

Bibliografía julio 2026

Top ten

- [Disease Spectrum of Human Metapneumovirus Infections in Infants and Young Children: Data From a Prospective Multicenter Study in Germany.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(7):p 578-582, July 2026.

INTRODUCCIÓN

El metapneumovirus humano (MPVh) es un importante patógeno respiratorio en lactantes y niños pequeños. Aunque la mayoría de las infecciones se presentan como casos leves en el ámbito ambulatorio, los casos graves pueden requerir hospitalización. Se han identificado algunos posibles factores de riesgo de hospitalización, pero faltan estudios que comparen el cuadro clínico de los niños con MPVh en el ámbito hospitalario frente al ambulatorio.

MÉTODOS

Este análisis retrospectivo utilizó datos del estudio «Pediatric Airway Pathogen Incidence», un estudio de vigilancia multicéntrico sobre infecciones del tracto respiratorio inferior, realizado en Alemania durante las temporadas de invierno 2021/22 y 2022/23 (semanas 40 a 17 de cada temporada). Comparamos 102 casos pediátricos hospitalizados y 114 casos ambulatorios con infección por MPVh confirmada mediante análisis de laboratorio, tras excluir las coinfecciones por el virus respiratorio sincitial. Se recopilaron datos clínicos y demográficos detallados.

RESULTADOS

Los pacientes hospitalizados eran significativamente más jóvenes (edad mediana de 9 frente a 14 meses, $p = 0,003$) que los pacientes ambulatorios. La prematuridad fue notablemente mayor en los casos graves (25 % frente a 6,2 %, $p < 0,001$), y la prematuridad extrema (edad gestacional < 28 semanas) solo se observó en los pacientes hospitalizados. Los casos hospitalizados se asociaron de forma independiente con antecedentes de sibilancias recurrentes, pero no con el uso de asistencia respiratoria neonatal invasiva y no invasiva, esteroides inhalados ni displasia broncopulmonar. En la exploración clínica, los niños hospitalizados presentaban con mayor frecuencia sibilancias, crepitantes, taquipnea, hipoxemia y una ingesta reducida de líquidos. La hipoxemia en la MPVh se asoció de forma independiente con la edad gestacional al nacer, pero no con la edad en el momento del diagnóstico.

CONCLUSIÓN

El cuadro clínico del MPVh en niños pequeños hospitalizados difirió del observado en el ámbito ambulatorio. Identificamos múltiples factores que se asociaron de forma independiente con la hospitalización relacionada con el MPVh.

COMENTARIO

El interés que nos puede suscitar este estudio radica en la inclusión de pacientes ambulatorios y su comparación con casos más graves (hospitalarios). Además de lo mencionado en el resumen, hay que resaltar la mayor frecuencia de sibilantes recurrentes / asma en pacientes hospitalizados, ajustado por factores como alergia y atopia y sin encontrar diferencias en cuanto a los mismos. También excluyen a pacientes con coinfección por VRS para evitar la posible interferencia y focalizar en el efecto de la infección por MPVh. OK

- [Human Metapneumovirus-associated Acute Lower Respiratory Hospitalizations in Children <5 Years Pre-, During and Post-COVID-19 Pandemic: A Multicenter Study.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(7):p 572-577, July 2026.

OBJETIVO

Evaluar la gravedad de la enfermedad, la distribución por edades y los patrones estacionales de la infección por metapneumovirus humano (MPVh) en niños hospitalizados menores de 5 años antes, durante y después de la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19).

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo utilizando las historias clínicas electrónicas de las hospitalizaciones por infección aguda de las vías respiratorias inferiores (IVRI) en niños menores de 5 años en la Red de Hospitales Infantiles de Sídney entre 2015 y 2023. Los análisis se limitaron únicamente a las hospitalizaciones por MPVh confirmado mediante pruebas de laboratorio. Se compararon los resultados de gravedad — duración prolongada de la estancia (>mediana), ingreso en la unidad de cuidados intensivos y/o ventilación mecánica— entre los periodos prepandémico (2015-2019), pandémico (2020-2021) y pospandémico (2022-2023) mediante regresión logística multivariable. Se evaluaron los patrones estacionales utilizando las tasas mensuales de positividad del MPVh.

