

## Bibliografía marzo 2026

### Top Ten

- [Group B Streptococcal Disease](#). N Engl J Med 2026;394:896-905

El estreptococo del grupo B coloniza comúnmente los tractos gastrointestinal y genitourinario humano y es la causa bacteriana más común de infección invasiva en recién nacidos en Estados Unidos. Actualmente, se utiliza profilaxis antibiótica intraparto para reducir el riesgo de enfermedad por estreptococo del grupo B en embarazadas y recién nacidos. No existen estrategias para prevenir la enfermedad en la infancia posterior ni en adultos no embarazadas. Se están desarrollando vacunas contra la enfermedad por estreptococo del grupo B, compuestas por polisacáridos capsulares unidos a antígenos proteicos, que podrían constituir un método de prevención para todas las poblaciones en riesgo.

- [No hay calma después de la tormenta: infecciones asociadas tras inundaciones y danas](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2026;44:503115
- [Risk of Celiac Disease Before and After Nationwide Infant Rotavirus Vaccination: A Population-Based Study](#). The Journal of Pediatrics, Volume 290, 114938

Realizamos un estudio nacional basado en registros que incluyó a 740 744 niños nacidos entre 2007 y 2019 del Registro de Nacimientos de Noruega, vinculados individualmente al Registro Noruego de Pacientes para el diagnóstico de enfermedad celíaca. Con un seguimiento hasta los 5 años de edad, 2795 fueron diagnosticados con enfermedad celíaca. El análisis principal fue un análisis de series temporales interrumpidas para evaluar la ruptura de la tendencia de la incidencia de enfermedad celíaca antes y después de la introducción de la vacuna en septiembre de 2014. Además, vinculamos la cohorte al Registro Noruego de Inmunización y comparamos el riesgo de enfermedad celíaca entre niños completamente vacunados y no vacunados. En los análisis de sensibilidad, excluimos a los niños nacidos entre un año antes y un año después de la introducción de la vacuna para mitigar el efecto de la inmunidad de grupo.

### Resultados

No hubo una ruptura significativa en la tendencia después de la introducción de la vacuna contra el rotavirus ( $P = .46$ ). El cociente de riesgos instantáneos (HR) de la enfermedad celíaca fue de 0.96 (IC del 95%: 0.89-1.04) si nació después en comparación con antes del inicio de la vacunación, y de 1.00 (IC del 95%: 0.92-1.09) cuando se excluyeron los niños nacidos entre 2013 y 2015. En los completamente vacunados en comparación con los no vacunados, el HR fue de 0.99 (IC del 95%: 0.92-1.07), consistente en los análisis de robustez. Incluir un requisito de apoyo a la dieta sin gluten en la definición de caso de enfermedad celíaca dio resultados similares (HR 1.06, IC del 95%: 0.98-1.15).

## Conclusiones

Este estudio no encontró una asociación entre la vacuna contra el rotavirus y el riesgo de enfermedad celíaca de aparición temprana.

- [Strengths and limitations of the Phoenix sepsis criteria](#). *Archives of Disease in Childhood* 2026;**111**:281-282.

La sepsis es un importante problema de salud mundial que se estima que afecta a más de 25 millones de niños al año en todo el mundo y causa 3,4 millones de muertes, predominantemente en niños menores de 5 años. [1](#) Reducir las muertes infantiles por sepsis es una prioridad sanitaria mundial de la OMS. [2](#) Sin embargo, la notificación de la epidemiología de la sepsis pediátrica es limitada y variable debido a inconsistencias en los métodos utilizados para la determinación de casos y a la falta de un criterio de referencia para la notificación.

### Los criterios de sepsis de Phoenix

Recientemente, la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos ha publicado dos artículos que presentan el Phoenix Sepsis Score y proponen los criterios Phoenix para la sepsis pediátrica y el choque séptico como la nueva definición de sepsis en niños. [3](#) [4](#) Estos artículos son la culminación de una cantidad monumental de trabajo global y colaborativo por parte de un gran grupo de médicos pediátricos e investigadores de sepsis, comenzando con una encuesta global de partes interesadas de campos relevantes sobre cómo se debe definir la sepsis, progresando a un metaanálisis de los criterios de sepsis existentes y, finalmente, el desarrollo del Phoenix Sepsis Score y los criterios de diagnóstico de sepsis (Phoenix Sepsis Score  $\geq 2$ ). [5](#) El objetivo del trabajo fue buscar una transición basada en la evidencia de una definición de sepsis basada en el consenso utilizando los criterios del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) a un enfoque basado en datos utilizando los criterios de disfunción del sistema orgánico, similar a la definición de Sepsis-3 para adultos. [6](#) [7](#)

El desarrollo de los criterios Phoenix se basó en la aplicación de los subcomponentes de ocho criterios de disfunción orgánica existentes y previamente validados en niños <18 años a través de datos retrospectivos combinados de registros médicos electrónicos de más de 3 millones de encuentros de emergencia y pacientes hospitalizados de 10 sistemas de salud, 6 de los EE. UU. y 4 de países con menores recursos. [3](#) Los datos se utilizaron luego para determinar los umbrales óptimos y la combinación de criterios de disfunción orgánica para predecir la mortalidad intrahospitalaria. Esto condujo al desarrollo del Phoenix Sepsis Score donde a través de cuatro sistemas de órganos diferentes (sistema respiratorio, cardiovascular, de coagulación y neurológico) se asignarían puntos para el nivel de disfunción. El antiguo término de sepsis grave ya no se utiliza, y el constructo de SIRS para definir la sepsis en niños se ha abandonado.

### Puntos fuertes de los criterios de sepsis de Phoenix

Una fortaleza del Phoenix Sepsis Score es que se correlaciona con la mortalidad en todo el rango de puntuaciones de manera similar a otras puntuaciones predictivas. [8](#) [9](#) Sin embargo, los puntos de corte para determinar la disfunción orgánica son considerablemente peores que los utilizados en otras puntuaciones y, por lo tanto, se asocian con una mayor mortalidad y capturan deliberadamente un espectro de enfermedad más grave. [10](#)

Lo más destacado de este proceso fue la inclusión de conjuntos de datos de países con mayores y menores recursos, así como el riguroso proceso para establecer las puntuaciones y los puntos de corte para la sepsis y el choque séptico. Recientemente, validamos externamente las puntuaciones Phoenix Sepsis en un conjunto de datos observacionales, principalmente prospectivos, sobre sepsis adquirida en la comunidad en 11 hospitales del Programa Colaborativo Internacional de Investigación Pediátrica en Departamentos de Urgencias (PREDICT), y observamos una precisión de rendimiento muy similar a la de las cohortes originales de derivación y validación.

El proceso de extracción, armonización y combinación de datos de los historiales médicos electrónicos existentes en hospitales y países, hasta el grado necesario para derivar y validar los valores de disfunción orgánica en el Phoenix Sepsis Score, fue realmente impresionante. Nuestros esfuerzos previos para combinar datos retrospectivos de sistemas separados de historiales médicos electrónicos en dos países de altos ingresos (Australia y Nueva Zelanda) dentro de PREDICT resultaron ser muy costosos, requirieron una participación significativa del personal clínico y de investigación, y un apoyo estadístico sustancial para la introducción, armonización y combinación de los datos.

### **Limitaciones de los criterios de sepsis de Phoenix**

La Escala de Sepsis Phoenix no fue diseñada para el cribado, la identificación temprana ni para decidir cuándo y en quién iniciar el tratamiento de la sepsis. Es fundamental que el tratamiento de la sepsis no se retrase hasta que se cumplan los criterios de sepsis de Phoenix. Ahora que los criterios de sepsis de Phoenix proporcionan una nueva definición de sepsis, será posible intentar identificar criterios para el reconocimiento temprano y que actúen como herramientas de alerta temprana. Los autores afirman explícitamente que se deben seguir los procedimientos institucionales disponibles para el cribado y que se necesitan herramientas basadas en datos para el cribado de niños con riesgo de sepsis. [3](#)

En segundo lugar, los criterios de sepsis de Phoenix se cumplieron en <7,0% de los niños en la cohorte de validación original y <5,0% en nuestro estudio de validación externa. [3](#) [11](#) Más del 95% de los niños hospitalizados con presunta infección (cohorte de validación original) o sospecha de sepsis (nuestra cohorte de validación externa), en quienes ocurrió casi el 50% de las muertes, no cumplieron los criterios de sepsis de Phoenix. La causa de muerte en estos pacientes puede no haber sido sepsis, y la atribución de la muerte es un factor de confusión importante en el uso de la mortalidad por todas las causas para definir la sepsis. [12](#) Como tal, los criterios de

sepsis de Phoenix subestiman enormemente la carga de la sospecha de sepsis en los sistemas de atención médica, incluidos los costos y la utilización de recursos, y la carga social en los niños y sus familias.

