

Bibliografía enero 2026

Top ten

- [Calendario de vacunaciones e inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2026](#). An Pediatr (Barc). 2026;104:504051

El Calendario de Vacunaciones e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría (AEP) 2026 recomendado para niños, adolescentes y embarazadas residentes en España, presenta las siguientes novedades: Incorporación de vacunación sistemática frente a hepatitis A (HA) con pauta de dosis única a los 12-15 meses. Vacunación universal frente a gripe en niños desde los seis meses y adolescentes hasta 17 años. Se añade a la tabla de inmunizaciones sistemáticas la vacunación de rescate y campañas de recaptación. Se incorpora una nueva tabla con las vacunaciones recomendadas según enfermedad crónica o condición de riesgo.

Se mantienen respecto al calendario 2025, entre otras, la inmunización con nirsevimab en <6 meses, hasta 12 meses en prematuros <35 semanas de gestación y hasta 24 meses en niños con factores de riesgo; la vacunación sistemática frente a los meningococos (MenB en lactantes con inicio a los dos meses, y a los 12 años, más dosis de refuerzo en vacunados en la infancia con 4CMenB; meningococos ACWY (MenACWY) a los 4 y 12 meses, y a los 12 años); adelanto a los 24 meses de las segundas dosis de triple vírica y vacuna frente a varicela, y de la Tdpa a los 10-12 años; y vacunación frente al SARS-CoV-2 para mayores de seis meses con factores de riesgo. Durante el embarazo, están indicadas la vacunación con Tdpa así como frente a gripe y COVID-19. La vacunación frente al virus respiratorio sincitial (VRS) en gestantes está disponible, aunque no financiada, no estando aprobada actualmente como estrategia de Salud Pública.

- [Prevalence of invasive bacterial infection among febrile infants with positive urinalysis results: a planned secondary analysis of the Febrile Infants Diagnostic assessment and Outcome \(FIDO\) prospective observational cohort study](#). Archives of Disease in Childhood 2026;111:16-20.

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de la infección bacteriana invasiva (IBI) en una cohorte del Reino Unido de lactantes febriles de 90 días o menos con resultados positivos en el análisis de orina (PAU).

Diseño: Un análisis secundario planificado de datos del estudio Febrile Infant Diagnostic Assessment and Outcome, un estudio de cohorte observacional multicéntrico prospectivo.

Se realizará en 35 departamentos de urgencias pediátricas y unidades de evaluación en el Reino Unido e Irlanda, entre el 6 de julio de 2022 y el 31 de agosto de 2023.

Pacientes: Lactantes febriles de 90 días de edad o menos que acuden a atención de urgencias.

Principales medidas de resultados Las tasas de IBI, es decir, meningitis bacteriana o bacteriemia, entre los lactantes febriles con resultados de UP se compararon con aquellos con resultados de análisis de orina negativos (NU).

Resultados 1480 de 1821 lactantes se sometieron a pruebas de análisis de orina. 549 lactantes tuvieron resultados de PU y 931 tuvieron resultados de NU. 42/549 (7,7%) y 20/931 (2,2%) lactantes tuvieron IBI en los grupos PU y NU, respectivamente. De los casos de IBI dentro del grupo PU, 5/549 (0,9%) fueron meningitis bacteriana y 39/549 (7,1%) fueron bacteriemia, con dos casos concomitantes. De los casos de IBI en el grupo NU, hubo 4/931 (0,4%) casos de meningitis bacteriana y 18/931 (1,9%) casos de bacteriemia, con dos casos concomitantes. No hubo casos de meningitis bacteriana en lactantes mayores de 60 días de edad o en aquellos con infección del tracto urinario (ITU) confirmada.

Conclusiones: La prevalencia de bacteriemia fue alta (7,1%) entre los lactantes con ~~UPP~~ PU, mientras que la prevalencia de meningitis bacteriana fue baja (0,9%) en los lactantes con ~~UPPPU~~ NU. Estos hallazgos respaldan los datos existentes que indican que los lactantes mayores con sospecha de ITU presentan un bajo riesgo de meningitis bacteriana.

- [Innovation in active and passive immunisation of people who are immunocompromised: a call to action.](#) The Lancet Infectious Diseases, Volume 26, Issue 1, e16 - e29.

La proporción de la población con afecciones que comprometen el sistema inmunitario, que corren un mayor riesgo de sufrir complicaciones por enfermedades infecciosas, sigue aumentando. Al mismo tiempo, están aumentando los brotes debidos a patógenos conocidos y emergentes. Las vacunas son la base de la prevención de infecciones; sin embargo, la atenuación de la respuesta inmunitaria en las personas inmunodeprimidas exige innovaciones en el diseño y las estrategias de administración. La inmunización pasiva, mediante la cual la inmunidad deseada se transfiere directamente a un individuo, aunque sea de forma transitoria, podría ser valiosa para los pacientes que no pueden generar respuestas inmunitarias sólidas con la vacunación o la infección. Sin embargo, las terapias existentes son insuficientes. Los considerables avances técnicos y conceptuales en el campo de la inmunología han creado oportunidades sin precedentes para el desarrollo de nuevas estrategias y terapias para prevenir y tratar las enfermedades infecciosas, y los estudios en personas inmunodeprimidas son un ámbito importante en el que aplicar estos avances. En este artículo de la serie, se examinan las principales necesidades no satisfechas en los ámbitos de la vacunología, el diseño de anticuerpos monoclonales, los criterios de valoración de los estudios, los enfoques de los sistemas de salud y las consideraciones políticas para las personas inmunodeprimidas.

COMENTARIO: Artículo de revisión en el cual, más que profundizar en pautas específicas, se da una visión global de las principales cuestiones a tener en cuenta y los desafíos existentes en cuanto a la inmunización en los pacientes con diferente grado de inmunosupresión, los cuales se presentan de forma cada vez más frecuente en las consultas de pediatría general y de atención primaria. Forma parte de una serie monográfica que se completa con otro artículo (Tackling antimicrobial resistance in people who are immunocompromised: leveraging diagnostic and antimicrobial stewardship. Lancet Infect Dis 2026; 26: e30–48) en el cual se trata el tema de las resistencias a antimicrobianos y en el uso de antibióticos en el paciente inmunosuprimido en el cual, pese a que aborda puntos interesantes sobre el uso prudente de antibióticos en estos pacientes, se focaliza sobre todo en pacientes con alto grado de inmunosupresión (terapias frente al cáncer, neutropenia, etc.) más propios del medio hospitalario.

- **Preseptal and Orbital Cellulitis in Children.** The Pediatric Infectious Disease Journal 45(1):p e6-e9, January 2026.

La inflamación unilateral del párpado es un motivo frecuente de consulta pediátrica. Cuando está causada por una infección, es fundamental distinguir entre celulitis preseptal (o periorbital) y celulitis orbitaria. Ambas entidades pueden presentar síntomas muy similares, por lo que su distinción clínica puede resultar complicada. Sin embargo, es esencial diferenciarlas rápidamente debido a las importantes diferencias que existen en su tratamiento y en sus implicaciones pronósticas.

En esta revisión se profundiza en las diferencias anatómicas, etiopatogénicas y clínicas de la celulitis orbitaria y preseptal. Es más típico el origen en foco cutáneo de la celulitis preseptal y se solapa en el caso del foco otorrinolaringológico. Ello tiene implicaciones en el tratamiento puesto que, en el artículo se postulan diferentes opciones de tratamiento empírico en celulitis preseptal con foco identificable en piel (cefalosporina de primera generación o amoxicilina + clavulánico) y en los que no hay foco cutáneo (cefuroxima o amoxicilina + clavulánico). No se especifican diferencias en la dosis ni la presentación de amoxicilina + clavulánico. En cuanto a la duración, se posibilita acortar hasta los 5 días (de 5 a 10 días) en los casos con buena evolución con tratamiento, y el paso a vía oral a los 3-5 días en celulitis orbitaria para completar 14-21 días (28 si existe complicación). Las pruebas complementarias se contemplan sólo en el caso de celulitis orbitaria o si se sospecha de complicación.

- **How Would Universal Newborn Screening for Congenital Cytomegalovirus Infection Play out?** The Journal of Pediatrics, Volume 288, 114919.

Con base en buena evidencia de los riesgos de resultados adversos para los bebés nacidos con infección congénita por citomegalovirus (CMVc), la ventana de beneficios limitada y comprobada de la terapia antiviral en los resultados y los eventos adversos asociados con la terapia antiviral, el Comité de Enfermedades Infecciosas de la Academia Estadounidense de Pediatría ha elaborado y publicado recomendaciones para el manejo de bebés con infección por CMVc en cuatro entornos.¹ El Comité recomienda valganciclovir oral para bebés con: ¹) manifestaciones clínicas moderadas

o graves de CMVc (la terapia es durante 6 meses); y 2) pérdida auditiva neurosensorial (PANS) pero sin otros síntomas o signos (la terapia es durante 6 semanas). La escasez de datos llevó al Comité a hacer una recomendación permisiva en un tercer entorno, en consulta con un especialista en enfermedades infecciosas, para bebés con ≤ 2 síntomas o signos leves y transitorios (p. ej., petequias, trombocitopenia o niveles elevados de alanina aminotransferasa sérica) y sin PANS (la terapia es durante 6 semanas). El tratamiento en cualquiera de los entornos mencionados debe iniciarse lo antes posible y, a más tardar, a las 13 semanas y 0 días de edad. Finalmente, el Comité recomendó no administrar terapia antiviral en un cuarto entorno, fuera de la investigación, a lactantes con infección por CMVc que no presenten síntomas ni signos y tengan audición normal. Para considerar cualquier régimen de terapia antiviral, se requiere una prueba de PCR positiva para CMV en una muestra, como una gota de sangre seca (GDS), saliva u orina, recolectada antes de los 21 días de edad. Este momento permite diferenciar el CMVc de la infección posnatal, más común.

En este número de *The Journal of Pediatrics*, Kunzweiler et al informan los resultados de un estudio retrospectivo bien planificado y realizado sobre la prevalencia de la infección por cCMV en $>78,000$ bebés nacidos y atendidos en el sureste de Minnesota desde 2010 hasta 2024. Todos los casos se confirmaron mediante la detección de CMV mediante pruebas de PCR en una muestra obtenida antes de los 21 días de edad. El estudio se dividió en tres períodos de tiempo basados en programas regionales para pruebas de cCMV: 1) antes de los programas de detección sistemática, 2010-2017; 2) durante la detección dirigida a la audición, 2018-2022; y 3) después de la implementación de la detección universal de recién nacidos mediante la DBS, 2023-2024. En comparación con el período de tiempo anterior a cualquier estrategia de detección programática, la prevalencia de la infección por cCMV fue aproximadamente 3 veces mayor durante la detección dirigida a la audición y aproximadamente 18 veces mayor bajo la estrategia de detección universal de recién nacidos mediante DBS. Durante el último período, la prevalencia de la infección por CMVc al nacer fue de aproximadamente 37/10.000 nacimientos, una cifra aún inferior al hallazgo típico del 0,5 %. Si bien existen claras diferencias regionales, la metodología de la muestra de sangre seca disponible actualmente solo tiene una sensibilidad de aproximadamente el 75 % para la infección, en comparación con las pruebas más costosas de muestras de saliva u orina.