RESULTADOS

De las 32 618 hospitalizaciones por IRVI grave, 1081 (3,3 %) dieron positivo en MPVh. Las hospitalizaciones por MPVh disminuyeron durante la pandemia (4,3 % antes de la pandemia, 2,0 % durante la pandemia y 3,2 % después de la pandemia; $P < 0,001$). La mediana de edad de las hospitalizaciones por MPVh pasó de 1,1 años (rango intercuartílico [RIC] 0,5–2,3) antes de la pandemia a 1,5 años (RIC 0,5–2,6) durante la pandemia y a 1,6 años (RIC 0,6–2,8) después de la pandemia ($P < 0,001$). La probabilidad de una estancia hospitalaria prolongada fue menor durante la pandemia (odds ratio ajustada [ORa] 0,61; intervalo de confianza [IC] del 95 %: 0,39–0,93) y tras la pandemia (ORa 0,53; IC del 95 %: 0,40–0,69) en comparación con el periodo prepandémico. Las probabilidades de ingreso en la unidad de cuidados intensivos y/o de ventilación mecánica fueron menores durante la pandemia (ORa 0,70; IC del 95 %:

0,33–1,49; P = 0,358) y tras la pandemia (aOR 0,65; IC del 95 %: 0,40–1,05; P = 0,080). Antes de la pandemia, el MPVh alcanzaba su pico entre julio y octubre; su circulación desapareció en 2020, reapareció en 2021 y volvió a una estacionalidad cercana a la prepandémica en 2023.

CONCLUSIONES

El MPVh pospandémico representó el 3,2 % de las hospitalizaciones por IRVI grave en niños menores de 5 años, lo que pone de relieve la necesidad de prevención, tratamiento y vigilancia continua.

COMENTARIO

Se evalúa la incidencia y las características de los casos de niños pequeños ingresados por MPVh y el efecto de la pandemia de covid19 en el mismo. Dicho virus reemergió tras dicho período y sigue siendo una causa importante de enfermedad aguda pulmonar en este grupo de edad, con un porcentaje de casos severos relevante, aunque en este estudio fue menor que en el período post-pandémico. Curiosamente, la denominación de dichos cuadros causados por MPVh como bronquiolitis se ha visto relegado en gran parte por el término de “neumonía vírica” o “infección de vías bajas”. Entre las limitaciones a tener en cuenta se encuentran el ser retrospectivo, la exclusión de las coinfecciones, desestimando el posible efecto de las mismas, y la posible estimación errónea de la incidencia de casos debido a la existencia de casos leves no incluidos y el no obtener el dato del total de infecciones de vías bajas ingresadas sin haberles realizado test vírico (a pesar de ser una prueba rutinaria a realizar en estos casos en el medio estudiado).

- [Epidemiology of Bloody Diarrhea, Shiga Toxin-producing *Escherichia coli* and Hemolytic Uremic Syndrome in Children. The Pediatric Infectious Disease Journal 45\(7\):p 642-648, July 2026.](#)

INTRODUCCIÓN

El síndrome hemolítico urémico asociado a *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (StEC-SHU) sigue siendo una de las principales causas de insuficiencia renal aguda en todo el mundo. La enfermedad suele presentarse con diarrea sanguinolenta aguda y el tratamiento de apoyo es la única opción terapéutica; por lo tanto, el diagnóstico y el tratamiento tempranos revisten una importancia fundamental.

OBJETIVO

En este artículo, presentamos los resultados de un enfoque diagnóstico proactivo de la diarrea sanguinolenta aguda en niños, tal y como se desprende de una actividad de vigilancia dedicada al diagnóstico precoz de la infección por StEC.

MÉTODOS

Desde 2010, en una zona bien definida del norte de Italia (población pediátrica de referencia de 2 millones de personas), se analizaron las heces de niños y adolescentes (menores de 20 años) con diarrea sanguinolenta aguda para detectar genes de la toxina Shiga (Stx). A los pacientes con resultados positivos se les administró hidratación y se les realizó un seguimiento hasta su recuperación o hasta la aparición del SHU.

