

Bibliografía septiembre 2025

TOP TEN

- [PLAN NACIONAL FRENTE A LA RESISTENCIA A LOS ANTIBIÓTICOS 2025-2027](#) Este Plan de Acción Nacional representa un esfuerzo conjunto y una visión compartida por salvaguardar los recursos que hoy nos ofrece la medicina moderna y, con ello, la salud global de las generaciones presentes y futuras.
- [What Is Antimicrobial Resistance?](#) JAMA 2025;334;(10):930. doi:10.1001/jama.2025.10052.

La resistencia a los antimicrobianos es la capacidad de los gérmenes de evadir los efectos terapéuticos de los fármacos antimicrobianos. Los antibióticos son medicamentos importantes que a menudo salvan vidas, pero su uso excesivo ha contribuido a la resistencia a los antimicrobianos, que está aumentando a nivel mundial. En Estados Unidos, casi 3 millones de personas son diagnosticadas con infecciones resistentes a los antimicrobianos cada año.

- [RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN FRENTE A LA GRIPE Temporada 2025-2026, España. Ministerio de Sanidad.](#)

Aprobado por la Comisión de Salud Pública el 3 de julio de 2025. Elaborado por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, junio 2025 1. Introducción Desde la temporada 2021-2022, la vacunación frente a gripe se recomendó junto con la vacunación frente a COVID-19 pero, para esta temporada 2025-2026, debido a la escasa circulación de este, se ha optado por emitir recomendaciones por separado en la vacunación frente a ambos virus. El objetivo principal de la vacunación frente a gripe es reforzar la protección de las personas más vulnerables para reducir la morbimortalidad, así como disminuir el impacto de estas infecciones sobre la capacidad de la atención sanitaria y sociosanitaria.

- [Vacunación antigripal en la infancia y la adolescencia. Consenso AEV, CAV-AEP y SEIP](#)

10.1016/j.anpedi.2025.503965.

La gripe constituye un importante problema de salud pública que pone cada año a prueba los sistemas sanitarios en forma de epidemias con elevadas implicaciones socioeconómicas. La proporción de población infantil afectada durante las mismas varía entre el 30 y el 40%, produciéndose 2-4 millones de casos graves en <18 años en todo el mundo, siendo los niños y los adolescentes, además, los principales transmisores de la enfermedad. La vacunación antigripal es la medida preventiva más efectiva, tanto individual como comunitaria.

El documento de consenso que se presenta tiene la autoría de 3 sociedades científicas: la Asociación Española de Vacunología (AEV), la Asociación Española de Pediatría a través de su Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP) y la Sociedad

Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Se recomienda en cada campaña la vacunación sistemática frente a la gripe en los niños y los adolescentes desde los 6 meses hasta los 17 años de edad incluidos. También se recomienda a las personas que puedan transmitir el virus a grupos que tienen mayor riesgo de padecer formas graves de la enfermedad, y convivientes o entorno familiar de los menores de 6 meses. Es especialmente importante la vacunación antigripal de todos los profesionales de la salud, y la vacunación de las gestantes en cualquier momento del embarazo. En los niños a partir de los 2 años de edad y en los adolescentes, salvo contraindicación, se recomienda preferentemente la vacuna atenuada intranasal. Se deben aunar esfuerzos para mejorar las coberturas de vacunación frente a la gripe en todos los grupos recomendados y, especialmente, en aquellas personas con condiciones de riesgo.

- [Update on Congenital Cytomegalovirus: Antenatal and Postnatal Management.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(9):p e333-e337, September 2025.

El citomegalovirus (CMV) es la causa más común de infección congénita en todo el mundo, con una prevalencia media del 0,6 %. Sigue siendo una de las principales causas de pérdida auditiva neurosensorial no genética y de deterioro neurológico en los niños. A pesar de los importantes retos que plantea su tratamiento prenatal y posnatal, los recientes avances y las investigaciones en curso ofrecen perspectivas prometedoras en este ámbito, que requieren un enfoque multidisciplinar concertado para su aplicación.

Los principales avances se han producido en el tratamiento de la infección por CMV durante el embarazo y en los recién nacidos infectados. En los últimos años, han surgido nuevos datos sobre la eficacia del valaciclovir para la prevención secundaria de la infección fetal. El momento en que se produce la infección materna se ha convertido en un factor clave para evaluar el riesgo de los fetos infectados, mientras que el valganciclovir oral es ahora el tratamiento de elección para los bebés sintomáticos con enfermedad moderada a grave. Además, han surgido nuevas pruebas sobre el uso de antivirales en situaciones específicas, como la sordera neurosensorial aislada.

En los próximos años, se espera que avancemos hacia enfoques de tratamiento más individualizados y planes de seguimiento personalizados basados en el perfil de riesgo del niño.

COMENTARIO: Guía clínica de actualización en el manejo del CMV congénito cuyo interés para el pediatra general radica en conocer las últimas directrices en la prevención, el diagnóstico (el cual puede ser en ocasiones un proceso complejo), tratamiento y seguimiento de estos pacientes con una representación de forma esquemática.

- [World Mosquito Day 2025: Europe sets new records for mosquito-borne diseases - ECDC supporting Member States in adapting to 'new normal'.](#)

El ECDC ha advertido que los brotes récord de infección por el virus del Nilo Occidental (VNO) y de la enfermedad por el virus chikungunya apuntan a una "nueva

normalidad" en Europa, lo que impulsa la necesidad de una respuesta sólida y coordinada para proteger la salud pública en toda Europa.

Europa está experimentando temporadas de transmisión más largas e intensas de enfermedades transmitidas por mosquitos, como la infección por el VNO y la enfermedad del virus chikunguña. Este cambio se debe a factores climáticos y ambientales como el aumento de las temperaturas, veranos más largos, inviernos más suaves y cambios en los patrones de precipitaciones; condiciones que se combinan para crear un entorno favorable para la proliferación de mosquitos y la transmisión de virus. Pamela Rendi-Wagner, directora del ECDC, declaró:

Europa está entrando en una nueva fase, donde la transmisión más prolongada, generalizada e intensa de enfermedades transmitidas por mosquitos se está convirtiendo en la nueva normalidad. El ECDC colabora estrechamente con todos los Estados miembros para brindar apoyo personalizado y orientación oportuna en materia de salud pública para reforzar la respuesta europea.

El mosquito transmisor del virus chikungunya (*Aedes albopictus*) se encuentra presente en 16 países y 369 regiones de Europa, frente a las tan solo 114 regiones de hace una década. Sumado al aumento de los viajes internacionales, esta propagación aumenta la probabilidad de brotes locales. En lo que va de 2025, Europa ha registrado 27 brotes de chikungunya, un nuevo récord para el continente. Por primera vez, se ha notificado un caso de chikungunya de transmisión local en la región francesa de Alsacia, un hecho excepcional en esta latitud, que pone de relieve la continua expansión del riesgo de transmisión hacia el norte.

La distribución de los casos de virus del Nilo Occidental en Europa continúa cambiando y, durante la última década, la infección se ha detectado en nuevas zonas cada año. Este año, por primera vez, se han notificado infecciones en las provincias italianas de Latina y Frosinone, y en el condado de Sălaj, en Rumanía. Europa ha registrado el mayor número de casos de virus del Nilo Occidental en tres años. El ECDC prevé que las infecciones sigan aumentando, alcanzando probablemente un pico estacional en agosto o septiembre.

Las nuevas directrices del ECDC describen medidas prácticas de vigilancia, prevención y control de la enfermedad por el virus chikunguña, el dengue y el virus del Zika, con recomendaciones adaptadas a los países europeos, incluyendo aquellos con poca experiencia o que no se han enfrentado previamente a la amenaza de estas enfermedades transmitidas por mosquitos. Diseñadas para las autoridades de salud pública, estas directrices proporcionan un conjunto de herramientas prácticas y fáciles de usar para evaluar los niveles de riesgo e implementar medidas de preparación y control adaptadas a su situación específica. También se encuentra disponible una [guía](#) del ECDC sobre el virus del Nilo Occidental. La Dra. Céline Gossner, jefa de la Sección de Enfermedades Transmitidas por Alimentos, Agua, Vectores y Zoonóticas del ECDC, declaró:

A medida que evoluciona el panorama de las enfermedades transmitidas por mosquitos, más personas en Europa estarán en riesgo en el futuro. Esto hace que la prevención sea más importante que nunca, tanto mediante acciones coordinadas de salud pública como mediante medidas de protección individual. Existe una necesidad urgente de fortalecer y ampliar las intervenciones de control de mosquitos eficientes y respetuosas con el medio ambiente.

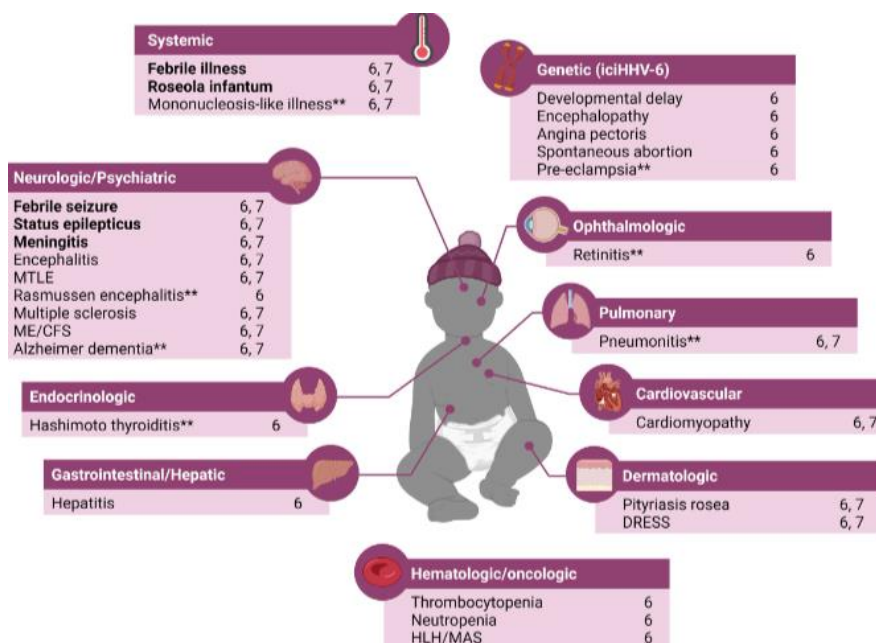
El ECDC anima a las personas que viven en las zonas afectadas y a los visitantes, especialmente a los ancianos, los niños y las personas con sistemas inmunitarios debilitados, a protegerse de las picaduras de mosquitos mediante el uso de repelente de mosquitos, el uso de mangas y pantalones largos, especialmente al amanecer y al anochecer, y el uso de mosquiteros, mosquiteras y aire acondicionado/ventiladores. Los profesionales sanitarios deben estar al tanto de la circulación de estos virus y garantizar un diagnóstico temprano. Se han desarrollado nuevas vacunas contra la enfermedad del virus chikunguña, pero no existe una vacuna de uso humano contra la infección por el VNO.