Aplaudimos la labor del Proyecto de Epidemiología de Rochester por documentar la carga de la infección por CMVc, lo cual será crucial para considerar futuras medidas preventivas, incluidas las vacunas. Pero ¿dónde estamos con el cribado universal, ya que podría beneficiar a cada bebé? Con un cribado universal mediante la prueba de sangre seca (DBS), una DBS aún mejor, o una muestra de saliva u orina, más del 90 % de los bebés con buen aspecto pero infectados no serían elegibles para la terapia antiviral porque su infección no estaría asociada con ningún síntoma o signo, incluida la hipoacusia neurosensorial preexistente. ¿Cómo se desarrollaría esa conversación con los padres? Su bebé nació con CMVc, una infección viral transmitida por la sangre materna a través de la placenta. El CMVc puede afectar la audición y el desarrollo

neurológico. Existe una terapia antiviral beneficiosa que ha demostrado limitar el impacto de la infección en ciertos entornos. Aunque está infectado por CMV, su bebé no presenta síntomas ni signos, tiene audición normal y no es candidato para terapia antiviral. Sin embargo, durante los próximos 4 años, su bebé tiene aproximadamente un 5-7% de probabilidades de desarrollar pérdida auditiva. Se le realizarán nuevas pruebas de audición y, si se detecta pérdida antes de las 13 semanas de edad, se recomendará terapia antiviral. Si la audición se mantiene normal a las 13 semanas de edad, nunca se indicará tratamiento antiviral, incluso si posteriormente se descubre una pérdida auditiva, ya que los datos no sugieren beneficios del tratamiento después de esa edad y la terapia tiene efectos secundarios. Este ya fue un discurso largo que incluso los expertos tendrían que escuchar dos veces. ¿Pensarían y tratarían de manera diferente los padres a la gran mayoría de los bebés infectados cuya infección por CMVc fue simplemente un hallazgo incidental?

Al parecer, ya contamos con un método para identificar eficazmente a los bebés con infección subclínica por CMVc y pérdida auditiva neurosensorial (PASN) durante los primeros meses de vida, que podrían ser elegibles para el tratamiento. Este método consiste en una buena evaluación auditiva en la guardería y repetidas evaluaciones en la consulta del médico de atención primaria. La ventaja de la evaluación universal del CMVc radica en la facilidad de contar con la prueba diagnóstica en una muestra obtenida antes del límite crítico de edad de 21 días. Parece viable centrarse en la evaluación auditiva durante las primeras semanas de vida y en la prueba inmediata del CMV si existen dudas. Los médicos de atención primaria (MAP) deben ser responsables de estar informados sobre la urgencia de ambas. Incluso con un resultado negativo en la evaluación universal, se realizaría la prueba PCR para CMV en orina, con la misma urgencia, si la audición fuera dudosa. Estudios más recientes demuestran beneficios a largo plazo con el inicio del tratamiento para el CMVc hasta las 13 semanas de edad, lo que permite un margen de maniobra después del día 21 para confirmar el estado auditivo y evaluar la aceptación de la terapia por parte de los padres, sus riesgos y el seguimiento necesario. Independientemente del estado de CMV, todos los bebés y niños pequeños deben someterse a pruebas de audición repetidas por parte de médicos de atención primaria, ya que la mayoría de los déficits de SNH ocurren en bebés no infectados por CMV y la intervención es crucial en este momento de la percepción y el desarrollo del lenguaje.

La detección universal del cCMV puede definir la carga de la infección en una población, mientras que la detección carga a los padres con el conocimiento de lo que en la mayoría de los casos no tiene valor práctico ni efectos adversos.

- [Impact of Hearing-Targeted and Universal Newborn Screening on the Observed Birth Prevalence of Congenital Cytomegalovirus Infection](#). The Journal of Pediatrics, Volume 288, 114811.

Este estudio retrospectivo estimó la prevalencia al nacer del citomegalovirus congénito (CMVc) en el sureste de Minnesota, EE. UU. La prevalencia al nacer fue aproximadamente 3 veces y aproximadamente 18 veces mayor después de la

implementación del cribado universal de CMVc en recién nacidos y dirigido a la audición, respectivamente. La mayoría de los bebés que nacen con CMVc no serán identificados en ausencia de programas sistemáticos de cribado neonatal

- [Prognostic Factors of Late-onset Hearing Loss in Infants With Congenital Cytomegalovirus and Normal Audiologic Assessment at Birth](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 45(1):p 1-10, January 2026.

INTRODUCCIÓN

Los niños con citomegalovirus congénito (CMVc) pueden desarrollar pérdida auditiva neurosensorial de aparición tardía (PANAT). En este estudio, nuestro objetivo es evaluar las características y los factores predictivos de la PANAT en bebés con CMVc que tienen una audición normal en la primera evaluación neonatal.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo dentro del Registro Europeo de Niños con CMVc (www.ccmvnet.org). Se incluyeron niños con CMVc y una primera evaluación audiológica normal mediante la respuesta auditiva del tronco encefálico. La pérdida auditiva de aparición tardía (PANAT) se define como la presencia de pérdida auditiva neurosensorial después de una prueba de audición inicial normal. La evaluación auditiva se realizó al nacer, a los 6 meses de edad y, al menos, una vez al año hasta los 6 años de edad.

RESULTADOS

Se incluyeron 721 niños con pruebas auditológicas normales al nacer, y 47/721 (6,5 %) desarrollaron PANAT. La PANAT se diagnosticó entre los 4 y los 65 meses de edad [mediana (RIC) de edad: 34,3 (15,1-48,7) meses]. Los niños con PANAT presentaban una mayor proporción de anomalías en la exploración física al nacer (45,7 % frente a 20,8 %; $p < 0,001$): petequias (17,4 % frente a 6,0 %; $p = 0,008$), esplenomegalia (8,7 % frente a 2,3 %; $P = 0,031$), hepatomegalia (13 % frente a 2,9 %; $P = 0,001$), microcefalia (15,2 % frente a 4,5 %; $P = 0,005$) y tamaño pequeño para la edad gestacional (21,7 % frente a 8,3 %; $P = 0,005$). Los niños con PANAT mostraron un recuento plaquetario más bajo al nacer [177 500,0 (88 750,0-261 250,0)/ μ L frente a 243 500,0 (173 000,0-304 000,0)/ μ L; $P = 0,012$], y una mayor carga viral en sangre al nacer [3,7 log (3,3-4,4) frente a 3,4 log (2,7-3,9) UI/ml; $P = 0,013$] y presentaban una afectación más frecuente de la sustancia blanca (27,7 % frente a 14,7 %; $P = 0,03$) y ventriculomegalia (20,7 % frente a 4,6 %; $P = 0,001$) en la resonancia magnética al nacer. En general, los niños sintomáticos al nacer mostraron un mayor riesgo de desarrollar PANAT que los niños asintomáticos (32/317, 10,1 %, frente a 15/404, 3,7 %; $P < 0,0001$). Entre los niños asintomáticos, solo el 0,3 % desarrolló PANAT grave o profunda en el oído con mejor audición.

En el análisis de regresión logística multivariante, la ventriculomegalia [odds ratio (OR): 7,503 [1,78-27,9]], anomalías de la sustancia blanca [OR: 3,19 [1,010-9,01]] y esplenomegalia [OR: 3,679 [1,56-8,506]] al nacer se asociaron con el desarrollo de PANAT.

CONCLUSIONES

Entre esta amplia cohorte de niños con CMVc y una primera evaluación audiológica normal, el riesgo de PANAT fue del 6,5 %. Los niños asintomáticos desarrollaron PANAT en el 3,7 % de los casos, frente al 10,1 % en los casos sintomáticos. En el análisis de regresión logística multivariante, la ventriculomegalia, la anomalía de la sustancia blanca y la esplenomegalia al nacer se asociaron con PANAT.

COMENTARIOS

Cohorte retrospectiva, pero con un tamaño de muestra importante. Datos interesantes son, entre otros, la proporción baja de pérdida auditiva tardía en aquellos con estudio inicial normal (3.7%) y sólo en el 0.3% de estos se evidenció pérdida auditiva profunda. Los autores tienen en cuenta que la mayoría de casos se diagnosticaron mediante cribado del embarazo, por lo que el hecho del diagnóstico de infecciones en el primer trimestre podría sobredimensionar los porcentajes, dados que estos niños que se contagian en la primera parte del embarazo tienen una mayor proporción de sordera pese a tener un cribado inicial normal. En términos de tratamiento no se vio diferencias entre aquellos que recibieron o no tratamiento con ganciclovir o valganciclovir. No se estudió el posible efecto del tratamiento en la embarazada con valaciclovir, punto susceptible a estudio de cara al futuro. Se enfatiza en la utilidad de tener una resonancia magnética realizada con los niños con CMV congénito, dada la asociación que han evidenciado con la sordera tardía.

- [Invasive *Haemophilus influenzae* infections](#). Archives of Disease in Childhood 2026;111:75.

Cuando el archivista era médico residente (médico residente, como solíamos llamarlos), veía infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* (Hi) con regularidad; epiglotitis, neumonía, meningitis y celulitis preseptal (o periorbitaria, como la llamábamos). La inmunización contra el Hi tipo b (Hib) tuvo un gran impacto y la epidemiología del Hi invasivo cambió drásticamente. Solo los niños no inmunizados, no a, no b (no tipificables) o con respuesta fallida a la vacuna parecían presentarse ocasionalmente. Fue de gran interés leer este artículo de Alaska.

- [Dynamics of endemic virus re-emergence in children in the USA following the COVID-19 pandemic \(2022–23\): a prospective, multicentre, longitudinal, immunoepidemiological surveillance study](#). Lancet Infect Dis 2026; 26: 22–33.

INTRODUCCIÓN

El programa PREMISE (Repositorio de Respuesta a Pandemias mediante Vigilancia Microbiana e Inmunológica y Epidemiología) se creó con el fin de traducir los conocimientos adquiridos a partir de la vigilancia inmuno-epidemiológica mundial en una mejor comprensión de la dinámica a nivel poblacional de las infecciones emergentes y reemergentes, así como en el descubrimiento y desarrollo de contramedidas biomédicas contra posibles amenazas pandémicas. Como prueba de principio de este enfoque, se llevó a cabo un estudio inmuno-epidemiológico

longitudinal en niños de los Estados Unidos, centrado en la dinámica de la infección por el enterovirus D68 (EV-D68), pero que también incluía la vigilancia de una amplia gama de otros patógenos respiratorios endémicos. Casualmente, el muestreo abarcó el levantamiento de las intervenciones no farmacológicas generalizadas contra la COVID-19 en 2022-23, tras un período único en el que la exposición al virus disminuyó notablemente.

MÉTODOS

Este estudio prospectivo, multicéntrico, longitudinal y de vigilancia inmuno-epidemiológica incluyó a niños de 10 años o menos y con un peso mínimo de 8 kg en tres centros universitarios de Estados Unidos. Las muestras de sangre recogidas entre enero y junio de 2022 (visita 1; antes de la temporada de enterovirus) y entre enero y junio de 2023 (visita 3; después de la temporada de enterovirus), se analizaron en un ensayo múltiple para detectar la unión de anticuerpos al EV-D68 (objetivo principal preespecificado) y un panel de otros 15 virus respiratorios (objetivos exploratorios), así como la actividad neutralizante contra el EV-D68, el enterovirus A71 y el virus respiratorio sincitial (VRS; para la validación del ensayo de unión de anticuerpos). Los hisopos respiratorios de los cornetes nasales medios recogidos de niños con enfermedad sintomática que participaron en encuestas de síntomas entre julio y diciembre de 2022 (visita 2; temporada de enterovirus) se sometieron a secuenciación metagenómica para la detección de patógenos. Los datos serológicos del EV-D68 se incorporaron a modelos epidemiológicos basados en datos de casos de la vigilancia nacional para predecir la dinámica de transmisión futura.

