasis cutánea diseminada limítrofe (LCDL), una forma intermedia, se caracteriza por múltiples lesiones diseminadas y plantea retos diagnósticos y terapéuticos únicos, especialmente en pacientes pediátricos. Se presentan 4 casos pediátricos de LCDL diagnosticados en Panamá mediante reacción en cadena de la polimerasa y análisis histopatológico de muestras obtenidas de las lesiones.

CASO 1: lactante de 1 año con lesiones cutáneas nodulares de crecimiento progresivo en la cara, los lóbulos de las orejas, el tronco y las extremidades durante 2 meses. Las lesiones tenían una base ulcerosa con bordes costrosos, eritematovioláceos y rasgos verrugosos, sobre todo en los brazos. Dos semanas antes había presentado costras en ambas fosas nasales y una lesión erosiva lineal en el labio inferior.



CASO 2: Paciente de 1 año y 9 meses con una historia de 8 meses de lesiones cutáneas umbilicadas no dolorosas ni pruriginosas, Inicialmente en la mejilla izquierda y se extendieron a la pierna derecha, el brazo izquierdo y el pezón izquierdo. Se había tratado con ácido fusídico. Posteriormente, padeció un absceso inguinal derecho, un absceso en el muslo y lesiones de la mucosa nasal en la fosa nasal derecha.

CASO 3: Una niña de 9 años con lesión en la frente de 2 meses de evolución, que empezó como una pápula eritematosa y pruriginosa con fiebre de 48 horas. Tras 15 días, la lesión se ulceró y aparecieron 3 nódulos dolorosos en las regiones maxilares. El

tratamiento inicial con antibióticos sistémicos y tópicos, incluyendo cefalexina y ácido fusídico, sólo produjo una mejoría parcial.

CASO 4: Niño de 6 de 5 meses de lesiones cutáneas en las extremidades inferiores progresivas, comenzando como una pápula eritematosa en el dorso del pie izquierdo que se ulceró, desarrolló bordes elevados y se expandió. Lesiones similares progresaron por la pierna izquierda hasta la mitad del muslo y en la pierna derecho. Inicialmente se había tratado con dicloxacilina durante 7 a 10 días con una mejoría mínima.

Todos fueron tratados inicialmente con anfotericina B desoxicolato (casos 1, 2 y 3) o liposomal (4) pero en ninguno hubo la respuesta esperada. Dos pacientes (1 y 3) cambiaron por antimonio, logrando la resolución completa de las lesiones. Los otros 2 (2 y 4) cambiaron por miltefosina oral con mejoría y resolución de la lesión, aunque lentamente.

Resaltar que una de las características típicas de la LCDL es la concurrencia de ambos tipos de lesiones (ulcerativas, nodulares en placa o infiltrativas, acneiformes y verrucosas) pero la afectación de mucosas, presente en los 4 casos, es más rara y típica de la enfermedad avanzada.

COMENTARIO: Tenemos que tener en cuenta que la Leishmaniasis es una enfermedad endémica de nuestro medio, aunque las especies de los pacientes del artículo (guayanensis y panamensis) no son las que se ven en Europa (predominantemente infantum) lo cual es relevante dado que diversas especies, sobre todo del subgénero Vianna, han demostrado una mayor asociación con el desarrollo de LDCL y una diferente respuesta al tratamiento.

- [A Rare Case of Disseminated Entomophthoromycosis in an Adolescent Boy Presenting as Mediastinal Mass.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(7):p e275-e276, July 2025.

PRESENTACIÓN

Adolescente de 15 años que presentaba fiebre, astenia, disnea, dolor torácico, abdominal y vómitos desde hacía 2 meses. Palidez y taquipnea a la exploración.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analíticas: anemia (7.1 g/dL), leucocitosis (38,720/ μ L), con eosinofilia (3820/ μ L), trombopenia (58,000/ μ L) e IgE elevada (4630 IU/L).
- Imagen: radiografía de tórax con ensanchamiento mediastínico con consolidaciones derechas media e inferior. En TAC además se vieron múltiples adenopatías mediastínicas y otras lesiones en intestino, hígado, bazo y suprarrenales.

- Invasivas: en médula ósea se evidenció disminución de precursores de plaquetas y eosinófilos. En biopsia ganglionar se visualizaron hifas pseudoseptadas, sugestivas de hongo zygomyceto, con cultivos negativos.

EVOLUCIÓN INICIAL

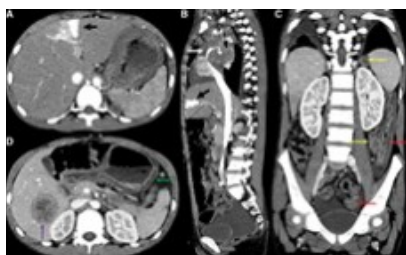
Pese a inicio de anfotericina B seguido de posaconazol, no hubo mejoría clínica, con signos de obstrucción de salida gástrica en resonancia magnética.

RESOLUCIÓN Y EVOLUCIÓN POSTERIOR

Se realizó biopsia pilórica ecoguiada en la cual se hallaron hongos con fenómeno de Splendore-Hoeppli (sugestivos de entomophthromycosis). Se administró terapia con anfotericina B liposomal seguido de cotrimoxazol + itraconazol oral 6 meses con resolución del cuadro.

DISCUSIÓN

Como mensajes reseñar que, aunque es una entidad rara se produce sobre todo en jóvenes (menores de 20 años), frecuentemente se confunde con un proceso maligno pero el pronóstico es bueno con tratamiento, aunque éste es prolongado y se requiere la asociación de antifúngicos en casos extensos.

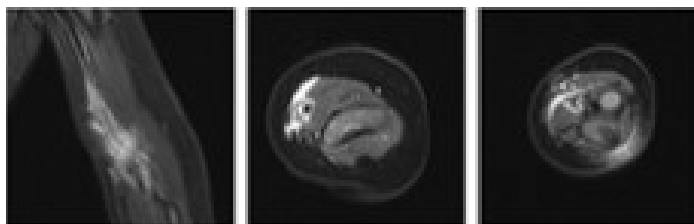


- [Infectious Fasciitis Caused by *Kingella kingae* in a 9-Month-old Boy: A Case Report.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(7):p e273-e275, July 2025.

Lactante varón de 9 meses con rechazo al uso del brazo derecho, sin datos inflamatorios locales ni fiebre, tampoco antecedente de traumatismo. Se realizó analítica con 13.900 leucocitos / mm³, 477.000 plaquetas / mm³, PCR 50 mg/L y VSG 57 mm/h. Aunque la radiografía del miembro fue normal, por resonancia magnética se evidenció señal hiperintensa en T2 en la fascia superficial tanto del músculo braquial como de los músculos epitrocleares. El hemocultivo fue negativo, pero se identificó *Kingella kingae* por PCR en exudado orofaríngeo. Se le trató con amoxicilina clavulánico (72 horas intravenosa y 7 días más oral) con resolución del cuadro.

Se incide en la dificultad para el aislamiento del patógeno implicado (*K.kingae*) el cual crece mal en los cultivos convencionales, pero que se postula como una de las principales causas de infección osteoarticular de diseminación hematógena en menores de 4 años. Se ha asociado en menor frecuencia a las infecciones de tejidos blandos (fascitis, miositis, bursitis) en las cuales el principal agente implicado es el

Streptococcus pyogenes. Los autores basan su diagnóstico en que la detección de *K. kingae* en la orofaringe de niños de entre 6 y 48 meses con sospecha de infección osteoarticular ha demostrado previamente una sensibilidad del 90,5%.



- [Double Trouble: A DOCK8- and CFI-Deficient Infant Presenting With Acute Necrotizing Meningoencephalitis.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(7):p e271-e272, July 2025.

Lactante de 45 días, de padres consanguíneos y hermano en terapia con inmunoglobulinas por candidiasis mucocutánea de repetición, que padeció meningitis por *Streptococcus agalactiae* y citomegalovirus con datos de necrosis en resonancia magnética y necesidad de válvula de drenaje ventrículo-peritoneal, viremia por citomegalovirus e infección urinaria por *Candida*. Presentó niveles disminuidos de IgG, IgM y C3 así como ratio CD4/CD8 invertido. En el estudio genético se evidenciaron variables patogénicas para los genes DOCK8 y CFI ambos en homocigosis, teniendo también su hermano la variable en DOCK 8 en homocigosis y el estado de portador de la variable en CFI. Preciso profilaxis antifúngica y antibacteriana, pendiente de trasplante de progenitores hematopoyéticos.

La deficiencia de DOCK8 es una inmunodeficiencia que provoca infecciones severas por virus, bacterias y hongos. Asocia fenómenos alérgicos, dermatitis y predisposición a tumores. El tratamiento curativo es el trasplante de progenitores hematopoyéticos.

El déficit de CFI es una inmunodeficiencia de la vía del complemento que predispone a infecciones severas por meningococo, streptococos y *Haemophilus*, además de fenómenos autoinmunes como la glomerulonefritis. El manejo se basa en la prevención de las infecciones con profilaxis y vacunación específica.

COMENTARIO

Lo llamativo del caso, además de la severidad de la infección padecida y los gérmenes implicados que nos deben hacer pensar en inmunodeficiencia, es el presentar al mismo tiempo dos entidades independientes. Se incide en el antecedente de consanguineidad y su inclusión en la anamnesis ante la sospecha de un error congénito de la inmunidad.

- [Cytomegalovirus Colitis in 2 Patients With Kindler Syndrome.](#) Se presentan los casos de dos lactantes de 1 y 3 meses con diarrea prolongada.

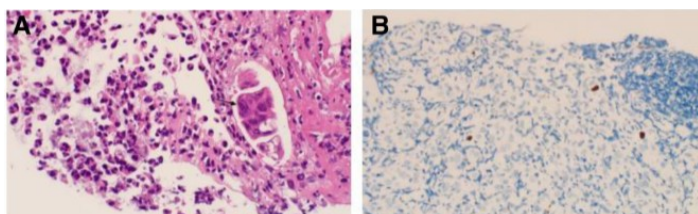
El primero asoció sangre en heces con cultivos negativos y falta de respuesta a fórmula hidrolizada. En colonoscopia se evidenció colitis ulcerada y se obtuvo muestra en la cual se aisló el citomegalovirus por PCR. El cuadro se resolvió con ganciclovir intravenoso.

En el segundo caso se asoció alteración analítica (anemia, leucocitosis e hipoalbuminemia). Se aisló citomegalovirus por PCR en sangre y en sigmoidoscopia, la cual también evidenció inflamación y ulceración de la pared. No se consiguió la erradicación viral con ganciclovir intravenoso pero la clínica mejoró con medidas de soporte.

En ambos se evidenció una mutación en el gen FERMT1, diagnóstica de Síndrome de Kindler. Esta entidad se caracteriza por fragilidad mucocutánea, hipersensibilidad a la luz y afectación digestiva que incluye la colitis, y síntomas que se superponen a los de una enfermedad inflamatoria intestinal.