Notas para el editor

- El ECDC publica informes de vigilancia semanales y estacionales de [la enfermedad por el virus chikunguña](#) y [el virus del Nilo Occidental](#) en toda Europa para fundamentar las respuestas oportunas de salud pública. Estos informes ofrecen una visión general actualizada de los casos notificados y las zonas afectadas, e incluyen mapas y tendencias que ayudan a visualizar la evolución de la situación. Las autoridades de salud pública pueden utilizar esta información para orientar las evaluaciones de riesgos, asignar recursos y activar medidas de control de vectores. Las personas también pueden utilizarla para mantenerse informadas sobre la transmisión local y tomar las medidas de protección personal adecuadas, especialmente al vivir o viajar a zonas afectadas.
- Hasta el 13 de agosto de 2025, ocho países europeos habían notificado 335 casos humanos de infección por VNO de transmisión local y 19 fallecimientos. Italia sigue siendo el país más afectado, con 274 infecciones confirmadas, seguida de Grecia (35 casos), Serbia (nueve casos), Francia (siete casos), Rumanía (seis casos), Hungría (dos casos), Bulgaria (un caso) y España (un caso).
- Francia ha notificado 111 casos de enfermedad por el virus de la chikunguña e Italia, siete. No se han reportado fallecimientos en Europa continental, pero a nivel mundial, en lo que va de 2025, se han registrado más de 240 000 casos de enfermedad por el virus de la chikunguña y 90 fallecimientos.
- [Human Herpesvirus 6 and 7 Infections in Immunocompetent Children: Everything, Everywhere, All at Once?](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(9):p e338-e342, September 2025. **OK, lo pondría Top Ten. Ok, Es interesante, aunque por ahora en investigación**

El género Roseolovirus de la subfamilia β -Herpesvirinae incluye tres especies: el virus del herpes humano -6A, -6B y -7. Los tres roseolovirus son virus de ADN bicatenario con envoltura, con un tropismo tisular muy diverso y ciclos de vida complejos. Al igual que otros herpesvirus, los roseolovirus establecen una latencia de por vida con reactivación intermitente, y algunos (si no todos) poseen la capacidad única de integrarse en los cromosomas del huésped. Estas características contribuyen a la gran variedad de manifestaciones de la enfermedad asociadas, pero también oscurecen la importancia de la detección viral, tanto para los médicos como para los investigadores. Además, aunque las manifestaciones clásicas de la infección por roseolovirus son bien conocidas, otros aspectos de la infección y las pruebas pueden ser menos familiares. En esta revisión, se describen estos retos diagnósticos, se destacan las asociaciones clínicas en niños inmunocompetentes y se ofrecen recomendaciones generales para el manejo clínico y la investigación futura.

COMENTARIO: El interés del artículo radica en las peculiaridades de estos virus en cuanto a sus características clínicas, pudiendo generar una diversidad de cuadros clínicos (enfermedad febril, neurológica, síntomas cutáneos, etc.) y comportándose como una entidad simuladora. Además, se ha asociado al desarrollo de diversas entidades como epilepsia, cardiomiopatía, el síndrome DRESS y el síndrome hemofagocítico. Eso sumado a las dificultades en cuanto al diagnóstico, sobre todo en la interpretación de su hallazgo por las pruebas complementarias disponibles. Se incluye información y recomendaciones para el manejo dirigidas al pediatra general.



Casos clínicos

- [A Case of Congenital Rubella Syndrome in the Netherlands: A Brief Report on Rubella Virus Surveillance.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(9):p e350-e352, September 2025.

Se expone el caso de un hijo de una madre refugiada proveniente de Somalia, quien dio a luz en Holanda. El embarazo no se controló hasta la semana 33. La madre refería haber presentado un rash facial durante el quinto mes de embarazo y no recordaba estar vacunada frente a rubeola. El neonato presentó púrpura diseminada (síndrome “blueberry muffin”) con trombopenia ($16 \times 10^9/l$) precisando tres transfusiones de plaquetas, hepatoesplenomegalia y distrés respiratorio. En el estudio de infecciones congénitas (TORCH) se evidenció seropositividad (IgG e IgM) para rubeola y PCR de rubeola positiva en la orina del neonato. No se evidenciaron alteraciones cardíacas ni neurológicas. Los exámenes otorrinolaringológico y oftalmológico fueron normales.

En el artículo se detallan las características epidemiológicas actuales en Holanda, Europa y el mundo para rubeola. Se hace énfasis en las medidas de prevención como son la vacunación y la vigilancia activa frente a los posibles casos y su transmisión, además de la problemática que puede causar al respecto las crisis humanitarias actuales con la aparición de brotes.



- [A Teenager With Ear Drainage, Jaundice and Right Hip Pain.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(9):p 910-912, September 2025.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 17 años que en el contexto de episodio de otalgia y supuración ótica derecha desarrolló dolor cervical ipsilateral con rigidez de nuca, además de dolor lumbar, pélvico y de cadera ipsilateral, vómitos e ictericia conjuntival. A la valoración asociaba fiebre, taquicardia con hipotensión arterial y debilidad en miembro inferior derecho por dolor. Preciso expansión con suero intravenoso y vasopresivo (norepinefrina).

ANALÍTICA: Destacaban 20.800 leucocitos/ mm^3 con 92% neutrófilos, hemoglobina 10.7 g/dl, PCR 347.2 mg/l, sodio 121 mg/dl, albúmina 2.9 mg/dl, bilirrubina total 8.5 mg/dl

con 5.5 de directa, elevación de creatinina y tiempo de protrombina y leve elevación de transaminasas.

PRUEBAS DE IMAGEN: Revelaron opacificación mastoidea y aparato auditivo en TAC y RM, con datos de osteomielitis en RM cervical e iliaca derecha con datos de necrosis y miositis circundante. En ecografía de abdomen sólo se vio discreto engrosamiento de vesícula biliar.

EVOLUCIÓN: Se empezó antibioterapia intravenosa de amplio espectro. Se obtuvieron cultivo de drenaje ótico, tejido de desbridamiento pélvico, hueso y de sangre sin hallazgos significativos. En PCR 16S ribosomal en líquido ótico se identificó *Fusobacterium necrophorum*. Al parecer el foco inicial fue la otitis media con osteomielitis multifocal y shock séptico secundarios, la colestasis se interpretó como secundaria a la sepsis. Tras ajuste de antibioterapia el paciente mejoró, pero tuvo una recaída clínica en la semana 5 tras alta inicial, precisando 24 semanas de antibioterapia en total (sumadas intravenosa y oral). Actualmente ha recuperado la capacidad de deambulación.

INTERÉS DEL CASO: El *Fusobacterium* es una causa posible de otitis media recurrente en niños pequeños y una posible causa de bacteriemia y síndrome de Lemierre. No obstante, el caso es excepcional por presentarse en un adolescente inmunocompetente y de una forma tan severa. Se detallan las opciones de tratamiento de dicho germen, así como de diagnóstico, para el cual se suelen requerir medios específicos o técnicas moleculares.

- [Septic Arthritis in an Afebrile Young Infant With a Urinary Tract Infection.](#)

Pediatrics (2025) 156 (2): e2024069793. [https://doi.org/10.1542/peds.2024-069793.](https://doi.org/10.1542/peds.2024-069793)

Lactante de 5 semanas de vida valorada por inflamación de rodilla izquierda, sin fiebre y con buen aspecto a la que se diagnosticó de infección del tracto urinario por *E.coli*, complicada con artritis séptica. A pesar de la ausencia de fiebre, desarrolló una complicación poco común en este grupo de edad y aún más inusual sin signos febriles.

El cuadro clínico evolucionó de forma atípica: inicialmente tratado por ITU, el paciente acabó desarrollando dolor y limitación funcional en una articulación diagnosticándose de **artritis séptica**.

El caso pone de relieve la dificultad del diagnóstico en lactantes, especialmente cuando los signos clásicos de infección, como la fiebre, están ausentes. Además, enfatiza la importancia de considerar diagnósticos menos evidentes cuando hay antecedentes de anomalías urológicas, como el RVU, que pueden facilitar la diseminación bacteriana por vía hematógena.

El tratamiento incluyó antibioterapia dirigida. La evolución del paciente fue favorable tras el abordaje multidisciplinar.

- [Three Cases of Adolescent Orf Virus Skin and Soft Tissue Infection in Southeast Texas](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 44(9):p e343-e345, September 2025.

El virus ORF es un parapoxvirus dermatotrópico que causa la infección zoonótica ectima contagiosa, «enfermedad de la boca dolorida» o «boca costrosa» en ovejas, cabras y otros animales domésticos y salvajes. Los seres humanos que manipulan animales infectados o productos animales pueden desarrollar infecciones cutáneas similares al panadizo herpético o la paroniquia, lo que supone un reto diagnóstico para los médicos que ejercen fuera de entornos rurales. En esta serie de casos, se informa de tres adolescentes que desarrollaron lesiones cutáneas tras manipular corderos o cabras en el sureste de Texas y que fueron confirmados o sospechosos de tener infección por ORFV.

CASO 1: Adolescente mujer de 16 años que vivía en zona rural y estaba en contacto con ovejas, las cuales presentaron lesiones sugestivas de «enfermedad de la boca dolorida» en la investigación posterior. Presentaba lesiones en brazo, mano y lengua (A,B). Las del brazo empezaron como vesículas y crecieron de forma centrífuga. Se aisló ORFV en lesiones de la mano derecha y el antebrazo izquierdo por test molecular. Las lesiones se resolvieron sin tratamiento.

CASO 2: Varón de 15 años proveniente de zona rural y en contacto con ganado bovino, sin animales con clínica identificados a su alrededor. Presentó lesiones cutáneas en el primer y segundo dedos de pie izquierdo (C,D,E,F,G,H). Progresivamente, apareció enrojecimiento y dolor circundante, y se asoció cefalea, febrícula y una nueva lesión cutánea en la base de la uña del dedo índice izquierdo. No hubo mejoría con antibioterapia y se identificó ORFV por test molecular. La mejoría fue progresiva con medidas de cuidado local.

CASO 3: Mujer de 15 años que presentó datos de celulitis progresiva en segundo dedo de mano izquierda tras mordedura de cabra en la misma zona, la cual fue valorada y tratada mediante drenaje 3 semanas antes. Asociaba lesiones maculares y vesiculopustulosas en ambas palmas y lesiones en diana en brazos y pies (I,J,K). El estudio infectológico que incluyó sífilis, VIH y hemocultivo fue negativo. Se trató de forma empírica con imiquimod tópico, al no tener disponible el test molecular para ORFV con mejoría a las 6 semanas.



- [Do We Recognize Mycoplasma-associated RIME as Often as Stevens-Johnson Syndrome in Children?](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(9):p e353-e354, September 2025.

Se expone el caso de un varón de 12 años sin antecedentes personales ni familiares ni interés que presentó fiebre de una semana por la cual se había empezado amoxicilina-clavulánico y también había ingerido paracetamol. Asociaba tos y enrojecimiento conjuntival, además de lesiones en mucosa oral y labial que aparecieron dos días antes del ingreso. También presentó crepitantes a la exploración, con radiografía de tórax normal, y orinas oscuras con hematuria (200 hematíes por campo) en sedimento. Inicialmente se pensó en Síndrome de Steven-Johnson por el cual se administraron inmunoglobulinas intravenosas. Se obtuvo positividad para *Mycoplasma pneumoniae* en serología positiva (IgG e IgM) con PCR negativa en nasofaringe. Se añadió al tratamiento azitromicina y prednisona con lo cual el paciente mejoró.

Se profundiza en el diagnóstico diferencial entre la mucositis asociada a *Mycoplasma* (MIRM) y el síndrome de Steven Johnson, con una mayor gravedad de ésta última (hasta el 15% de mortalidad) y con posibles implicaciones en cuanto al curso y el tratamiento, aunque la antibioterapia no ha demostrado influir en el curso clínico del MIRM y también hay controversias en los beneficios de la terapia inmunosupresora para la misma.