RESULTADOS

De los 488 niños elegibles contactados, se inscribieron 174, con una edad media de 3,4 años (IQR 1,9-6,4), a los que se realizó un seguimiento longitudinal desde enero de 2022 hasta junio de 2023. Tres niños se retiraron antes de completar el estudio y 51 se perdieron durante el seguimiento entre las visitas 1 y 3. Se analizaron 90 muestras serológicas emparejadas y 73 hisopos respiratorios. Los títulos medios de unión y neutralización de anticuerpos contra todos los virus analizados aumentaron durante el período de estudio, sobre todo en los niños más pequeños con títulos iniciales más bajos. Las tasas de exposición más altas (seroconversión o aumento de anticuerpos) se observaron con el SARS-CoV-2 (51 [59 %] de 87), el EV-D68 (36 [41 %] de 87), el VRS (36 [41 %] de 87) y la gripe (35 [40 %] de 87), mientras que los patógenos detectados con mayor frecuencia mediante la secuenciación de frotis respiratorios fueron el EV-D68 (clado B3), el rinovirus A y el rinovirus C ($n = 7$ cada uno). La incorporación de los datos serológicos del EV-D68 en los modelos epidemiológicos dio lugar a una reducción del 82 % en el rango de errores de predicción y a una reducción del 33 % en la mediana de los errores de predicción para la dinámica de circulación del EV-D68 a largo plazo, en comparación con los datos nacionales de vigilancia de patógenos por sí solos.

INTERPRETACIÓN

En este estudio, se obtuvieron pruebas inmunológicas de la reaparición de virus endémicos en niños tras el levantamiento de las medidas de prevención y control no

farmacológicas contra la pandemia, lo que reveló altas tasas de exposición a patógenos respiratorios endémicos en un amplio grupo de niños seronegativos, en su mayoría de corta edad. Este estudio demuestra la viabilidad y la utilidad de la vigilancia inmuno-epidemiológica para permitir una modelización más precisa y exacta de la dinámica de circulación de los patógenos con el fin de predecir y prepararse para futuras oleadas de la enfermedad.

COMENTARIO: El interés de dicho estudio, el cual se realizó en un país de características similares al nuestro, radica en la introducción del concepto de vigilancia inmuno-epidemiológica y en su posible aplicación, junto con modelos predictores, en el manejo de brotes ante diferentes patógenos. Además, la interferencia de las medidas de protección no farmacológicas establecidas durante la pandemia, permite también el estudio de entidades re-emergentes. Se objetivó un aumento en el nivel de anticuerpos post-pandemia, lo cual evidenció que existió previo a ello un mayor porcentaje de población susceptible. Además, se enfatiza en que este hecho fue mayor a menor edad (menos de 4 años) por lo que es en estos subgrupos en los cuales dicha herramienta puede tener una mayor efectividad. Teniendo en cuenta de que hay otros factores inmunitarios a parte del componente humorar, estos modelos pueden servir para entender la dinámica circulatoria de diferentes microorganismos y el efecto de las nuevas medidas preventivas (ya sean vacunas o anticuerpos monoclonales) sobre la misma desde el punto de vista inmunológico.

- **Vacunación contra el virus del papiloma humano para la prevención del cáncer de cuello del útero y otras enfermedades relacionadas con el virus: un metanálisis en red** Versión publicada: 24 noviembre 2025 .
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD015364.pub2>. Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, Issue 11. Art. No.: CD015364.

Objetivos

Evaluar la seguridad y la eficacia de las vacunas contra el VPH, en mujeres y hombres, para prevenir el cáncer cervicouterino y otras enfermedades relacionadas con el VPH, en un metanálisis estándar (por pares) y en red (MAR) de ensayos controlados aleatorizados.

Encontramos 60 estudios con 157 414 personas. En el estudio más grande participaron 34,412 personas y en el más pequeño, 11. Se les hizo un seguimiento que fue desde los 4 días hasta los 11 años. Los estudios se realizaron por todo el mundo. La mayoría duró 12 meses. Las compañías farmacéuticas financiaron 44 de los estudios.

Resultados principales

- Los estudios no fueron lo suficientemente largos para poder informar directamente sobre la prevención del cáncer y se centraron en los desenlaces a más corto plazo.
- En mujeres y niñas de 15 a 25 años, Cervarix y Gardasil redujeron todos los casos de lesión precancerosa cervical de grado alto (NIC 2+) a corto plazo. En las mujeres mayores de 25 años, hubo poca o ninguna diferencia.
- En las personas de 15 a 25 años de edad, hubo poca o ninguna diferencia en la lesión precancerosa anal o de pene de grado alto a corto plazo. Las vacunas Gardasil y

Gardasil-9 redujeron la lesión precancerosa vaginal o vulvar de grado alto en este grupo de personas.

- La vacunación contra el VPH redujo el riesgo de verrugas anogenitales y el número de personas de 15 a 25 años de edad que necesitaron tratamiento por posible cáncer relacionado con el VPH en estadio inicial.

- Después de todas las vacunas contra el VPH fue frecuente que se produjera cierto dolor e inflamación, pero no hubo efectos perjudiciales graves. No sabemos si hay diferencias en los riesgos entre las diferentes vacunas.

¿Cuáles son las limitaciones de la evidencia?

Tuvimos algunas dudas con respecto a cómo se ejecutaron algunos estudios, lo que podría afectar algunos resultados. Tenemos una confianza moderada en la evidencia acerca de los efectos perjudiciales graves, el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el VPH, la lesión precancerosa cervical, vaginal y vulvar y las verrugas anogenitales. Tenemos menos confianza en la evidencia sobre el cáncer y la lesión precancerosa de ano y pene porque hubo pocos casos, los estudios fueron demasiado cortos para medir el cáncer y las personas de los estudios fueron mayores que las personas que reciben las vacunas.

Muchos estudios fueron financiados por la industria, pero no se encontraron diferencias al compararlos con estudios financiados de forma independiente.

¿Cuál es el grado de actualización de esta evidencia?

La evidencia está actualizada hasta el 18 de septiembre de 2024.

Conclusiones de los autores

Las pruebas presentadas en este metaanálisis en red sobre las vacunas contra el VPH se basan en búsquedas y análisis exhaustivos. Existen pruebas procedentes de ensayos controlados aleatorizados que indican que la vacunación contra el VPH reduce el riesgo de lesiones precancerosas, como la CIN2+ y las verrugas anogenitales. No se disponía de datos sobre el cáncer de cuello uterino u otros tipos de cáncer, ni de datos sobre lesiones precancerosas en el caso de la vacunación en menores de 15 años. No se observaron problemas de seguridad en los estudios.

- [Efectos de los programas de vacunación contra el virus del papiloma humano sobre las tasas de enfermedades relacionadas con el virus y los efectos perjudiciales de la vacunación](#) Versión publicada: 24 noviembre 2025. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015363.pub2>. Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, Issue 11. Art. No.: CD015363.

Quisimos obtener más información sobre las preguntas acerca de los desenlaces poco frecuentes y a largo plazo que no se pueden responder con ensayos controlados aleatorizados (estudios en los que las personas se asignan al azar a 2 o más grupos de tratamiento):

- ¿Cuáles son los efectos de la introducción de la vacunación contra el VPH sobre las tasas de cáncer de cuello del útero, vaginal, vulvar, anal y de pene y los estadios precancerosos de la enfermedad durante el desarrollo del cáncer?
- ¿Cuáles son los efectos de la introducción de la vacunación contra el VPH sobre el número de personas que presentan verrugas anogenitales y el número de personas que reciben tratamiento para la enfermedad relacionada con el VPH?

- También quisimos averiguar si las vacunas contra el VPH se asociaban con algún efecto perjudicial, especialmente los que se debaten con mayor frecuencia en las redes sociales

Encontramos 225 estudios aptos de alrededor del mundo que informaron sobre los efectos beneficiosos y perjudiciales de la vacunación contra el VPH, e incluyeron a más de 132 000 000 de personas.

- Es probable que la vacunación contra el VPH reduzca la incidencia de cáncer de cuello del útero en alrededor del 80% de las personas vacunadas a los 16 años o antes. La reducción es menor para las personas vacunadas más tarde.

- Es probable que la vacunación contra el VPH reduzca la incidencia de lesiones precancerosas cervicales de grado alto (CIN 3+, CIN 3, CIN 2+ y CIN 2), así como las verrugas anogenitales. De nuevo, las reducciones son mayores en quienes recibieron la vacuna del VPH antes de los 16 años o a esa edad.

Hubo evidencia de certeza más baja del efecto de la vacunación contra el VPH sobre enfermedades raras que tardan mucho más en aparecer, como el adenocarcinoma in situ, otras lesiones precancerosas y otros cánceres relacionados con el VPH (p. ej., cáncer vaginal, vulvar, anal y de pene). Identificamos menos estudios sobre estos desenlaces.

Para la mayoría de los episodios adversos específicos que consideramos, incluido el síndrome de taquicardia ortostática postural, el síndrome de fatiga crónica/encefalomieltitis miálgica, la parálisis, el síndrome de dolor regional complejo, el síndrome de Guillain-Barré y la infertilidad, hubo evidencia de certeza moderada de que la vacunación contra el VPH probablemente no aumente el riesgo de desarrollarlos. La vacunación contra el VPH tampoco aumentó la actividad sexual.

La vacunación contra el VPH también parece reducir las tasas de tratamiento asociadas con la enfermedad por VPH, aumenta la asistencia a programas de cribado cervical y reduce las infecciones por VPH.

La evidencia está actualizada hasta septiembre de 2024.

Conclusiones de los autores

Actualmente se dispone de datos sobre los resultados a largo plazo procedentes de diferentes países y de diferentes diseños de estudio que informan de manera sistemática de una reducción en el desarrollo de CIN de alto grado y cáncer de cuello uterino en mujeres vacunadas contra el VPH en la adolescencia temprana. Los datos muestran que es más beneficioso vacunar a las adolescentes más jóvenes antes de que comiencen a tener relaciones sexuales. Hay pruebas de que la vacunación contra el VPH no aumenta el riesgo de los efectos adversos más comunes que se describen en las redes sociales.

- [Long-term Impact of Invasive Meningococcal Disease in Australian Adolescents and Young Adults.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(1):p 17-23, January 2026.

INTRODUCCIÓN

Existen pocos datos sobre el impacto a largo plazo de la enfermedad meningocócica invasiva (EMI) contraída durante la adolescencia y la edad adulta temprana. El objetivo

de este estudio fue determinar los resultados a largo plazo en cuanto a los resultados neurocognitivos, psicológicos y de calidad de vida en adolescentes y adultos jóvenes.

MÉTODOS

Se reclutó a supervivientes de EMI de entre 15 y 25 años (2-10 años después de la hospitalización por EMI) y a participantes de control de la misma edad sin EMI en todos los estados de Australia continental (2016-2023) y se les realizaron evaluaciones neurocognitivas, psicológicas, de calidad de vida y físicas.

RESULTADOS

En el estudio se inscribieron un total de 41 casos de EMI (93 % del serogrupo B y 73 % mujeres) y 51 participantes de control (57 % mujeres). No hubo diferencias clínicamente significativas en el coeficiente intelectual total entre los casos de EMI (106, DE 11) y los participantes del grupo de control [109, DE 14, diferencia ajustada -4, (intervalo de confianza del 95 %, -10 a 3), $p = 0,2$]. Las puntuaciones medias de calidad de vida de los casos de EMI (0,80, DE 0,21) y los participantes del grupo de control (0,90, DE 0,09) fueron similares [diferencia ajustada -0,06, (intervalo de confianza del 95 %, -0,13 a 0,02), $p = 0,2$]. El razonamiento matemático fue peor en los casos que en los controles ($P = 0,02$). Los casos de EMI tenían tasas significativamente más altas de síntomas psicológicos que los controles (58 % frente a 31 %, $p = 0,01$), incluidos los síntomas de trastorno por estrés postraumático (10 % frente a 0 %, $p = 0,03$) y la dependencia del alcohol (18 % frente a 2 %, $p = 0,04$). El 15 % de los supervivientes de EMI presentaban secuelas físicas evaluadas por un médico (el 50 % de ellas graves).