RESULTADOS

Se analizaron muestras de heces de 7.518 niños con diarrea sanguinolenta aguda, y 464 (6,2 %) dieron positivo para los genes Stx. Durante el mismo periodo y en la misma zona, se diagnosticaron 178 casos de StEC-SUH. La St más frecuente fue la St2 (n: 217; 52,3 %), seguida de la combinación de St1 y St2 (n: 111; 26,7 %), mientras que la St1 se detectó con menor frecuencia (n: 87; 21,0 %). La diarrea sanguinolenta aguda, la infección por StEC y el StEC-HUS fueron más frecuentes en los niños menores de 5 años, excepto en el grupo de edad de menos de 1 año. El porcentaje de diarreas sanguinolentas agudas St+ se duplica durante los meses de verano, alcanzando un máximo del 10 % en agosto y septiembre.

CONCLUSIONES

Los diagnósticos específicos de los genes Stx pueden orientar el tratamiento de los pacientes y ayudar a identificar el origen de la infección, al revelar una proporción significativa de niños con infección por StEC entre los pacientes con diarrea sanguinolenta aguda.

COMENTARIO

Estudio de interés dado que además se trata de una entidad propia de los meses de verano en los cuales nos encontramos. Se analizan datos microbiológicos (detección de genes asociados a la producción de toxina) que ayudan a predecir la evolución un cuadro potencialmente severo orientado también por grupo de riesgo de edad y, como hemos mencionado, estacionalidad. Como medidas terapéuticas anticipatorias se incide en la fluidoterapia y el empleo de probióticos, existiendo mayor controversia en la antibioterapia para lo cual se precisarían más datos. El estudio se realizó en un medio similar al nuestro (norte de Italia). Como dato curioso, diferencian la epidemiología con respecto a otras latitudes América del Norte, siendo más frecuente en Europa y cambiando los hábitos dietéticos favorecedores (origen en queso producido con leche cruda en Europa vs carne de res poco cocinada en Norteamérica).

- [Mpox in Children and Adolescents.](#) *The Pediatric Infectious Disease Journal* [45\(7\):p e257-e260, July 2026.](#)

La viruela del simio es una enfermedad zoonótica causada por el virus de la viruela del simio (MPXV), un virus de ADN del género Orthopoxvirus. Detectada por primera vez en humanos en 1970 en la República Democrática del Congo, la viruela del simio ha

sido históricamente endémica en África Central y Occidental, y afecta principalmente a los niños. Tradicionalmente, se reconocían dos clados distintos del MPXV: el clado I (antes conocido como clado de África Central), asociado a una enfermedad más grave, y el clado II (el antiguo clado de África Occidental), que provoca una enfermedad más leve.

En 2022, se detectó un gran brote multinacional de MPXV en países no endémicos de Europa y América, lo que llevó a la Organización Mundial de la Salud a declarar el brote como una emergencia de salud pública de importancia internacional. A diferencia de brotes anteriores, los casos pediátricos fueron poco frecuentes y, por lo general, se contrajeron a través del contacto doméstico o del contacto estrecho con casos adultos.

A pesar de la creciente atención que se presta a la viruela del simio, los datos sobre su presentación clínica, la carga de morbilidad y el tratamiento óptimo en la población pediátrica siguen siendo limitados. En este artículo, expertos que colaboran en un registro internacional de viruela del mono en niños, en el marco del consorcio VERDI (<https://verdiproject.org/>), ofrecen una visión general actualizada, centrada en los niños y adolescentes. Se resumen la epidemiología actual, las características clínicas, los enfoques diagnósticos, las opciones de tratamiento y las estrategias preventivas —incluidas la vacunación y el control de la infección—, al tiempo que se abordan los retos específicos que plantea la viruela del simio en niños y adolescentes.

COMENTARIO

Artículo de revisión que aborda un tema que hace poco estuvo a la orden del día y constituyó una emergencia sanitaria a nivel mundial, desde un punto de vista clínico-terapéutico y enfocado en la edad pediátrica, incluyendo también factores epidemiológicos y preventivos. Recordar que desde el GPI se confeccionó un documento que incluye datos de interés sobre el tema como la definición de casos y la actuación a seguir en caso de contacto (Cristina Rodríguez Arranz, Rafael Jiménez Alés. Grupo de Patología Infecciosa de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Septiembre de 2024. ESPECIAL GPI-AEPAP SEPTIEMBRE 2024: MPOX. Disponible en: <https://aepap.org/wp-content/uploads/2024/09/MPOX-GPI.pdf>).

- [West Nile Virus Infections in Children: What Clinicians Need to Know.](#) Pediatric Infectious Disease Journal 45(7):p e253-e256, July 2026.