Por último, el conjunto de datos utilizado para derivar los criterios de sepsis de Phoenix incluyó una gran proporción de datos faltantes, particularmente en sitios de recursos más bajos debido a la variada disponibilidad de pruebas de laboratorio y terapias de soporte orgánico. [13](#) Incluso en nuestro conjunto de datos prospectivo, los parámetros de coagulación como la razón internacional normalizada o el dímero D se midieron en menos del 15% de los niños. [11](#) Aunque los criterios clínicos para determinar el nivel de disfunción orgánica se pueden utilizar para la mayoría de los sistemas de órganos que conforman la puntuación de sepsis de Phoenix (con una notable excepción de la disfunción orgánica de coagulación, que requiere pruebas de laboratorio), el uso de criterios clínicos por sí solo dará como resultado sistemáticamente una puntuación de sepsis de Phoenix más baja que cuando se incluyen los criterios de soporte orgánico y de laboratorio. [14](#) Los autores asumieron que los datos faltantes se referían a la puntuación general de sepsis. Esta suposición puede ser incorrecta, ya que los datos faltantes fueron más comunes en países de recursos más bajos donde la mortalidad fue mayor (mortalidad del 20% en entornos de bajos recursos frente al 2% para una puntuación de sepsis de Phoenix de 2). Abordar las implicaciones de los datos faltantes sobre la validez y reproducibilidad de los criterios de sepsis de Phoenix, en particular en países con menores recursos, es un paso futuro importante en la validación global de la puntuación. [14](#)

### **¿Cómo se deben utilizar los criterios de sepsis de Phoenix?**

Los nuevos criterios Phoenix para la sepsis y la nueva definición resultante representan un cambio de paradigma en la conceptualización de la sepsis en niños. Tienen el potencial de mejorar la atención clínica, estandarizar la evaluación y la comparación de la epidemiología de la sepsis entre países y sistemas de salud, y facilitar la evaluación comparativa de la atención para mejorar la calidad. Esperamos con interés el trabajo adicional del Grupo de Trabajo para la Definición de Sepsis Pediátrica de la Sociedad de Medicina de Cuidados Críticos para aclarar las aplicaciones adicionales de los criterios Phoenix para la sepsis y, en particular, el desarrollo futuro de mejores herramientas de detección y reconocimiento de la sepsis, así como las iniciativas de validación global para ayudar aún más a los profesionales clínicos en la atención directa.

- [Pediatric Preseptal and Orbital Cellulitis: A Comparative Study of Clinical, Radiologic, and Laboratory Features](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 45(3):p e70-e74, March 2026.

### **INTRODUCCIÓN**

El objetivo de este estudio fue evaluar y comparar las características clínicas, analíticas y radiológicas, así como los enfoques terapéuticos, en pacientes pediátricos diagnosticados con celulitis preseptal y orbitaria.

## MÉTODOS

Este estudio descriptivo, retrospectivo y transversal incluyó a pacientes pediátricos tratados en un centro de atención terciaria entre enero de 2019 y diciembre de 2023. Se analizaron datos demográficos, clínicos, etiológicos, analíticos y radiológicos.

## RESULTADOS

De los 244 pacientes, 233 (95,5 %) presentaban celulitis preseptal y 11 (4,5 %) celulitis orbitaria. No se observaron diferencias significativas en cuanto a la edad y el sexo entre los grupos ( $p = 0,465$  y  $p = 0,274$ , respectivamente). La fiebre (81,8 %), la proptosis (54,5 %), el dolor con los movimientos oculares (54,5 %) y la diplopía (18,2 %) fueron significativamente más frecuentes en la celulitis orbitaria ( $P < 0,05$ ). Se detectó sinusitis en todos los pacientes con celulitis orbitaria ( $P = 0,001$ ), mientras que la conjuntivitis fue el principal factor etiológico en los casos preseptales (28,3 %). Los niveles de leucocitos y proteína C reactiva fueron significativamente más altos en los pacientes con celulitis orbitaria ( $P = 0,001$ ). Todos los pacientes se sometieron a una tomografía computada; se identificó un absceso subperióstico en 5 (2 %), un absceso orbitario en 1 (0,4 %) y un absceso epidural en 1 (0,4 %) paciente. Se requirió cirugía en el 54,5 % de los casos de celulitis orbitaria. No se observaron complicaciones permanentes en ninguno de los dos grupos.

## CONCLUSIONES

La celulitis preseptal es más frecuente y suele seguir un curso clínico más leve. Por el contrario, la celulitis orbitaria, aunque poco frecuente, presenta síntomas más graves y marcadores inflamatorios elevados. Las pruebas de imagen radiológicas desempeñan un papel fundamental en el proceso diagnóstico, complementando la evaluación clínica. La asociación constante de la sinusitis con la celulitis orbitaria pone de relieve la importancia del reconocimiento y el tratamiento tempranos de las infecciones sinusales para prevenir complicaciones graves.

## COMENTARIO

*Entre las curiosidades a destacar del artículo se encuentra que se encuentra una diferencia significativa en cuanto a la edad entre el grupo de celulitis preseptal y orbitaria (postseptal), siendo la primera más propia clásicamente de niños más pequeños, y siendo la mediana de edad del total de la muestra de 6 años. Los síntomas de limitación de la movilidad ocular, proptosis y fiebre se asocian a celulitis postseptal de manera acorde a las directrices ya existentes, no obstante, enfatizan la dificultad de discernimiento de ciertos signos o síntomas, como la dificultad de diferenciar edema importante de una proptosis real y la sensación dolor verdadero en los niños pequeños. Las pruebas de imagen, aunque son de ayuda para diferenciar ambas entidades, algunas guías clínicas no la indican de rutina. Aunque se hace hincapié en la diferente puerta de entrada habitual (rinosinusitis en la postseptal y conjuntivitis en la preseptal) no se profundiza en las opciones de tratamiento ambulatorio en las preseptales, detallando en mayor medida la antibioterapia intravenosa empleada y la indicación de*

cirugía. Llama la atención que un 42.5% de las celulitis preseptales precisaron de ingreso, siendo mucho más frecuentes que las postseptales (95.5% del total). Además, la falta de un agente microbiológico identificado, otro factor que podría servir de guía en el tratamiento empírico, se incluye como una de las limitaciones del estudio.

- [Kingella kingae in Pediatric Bone and Joint Infections: The Diagnostic Value of Oropharyngeal Testing](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 45(3):p e87-e89, March 2026.

Se identificó ADN de *Kingella kingae* orofaríngeo en 16 de los 16 niños con infección ósea y articular (IOA) por *K. kingae* confirmada (sensibilidad del 100 %; intervalo de confianza del 95 %: 79-100) y en 33 de los 112 con IOA por *K. kingae* no confirmada (especificidad del 71 %; intervalo de confianza del 95 %: 61-79). Debido a su baja especificidad, los autores desaconsejan el uso de la prueba de ADN de *K. kingae* en la orofaringe como herramienta diagnóstica en niños con sospecha de IOA.

#### COMENTARIO

A destacar varios aspectos:

- Se da valor a la colonización faríngea por *Kingella Kingae* como precursor de la infección osteoarticular, con la diseminación hematógena como paso intermedio. En la serie, todos los niños con infección por *Kingella* estaban colonizados por la misma en orofaringe.

- No obstante, dada la elevada tasa de portadores, el valor predictivo positivo de la detección faríngea fue del 33% para correlacionar infección, por lo que se desaconseja el uso de dicha prueba.

- Se proponen pruebas prometedoras que sí podrían diferenciar la colonización de la infección, como podrían ser las herramientas de secuenciación metagenómica del ADN libre de células microbianas en plasma.

- [Listeriosis: Epidemiology and Clinical Aspects](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 45(3):p e90-e93, March 2026.

El agente causante de la listeriosis, *Listeria monocytogenes*, es un bacilo intracelular Gram positivo capaz de sobrevivir en condiciones especialmente extremas (bajas temperaturas, alta acidez y alta concentración de sal). Su tropismo placentario lo convierte en responsable de infecciones fetales y neonatales graves.

El espectro clínico abarca desde gastroenteritis leve autolimitada hasta manifestaciones invasivas graves. La listeriosis invasiva afecta principalmente a poblaciones de riesgo, como personas mayores, personas inmunodeprimidas, mujeres embarazadas y neonatos. Se caracteriza por tres síndromes clínicos distintos: bacteriemia, meningitis y listeriosis materno-neonatal. La listeriosis materno-neonatal se define por la identificación de *Listeria* en una muestra materna, fetal o neonatal.

*En el presente artículo se realiza un repaso de la listeriosis en la edad pediátrica, en cuanto a las características epidemiológicas, clínicas (tanto en período neonatal como fuera de éste), de diagnóstico, tratamiento y prevención de dicha infección. Se incide en la transmisión vertical dado que se siguen evidenciando casos que, aunque raros, es causa de enfermedad diseminada y meningitis en neonatos, siendo por encima del mes de vida una entidad excepcionalmente rara.*

- [Hemophagocytic Lymphohistiocytosis and Infections in Children: An Update.](#) *The Pediatric Infectious Disease Journal* 45(3):p e94-e98, March 2026.

El síndrome hemofagocítico (SHF), también conocido como síndrome de activación macrofágica, es un trastorno hiperinflamatorio poco frecuente y potencialmente mortal que se caracteriza por una activación inmunitaria excesiva. El síndrome se debe a una cascada de citocinas desregulada, lo que provoca una inflamación incontrolada, disfunción multiorgánica y una alta mortalidad si no se trata. Las infecciones suelen ser un factor desencadenante, especialmente en personas con predisposición genética subyacente. El reconocimiento precoz es fundamental, ya que la intervención rápida dirigida tanto al estado hiperinflamatorio como a la infección desencadenante, cuando sea posible, es esencial para mejorar los resultados. Esta revisión sintetiza la evidencia actual sobre la fisiopatología, los criterios diagnósticos y las estrategias terapéuticas para la SHF en niños, centrándose en el papel fundamental de las *infecciones en el inicio y la progresión de la enfermedad*.