CONCLUSIONES

Aunque los resultados a largo plazo de los adolescentes y adultos jóvenes supervivientes de una EMI no muestran un impacto significativo en el funcionamiento intelectual o la calidad de vida general, estos experimentaron secuelas psicológicas y físicas importantes. El impacto en la salud mental subraya la necesidad de un seguimiento psicológico y una atención integral tras el alta para los supervivientes de una EMI, además de la atención de las secuelas físicas

COMENTARIO

Los resultados de este estudio refuerzan la importancia en la vacunación anti-meningocócica en la adolescencia. Concretar el detalle que la meningitis ocurrió en el 54% de los pacientes y el resto tuvo únicamente sepsis. El meningococo B es, por una gran, el más frecuentemente implicado, lo cual concuerda con la epidemiología de nuestro medio. Es por ello que se debe hacer énfasis en la vacunación contra dicho serogrupo, actualmente recomendada a partir de los 12 años en pauta de 2 dosis y con dosis de refuerzo en los previamente vacunados. Además de la repercusión psicológica a largo plazo (más de 2 años tras la infección) se vieron alteradas ciertas capacidades educativas dado también el período de la vida en el cual se produce la alteración.

- [Rapid, point-of-care antigen tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection.](#)

Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, Issue 11. Art. No.: CD013705.

Objetivos: evaluar la exactitud diagnóstica de las pruebas rápidas de antígeno en el lugar de la atención (PRAg) para el diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2 en grupos de población asintomática

La evidencia para la prueba de antígenos en cohortes asintomáticas ha aumentado considerablemente desde la publicación de la actualización anterior de esta revisión. Las sensibilidades medias siguen siendo inferiores en personas asintomáticas en comparación con personas sintomáticas; sin embargo, hay una indicación de que las sensibilidades podrían ser mayores cuando se sospecha la exposición epidemiológica al SARS-CoV-2 en comparación con hacerle la prueba a cualquier persona asintomática sin importar la indicación. Las sensibilidades fueron particularmente bajas cuando se utilizaron pruebas de antígenos en contextos de cribado. La sensibilidad de las pruebas también varía según el fabricante, lo que apunta a la necesidad de una validación clínica apropiada de una prueba de antígeno concreta en un contexto determinado de uso previsto antes de hacer un uso más generalizado.

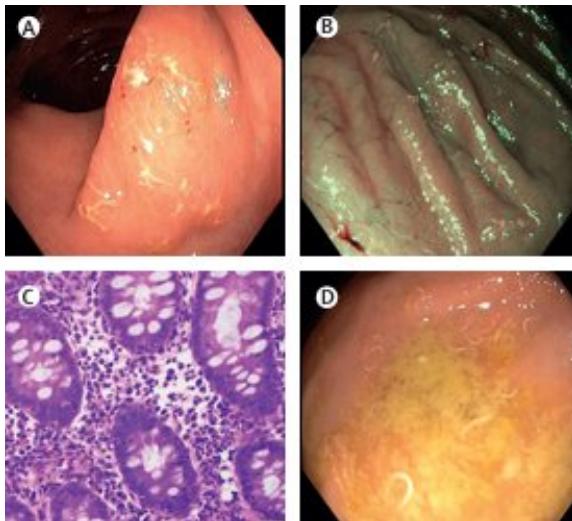
Es necesario seguir investigando para evaluar la efectividad de los programas de cribado a la hora de reducir la transmisión de la infección, tanto si se trata de un cribado masivo o una estrategia selectiva que incluya las escuelas, el ámbito sanitario y el cribado de viajeros.

CASOS CLÍNICOS

- [Unexpected finding in a 17-year-old female undergoing screening colonoscopy](#). Lancet Infect Dis 2025; 26: e75–76.

Mujer de 17 años, asintomática, que se somete a una colonoscopia dados antecedentes familiares de síndrome de poliposis serrada sésil y enfermedad de Crohn. En el procedimiento se evidencian lesiones inflamatorias parcheadas en la mucosa, con datos histopatológicos de colitis aguda leve. Se le repitió la colonoscopia 2 meses después en la que se observaron múltiples gusanos pequeños alargados compatibles con *Enterobius vermicularis* (oxiuros). Se realizó tratamiento con mebendazol (2 tomas separadas por 2 semanas) con desaparición de los parásitos y las lesiones histológicas en la colonoscopia de control.

COMENTARIOS: Se expone el caso de una paciente joven con un cuadro que vemos frecuentemente en pediatría, pero con una forma de presentación inusual. Se hace



hincapié en la necesidad del tratamiento de los convivientes, dado que la infección puede ocurrir de forma asintomática como en el caso de esta paciente.

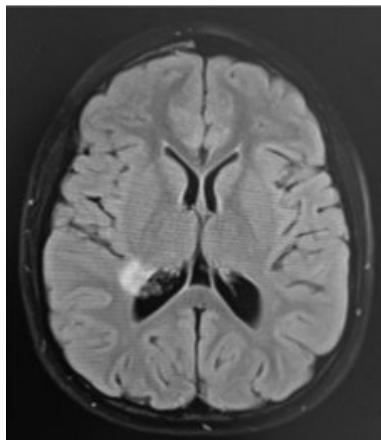
- [An 11-Year-old Boy With a Headache.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(1):p 96-98, January 2026.

PRESENTACIÓN DEL CASO: Paciente de 11 años con cefalea frontal y orbitaria derecha de 4 días, que le despertaba en la noche y asociaba fiebre en las últimas 36 horas.

ALTERACIONES EXPLORATORIAS INICIALES: Tendencia a la desviación cefálica hacia el lado derecho y rotación externa intermitente de la extremidad inferior derecha al caminar. Rigidez y dolor cervical con signos meníngeos positivos. Clonus aquíleo izquierdo.

ALTERACIONES INICIALES EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TAC craneal con datos de pansinusitis derecha. Punción lumbar con pleocitosis (8318 células con 71% granulocitos) hiperproteinorraquia e hipoglucorraquia).

EVOLUCIÓN Y NUEVOS HALLAZGOS: No mejoró tras 48 horas de tratamiento antibiótico intravenoso y corticoides. En resonancia magnética se evidenció cerebritis periventricular (lesión precursora de absceso cerebral) derecha. Se amplió el espectro antibiótico con cobertura de anaerobios. Se drenó quirúrgicamente material purulento de senos en el que se aisló *Streptococcus intermedius*. En prueba de imagen de control se objetivó mejoría de cerebritis pero aparición de signos de ventriculitis derecha. Se precisó terapia intratecal con dispositivo Ommaya con resolución clínica, citobioquímica y microbología. Se completaron 6 semanas de tratamiento en total.



- [An Instructive Case of Intussusception Secondary to Rotavirus Infection Presenting with Encephalopathy.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(1):p e27-e28, January 2026.

Se presenta el caso de un lactante con disminución del nivel de conciencia de 5 horas en contexto de diarrea. Presentaba Glasgow de 10 sin otras alteraciones iniciales a la exploración. Se realizaron una analítica que fue normal y un TAC cerebral que no demostró alteraciones. En observación se objetivó fluctuación en nivel de conciencia y comenzó con vómitos. Se realizó ecografía abdominal que evidenció invaginación intestinal de 3 cm en cuadrante superior derecho. Se realizó test de antígeno de rotavirus que fue positivo. Se ingresó en hospital y la evolución fue favorable con manejo conservador, dado de alta a las 48 horas.

Se detalla que, a pesar de que los síntomas digestivos (vómitos, dolor abdominal) suelen ser los más frecuentes, la invaginación intestinal se puede presentar con clínica neurológica que simula una encefalopatía. Las hipótesis sobre la etiopatogenia incluyen la liberación de toxinas secundaria a la isquemia intestinal, la secreción endógena de opioides por el dolor intenso y la alteración hidroelectrolítica concomitante.

- [Fever of Unknown Origin and Mesenteric Lymphadenitis in a Child: A Diagnostic Challenge Between Tuberculosis, Lymphoma, and Kikuchi-Fujimoto Disease.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(1):p e32-e33, January 2026.

Adolescente mujer de 13 años con fiebre de 2 semanas, diarrea leve y analítica con VSG 50 mm/h, PCR 11 mg/l, hemoglobina 10.6 mg/dl y leucopenia de 2870/mm3. En ecografía abdominal y TAC se puso de manifiesto linfadenitis mesentérica en cuadrante inferior derecho. El estudio microbiológico en sangre y la punción de médula ósea fueron negativas para infecciones y procesos malignos. Se realizó intervención para biopsia ganglionar mesentérica que reveló áreas de necróticas rodeadas por histiocitos en la anatomía patológica, congruente con Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. La paciente se recuperó de la fiebre sin tratamiento y se mantuvo asintomática durante el seguimiento.

La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto es una entidad benigna y autolimitada que se debe tener en cuenta en un paciente con fiebre de origen desconocido, sobre todo si asocia linfadenopatía. El diagnóstico se apoya en el estudio histopatológico. Es importante el seguimiento del paciente a lo largo del tiempo para descartar el desarrollo o la asociación de otras entidades, sobre todo de carácter autoinmune.

- [Severe Aplastic Anemia Following Epstein-Barr Virus Reactivation in a Previously Healthy Adolescent.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(1):p e33-e35, January 2026.

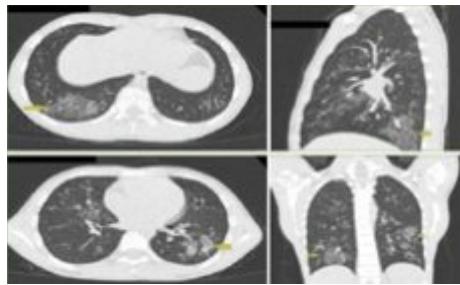
Paciente mujer de 12 años con clínica de astenia progresiva de 2 semanas con fiebre intermitente, lesiones purpúricas en miembros inferiores de una semana y sangrado gingival. Analítica con pancitopenia y marcadores de hemólisis. Punción de médula ósea sin datos de malignidad. Se estudió la posible infección por Virus de Epstein-Barr (VEB) por clínica de faringoamigdalitis que reveló IgM positiva con IgG y anti-EBNA positivos (reactivación de VEB). Se precisó de trasplante de progenitores hematopoyéticos.

Se realiza una revisión sobre la aplasia asociada a VEB, de los cuales la mitad de los casos se asocian a una reactivación y puede presentarse en pacientes inmunocompetentes. La mortalidad es elevada (45%) y mayor en los asociados a reactivación. En el 10% de casos fue necesario el trasplante de progenitores hematopoyéticos. Se hace énfasis en el estudio de la infección por VEB en pacientes con aplasia medular adquirida y el descarte de otras causas malignas o inmunológicas.

- [Mycoplasma pneumoniae Infection Mimicking Pediatric Tuberculosis: A Case Report.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(1):p e35-e36, January 2026.

Caso de un paciente con fiebre de 2 semanas, tos y clínica constitucional, con antecedente familiar de tuberculosis en un abuelo 19 años antes. En radiografía de tórax se vio ocupación perihiliar con aumento de la densidad broncovascular. Se completó estudio con TAC pulmonar que demostró consolidación basal bilateral e infiltrados nodulares miliares, sugestivos de tuberculosis pulmonar activa. No obstante, el estudio de tuberculosis (Mantoux, PCR en jugo gástrico) fue negativo. Se detectó *Mycoplasma pneumoniae* por PCR por lo que se administró azitromicina en pauta de 5 días con resolución de la clínica.

Se resalta que, ante hallazgos sugestivos de tuberculosis por síntomas y pruebas de imagen, pero con estudio microbiológico negativo para la misma, se deben investigar otras causas. Es importante tener en cuenta que la PCR para *Mycoplasma pneumoniae*, al igual que la serología, aunque apoya el diagnóstico, no diferencia la infección de la colonización por dicho microorganismo.



- [**Spotting Dengue**](#). The Journal of Pediatrics, Volume 288, 114864.