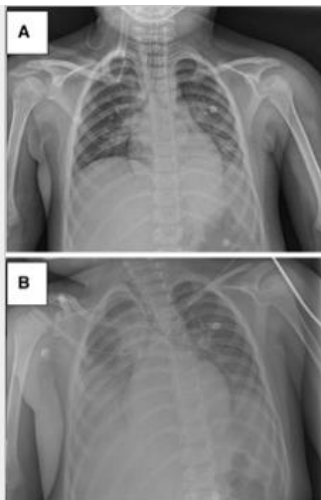


- [Listeria Meningitis in Pediatric Patient with Associated Pneumonia Presenting with Refractory Status Epilepticus: Expanding the Clinical Spectrum of an Underrecognized Entity.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(9):p e354-e357, September 2025.

Varón de 5 años que ingresó con estatus epiléptico en contexto de fiebre, con mala respuesta a tratamiento antiepiléptico y precisando intubación orotraqueal. En analítica de sangre presentaba 7.530 leucocitos por mm³ con 75% neutrófilos y PCR 2.6 mg/dl. El TAC y resonancia magnética cerebrales fueron normales. En radiografía de tórax se evidenciaron infiltrados neumónicos bilaterales que progresaron a pesar de antibioterapia. Se realizó punción lumbar que reveló hipogluorraquia, 6 leucocitos por mm³ y proteinorraquia de 19.3 mg/dl. La reacción en cadena de polimerasa en líquido cefalorraquídeo (LCR) fue positiva para *Listeria monocytogenes*, resto negativo, incluido cultivo de LCR. El tratamiento antiinfeccioso inicial fue vancomicina + ceftriaxona + aciclovir intravenosos, tras el hallazgo de la Listeria se ajustó finalmente a ampicilina-

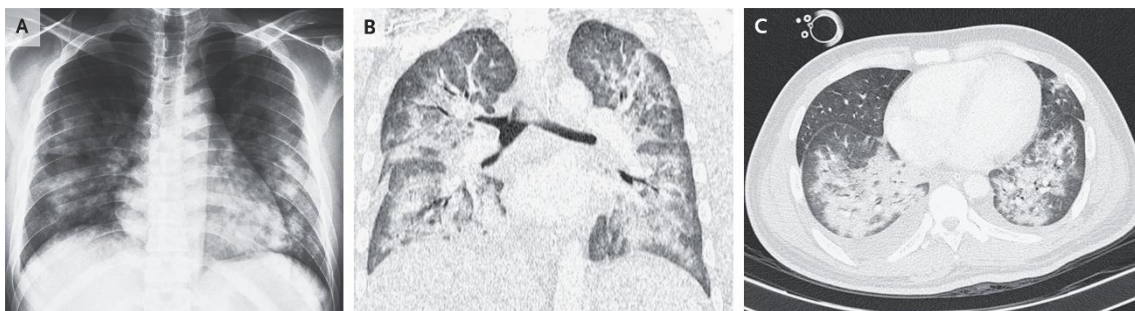
sulbactam + vancomicina + amikacina intravenosos, suspendiendo los dos últimos a los 10 días y manteniendo ampicilina-sulbactam hasta los 21 días en total con buena evolución clínica sin secuelas. El examen inmunitario del paciente fue normal.

Además de lo inusual de un caso de tales características en un paciente inmunocompetente, se resalta la *Listeria* como patógeno a sospechar ante un cuadro de infección del sistema nervioso central, dado que no está cubierto de manera óptima con la antibioterapia empírica estándar frente a meningitis. Se debe tener en cuenta en inmunosuprimidos, pacientes con mala evolución o si se asocia clínica respiratoria. Puede no aislarse en cultivos convencionales, de ahí la importancia de las técnicas moleculares en su diagnóstico.



- [E-Cigarette– or Vaping-Associated Lung Injury](#). N Engl J Med 2025;393:592

DOI: 10.1056/NEJMicm2503172.



Un hombre de 27 años, consumidor de cigarrillos electrónicos, presentó un historial de 5 días de fiebre, vómitos, diarrea, disnea y hemoptisis. Una radiografía y una tomografía computarizada de tórax mostraron consolidaciones irregulares en ambos pulmones.

Comentario GPI: Se incluye este caso, que no corresponde a un proceso infeccioso y que afecta a un paciente adulto, porque presenta una sintomatología que inicialmente puede hacer sospechar una causa infecciosa y, en consecuencia, la necesidad de

tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial, en un momento en el que el vapeo es un hábito en auge también en población pediátrica adolescente.

- [Primary Varicella Infection](#). N Engl J Med 2025;393:e18.



Un hombre de 44 años previamente sano se presentó a la clínica de dermatología con un historial de 4 días de erupción cutánea con picazón y un historial de 2 días de fiebre y malestar. La erupción había aparecido primero en el cuero cabelludo y luego se había extendido por todo el cuerpo en 24 horas. El paciente no reportó antecedentes de varicela ni vacunación contra la varicela. El examen físico fue notable por pápulas y pústulas eritematosas generalizadas en la espalda (Panel A), el tórax, los brazos, las piernas, la cara y el cuero cabelludo. La erupción fue pleomórfica, con lesiones de diferentes tamaños y etapas de evolución (Panel B), incluyendo lesiones umbilicadas con necrosis central (flecha amarilla), pústulas (flecha negra) y vesículas (flecha blanca). Las pruebas de laboratorio fueron notables por elevaciones leves en los niveles de aminotransferasas. Un ensayo de reacción en cadena de la polimerasa del líquido de una vesícula fue positivo para el virus de la varicela-zóster. Se realizó un diagnóstico de infección primaria por varicela, o varicela. La primoinfección por varicela en adultos suele ser más grave que en niños, lo que resalta la importancia de la vacunación infantil. Los adultos con varicela, incluso aquellos inmunocompetentes como este paciente, presentan un mayor riesgo de complicaciones, como neumonía y encefalitis. Se administró tratamiento con valaciclovir oral. La enfermedad remitió sin complicaciones y, en el seguimiento a las 4 semanas, solo persistía hiperpigmentación residual del exantema.

Comentario GPI: quizá sorprenda la inclusión en esta selección de una patología tan pediátrica y tan frecuente hace unos años, previo a la vacunación universal frente a la misma. Creemos, sin embargo, que puede tener interés sobre todo para los colegas más jóvenes que probablemente no hayan tenido oportunidad de atender casos como este. La foto, que es muy demostrativa del exantema y que corresponda a un adulto no vacunado, nos sirve para tener en cuenta que podemos tener pacientes procedentes de

zonas donde aún no se ha generalizado la vacuna (Reino Unido va a iniciarla ahora) y que hay casos susceptibles de recibir tratamiento. Recomendamos consultar la última actualización de [Varicela y herpes zóster en la Guía ABE](#).

- [Case 26-2025: An 11-Year-Old Girl with Chest Pain and Bone and Liver Lesions.](#)
N Engl J Med 2025;393:1118-1127

Una niña de 11 años fue transferida al servicio de pediatría de este hospital debido a dolor en el pecho, dolor en el brazo y múltiples lesiones óseas y hepáticas observadas en las imágenes.

La paciente se encontraba en su estado de salud habitual hasta 7 días antes de esta presentación, cuando presentó náuseas, vómitos y dolor abdominal tipo cólico, junto con dolor atraumático en el antebrazo, codo, brazo y hombro derechos, así como en el tórax esternal. Presentó inflamación del codo derecho; no presentó fiebre ni escalofríos. Durante los días siguientes, las náuseas, los vómitos y el dolor abdominal remitieron, pero el dolor en el brazo y el tórax derechos progresó, y presentaba molestias al respirar profundamente. Su madre la llevó al servicio de urgencias de otro hospital para su evaluación.

Al presentarse en el otro hospital, la temperatura oral era de 37 °C, la presión arterial de 109/53 mm Hg, la frecuencia cardíaca de 97 latidos por minuto, la frecuencia respiratoria de 26 respiraciones por minuto y la saturación de oxígeno del 100% mientras el paciente respiraba aire ambiente. No se observó linfadenopatía axilar, inguinal ni cervical a la palpación. La auscultación cardiopulmonar fue normal. El abdomen no era doloroso a la palpación y no había hepatoesplenomegalia. El brazo y el hombro derechos eran dolorosos a la palpación, pero por lo demás normales, sin derrames articulares visibles. No se observó exantema. El examen neurológico no mostró déficits motores ni sensitivos.

Los niveles sanguíneos de electrolitos, bilirrubina total, aspartato aminotransferasa y alanina aminotransferasa fueron normales, al igual que los resultados de las pruebas de función renal. El electrocardiograma mostró ritmo sinusal sin anomalías del segmento ST ni de la onda T.

- <https://www.nejm.org/image-challenge?ci=20250918&startFrom=1&startPage=1>
[Image Challenge](#) New England Journal of Medicine. **September 18, 2025.**



Una joven de 15 años con acné vulgar acudió a la clínica de dermatología con un historial de dos semanas de una erupción cutánea dolorosa y ampollosa en ambas manos que empeoraba progresivamente. Una semana antes de la aparición de la erupción, había comenzado el tratamiento para el acné. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- Prurigo actínico
- Dermatitis de contacto
- Fotosensibilidad inducida por fármacos
- Fitofotodermatitis
- Urticaria solar

Una semana antes de la aparición del exantema, la paciente había comenzado a tomar doxiciclina oral. No había usado protección solar durante sus frecuentes periodos de exposición al aire libre. La fototoxicidad inducida por doxiciclina es una reacción dosis-dependiente que afecta a las zonas de la piel expuestas al sol. Debido a que los pulgares dorsales y los índices dorsolaterales están expuestos directamente al sol, independientemente de la actividad específica al aire libre, la aparición de un exantema en estas zonas puede ser un hallazgo útil en la exploración física para identificar reacciones fototóxicas a medicamentos.

- [Una epididimitis con un desenlace inusual](#) . Rev Pediatr Aten Primaria. 2025;27:273-6.

El piocele es una complicación poco frecuente de las infecciones escrotales en Pediatría, caracterizada por la acumulación de pus en la túnica vaginal del testículo. Este trastorno puede surgir como consecuencia de una epididimitis que no responde al tratamiento antiinflamatorio inicial. Presentamos el caso de un niño de 9 años con dolor escrotal que evolucionó a piocele tras un manejo inicial conservador. La identificación temprana y el tratamiento adecuado son esenciales para prevenir complicaciones mayores, como la atrofia testicular o la infertilidad. Destaca la importancia del seguimiento clínico cercano y un enfoque interdisciplinario.

- [¿Y si ADHemás tiene *Mycoplasma pneumoniae*?](#) . Rev Pediatr Aten Primaria. 2025;27:277-81.

El síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) se caracteriza por un aumento anormal en la liberación de hormona antidiurética sin los estímulos fisiológicos adecuados, lo que provoca hiponatremia dilucional, disminución de la osmolalidad sérica y aumento de la osmolalidad urinaria y de la eliminación del sodio.

Describimos el caso de una niña de 12 años que durante su ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) desarrolla SIADH incompleto en contexto de neumonía adquirida en la comunidad por *Mycoplasma pneumoniae*.

El SIADH es una causa frecuente de hiponatremia transitoria en niños con infecciones respiratorias, siendo poco probable en infecciones por *M. pneumoniae*. Se ha asociado a enfermedad más grave, estancias prolongadas y mayor probabilidad de ingreso en UCI, por lo que es importante considerar las alteraciones hidroeléctricas en el manejo de estos pacientes

- [Episodio de hipotonía-hiporreactividad posterior a la inmunización con vacuna combinada con pertussis acelular](#) . Rev Pediatr Aten Primaria. 2025;27:283-6

Los episodios de hipotonía-hiporreactividad (HHE) posvacunación se caracterizan por una pérdida repentina del tono muscular asociada a una escasa respuesta a estímulos, palidez cutánea o cianosis. Este efecto adverso se describe principalmente después de la vacunación contra la tosferina, con un riesgo significativamente menor si se usa la vacuna acelular en comparación con la vacuna de células enteras.