#### COMENTARIO:

*El síndrome hemofagocítico se trata de una entidad de manejo hospitalario dada su potencial gravedad y la complejidad en el diagnóstico y el tratamiento, el pediatra general la debe conocer, sobre todo de cara a realizar un diagnóstico precoz que es crucial en el manejo tal y como se ha descrito anteriormente. Es de especial interés el afianzar los criterios diagnósticos, establecer la causalidad (primaria o secundaria) y conocer las estrategias terapéuticas <https://www.ispch.gob.cl/wp-novedosas>, así como las perspectivas futuras, todo ello incluido en el contenido que aborda el artículo. Resaltar que en nuestro medio una causa importante de síndrome hemofagocítico secundario es la infección por *Leishmania*.*

- [Indicación de cistografía en la edad pediátrica. Anomalías morfológicas y defectos funcionales](#) *An Pediatr (Barc)*. 2026;104: 504133.

#### Objetivo

Hasta la introducción de la ecografía, era regla tras la primera infección de la vía urinaria (IVU), la indicación universal de una urografía y de una cistografía. Los criterios actuales habituales se limitan a aspectos clínicos, de edad o sexo. Este trabajo pretende valorar la importancia de las pruebas básicas de la función renal para precisar la indicación de cistografía en la población pediátrica.

#### Pacientes y métodos

Estudio unicéntrico observacional, analítico, de exactitud diagnóstica, con estructura transversal en el que se incluyeron 175 niños estudiados por anomalías morfológicas en la ecografía o por padecer una o más IVU. Se ha empleado el término «anomalías morfológicas trascendentes» (AMT) en el que no se incluyeron los casos con diámetro anteroposterior de la pelvis menor de 2cm. Las pruebas básicas de función renal realizadas fueron la osmolalidad urinaria máxima (UOsm) y los cocientes urinarios albúmina/creatinina y NAG/creatinina.

## Resultados

El número de pacientes con cistografía normal fue 118; tenían reflujo vesicoureteral (RVU) los 57 restantes. Se objetivó una asociación estadísticamente significativa entre IVU y RVU. En 32/57 casos de RVU (56,1%) existían AMT. La UOsm máxima fue anormal en el 75% de los casos con RVU (43/57). Con la asociación «IVU+AMT trascendentes» el valor predictivo negativo (VPN) fue del 89% y el valor predictivo positivo del 49%, quedando sin diagnosticar 2 casos de RVU grado IV. Con la asociación «AMT o UOsm máxima reducida» se diagnosticaron todos los RVU graves (grados IV-V).

## Conclusiones

En los niños que han padecido IVU, si existen AMT no parece necesario determinar la UOsm máxima para indicar una cistografía. En los pacientes que no han padecido IVU la determinación de la UOsm máxima es útil para descartar la presencia de RVU grave. El estudio complementario de la función tubular renal junto a otras variables clínicas, analíticas y ecográficas, puede ayudar en la toma de decisiones que eviten realizar cistografías innecesarias.

## Casos clínicos

- [Primary Measles Infection](#) N Engl J Med 2026;394:906

Un hombre previamente sano presentó fiebre, náuseas y vómitos de 5 días de evolución, y sarpullido pruriginoso de 2 días de evolución. La exploración mostró un exantema compuesto por máculas diminutas y pápulas ligeramente elevadas.

*Comentario GPI: el sarampión es una infección muy contagiosa, y por lo tanto muy frecuente en los niños, hasta la generalización de la vacuna, en los años 60-70. En las siguientes décadas, y, gracias a la misma, ha sido una enfermedad poco común, aunque sin poder erradicarse, y en los últimos años en aumento, debido a las insuficientes tasas de vacunación motivadas por las guerras, los refugiados desplazados, la inmigración y el creciente rechazo a las vacunas. Para los pediatras y médicos clínicos es importante sospechar y reconocer esta entidad, que una mayoría no hemos ha tenido la oportunidad de diagnosticar, lo ha hecho escasas veces o hace tiempo. Este es el interés que deben haber encontrado en el caso los editores de NEJM, describiendo los síntomas y sobre todo mostrando el exantema, para considerar su publicación.*

- [Subacute Sclerosing Panencephalitis after Measles Infection](#). N Engl J Med 2026;394:e14

Un niño de 7 años fue hospitalizado con un historial de deterioro cognitivo y convulsiones de tres meses de duración. Había contraído sarampión a los siete meses de edad mientras vivía en una zona endémica de la infección.

- [A Rare and Forgotten Complication of Measles: A Case Report of Subcutaneous Emphysema and Pneumomediastinum and Literature Review](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 45(3):p e109, March 2026.

Se presenta el caso de una paciente de 12 años, sin vacunas administradas, con fiebre de hasta 40.5°C, tos y exantema de 3 días. Por crepitantes a la auscultación se realizó radiografía que demostró enfisema subcutáneo y neumomediastino con afectación intersticial bilateral. Se requirió de soporte respiratorio en unidad de cuidados intensivos. La serología de sarampión (IgM) fue positiva. Se administró ceftriaxona y vitamina A, con buena evolución y resolución de los hallazgos radiológicos a los 13 días.

Los autores realizan una búsqueda bibliográfica de otros casos de fuga extraalveolar en edad pediátrica, con tasas de mortalidad de hasta el 44-50%. La vacunación frente al sarampión previene, por tanto, el desarrollo de complicaciones tan severas como la descrita.

- [Images in paediatrics: Pneumococcal sepsis and subsequent limb deformities](#). Archives of Disease in Childhood 2026;111:285.

Una niña de dos años y medio completamente inmunizada presentó fiebre, púrpura, disminución de la conciencia e hipotensión (65/48 mm Hg) por choque séptico. Requirió intubación, líquidos intravenosos, ceftriaxona y una infusión de epinefrina. Se detectó *Streptococcus pneumoniae* en la PCR de sangre. La identificación molecular del serotipo directamente de la sangre no estaba disponible, y los cultivos de sangre, tomados después de la administración de antibióticos, fueron estériles. La radiografía de tórax reveló dextrocardia, confirmada en la ecocardiografía. La ecografía mostró situs inversus con asplenia. Después de la recuperación, se inició profilaxis con penicilina V. No tenía rasgos dismórficos, anomalías en las extremidades u otros órganos. Aparte de los cuerpos de Howell-Jolly, el perfil inmunológico completo fue normal y la prueba de VIH fue negativa. A los 7 años, desarrolló deformidades en las extremidades ( [figura 1](#) ). Las radiografías mostraron una fusión epifisaria prematura del radio izquierdo y la tibia derecha ( [figura 2](#) ), confirmada mediante resonancia magnética, que requirió epifisiodesis (fusión de la placa de crecimiento).

- [Acral Peeling Skin Syndrome](#). The Journal of Pediatrics, Volume 290, 114963

Una niña de 4 años presentó síntomas de descamación cutánea en manos y pies. Nació tras un embarazo y parto normal de padres no consanguíneos. Las primeras lesiones cutáneas aparecieron a los 5 meses, presentándose como ampollas superficiales. Los episodios asintomáticos se presentaban entre 5 y 6 veces al año. La madre observó que la humedad y el contacto con el agua exacerbaban las lesiones. Se consultó a

numerosos pediatras, pero ninguno logró establecer un diagnóstico. Un año antes de la consulta actual, un dermatólogo regional consideró seriamente la posibilidad de una dermatitis de contacto, probablemente de tipo irritativo. La niña fue tratada con ungüento tópico de aceponato de metilprednisolona al 0,1%, que solo produjo una mejoría temporal. En la exploración física, se observó descamación y descamación en las palmas, dedos y plantas de los pies. Además, se observaron ampollas flácidas y ampollas. Algunas lesiones estaban en fase de resolución, dejando eritema residual. No se observaron síntomas generales asociados. Las lesiones en diferentes etapas de evolución se muestran en [las Figuras A-D](#). Otras áreas de la piel, así como las mucosas, las uñas y el cabello, permanecieron intactas. Se planteó la sospecha clínica de síndrome de descamación cutánea acral (SSCAP) y se remitió al niño para una prueba genética, que confirmó el diagnóstico, revelando una mutación p.Gly113Cys en ambos alelos del gen *TGM5*. Se informó a los padres sobre la naturaleza de la afección y se recomendó el uso continuo de emolientes.

Comentario GPI: No se trata de una enfermedad infecciosa pero se incluye porque podría figurar en el diagnóstico diferencial de enfermedades exantemáticas.

- [Not Just Depression: A Delayed Diagnosis of HIV Dementia in an Adolescent Boy](#). *Pediatrics* (2026) 157 (3): e2025071517.

Se describe el caso de un adolescente varón que inicialmente presentó síntomas neuropsiquiátricos compatibles con un trastorno depresivo mayor. Debido a la presentación clínica, el diagnóstico de fondo, demencia asociada al VIH, sufrió un retraso significativo. El paciente presentaba un deterioro progresivo en las funciones cognitivas, motoras y del comportamiento, las cuales fueron malinterpretadas inicialmente como problemas de salud mental comunes en la adolescencia. Se resalta la necesidad de que los pediatras mantengan un alto nivel de sospecha y consideren diagnósticos diferenciales amplios y una evaluación diagnóstica adecuada para jóvenes en riesgo con trastornos psiquiátricos conocidos. Es fundamental identificar a los jóvenes en riesgo de forma temprana para prevenir la progresión y la gravedad de la enfermedad.

- [Hospital-Acquired Citrobacter Meningitis Complicated by Pneumocephalus in a Neonate](#) *Pediatrics* (2026) 157 (3): e2025072882.