Un niño de 13 años previamente sano ingresó en nuestro hospital después de su segunda visita al servicio de urgencias en 5 días. Presentó fiebre de 41.6 °C, dolor de cabeza, dolor abdominal, vómitos, diarrea, sarpullido y dolor e inflamación testicular en el lado izquierdo. Había regresado a Estados Unidos casi 2 semanas antes, después de haber pasado 4 semanas en el sur de la India

Su examen inicial fue notable por sequedad de mucosas, retraso en el llenado capilar, edema leve en la parte inferior de las piernas, un escroto simétricamente hinchado y doloroso, y una erupción eritematosa, macular y confluente en ambos brazos ([Figura 1](#)) y piernas ([Figura 2](#)), con pequeñas áreas bien delimitadas de piel normal. Las pruebas de torniquete en los brazos derecho ([Figura 3](#)) e izquierdo ([Figura 4](#)) dieron positivo, con innumerables petequias. No se observó sangrado gingival ni de otras mucosas.



Figura 1 Erupción eritematosa, macular y confluente, salpicada de pequeñas áreas bien delimitadas de piel normal en la parte superior del brazo izquierdo



Figura 2 Erupción eritematosa, macular y confluente, salpicada de pequeñas áreas bien delimitadas de piel normal en la parte inferior de las piernas de ambos lados.



Figura 3 Innumerables petequias nuevas en la fosa antecubital derecha después de inflar un manguito de presión arterial hasta la mitad entre la presión diastólica y sistólica durante 5 minutos, lo que indica una prueba de torniquete positiva.



Figura 4 Innumerables petequias nuevas en la fosa antecubital izquierda después de inflar un manguito de presión arterial hasta la mitad entre la presión diastólica y sistólica durante 5 minutos, lo que indica una prueba de torniquete positiva.

Sus análisis de laboratorio fueron notables: leucopenia ($1,2 \text{ k/mm}^3$), trombocitopenia (74 k/mm^3), un aumento intermitente del hematocrito (44,6 %, frente al 36,0 % de unos días antes) y transaminasas elevadas, con aspartato aminotransferasa sérica de 815 UI/L y alanina transaminasa de 851 UI/L. Se realizaron hemocultivos y pruebas de malaria, que finalmente resultaron negativos. Una muestra de heces resultó positiva para *E. coli* enterotoxigénica mediante PCR multiplex.

Con base en su edema, erupción cutánea, historial de viajes y hallazgos iniciales de laboratorio, se le diagnosticó clínicamente fiebre del dengue con signos de alarma,¹ que posteriormente se confirmó con una PCR positiva del virus del dengue tipo 3 de su plasma. Los estudios de anticuerpos del virus del dengue también fueron consistentes con una infección aguda, con una IgG de 0,86 (referencia $\leq 0,79$) y una IgM de 19,34 (referencia $\leq 1,65$) (Quest Diagnostics). Se proporcionó atención de apoyo con líquidos de mantenimiento intravenosos más hidratación oral agresiva.² Las pruebas de laboratorio diarias mostraron normalización progresiva de sus recuentos sanguíneos, disminución del dolor abdominal, mejoría del apetito y resolución constante de su edema. Fue dado de alta después de 4 días cuando había progresado más allá de la fase crítica cuando el shock y la hemorragia son más probables.

El dengue es una infección con altas tasas de morbilidad y mortalidad, causada por 1 de 4 arbovirus (DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4) y transmitida por mosquitos *Aedes*.¹ Debido al cambio climático, la migración global y las interrupciones generalizadas en los sistemas de salud, los recuentos de casos están aumentando rápidamente y el rango geográfico de la infección se está extendiendo.^{3,4} Recientemente se han desarrollado vacunas relativamente efectivas y seguras, pero aún no están ampliamente disponibles para viajeros como nuestro paciente.⁵ Debido a la mejora dependiente de anticuerpos, generalmente se ha considerado que es más probable que una segunda infección con un serotipo diferente

sea grave,⁶ aunque esa comprensión recientemente se ha cuestionado⁷ y se debe asumir que todos los pacientes con dengue corren el riesgo de sufrir una enfermedad grave.

El espectro de la infección por dengue abarca desde una enfermedad febril leve hasta un shock hemorrágico potencialmente mortal. La fuga capilar profunda es el sello distintivo de una infección grave. La clasificación de la Organización Mundial de la Salud define tres fases de la enfermedad: febril, crítica y de recuperación.⁸ La fase febril se caracteriza por fiebre alta repentina ($\geq 38,5^{\circ}\text{C}$) acompañada de vómitos, cefalea, artralgia, mialgia, dolor ocular, exantema macular o petequial, síntomas gastrointestinales y/o manifestaciones hemorrágicas en algunos casos.

Como se observó en nuestro paciente, el exantema es típicamente eritematoso, confluente, no blanquea y a menudo salpicado de manchas de piel normal, a veces descritas como “islas blancas en un mar rojo”. Una prueba de torniquete positiva, con diez o más petequias nuevas en un área de $2,5\text{ cm}^2$ después de inflar un manguito de presión arterial hasta el punto medio entre la presión arterial sistólica y diastólica durante 5 minutos, es específica para el dengue.⁹ Sin embargo, esta prueba no es muy sensible y depende del operador, pero vale la pena realizarla en casos sospechosos dado el tiempo de respuesta relativamente largo para las pruebas específicas para el dengue.

La leucopenia, la trombocitopenia, la hemoconcentración y la elevación de las transaminasas son comunes. Algunos pacientes progresarán a una fase crítica, en la que la fiebre remite, pero la fuga vascular empeora. Esto puede manifestarse con un empeoramiento de los vómitos y el dolor abdominal, hepatomegalia, derrames pleurales, ascitis y edema periférico. Las manifestaciones inusuales incluyen edema escrotal y orquitis.¹⁰ Un pequeño número de pacientes presenta hemorragia, shock, insuficiencia orgánica y fallecimiento.² La reanimación intensiva con líquidos, abordando la sobrecarga de líquidos extravasculares, especialmente en los pulmones, y el manejo de las complicaciones hemorrágicas, incluyendo evitar los antiinflamatorios no esteroideos, siguen siendo la base del tratamiento.⁸ Durante la fase de recuperación, los síntomas clínicos y las anomalías de laboratorio se resuelven gradualmente a medida que el paciente elimina el virus. Desafortunadamente, los pacientes pueden presentar fatiga persistente durante semanas después de la recuperación y mantener un mayor riesgo de enfermedad posterior y mortalidad.¹¹

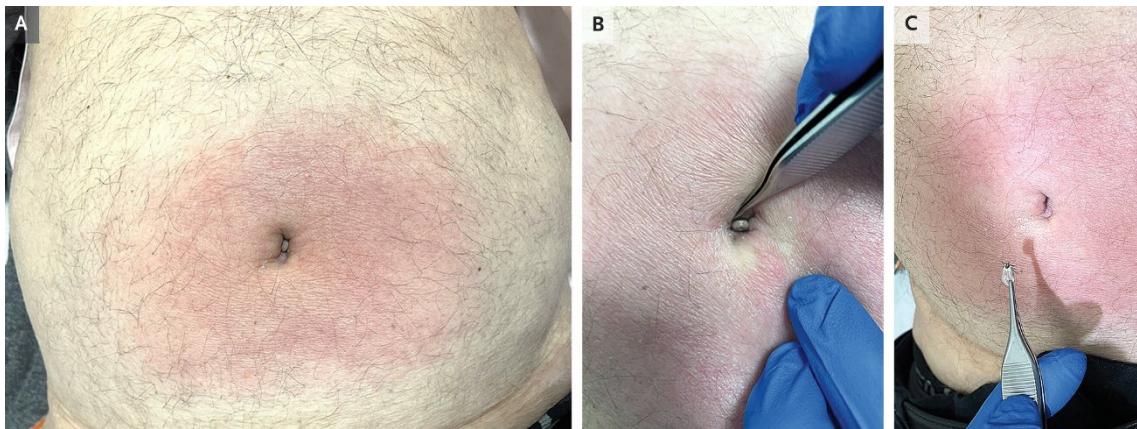
- [Images in paediatrics: Crusted scabies in an adolescent with atopic dermatitis](#) Archives of Disease in Childhood 2026;111:90.

Un niño de 12 años con dermatitis atópica, tratado con glucocorticoides tópicos e inhibidores de la calcineurina, presentó lesiones cutáneas generalizadas y prurito nocturno durante los 6 meses previos. La exploración física reveló placas eritematosas infiltradas cubiertas por gruesas costras de color gris-marrón, ligeramente amarillentas.

Se observó secreción conjuntival purulenta bilateral, edema asociado en los párpados superior e inferior, pérdida de pelo en el cuero cabelludo, las cejas y las pestañas

(figura 1) y placas ungueales distróficas de color marrón amarillento. La dermatoscopia mostró surcos en los espacios interdigitales y...

- [Eritema migratorio periumbilical](#). N Engl J Med 2026 ; 394 : e3.



Un hombre de 80 años se presentó al departamento de urgencias de dermatología en agosto con un historial de 4 días de erupción en el abdomen. Cinco días antes de la aparición de la erupción, el paciente había estado trabajando en su jardín. El enrojecimiento de la piel se había desarrollado primero alrededor de su ombligo y luego se había extendido gradualmente hacia afuera. No tenía fiebre, escalofríos, fatiga ni mialgias asociadas. El examen físico fue notable por eritema periumbilical y una pequeña protuberancia gris en el ombligo (Panel A). Con el uso de fórceps quirúrgicos, la protuberancia se sujetó firmemente en su sitio de inserción en la base del ombligo y se extrajo, revelando una garrapata hembra adulta hinchada (Paneles B y C) que se identificó como *Ixodes ricinus*. Se realizó un diagnóstico de eritema migratorio, una manifestación cutánea de la enfermedad de Lyme temprana. El eritema migratorio no siempre se manifiesta con aclaramiento central o síntomas sistémicos. El diagnóstico de eritema migratorio se realiza clínicamente, ya que las personas infectadas suelen ser seronegativas en las primeras etapas de la enfermedad de Lyme. Se administró tratamiento con doxiciclina. Tras 10 días, el exantema del paciente se había resuelto.

Comentario GPI: Se incluye este caso, en un paciente fuera de rango de edad pediátrica por el interés que tiene la foto de clínica y vector.

Para ampliar

- [Trends in Antibiotic Resistance in Community-acquired Urinary Tract Infections Among Children: Nationwide Survey](#) The Pediatric Infectious Disease Journal. 45(1):42-46.

La infección del tracto urinario (ITU) es una de las infecciones bacterianas más comunes en niños. El tratamiento antibiótico temprano puede prevenir complicaciones. El tratamiento empírico requiere un conocimiento actualizado de la epidemiología local. Este estudio busca describir las tendencias en las tasas de resistencia en las ITU adquiridas en la comunidad entre 2017 y 2023, evaluar la validez de las recomendaciones actuales para el tratamiento empírico e identificar los factores de riesgo de resistencia.

Métodos:

Los datos se recopilaron retrospectivamente del sistema computarizado de Maccabi Health Services para todos los niños menores de 18 años diagnosticados con una infección urinaria en 2017, 2022 y 2023. Los datos se evaluaron utilizando pruebas de chi-cuadrado y modelos de regresión para identificar tendencias de resistencia y factores de riesgo asociados.

Resultados:

Se incluyeron en el estudio un total de 24.592 muestras urinarias. *Escherichia coli* fue el patógeno aislado con mayor frecuencia (76%–78%), con mayor prevalencia en mujeres que en hombres (78,3% frente a 59,3%, $P < 0,001$). La sensibilidad a las cefalosporinas de primera generación mejoró significativamente (73% en 2017 a 82% en 2022, $P < 0,001$), mientras que las cefalosporinas de segunda y tercera generación mostraron fluctuaciones menores. La resistencia a las fluoroquinolonas aumentó notablemente, del 7% al 20% ($P < 0,001$). El sexo femenino, la edad avanzada, el uso previo de antibióticos y las anomalías del tracto urinario fueron factores de riesgo significativos para la resistencia.