Describimos el caso de un lactante que, tras la administración de las vacunas de los 2 meses, presenta un episodio de desconexión del medio compatible con un evento de HHE posvacunación, con una buena evolución clínica posterior.

Destacamos la importancia de la detección precoz de este efecto adverso, así como su manejo y la conducta a seguir para la administración de nuevas dosis de la vacuna.

- [Escabiosis nodular](#) An Pediatr (Barc). 2025;103:503938

Lactante de 8 meses que presentó nódulos intensamente pruriginosos en la axila derecha, pecho y abdomen de 30 días de duración. Los padres también reportaron prurito de inicio reciente, especialmente por la noche. A pesar de diversos

tratamientos tópicos, las lesiones persistían. En el examen físico, se observaron lesiones excoriadas eritematosas nodulares y papulosas (fig. 1 y vídeo). La analítica reveló leucocitosis con eosinofilia. Aunque se rechazó la biopsia, los hallazgos clínicos sugerían el diagnóstico de escabiosis nodular. El tratamiento inicial consistió en la aplicación de permetrina al 5% dejándola actuar toda la noche, que se repitió una semana después, pero fue interrumpido al causar irritación. Como los nódulos persistían, se aplicó ungüento de azufre al 6% en 2 ciclos. A las 6 semanas, se inició tratamiento con corticoides tópicos para los nódulos postescabióticos, así como un curso de dos semanas de tacrólimus tópico al 0,1%, con resultados favorables.

Para ampliar

- [Risk of Immune Thrombocytopenic Purpura Recurrence Following Second Measles-Containing Vaccine Dose](#). *Pediatrics* (2025) 156 (2): e2025070931.

Objetivo

Analizar el riesgo de recurrencia de PTI infantil tras la administración de la **segunda dosis** de vacunas que contienen sarampión, en niños que presentaron ITP tras la primera dosis.

Metodología

Se realizó un estudio de aproximadamente **960 000 niños** afiliados a Kaiser Permanente que recibieron dos dosis de vacunas con sarampión. Se compararon tasas de presentación de PTI tras la primera y segunda dosis, distinguiendo entre quienes ya habían tenido PTI tras la primera y quienes no.

Resumen

La incidencia de PTI confirmada tras la primera dosis fue aproximadamente **5.4 casos por 100 000 niños** (IC 95 %: 3.94–6.89). Entre los niños que **no desarrollaron PTI tras la primera dosis**, la tasa tras la **segunda dosis** fue solo **1.0 por 100 000** (IC 95 %: 0.56–1.91). Ninguno de los 52 niños con PTI tras la **primera dosis** presentó un nuevo episodio tras la segunda dosis. Aunque el riesgo no es cero, los autores indican que incluso a partir de esos números **no se puede descartar un riesgo de recurrencia de hasta un 7 %** en escenarios con baja incidencia.

Conclusión

El riesgo de **recurrencia de PTI** tras una segunda dosis de vacuna con sarampión en niños sin historia previa es **muy bajo** (~1 por 100 000). Los datos son tranquilizadores para padres y profesionales: los niños que ya desarrollaron ITP tras la primera dosis no mostraron recurrencia después de la segunda dosis.

- [Bivalent prefusion F vaccination in pregnancy and respiratory syncytial virus hospitalisation in infants in the UK: results of a multicentre, test-negative, case-control study](#). *Lancet Child Adolesc Health* 2025; 9: 655–62.

INTRODUCCIÓN

El virus respiratorio sincitial (VRS) es la principal causa de infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (IVRI) en lactantes menores de 6 meses en todo el mundo. A finales del verano de 2024 (el 12 de agosto en Escocia y el 1 de septiembre en Inglaterra) se introdujo en el Reino Unido una vacuna materna bivalente contra el VRS prefusión F (VRSpref), siendo elegibles para la vacunación todas las mujeres embarazadas con 28 semanas o más de gestación. El objetivo fue conocer la eficacia de la vacuna VRSpref en un entorno real.

MÉTODOS

Se realizó un estudio multicéntrico, de casos y controles, con pruebas negativas, para analizar la eficacia de la vacuna materna VRSpref frente al resultado principal de hospitalización (es decir, ingreso en el hospital) por IRVI asociada al VRS en lactantes. La participación pública y de los pacientes, a través de un grupo de padres, contribuyó al diseño del protocolo del estudio. Los pacientes incluidos fueron bebés con IRVI grave nacidos después del 12 de agosto de 2024 (Escocia) y del 1 de septiembre de 2024 (Inglaterra) y, por lo tanto, cuyas madres eran elegibles para la vacunación materna y fueron ingresados en 30 centros hospitalarios del Reino Unido entre el 30 de septiembre de 2024 y el 20 de enero de 2025, y a los que se les realizó la prueba del VRS. Se realizó un seguimiento de los lactantes hasta el alta hospitalaria o el fallecimiento durante la hospitalización. La eficacia primaria de la vacuna materna VRSpref contra la hospitalización asociada al VRS se calculó mediante una regresión logística condicional ajustada por centro, mes natural de ingreso hospitalario del lactante, edad, parto prematuro y sexo.

RESULTADOS

Se incluyeron 537 parejas de madres e hijos, entre las que había 391 casos de lactantes positivos al VRS (edad media 1,63 meses [IQR 0,94-2,26]) y 146 controles de lactantes negativos al VRS (1,41 meses [0,77-2,03]). De los 537 pacientes reclutados, 297 (55 %) eran varones y 240 (45 %) eran mujeres. Se disponía de datos sobre el origen étnico de 533 madres, de las cuales 434 (81 %) se identificaron a sí mismas como blancas. Las madres de 73 (19 %) casos positivos al VRS y 60 (41 %) controles negativos al VRS habían recibido la vacuna VRSpref antes del parto. La eficacia ajustada de la vacunación materna con VRSpref para prevenir la hospitalización infantil fue del 58 % (IC del 95 %: 28-75) para los lactantes cuyas madres fueron vacunadas en cualquier momento antes del parto y del 72 % (48-85) para los lactantes cuyas madres fueron vacunadas más de 14 días antes del parto (39 [11 %] de 357 casos positivos al VRS frente a 43 [33 %] de 129 controles negativos al VRS).

INTERPRETACIÓN

En el contexto real de la primera temporada de implementación de la vacuna en Inglaterra y Escocia, la vacunación materna con VRSpref fue eficaz y equivalente a los

entornos de ensayo en la reducción del riesgo de hospitalización en bebés con IRVI grave asociada al VRS.

COMENTARIO

Estudio de casos y controles en el cual se estudia el efecto de la vacunación materna del VRS en un medio similar al nuestro con un programa de vacunación establecido (en Reino Unido se ofreció a las madres embarazadas a partir de la semana 28) y con datos obtenidos de la práctica real, en el cual la vacunación materna se asocia a una menor tasa de hospitalización por VRS. Este hecho se constató al encontrar una diferencia significativa entre el porcentaje de vacunación de las madres de lactantes hospitalizados VRS positivo (19% de los casos) frente a los VRS negativo (41%), calculando una tasa de protección del 58%, la cual se incrementó al 72% al ajustar a aquellas madres que habían recibido la vacuna al menos 14 días antes del parto, tiempo que en el que se ha asociado al desarrollo de una mayor protección. Una vez hospitalizados, no se encontraron diferencias en la severidad del cuadro (ingreso en UCI, necesidad de ventilación mecánica, etc.). También resaltar de que se trata de un estudio observacional con imposibilidad de establecer una relación causal y que el efecto se estudió en lactantes hasta los 6 meses, si bien la franja etaria con un mayor impacto clínico de la enfermedad.

Recientemente, también se ha publicado otro estudio similar en Argentina, con n algo mayor (633 pacientes) con resultados similares, demostrando la eficacia de la vacuna VRSpreF en la embarazada en la disminución de la enfermedad respiratoria de vías bajas por VRS y hospitalización por la misma que se extiende hasta los 6 meses de vida (Pérez Marc G, Vizzotti C, Fell DB, Di Nunzio L, Olszevicki S, Mankiewicz SW, et al. Real-world effectiveness of RSVpreF vaccination during pregnancy against RSV-associated lower respiratory tract disease leading to hospitalisation in infants during the 2024 RSV season in Argentina (BERNI study): a multicentre, retrospective, test-negative, case-control study. Lancet Infect Dis. 2025 Sep;25(9):1044-1054).

- [Effectiveness of Nirsevimab Against RSV and RSV-Related Events in Infants.](#) *Pediatrics* (2025) 156 (2): e2024069510.

Objetivos

El virus respiratorio sincitial (VRS) es la causa más común de enfermedad de las vías respiratorias inferiores (ERVI) en lactantes y niños pequeños. En 2023, el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización recomendó nirsevimab para lactantes estadounidenses. Se evalúa la eficacia de nirsevimab contra la ERVI confirmada por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y la utilización de servicios de salud asociados al VRS en Kaiser Permanente Northern California durante la temporada de VRS 2023-2024.

Métodos

Se incluyeron todos los lactantes sanos a término nacidos a partir de abril de 2023. Se excluyeron los lactantes de madres vacunadas contra el VRS o con afecciones de alto riesgo.

Resultados

El estudio incluyó a 31 900 lactantes; 15 647 (49,1 %) recibieron nirsevimab. Se registraron 35 episodios de ERVI por VRS (6,10/1000 personas-año) entre los lactantes inmunizados con nirsevimab, frente a 462 (58,51/1000 personas-año) entre los lactantes no inmunizados. La eficacia de nirsevimab fue del 87,2 % (IC 95%: 81,7 %–91,1 %) contra la ERVI por VRS, del 98,0 % (IC 95%: 85,1 %–99,7 %) contra la ERVI por VRS en pacientes hospitalizados, y del 71,0 % (IC 95%: 65,3 %–75,8 %) contra el VRS confirmado por PCR. Los lactantes con ERVI por VSR vacunados con nirsevimab tuvieron menos ~~encuentros~~ **consultas** (diferencia de medias ajustada: -0,86; P = 0,001) y menores probabilidades de hospitalización (odds ratio: 0,11; IC: 0,01-0,85) que los lactantes no vacunados.

Conclusiones

El nirsevimab fue altamente eficaz en la protección de los lactantes contra la ERVI asociada al VRS, así como contra infecciones más leves por este virus. Los lactantes con ERVI por VRS inmunizados con nirsevimab tuvieron significativamente menos consultas médicas y menor probabilidad de ser hospitalizados que los lactantes no inmunizados.

- [Respiratory and Other Infections Following COVID](#) . *Pediatrics* (2025) 156 (3): e2024068280.

Objetivo: Evaluar si la infección por SARS-CoV-2 en niños menores de 5 años incrementa el riesgo de infecciones posteriores por virus respiratorio sincitial (VRS) u otras infecciones, en comparación con influenza u otras infecciones respiratorias.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo utilizando datos de 27 sistemas sanitarios en Estados Unidos (marzo–julio 2022). Se incluyeron niños <5 años con infección confirmada por SARS-CoV-2, comparados con aquellos con influenza o con otras infecciones respiratorias no relacionadas con SARS-CoV-2. Tras un seguimiento de 6 meses se evaluó la aparición de VRS, y otras infecciones respiratorias.

Resultados: Los niños con antecedente de infección por SARS-CoV-2 presentaron menor riesgo de VRS en comparación con **los de antecedente** influenza (ORa 0.73; IC 95% 0.61–0.86) y **de con** otras infecciones respiratorias (ORa 0.78; IC 95% 0.70–0.87). Asimismo, el riesgo de otras infecciones respiratorias (ORa 0.62; IC 95% 0.55–0.70) y de

cualquier infección (ORa 0.67; IC 95% 0.61–0.74) también fue menor respecto a influenza.