El virus del Nilo Occidental (VNO) es un virus envuelto de ácido ribonucleico (ARN) monocatenario perteneciente a la familia Flaviviridae. Se trata de un arbovirus con un ciclo de transmisión zoonótica en el que los mosquitos (principalmente *Culex* spp.) actúan como vectores y las aves (en particular los passeriformes y los córvidos) actúan como reservorios y huéspedes amplificadores. Los seres humanos y otros mamíferos, como los caballos, se consideran “huéspedes sin salida”, ya que su viremia es de corta duración y de bajo título, lo que impide una transmisión posterior, aunque puedan desarrollar la enfermedad clínica tras la infección. Se han descrito otras vías de transmisión del VNO en niños, entre ellas la transfusión sanguínea y la transmisión

vertical (tanto transplacentaria como a través de la lactancia materna), y en adultos, entre ellas el trasplante de órganos sólidos, la exposición percutánea y la exposición conjuntival. En Europa, se sabe que el VNO circula desde la década de 1960 en las regiones del sur y del este, y ha provocado brotes anuales durante las últimas dos décadas en países como Italia, Grecia y Rumanía. Debido al cambio climático —con veranos más largos y cálidos y patrones de precipitaciones alterados que favorecen la proliferación de vectores y los cambios en las rutas migratorias de las aves—, se prevé que el virus siga extendiéndose a regiones en las que hasta ahora no era endémico. En España recientemente se han descrito brotes, sobre todo en zonas de Andalucía. A lo largo del artículo de revisión se detallan aspectos clínicos, diagnósticos, terapéuticos y preventivos con respecto a dicha enfermedad.

Comentario GPI: También ha habido casos en Extremadura, cuenca mediterránea y cuenca del Ebro.

- [IMPORTANCIA DE NOTIFICAR LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR AEDES ALBOPICTUS](#). Venrex Epidemiológico. 2026;13(6)

El dengue, la enfermedad por el virus Chikungunya y la enfermedad por el virus Zika se transmiten principalmente por la picadura de mosquitos hembra del género *Aedes*, entre los que se encuentra el *Aedes albopictus* (mosquito tigre). Durante la fase de viremia, que dura de media entre 4 y 7 días (hasta un máximo de 15), el paciente puede transmitir la infección a los mosquitos si le pican.

En países sin transmisión endémica, como España, la mayoría de los casos son importados de países donde circula el virus. El *Aedes albopictus* es un vector competente para la transmisión del virus y está presente en el sur de Galicia, donde se está expandiendo, como lo demuestra la vigilancia realizada por la Red Gallega de Vigilancia de Vectores (ReGaViVec) y las notificaciones de la aplicación Mosquito Alert, de la que la población gallega es usuaria especialmente activa. Aunque el riesgo de transmisión vectorial autóctona es bajo, debido a la escasa presencia del mosquito y al bajo número de casos importados, este aumenta en caso de que se presenten casos virémicos en los lugares y periodos de actividad vectorial, lo que hace importante su notificación temprana.

En 2025, se notificaron 7 casos de dengue en Galicia, de los cuales 2 fueron confirmados y 5 probables; 27 casos de chikungunya, de los cuales 5 fueron confirmados y 22 probables; y ningún caso de Zika. Todos los casos notificados fueron importados. El 70,6 % (n=24) de los casos probables y confirmados de estas enfermedades transcurrieron parcial o totalmente el periodo de viremia en Galicia, si bien una gran parte se notificó entre noviembre y abril, cuando no hay actividad vectorial (véase el apéndice). Tanto el dengue como la enfermedad por el virus Chikungunya y la enfermedad por el virus Zika son enfermedades de declaración obligatoria en España, por lo que, en caso de que una persona procedente de una zona endémica que cumpla los criterios clínicos de cualquiera de ellas consulte en un centro

sanitario durante el periodo virémico, el profesional sanitario deberá informar a la SAEG para declarar la sospecha, informar al paciente sobre las medidas preventivas a seguir y solicitar una prueba diagnóstica para confirmar o descartar la enfermedad, con el fin de activar las medidas de control adecuadas.