Se informa del caso de una lactante prematura ingresada en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) por dificultad respiratoria que desarrolló fiebre alta y sepsis. Los resultados del hemocultivo fueron positivos para *C. koseri*, generalmente patógeno de naturaleza nosocomial. Presentó un rápido deterioro neurológico con convulsiones, y una tomografía computarizada craneal mostró un neumoencefalia extenso. A pesar de los cuidados intensivos, la lactante falleció a los 17 días. La autopsia y la histología revelaron meningitis purulenta generalizada y meningoencefalitis, neumoencefalia, hemorragias cerebrales, edema agudo y dilatación ventricular.

- [EBV-associated Vulvar Ulcer Following Receptive Oral Sex in an Adolescent: A Case Suggesting Possible Sexual Transmission.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(3):p e99-e101, March 2026.

En contexto de fiebre de 5 días, otalgia y odinofagia, una adolescente de 17 años presentó úlceras en labios menores vulvares que empeoraron a pesar de tratamiento con aciclovir oral y corticoide tópico, dada la sospecha inicial de herpes genital. No refería antecedentes de penetración vaginal pero sí de sexo oral un mes antes. A la exploración, asociaba amigdalitis con adenopatías laterocervicales y hepato-esplenomegalia. En analítica inicial presentó trombocitopenia (111.000/ mcl), elevación de Proteína-C-Reactiva (5.93 mg/dl) y VSG (40 mm/h) con perfil hepático normal. Las pruebas microbiológicas descartaron VIH, sífilis, herpes, citomegalovirus, Chlamydia y Mycoplasma. También se descartaron enfermedades inmunológicas. En analítica de control presentó elevación de transaminasas (GOT 465 U/L, GPT 564 U/L) y linfocitosis con linfocitos atípicos. Se confirmó infección aguda por virus de Epstein-Baar (VEB) por PCR en sangre y exudado vulvar, con posterior seroconversión a las 2 semanas. La clínica se resolvió por completo en 3 semanas.

En el artículo se aboga por incluir la infección por VEB ante la presencia de lesiones genitales, especialmente en los adolescentes y ante síntomas sugestivos. Se debe realizar diagnóstico diferencial con infecciones de transmisión sexual. El cuadro clínico referido (úlceras de Lipschütz) puede desencadenarse por la infección por el VEB, aportando varias hipótesis patogénicas: inmunocomplejos, aumento de la inflamación local y citolisis mediada por el mismo virus. Este último supuesto es el que se piensa como más probable en el caso, dado el hallazgo de ADN viral en la misma lesión. Aunque el VEB puede estar presente en secreciones genitales (hasta en el 20% en mujeres) se postula la transmisión directa oral-genital como el mecanismo implicado en el caso.



- [Temporal Myositis Associated With Adenovirus Infection in a Child: A Case Report.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(3):p e79-e80, March 2026.

Se expone el caso de un varón de 3 años con fiebre alta de 6 días, odinofagia y tos. En la exploración física, además de exudados amigdalares, llamaba la atención la inflamación bilateral a nivel temporal sin dolor aparente a la movilización mandibular. En analítica de sangre se evidenció elevación de Proteína-C-Reactiva (6.24 mg/dl) y CK (700 u/l). Se detectó adenovirus por reacción en cadena de polimerasa en exudado faríngeo. Otros virus (gripe A y B, Epstein-Barr) fueron negativos. En ecografía se vio edema e hiperecogenicidad en ambos músculos temporales. El diagnóstico fue de miositis temporal bilateral secundaria a infección por adenovirus.

Los autores desarrollan distintos puntos interesantes en la discusión:

- Lo raro del adenovirus como causante de miositis, más típica de otros virus como el de la gripe. Complicaciones más relacionadas a adenovirus pueden ser la hepatitis y la miocarditis.
  - La localización atípica dado que la afectación muscular en casos de la miositis pediátrica suele darse en miembros, sobre todo en los inferiores.
  - Si se presenta un caso de miositis temporal, tanto bilateral como unilateral, es importante el diagnóstico diferencial con otros cuadros, entre ellos las neoplasias, también procesos odontológicos e inflamatorios. En la literatura existe un caso de miositis bilateral en una niña de 6 años como manifestación de una leucemia mieloide aguda como diagnóstico definitivo.
- [When Travel Leaves a Mark: Blistering Feet in a Ten-year-old Boy After a Trip to the Sahel](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 45(3):p 291-294, March 2026.

Presentan el caso de un niño de 10 años residente en Bélgica quien consultó por lesiones erosionadas pruriginosas en pie derecho de 10 días de evolución, tras regreso de viaje a Mali para visitar a familiares 2 semanas antes. Estuvo en zona rural, en una granja y caminó descalzo. El resto de exploración fue normal. Se descartó monkeypox por PCR en lesiones negativa. Se empezó flucloxacilina oral previa recogida de cultivos bacterianos de las lesiones, en los cuales se aislaron *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* y *Corynebacterium diphtheriae*. Se añadió al tratamiento eritromicina tras comprobar susceptibilidad por antibiograma. Se realizaron 14 días en total de tratamiento. Se descartó el estado de portador nasofaríngeo y la presencia de otras lesiones en el paciente y sus convivientes. Se realizó profilaxis con azitromicina a dos trabajadores médicos en contacto con el niño en Urgencias que cumplieron criterios de exposición.

Se trata de un caso de difteria cutánea con coinfección por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*. Dicho cuadro clínico se debe incluir en el diagnóstico diferencial del paciente viajero que regresa con lesiones cutáneas, el cual incluye infecciones habituales (impétigo, celulitis), víricas o paravíricas habituales (exantema coxsackie, Gianotti-crosti), micobacterias no tuberculosas, monkeypox, leishmaniasis

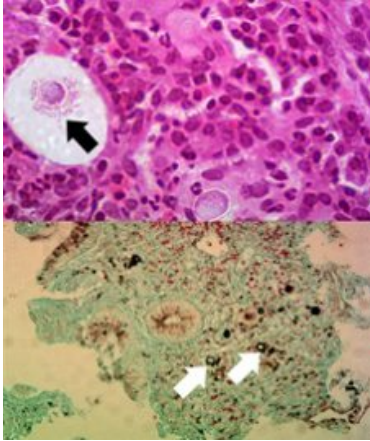
cutánea, *Tunga penetrans* (infestación por moscas de la arena) y cuadros potencialmente fatales como la infección cutánea gangrenosa por *Clostridium perfringens* o por *Bacillus anthracis*. En cuanto a *Corynebacterium diphtheriae*, en la infección cutánea su mecanismo de transmisión es por contacto directo con lesiones infectadas en humanos o material contaminado, a diferencia de la infección cutánea por *Corynebacterium ulcerans*, que constituye una zoonosis (de animales a humanos). Puede crecer mal en medios habituales, siendo de utilidad las técnicas moleculares. El estudio de la toxina es de utilidad sobre todo en cuadros respiratorios severos dada la existencia de un tratamiento neutralizador específico. Especificar que el paciente estaba correctamente vacunado según el calendario belga que incluye cobertura frente a difteria en pauta 3+1.



- [Is It Inflammatory Bowel Disease?: A Case of Pediatric Intestinal Paracoccidioidomycosis Resembling Crohn's Disease in an Immunocompetent Infant.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(3):p e102-e104, March 2026.

Se expone el caso de una niña de 4 años que residía en Brasil. Presentó diarrea acuosa y sanguinolenta de 9 meses de evolución con, dolor abdominal, vómitos y pérdida de peso. En analítica presentaba anemia microcítica y elevación de reactantes en fase aguda (Proteína-C-Reactiva, VSG). Había recibido dos ciclos antibióticos (trimetoprim-sulfametoxazol y metronidazol) con mejoría parcial y transitoria. Se descartó parasitosis, enfermedad de Chagas, VIH y alergias alimentarias. Se realizó TAC torácico que fue normal. En endoscopia se evidenciaron signos de colitis inflamatoria por lo que se instauró tratamiento para enfermedad inflamatoria intestinal. No obstante, dado el hallazgo en anatomía patológica de graunolomas junto con quistes con morfología de “rueda de timón de barco” se inició anfotericina B liposomal. Finalmente, la serología en sangre de *Paracoccidioides brasiliensis* (IgG) fue positiva. Tras 21 días de tratamiento se pasó a trimetoprim-sulfametoxazol oral para realizar 12 meses en total, con respuesta clínica satisfactoria.

Se hace énfasis en la inclusión de la paracoccidioidomicosis en el diagnóstico diferencial ante la presencia de signos inflamatorios subagudos en el sistema gastrointestinal, que puedan simular una enfermedad inflamatoria intestinal, en pacientes procedentes de zonas endémicas. El diagnóstico se apoya en los hallazgos histopatológicos típicos (modularidad mucosa, granulomas), tinciones específicas para hongos y en la serología. El diagnóstico diferencial también incluye otras entidades infecciosas (tuberculosis, citomegalovirus) y no infecciosas (sarcooidosis, linfoma).



- [Uncommon Manifestation of Tuberculosis: Sclerosing Encapsulating Peritonitis in an Adolescent Girl.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(3):p e111-e112, March 2026.