COMENTARIO

Ante un cuadro de diarrea prolongada, sobre todo si asocia características secretoras o inflamatorias y otros signos de alarma como el compromiso pondero-estatural y las alteraciones analíticas, se debe sospechar un proceso patológico orgánico. En los casos en los que se evidencia una enfermedad intestinal inflamatoria a edad temprana (debut por debajo de los 6 años) o estén involucrados patógenos atípicos, se debe sospechar inmunodeficiencia. No obstante, la entidad que se describe en el caso no se trata de un defecto de la inmunidad en sí mismo.



- [Pediculosis: ¡atención, no sólo en la cabeza!](#) An Pediatr (Barc). 2025;103:503810

Varón de 4 años, con máculas azuladas en el tronco (fig. 1A). Además, piojos y liendres en las pestañas (fig. 1B). La dermatoscopia mostró ladillas en el cuero cabelludo, tronco (fig. 1C) y pestañas (fig. 1D). Liendres viables (fig. 1E) y eclosionadas (fig. 1F). Se descartó abuso sexual, mediante una minuciosa anamnesis al niño y a su madre. El resto de la exploración física era normal. Se pautó ivermectina oral a toda la familia. Se recomendó repetir la dosis en una semana e higiene en el hogar.

- [Infección gástrica por Helicobacter heilmannii](#) An Pediatr (Barc). 2025;103:503928

Preescolar de 3 años con múltiples alergias alimentarias procedente del medio rural en contacto estrecho con gatos, que refería disfagia a sólidos, epigastralgia y vómitos frecuentes. A nivel analítico presentó déficit de vitamina B12 y anemia ferropénica refractaria a tratamiento. Se realizó estudio endoscópico objetivando mucosa nodular antral con aspecto de pseudopólipos ([fig. 1](#)) y en el estudio histológico, bacilos espiraliformes compatibles con *Helicobacter heilmannii* ([figs. 2 y 3](#)), sin realizar cultivo de la biopsia gástrica. Tras el diagnóstico recibió triple terapia (omeprazol, amoxicilina y metronidazol) durante 14 días con mejoría clínica posterior quedando asintomático.

Para ampliar

- [Evolution of tuberculosis in Spain: Will the objectives of the End TB Strategy be achieved in Western European countries?](#) Enferm Infecc Microbiol Clin. 2025;43:426-34

La Estrategia fin de la TB tiene como objetivo reducir la incidencia de la tuberculosis entre 2015 y 2025 en un 50%. Analizamos si los objetivos de disminución de la incidencia de esta estrategia pueden lograrse en España con el impacto de la pandemia de COVID-19 y revisamos su evolución en los países de Europa occidental (PEO).

Diseño del estudio

Estudio ecológico longitudinal retrospectivo con pronóstico.

Metodología

Se ajustó una curva exponencial a los datos de España y de los PEO antes del período pandémico y se proyectó con el modelo hasta 2025 utilizando un intervalo de confianza del 90% para tener una mejor precisión debido al tamaño de la muestra.

Resultados

El cambio porcentual medio anual en las tasas de incidencia de TB en los 3 PEO más afectados durante 2018-2022 disminuyó en un 6,5% en España, en un 6,0% en Portugal, en un 3,8% en Bélgica y en un 5,7% en Francia. La disminución anual en España en el primer año de la pandemia de COVID-19 fue del 16,6%. Se observaron descensos menores que en España en la mayoría de los PEO. La probabilidad de alcanzar el objetivo de reducir la incidencia en un 50% entre 2015-2025 en España es, con una certeza del 90%, del 0%, pero con importantes diferencias entre regiones, desde el 0% hasta el 79%. Estas probabilidades en Portugal, Bélgica, Francia e Italia también son del 0%.

Conclusión

Con esta evolución epidemiológica el objetivo principal de la Estrategia fin de la TB para el hito de 2025 (reducción del 50% en la incidencia) no se logrará en España. La disminución del 80% probablemente no se alcanzará para 2030, a menos que se mejoren la vigilancia y el control y se proporcionen suficientes recursos a los programas de TB. La misma situación podría estar ocurriendo en otros PEO.

- [Estudio epidemiológico de la legionelosis esporádica en España \(2011-2023\).](#)

BES [Internet]. 30 de junio de 2025 [citado 16 de agosto de 2025];33(2):86-95.

Disponible en: [//revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1439](http://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1439)

Introducción: La legionelosis es una enfermedad infecciosa causada por la inhalación de aerosoles de agua contaminada con la bacteria *Legionella pneumophila*. Aunque la mayoría de los casos son esporádicos y comunitarios, su origen suele ser desconocido. El objetivo del estudio fue describir la distribución espaciotemporal de los casos autóctonos, esporádicos y comunitarios en España entre 2011 y 2023.

Métodos: Se ha realizado un análisis descriptivo espacio temporal de los casos confirmados de legionelosis notificados a la RENAVE entre 2011 y 2023, excluyendo los casos importados, nosocomiales, asociados a brotes o viajes y las fiebres de Pontiac. Se calcularon tasas de incidencia, mortalidad y letalidad nacionales y por sexo, edad y provincia de residencia del caso.

Resultados: Se notificaron 13.037 casos. La tasa de incidencia promedio anual fue de 2,17 por 100.000 habitantes, con predominio en hombres (71,9%) y mayores de 65 años. Se identificó un incremento anual del 8,96% en la incidencia y del 11,19% en la mortalidad, con estacionalidad marcada entre junio y noviembre. Las provincias con mayor incidencia fueron Gipuzkoa, Huesca y Cantabria. La letalidad fue del 6,18%.

Tabla 1. Incidencia promedio anual de legionelosis esporádica (casos por 100.000 habitantes) y mortalidad promedio anual (casos por millón de habitantes) por grupo de edad y sexo en España (2011-2023).

Grupos de edad	Incidencia (por 100.000 hab.)			Mortalidad (por millón de hab.)		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
<15 años	0,02	0,02	0,02	0,04	0,02	0,03
15-24 años	0,15	0,05	0,10	0,07	0	0,03
25-44 años	1,02	0,28	0,66	0,16	0,04	0,10
45-64 años	5,02	1,54	3,26	1,55	0,44	1,00
65-84 años	8,26	2,83	5,28	6,87	2,03	4,22
≥85 años	14,31	5,15	8,22	24,21	6,71	12,49
Total	3,16	1,19	2,17	1,95	0,74	1,34

Discusión: Existe un aumento en las tasas de incidencia y mortalidad de casos esporádicos y comunitarios de legionelosis. No se apreciaron grandes cambios en la epidemiología de la legionelosis en España durante el período de la pandemia COVID-19 (2020-2021), probablemente debido a que es una enfermedad de origen ambiental, que no se transmite de persona a persona. Las tasas más altas se concentran en la región noreste de la península, lo que puede indicar un origen asociado a factores ambientales como la meteorología (temperatura, humedad, pluviosidad), los usos del suelo, la urbanización o incluso factores socioeconómicos. Se deben considerar las diferencias de diagnóstico y notificación entre las diferentes comunidades autónomas como limitación del estudio.

Comentario: A pesar de que la mayoría de los casos notificados son esporádicos y comunitarios, se desconoce el origen de la mayor parte de ellos, debido entre otros factores a la falta de información sobre las exposiciones de riesgo y a la dificultad de detectar las posibles fuentes de infección.

- [Parapneumonic Empyema Complicating Community-acquired Pneumonia: Etiology in the Era of Pneumococcal Vaccination and Role of Molecular Diagnosis.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(7):p622-629, July 2025.

INTRODUCCIÓN

El impacto de las vacunas antineumocócicas conjugadas (VNC) en la enfermedad neumocócica está bien descrito; el neumococo se identifica con poca frecuencia mediante cultivo en la neumonía. El rendimiento es mayor cuando se cultiva el líquido pleural. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en muestras de líquido pleural mejora la identificación del patógeno, sobre todo en el caso de *S. pneumoniae*.

MÉTODOS

Se seleccionaron niños sanos con empiema a los que se drenó líquido pleural. Se recogieron datos demográficos y el estado de inmunización con VNC. Se obtuvieron

cultivos de sangre/líquido pleural. Las muestras de líquido pleural se enviaron para PCR del patógeno. El serotipado se realizó mediante reacción de Neufeld-Quellung en los aislados de neumococo, y PCR en los casos con cultivo negativo.

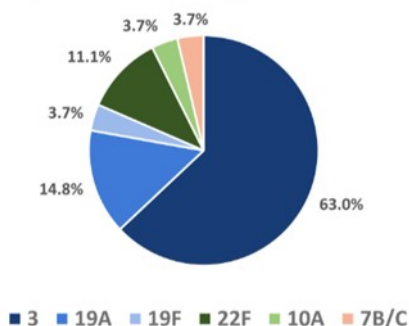
RESULTADOS

Desde diciembre de 2018 hasta septiembre de 2023, se inscribieron 74 pacientes. Se cultivaron patógenos en 22 pacientes (29,7%), encontrándose neumococos en 6 (27,3%). La PCR identificó patógenos adicionales en 23 pacientes (31,1%), incluidos 18 neumococos (81,8%) y la PCR en tiempo real identificó 5 neumococos más, con un total de 29 neumococos, con 23 (79,3%) detectados solo por PCR. Se disponía de información sobre el serotipo de 27 (93,1%) neumococos; 22 (81,5%) se identificaron como serotipos VNC-13, estando presente el serotipo 3 en 17 (63%) casos. Entre los pacientes con un serotipo VNC-13 detectado mediante cultivo o métodos moleculares, 15 (68,2%) estaban totalmente vacunados con VNC-13, incluyendo 11 de 17 (65%) con serotipo 3.

CONCLUSIONES

S. pneumoniae, en particular el serotipo 3, es el principal patógeno bacteriano en niños ≤ 18 años. El diagnóstico molecular mejora la detección del patógeno. La vigilancia continua es crucial para monitorizar los cambios etiológicos a medida que se introducen nuevas vacunas antineumocócicas.

S. pneumoniae Serotype Distribution



COMENTARIOS

Estudio realizado en California, tiene su interés en la identificación del estudio etiológico de neumonías adquiridas en la comunidad complicadas con empiema, en las cuales es posible obtener una muestra, y su correlación con el estado vacunal. No sería extrapolable al conjunto de las neumonías adquiridas en la comunidad dado que sólo se recogen, como se ha mencionado, neumonías más severas cuya etiología puede diferir del global. Se hace énfasis en el serotipo 3 (principal causante de enfermedad neumocócica complicada con empiema en pacientes inmunizados) y en el serotipo 19A (descrito como causa prevalente identificada en pacientes hospitalizados en dicho entorno). En cuanto a tasa de inmunización, se encontraban el 67% de los pacientes de la muestra completamente vacunados y el 2.7% correctamente vacunados hasta la

fecha. Se incide, no obstante, en la reducción de las hospitalizaciones desde la introducción de la vacunación generalizada con VNC 13-V, las perspectivas futuras con respecto a las pautas con las VNC 15-V y 20-V, y en limitaciones del estudio como el número pequeño de la muestra (n=74) y la circunscripción a un territorio.

En el artículo se citan varios estudios realizados previamente en España, además de otros en Alemania y Australia, con hallazgos similares. Ello tiene su relevancia en que la inmunización en California (EEUU) se considera si se ha realizado pauta de 3 dosis en el primer año + 1 de refuerzo tras el año con la vacuna conjugada 13-V, lo cual difiere de los mencionados (2+1, 1+1 ó 3+0). En el estudio español (Hernández S et al. Emerg Infect Dis. 2020 Jun;26(6):1147–1155.) el serotipo 3 también es el principal problema (66,6%) y en menor medida el 19A (20.8%).