A IMPORTANCIA DA NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR *AEDES ALBOPICTUS*

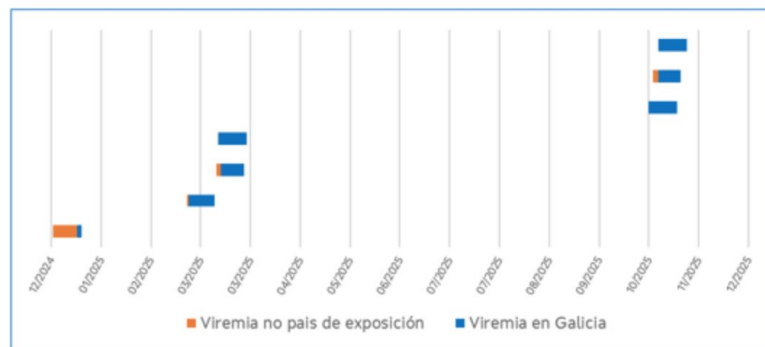


Figura 2: Periodos de viremia dos casos de dengue detectados en Galicia en 2025

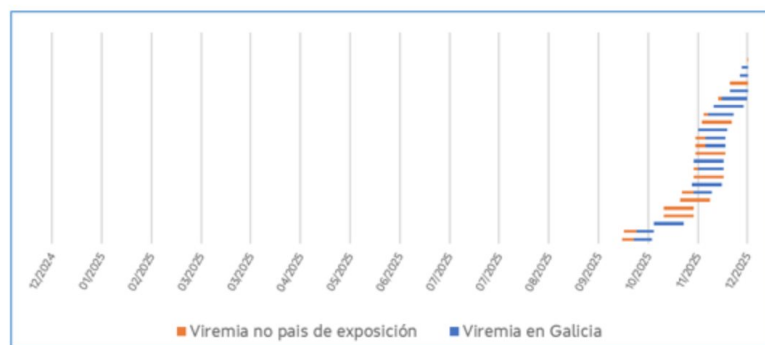


Figura 3: Periodos de viremia dos casos de chikungunya detectados en Galicia en 2025

- [Chikungunya](#). JAMA Published Online: May 13, 2026;336;(1):84. **OK Ok**

El chikungunya es una enfermedad causada por un virus que se transmite a los humanos principalmente a través de la picadura de mosquitos infectados.

Los mosquitos que transmiten el chikungunya se encuentran generalmente en regiones tropicales y subtropicales, pero también pueden hallarse en climas más templados. Las áreas geográficas afectadas por el virus del chikungunya se han expandido recientemente debido a diversos factores, como el calentamiento global (que mejora la supervivencia de los mosquitos y amplía su hábitat) y las variaciones del virus que aumentan su capacidad de transmisión. El incremento de los viajes internacionales también ha introducido el virus del chikungunya en nuevas regiones

cuando los viajeros infectados regresan a sus hogares y son picados por mosquitos que transmiten el virus localmente.

La infección por el virus chikungunya afecta a hasta 35 millones de personas cada año, y se han registrado brotes en más de 100 países. En Estados Unidos, se notificaron más de 450 casos de chikungunya asociados a viajes en 2025, y aproximadamente el 75 % de estos casos correspondieron a viajeros a Cuba. Se identificaron casos de chikungunya de transmisión local en Florida y Long Island, Nueva York.

La mayoría de los pacientes con chikungunya presentan fiebre, que suele durar unos 7 días. El dolor articular, que puede ser intenso y a menudo afecta tanto a las manos como a los pies, afecta a más del 90 % de los pacientes y suele comenzar entre 3 y 7 días después de la picadura de un mosquito infectado. La chikungunya también puede causar sarpullido, dolor de cabeza, dolores musculares, náuseas, vómitos y ojos rojos. Menos del 1 % de los pacientes con chikungunya desarrollan complicaciones graves que afectan al corazón, el hígado, los ojos o el sistema nervioso.

¿Cómo se diagnostica y se trata el chikungunya?

Se debe considerar el diagnóstico de chikungunya en pacientes que regresan de un viaje y presentan síntomas como fiebre y dolor articular. El diagnóstico se confirma generalmente mediante la detección del virus chikungunya en la sangre entre 5 y 8 días después del inicio de los síntomas, o mediante la detección de anticuerpos específicos producidos en la sangre en respuesta a la infección por el virus chikungunya.