Caso de la India de una paciente de la India de 12 años sin antecedentes de interés con vómitos y estreñimiento de 1 semana. Asociaba pérdida de peso e inapetencia. A la exploración se evidenció delgadez, palidez y dolor a la palpación con defensa abdominal en cuadrante superior derecho. En analítica se vió anemia de 9.2 g/dl y elevación de VSG a 62 mm/h. El Mantoux fue de 15 mm y la serología de VIH negativa. En TAC se evidenció ascitis loculada en el lado derecho, peritoneo engrosado con realce, adenopatía mesentérica, endurecimiento del epiplón y asas del intestino delgado agrupadas y recubiertas por un saco fibroso, lo que sugiriendo una peritonitis encapsulante esclerosante. Aunque no se confirmó microbiológicamente (PCR de tuberculosis negativa en jugos gástricos, la evolución clínica fue favorable con tratamiento antituberculoso.

Se describe la tuberculosis como causa a tener en cuenta en un paciente con datos de obstrucción intestinal subaguda, sobre todo si existen factores de riesgo.



- [Pediatric Orbital Tuberculosis: Highlighting the Role of Zoonotic Exposure.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(3):p e104-e106, March 2026.

Caso reportado desde hospital de Turquía de un varón de 15 años con historia de adenopatías cervicales múltiples de 6 meses de evolución que asociaba ptosis, diplopia, visión borrosa y lagrimeo de ojo izquierdo. Había trabajado previamente como pastor y uno de los animales había fallecido un año antes por tuberculosis. En la ecografía las adenopatías presentaban áreas necróticas con inflamación periférica. Analítica, radiografía y ecografía de tórax normales. Presentó un Mantoux de 17 mm con IGRA positivo. BAAR, PCR de tuberculosis y cultivo para micobacterias negativos. Por resonancia magnética se evidenciaron datos de infección granulomatosa en región orbitaria, lacrimal y palpebral, además de signos de neuritis óptica ipsilateral. Se realizó estudio de líquido cefalorraquídeo que fue normal. Se realizó tratamiento antituberculoso, asociando corticoides, con evolución favorable clínica y radiológicamente.

Este caso es un ejemplo de tuberculosis de probable transmisión zoonótica. Aunque no se identificó el bacilo, dicha entidad suele ser causada por *Mycobacterium bovis* o *caprae*, existiendo antecedente de contacto con ganado o consumo de leche no pasteurizada, lo cual se debe de incluir en una correcta anamnesis.



- [Mycoplasma hominis toe osteomyelitis: a rare and unusual bone infection.](#) Lancet Infect Dis 2026; 26: e207–08.

Niña de 7 años con clínica de 2 años de uña encarnada con inflamación y exudado que incapacitaba para las actividades deportivas y el uso de calzado. La sintomatología persistía pese a varias intervenciones y tratamiento con fluoxacilina y amoxicilina-

clavulánico orales en varios ciclos. Mediante radiografía se obtuvo imagen sugestiva de osteomielitis, por lo que ingresó con flucloxacilina intravenosa, ante el crecimiento inicial en exudado de *Staphylococcus lugdunensis*, con cambio a clindamicina intravenosa por sospecha de alergia. En muestra de tejido de desbridamiento local se aisló *Mycoplasma hominis* mediante PCR y cultivo, el cual presentó resistencia a macrólidos por lo que se mantuvo clindamicina con posterior paso a oral para completar 4 semanas en total. La evolución clínica fue favorable.

El *Mycoplasma hominis* se trata de un germen comensal del tracto genital, que causa infecciones genitales de forma excepcional, más aún de la índole de una osteomielitis y en un paciente inmunocompetente como en el caso. Aun así, se debería tener en mente ante infecciones osteoarticulares que no responden a tratamiento de primera línea.



- [Diagnóstico diferencial de edema periorbitario en drepanocitosis](#). An Pediatr (Barc). 2026;104: 504082. **OK**

Paciente de 8 años con enfermedad de células falciformes homocigota (sin antecedentes familiares), tratada con amoxicilina profiláctica, hidroxiurea y ácido fólico, en seguimiento anual y con un ingreso previo por crisis vasooclusiva en pierna, sin otros antecedentes. Ingresa con sospecha de crisis vasooclusiva en extremidades y abdominalgia en hospital de origen, y se deriva a nuestro centro por deterioro progresivo, con fiebre, hepatomegalia y esplenomegalia hasta cresta ilíaca, así como tumefacción dolorosa periocular bilateral, sin flogosis ni alteración visual ([fig. 1](#)) Sospecha de secuestro esplénico y celulitis orbitaria<sup>1,2</sup>, se administran oxigenoterapia, analgesia en perfusión continua de morfina, dos transfusiones de hematíes y antibioterapia endovenosa. TAC de órbita ([fig. 2](#)) con componente de partes blandas en región periorbitaria externa bilateral, siguiendo el margen óseo y con extensión posterior, compatible con posible hematopoyesis extramedular o proceso linfoproliferativo. RMN craneal ([fig. 3](#)) descarta afectación nerviosa mostrando áreas sugestivas de infarto en alas mayores esfenoideas y efusiones hemorrágicas secundarias<sup>3</sup>. Hemocultivo y serología a VEB negativos. Se orienta como infarto óseo y se suspende antibioterapia, con mejoría clínica completa a los siete días.

Comentario GPI: se incluye por tratarse de una sospecha de celulitis orbitaria, si bien teniendo en cuenta la patología de base, el origen del edema orbitario, no fue infeccioso.

- [Lesión cutánea: la importancia de los antecedentes epidemiológicos](#) An Pediatr (Barc). 2026;104: 504086.

Niño de 2 años, previamente sano, que consultó en Urgencias por un nódulo eritematoso e indoloro de 2x1,5cm en el lóbulo auricular izquierdo de 1mes de evolución, tratado con corticoide tópico sin mejoría ([fig. 1A](#) y [B](#)). Afebril y sin otros síntomas. Antecedente de mordedura por garrapata en la región retroauricular izquierda hacía 4meses, mientras estaba de viaje en Suiza, sin recibir profilaxis antibiótica. Se realizó serología de *Borrelia burgdorferi*, presentando IgG positiva que se confirmó mediante Western blot realizado en el Centro Nacional de Microbiología. Fue diagnosticado de linfocitoma cutis y recibió amoxicilina oral a 50mg/kg/día durante 28días con mejoría clínica ([fig. 2](#)).

- [Corynebacterium kroppenstedtii and granulomatous mastitis: The importance of recognizing when normal flora matters](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2026;44:503101. **Son 3 mujeres adulta de 26 a 49 años, en uno parece que coincide con embarazo y otra antecedente de LM pero no veo claro que coincida con la infección. Yo creo que este artículo se sale de nuestro campo. Yo lo dejaría por lo que pongo abajo.**

*Corynebacterium kroppenstedtii* es un bacilo gram positivo, no esporulado, inmóvil y lipofílico que forma parte de la flora habitual de la piel humana. La mastitis granulomatosa es una infección inflamatoria benigna de la mama cuyo diagnóstico y tratamiento son complejos. Son numerosos los estudios que relacionan a *Corynebacterium kroppenstedtii* con esta patología.

## Métodos

Se realizó una revisión clínica de tres pacientes con mastitis granulomatosa por *Corynebacterium kroppenstedtii*, identificado mediante MALDI-TOF MS y se testó la sensibilidad antibiótica combinando métodos disco-placa y tiras de gradiente de difusión siguiendo criterios EUCAST y CLSI.

## Resultados

En los tres casos se aisló en cultivo puro *Corynebacterium kroppenstedtii* y los resultados de sensibilidad fueron similares en la mayoría de antibióticos, exceptuando una sensibilidad variable a clindamicina y tetraciclina.

## Conclusiones

*Corynebacterium kroppenstedtii* es un microorganismo implicado en la etiopatogenia de la mastitis granulomatosa y su aislamiento debe valorarse en pacientes afectadas por esta patología.

*Comentario: me han surgido las dudas de la posible transmisión y riesgos para el bebé en caso de lactancia materna, adjunto lo que he encontrado:*

*No se ha documentado la transmisión de *C. kroppenstedtii* a través de la lactancia materna y la evidencia disponible sugiere que puede continuarse en la mayoría de los casos si las madres reciben tratamiento y si se puede asegurar que la boca del bebé no entre en contacto con el pus de la mama. La higiene de manos y los cuidados de la herida son fundamentales.*

### Para ampliar

- [Does the presence of bladder debris suggest urine infection in children?](#) *Archives of Disease in Childhood* 2026;**111**:283-284.

### Pregunta clínica estructurada

En niños menores de 5 años (paciente), ¿se correlaciona la presencia de residuos en la vejiga (exposición) o la ausencia de residuos (comparación) con la presencia de un cultivo de orina positivo (resultado)?

### Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica en OVID MEDLINE hasta el 1 de enero de 2025 utilizando la siguiente estrategia: (debris.ab o particule.ab) Y (UTI o urinary tract infec\* o urinary infec\* o bacteriuria o urinalysis o cystitis). Los resultados se limitaron al año 1990 en adelante. Se identificaron 92 artículos únicos y se seleccionaron por título y resumen. Se incluyeron los artículos si el estudio incluía a niños menores de 18 años y datos sobre cohortes con restos vesicales en la ecografía del tracto urinario, comparados con los resultados del análisis de orina. Se excluyeron los estudios de casos y los artículos escritos en un idioma distinto del inglés o cuyo texto completo no estuviera disponible. Se encontró un artículo adicional a través del motor de búsqueda de Google.