Conclusiones:

El aumento de la tasa de resistencia observado para la mayoría de los patógenos y antibióticos fue estadísticamente significativo. Sin embargo, debido a pequeños cambios absolutos, las recomendaciones para el tratamiento antibiótico empírico en Israel siguen siendo válidas. Las fluoroquinolonas, que no se recomiendan como tratamiento empírico, deben evitarse debido a los altos niveles de resistencia.

- **[New Test, Old Dilemma: Distinguishing Viral From Bacterial Infections](#)** . *Pediatrics* (2026) 157 (1): e2025073159. <https://doi.org/10.1542/peds.2025-073159>.

Este artículo se centra en el desafío constante de los pediatras ante niños con cuadros febriles. Existe una tensión entre evitar el uso innecesario de antibióticos (para prevenir resistencias y efectos secundarios) y la necesidad de no pasar por alto infecciones bacterianas graves como la meningitis o la bacteriemia.

El artículo comenta un estudio de Kalmovich et al. sobre el uso de la prueba MeMed BV en centros de urgencias. Esta prueba es un inmunoensayo rápido que mide tres proteínas del huésped (la respuesta del cuerpo) en lugar de buscar el patógeno directamente:

- TRAIL: (Tumor necrosis factor–related apoptosis-inducing ligand), una proteína inducida por virus.
- IP-10: (Interferon-gamma inducible protein of 10 kDa).
- PCR: (Proteína C reactiva), que suele elevarse en infecciones bacterianas.

La prueba integra los niveles de estas tres proteínas en una puntuación de 0 a 100, sugiriendo que puntuaciones bajas son indicativas de infección viral a diferencia de las altas.

Se concluye que aunque esta tecnología es prometedora por su rapidez y capacidad de ayudar en la toma de decisiones en urgencias, no sustituye el juicio clínico. El comentario subraya la importancia de integrar estas herramientas en protocolos que ayuden a reducir la prescripción innecesaria de antibióticos sin comprometer la seguridad del paciente. Se destaca como la ciencia avanza hacia el uso de biomarcadores de respuesta del huésped para ofrecer diagnósticos más precisos y rápidos en comparación con los métodos tradicionales.

- [Use of a Host-Protein Test for Pediatric Acute Infections at Urgent Care Centers](#). *Pediatrics* (2026) 157 (1): e2024069961.
<https://doi.org/10.1542/peds.2024-069961>.

Objetivo del estudio

En este artículo se evalúa cómo la prueba MMBV ayuda a los médicos a tomar dos decisiones (la derivación al servicio de urgencias hospitalario y si se debe recetar antibióticos a los pacientes que son dados de alta a domicilio) en caso de dudas diagnósticas en sospecha de infección.

Se analiza la prueba MMBV que mide tres proteínas del huésped (TRAIL, IP-10 y PCR) para dar una puntuación de 0 a 100, siendo de 0-35 probable infección viral o no bacteriana y 65-100 probable infección bacteriana o coinfección.

Se analizó el uso de la prueba en 2171 pacientes pediátricos. Los médicos completaron cuestionarios antes y después de conocer el resultado de la prueba. El resultado de la prueba ayudó a evitar el envío al hospital en el 26% de los casos (donde inicialmente el médico pensaba derivar al niño). Fomentó la derivación en un 3.9% de los casos donde había dudas y no hubo aumento en las tasas de hospitalización posterior en aquellos casos donde la prueba ayudó a evitar la derivación, lo que sugiere que es una decisión segura. En relación al uso de antibióticos, en el 82% de los casos, los médicos informaron que el resultado de la prueba cambió o apoyó su decisión de prescribir. Cuando el médico tenía dudas antes de la prueba, el 80.6% de los casos con resultado “bacteriano” recibieron antibióticos, mientras que solo el 15.9% de los casos “virales” los recibieron. Cuando el médico inicialmente pensaba recetar antibióticos pero la prueba dio “viral”, se logró evitar el tratamiento en el 61.7% de esos pacientes sin que esto afectara negativamente su evolución posterior.

El estudio concluye que la prueba MMBV es una herramienta eficaz en los centros de urgencias pediátricas. Ayuda a los médicos a tomar decisiones más seguras y precisas, reduciendo significativamente el uso innecesario de antibióticos y evitando derivaciones hospitalarias evitables, todo esto sin comprometer la seguridad del paciente.

- [Clinical Course and Outcomes of Invasive *Haemophilus influenzae* Infections among Children at Two Hospitals in Alaska](#). *The Journal of Pediatrics*, Volume 288, 114799

Objetivo

Nuestro objetivo fue comparar la evolución clínica de la enfermedad invasiva *por Haemophilus influenzae* según el tipo en niños de dos hospitales de Alaska.

Diseño del estudio

Realizamos una revisión retrospectiva de casos de *H. influenzae* invasivo entre niños de Alaska menores de 10 años que recibieron atención en el Centro Médico Nativo de Alaska en Anchorage o en el Hospital Regional del Delta de Yukón-Kuskokwim en Bethel, Alaska, durante 2013-2019. Los datos clínicos y demográficos se obtuvieron mediante la revisión de registros médicos. Las variables categóricas se compararon con la prueba exacta de Fisher.

Resultados

Identificamos 62 infecciones invasivas *por H. influenzae*, incluyendo 45 (73%) de tipo a (Hia), 8 (13%) de tipo b (Hib), 7 (11%) no tipificables (NTHi) y 2 (3%) de tipo f (Hif). Todos los niños eran nativos de Alaska. En general, 43 (69%) casos ocurrieron en niños previamente sanos sin afecciones médicas subyacentes. Diecinueve (31%) niños requirieron cuidados intensivos y 13 (21%) murieron o aún tenían secuelas clínicas 1 año después de la infección. Todas las muertes (n = 6) y las secuelas a largo plazo (n = 7) ocurrieron en niños con meningitis por Hia o Hib. Los niños con NTHi tenían más probabilidades de requerir asistencia respiratoria en comparación con los niños con Hia, Hib o Hif (6/7, 86% frente a 15/55, 27%) ($p < 0,01$).

Conclusiones

Identificamos enfermedad grave entre niños nativos de Alaska con infecciones invasivas por Hia, Hib, Hif y NTHi. Hia y Hib causaron más muertes asociadas a meningitis, y NTHi causó más complicaciones respiratorias. Caracterizar las tendencias en la enfermedad invasiva por *H. influenzae* ayudará a orientar las estrategias de salud pública, incluyendo el desarrollo y uso de nuevas vacunas.

- **Descongestivos y antihistamínicos para la otitis media aguda en niños.** Versión publicada: 27 noviembre 2025. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015839.pub2>. Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, Issue 11. Art. No.: CD015839.

Incluimos ensayos controlados aleatorizados (ECA) con niños (de cualquier contexto) con OMA. Las comparaciones elegibles fueron descongestivos versus ninguna intervención o placebo, antihistamínicos versus ninguna intervención o placebo, descongestivos más antihistamínicos versus ninguna intervención o placebo, descongestivos versus antihistamínicos, un descongestivo versus otro y un antihistamínico versus otro. La vía de administración podía ser oral o nasal.

Se evalúa la presencia de OMA en los 7 días siguientes al inicio del tratamiento, complicaciones graves (p. ej., mastoiditis, meningitis, trombosis sinusal, parálisis facial, laberintitis), cualquier evento adverso (p. ej., somnolencia), otalgia (sí/no) y otalgia en los 7 días siguientes al inicio del tratamiento. Los desenlaces importantes incluyeron la presencia de otitis media con derrame (OMD) en los 10 a 14 días posteriores al inicio del tratamiento.

No está claro si los descongestivos se asocian con más efectos secundarios ni si tienen un efecto sobre el dolor de oído o la presencia de líquido en el oído medio después de la infección. No encontramos estudios que ayudaran a responder si los descongestivos tienen un efecto sobre la recuperación de la OMA. Los descongestivos podrían apenas tener efecto sobre el riesgo de complicaciones graves.

No está claro si los antihistamínicos mejoran la recuperación de la OMA, si se asocian con efectos secundarios ni si reducen el dolor de oído. Los antihistamínicos podrían apenas tener efecto sobre el riesgo de complicaciones graves o la presencia de líquido en el oído medio después de la infección.

No hay estudios en curso que investiguen esta cuestión.

¿Cuáles son las limitaciones de la evidencia?

No tenemos confianza en la evidencia sobre los efectos beneficiosos y perjudiciales de los descongestivos y los antihistamínicos como tratamiento adicional para la OMA en niños. En general, los estudios fueron demasiado pequeños y utilizaron métodos que probablemente introdujeran errores en sus resultados, como que los niños o los evaluadores supieran qué medicamentos habían recibido los niños.

¿Cuál es el grado de actualización de esta evidencia?

La evidencia está actualizada hasta el 19 de febrero de 2025.

Conclusiones de los autores

La evidencia sobre los efectos beneficiosos y perjudiciales de los descongestivos o los antihistamínicos orales o nasales para los niños con OMA es muy incierta. Desde 2003, no se han publicado ensayos relevantes. No hay estudios en curso.

- [Effectiveness of Nirsevimab in Preventing Respiratory Syncytial Virus-related Burden: A Test-negative Case-control Study in Infants With Bronchiolitis in Lombardy Region, Italy.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(1):p e12-e14, January 2026.

La eficacia del nirsevimab en la prevención de la bronquiolitis por virus respiratorio sincitial (VRS) se evaluó mediante un estudio de casos y controles con prueba negativa en 208 lactantes que acudieron al servicio de urgencias. La eficacia fue del 82 % contra la infección por VRS, del 78 % contra la hospitalización relacionada con el VRS y del 84 % contra el ingreso en cuidados intensivos. Estos datos reales respaldan su inclusión en los programas de inmunización italianos.

COMENTARIO

Nuevo estudio sobre la eficacia del nirsevimab, esta vez realizado en un único centro en Italia. Como particularidad, se demuestra una mayor protección frente al ingreso en cuidados intensivos que otros estudios previos multicéntricos, con valores similares en cuanto a la protección en la hospitalización. Dichos datos respaldan la posterior introducción de la inmunización sistemática frente al VRS en Italia.

- [Can We Have Better Influenza Vaccines?](#)

Plotkin, Stanley A.

The Pediatric Infectious Disease Journal. 45(1):40-41, January 2026.

- [**Effectiveness of the TAK-003 dengue vaccine in adolescents during the 2024 outbreak in São Paulo, Brazil: a test-negative, case-control study.**](#) Lancet Infect Dis 2026; 26: 91–100.

INTRODUCCIÓN

El dengue es un importante problema de salud pública en las regiones tropicales y se considera una amenaza para la salud mundial debido a su expansión geográfica y al aumento de su incidencia como consecuencia del cambio climático. A pesar de la disponibilidad de vacunas tetravalentes contra el dengue, hay pocos datos reales sobre su eficacia. El objetivo fue evaluar la eficacia de la vacuna TAK-003 contra el dengue en adolescentes durante el brote de dengue de 2024 en el estado de São Paulo (Brasil).

MÉTODOS

Este estudio de casos y controles con prueba negativa se llevó a cabo entre adolescentes de 10 a 14 años en el estado de São Paulo (Brasil), entre el 20 de febrero y el 31 de diciembre de 2024. Los casos se definieron como personas con enfermedad febril aguda y dengue confirmado virológicamente, y los controles como personas con enfermedad febril aguda que dieron negativo en la prueba del dengue; en ambos grupos, la confirmación se basó en la prueba del antígeno NS1 o la RT-PCR en los cinco días siguientes al inicio de los síntomas. Los datos se obtuvieron de las bases de datos nacionales de vigilancia del dengue y del registro de vacunación de la Secretaría de Salud del estado de São Paulo. Se utilizaron modelos de regresión logística de efectos mixtos para estimar la eficacia de la vacuna contra el dengue sintomático confirmado virológicamente y contra la hospitalización por dengue después de una o dos dosis de la vacuna.