- **Varicella: is it time for a global vaccination programme?** . Arch Dis Child .18 de julio de 2025;110(8):586-591.

Abstracto

La varicela, también conocida como viruela, es causada por el virus de la varicela zóster (VVZ), con un estimado de 84 millones de casos anuales. Afecta principalmente a niños, en la mayoría de los cuales es una enfermedad autolimitada. Sin embargo, se estima que se atribuyen anualmente 950 000 años de vida ajustados por discapacidad al VVZ, lo que afecta de forma desproporcionada a los entornos de bajos ingresos. Los niños con inmunidad reducida y los neonatos tienen un riesgo especial de contraer varicela grave. La epidemiología varía entre las regiones tropicales y templadas, y las infecciones se presentan a edades más tempranas en los climas templados.

La varicela es una enfermedad prevenible mediante vacunación y más de 40 países cuentan con un programa universal de inmunización pediátrica de una o dos dosis, ya sea administrada sola o combinada con la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMRV). El Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización del Reino Unido recomendó la introducción de la MMRV en noviembre de 2024. La vacuna, ya sea monovalente o MMRV, es eficaz para reducir los casos de varicela y los ingresos hospitalarios, y los regímenes de dos dosis han reducido aún más las infecciones intercurrentes de herpes zóster, una preocupación reconocida en los programas de vacunación contra la varicela. Aún no se dispone de datos a largo plazo sobre la incidencia del herpes zóster en etapas posteriores de la vida, y esta podría mitigarse mediante programas de vacunación universales combinados contra el herpes zóster para adultos.

Los estudios de coste-efectividad en entornos de altos recursos respaldan la vacunación debido a la reducción de las hospitalizaciones y los costos sociales, como la pérdida de empleo para los cuidadores. Sin embargo, se necesita más investigación en regiones de bajos recursos para determinar si la vacunación universal es viable y rentable. Si bien es improbable la eliminación mundial de la varicela sin una inmunidad esterilizante, la vacunación puede reducir significativamente la carga de la enfermedad, dependiendo de la epidemiología regional y los recursos disponibles.

- **New programme to prevent bronchiolitis in infants** *Archives of Disease in Childhood* 2025;**110**:573-574.

En su carta a *ADC*, ¹ Charlesworth llama acertadamente la atención sobre una importante iniciativa para la prevención del virus respiratorio sincitial (VRS), recomendada por el Comité Conjunto de Vacunación e Inmunización (JCVI) y que comenzará este año. Se espera que, si se implementa plenamente, tenga un gran impacto en la práctica pediátrica al contener la avalancha de bebés con bronquiolitis y reducir la presión invernal en las salas pediátricas del Servicio Nacional de Salud (NHS). Este es un hito enorme en la medicina preventiva y llega después de que el JCVI haya destacado la importancia de la prevención del VRS para mejorar la salud infantil durante la última década, y tras varios años revisando y debatiendo los nuevos productos profilácticos contra el VRS a medida que se acercaban a su autorización.

[Al concluir las deliberaciones del JCVI, en septiembre de 2023](#) se formularon recomendaciones al Departamento de Salud y Asistencia Social (DHSC) para un programa de prevención del VRS, considerando los dos productos disponibles: una vacuna contra el VRS administrada durante el embarazo (protección mediante la transferencia placentaria de anticuerpos maternos al lactante) o un anticuerpo monoclonal administrado directamente al recién nacido. La evidencia de los ensayos clínicos existentes en ese momento indicaba que ambos productos tendrían un impacto sustancial en las hospitalizaciones por VRS y los ingresos en unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, debido a los diferentes diseños y criterios de valoración de los ensayos, cualquiera de los dos productos era aceptable y era probable que ambos generaran un beneficio sustancial en la prevención de la enfermedad por VRS en la infancia. El NHS consideró que cualquiera de los dos productos podría implementarse fácilmente en el programa.

Desde la recomendación del JCVI, el uso temprano de nirsevimab en España ³ y Luxemburgo ⁴ durante la temporada 2023/2024 ha confirmado los resultados de los ensayos clínicos de este producto en la práctica clínica, que muestran reducciones significativas en las hospitalizaciones por VRS. Aún no se dispone de datos de impacto en la práctica clínica que confirmen los resultados de los ensayos clínicos de la vacuna contra el embarazo, y se esperan con gran interés los primeros análisis en EE. UU. (temporada 2023/2024) y Argentina (invierno de 2024 en el hemisferio sur).

Siguiendo la recomendación del JCVI, la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) licitó un producto profiláctico contra el VRS para optimizar el uso de los fondos públicos, basándose en los análisis de coste-efectividad del JCVI. La vacuna (producida por Pfizer) resultó ganadora de la licitación y está previsto que en septiembre comience un programa de vacunación durante el embarazo, con una oferta de la vacuna a partir de las 28 semanas de gestación.

El uso de una vacuna materna significa que la mayoría de los bebés pueden estar protegidos contra el VRS grave si la madre recibe una dosis antes del parto. Sin embargo, como bien señala Charlesworth, los nacidos con menos de 30 a 32 semanas de gestación podrían no beneficiarse, ya sea porque la madre aún no ha sido vacunada o porque el bebé nace antes de que se haya producido una transferencia placentaria sustancial de anticuerpos maternos inducidos por la vacuna. Si bien la mayoría de los ingresos hospitalarios por VRS corresponden a bebés nacidos a término, el riesgo

individual de hospitalización es mucho mayor en los prematuros, lo que genera una situación insatisfactoria en la que una minoría importante de bebés no puede beneficiarse de esta protección.

Antes de las recomendaciones universales de septiembre de 2023, el JCVI recomendó que el programa para lactantes de alto riesgo (actualmente, múltiples dosis del anticuerpo monoclonal palivizumab, administradas durante la temporada de VRS) se sustituyera por una dosis única del recién autorizado anticuerpo monoclonal de vida media prolongada nirsevimab para la temporada 2023/2024. No fue posible obtener este producto para el NHS, por lo que el uso de palivizumab continuó la temporada pasada como antes, y se prevé que se vuelva a implementar un programa de palivizumab en el Reino Unido en 2024/2025. El JCVI ha señalado que se debería considerar un programa más amplio con un anticuerpo monoclonal para lactantes prematuros si se utilizara la vacunación materna contra el VRS (en lugar del monoclonal) para el programa universal, como sabemos ahora que es este caso. El JCVI mantiene el asunto bajo revisión activa.

Si bien existe esta brecha en la provisión de protección universal con la vacuna, las ventajas potenciales, aunque aún no probadas, de la vacuna incluyen la protección de la madre contra el VRS, lo que podría reducir el riesgo de transmisión al lactante, y la inducción de una respuesta inmunitaria más amplia, que podría reducir el riesgo de mutación del virus que provoque el escape de la vacuna. Más allá del alcance de su uso en el NHS, quizás lo más importante sea que las vacunas pueden producirse con mayor rendimiento que los anticuerpos monoclonales, lo que aumenta el potencial de fijación de precios que podría proporcionar acceso global. El 97 % de las 100 000 muertes anuales a nivel mundial por VRS se producen en países de ingresos bajos y medios, donde el impacto de la prevención del VRS será mucho más profundo que en los países de ingresos altos. ⁵

UKHSA continuará monitoreando la epidemiología del VRS y el impacto del programa para apoyar al JCVI, quien brindará asesoramiento continuo al DHSC sobre el acceso equitativo a la prevención del VRS para todos los bebés, incluyendo la revisión de nuevos productos que aumentarán la oferta y la variedad en el futuro. Como bien dice Charlesworth, el inicio de la prevención del VRS en el Reino Unido es sumamente bienvenido. Nuestro entusiasmo por las bases del programa del VRS del NHS de este año es aún mayor, ya que esperamos mirar hacia atrás en 2024 como el inicio de una nueva era en pediatría.

- [Severe Influenza Virus Infection After COVID-19 Pandemic: Comparison of Influenza A and Influenza B.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(8):p e278-e284, August 2025.

INTRODUCCIÓN

La gripe es una causa frecuente de ingresos hospitalarios en todo el mundo, y se ha observado un aumento de los casos de gripe tras la pandemia de COVID-19. Este estudio investigó las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes pediátricos con infección gripal ingresados en unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) en Estambul, Turquía, tras la pandemia de COVID-19.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de pacientes pediátricos con infección confirmada por influenza que ingresaron en una de las 11 UCIP de Estambul (Turquía) entre el 1 de julio de 2022 y el 30 de junio de 2024. Se recopilaron de forma sistemática datos sobre características demográficas, factores de riesgo, manifestaciones clínicas, hallazgos microbiológicos, complicaciones y resultados.

RESULTADOS

Un total de 108 niños diagnosticados con gripe confirmada por laboratorio requirieron ingreso en la UCI pediátrica. Sesenta y cinco (60,2 %) fueron diagnosticados con influenza A y 43 (39,8 %) pacientes fueron diagnosticados con influenza B. Las características epidemiológicas y clínicas fueron similares en ambos tipos de influenza, pero la saturación de oxígeno fue significativamente mayor en el grupo de influenza A en comparación con el grupo de influenza B. Las manifestaciones neurológicas graves, incluyendo convulsiones y encefalitis, fueron significativamente más comunes en el grupo de influenza A. Por el contrario, los pacientes con gripe B mostraron una mayor incidencia de síntomas gastrointestinales, como náuseas, vómitos y dolor abdominal. La neumonía, la sepsis y/o la disfunción multiorgánica y la insuficiencia hepática fueron significativamente mayores en la gripe B. La mortalidad se observó únicamente en el grupo de la gripe B, con seis pacientes fallecidos, lo que corresponde a una tasa de mortalidad del 14 %.

CONCLUSIONES

La infección por el virus de la gripe puede causar complicaciones multisistémicas graves, como síndrome de dificultad respiratoria aguda y encefalitis. La gripe A puede presentarse con manifestaciones neurológicas aisladas o predominantes. La mortalidad puede ser más frecuente en la gripe B.

COMENTARIO: A pesar del título del mismo, el interés de dicho artículo recae en la comparación de ambos tipos de gripe en cuanto a características clínicas y analíticas, así como en el conocimiento de las posibles complicaciones severas que pueden acarrear, más que el efecto de la pandemia de Sars-CoV2 en sí sobre las mismas. El aumento de casos y complicaciones que describe es tras la pandemia COVID, no tiene por qué ser lo mismo en otras circunstancias. Pero al haber habido más casos, y más casos graves, es lo que ha permitido describir las características clínicas de cada tipo.

- **Providers Fall Far Short on Recommended Antiviral Therapy for Influenza in Children at High Risk of Complications.** The Journal of Pediatrics, Volume 282, 114649

La vacuna contra la influenza es una intervención que salva vidas y se ha recomendado durante más de una década para todos los niños de 6 meses de edad en adelante. Lamentablemente, su uso es bajo. Para los niños con alto riesgo de complicaciones por influenza, independientemente de si están vacunados o no, e independientemente del tiempo transcurrido desde la aparición de los síntomas o de la cepa de influenza, la

terapia antiviral previene la morbilidad y mortalidad graves y es un estándar de atención declarado por los principales organismos de recomendación para la salud infantil, incluidos los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Academia Estadounidense de Pediatría. Las afecciones de alto riesgo declaradas incluyen: edad < 5 años (es decir, con y sin una afección subyacente), diagnóstico de asma, embarazo, obesidad, deterioro neurológico subyacente, afecciones y tratamientos inmunosupresores, afecciones complejas no neurológicas ni inmunológicas, y residencia en un centro de atención a largo plazo.