Conclusiones: La infección previa por SARS-CoV-2 en niños menores de 5 años no se asoció con un aumento del riesgo de infecciones posteriores por VRS, respiratorias o generales. Por el contrario, el riesgo fue menor en comparación con influenza u otras infecciones respiratorias, lo que sugiere ausencia de secuelas infecciosas adversas a mediano plazo tras SARS-CoV-2 en esta población.

- [Human Metapneumovirus and Respiratory Syncytial Virus in Children: A Comparative Analysis.](#) *Pediatrics* (2025) 156 (3): e2024070218.

Objetivo: Comparar las características clínicas y de gravedad entre infecciones producidas por el virus respiratorio sincitial (VRS) y metapneumovirus humano (hMPV) en niños.

Métodos: Estudio prospectivo desarrollado entre 2016–2020 en 7 hospitales pediátricos y servicios de urgencias de EE. UU. Se incluyeron niños <18 años con enfermedad respiratoria aguda. Se obtuvieron datos clínicos a través de entrevistas a los padres y registros médicos, y se realizaron pruebas moleculares (frotis nasal) para detección de VRS y hMPV.

Resultados: Se incluyeron 5 329 niños hospitalizados (4 398 con VRS, 931 con hMPV), y 3 276 atendidos en urgencias (2 371 con VRS, 905 con hMPV). La mediana de edad fue menor en hospitalizados con VRS (7 meses) que con hMPV (16 meses), diferencia estadísticamente significativa ($p < .0001$). En urgencias, los niños con VRS tuvieron mayores probabilidades de hospitalización que los con hMPV (ORa 1.68; IC 95 % 1.50–1.87), con mayor riesgo en lactantes <6 meses (ORa 3.27; IC 95 % 2.53–4.23). Las condiciones médicas subyacentes fueron más frecuentes entre hospitalizados con hMPV (26 %) que en los con VRS (11 %).

Conclusiones: Los niños hospitalizados con infección por hMPV son generalmente mayores y con mayor prevalencia de comorbilidades en comparación con los hospitalizados con VRS. Además, los pacientes con VRS tienen mayor probabilidad de requerir hospitalización desde urgencias, especialmente a menor edad.

- [Acelerar el acceso y optimizar el uso de antibióticos: un nuevo modelo para salvaguardar la salud pública \(Accelerating antibiotic access and stewardship: a new model to safeguard public health\).](#) *The Lancet Infectious Diseases*, 2025; 24(9), e584 – e590.

La OMS analizó el uso global de antibióticos basándose en los datos de 2022 del sistema GLASS y la clasificación AWaRe, que distingue entre antibióticos de **Acceso** (primera

opción, seguros y de bajo costo), **Vigilancia** (espectro amplio, para infecciones graves) y **Reserva** (último recurso para infecciones multirresistentes). El informe muestra que solo un tercio de los países cumple la meta de la ONU de que el 70 % del consumo sea de antibióticos Acceso, mientras que el uso de antibióticos Vigilancia sigue siendo alto y contribuye significativamente a la resistencia antimicrobiana (RAMI). Además, en muchos países de ingresos bajos y medianos hay acceso limitado a antibióticos Reserva. La OMS recomienda fortalecer la vigilancia, promover el uso responsable de antibióticos Acceso y garantizar la disponibilidad de antibióticos esenciales para combatir la RAMI y proteger la salud global.

- [Investigation of associations between the neonatal gut microbiota and severe viral lower respiratory tract infections in the first 2 years of life: a birth cohort study with metagenomics.](#) Lancet Microbe 2025; 6: 101072.

INTRODUCCIÓN

La microbiota intestinal en las primeras etapas de la vida afecta al desarrollo del sistema inmunitario, incluida la respuesta inmunitaria pulmonar (eje intestino-pulmón). El objetivo de este estudio era investigar si la composición de la microbiota intestinal en los recién nacidos durante la primera semana de vida está relacionada con los ingresos hospitalarios por infecciones virales del tracto respiratorio inferior (IVTRI).

MÉTODOS

El Baby Biome Study (BBS) es una cohorte prospectiva de nacimientos, en la que se inscribieron parejas de madres y bebés entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2017 en tres hospitales del Reino Unido. En el presente estudio, solo se incluyeron bebés del BBS con una muestra de heces secuenciada de la primera semana y con una vinculación de datos satisfactoria. Las heces se recogieron durante la primera semana de vida para realizar una secuenciación metagenómica shotgun. Se examinaron las siguientes características de la microbiota: diversidad alfa (índices Chao1, Shannon y Simpson) y estructuras comunitarias (método de partición de clústeres contra mediodes). Se realizó un seguimiento de los participantes mediante la vinculación con la base de datos Hospital Episode Statistics-Admitted Patient Care (HES-APC) para determinar la incidencia de ingresos hospitalarios por vLRTI en los dos primeros años de vida. Utilizamos modelos de efectos mixtos de Poisson para los análisis univariados y multivariados con el fin de evaluar la asociación entre las características de la microbiota y la incidencia de ingresos hospitalarios por IVTRI, ajustando los factores de confusión identificados mediante grafos acíclicos directos.

RESULTADOS

Se incluyeron en el presente estudio 3305 (95 %) de los 3476 bebés inscritos en el BBS para los que se obtuvo el consentimiento para la vinculación de datos. A 1111 (34 %) bebés se les tomó una muestra de heces secuenciada durante la primera semana, de los cuales 1082 (97 %; 564 nacidos por vía vaginal y 518 nacidos por cesárea) se vincularon con éxito al HES-APC y tuvieron una mediana de seguimiento de 2,0 años (IQR 1,4-2,9).

La mayoría de los bebés nacieron a término (996 [92 %] ≥ 37 semanas de gestación y 1070 [99 %] > 35 semanas de gestación) y sanos (1050 [97 %] no tenían comorbilidades), y 520 (48 %) eran mujeres y 562 (52 %) eran hombres. Una mayor diversidad alfa de la microbiota intestinal durante la primera semana se asoció con una reducción de las tasas de ingreso hospitalario por IRVB (índice de Chao1, razón de riesgo ajustada [HR] 0,92 [IC del 95 %: 0,85-0,99]; HR ajustado por el índice de Shannon 0,57 [0,33-0,98]; y HR ajustado por el índice de Simpson 0,36 [0,11-1,20]). Se identificaron tres grupos de microbiota. El grupo 1 tenía una composición mixta y el grupo 2 estaba dominado por *Bifidobacterium breve*, observándose ambos grupos en bebés nacidos por vía vaginal y por cesárea. El grupo 3 solo se encontró en bebés nacidos por vía vaginal y estaba dominado por *Bifidobacterium longum*. La presencia del grupo 1 (mixto) o del grupo 2 (dominado por *B. breve*) se asoció de forma independiente con un aumento de las tasas de hospitalización por IVTRI en comparación con el grupo 3 (dominado por *B. longum*; grupo 1 [mixto] 3,05 [1,25-7,41] y grupo 2 [dominado por *B. breve*] 2,80 [1,06-7,44]).

INTERPRETACIÓN

Se presentan evidencias observacionales de que las diferencias en la microbiota intestinal durante la primera semana están asociadas con infecciones respiratorias bajas virales graves en niños pequeños. Este estudio identificó especies bacterianas que podrían ser de interés para la prevención de las infecciones respiratorias bajas virales. Este hallazgo tiene importantes implicaciones para el diseño de futuras estrategias de investigación e intervención.

COMENTARIO: Si se especifican los hallazgos, se encontró significativamente una menor incidencia de hospitalización por infecciones respiratorias de vías bajas en un grupo de niños nacidos por vía vaginal que presentaban una flora intestinal con Bifidobacterium longum como cepa dominante en la primera semana de vida. Ello podría tener implicaciones en la prevención de infecciones con estrategias como la promoción del parto vaginal y el uso de probióticos, u otras más engorrosas como la “siembra vaginal” o el trasplante de heces fecales perinatal, todas ellas aun por demostrar su eficacia. A tener en cuenta como limitaciones que se trata de un estudio observacional, que existen posibles factores confusores no incluidos como la interferencia con la flora respiratoria y la lactancia materna más allá de la primera semana de vida y que el examen de la microbiota se realizó en un solo tiempo, con la posibilidad de una variación de la misma en mediciones consecutivas en los primeros meses que pudiese influir en las variables estudiadas.

- [Impact of RSV Prevention in Infancy on Prevalence of Asthma Among 9–14-Year-old Native American Children in the Southwest United States.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(9):p 821-825, September 2025.

INTRODUCCIÓN

Se desconoce el impacto de la prevención del virus respiratorio sincitial (VRS) en el asma infantil persistente. Se volvieron a examinar a niños nativos americanos de entre 9 y 14 años que participaron cuando eran bebés en un ensayo aleatorio de fase III controlado con placebo de un anticuerpo monoclonal eficaz (motavizumab) para la prevención del VRS, con el fin de cuantificar la prevalencia del asma e investigar las relaciones entre la prevención del VRS y el asma posterior.

MÉTODOS

Se contactó con las familias que participaron en el ensayo de fase III sobre la prevención del VRS. Tras obtener el consentimiento informado, se recopilaron datos mediante un cuestionario para los padres y la revisión de los historiales médicos para evaluar la salud respiratoria. Los resultados compuestos para el asma se definieron utilizando una combinación de datos del cuestionario y de la revisión de los historiales. Las reducciones del riesgo relativo (RRR) para los resultados relacionados con el asma se estratificaron según los receptores de motavizumab y placebo.

RESULTADOS

De los 2127 participantes originales en el ensayo, el 97 % reunía los requisitos para participar en este estudio de seguimiento, de los cuales 1773 (86 %) se inscribieron con una edad media de 11 años (rango: 9-14). La medida compuesta de la prevalencia del asma fue del 18,2 % (intervalo de confianza del 95 %: 16,5-20). La estimación puntual del asma persistente fue menor en los receptores de motavizumab [17,5 % (15,4, 19,7)] en comparación con los receptores de placebo [19,7 % (16,6, 23,1)], pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa [RRR: 11,1 % (-9,1, 27,6)].

CONCLUSIONES

Los resultados relacionados con el asma se produjeron con menos frecuencia entre los niños que recibieron motavizumab en comparación con los que recibieron placebo en la infancia; sin embargo, estos hallazgos no fueron estadísticamente significativos, debido a la insuficiente potencia del estudio. La posibilidad de reducir el asma relacionada con la prevención del VRS debe evaluarse más a fondo en estudios más amplios, especialmente teniendo en cuenta la elevada prevalencia de asma observada en los niños nativos americanos en este estudio.

COMENTARIO: Se trata de un estudio que valora los beneficios a largo plazo de la administración de un anticuerpo monoclonal frente a la proteína F del VRS que fue testado en un ensayo clínico en fase III entre 2004 y 2010, evidenciando una reducción en la hospitalización, pero una ausencia de efecto protector ante las sibilancias precoces a la edad de los 3 años, aunque no se estudió por aquel entonces por encima de esa edad. El estudio actual pone de manifiesto la relevancia de la infección por VRS en cuanto al desarrollo del asma durante la infancia y puede ser un ejemplo para lo que se pueda esperar objetivar con los anticuerpos monoclonales y otras medidas preventivas frente a dicho virus.

- [Postpandemic Trends and Missed Opportunities in Prevention and Diagnosis of Pediatric HIV.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 44(9):p e312-e318, September 2025.