### Comentario

En comparación con las infecciones de otras localizaciones, las ITU en niños suelen generar incertidumbres, lo que puede provocar ansiedad y confusión en los padres sobre si su hijo realmente tuvo una ITU o qué pueden significar los hallazgos inespecíficos. Las incertidumbres surgen en torno a quién debe someterse a una recogida de muestra de orina, cómo se recoge la orina y si los resultados equivalen a una infección urinaria.<sup>1</sup> Se recomienda la ecografía del riñón, el uréter y la vejiga para los niños de alto riesgo tras una infección urinaria, pero las guías nacionales rara vez especifican qué anomalías se buscan, remitiéndose a la opinión de un especialista cuando no es así ni acuden a los servicios de urgencias presentan residuos en la vejiga en la ecografía.<sup>3 4</sup> De manera similar, los perros que acudieron a una universidad veterinaria en Irán tenían siete veces más probabilidades de presentar un cultivo de

orina positivo cuando la ecografía de vejiga mostraba pequeños focos ecogénicos (partículas flotantes).<sup>5</sup>

Encontramos un total de tres estudios con niños, todos retrospectivos y con su sesgo inherente, especialmente porque los estudios no siempre especificaban cómo se seleccionaban los grupos de control (tabla 1). Ninguno mostró una asociación entre los restos en la vejiga y los cultivos de orina positivos. El primero se basó en resultados radiológicos sin el contexto clínico de si los niños presentaban síntomas activos de infección urinaria, y casualmente se les realizó un cultivo de orina en torno a la fecha de la ecografía.<sup>6</sup>

- [Complications and mortality of typhoid fever: an updated global systematic review and meta-analysis](#). Lancet Infect Dis. 2026 Mar;26(3):270-283

## INTRODUCCIÓN

Se necesitan estimaciones actualizadas de la prevalencia de complicaciones y la tasa de letalidad entre los pacientes con fiebre tifoidea para informar sobre la prevención y el control de esta enfermedad. Con el fin de respaldar las decisiones a nivel nacional sobre la prevención y el control de la fiebre tifoidea con estimaciones actuales de morbilidad y mortalidad, actualizando la revisión previa de 2020.

## MÉTODOS

Realizamos una revisión sistemática y un metaanálisis de estudios observacionales no quirúrgicos (fiebre tifoidea) y quirúrgicos (perforación intestinal por fiebre tifoidea [PIFT]) y grupos de control de ensayos de vacunas que informaban sobre las complicaciones o la mortalidad por fiebre tifoidea. Realizamos búsquedas en PubMed, Web of Science y ocho repositorios de preimpresiones utilizando las palabras clave *Salmonella typhi*, mortalidad, letalidad, fallecido, muerte, complicaciones, perforación y hemorragia, para encontrar informes publicados entre el 1 de enero de 1980 y el 11 de junio de 2025, ambos inclusive. Se extrajeron datos resumidos de los informes publicados. Sintetizamos la prevalencia de complicaciones individuales predefinidas, agrupamos las estimaciones de la tasa de letalidad mediante un metaanálisis de efectos aleatorios y estratificamos las prevalencias por región de las Naciones Unidas, subregión, entorno de reclutamiento y grupos de edad.

## RESULTADOS

De los 167 informes incluidos, 106 (63 %) procedían de la revisión de 2020 y 61 (37 %) de las búsquedas actualizadas. 119 (71 %) informes no quirúrgicos proporcionaron datos de 160 centros de estudio entre 29 933 pacientes con fiebre tifoidea, y 48 (29 %) informes quirúrgicos proporcionaron datos de 62 centros de estudio entre 4486 pacientes con PIFT. El delirio o la confusión fueron las complicaciones más frecuentes de la fiebre tifoidea, notificadas en 706 (26,5 %) de los 2662 casos de fiebre tifoidea. Se notificaron TIP en 108 (1,7 %) de los 6362 casos de fiebre tifoidea. La tasa de mortalidad por fiebre tifoidea combinada global fue del 2,1 % (IC del 95 %: 1,7-2,7). La tasa combinada de mortalidad por fiebre tifoidea fue del 2,9 % (1,1-7,1; I<sup>2</sup> = 70,0 %) en

América, del 4,7 % (3,1-6,8; I2 = 62,6 %) en África y del 1,2 % (1,0-1,7; I2 = 57,6 %) en Asia; 2,3 % (1,8-3,0; I2 = 77,7 %) en los centros de reclutamiento basados en instalaciones; 0,9 % (0,5-1,7; I2 = 0,0 %) en los centros de reclutamiento basados en la comunidad; y 2,7 % (1,8-4,0; I2 = 73,4 %) entre los pacientes de 15 años o menos, y del 1,8 % (1,3-2,4; I2 = 70,6 %) para edades mixtas. La tasa de mortalidad global combinada del PIFT fue del 16,3 % (13,4-20,0).

## INTERPRETACIÓN

Identificamos una morbilidad y mortalidad sustanciales y continuadas debidas a la fiebre tifoidea en África y Asia, en centros sanitarios y en todos los grupos de edad. Esta evidencia actualizada puede utilizarse para respaldar las decisiones sobre medidas vacunas y no vacunas para prevenir y controlar la fiebre tifoidea y la PIFT.

## COMENTARIO

*Se ha incluido el presente artículo en nuestra bibliografía dado que, a pesar de tratar una entidad no endémica en España, la pueden padecer pacientes que provengan de dichas regiones. Además, como se detalla en el estudio, los pacientes pediátricos (menores de 15 años) presentan una mayor tasa de mortalidad relacionada). Se pone también el foco en la protección mediante la vacunación, lo cual es también aplicable como medida preventiva a pacientes que viajan por ocio a dichos países.*

- [Global, regional, and national burden of Chagas disease, 1990–2023: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2023](#). Lancet Infect Dis. 2026 Mar;26(3):284-301.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas es una enfermedad tropical desatendida causada por el protozoo *Trypanosoma cruzi*, transmitida principalmente por insectos infectados, pero también a través de alimentos contaminados, transfusiones, transmisión congénita y trasplantes de órganos. La enfermedad de Chagas tiene fases agudas y crónicas; la fase crónica puede aparecer décadas después de la infección y provocar complicaciones como insuficiencia cardíaca, arritmias y megaviscerales. Las estimaciones precisas de la mortalidad y la morbilidad se ven obstaculizadas por la falta de notificación y la clasificación errónea. Se necesitan estimaciones completas y actualizadas para mejorar las evaluaciones globales de la carga de la enfermedad de Chagas. El objetivo es proporcionar una descripción completa de la carga global y regional de la enfermedad de Chagas y sus tendencias desde 1990 hasta 2023.

## MÉTODOS

En este análisis sistemático para la Carga Global de Enfermedades, lesiones y factores de riesgo (CGLFR) 2023, se han elaborado estimaciones de las muertes por enfermedad de Chagas, los años de vida perdidos (AVP), la prevalencia, la incidencia, los años vividos con discapacidad (AVD) y los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) para 204 países y territorios desde 1990 hasta 2023, por edad y sexo. Las estimaciones

del CGLFR 2023 sustituyen a las estimaciones anteriores para todos los años. Para las estimaciones de mortalidad, ajustamos un modelo conjunto de causas de muerte a los datos del registro civil. Para las estimaciones no mortales en lugares endémicos, realizamos una revisión sistemática de los datos de seroprevalencia, definiendo un caso confirmado como un diagnóstico confirmado de infección por *T. cruzi* mediante dos pruebas positivas diferentes (o una sola prueba ELISA o inmunocromatográfica). Tras ajustar la población en riesgo, utilizamos un modelo compartimental bayesiano (DisMod-MR) para producir las estimaciones. Para las zonas no endémicas, estimamos la prevalencia basándonos en los patrones migratorios y la prevalencia estimada de los países endémicos. Se utilizaron la prevalencia de secuelas agudas y crónicas y las correspondientes ponderaciones de discapacidad para calcular los AVAD.

## RESULTADOS

Se estimó que en 2023 habría 10,5 millones (intervalo de incertidumbre del 95 %: 9,4-11,7) de casos prevalentes de enfermedad de Chagas en todo el mundo, lo que supone una disminución del 16,1 % (12,6-19,2) en comparación con 1990. La tasa de prevalencia mundial de la enfermedad de Chagas estandarizada por edad disminuyó un 55,0 % (53,8-56,1) entre 1990 y 2023, con una disminución de las tasas en todas las regiones endémicas. Las tasas más altas de prevalencia de la enfermedad de Chagas estandarizadas por edad en 2023 se registraron en el sur de América Latina (2485,9 [2249,6-2707,7] por 100 000) y en la región andina de América Latina (2313,8 [2093,7-2570,1] por 100 000). Las regiones no endémicas experimentaron aumentos notables en la prevalencia debido a la migración desde los países endémicos. La distribución por edades de los casos cambió con el tiempo, alcanzando su punto máximo en edades más avanzadas en 2023 (entre 45 y 65 años) en comparación con 1990 (30-45 años). En 2023, se registraron 352 000 (308 000-398 000) nuevos casos de enfermedad de Chagas en todo el mundo, con una disminución de la tasa estandarizada por edad del 55,1 % (53,4-56,6) desde 1990. En 2023 se produjeron 8420 (7480-9360) muertes en todo el mundo. La mortalidad estandarizada por edad disminuyó un 72,5 % (68,9-75,4) a nivel mundial entre 1990 y 2023. En 2023, las tasas de mortalidad estandarizadas por edad más altas se registraron en América Latina tropical (2,2 [1,9-2,4] por 100 000) y América Latina andina (0,92 [0,70-1,2] por 100 000).