En el volumen actual de *The Journal*, Abdelaziz et al. muestran que los proveedores están muy lejos de llevar a cabo estas recomendaciones establecidas. Utilizando una muestra nacional de una base de datos administrativa de niños asegurados comercialmente patrocinados por empleadores (que incluye aproximadamente 5 millones de niños), se incluyeron >370,000 episodios de influenza diagnosticados durante cuatro temporadas de influenza en pacientes ambulatorios de 1 a 18 años de edad con al menos una condición subyacente de alto riesgo y se evaluaron para la dispensación de medicamentos antivirales. El diagnóstico de influenza condujo a un lamentablemente bajo 54% de pacientes a los que se les dispensó un medicamento antiviral, que fue oseltamivir en >99%. Las condiciones de alto riesgo notables asociadas con la disminución del uso de medicamentos antivirales fueron la edad <5 años, el estado de embarazo o posparto y la región del país, especialmente el Noreste y el Medio Oeste. El porcentaje de suscriptores de planes de salud con deducible alto también fue mayor en el grupo sin tratamiento.

Con todas las limitaciones intrínsecas de las bases de datos administrativas, algunos hallazgos son indiscutibles. Un grupo importante de niños asegurados no recibe un estándar de atención establecido, seguro y eficaz. Un hallazgo similar se ha publicado en estudios de grupos socioeconómicos más bajos. Sin embargo, la deficiencia en esta cohorte, en la que cabría esperar una optimización del estándar de atención, es especialmente preocupante. Respecto a la variabilidad por región del país, si bien se pueden plantear varias hipótesis, parece inevitable concluir que los profesionales de atención primaria (PAP) valoran la terapia antiviral de forma diferente. ¿A qué se debe esto, cuando la terapia antibiótica innecesaria para enfermedades febriles es rampante? ¿Se teme más a las bacterias (p. ej., en la otitis media) que a los virus? ¿Se debe a que los PAP atienden a los niños y educan a sus padres sobre la mayoría de las enfermedades virales con la crucial intervención de tranquilizarlos? ¿Son los compuestos antivirales genéricos más misteriosos o las marcas menos atractivas que los antibióticos? La gripe es un virus "malo" con innumerables complicaciones y merece tratamiento en lugar de jugar a la suerte. A los niños se les deben brindar los beneficios de la evidencia científica obtenida con esfuerzo y el más alto análisis de beneficios/daños/costos de las terapias antivirales.

- [Factors Associated with Antiviral Drug Use Among Commercially Insured Children at High Risk for Complications of Influenza.](#) J Pediatr. 2025 Jul;282:114574. doi: 10.1016/j.jpeds.2025.114574.

Evaluar la prevalencia del uso de medicamentos antivirales en niños estadounidenses con gripe con alto riesgo de complicaciones e identificar los factores asociados con su dispensación.

Diseño del estudio

Realizamos un estudio de cohorte retrospectivo de las visitas ambulatorias de personas menores de 18 años durante las temporadas de gripe 2016-2020 utilizando la base de datos Merative MarketScan Commercial Claims and Encounter. El estado de alto riesgo se definió utilizando las definiciones de la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas e incluyó: edad, comorbilidades específicas, embarazo o estado posparto y vivir en un centro de cuidados a largo plazo. El resultado principal fue la dispensación de antivirales (oseltamivir, zanamivir, baloxavir) en los dos días siguientes al diagnóstico de gripe. Determinamos los factores clínicos asociados con la dispensación de antivirales utilizando una regresión de Poisson modificada.

Resultados

Se identificaron un total de 372 372 episodios de gripe entre 331 389 niños con alto riesgo de complicaciones por gripe, que se incluyeron en este estudio. La mediana (IQR) de edad fue de 4,0 años (2,0, 9,0). En general, durante 201 638 (54,1 %) episodios de gripe, se administró tratamiento antiviral. Los factores asociados con un mayor uso de antivirales incluyeron el asma, las regiones geográficas del oeste y el sur de los Estados Unidos, los entornos de atención urgente y los planes de seguro médico específicos. Los factores asociados con una disminución del uso de antivirales incluyen la edad más temprana, el entorno de los servicios de urgencias, las regiones geográficas del medio oeste y el noreste, y los planes de seguro médico.

Conclusión

A pesar de que las directrices nacionales recomiendan que todos los niños con alto riesgo de complicaciones por la gripe reciban tratamiento antiviral, casi la mitad de estos niños de alto riesgo no recibieron antivirales en nuestro estudio. Identificamos varios factores asociados con la disminución del tratamiento antiviral que pueden servir para informar futuras intervenciones destinadas a mejorar la atención de los niños vulnerables con gripe.

- [Influenza-Associated Mortality Among Children in Canada from 2004 to 2022.](#) J Pediatr. 2025 Jul;282:114594. doi: 10.1016/j.jpeds.2025.114594.

Abstracto

Identificamos 80 muertes pediátricas asociadas a la influenza en hospitales pediátricos terciarios canadienses entre 2004 y 2022. Los niños menores de 5 años con afecciones de alto riesgo representaron el 55 % y el 77,5 % de los casos, respectivamente. Solo el 24,5 % de los casos hospitalizados elegibles por edad y con estado de vacunación conocido habían sido vacunados contra la influenza esa temporada. Se deben intensificar los esfuerzos de vacunación para reducir la mortalidad por influenza.

Palabras clave

1. [influenza](#)

2. [mortalidad](#)
3. [pediátrico](#)
4. [Canadá](#)
5. [vigilancia activa](#)

Abreviaturas

1. [IMPACT](#) ([Programa Canadiense de Monitoreo de la Inmunización ACTive](#))
A nivel mundial, se estima que entre 13 200 y 97 200 niños menores de 5 años mueren anualmente debido a enfermedades respiratorias asociadas a la influenza. ¹ El riesgo de mortalidad pediátrica asociada a la influenza es mayor en bebés y niños pequeños, niños no vacunados y aquellos con ciertas afecciones médicas subyacentes. ²⁻⁴ En Canadá, el Comité Asesor Nacional sobre Inmunización recomienda la vacunación contra la influenza para todos los niños de 6 meses de edad y mayores. ² A pesar de esto, la aceptación de la vacuna en la población pediátrica en Canadá sigue siendo baja, y se estima que solo el 33 % de los niños de 6 meses a 17 años recibieron la vacuna contra la influenza en la temporada de influenza 2021-2022. ⁵ La efectividad de la vacuna contra la influenza para prevenir muertes pediátricas asociadas a la influenza confirmadas por laboratorio se estimó en un 65 % en los EE. UU. entre las temporadas de influenza 2010-11 y 2013-14. ⁶ Para comprender mejor cómo orientar los esfuerzos de vacunación, es crucial monitorear y caracterizar la mortalidad asociada a la influenza.

El objetivo de este estudio fue caracterizar las muertes asociadas a la influenza en niños hospitalizados en Canadá desde las temporadas de influenza 2004-2005 hasta 2021-2022, inclusive.

- [Evaluation of an Influenza Vaccination Program in the Pediatric Emergency Department](#). J Pediatr .2025 julio;282:114541. doi: 10.1016/j.jpeds.2025.114541

Evaluar la tasa de administración de la vacuna contra la influenza entre pacientes elegibles en departamentos de emergencia pediátricos luego de la introducción de un programa de vacunación estandarizado.

Diseño del estudio

Realizamos un estudio retrospectivo de niños ≥ 6 meses de edad evaluados en un servicio de urgencias pediátrico de atención terciaria y en tres centros de urgencias afiliados. El período previo a la intervención fue de septiembre de 2019 a abril de 2020, y el período de intervención de septiembre de 2020 a abril de 2023. La intervención incluyó formación en enfermería, órdenes permanentes y un aviso de buenas prácticas en la historia clínica electrónica. El resultado principal fue la administración de la vacuna antigripal en el servicio de urgencias.

Resultados

Hubo 51 581 y 144 811 niños en los períodos preintervención e intervención, con 64 705 y 172 021 visitas a urgencias, respectivamente. La intervención aumentó la probabilidad de vacunación en 15,22 (IC del 95 %: 12,39-18,70), de 272 vacunas antigripales en el período preintervención a 1892, 2141 y 755 en las temporadas de intervención ($p < 0,001$). Durante el período de intervención, los niños que recibieron vacunas contra la gripe, en comparación con los que no las recibieron, tenían más probabilidades de ser mayores (mediana de 8,5 años frente a 5,8 años), de raza negra (8,4 % frente a 7,2 %) o de raza múltiple/otra raza (26,0 % frente a 19,8 %), de etnia hispana (46,0 % frente a 34,7 %), con seguro público (64,3 % frente a 56,0 %) y de un nivel de triaje de agudeza inferior 4 o 5 (64,2 % frente a 56,8 %), $P < 0,001$ para todos.

Conclusiones

La implementación de un programa estandarizado de vacunación contra la influenza en el servicio de urgencias puede aumentar las tasas de vacunación, especialmente entre los niños pertenecientes a minorías y con seguro médico. Estas intervenciones pueden abordar las disparidades en la vacunación y son fácilmente sostenibles, con el potencial de reducir la carga de la influenza en la salud pública.

- [Effectiveness of Influenza Vaccination in Children Aged 6-59 Months during the Inaugural 2022-2023 Season in Andalusia, Spain](#). J Pediatr.2025 julio;282:114558. doi: 10.1016/j.jpeds.2025.114558.

Estimar la efectividad de la vacunación antigripal cuando se introdujo por primera vez en Andalucía la vacunación sistemática contra la gripe en niños de 6 a 59 meses, grupo de edad con una de las tasas de incidencia y de hospitalización relacionadas con la gripe más elevadas cada temporada.

Diseño del estudio

Estudio de cohorte retrospectivo poblacional realizado durante la temporada de influenza 2022-2023 con 287 661 niños de 6 a 59 meses al inicio de la campaña inaugural de vacunación 2022-2023. La efectividad vacunal (EV) ajustada se calculó mediante la estimación de modelos de regresión logística multivariable para la probabilidad de diagnóstico de influenza en niños vacunados y no vacunados.

Resultados

En niños de 6 a 59 meses, la efectividad de la vacuna fue del 51 % (IC del 95 %: 48 %-53 %) para la prevención de la infección y del 69 % (IC del 95 %: 56 %-79 %) para la prevención de la hospitalización por influenza. En niños de 6 a 23 meses, la efectividad de la vacuna fue del 53 % (IC del 95 %: 48 %-57 %) para la prevención de la influenza y del 76 % (IC del 95 %: 57 %-87 %) para la prevención de la hospitalización por influenza. En ambas subpoblaciones, la efectividad de la vacuna fue significativamente mayor con el esquema de vacunación de dos dosis.