INTRODUCCIÓN

El avance contra el VIH en los Estados Unidos se ralentizó durante la pandemia de COVID-19. Las repercusiones asociadas al VIH pediátrico pueden ser considerables en medio de la exacerbación de las desigualdades en materia de salud relacionadas con la pandemia. Se evaluaron las tendencias previas y posteriores a la pandemia en los diagnósticos de VIH pediátrico y se caracterizaron las deficiencias en la prevención o el diagnóstico.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de niños y adolescentes con VIH (NAVIH) menores de 18 años, tratados en los centros de salud de la Universidad de Indiana entre enero de 2009 y diciembre de 2023. Se extrajeron los datos demográficos, la vía de adquisición, los factores de riesgo y el año de diagnóstico, y se compararon antes y después de 2020. Para evaluar las tendencias, se realizó un análisis de series temporales interrumpidas utilizando un modelo autorregresivo integrado de media móvil. Se clasificaron las oportunidades perdidas para la prevención o el diagnóstico después de la pandemia.

RESULTADOS

De los 126 NAVIH con VIH perinatal (73 %) o no perinatal (27 %), 104 fueron diagnosticados antes de 2020 y 22 fueron diagnosticados a partir de 2020. El diagnóstico de VIH después de 2020 se asoció con la adquisición no perinatal ($P < 0,001$), la edad avanzada ($P = 0,004$), el nacimiento en EE. UU. ($P = 0,002$) y el diagnóstico en EE. UU. ($P < 0,001$). Los diagnósticos no perinatales en 2022 ($n = 6$) y 2023 ($n = 5$) fueron significativamente superiores a 1,6/año antes de la pandemia (intervalo de predicción del 95 %: 0-3,6). Entre los 8 NAVIH con VIH perinatal diagnosticados después de 2020, 4 nacidos en EE. UU., se produjeron oportunidades perdidas en las cascadas de atención materno-infantil/pediátrica. Entre los 14 NAVIH con VIH no perinatal diagnosticados después de 2020, se perdieron oportunidades para la profilaxis previa a la exposición (79 %) y para las pruebas del VIH (65 %), a pesar de los factores de riesgo y las indicaciones documentados.

CONCLUSIONES Y RELEVANCIA

Los diagnósticos de VIH no perinatal aumentaron después de 2020, con lagunas en la prevención y el diagnóstico en adolescentes. Los diagnósticos perinatales en bebés nacidos en Estados Unidos señalan lagunas críticas en la prevención perinatal. Se necesitan esfuerzos específicos para prevenir nuevos casos de VIH pediátrico en Estados Unidos.

COMENTARIO: Puntos a destacar del artículo es el análisis de la situación actual de transmisión del VIH en edad pediátrica de forma global (tanto peri como post-natal), el posible efecto de la pandemia y las medidas preventivas para la transmisión en cada franja correspondiente. A recordar que es crucial realizar un adecuado cribado de la infección vertical y en la inclusión del despistaje ante clínica sospechosa, en la cual se podría incluir la alteración en el desarrollo ponderoestatural, deterioro neurológico, infecciones oportunistas o de repetición, y algunos cuadros específicos como la parotiditis de repetición o el síndrome mononucleósido en los adolescentes. En nuestro país, la petición precisa consentimiento informado verbal.

- [Immunogenicity and safety of different immunisation schedules of the VLA15 Lyme borreliosis vaccine candidate in adults, adolescents, and children: a randomised, observer-blind, placebo-controlled, phase 2 trial.](#) Lancet Infect Dis. 2025 Sep;25(9):986-999.

El aumento de las tasas de incidencia, la eficacia insuficiente de las estrategias de prevención de la exposición y la posibilidad de que se produzcan consecuencias graves a pesar del tratamiento con antibióticos ponen de relieve la necesidad de una vacuna preventiva contra la borreliosis de Lyme. La VLA15, una vacuna experimental contra la borreliosis de Lyme basada en variantes de la proteína A de la superficie externa (OspA) de genoespecies clínicamente relevantes de *Borrelia burgdorferi* sensu lato en América del Norte y Europa, ha demostrado su seguridad e inmunogenicidad en adultos cuando se administra en varios programas de tres dosis. El objetivo de este estudio fue investigar la seguridad y la inmunogenicidad de los programas de dos y tres dosis de VLA15 en una población más amplia, incluidos niños y adolescentes, que se encuentran entre las personas con mayor riesgo de padecer borreliosis de Lyme. Se llevó a cabo mediante un ensayo clínico aleatorizado, simple ciego y controlado con placebo de fase II que involucra a 14 centros de investigación clínica situados en zonas endémicas de borreliosis de Lyme en los Estados Unidos. Los resultados confirmaron los perfiles de seguridad e inmunogenicidad de VLA15 observados anteriormente en adultos y los amplían a niños de 5 años o más y adolescentes. La mayor inmunogenicidad de VLA15 entre niños y adolescentes podría traducirse en una mayor flexibilidad en el entorno clínico real.

COMENTARIO: El interés de dicho estudio radica en poner en conocimiento la existencia de una posible vacuna frente a la Enfermedad de Lyme la cual es endémica en diversas regiones de Europa y que también se da en nuestro país dada la presencia del vector, siendo más habitual en el norte peninsular. No obstante, aún son precisos datos de eficacia en la práctica clínica (los datos expuestos son resultados obtenidos de un ensayo en fase II).

- [One Dose versus Three Doses of Benzathine Penicillin G in Early Syphilis.](#) N Engl J Med 2025;393:869-878.

Persiste la controversia con respecto a la duración adecuada del tratamiento con penicilina G benzatínica en personas con sífilis temprana (es decir, primaria, secundaria o latente temprana) (infección por *Treponema pallidum*).

MÉTODOS

En un ensayo multicéntrico, aleatorizado, controlado y de no inferioridad, asignamos a personas con sífilis temprana, con o sin infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), a recibir inyecciones intramusculares de penicilina G benzatínica en una dosis única de 2,4 millones de unidades o en dosis de 2,4 millones de unidades administradas en tres intervalos semanales sucesivos. El criterio de valoración principal fue la serorreversión a un estado no reactivo o una disminución en el título rápido de reagina plasmática en dos o más diluciones a los 6 meses, denominada aquí como respuesta serológica (margen de no inferioridad, 10 puntos porcentuales). Un criterio de valoración secundario clave fue la respuesta serológica dentro de los subgrupos definidos según el estado serológico, también evaluada en un análisis de no inferioridad.

RESULTADOS

Se inscribieron 249 personas con sífilis temprana. La mayoría de los participantes eran hombres (97%), el 62% eran de raza negra y 153 (61%) vivían con infección por VIH. La distribución según el estadio de la sífilis fue del 19% con sífilis primaria, el 47% con sífilis secundaria y el 33% con sífilis latente temprana. El porcentaje de participantes con respuesta serológica a los 6 meses fue del 76% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 68 a 82) en el grupo de dosis única y del 70% (IC del 95%: 61 a 77) en el grupo de tres dosis (diferencia: -6 puntos porcentuales; IC del 90%: -15 a 3, lo que indica no inferioridad). No se produjo ninguna recaída clínica ni fracaso del tratamiento en ninguno de los grupos. En el grupo de una dosis, se observó una respuesta serológica a los 6 meses en el 76 % de los participantes con infección por VIH y en el 76 % de los que no la tenían. En el grupo de tres dosis, se observó una respuesta serológica a los 6 meses en el 71 % de los participantes con infección por VIH y en el 70 % de los que no la tenían. La mayoría de los participantes de cada grupo presentaron dolor y sensibilidad local en el lugar de la inyección durante el tratamiento (76 % con una dosis única y 85 % con tres dosis).

CONCLUSIONES

El tratamiento con una dosis de 2,4 millones de unidades de penicilina G benzatínica no fue inferior al tratamiento con tres dosis en cuanto a la respuesta serológica 6 meses después del tratamiento.

- [The effect of commonly used non-antibiotic medications on antimicrobial resistance development in *Escherichia coli*. *npj Antimicrobials and Resistance* volume 3, Article number: 73 \(2025\)](#)

La resistencia a los antimicrobianos (RAM) representa una amenaza global para la salud pública. Si bien el uso excesivo de antibióticos es un factor principal, la evidencia emergente sugiere que los medicamentos no antibióticos (NAM) también pueden contribuir. Esta preocupación es particularmente relevante en los centros residenciales de atención a personas mayores (RACF), donde se usan con frecuencia tanto NAM como antibióticos. Investigamos si nueve NAM de uso común en RACF, incluidos ibuprofeno, diclofenaco, acetaminofén, furosemida, metformina, atorvastatina, tramadol, temazepam y pseudoefedrina en concentraciones relevantes para el intestino, mejoran la mutagénesis inducida por ciprofloxacino en *Escherichia coli*. Nuestros hallazgos mostraron que el ibuprofeno y el acetaminofén aumentaron significativamente la frecuencia de mutación y confirieron resistencia de alto nivel a la ciprofloxacino. La secuenciación del genoma completo identificó mutaciones en GyrA, MarR y AcrR, y las dos últimas se correlacionaron con la sobreexpresión de la bomba de eflujo de fármacos AcrAB-TolC. La coexposición a dos NAM aumentó aún más las tasas de mutación y los niveles de resistencia a la ciprofloxacina. Este estudio subrayó el papel poco conocido de los NAM en el aumento de la RAM y destacó la necesidad de reevaluar los riesgos de la polifarmacia en centros de atención a personas mayores.

Comentario GPI: Se incluye este artículo que referencia un estudio realizado en un entorno asistencial y en una población muy diferente a los nuestros porque abre una nueva línea de información y reflexión sobre posibles interacciones inesperadas entre fármacos de uso muy frecuente.

- [Epidemiology and clinical profile of paediatric RSV infections: insights from a 6-year Australian cohort study](#) . *Archives of Disease in Childhood* 2025;**110**:759-760.

Muchos estados australianos experimentaron patrones impredecibles de infección por el virus respiratorio sincitial (VRS) durante la pandemia de COVID-19. Comprender el perfil de los niños con infecciones graves por VRS y los cambios en la era de la pandemia puede informar los programas de prevención del VRS. Si bien previamente describimos el aumento repentino de infecciones por VRS fuera de temporada debido a la relajación de las intervenciones no farmacéuticas (INF) 1 y los predictores de VRS grave en la era prepandémica 2, este documento incluye datos adicionales y un análisis secundario. Los objetivos de este estudio fueron describir los impactos de la pandemia de COVID-19 en (1) la epidemiología de las infecciones por VRS, (2) el perfil clínico y (3) la gravedad de los niños hospitalizados con infecciones por VRS en un solo hospital pediátrico en Melbourne, Australia.

En este estudio de cohorte retrospectivo, utilizamos datos de niños (<2 años) hospitalizados por infección por VRS confirmada por laboratorio durante seis temporadas de VRS (del 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2022). Los datos se recopilaron como parte de la vigilancia del VRS 3 de la OMS y del estudio CAMEO-RSV 2 (Epidemiología clínica y molecular y características inmunitarias de las enfermedades respiratorias).

- [Myocardial Infarction in Kawasaki Disease](#). The Journal of Pediatrics, Volume 284, 114638.

Objetivo

Evaluar las características clínicas, los métodos de diagnóstico, los cursos de tratamiento y los resultados del infarto de miocardio (IM) entre pacientes con enfermedad de Kawasaki (EK).

Diseño del estudio

Este estudio retrospectivo de un solo centro revisó a pacientes con antecedentes de KD que experimentaron infarto de miocardio entre 1984 y 2023. La recopilación de datos incluyó datos demográficos, presentación clínica, hallazgos de imágenes, intervenciones y resultados.