Actualmente no existen medicamentos para tratar el virus chikungunya. Los pacientes con chikungunya deben recibir tratamiento de soporte (como paracetamol para el dolor y la fiebre). No se recomiendan los esteroides y deben evitarse los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) hasta que se descarte la infección por el virus del dengue, debido al mayor riesgo de hemorragia asociado a esta enfermedad. En pacientes con dolor articular que persiste durante más de 3 meses tras la infección por el virus chikungunya, la fisioterapia y la terapia ocupacional pueden ayudar a mantener la movilidad y la función. Los pacientes con dolor articular persistente que no ha mejorado con AINE pueden ser tratados con medicamentos para la artritis (como el metotrexato).

Más de la mitad de los pacientes con chikungunya pueden desarrollar síntomas persistentes o recurrentes (como dolor articular, rigidez y fatiga), aunque estos síntomas suelen disminuir con el tiempo. Las muertes por chikungunya son poco frecuentes (entre el 0,01 % y el 0,50 %) y ocurren principalmente en bebés y adultos mayores con afecciones médicas preexistentes (como diabetes o cardiopatías).

¿Cuáles son las formas de prevenir el chikungunya?

Evitar las picaduras de mosquitos es la mejor manera de prevenir el chikungunya. Quienes viajen a zonas con brotes del virus del chikungunya deben usar ropa de manga larga y pantalones, repelente de insectos y alojarse en lugares con mosquiteras o aire acondicionado. El control de mosquitos incluye la reducción de criaderos (eliminación de agua estancada) y el uso de insecticidas. Existe una vacuna de dosis única disponible

para ciertas personas con mayor riesgo, como quienes viajan a regiones con brotes del virus del chikungunya y los trabajadores de laboratorio expuestos a dicho virus.

- [Meningococcal disease, meningococcal vaccines, and the recent meningococcal outbreak in Kent, UK](#), The Lancet Infectious Diseases, 26 (7), 2026: 653-655.

El brote de meningitis en Kent resalta la gravedad de la enfermedad meningocócica invasiva y la importancia de la vacunación preventiva. Se detectaron 21 casos confirmados, con una media de edad de 19 años y 2 muertes en menos de 48 horas. La rápida transmisión estuvo vinculada a un evento masivo en una discoteca, afectando principalmente estudiantes. La respuesta incluyó profilaxis antibiótica masiva con ciprofloxacino, administrada a más de 13,000 personas en horas. Desde entonces, no se han reportado nuevos casos causados por la cepa del brote.

En el Reino Unido, los serogrupos A y W de meningococo son raros; la enfermedad se concentra en los serogrupos B y C. La cepa del brote fue del serogrupo B, responsable del 82.8% de casos en 2024-25, y no cubierta por la vacuna conjugada MenACWY. La cepa del serogrupo B pertenece al complejo clonal 41/44, con sensibilidad a ciprofloxacino, rifampicina y cefotaxima, pero sensibilidad reducida a penicilina.

La vacuna conjugada MenACWY, implementada en 2015, redujo casos de serogrupos W y C. La vacuna 4CMenB (Bexsero) protege contra MenB, que causa la mayoría de casos en Inglaterra, pero requiere dos dosis y no previene la colonización. Cuando se inició la vacunación infantil con 4CMenB en 2015 disminuyó en un 75% la incidencia en niños. El programa no se extendió a otros grupos de edad porque, si bien existe un segundo pico, aunque menor, en la incidencia de la enfermedad meningocócica invasiva por MenB entre los 15 y los 24 años, se consideró improbable que un programa nacional resultara rentable. Dado que los niños inmunizados con 4CMenB como parte del programa nacional de vacunación infantil desde 2015 tienen ahora 10 años, los adolescentes y adultos jóvenes no están vacunados actualmente.

Debate y consideraciones futuras en el UK: Se cuestiona ampliar la vacunación contra MenB en adolescentes y adultos jóvenes. La incidencia de MenB está en descenso, pero el brote plantea dudas sobre la epidemiología futura. La vacunación puede ofrecer protección contra gonorrea, además de meningitis. La decisión requiere evaluar costos, recursos y el impacto social, considerando la mortalidad prevenible en jóvenes.

Implicaciones éticas y sociales: La mortalidad infantil y juvenil por meningitis es prevenible, lo que genera un debate moral. La respuesta del gobierno incluyó revisiones de la rentabilidad y eficacia de ampliar programas de vacunación. La evidencia y los costos asociados influyen en la decisión de implementar campañas más amplias.