Conclusiones

La vacunación contra la influenza muestra una eficacia moderada en la prevención de la influenza y una alta en la prevención de la hospitalización por influenza en niños de 6 a 59 meses. Esto resalta la importancia de fortalecer la cobertura de vacunación contra la influenza en este grupo de edad.

- [Influenza Vaccination in the Pediatric Emergency Department: The Importance of Integrated Health Records](#). The Journal of Pediatrics, Volume 283, 114627

El llamado a la acción para que los servicios de urgencias pediátricas (SU) comenzaran a vacunar a los niños surgió de la necesidad. Los grandes brotes de sarampión a finales de la década de 1980 y principios de la de 1990 revelaron deficiencias alarmantes en el acceso a las vacunas para los niños estadounidenses. En Chicago, durante el brote de sarampión de 1989, dos SU pediátricas descubrieron que entre el 18 % y el 29 % de sus preescolares no estaban vacunados y cumplían los requisitos para recibir la vacuna contra el sarampión. ¹ Durante ese mismo brote, Chicago participó en un estudio multicéntrico de niños no vacunados que desarrollarían sarampión. Un tercio (38 %) de los niños había tenido una visita reciente a SU en la que se les podría haber ofrecido la vacunación, pero no se ofreció. El Comité Asesor Nacional de Vacunas identificó la falta de vacunación como la principal causa de la epidemia, identificó la falta de evaluación de inmunización en una visita que no sea de atención primaria como una oportunidad perdida y, junto con el Director General de Salud Pública de los EE. UU. y los Centros para el Control de Enfermedades, pidió a los departamentos de emergencias y otros entornos de atención aguda que administren vacunas de rutina a los niños elegibles. ²⁻⁵ Con la promesa de un posible éxito, el 60% de los pacientes adultos de urgencias con alto riesgo de infección neumocócica o gripal afirmaron aceptar la oferta de vacunación en urgencias. ⁶ Las auditorías de historias clínicas en un centro pediátrico revelaron que la cobertura de vacunación mejoraría un 20% para una cohorte de atención primaria si se ofrecieran las vacunas de rutina en el servicio de urgencias correspondiente. ⁷ Sin embargo, la mayoría de los servicios de urgencias

no contaban con un método fiable para contactar con los médicos de atención primaria, y en la época en que las tarjetas de vacunación impresas se perdían o se dejaban en casa, resultaba difícil identificar a los niños que necesitaban vacunarse. El informe de los padres a menudo era inverificable e inexacto (en un caso, los registros coincidían solo el 8% de las veces), lo que condujo a una sobreestimación de la cobertura de vacunación completa (96% frente al 61% en un estudio).⁸⁻¹⁰

Las lecciones de la implementación temprana de la vacunación contra el sarampión en los servicios de urgencias revelan más barreras prácticas. En respuesta a los brotes de sarampión, uno en Chicago en 1989 y el segundo en Salt Lake City en 1994, los departamentos de salud locales proporcionaron la vacunación gratuita contra el sarampión en los servicios de urgencias.^{1,11} De manera problemática, la determinación del estado de vacunación de un niño se basó en gran medida en el informe de los padres. Los servicios de urgencias de Chicago contrataron enfermeras especializadas en vacunas y lograron una tasa de vacunación más alta del 41% en comparación con el 25% en Salt Lake City. La negativa de los padres no se evaluó en Chicago, pero fue la razón subyacente de la mitad de los que no se vacunaron en Salt Lake City. A la mitad restante, el médico no les ofreció una vacuna. Incluso con la barrera del costo eliminada, muchos factores (registros, detección, pedidos y finalización) tuvieron que alinearse para que un niño saliera del servicio de urgencias recientemente protegido contra el sarampión. A pesar de estos desafíos, Chicago y Salt Lake City demostraron que los servicios de urgencias tienen un papel que desempeñar en la vacunación, especialmente durante una epidemia.

Las estrategias para aumentar las tasas de vacunación durante las epidemias estacionales de influenza incluyen aprovechar cada visita de atención médica, incluidas las realizadas en el servicio de urgencias.¹² La aceptación de la vacuna contra la influenza sigue siendo baja entre los niños y ha empeorado desde la pandemia de COVID-19.¹² La influenza sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad pediátrica. En la temporada de influenza 2023-2024, hubo más de 200 muertes pediátricas relacionadas con la influenza.¹³ La vacunación contra la influenza protege contra la enfermedad grave y la mortalidad. Por lo tanto, la Academia Estadounidense de Pediatría recomienda la vacunación para todos los niños sin una contraindicación médica ≥ 6 meses de edad.¹² Al final de la temporada de influenza de 2024, solo el 53,9% de los niños estadounidenses estaban vacunados contra la influenza.¹² La Academia Estadounidense de Pediatría y la Academia Estadounidense de Medicina de Emergencia coinciden en que los servicios de urgencias deben desempeñar un papel en cerrar esta importante brecha en la vacunación.^{12,14}

Ofrecer la vacunación en urgencias, en lugar de solo la educación, conduce a una mayor inmunización de pacientes y familiares al final de la temporada y ha demostrado ser rentable.^{15,16} Sin embargo, en 2023, la vacunación contra la gripe en urgencias aún no era una práctica estándar, y se realizaba en menos del 50 % de los urgencias representados.¹⁷ Los proveedores encuestados identificaron limitaciones en los historiales clínicos electrónicos (HCE), el almacenamiento, la aceptación del personal y la falta de liderazgo como barreras. La negativa de los padres es una barrera significativa y se ha asociado con la reticencia a la vacunación, aunque no siempre se explica por ella.¹⁸ Con estos desafíos, la implementación moderna de los programas de

vacunación contra la gripe produce solo un aumento modesto en la vacunación. En 2014, Buenger et al. implementaron una intervención de HCE que promovía la detección y solicitud de la vacuna contra la gripe en su urgencia pediátrica y observaron que las tasas de vacunación aumentaron (del 0,3 % al 8,8 %), con efectos continuos en el año posterior (6 %). ¹⁹

En la edición de este mes, Alayari et al. diseñaron un enfoque multifacético para identificar y abordar la infravacunación contra la influenza en cuatro servicios de urgencias pediátricos (el servicio de urgencias principal del Children's Hospital Colorado y tres centros comunitarios afiliados). ²⁰ Este modelo, consistente en todos los centros, se adaptó del éxito obtenido en sus unidades de hospitalización e incluyó lo siguiente: la incorporación de los registros estatales de vacunación en la historia clínica electrónica (HCE), un recordatorio de la HCE con recomendaciones de buenas prácticas (BPA), órdenes permanentes de vacunación contra la influenza, la capacitación del personal de enfermería y el seguimiento del progreso. ¿Aumentaría su programa de vacunación, implementado durante la temporada de influenza de 2020, las tasas de vacunación contra la influenza en los servicios de urgencias pediátricos durante el desafío adicional de una pandemia mundial de COVID-19? Las tasas de vacunación contra la gripe aumentaron del 0,4 % al 5,3 % en la primera temporada, y la intervención se asoció con un aumento significativo de la probabilidad de vacunación contra la gripe en su modelo de regresión (OR: 15,22; IC: 12,39-18,70) al considerar todo el período posterior a la intervención (septiembre de 2020 a abril de 2023). Si bien las tasas se mantuvieron bajas en general, sus resultados no fueron diferentes a los de Buenger seis años antes.

La aceptación inicial de la prueba de detección de BPA por parte del personal de enfermería para pacientes elegibles fue baja (47,3 %) y disminuyó con cada temporada de influenza subsiguiente, hasta llegar al 33,1 %. Inicialmente, el 10,8 % de las pruebas de detección resultaron en una solicitud de vacunación, pero este porcentaje disminuyó con el tiempo al 3,1 %. El total de solicitudes y administraciones de vacunas siguió esta tendencia descendente, cayendo respectivamente al 1,4 % y al 1,1 %. Los factores predictores de recibir la vacuna contra la influenza, independientemente de la intervención, fueron la presentación en el mes de octubre (OR: 5,4), la etnia hispana (OR: 1,69), el diagnóstico de alto riesgo (OR: 1,69) y la posesión de seguro médico público (OR: 1,41).

Se excluyeron del estudio muchos encuentros. La categoría de exclusión más importante, que representa el 10% de los encuentros, fueron los encuentros de menor gravedad clasificados como de "vía rápida", debido al temor de prolongar el ingreso con la evaluación adicional. Se excluyeron los encuentros que resultaron en ingreso o visitas incompletas y, por lo tanto, no contribuyeron a las bajas tasas de vacunación. Se excluyó a los niños que recibieron una sola vacuna contra la influenza estacional previa y no se evaluó su elegibilidad para una segunda dosis, lo que podría haber desperdiciado la oportunidad de abordar esta cuestión en el estado de vacunación completo. Cabe destacar que los pacientes con alergia al huevo eran elegibles para recibir la vacuna contra la influenza solo mediante orden médica manual y fueron excluidos de las órdenes permanentes.

En definitiva, aunque la administración de la vacuna antigripal en urgencias se mantuvo baja, el modesto aumento demostrado por los autores refleja dos logros. En primer lugar, la incorporación del registro estatal de vacunación a la HCE. Antes de la intervención, se desconocía el estado de vacunación en el 100 % de la cohorte del estudio. Solo en la primera temporada de la intervención, este porcentaje se redujo al 16 %, identificándose una clara ausencia de vacunación en el 84 % de las consultas. Este logro demuestra la importancia de compartir los registros para promover la vacunación antigripal fuera del centro de atención primaria del niño. En segundo lugar, el cribado activado por BPA utilizando los datos de la HCE. Si bien el cribado en sí no se evaluó en el modelo de regresión como predictor independiente de la recepción de la vacuna antigripal, la mayoría de las vacunas recibidas se solicitaron después del cribado (p. ej., 1830/2155 [85 %] en la primera temporada). A pesar de las posibles razones para la disminución de las tasas de cribado, ya sea la fatiga por alarmas o la resistencia a los cambios en el flujo de trabajo, como citan los autores, un activador de la HCE parece haber aumentado la vacunación en comparación con la solicitud manual no estandarizada por parte del profesional sanitario. Ambas intervenciones representan cambios potenciales de bajo costo y alto valor disponibles a través de la mayoría de los EHR.

Aún queda mucho por aprender sobre cómo implementar programas exitosos de vacunación contra la influenza en urgencias. Incorporar el cribado de pacientes para determinar su elegibilidad requiere cambios culturales en el lugar de trabajo para su adopción y puede percibirse como una tarea demasiado laboriosa en un entorno de alto estrés y alta actividad. La aceptación inicial probablemente sea clave para mantener este cambio y asegurar un éxito continuo a lo largo del tiempo. Incluso en niños que son examinados por el personal de urgencias, muchos abandonan el servicio sin vacunar debido a la negativa de sus padres, a medida que aumenta la reticencia a vacunarse. Las barreras económicas aún pueden ser una preocupación, y la percepción parental del riesgo para sus hijos parece influir. Si bien persisten muchos de los desafíos enfrentados durante las primeras campañas de vacunación contra el sarampión en urgencias, los registros de vacunación y el uso generalizado de la historia clínica electrónica (HCE) son ventajas clave de nuestra era moderna. A medida que continuamos aprendiendo a mejorar nuestros esfuerzos para vacunar a los niños elegibles en urgencias, garantizar que los niños sean identificados en la HCE mediante registros de vacunación vinculados es un objetivo escalable y valioso para todos los sistemas de salud.