## INTERPRETACIÓN

Las estimaciones de la enfermedad de Chagas del CGLFR 2023 son notablemente más altas que las estimaciones anteriores del CGLFR, lo que refleja datos adicionales y mejoras metodológicas, así como las publicadas por la Organización Panamericana de la Salud. No obstante, estas estimaciones actualizadas muestran una disminución de la prevalencia y la incidencia en los países endémicos, lo que pone de relieve la importancia del desarrollo socioeconómico, las condiciones de vivienda y las políticas de control de vectores. Por el contrario, el aumento de la prevalencia en los países no endémicos, debido principalmente a la migración, requiere nuevas estrategias de detección, reconocimiento precoz y acceso a la atención sanitaria. Aunque la marcada disminución de la mortalidad y los AVP podría deberse a un mejor acceso a la atención

sanitaria en diferentes niveles, el cambio en la distribución por edades pone de relieve la importancia de preparar y financiar los sistemas de salud para atender a las poblaciones de edad avanzada con secuelas graves. Por último, el perfeccionamiento continuo de la calidad de las fuentes de datos, incluida una codificación y clasificación adecuadas, es fundamental para la precisión de las estimaciones mundiales, que en última instancia pueden impulsar las políticas sanitarias y sociales.

#### COMENTARIO

*Estudio extenso que describe la situación global actual de la Enfermedad de Chagas. Es una entidad que, pese a que su vector de transmisibilidad no se encuentra en nuestro medio, ha presentado un incremento en su incidencia fuera de las regiones endémicas dado los movimientos migratorios. España recibe a un gran número de inmigrantes procedentes de dichas áreas, siendo la transmisión vertical el mecanismo principal en las madres que dan a luz en nuestro país. Por ello, el cribado durante el embarazo y en los pacientes inmigrantes procedentes de dichas regiones, es crucial para evitar el desarrollo de dicha enfermedad y sus complicaciones, dado que además se puede comportar de forma asintomática durante muchos años de forma inicial y es tratable.*

- [Concordance of Pathogenic Bacteria in the Upper and Lower Airway in Children With Severe Viral Lower Respiratory Tract Infections.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(3):p 203-208, March 2026.

#### INTRODUCCIÓN

Las infecciones virales del tracto respiratorio inferior (ITRIs) son una de las principales causas de mortalidad entre los niños. Las coinfecciones bacterianas en las ITRI virales se asocian con resultados clínicos graves. Identificar la afectación bacteriana de las vías respiratorias inferiores en las ITRI virales es un reto. El objetivo fue definir la concordancia de la detección bacteriana entre muestras pareadas de hisopos nasofaríngeos superiores y muestras de las vías respiratorias endotraqueales inferiores en niños con ITRI virales graves.

#### MÉTODOS

Muestra de conveniencia de niños menores de 5 años intubados con ITRI. Los niños fueron incluidos en el estudio en las 48 horas siguientes a su ingreso en la UCI, y se obtuvieron muestras de NP/ETA para la detección de *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Staphylococcus aureus*. La concordancia se evaluó mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI), según el virus respiratorio y la edad. También se evaluaron los resultados clínicos.

#### RESULTADOS

Entre 2017 y 2021, se inscribieron 76 niños [edad media: 2,1 (1,2-4,3) meses]. El virus respiratorio más común fue el virus respiratorio sincitial (VRS) (73,7 %). La concordancia general para la detección bacteriana fue alta para *M. catarrhalis*, *H. influenzae* y *S. pneumoniae* (CCI  $\geq 0,75$ ), pero baja para *S. aureus* (CCI 0,36). Las tasas de

detección variaron según el patógeno viral, y *M. catarrhalis* y *S. pneumoniae* mostraron la mayor concordancia en niños con VRS. La concordancia fue mayor en lactantes menores de 6 meses. Se observó intubación prolongada en niños con VRS y codetección de *S. pneumoniae* o *H. influenzae* en la nasofaringe.

## CONCLUSIONES

La concordancia fue alta para *M. catarrhalis*, *H. influenzae* y *S. pneumoniae*, pero no para *S. aureus*, y se vio influida por la etiología viral y la edad. Estos hallazgos sugieren la aplicabilidad de los hisopos nasofaríngeos como sustitutos de los cultivos de las vías respiratorias inferiores para combinaciones específicas de bacterias y virus en niños con ITRI grave.

## COMENTARIOS

*El estudio investiga la relación virus-bacteria en las infecciones. Es más reconocido el concepto de sobreinfección bacteriana, pero en este caso se resalta la predisposición a una infección vírica más severa según la colonización bacteriana de cada individuo. De forma curiosa, en contra de lo que se pudiera deducir, en el estudio se manifiesta que este fenómeno es más evidenciable en niños pequeños (menores de 12 años) y especialmente en el caso de la infección por VRS. Como posible limitación en los resultados se detalla la dificultad para diferenciar una infección activa de una reciente mediante los tests empleados. Además, no se determina las posibles implicaciones en el manejo, aunque las caracterizan como punto a investigar en el futuro.*

- [The Role of Expanded Targeted Testing in Enhancing Early Detection of Congenital Cytomegalovirus: A Cohort Study.](#) *Pediatr Infect Dis J.* 2026 Mar 1;45(3):264-270.

## INTRODUCCIÓN

Ante la falta de consenso sobre el cribado universal del citomegalovirus congénito (CMVc) en recién nacidos, las instituciones han adoptado la estrategia de realizar pruebas a los bebés derivados del cribado auditivo neonatal (CAN). El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de un protocolo ampliado de pruebas de CMVc en la detección del CMVc, el rendimiento diagnóstico de diversas indicaciones de pruebas y la tasa de bebés con pérdida auditiva neurosensorial.

## MÉTODOS

Se revisaron los registros audiológicos y médicos de los bebés nacidos en el Centro Médico Sheba durante un periodo de seis años, a los que se les realizó la prueba de CMVc  $\leq 21$  días debido a la derivación del CAN, a la serología materna sugestiva de infección por CMV durante el embarazo y/o a los síntomas clínicos. El diagnóstico se basó en el ADN de la saliva y se confirmó mediante análisis de orina.

## RESULTADOS

De los 3541 lactantes (el 5,6 % del total de 63 404 nacidos vivos) que cumplían los criterios ampliados para la prueba, 3418 fueron sometidos a pruebas de detección del CMVc. Los 175 casos positivos al CMVc representaron el 5,1 % [intervalo de confianza (IC) del 95 %: 4,4-5,9] de la cohorte y el 0,3 % (IC del 95 %: 0,2-0,3) de todos los nacidos vivos. La seroconversión materna fue la indicación más común para la prueba (55,7 %) y tuvo el mayor rendimiento diagnóstico para el CMVc (N = 154, rendimiento = 8,1 %). La derivación tras CAN fue la segunda indicación más frecuente (29,6 %), pero tuvo el rendimiento diagnóstico más bajo (N = 22, rendimiento = 2,2 %). Veintidós bebés (13 %, IC del 95 %: 8-18) de los bebés positivos al CMVc fueron diagnosticados poco después del nacimiento con pérdida auditiva neurosensorial, 10 (45 %) de los cuales no fueron detectados por el CAN.

## CONCLUSIÓN

Estos hallazgos confirman la eficacia de un enfoque ampliado de cribado del CMVc, en consonancia con las recientes recomendaciones de la iniciativa europea sobre el citomegalovirus congénito, y respaldan su consideración para una aplicación más amplia en países donde aún no es una práctica habitual.

## COMENTARIO

*El presente estudio evalúa las ventajas del cribado de la infección congénita por CMVc, la cual se puede llevar a cabo ante la presencia de síntomas, sordera neurosensorial (a través de la derivación de los recién nacidos que no pasen el cribado auditivo, o bien mediante seroconversión materna durante el embarazo, lo cual se podría realizar si se aplican medidas de cribado extendidas en las embarazadas. En el centro en el cual se llevó a cabo el estudio, se estableció un método de cribado extendido que incluye el despistaje por detección de CMV en saliva a hijos de madres con seroconversión durante el embarazo, siendo ésta la vía de diagnóstico más frecuente y que demostró un mayor rendimiento en el estudio. Se pone de manifiesto el beneficio que supondría realizar una estrategia de cribado extendido que incluyera la realización de serología materna en el embarazo, frente a otras estrategias como el despistaje mediante el cribado de sordera u otras menos dirigidas como la detección universal de CMV en saliva en los recién nacidos. Entre las limitaciones se encuentra el que se trata de un estudio retrospectivo y unicéntrico.*

- [Weight gain, body composition, and metabolic parameters of dolutegravir-based antiretroviral therapy versus standard of care in children and adolescents: an ancillary analysis of the ODYSSEY trial.](#) Lancet Child Adolesc Health 2026; 10: 189–202.

## INTRODUCCIÓN

El ensayo ODYSSEY demostró la eficacia superior de la terapia antirretroviral (TAR) basada en dolutegravir frente al tratamiento estándar sin dolutegravir vigente en ese momento durante 96 semanas en niños y adolescentes que viven con el VIH. El objetivo de este análisis complementario fue comparar los resultados antropométricos y de composición corporal, incluyendo el peso, la estatura, IMC para la edad Z score, peso para la edad y altura para la edad Z scores (<14 kg), circunferencia del brazo medio superior (CBMS), circunferencia de la cintura, circunferencia de la cadera y porcentaje de grasa corporal, así como los resultados metabólicos (lípidos y glucosa), entre el dolutegravir y el tratamiento estándar durante aproximadamente 5 años de seguimiento.