RESULTADOS

De las 128 358 pruebas potencialmente elegibles, se incluyeron 92 621 en el análisis: 43 873 de casos y 48 748 de controles. La eficacia ajustada de la vacuna fue del 50,2 % (IC del 95 %: 45,0-54,9) para la primera dosis y del 61,7 % (39,9-75,6) para la segunda dosis contra el dengue sintomático, y del 67,5 % (IC del 95 %: 43,4-81,3) para la primera dosis contra la hospitalización por dengue. La protección contra la enfermedad sintomática comenzó 14 días después de la primera dosis (67,4 % [57,2-75,1] a los 14-27 días), pero disminuyó al 49,7 % (30,4-63,6) después de 90 días desde la primera dosis. Los análisis de sensibilidad mostraron la solidez de estos hallazgos, aunque las estimaciones para la segunda dosis se vieron limitadas por el reducido número de eventos observados.

INTERPRETACIÓN

TAK-003 fue eficaz contra el dengue sintomático y la hospitalización por dengue en adolescentes durante un gran brote causado principalmente por los serotipos 1 y 2 del virus del dengue. Estos hallazgos subrayan la importancia de la evidencia del mundo real para orientar las estrategias de vacunación contra el dengue, especialmente en entornos de alta transmisión y durante el uso en respuestas de emergencia.

COMENTARIO: Pese que se trata de un estudio que investiga una vacuna frente a un agente infeccioso que no es endémico en nuestro medio, se deben conocer los avances en la vacunación frente al Dengue dados sus datos limitados en la actualidad en población pediátrica y siendo un problema en pacientes que proceden de zonas endémicas o van a viajar a ellas. Además, la vacuna TAK-003 (Qdenga) actualmente es la única disponible en nuestro país. Recordar que es una vacuna de virus vivos atenuados, que se puede administrar a partir de los 4 años con dos dosis (0 - 3 meses). Se debe tener en cuenta que el estudio se realizó en un área epidémica y en situación de brote, siendo probablemente la proporción de seronegativos menor que en otros ámbitos y dadas las incertidumbres existentes sobre la vacunación en dicho subgrupo con determinadas vacunas frente al dengue. Se debe además resaltar que, siendo una de las limitaciones del estudio, faltan datos sobre serotipos de virus dengue diferentes al 1 y el 2.

- [**Maternal Coronavirus Disease 2019 Test Positivity and Neonatal Intensive Care Unit Outcomes for Infants Born Extremely Preterm**](#) The Journal of Pediatrics, Volume 288, 114840.

Objetivo

Describir los resultados en la unidad de cuidados intensivos neonatales de los bebés nacidos extremadamente prematuros de madres que dieron positivo en la prueba del síndrome respiratorio agudo severo por coronavirus 2 (SARS-CoV-2) durante el embarazo

Diseño del estudio

Estudio prospectivo (1 de marzo de 2020 - 30 de abril de 2023) en 16 centros de la Red de Investigación Neonatal del Instituto Nacional Eunice Kennedy Shriver de Salud Infantil y Desarrollo Humano de bebés nacidos (peso al nacer 401-1000 g y/o edad gestacional <29 semanas) de madres sometidas a pruebas de SARS-CoV-2 durante el embarazo. Se determinó la frecuencia de detección materna de SARS-CoV-2, la tasa de transmisión vertical y la asociación de la positividad materna de SARS-CoV-2 durante el embarazo con los resultados del bebé

Resultados

Durante el estudio de 38 meses, nacieron 4548 bebés extremadamente prematuros de 4072 madres a las que se les realizó la prueba del SARS-CoV-2 durante el embarazo. En general, el 7 % (297/4072) de las madres dieron positivo en la prueba del SARS-CoV-2; el 1 % (2/181) de los bebés a los que se les realizó la prueba dieron positivo a la edad de <72 horas. La mayoría de los resultados (p. ej., displasia broncopulmonar y retinopatía del prematuro) no difirieron entre los bebés de madres con resultados positivos y negativos. Los bebés de madres con resultados positivos tenían más probabilidades de ser diagnosticados con enterocolitis necrosante (ECN) que los de madres con resultados negativos (14 % frente a 11 %; $p = 0,03$). En los análisis ajustados, los bebés nacidos de madres con resultados positivos en las pruebas tuvieron mayor probabilidad de desarrollar enterocolitis necrotizante (ECN) (riesgo

relativo [RR] 1,40; IC del 95 %, 1,03-1,89; $P = 0,03$) o el resultado combinado de muerte dentro de las 12 horas de vida o ECN (RR 1,33; IC del 95 %, 1,09-1,62; $P < 0,01$) pero no muerte dentro de las 12 horas de vida (RR 1,22; IC del 95 %, 0,92-1,62; $P = 0,16$) o antes del alta (RR 0,83; IC del 95 %, 0,55-1,26; $P = 0,38$).

Conclusiones

Entre los lactantes menores de 29 semanas de gestación, la transmisión vertical del SARS-CoV-2 fue poco frecuente. La positividad materna para el SARS-CoV-2 se asoció con la enterocolitis necrotizante (ECN), pero no con otros resultados ni mortalidad infantil.

- [Effectiveness of a Home-based Approach to Child Contact Investigation and Tuberculosis Preventive Treatment Management by Community Health Workers in Ethiopia: A Pragmatic Cluster-randomized Trial](#) *Clinical Infectious Diseases*, Volume 81, Issue 5, 15 November 2025, Pages e385-e392.

Antecedentes

El tratamiento preventivo de la tuberculosis (TPT) es muy eficaz para prevenir la enfermedad, pero su implementación es deficiente. Nuestro objetivo fue determinar si la gestión de contactos en el hogar mejora la aceptación del TPT entre los contactos cercanos de niños en comparación con la atención estándar en un centro de salud.

Métodos

Realizamos un ensayo pragmático aleatorizado por conglomerados entre contactos cercanos de pacientes con tuberculosis menores de 15 años en 18 centros de salud primaria en Oromia, Etiopía. Los centros se asignaron aleatoriamente 1:1 a la gestión de contactos en el hogar o en un centro de salud. La intervención fue realizada por agentes de salud comunitarios (TSC) y se compartió con los coordinadores de tuberculosis. El criterio de valoración principal fue la proporción, a nivel de conglomerado, del número de contactos menores de 15 años que iniciaron el TPT por paciente con tuberculosis.

Resultados

La media a nivel de conglomerado de contactos infantiles que iniciaron la TPT por paciente con tuberculosis fue un 40 % mayor en el grupo de atención domiciliaria (1,7 contactos por paciente con tuberculosis) que en el grupo de atención en centros de salud (1,3 contactos por paciente con tuberculosis; razón de tasas: 1,4; intervalo de confianza [IC] del 95 %: 0,7-2,7). En el continuo de atención, asumiendo 2,1 niños menores de 15 años por hogar, el 73 % y el 63 % de los niños completaron la TPT en ambos grupos, respectivamente. Un niño fracasó en la TPT y dos niños la interrumpieron debido a reacciones adversas relacionadas con los medicamentos en los grupos de atención domiciliaria y en centros de salud, respectivamente.

Conclusiones

La gestión de contactos en el hogar por parte de los trabajadores sanitarios comunitarios aumentó el número de niños que iniciaron la TPT en un 40 %, sin efectos negativos en los resultados del tratamiento. Si bien no fue estadísticamente significativo, a mayor escala, el aumento del número de niños identificados e iniciados la TPT tiene el potencial de reducir sustancialmente la carga de tuberculosis pediátrica en Etiopía y en otros lugares.

- [Risk of Tuberculosis Infection in Young Children Exposed to Multidrug-resistant Tuberculosis in the TB-CHAMP Multi-site Randomized Controlled Trial](#). Clin Infect Dis . 2025 May 29;81(5):e401–e409.

Antecedentes

Los niños pequeños presentan un alto riesgo de desarrollar tuberculosis (TB) tras una infección por *Mycobacterium tuberculosis* en ausencia de tratamiento preventivo. La prevalencia de la infección y los factores de riesgo influyen en la aplicación de las estrategias de prevención. Nuestro objetivo fue determinar la prevalencia de la infección en niños menores de 5 años que convivían con adultos con tuberculosis pulmonar multirresistente (MDR) confirmada, así como determinar los factores de riesgo de infección.

Métodos

TB-CHAMP fue un ensayo de prevención de la tuberculosis multirresistente que incluyó a niños menores de 5 años, independientemente del estado de infección por *M. tuberculosis*. Todos los niños incluidos se sometieron a una prueba de liberación de interferón gamma (IGRA) al inicio del estudio. Se describió la prevalencia de la infección por *M. tuberculosis*, se desarrollaron gráficos acíclicos dirigidos para aclarar las relaciones causales y se utilizaron modelos de regresión de Poisson modificados para evaluar la relación entre los factores de riesgo y la positividad de la IGRA.

Resultados

De los 785 niños incluidos, 160 (20,4%) tuvieron una prueba IGRA positiva. La duración de la tos y el consumo de drogas en el paciente índice, la edad del niño, la relación entre el niño y el paciente índice, y el centro de estudio se asociaron significativamente con el riesgo de infección.

Conclusiones

La prevalencia de la infección fue menor que la observada en estudios previos. Esto podría estar relacionado con un mejor diagnóstico y tratamiento de la TB-MDR en el entorno del estudio o con limitaciones de las pruebas, y tiene implicaciones para el tratamiento preventivo de la TB. Al considerar el tratamiento preventivo de la TB para los contactos infantiles, los profesionales sanitarios deben tener especial cuidado con cualquier niño pequeño expuesto a un paciente índice adulto que sea su parent/madre/cuidador principal, tenga tos crónica o antecedentes de consumo de drogas.

- [Cytomegalovirus Vertical Transmission Rate According to IgG Avidity Value and Valacyclovir Treatment of Maternal Primary Infection in the First Trimester of Pregnancy](#) . *Clinical Infectious Diseases*, Volume 81, Issue 5, 15 November 2025, Pages e417–e423.

Antecedentes

La serología del citomegalovirus (CMV) en el primer trimestre (T1) del embarazo se basa en la prueba de inmunoglobulina (Ig) G (IgG) e IgM, seguida de la medición de la avidez de IgG cuando ambas son positivas. Se propone el valaciclovir para prevenir la transmisión vertical en la primoinfección materna (MPI) durante T1. Nuestro objetivo fue evaluar el riesgo de transmisión, con y sin valaciclovir, con base en los valores de avidez de IgG y el momento de la MPI.

Métodos

Se recuperaron del software de laboratorio los casos (2012-2024) con IgM positiva o dudosa, avidez de IgG intermedia o baja (VIDAS y/o LIAISON) en T1, y una PCR para CMV realizada en líquido amniótico. La fecha de la MPI se estimó mediante un modelo logarítmico basado en los resultados de avidez de VIDAS.

Resultados

Se incluyeron 561 mujeres (58% sin tratamiento, 42% tratadas). En los casos con baja avidez y sin tratamiento, la transmisión fue del 34% y del 31% con los ensayos VIDAS y LIAISON, respectivamente. Las avidez intermedias y la ausencia de tratamiento también se asociaron con altas tasas de transmisión (14% y 22%). Los valores de avidez VIDAS $\geq 0,60$ o $\geq 0,50$ en muestras recolectadas antes de las 12 semanas se asociaron con tasas de transmisión del 0% y del 5%, respectivamente. Sin tratamiento, la transmisión se produjo en el 26% (9/34) de las mujeres con un valor de avidez LIAISON entre 0,250 y 0,350. El valaciclovir redujo significativamente la transmisión al 2%, el 5% y el 16% en los períodos preconcepcional, periconcepcional y T1, respectivamente ($p = 0,034$, $0,003$ y $<0,001$).

Conclusiones

Nuestros resultados sugieren que el umbral de avidez alta en LIAISON debería ser $>0,250$. A excepción de los valores de avidez VIDAS $\geq 0,60$ antes de las 12 semanas, el tratamiento es beneficioso para las mujeres con IgM positiva y avidez baja/intermedia, independientemente del momento de la MPI.