- [Opportunities and challenges in the use of pool sampling for sexually transmitted infections](#). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2025;43:371-3
- [Detection of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* by PCR in a sample pool \(urine, rectum and pharynx\) in asymptomatic patients at risk of sexually transmitted infections](#) *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2025;43:374-7

La detección de *Neisseria gonorrhoeae* (NG) y *Chlamydia trachomatis* (CT) está indicada periódicamente en pacientes asintomáticos con prácticas sexuales de riesgo. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de emplear una prueba rápida de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en una agrupación de tres muestras del

mismo paciente y compararla con la PCR estándar realizada en las 3 muestras diferentes por separado.

Métodos

Se recolectaron muestras de pacientes asintomáticos con riesgo de padecer infecciones de transmisión sexual (ITS). De cada paciente se recogieron muestras de orina, 2 hisopos faríngeos y 2 hisopos rectales. Se realizaron dos técnicas de PCR: PCR estándar (Allplex CT/NG/MG/TV®, Seegene) en cada una de las 3 muestras por separado, y PCR rápida (Xpert CT/NG®, Cepheid) en la agrupación de las 3 muestras.

Resultados

Se incluyeron en el estudio un total de 429 muestras agrupadas de 403 pacientes y también se procesaron 426 muestras de orina, 412 hisopos rectales y 426 hisopos faríngeos. La concordancia entre las PCR combinadas e individuales para la identificación de CT y NG fue del 94,17%, con 77 (17,9%) muestras positivas. La concordancia para CT fue del 98,60%, con 38 muestras positivas (8,88%), siendo del 95,33% para NG, con 51 muestras positivas (11,88%).

Conclusión

El uso de una agrupación de 3 muestras (orina, recto y faringe) para la detección de NG y CT mediante una PCR rápida puede ser una alternativa coste/efectiva a la realización de una PCR convencional en las 3 muestras por separado en pacientes asintomáticos con riesgo de desarrollar ITS.

- **Fever Without a Source in Infants 22 to 90 Days Old: Is the Reliability of Blood Analysis Time-dependent?** The Pediatric Infectious Disease Journal 44(7):p e277, July 2025.

Estudio observacional realizado en España sobre el efecto de la duración de la fiebre sobre la utilidad de los marcadores en fase aguda para lactantes con fiebre sin foco (FSF) en lactantes. · Se incluyeron 77 episodios de pacientes entre 22 y 90 días de vida con FSF a los cuales se les había realizado analítica en las primeras 6 horas de fiebre:

- En 13 de ellos, el análisis inicial estuvo alterado encontrándose en estos 3 (23%) infecciones potencialmente severas (tres infecciones de orina).
- A los restantes 64 que presentaron analítica inicial normal se les repitió entre las 6 y 24 horas de fiebre, presentaron alteración 13 (20%) de los cuales 5 (38.4%) padecían una infección potencialmente severa (3 bacteriemias por *Strep agalactiae*, una gastroenteritis por *Salmonella* y una infección de orina).
- Ninguno de los pacientes con analítica normal entre las 6 y 24 horas de inicio de la fiebre presentó una infección potencialmente severa.

Se concluyó en la utilidad de seriar marcadores inflamatorios (PCR, PCT) en los lactantes menores de 3 meses con FSF con fiebre de inicio reciente y analítica inicial normal.

- [Risk of Bacterial Infections in Febrile Infants 61 to 90 Days Old With Respiratory Viruses](https://doi.org/10.1542/peds.2025-070617). Pediatrics. 2025 Jul 1;156(1):e2025070617. doi: 10.1542/peds.2025-070617 <https://doi.org/10.1542/peds.2025-070617>

Objetivo

El estudio tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de infecciones bacterianas (infección del tracto urinario, bacteriemia y meningitis bacteriana) en lactantes febriles de entre 61 y 90 días de vida, comparando aquellos con infección respiratoria viral confirmada frente a aquellos sin detección viral.

Metodología

Se realizó un análisis retrospectivo utilizando datos de la red de investigación de urgencias pediátricas PECARN. Se incluyeron lactantes de entre 61 y 90 días con fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, atendidos entre 2012 y abril de 2024, que contaban con resultados de pruebas virales respiratorias y estudios bacteriológicos (análisis de orina, urocultivo y/o hemocultivo).

De un total de 3 678 episodios analizados, el 46.9 % correspondía a pacientes con test viral positivo. Se estudiaron específicamente los casos de infección del tracto urinario (ITU), bacteriemia y meningitis bacteriana.

Resultados

Los lactantes con virus respiratorios detectados presentaron una menor prevalencia de infecciones bacterianas en comparación con aquellos sin detección viral.

La prevalencia de ITU fue del 4.4 % en el grupo con virus, frente al 12.5 % en el grupo sin virus.

La bacteriemia fue del 1.0 % en el grupo con virus y del 3.0 % en el grupo sin virus.

No se registraron casos de meningitis bacteriana entre los lactantes con virus, mientras que sí se detectaron 4 casos en el grupo sin virus.

En los análisis específicos por tipo de virus, se observó que lactantes con influenza, virus sincicial respiratorio (VSR) o SARS-CoV-2 tenían un riesgo más bajo de bacteriemia e ITU. En particular, los lactantes con SARS-CoV-2 presentaron una tasa de bacteriemia del 0.9 %, en comparación con el 3.1 % de aquellos sin este virus.

Conclusiones

La presencia de una infección respiratoria viral en lactantes febriles de 61 a 90 días se asocia a un riesgo significativamente menor de infecciones bacterianas, especialmente de meningitis bacteriana, la cual no se observó en ningún caso con virus identificado. Esto sugiere que la detección de un virus puede guiar decisiones clínicas importantes: La punción lumbar podría no ser necesaria en lactantes con virus respiratorio confirmado y sin otros signos de gravedad. El hemocultivo puede considerarse según el tipo de virus y el contexto clínico. La evaluación urinaria sigue siendo recomendable, dado que el 4 % de los lactantes con virus presentaron ITU.

- [A Population-Based Study of Rates of Invasive Bacterial Infection \(IBI\) and Missed IBI in Febrile Infants 8-90 Days of Age.](#) J Pediatr.2025 julio:282:114578. doi: 10.1016/j.jpeds.2025.114578.

Establecer tasas basadas en la población de infección bacteriana invasiva (IBI; bacteriemia y/o meningitis bacteriana) en lactantes febriles pequeños, comparar las características demográficas de los lactantes febriles con IBI con los lactantes nacidos vivos, calcular el rendimiento de la punción lumbar y las proporciones de hospitalización, y estimar la proporción de diagnósticos de IBI no detectados.

Diseño del estudio

Utilizamos la base de datos de todos los pagadores del estado de Nueva York para identificar a bebés sanos, nacidos a término y con fiebre, de 8 a 90 días de edad, que fueron evaluados por fiebre en servicios de urgencias entre 2012 y 2023. Mediante la estadística de chi cuadrado, comparamos las tasas de IBI y las características demográficas de los bebés febriles con IBI con la población estratificada por edad. Calculamos el rendimiento estratificado por edad de las proporciones de punción lumbar, hospitalización e IBI no detectado.

Resultados

De los 2 295 788 nacimientos sanos a término, 66 692 lactantes fueron evaluados en servicios de urgencias entre los 8 y 90 días de edad con fiebre. La tasa de IBI fue de 5,3 de 1 000 000 días-lactante y disminuyó significativamente con el avance de la edad a 90 días ($P < .0001$). Los lactantes febriles con IBI difirieron significativamente según el sexo, el tipo de seguro, la raza, la etnia y el tipo de servicio de urgencias del hospital ($P < .00001$). Las proporciones de punción lumbar y hospitalización disminuyeron significativamente ($P < .0001$) con el avance de la edad, mientras que las proporciones de IBI no detectados aumentaron ($P < .05$). Las tasas de IBI no cambiaron durante el período de estudio de 12 años.

Conclusiones

Los hallazgos demuestran una reducción gradual de las tasas de IBI, la realización de punciones lumbares y la hospitalización a medida que la edad avanza hasta los 90 días, junto con un aumento en la proporción de IBI no diagnosticados. Existen diferencias demográficas significativas entre los lactantes febriles con IBI y la población de lactantes de la misma edad. Se deben implementar estrategias para reducir los IBI y los IBI no diagnosticados en grupos de alto riesgo.

- [Performance of Viral Multiplex Polymerase Chain Reaction Testing in Young Febrile Infants at a Pediatric Emergency Department.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(7):p e267-e269, July 2025.

Se realizaron pruebas de reacción en cadena de la polimerasa multiplex (PCRm) para detección de patógenos a lactantes febriles de entre 8 y 60 días de edad en el servicio de urgencias. La tasa de positividad total para virus fue del 61,3%, con un 12,5% de infecciones bacterianas graves (IBG), un 3,6% de infecciones bacterianas invasivas (IBI) y un 8,9% de infecciones del tracto urinario (ITU) en el global de la muestra. Los casos positivos para PCRm mostraron frecuencias más bajas de IBG, IBI e ITU; sin embargo, el número de IBI fue limitado.

COMENTARIO

Estudio retrospectivo realizado en Japón que evalúa la utilidad de los test rápidos en los casos de lactantes febriles en la urgencia y su relación con la presencia de una infección bacteriana severa. Se analizaron lactantes entre 8 y 60 días de vida que acudieron a Urgencias por fiebre en un período de dos años, a los cuales se les había realizado una prueba de detección rápida para patógenos respiratorios (PCRm) que testaba 3 bacterias y 18 virus. Se evaluó el porcentaje de positividad de dicha prueba para los casos de infección bacteriana severa (IBS), infección bacteriana invasiva (IBI) e infección de orina (ITU) y se estimó la relación entre la positividad de la PCRm y el padecimiento de IBI e ITU. Se incluyeron 168 pacientes, 103 con un PCRm (más frecuentemente Sars-CoV2, VSR, rinovirus y enterovirus):

- Tasa global: IBS 12.5%, IBI 3.5%, ITU 8.9%.
- Tasa en el grupo de PCRm POSITIVA: IBS 5%, IBI 1%, ITU 4%.

Se concluyó que los lactantes con un test rápido positivo para virus presentaron una menor frecuencia de IBI o ITU en la población estudiada. No obstante, se exponen determinadas precauciones:

- El estudio presenta limitaciones como ser multicéntrico, no ser una prueba estandarizada para todos los lactantes febriles con el correspondiente sesgo y el pequeño tamaño de la muestra y, por consiguiente, número escaso de IBS e IBI.
- La positividad ante virus respiratorios no excluye la presencia de una IBI o ITU.

- [Archivist: Predicting the severity of community-acquired pneumonia](#) Archives of Disease in Childhood 2025;110:574.