Resultados

Entre 22 pacientes, el 86% eran varones, con una mediana de inicio de la enfermedad de Kawasaki de 14 meses (rango: 3 meses-15 años). El infarto de miocardio (IM) se diagnosticó en el momento del evento en 7 pacientes, mediante resonancia magnética de vigilancia en 8 casos asintomáticos y mediante otras pruebas diagnósticas en 4. Casi la mitad (48%) de los IM se produjeron en los 3 meses siguientes a la enfermedad de Kawasaki aguda, y el 81% en los 2 años. Todos los pacientes tenían al menos un aneurisma coronario grande o gigante, más comúnmente en la arteria descendente anterior izquierda proximal. Siete pacientes se sometieron a injerto de derivación de la arteria coronaria, uno se sometió a intervención coronaria percutánea y uno fue incluido en la lista de espera para trasplante cardíaco. Dos pacientes fallecieron por complicaciones relacionadas con el IM en la década de 1980, y el 23% presentó disfunción ventricular izquierda en el seguimiento.

Conclusiones

La alta prevalencia de diagnósticos inespecíficos de infarto de miocardio y los resultados adversos resaltan la necesidad de mejorar la detección y el tratamiento tempranos. Si bien el infarto de miocardio solo se presentó en pacientes con aneurismas gigantes, otros factores de riesgo aún no están claros. Estudios futuros que exploren el modelado computacional y las predisposiciones genéticas podrían ayudar a personalizar los regímenes antitrombóticos y optimizar la atención a los pacientes de alto riesgo.

- [Active Surveillance for Myocarditis and Pericarditis in Canadian Children from 2021 to 2022: A Canadian Immunization Monitoring Program ACTIVE Study](#). The Journal of Pediatrics, Volume 284, 114642.

Objetivo

Comparar las características de los niños evaluados en los centros del Programa Canadiense de Monitoreo Activo de Inmunización (IMPACT) para miocarditis, miopericarditis y pericarditis según el estado de vacunación contra la COVID-19 y evaluar la asociación con la vacunación.

Diseño del estudio

IMPACT realizó una vigilancia activa de miocarditis, miopericarditis y pericarditis mediante el monitoreo de las listas de admisión y los códigos de diagnóstico de niños ≤16 años evaluados en departamentos de emergencia u hospitalizados con estas afecciones (de junio de 2021 a diciembre de 2022). Los detalles clínicos y los historiales de vacunación se ingresaron en una base de datos electrónica. Se compararon las características de los casos que cumplían con las definiciones de caso de Brighton Collaboration para miocarditis y/o pericarditis entre los casos de COVID-19 vacunados de ARNm (vacunados de 0 a 21 días antes de la presentación), vacunados remotamente (vacunados >21 días antes) y no vacunados. La incidencia relativa de miocarditis/miopericarditis/pericarditis de 0 a 21 días después de la vacunación se estimó mediante un análisis de series de casos autocontrolados ajustado para los períodos pre-Omicron vs. Omicron. Se suprimieron los tamaños de celda <5.

Resultados

En general, se incluyeron 168 casos: 73 (43%) casos próximos a la vacuna, 47 (28%) vacunados a distancia, 39 (23%) no vacunados y 9 (5%) con estado de vacunación desconocido. Entre los casos próximos a la vacuna, el 88% (64/73) eran hombres y el 95%-99% (69-72/73) tenían entre 12 y 16 años de edad. Entre los casos no vacunados, el 56% (22/39) eran hombres y el 36% (14/39) tenían entre 12 y 16 años de edad. Los casos no vacunados parecieron tener más probabilidades de requerir atención en la unidad de cuidados intensivos (28% frente a <7% de los casos próximos a la vacuna). La incidencia relativa ajustada de miocarditis/miopericarditis/pericarditis 0-21 días después de la vacunación fue de 7,1 (IC del 95%: 4,5-11,1).

Conclusiones

Aunque la miocarditis, la miopericarditis y la pericarditis se asociaron con la vacunación con ARNm contra la COVID-19, los niños con miocarditis, miopericarditis y pericarditis posteriores a la vacuna parecieron tener un curso inicial menos grave que los niños no vacunados.

- [Surge of Pediatric Respiratory Tract Infections after the COVID-19 Pandemic and the Concept of “Immune Debt”](#). The Journal of Pediatrics, Volume 284, 114420.

Objetivo

Investigar una relación dosis-respuesta entre la magnitud de la disminución de las infecciones del tracto respiratorio pediátrico (ITR) durante la implementación en 2020 de intervenciones no farmacéuticas (INF) y el aumento posterior durante el levantamiento de las INF.

Diseño del estudio

Realizamos un análisis de series temporales interrumpidas basado en un sistema de vigilancia multinacional. Se incluyeron todos los pacientes menores de 16 años que acudieron a atención médica con diversos síntomas y signos de ITR en 25 servicios de urgencias pediátricas de 13 países europeos entre enero de 2018 y junio de 2022. Utilizamos modelos aditivos generalizados para correlacionar la magnitud de la disminución de cada ITR durante la implementación de medidas de prevención no inflamatorias (como el distanciamiento social) y su posterior aumento durante su eliminación. Las infecciones del tracto urinario se utilizaron como variable de control.

Resultados

Se incluyeron 528 055 pacientes. Se observaron reducciones en los casos durante el período de implementación de la NPI, del -76 % (IC del 95 %: -113 a -53 en neumonía) al -65 % (IC del 95 %: -100 a -39 en amigdalitis/faringitis), seguidas de fuertes aumentos durante la suspensión de la NPI, del +83 % (IC del 95 %: 29-150 en amigdalitis/faringitis) al +329 % (IC del 95 %: 149-517 en bronquiolitis). Para cada ITR, se encontró una asociación significativa entre la magnitud de la disminución durante la implementación de la NPI y el aumento durante la suspensión de la misma. Los casos de infección del tracto urinario se mantuvieron estables.

Conclusiones

La magnitud del aumento de las ITR observada tras la eliminación de la NPI se correlacionó directamente con la magnitud de la reducción de casos durante la implementación de la NPI, lo que sugiere una relación dosis-respuesta derivada de un fenómeno de "deuda inmunitaria". Cabe esperar un probable repunte de las ITR al implementar y eliminar la NPI en el futuro.

- [Association between Air Pollution, Neighborhood Opportunity, and Pediatric Intensive Care Unit Admissions in Acute Respiratory Illness](#). The Journal of Pediatrics, Volume 284, 114662.

Este estudio retrospectivo examinó a 673 niños ingresados en una sola unidad de cuidados intensivos pediátricos para determinar la asociación entre la exposición a material particulado $\leq 2,5$ micras (PM_{2,5}), las condiciones de pobreza en el vecindario y la duración de la estancia (DDE) en la unidad de cuidados intensivos pediátricos por enfermedad respiratoria aguda. Un mayor nivel de PM_{2,5} se asoció con una mayor DDE, especialmente durante la temporada respiratoria. El Índice de Oportunidad

Infantil (ICP) no se asoció de forma independiente con la DDE, pero la inclusión de este marcador reforzó la asociación entre PM_{2,5} y DDE.

- [Ivermectin to Control Malaria — A Cluster-Randomized Trial](#). N Engl J Med 2025;393:362-375.

DOI: 10.1056/NEJMoa2411262

El control y la eliminación de la malaria se ven amenazados por la propagación de la resistencia a los insecticidas y la adaptación conductual de los vectores. No está claro si la administración masiva de ivermectina, un fármaco antiparasitario de amplio espectro que también mata a los mosquitos que se alimentan de las personas tratadas, puede reducir la transmisión de la malaria.

Métodos

Realizamos un ensayo aleatorizado por conglomerados en Kwale, un condado de la costa de Kenia donde la malaria es altamente endémica y donde la cobertura y el uso de mosquiteros tratados con insecticidas son altos. Se asignaron aleatoriamente conglomerados de áreas residenciales en una proporción de 1:1 para recibir la administración masiva de ivermectina (400 µg por kilogramo de peso corporal) o albendazol (400 mg, control activo) una vez al mes durante 3 meses consecutivos al comienzo de la temporada de "lluvias cortas". A los niños de 5 a 15 años de edad se les realizó la prueba de infección por malaria mensualmente durante 6 meses después de la primera ronda de tratamiento. Los dos resultados primarios fueron la incidencia acumulada de infección por malaria (evaluada entre los niños de 5 a 15 años de edad) y de eventos adversos (evaluados entre todos los participantes elegibles). Los análisis se realizaron con ecuaciones de estimación generalizadas de acuerdo con el principio de intención de tratar.

Resultados

Un total de 84 grupos que comprendían 28.932 participantes elegibles se sometieron a aleatorización. Las características basales de los participantes fueron similares en los grupos del ensayo. Seis meses después de la primera ronda de tratamiento, la incidencia de infección por malaria fue de 2,20 por niño-año en riesgo en el grupo de ivermectina y de 2,66 por niño-año en riesgo en el grupo de albendazol; la razón de tasas de incidencia ajustada (ivermectina vs. albendazol) fue de 0,74 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,58 a 0,95, P = 0,02). La incidencia de eventos adversos graves por cada 100 tratamientos no difirió significativamente entre los grupos del ensayo (razón de tasas de incidencia, 0,63; IC del 95%, 0,21 a 1,91).

Conclusiones

En niños de 5 a 15 años que vivían en una zona con alta cobertura y uso de mosquiteros, la ivermectina, administrada una vez al mes durante tres meses consecutivos, resultó en una incidencia de malaria un 26 % menor que el albendazol. No se identificaron problemas de seguridad. (Financiado por Unitaid; número de registro de ensayos clínicos de BOHEMIA ClinicalTrials.gov: [NCT04966702](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04966702) ; número de registro de ensayos clínicos panafricanos: PACTR202106695877303).

- (SERGAS) [Efectividad y seguridad de la prescripción diferida de antibióticos en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas del tracto superior.](#)

La prescripción diferida de antibióticos es una estrategia que podría ser utilizada en el abordaje de las infecciones agudas del tracto respiratorio superior. Esta práctica consiste en la prescripción de un antibiótico que el/la paciente solo tomaría en caso de empeoramiento de los síntomas a los 2 o 3 días de haber acudido a la consulta. El objetivo es reducir el uso inapropiado de antibióticos en procesos que no los precisan, y, por ende, la resistencia antimicrobiana, al tiempo que se garantiza la eficacia y seguridad en el manejo de las infecciones.

Mini Review [Volume 107, Issue 1](#) p33-43 January 2025

- [The WHO Bacterial Priority Pathogens List 2024: a prioritisation study to guide research, development, and public health strategies against antimicrobial resistance.](#)

La Lista de Patógenos Bacterianos Prioritarios (BPPL) de la OMS de 2017 ha sido fundamental para orientar las políticas, la investigación y el desarrollo, y las inversiones mundiales para abordar las amenazas más urgentes de los patógenos resistentes a los antibióticos. Además, constituye una herramienta clave de salud pública para la prevención y el control de la resistencia a los antimicrobianos (RAM). Desde su publicación, se han aprobado al menos 13 nuevos antibióticos dirigidos a patógenos bacterianos prioritarios. La BPPL de la OMS de 2024 busca perfeccionar y ampliar la lista anterior incorporando nuevos datos y evidencia, abordando limitaciones previas y mejorando la priorización de patógenos para orientar mejor los esfuerzos mundiales en la lucha contra la RAM.