## MÉTODOS

En este ensayo abierto, aleatorizado y de no inferioridad, se inscribieron niños (de  $\geq 4$  semanas y <18 años de edad) con un peso de 3 kg o más, que iniciaban el tratamiento antirretroviral de primera línea (ODYSSEY-A) o pasaban al tratamiento antirretroviral de segunda línea (ODYSSEY-B) en 29 centros de Alemania, Portugal, Sudáfrica, España, Tailandia, Uganda, Zimbabue y el Reino Unido en dos cohortes (niños con un peso  $\geq 14$  kg y niños con un peso <14 kg). Los efectos del tratamiento (dolutegravir frente al tratamiento estándar) se estimaron mediante asignación aleatoria, teniendo en cuenta los cambios de tratamiento (sustanciales en el grupo de tratamiento estándar durante el seguimiento prolongado) mediante censura y ponderaciones de probabilidad inversa de censura. Los cambios en los resultados continuos se compararon utilizando modelos lineales mixtos, teniendo en cuenta la pendiente correlacionada y el valor basal. Las proporciones de participantes con resultados desfavorables se compararon utilizando modelos logísticos mixtos.

## RESULTADOS

Entre el 20 de septiembre de 2016 y el 26 de agosto de 2019, se asignó aleatoriamente a 792 niños (392 a dolutegravir y 400 al tratamiento estándar). De los 707 niños de la cohorte de 14 kg o más, 311 recibieron TAR de primera línea (ODYSSEY-A; 145 [92 %] de los 157 recibieron TAR basado en efavirenz como tratamiento estándar) y 396 recibieron TAR de segunda línea (ODYSSEY-B; 195 [98 %] de los 200 recibieron inhibidores de la proteasa potenciados como tratamiento estándar). De los 85 niños de la cohorte de menos de 14 kg, 72 recibieron TAR de primera línea (32 [74 %] de los 43 recibieron lopinavir-ritonavir como tratamiento estándar de primera o segunda línea). La mediana del seguimiento de la asignación aleatoria fue de 287 semanas (IQR 240-311) con el TAR basado en dolutegravir y de 205 semanas (168-240) con el tratamiento estándar en la cohorte de 14 kg o más, y de 220 semanas (208-232) con TAR basado en

dolutegravir y 144 semanas (127-192) con tratamiento estándar en la cohorte de menos de 14 kg. En la cohorte de 14 kg o más, 345 (49 %) eran mujeres y 362 (51 %) eran hombres, 623 (88 %) eran africanos negros, la mediana de edad de inscripción era de 12,2 años (IQR 9,1 a 14,9), el peso 30,7 kg (23,4 a 43,0) y la puntuación Z del IMC para la edad fue de -0,6 (-1,4 a 0,1); 35 (5 %) tenían sobrepeso y seis (1 %) eran obesos. En la semana 240, las diferencias medias ajustadas (dolutegravir menos la atención estándar) fueron de 1,0 kg para el peso (IC del 95 %: -0,2 a 2,2;  $p = 0,095$ ) y de 0,4 cm para el perímetro braquial (0,0 a 0,8;  $p = 0,030$ ), impulsadas por las diferencias en los participantes de primera línea, donde también se observaron mayores aumentos en la estatura, la circunferencia de la cintura y la circunferencia de la cadera. Los aumentos en la puntuación Z del IMC para la edad, el porcentaje de grasa corporal y la relación transversal entre la cintura y la altura fueron similares en el TAR basado en dolutegravir y en el tratamiento estándar. El colesterol total (-15,3 mg/dl [-21,0 a -9,5];  $p < 0,0001$ ), los triglicéridos (-14,4 mg/dl [-25,2 a -3,6];  $p = 0,0089$ ) y la glucosa (-4,4 mg/dl [-6,8 a -1,9];  $p = 0,0004$ ) fueron más bajos con dolutegravir que con el tratamiento estándar. En la cohorte de menos de 14 kg, 44 (52 %) eran mujeres y 41 (48 %) eran hombres, 83 (98 %) eran africanos negros, la mediana de edad de inscripción era de 1,4 años (IQR 0,6 a 2,0), el peso 8,1 kg (5,4-10,0) y la puntuación Z del IMC para la edad -0,8 (-1,9 a 0,2); tres (4 %) tenían sobrepeso y ninguno era obeso. Los cambios en el peso, el peso para la edad, el IMC para la edad y la estatura para la edad Z-scores a las 192 semanas fueron similares con dolutegravir y con el tratamiento estándar; hubo pequeñas diferencias en el perímetro braquial (0,6 cm [-0,1 a 1,3];  $p = 0,070$ ) y la estatura (-2,5 cm [-4,5 a -0,5];  $p = 0,016$ ). No se observaron diferencias significativas en los biomarcadores lipídicos; la glucosa disminuyó con el tratamiento estándar, pero no con dolutegravir.

## INTERPRETACIÓN

Durante aproximadamente 5 años, los índices que definen el aumento de peso excesivo y la adiposidad central fueron similares con dolutegravir y otros fármacos de referencia, y los perfiles lipídicos y de glucemia con dolutegravir fueron tranquilizadores, lo que proporcionó evidencia de apoyo para el tratamiento antirretroviral basado en dolutegravir como el tratamiento preferido en niños y adolescentes.

## COMENTARIO

*A pesar de lo específico del tema (VIH pediátrico), incluso con una gran parte de manejo hospitalario, se considera de interés el presente artículo dado que aborda los efectos adversos metabólicos a lo largo del tiempo de la terapia frente al VIH en la edad pediátrica. Además, establece una comparación con respecto a diferentes tratamientos, entre ellos el dolutegravir el cual supone la opción de tratamiento de mayor peso en las guías clínicas más novedosas, con resultados positivos en cuanto al mismo.*

- [Letter: Comparison of hospital admission and antibiotic usage before and after the initiation of long-term respiratory support in children and young people with cerebral palsy: a retrospective cohort study](#) (4 November, 2025) *Archives of Disease in Childhood* 2026;**111**:286-287.

Cada vez con más frecuencia, a los niños y jóvenes (CYP) con parálisis cerebral (PC) se les inicia asistencia respiratoria a largo plazo (presión positiva continua en las vías respiratorias [CPAP] o ventilación no invasiva) para ayudar a despejar las vías respiratorias. [1](#) [2](#) La evidencia publicada es escasa. [1](#) [2](#) Este estudio tuvo como objetivo identificar el impacto de la asistencia respiratoria en la depuración de las vías respiratorias a través de resultados indirectos que incluían las tasas de admisión hospitalaria y el uso de antibióticos.

### **Métodos**

La base de datos de CYP con PC del Cerebral Palsy Integrated Pathway (una organización de todo el Reino Unido que promueve el estándar de calidad de atención para CYP con PC) se cruzó con la base de datos del estudio del sueño del sureste de Escocia para la década de diciembre de 2014 a diciembre de 2024 para identificar CYP con PC que se habían sometido a estudios del sueño y comenzaron con soporte respiratorio a largo plazo. Las historias clínicas electrónicas se revisaron retrospectivamente. Los parámetros del estudio del sueño (índice de apnea-hipopnea [IAH], IAH obstructivo [IAH-o], número de saturación de oxígeno por oximetría de pulso [SpO<sub>2</sub> ]), duración de los ingresos hospitalarios y ciclos de antibióticos se compararon en el año anterior y el año posterior al inicio del soporte respiratorio. La prueba de rangos con signo de Wilcoxon se utilizó para los análisis estadísticos.

### **Resultados**

Se identificaron setecientos trece pacientes con PC con CP, de los cuales 76 se sometieron a estudios del sueño. A 21/76 (28%) se les diagnosticó trastorno respiratorio del sueño (TRS), de los cuales 10/21 (47%) recibieron tratamiento conservador y 4/21 (19%) se sometieron a intervención quirúrgica. Diez pacientes con PC con CP iniciaron asistencia respiratoria (7 por TRS y 3 por desobstrucción de la vía aérea; todos con CPAP; 11 episodios de inicio). Se muestran los datos demográficos basales ( [tabla 1](#) ).

### **Conclusión**

La parálisis cerebral (PC) es la discapacidad motora más común en la infancia, mientras que la mayor supervivencia hasta la edad adulta la convierte en la discapacidad física más común a lo largo de la vida.<sup>3</sup> A pesar del aumento de la longevidad, la calidad de vida física y relacionada con la salud entre los niños y adolescentes con PC sigue siendo baja.

En niños y adolescentes con parálisis cerebral que experimentan deterioro respiratorio frecuente e ingresos hospitalarios, el apoyo respiratorio domiciliario puede contribuir a lograr un período de estabilidad en el hogar.<sup>1</sup> Este estudio destaca el

beneficio potencial del apoyo respiratorio para niños y adolescentes con parálisis cerebral, con una reducción observada en la duración de los ingresos hospitalarios durante el año posterior al inicio del apoyo ( [figura 1](#) ). El tamaño reducido de la muestra (n=10) limita la generalización de los resultados, pero se sugiere el potencial de una reducción de las hospitalizaciones y una mejora en la calidad de vida y la carga del cuidador para los niños y adolescentes con parálisis cerebral.

Aunque es posible que exista un sesgo de selección, las altas tasas de trastornos respiratorios del sueño (TRS) en niños y adolescentes con parálisis cerebral (28 %) frente a las tasas esperadas del 5,7 % en niños con desarrollo típico, y el elevado número (47 %) de pacientes que posteriormente requieren asistencia respiratoria, sugieren que los TRS están infradiagnosticados en esta población. Se requieren estudios más amplios para determinar la prevalencia de los TRS en niños y adolescentes con parálisis cerebral y para explorar los efectos de la asistencia respiratoria en esta cohorte de pacientes.