En la actualidad, es una práctica común tratar a niños inmunocompetentes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y sin complicaciones con el alta domiciliaria del departamento de urgencias pediátricas (PED) y antibióticos orales. Juzgar la gravedad y predecir la posible progresión de una enfermedad leve a una enfermedad más moderada y grave siempre es un desafío. Hasta ahora, no ha habido reglas de predicción sólidas en niños. Florin TA *et al* , en nombre del [Grupo de Estudio de Neumonía de la Red de Investigación de Emergencias Pediátricas](#) (PERN) (*Lancet Child Adolesc Health* 2025;9:383–392. doi: 10.1016/S2352-4642(25)00 094-X.) presentan un estudio de cohorte prospectivo multinacional en el que han derivado modelos de predicción que discriminan con precisión a los niños que se presentan al PED con NAC que tienen una enfermedad leve de los que desarrollan NAC moderada o grave (que definieron como aquellos niños que necesitan ser ingresados en el hospital). También han desarrollado modelos para predecir aquellos con NAC leve o moderada de aquellos que desarrollan NAC grave (que definen como aquellos para quienes se requieren cuidados intensivos). Este es otro gran ejemplo del poder de las redes de investigación de PED que involucraron a pacientes de 73 PED en 14 países. Es importante enfatizar que estos datos se recopilan de países con buenos recursos, por lo que los modelos no son generalizables a países de ingresos bajos y medios. Planearon desarrollar un modelo de predicción de riesgos para discriminar entre NAC leve y NAC moderada o grave para ayudar a los médicos a determinar la necesidad de hospitalización. Esta fue una cohorte prospectiva de 2222 niños (de 3 meses a <14 años) con un diagnóstico clínico de NAC (1103 (49,7%) mujeres, 1119 (50,3%) hombres; mediana de edad de 3 años (RIC 1-5)). Hubo 1290 (58,1%) que tenían NAC leve, 812 (36,5%) moderada y 120 (5,4%) niños graves. La congestión o rinorrea se asoció negativamente con NAC moderada o grave (OR ajustado 0,59 (IC del 95 %: 0,46 a 0,76)), mientras que el dolor abdominal (1,52 (1,17 a 1,97)), la negativa a beber (1,57 (1,24 a 2,00)), los antibióticos antes de la visita al servicio de urgencias (1,64 (1,29 a 2,10)), las retracciones torácicas (2,86 (2,24 a 3,65)), la frecuencia respiratoria por encima del percentil 95 para la edad (1,63 (1,29 a 2,06)), la frecuencia cardíaca por encima del percentil 95 para la edad (1,64 (1,27 a 2,12)) y la hipoxemia (saturación de oxígeno 90-92 %, 3,24 (2,46 a 4,27); <90 %, 13,39 (8,64 a 20,73)) presentaron una asociación positiva. El modelo discriminó con precisión entre NAC leve y moderada o grave (estadístico c: 0,82 [IC del 95 %: 0,80 a 0,84]). Se trata de un modelo simple, preciso y pragmático de predicción del riesgo de gravedad en niños con NAC. Existe otro modelo que utiliza cambios en la radiografía de tórax como parte del algoritmo. Por supuesto, este modelo requerirá validación externa con otros conjuntos de datos y un mayor desarrollo en países con recursos limitados. Un editorial acompañante de Rees CA *et al*. (*Lancet Child Adolesc Health* 2025 Jun;9(6):362–363. doi: 10.1016/S2352-4642(25)00125-7.) analiza los méritos de este enfoque y destaca que existen al menos cinco puntajes para la estratificación del riesgo en NAC, pero este modelo PERN parece ser el mejor. En última instancia, este modelo mejorará la toma de decisiones clínicas, ayudará al uso eficiente de los recursos para los niños, brindará tranquilidad a los médicos que dan de alta a niños de bajo riesgo y evitará tratamientos innecesarios en aquellos con enfermedades de bajo riesgo.

- [Effectiveness of immunization strategies for preventing severe acute respiratory infection during the 2023/2024 season in a Spanish health department..](#) *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2025;43:435-43.

En España se ha introducido un programa de inmunización financiado públicamente en la temporada 2023/2024, dirigido a la prevención de la gripe, de la COVID-19 y del virus sincitial respiratorio (VRS). La efectividad de estas estrategias de inmunización depende tanto de la cobertura alcanzada como de los productos.

Objetivos

Estimar el impacto de tres estrategias de inmunización frente a infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) durante la temporada de enfermedades respiratorias 2023/2024 en un departamento de salud español.

Métodos

Se realizó un estudio ecológico comparando las tasas de hospitalización por IRAG entre las temporadas 2022/2023 y 2023/2024. Posteriormente se realizó un estudio transversal para describir la cobertura de inmunización. Se llevaron a cabo tres estudios observacionales del tipo casos y controles con prueba negativa para evaluar la efectividad de la vacuna (EV) contra la gripe y la COVID-19 y la efectividad de la inmunización con nirsevimab.

Resultados

Durante la temporada 2023/2024 un total de 2.952 pacientes fueron hospitalizados debido a IRAG, lo que representa una tasa de hospitalización de 322,6/100.000 habitantes (RR=0,78), indicando una efectividad global de las estrategias de inmunización (EEI) frente a IRAG del 21,8% (IC: 14,8-28,1). La EEI global para la gripe fue del 26,7% (IC: 15,2-36,7), con un 5,9% (IC: -10,1 a 19,5) para la gripeA y un 94,0% (IC: 86,4-97,4) para la gripeB. Para la COVID-19, la EEI fue del 19,3% (IC: 7,2-29,3). La EEI para el VRS fue del 52,5% (IC: 35,4-65,0) en niños <1año de edad. Para la temporada 2023/2024, la vacunación antigripal en personas >64años disminuyó un 7,9%, mientras que la vacunación con COVID-19 se redujo un 40,6% en individuos >60años. Nirsevimab alcanzó una cobertura alta, del 94,78%. La efectividad ajustada de la vacuna fue del 28,2% (IC: 4,7-45,9) para la gripe y del 29,2% (IC: 7,1-46,0) para la COVID-19. La efectividad global ajustada de nirsevimab fue del 63,8% (IC: 9,6-85,5).

Conclusiones

La EEI observada probablemente se debió a la inmunización frente al VRS en lactantes, caracterizada por una alta cobertura, buena efectividad y baja circulación de la gripeB.

- [Archivist: Long COVID: equity in research](#) *Archives of Disease in Childhood* 2025;110:574.

Las dificultades de la investigación sobre la COVID prolongada en niños y adolescentes se destacaron en una revisión sistemática reciente de López-León *et al.* (Sci Rep 23 de junio de 2022;12(1):9950; DOI: 10.1038/s41598-022-13495-5). De 8373 publicaciones, 21 estudios cumplieron los criterios de inclusión, y se incluyó a un total de 80 071 niños y adolescentes. Las manifestaciones clínicas más prevalentes fueron los síntomas del estado de ánimo (16,50%), la fatiga (9,66%) y los trastornos del sueño (8,42%). Los niños infectados por SARS-CoV-2 tuvieron un mayor riesgo de disnea persistente, anosmia y ageusia (pérdida del gusto) y fiebre en comparación con los controles. Los principales problemas con los datos fueron la falta de definiciones estandarizadas, la clasificación errónea, el recuerdo, el sesgo de selección, la falta de respuesta, el sesgo de deserción y un alto nivel de heterogeneidad. *El archivero* consideró que el llamado a la equidad en la investigación para niños con ensayos clínicos de COVID prolongada, publicado en el *European Respiratory Journal*, representa un avance para abordar estas limitaciones. Yonker *et al.* (*European Respiratory Journal* 2025 65(5): 2500092; DOI: <https://doi.org/10.1183/13993003.00092-2025>) han publicado una declaración de consenso para respaldar futuros estudios en niños y adultos jóvenes con COVID persistente. La OMS define la COVID persistente en niños como: "nueva aparición de síntomas que afectan el funcionamiento diario y que duran al menos 2 meses, ocurriendo dentro de los 3 meses posteriores a la infección aguda probable o confirmada por SARS-CoV-2". Es interesante que la COVID-19 aguda haya afectado principalmente a los adultos mayores, pero la prevalencia por edad parece ser similar para la COVID persistente. Es evidente que los niños y los adultos jóvenes tienen un mayor riesgo de presentar dificultad para dormir (como latencia del sueño), desarrollar fatiga intermitente, disfunción cognitiva (problemas de concentración y enfoque) y varios otros síntomas de la COVID persistente, que pueden estar relacionados con la infección aguda, como el aislamiento social, el aprendizaje remoto y el impacto educativo con estrés y ansiedad. El síndrome de taquicardia ortostática postural, la tolerancia reducida al ejercicio y los problemas cardíacos autonómicos también pueden ser prominentes. Este artículo describe la posible etiología de los síntomas y los diversos perfiles inflamatorios asociados con la enfermedad. Luego, se analiza el diseño del estudio y el desarrollo de ensayos, centrándose en las definiciones y los resultados. Tras un detallado proceso Delphi, se ha acordado un conjunto de resultados fundamentales para los estudios pediátricos sobre COVID prolongada. Exigen la inclusión obligatoria de niños en estudios sobre posibles tratamientos antiinflamatorios. A continuación, presentan la justificación y las estrategias para incluir a niños en ensayos clínicos sobre COVID prolongada, como el desarrollo de resultados pediátricos adaptables registrados por los pacientes, análisis de subgrupos pediátricos, la exigencia de propuestas para incluir a niños, la facilitación de la regulación y la financiación de ensayos que incluyan a niños, la determinación y el establecimiento de perfiles de seguridad en niños y el desarrollo de escalas alométricas de farmacocinética pediátrica. En definitiva, se debe incluir a los niños en los ensayos clínicos actuales y futuros sobre COVID prolongada. Hacen hincapié en la necesidad de incorporar protecciones y regulaciones relacionadas con la edad, con el apoyo de las juntas de revisión institucional y los comités de ética de la investigación. Hacen un llamamiento a todos los médicos e investigadores para que modifiquen los protocolos existentes para incluir a los niños y, en futuros protocolos, los incluyan en el diseño de los ensayos clínicos.

- [External Validation of a Machine Learning Model to Diagnose Kawasaki Disease](#). J Pediatr.2025 julio;282:114543. doi: 10.1016/j.jpeds.2025.114543.

Investigamos la generalización de un modelo de aprendizaje automático entrenado para predecir la enfermedad de Kawasaki utilizando datos clínicos y de laboratorio. El algoritmo tuvo una precisión superior al 89 % en tres hospitales infantiles de Estados Unidos, lo que demuestra su potencial como herramienta de apoyo médico para el diagnóstico de la enfermedad de Kawasaki.¹¹⁴⁵⁴³

- [Estudio de un brote de impétigo por *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina resistente a antibióticos tópicos](#). An Pediatr (Barc). 2025;103:503812

El objetivo del trabajo es estudiar los perfiles de resistencia de las cepas de *S. aureus* aisladas, tanto a nivel fenotípico como genotípico y sus factores de virulencia. Además, describir la presentación clínica del brote de impétigo y su evolución en los pacientes afectados, así como describir qué tratamientos fueron prescritos y cuántos necesitaron modificaciones.