Métodos

El BPPL de la OMS de 2024 siguió un enfoque similar al del primer ejercicio de priorización, utilizando un marco de análisis de decisiones multicriterio. Se calificaron 24 patógenos bacterianos resistentes a los antibióticos según ocho criterios, que incluían mortalidad, carga no mortal, incidencia, tendencias de resistencia a 10 años, prevenibilidad, transmisibilidad, tratabilidad y estado de la línea de desarrollo de antibacterianos. Los patógenos se evaluaron en cada uno de los criterios con base en la evidencia disponible y el juicio de expertos. Se administró una encuesta de preferencias mediante una comparación por pares a 100 expertos internacionales (de los cuales 79 respondieron y 78 completaron la encuesta) para determinar los pesos relativos de los criterios. Aplicando estos pesos, la clasificación final de los patógenos se determinó calculando una puntuación total en el rango de 0 a 100% para cada patógeno. Se realizaron análisis de subgrupos y de sensibilidad para evaluar el impacto de la consistencia, los antecedentes y el origen geográfico de los expertos en la estabilidad de las clasificaciones. Un grupo asesor independiente revisó la lista final y los patógenos se simplificaron posteriormente y se agruparon en tres niveles de prioridad según un sistema de puntuación de cuartiles: crítico (cuartil más alto), alto (cuartiles medios) y medio (cuartil más bajo).

Recomendaciones

Las puntuaciones totales de los patógenos variaron del 84% para la bacteria de mayor rango (*Klebsiella pneumoniae* resistente a carbapenémicos) al 28% para la bacteria de menor rango (estreptococos del grupo B resistentes a la penicilina). Las bacterias gramnegativas resistentes a los antibióticos (incluidas *K pneumoniae*, *Acinetobacter* spp. y *Escherichia coli*), así como *Mycobacterium tuberculosis* resistente a la rifampicina, se clasificaron en el cuartil más alto. Entre las bacterias comúnmente responsables de infecciones adquiridas en la comunidad, las clasificaciones más altas fueron para *Salmonella enterica* serotipo Typhi resistente a fluoroquinolonas (72%), *Shigella* spp. (70%) y *Neisseria gonorrhoeae* (64%). Otros patógenos importantes en la lista incluyen *Pseudomonas aeruginosa* y *Staphylococcus aureus*. Los resultados de la encuesta de preferencias mostraron una fuerte concordancia entre evaluadores, con un coeficiente de correlación de rangos de Spearman y un coeficiente de concordancia de Kendall de 0,9. La clasificación final mostró una alta estabilidad, y la agrupación de los patógenos según los antecedentes y orígenes de los expertos no generó cambios sustanciales en la clasificación.

Interpretación

El Plan de Acción de la OMS para la Investigación y el Desarrollo (BPPL) de 2024 es una herramienta clave para priorizar las inversiones en investigación y desarrollo e informar las políticas mundiales de salud pública para combatir la RAM. Las bacterias gramnegativas y *M. tuberculosis* resistente a la rifampicina siguen siendo patógenos prioritarios críticos, lo que subraya su amenaza persistente y las limitaciones de la actual cartera de antibacterianos. Se necesitan esfuerzos focalizados e inversiones sostenidas en nuevos antibacterianos para abordar los patógenos prioritarios de la RAM, que incluyen bacterias resistentes a los antibióticos con alta carga de carga,

como *Salmonella* y *Shigella* spp., *N. gonorrhoeae* y *S. aureus*. Más allá de la investigación y el desarrollo, los esfuerzos para abordar estos patógenos también deben incluir la ampliación del acceso equitativo a los medicamentos existentes, la mejora de la cobertura de vacunación y el fortalecimiento de las medidas de prevención y control de infecciones.

Fondos

Este trabajo se basa en el desarrollo de la BPPL de la OMS de 2024, que fue realizada por la División de RAM de la OMS a través de subvenciones del Gobierno de Austria, el Gobierno de Alemania, el Gobierno de Arabia Saudita y la Autoridad de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias de la Comisión Europea.

- [Corticosteroids for treating sepsis in children and adults](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, Issue 6. Art. No.: CD002243. DOI: 10.1002/14651858.CD002243.pub5. Accedida el 09 de septiembre de 2025.

Se incluyeron los ensayos controlados aleatorizados (ECA) de corticosteroides versus placebo o atención habitual (antimicrobianos, reemplazo de líquidos y tratamiento con vasopresores cuando fue necesario) en niños y adultos con sepsis. También se incluyeron ECA de infusión continua versus bolo intermitente de corticosteroides.

Se incluyeron 87 ensayos (24 336 participantes), de los que seis incluyeron solo niños, dos incluyeron a niños y adultos, y los ensayos restantes solo incluyeron a adultos. Hay 17 ensayos más en curso que se considerarán en las versiones futuras de esta revisión. Se consideró que 25 ensayos tuvieron un riesgo bajo de sesgo.

Conclusiones de los autores

La evidencia de certeza moderada indica que los corticosteroides probablemente reducen la mortalidad a los 28 y a los 90 días, así como la mortalidad hospitalaria, entre los pacientes con sepsis. Los corticosteroides podrían acortar la estancia hospitalaria y en la UCI (evidencia de certeza baja). Podría haber poca o ninguna diferencia en el riesgo de sobreinfección. El riesgo de debilidad muscular es incierto. No se conocen efectos de la administración continua versus en bolo intermitente de corticosteroides.

- [Low-complexity automated nucleic acid amplification tests for extrapulmonary tuberculosis and rifampicin resistance in adults and adolescents](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, Issue 8. Art. No.: CD012768. DOI: 10.1002/14651858.CD012768.pub4. Accedida el 09 de septiembre de 2025.

Las pruebas moleculares rápidas de baja complejidad pueden ayudar a identificar a las personas con tuberculosis extrapulmonar y resistencia a la rifampicina.

Estas pruebas pueden identificar con exactitud la tuberculosis en el líquido cefalorraquídeo, el líquido pleural, el tejido pleural, el líquido sinovial, peritoneal y pericárdico.

Esta revisión pretende actualizar la evidencia sobre la eficacia con la que las LC-aNAAT detectan la tuberculosis extrapulmonar y la resistencia a la rifampicina en adultos y adolescentes.

En 37 estudios se examinaron los ganglios linfáticos, la pleura y el líquido cefalorraquídeo, así como otras muestras de personas con sospecha de tuberculosis extrapulmonar. Se encontraron datos de dos LC-aNAAT (Xpert Ultra y Truenat MTB Plus), pero solo fue posible agrupar los datos de la Xpert Ultra.

Conclusiones de los autores

Las LC-aNAAT son útiles para diagnosticar la tuberculosis extrapulmonar. La sensibilidad varía entre las diferentes muestras extrapulmonares, mientras que para la mayoría de las muestras la especificidad es alta, las pruebas rara vez dan un resultado positivo en personas sin tuberculosis. Para la meningitis tuberculosa, la Xpert Ultra tuvo una sensibilidad alta en comparación con el cultivo. Xpert Ultra también tuvo alta sensibilidad y especificidad para la resistencia a la rifampicina. Los futuros estudios deberían reconocer la preocupación asociada con los cultivos como prueba de referencia en las muestras paucibacilares y considerar las formas de hacer frente a esta limitación. Además, existe una necesidad acuciante de evidencia sólida sobre otras tecnologías dentro de la clase de LC-aNAAT.

- [Palivizumab for preventing severe respiratory syncytial virus \(RSV\) infection in children.](#) Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, Issue 7. Art. No.: CD013757. DOI: 10.1002/14651858.CD013757.pub3. Accedida el 09 de septiembre de 2025. **OK Dudoso**

Se plantea conocer los efectos beneficiosos y perjudiciales del palivizumab en niños con riesgo de infección por VRS.

Para ello, se revisaron estudios que compararan palivizumab con placebo (tratamiento falso), ningún tratamiento o atención estándar en niños con riesgo de infección por VRS.

Se analizan seis estudios con 3611 niños. Todos los estudios incluyeron pocos participantes, y niños con un alto riesgo de tener consecuencias graves si se infectaban con el VRS debido a problemas de salud subyacentes, como un nacimiento prematuro o problemas cardíacos o pulmonares.

Conclusiones de los autores

Según la evidencia disponible, la profilaxis con palivizumab sistémico reduce la hospitalización debida a infección por VRS y probablemente provoca poca o ninguna diferencia en la mortalidad. El palivizumab intranasal podría aumentar la hospitalización debida a infección por VRS. El palivizumab probablemente dé lugar a poca o ninguna diferencia en los eventos adversos. Además, el palivizumab probablemente da lugar a una ligera reducción de la hospitalización debida a enfermedades respiratorias. El palivizumab sistémico podría dar lugar a una gran

reducción de las infecciones por VRS, mientras que el palivizumab intranasal podría aumentar la infección por VRS. El palivizumab sistémico también reduce el número de días con sibilancias, mientras que el palivizumab intranasal podría dar lugar a poca o ninguna diferencia en la fracción media de días con sibilancias. Estos resultados podrían ser aplicables a los niños con un alto riesgo de infección grave por VRS debido a comorbilidades.

Se necesitan más estudios de investigación para establecer el efecto del palivizumab en niños con otras comorbilidades conocidas como factores de riesgo de enfermedad grave por VRS (p. ej., inmunodeficiencias) y otros determinantes sociales de la enfermedad, incluidos los niños que viven en países de ingresos bajos y medios, en regiones tropicales, los niños que no reciben lactancia materna, que viven en condiciones de pobreza o los miembros de familias en situación de hacinamiento.

- [Fiabilidad de la recogida de orina al acecho en niños no continentes frente a métodos invasivos](#) . Rev Pediatr Aten Primaria. 2025;27:309-16.

Introducción: la infección del tracto urinario en niños no continentes supone un reto diagnóstico, especialmente por la dificultad de obtener muestras de orina no contaminadas.

Material y métodos: revisión narrativa sobre la recogida de orina al acecho (*clean-catch*) en menores de 2 años, analizando su técnica, precisión diagnóstica y tasas de contaminación frente a cateterización y aspiración suprapúbica.

Resultados: la recogida de orina al acecho puede alcanzar una sensibilidad del 97% y una especificidad del 89% en lactantes menores de 90 días con técnicas optimizadas. Las tasas de contaminación oscilan entre el 5-27%, superiores a la cateterización (8-15%) y la aspiración suprapúbica (<1%).

Conclusiones: la recogida de orina al acecho representa una alternativa válida en contextos ambulatorios si se emplean estrategias de estimulación miccional y limpieza adecuada. Las decisiones deben individualizarse según edad, estado clínico y disponibilidad de recursos.

- [Infecciones bacterianas invasivas en neonatos febriles con infección por el virus influenza](#) An Pediatr (Barc). 2025;103:503966

Introducción

Los lactantes febriles con una infección vírica demostrada tienen menor riesgo de padecer una infección bacteriana invasiva (IBI). Diversos autores recomiendan individualizar su despistaje en los lactantes febriles de 1-3 meses de edad, no existiendo por el momento recomendaciones específicas para los neonatos. El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de la IBI en los neonatos febriles con infección por el virus influenza.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo-observacional. Se incluyeron los pacientes febriles <29 días atendidos en urgencias durante 21 años (2004-2023) con diagnóstico microbiológico de gripe. Se excluyeron los pacientes con un triángulo de evaluación pediátrico alterado y aquellos que habían recibido antibiótico durante la semana previa.

Resultados

Se incluyeron 112 pacientes. Se realizó urocultivo a todos, hemocultivo a 108 (96,4%) y punción lumbar a 61 (54,5%). Ingresaron 102 (91,1%) casos, 61 (59,8%) de ellos con antibiótico. Se identificó un caso de IBI (prevalencia: 0,9%; IC 95%: 0,2-4,9%); niña de 8 días de vida con bacteriemia por *Escherichia coli*. Además, 7 (6,3%, IC 95%: 3,1-12,3%) pacientes presentaron una infección del tracto urinario.

Conclusiones

la prevalencia de una IBI en los neonatos febriles con gripe es muy baja, no identificándose ningún caso de meningitis bacteriana. La confirmación de estos resultados en un estudio multicéntrico, que además permitiera identificar los factores de riesgo, posibilitaría un manejo menos agresivo del subgrupo de pacientes con bajo riesgo.