- [Investigation of a measles outbreak in a highly vaccinated middle school, France, 2023](#) . *Euro Surveill* . 2025 Nov 20;30(46):2500130.

En septiembre de 2023, se produjo un brote de sarampión en una escuela secundaria (valle del Ródano, Francia), y el caso índice regresó de Asia. Las investigaciones incluyeron la validación de casos, análisis virológicos, rastreo de contactos y la revisión de los registros de vacunación para determinar la cobertura de vacunación contra el sarampión (CV) y las tasas de ataque (TA). Entre 643 estudiantes, se registraron 49 casos de sarampión entre el 6 de septiembre y el 18 de octubre de 2023 (TA = 7,6%). La

cobertura de vacunación con dos dosis fue del 93,5 % (601/643). Los análisis virológicos confirmaron la clonalidad de las cepas de sarampión (genotipo D8) y su origen importado. Se estableció la concordancia entre el estado de vacunación registrado en el registro sanitario y el perfil inmunológico en 27 casos. En una subcohorte de niños (todos los casos y 309 no casos), la RA fue del 100 % en niños no vacunados y del 43,7 %, 16,5 % y 3,2 % en niños vacunados con dos dosis, con la primera dosis administrada a los 6-8, 9-11 y ≥ 12 meses, respectivamente. Tras la regresión binomial multivariante, la efectividad de la vacuna (EV) fue del 96,4 % (intervalo de confianza [IC] del 95 %: 91,4-98,5) tras la vacunación con dos dosis, con la primera dosis a los ≥ 12 meses, lo que confirma la efectividad a largo plazo de las vacunas contra el sarampión, las paperas y la rubéola. Cuando la primera dosis se administró a los 9-11 y a los 6-8 meses, respectivamente, la efectividad de la vacuna fue del 83,3 % (IC del 95 %: 74,3-89,2) y del 60,7 % (IC del 95 %: 10,6-82,7). Esta epidemia de sarampión afectó principalmente a niños no vacunados o vacunados con dos dosis, cuya primera dosis se administró antes de los 12 meses.

- [Concurrent outbreaks of *Escherichia coli* O157:H7 and O157:H39 with high asymptomatic carriage of other Shiga toxin-producing *E. coli* in nursery children, south-east Scotland, United Kingdom, July to October 2022.](#) Euro Surveill. 2025 Nov 20;30(46):2500340.

Manejamos un brote complejo de casos de *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (STEC) y *E. coli* O157 stx-negativa (no STEC) en cuatro guarderías en dos localidades vecinas del sureste de Escocia, con vínculos epidemiológicos mediante la gestión compartida, personal u otras visitas. Se confirmaron 57 casos entre julio y octubre de 2022. Las guarderías cerraron voluntariamente para apoyar el control del brote. La secuenciación posterior del genoma completo identificó dos brotes separados y no vinculados de *E. coli* O157:H7 stx2a-positiva (19 casos confirmados en la guardería 1) y *E. coli* O157:H39 stx-negativa (17 casos confirmados en la guardería 2). Se identificaron cantidades menores de seis cepas adicionales de STEC y *E. coli* O157 (no STEC) en los cuatro viveros. Cinco niños de la guardería 1 que dieron positivo en la prueba de *E. coli* O157:H7 stx2a-positiva requirieron hospitalización; uno de ellos desarrolló síndrome hemolítico urémico. Los niños con otras cepas de STEC y *E. coli* O157 (no STEC) presentaron pocos o ningún síntoma. En general, cinco de los 19 casos con subtipos stx2a fueron asintomáticos, en comparación con siete de nueve para los subtipos stx2f y 14 de 25 para los subtipos stx-negativos. Dados los hallazgos en este contexto, obtener más información sobre la prevalencia de la portación asintomática de STEC por cepa, edad y geografía, así como en otros contextos, contribuirá a la comprensión y la gestión de riesgos de futuros brotes.

MENSAJE CLAVE DE SALUD PÚBLICA

¿Qué quería abordar en este estudio y por qué?

Las *Escherichia coli* productoras de toxina Shiga (STEC) son un grupo de bacterias que pueden causar enfermedades graves en niños pequeños y se propagan fácilmente en

guarderías y centros preescolares. Gestionamos un brote complejo en cuatro guarderías de dos localidades vecinas del sureste de Escocia. Realizamos pruebas a todos los niños y al personal de las guarderías afectadas como parte de nuestras investigaciones y nos propusimos estudiar cómo se produjo la transmisión en este entorno.

¿Qué hemos aprendido de este estudio?

Inicialmente, sospechamos que se trataba de un único brote. Sin embargo, las pruebas genéticas de las muestras (secuenciación del genoma completo) demostraron que las guarderías afectadas habían sufrido brotes independientes sin propagación entre ellas.

Todos los niños que requirieron hospitalización procedían de una sola guardería y eran portadores de STEC con un gen específico (stx2a). Los niños con otros tipos de STEC sin este gen en otras guarderías presentaban pocos o ningún síntoma.

¿Qué implicaciones tienen sus hallazgos para la salud pública?

Se necesita más información para evaluar la frecuencia con la que se produce la infección por STEC sin síntomas en la comunidad y qué genes influyen en ello. Nuestros hallazgos sirvieron de base para la guía escocesa presentada en 2025, **que recomienda no realizar un seguimiento de salud pública para la *E. coli* sin el gen stx**. Dado que no todas las STEC causan síntomas graves, **esta guía ahora también recomienda no realizar pruebas masivas a las personas sin síntomas en entornos similares**.

- [Maternal and infant immunity against *Bordetella pertussis*, Norway, 2020 to 2023.](#) Euro Surveill. 2025 Dec 18;30(50):2500450.

ANTECEDENTES

La tos ferina sigue siendo una grave amenaza para los lactantes. En Noruega, los lactantes reciben una vacuna acelular contra la tos ferina (aP) según un esquema 2+1 a los 3, 5 y 12 meses de edad, administrada como vacuna hexavalente.

OBJETIVO

Nuestro objetivo fue estudiar la susceptibilidad a la tos ferina en madres y lactantes para orientar las decisiones sobre la vacunación durante el embarazo.

MÉTODOS

En este estudio observacional prospectivo, incluimos a 366 parejas de madres y lactantes durante el periodo 2020-2023. Se recogieron muestras de sangre de las madres al final del embarazo, sangre del cordón umbilical al momento del parto y de los lactantes antes de su primera y después de su tercera dosis de vacuna. Se obtuvieron datos de los registros sanitarios sobre vacunación e información relacionada con el embarazo. Se midieron los niveles de anticuerpos IgG contra抗ígenos de la tos ferina, la difteria y el tétanos mediante un inmunoensayo multiplex.

RESULTADOS

De las embarazadas, el 48% (174/366) presentó niveles bajos de anticuerpos contra la toxina pertussis (PT), definidos como inferiores a 5 UI/mL. Los anticuerpos maternos disminuyeron en los lactantes desde el nacimiento hasta la primera vacunación, lo que dejó al 72% (154/215) de los lactantes con niveles de IgG anti-PT inferiores a 5 UI/mL. Todos los lactantes respondieron bien a la vacunación y no se encontró evidencia de disminución de los niveles de anticuerpos maternos contra la PT debido a niveles elevados (>40 UI/mL). Los lactantes de madres que recibieron una vacuna de refuerzo con aP en los 2 años previos al embarazo presentaron niveles bajos de IgG anti-PT; el 58% (15/26) presentó niveles inferiores a 5 UI/mL.

CONCLUSIÓN

Una alta proporción de embarazadas y sus lactantes menores de 3 meses presentaron niveles bajos de anticuerpos anti-PT, lo que indica una alta susceptibilidad a la tos ferina. Los resultados apoyan la introducción de la vacunación contra la tos ferina durante el embarazo en Noruega.

- [Oral iron supplements for children in malaria-endemic areas.](#) Cochrane Database Syst Rev. 2026 Jan 9:1:CD006589.

Se trata de evaluar los efectos y la seguridad de la suplementación con hierro, con o sin ácido fólico, en niños que viven en zonas con transmisión hiperendémica o holoendémica de malaria. Se incluyen ensayos clínicos individuales y randomizados (ECA) realizados en regiones endémicas de malaria que incluyeron niños menores de 18 años. Incluimos ensayos que compararon: (1)

hierro oral solo frente a placebo o sin tratamiento; (2) hierro oral más ácido fólico frente a placebo o ausencia de tratamiento; (3) hierro oral (con o sin ácido fólico) frente a placebo o sin tratamiento, agrupados por los servicios de prevención y manejo de la malaria solo para el resultado de la malaria clínica; y (4) hierro oral más tratamiento antipalúdico frente a placebo o sin tratamiento.

Conclusiones de los autores: El tratamiento con hierro resulta en poca o ninguna diferencia en el riesgo de malaria clínica (evidencia de certeza alta). Cuando los recursos son limitados, el hierro puede administrarse sin cribado de anemia o deficiencia de hierro, siempre que los servicios de prevención o manejo de la malaria se proporcionen de manera eficiente. Cuando los recursos para la prevención y el tratamiento de la malaria son limitados, el hierro puede aumentar el riesgo de malaria clínica (evidencia de baja certeza). Estas conclusiones son coherentes con las reportadas en la versión anterior de esta revisión (2016).

- [Xpert MTB/RIF Ultra assay for tuberculosis disease and rifampicin resistance in children.](#) Cochrane Database of Systematic Reviews 2025, Issue 10. Art. No.: CD013359.

Evaluar la exactitud diagnóstica de Xpert Ultra para detectar la tuberculosis pulmonar, la meningitis tuberculosa, la tuberculosis de los ganglios linfáticos y la resistencia a la rifampicina en niños (de 0 a 9 años) con sospecha de tuberculosis.

Esta actualización incluyó 23 estudios (9 estudios nuevos desde la revisión anterior) que evaluaron la detección de la tuberculosis pulmonar (21 estudios, 9223 niños), la meningitis tuberculosa (3 estudios, 215 niños), la tuberculosis de los ganglios linfáticos (2 estudios, 58 niños) y la resistencia a la rifampicina (3 estudios, 130 niños). Diecisiete estudios (74%) se realizaron en países con una carga alta de tuberculosis. En general, el riesgo de sesgo y las dudas acerca de la aplicabilidad fueron bajas.

Con respecto al diseño de los estudios, incluimos estudios transversales y de cohortes y ensayos aleatorizados que evaluaran Xpert Ultra en niños menores de 9 años con resultados positivos y negativos a las pruebas de VIH. Con respecto al tipo de muestra, incluimos estudios que evaluaran muestras de esputo, gástricas, fecales o nasofaríngeas (tuberculosis pulmonar), líquido cefalorraquídeo (meningitis tuberculosa) y aspirados con aguja fina o tejido de biopsia quirúrgica (tuberculosis de los ganglios linfáticos). Las pruebas de referencia para la detección de la tuberculosis fueron la prueba de referencia microbiológica (PRM; incluido el cultivo) o la prueba de referencia compuesta (PRC); para las heces, se consideró Xpert Ultra en esputo o aspirados gástricos además del cultivo. Las pruebas de referencia para la detección de la resistencia a la rifampicina en el esputo fueron las pruebas fenotípicas de sensibilidad a los fármacos o la secuenciación dirigida o del genoma completo.

La sensibilidad de Xpert Ultra fue moderada en las muestras de esputo, aspirado gástrico y heces. El aspirado nasofaríngeo tuvo la menor sensibilidad. La especificidad de Xpert Ultra fue alta comparada con la PRM y la PRC. No fue posible determinar la exactitud de Xpert Ultra para detectar la meningitis tuberculosa, la tuberculosis de los ganglios linfáticos ni la resistencia a la rifampicina debido a la escasez de datos.