Entre junio y septiembre de 2023 observamos un aumento en el número de impétigos con fracasos del tratamiento empírico en muestras cutáneas remitidas al laboratorio de microbiología. Se recogieron un total de 48 muestras, cuyas características se reflejan en la [tabla 1](#). Todas las cepas secuenciadas y con suficientes lecturas (n=10), tenían los genes *eta* y *etb* codificantes para las toxinas exfoliativas ETA y ETB y todas pertenecían al complejo clonal CC121. Más de la mitad de los casos requirieron un cambio de tratamiento, registrándose el mayor porcentaje de segundos tratamientos o modificación en los que iniciaron la pauta con mupirocina o ácido fusídico. En más de la mitad de los casos que iniciaron tratamiento solo con un fármaco tópico fue necesario añadir tratamiento oral, incluyendo 3 tratados con ozenoxacino.

Para concluir, es importante conocer los patrones de resistencia a nivel local en cepas causantes de impétigo para guiar el tratamiento. Se recomienda la vigilancia activa de la aparición y diseminación de *S. aureus* causante de infecciones de piel y tejidos blandos a nivel comunitario y de los perfiles de resistencia antibiótica asociados, así como la caracterización periódica de los principales clones circulantes.

- [Reemergencia de la tosferina en Ecuador en 2025: un desafío para la salud pediátrica](#) An Pediatr (Barc). 2025;103:503961

En el caso de Ecuador, hasta la semana epidemiológica 24 de 2025 se había reportado un brote de 1.768 casos, teniendo mayor incidencia y complicaciones severas en los menores de un año, provocando incluso decesos en este grupo etario; sobrepasando de esta manera las cifras históricas que se habían reportado en el país desde 2002⁴.

Por ello, el Ministerio de Salud Pública ha emitido una alerta epidemiológica, enfatizando la vacunación de los menores de 7 años, como meta prioritaria, y

controlando el cumplimiento de las 5 inmunizaciones que les correspondería tener hasta esa edad, 3 en los primeros 6 meses de vida que consolidan la primovacunación, la primera reactivación a los 18 meses y la segunda a los 5 años⁴.

Otro factor relevante es la reducción de la efectividad vacunal, al emplearse inmunizaciones acelulares, observándose pérdida de inmunidad al cabo de 5 o 6 años. Además, cambios genéticos de la *B. pertussis* han generado menos efectividad de las vacunas actuales y resistencia a los macrólidos¹.

Sin embargo, en Ecuador la vacunación es insuficiente, asociada a la pérdida de dosis y a la reactivación durante la pandemia, pero desgraciadamente también sumado el aumento de grupos antivacunas entre la sociedad ecuatoriana², por lo que se remite esta carta recalcando la reemergencia de infecciones que deberían haberse erradicado con la vacunación sistemática de la población.

- [Infecciones respiratorias por metapneumovirus e impacto de la pandemia COVID-19](#) An Pediatr (Barc). 2025;103:503908

El metapneumovirus humano (Metapneumovirus hominis [hMPV]) pertenece a la misma familia (Pneumoviridae) que el virus respiratorio sincitial. Las infecciones por hMPV ocurren en epidemias invernales, y pueden ser asintomáticas o presentarse con clínica de bronquiolitis o neumonía, siendo la enfermedad sintomática más frecuente en niños pequeños. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y epidemiológicas de las infecciones por hMPV en niños, y determinar si hubo algún cambio en esas características tras la pandemia COVID-19.

Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes de entre 21 días y 14 años de edad ingresados (1/2018-8/2024) en un hospital de tercer nivel debido a una infección respiratoria aguda, durante la cual fue positiva para hMPV una prueba de reacción en cadena de la polimerasa en muestra respiratoria. En el estudio se incluyeron 114 hospitalizaciones (52,6% varones) a una edad de 13,1 (5,3-23,4) meses. Aunque el alcance de este estudio es limitado por su carácter unicéntrico y retrospectivo, los resultados confirman el patrón estacional de las infecciones por hMPV² y un aumento de la incidencia en niños >12 meses después de la pandemia COVID-19. Esto se ha atribuido a una «deuda inmunitaria» por la ausencia de contagios durante la pandemia³. No hubo diferencias notables de gravedad clínica entre hospitalizaciones pre y pospandemia. Aunque el cuadro clínico de bronquiolitis siguió predominando, aparecieron diagnósticos de neumonía y laringitis no registrados

previamente. Esto podría indicar una mayor virulencia de ciertas cepas o cambios en la susceptibilidad del huésped⁴, pero es probable que solo sea reflejo de la mayor edad de los pacientes⁵. En conclusión, las infecciones por hMPV tienen un elevado impacto clínico (ingresos en unidad de cuidados respiratorios intermedios, unidad de cuidados intensivos y necesidad de soporte respiratorio), pueden producir imágenes radiológicas de consolidación lobar y a veces derrame pleural significativo, y la pandemia COVID-19 ha trasladado su incidencia a niños de más edad y con formas de presentación un poco diferentes, pero no más graves.

- **Molecular assays for the diagnosis of sepsis in neonates: a diagnostic test accuracy review.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, Issue 3. Art. No.: CD011926. [DOI: 10.1002/14651858.CD011926.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011926.pub3). **OK**

El método actual de detección de la infección (enfermedad causada por gérmenes) en los recién nacidos es obtener sangre u otros fluidos orgánicos (o ambos) y cultivar (observar el crecimiento de) las bacterias (gérmenes) en un laboratorio. Sin embargo, los métodos de cultivo pueden pasar por alto algunas infecciones y tardar mucho tiempo en obtener los resultados (de 48 a 72 horas). Ahora existen nuevas pruebas moleculares para detectar las infecciones. Las pruebas moleculares son rápidas y podrían detectar de forma más precisa las infecciones en comparación con los métodos de cultivo tradicionales.

Se quiso saber si las pruebas moleculares detectan la infección mejor que los métodos estándar de cultivo en los recién nacidos.

Se encontraron 74 estudios que compararon los métodos moleculares con los métodos de cultivo. Solo fue posible utilizar los datos de 68 estudios, que incluyeron a 14 309 recién nacidos.

Conclusiones de los autores:

Los análisis moleculares tienen la ventaja de producir resultados rápidos y tienen una exactitud diagnóstica moderada. Los análisis moleculares podrían prevenir el uso excesivo de antibióticos en neonatos con sospecha de sepsis. La eficacia y la coste-efectividad de estos análisis moleculares se deben evaluar con ensayos aleatorizados que comparen los análisis moleculares como prueba complementaria con los métodos convencionales sin la prueba complementaria en neonatos con sospecha de sepsis

- **Typhoid conjugate vaccines for preventing typhoid fever (enteric fever).** Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, Issue 5. Art. No.: CD015746. [DOI: 10.1002/14651858.CD015746.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD015746.pub2). **OK**

Se quería averiguar cuán bien las vacunas antitifoideas conjugadas (TCV) previenen la fiebre tifoidea aguda y la muerte por cualquier causa, y cuán seguras son.

Se encontraron 19 estudios con 395 650 participantes y 394 790 se incluyeron en el análisis. Los participantes tenían entre 6 semanas y 60 años de edad. El estudio más pequeño incluyó a 75 participantes y el más grande a 326 794. Los estudios se realizaron principalmente en países con ingresos medios-bajos y la mayoría en Asia.

Esta revisión destaca que las TCV, en comparación con los controles, son efectivas para prevenir la fiebre tifoidea y podrían conferir protección hasta por cuatro años. Las TCV en comparación con las vacunas antitifoideas no conjugadas podrían dar lugar a poca o ninguna diferencia en la fiebre tifoidea aguda y los efectos adversos, y probablemente a una ligera reducción de los efectos adversos graves. La TT-Vi comparada con otra TCV podría dar lugar a poca o ninguna diferencia en la mortalidad por todas las causas o los efectos adversos graves, y probablemente da lugar a poca o ninguna diferencia en los efectos adversos.

- **Factors that influence caregivers' and adolescents' views and practices regarding human papillomavirus (HPV) vaccination for adolescents: a qualitative evidence synthesis.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, Issue 4. Art. No.: CD013430. [DOI: 10.1002/14651858.CD013430.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013430.pub2). OK (me suena que es de otro mes?)

Se quería saber qué factores influyen en las opiniones y las acciones de cuidadores y adolescentes en cuanto a la vacunación contra el VPH. El interés se centró en los factores que podrían «mejorar» o «reducir» la aceptación de la vacuna del VPH.

Se encontraron 206 estudios relevantes y se analizaron los resultados de 71 de ellos. Los estudios se realizaron en todo el mundo e incluyeron entornos urbanos y rurales, así como personas que viven en países y comunidades de ingresos altos, medios y bajos.

Conclusiones de los autores:

Esta revisión revela que las opiniones y prácticas con respecto a la vacunación contra el VPH de los cuidadores y adolescentes no solo se ven influidas por cuestiones relacionadas con el conocimiento y las percepciones individuales acerca de la vacuna, sino también por una serie de factores y significados contextuales más complejos: sociales, políticos, económicos, estructurales y morales. Para desarrollar con éxito intervenciones que promuevan la aceptación y la vacunación contra el VPH en los adolescentes es necesario comprender los factores específicos del contexto que influyen en las opiniones y las prácticas de vacunación contra el VPH en el entorno de interés. De esta manera, se podrían desarrollar respuestas más adaptadas y a su vez más relevantes, aceptables y efectivas. Los ocho temas generales que surgieron de esta revisión podrían servir como base para ampliar el conocimiento.

- 1) Inbaraj LR, Daniel J, Sathya Narayanan MK, Srinivasalu VA, Bhaskar A, Scandrett K, Rajendran P, Kirubakaran R, Shewade HD, Malaisamy M, Padmapriyadarsini C, Takwoingi Y. **Truenat MTB assays for pulmonary tuberculosis and rifampicin resistance in adults and adolescents**. Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, Issue 3. Art. No.: CD015543. [DOI: 10.1002/14651858.CD015543.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD015543.pub2). **Creo que este es prescindible**

El diagnóstico rápido y exacto es fundamental para acabar con la epidemia de tuberculosis. Las pruebas Truenat son las pruebas moleculares de diagnóstico rápido recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que detectan el complejo *Mycobacterium tuberculosis* y la resistencia a la rifampicina.

Evaluar la exactitud diagnóstica de las pruebas Truenat (MTB, MTB Plus y MTB-RIF Dx) para detectar la tuberculosis pulmonar y la resistencia a la rifampicina en adultos y adolescentes con sospecha de tuberculosis pulmonar.

Se buscaron estudios que evaluaran la exactitud de las pruebas Truenat y las compararan con otra prueba recomendada por la OMS (Xpert Ultra). Los resultados de estas pruebas se verificaron con el cultivo para detectar la tuberculosis pulmonar y se analizó la resistencia a la rifampicina, el antibiótico más común utilizado para tratar la tuberculosis.

Se encontraron seis estudios (4081 personas) para la Truenat MTB, cuatro estudios (3073 personas) para la Truenat MTB Plus y dos estudios (966 personas) para la Truenat MTB RIF Dx. Tres estudios también evaluaron la Xpert Ultra además de la Truenat.

La Truenat MTB Plus tuvo mayor sensibilidad y especificidad que la Truenat MTB. La elevada tasa de falsos positivos de la Truenat MTB es un problema. La sensibilidad de la Xpert Ultra fue significativamente mayor a la de la Truenat MTB, mientras que la especificidad fue ligeramente menor. La evidencia sobre la exactitud de la Truenat MTB-RIF Dx fue limitada.