Conclusión: La rápida propagación y gravedad del brote subrayan la necesidad de estrategias preventivas, incluyendo potenciales campañas de vacunación más amplias contra MenB.

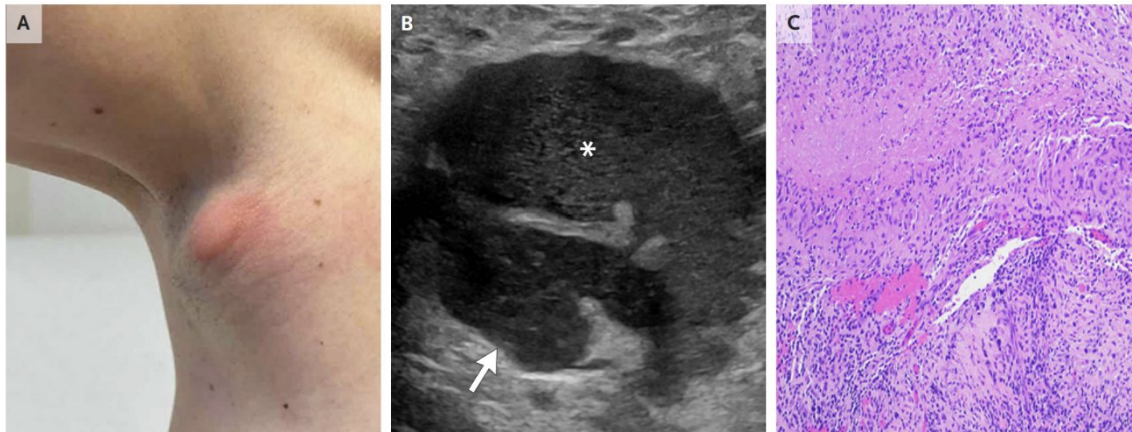
Casos clínicos

- [Cat Scratch Disease](#). N Engl J Med 2026 ; 395 : 69.

Una mujer de 40 años presentó un cuadro de fiebre de un mes de duración y una hinchazón en la axila derecha de tres semanas de evolución. La ecografía mostró ganglios linfáticos agrandados con una acumulación de líquido adyacente.

Una mujer de 40 años, sin antecedentes de enfermedad, acudió a la clínica de atención primaria con un historial de un mes de fiebre y de tres semanas de hinchazón en la axila derecha que no había remitido tras un tratamiento con trimetoprim-sulfametoxazol. En la exploración física se observó una linfadenopatía dolorosa con eritema suprayacente en la axila derecha (Panel A, vista anterior). Se observó un grupo de pápulas y una cicatriz en la parte distal del dedo índice derecho, donde la paciente recordaba haber sido mordida por un gatito callejero dos meses y medio antes de acudir a la consulta. Ante la sospecha de enfermedad por arañazo de gato, se le recetó azitromicina.

La fiebre remitió, pero la linfadenopatía persistió; por lo tanto, se llevó a cabo una evaluación más exhaustiva. La ecografía mostró ganglios linfáticos agrandados (Panel B, flecha) con una acumulación de líquido adyacente (Panel B, asterisco). El análisis histopatológico de una muestra de biopsia con aguja gruesa obtenida de un ganglio linfático mostró histiocitos en forma de empalizada rodeando una necrosis caseosa e inflamación granulomatosa (Panel C). La prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de una muestra de tejido dio positivo para *Bartonella henselae*. Las pruebas serológicas de IgG para Bartonella también fueron positivas. Se confirmó el diagnóstico de enfermedad por arañazo de gato. Se administró un tratamiento con doxiciclina y rifampicina. Tres semanas después del inicio del tratamiento, la linfadenopatía había empeorado y los ganglios linfáticos supuraban, por lo que se realizó un desbridamiento. Tres meses después del inicio del tratamiento, los síntomas desaparecieron.



Comentario GPI: aunque se trata de un caso en una paciente adulta se incluye porque también puede afectar a pacientes pediátricos y por la iconografía.

- [Pneumococcal Rib Osteomyelitis With Concurrent Lung and Chest Wall Abscess in an Infant.](#) *Pediatrics* (2026) 158 (1): e2025073077.

Se presenta el caso de un lactante de 7 meses con una infección invasiva por *Streptococcus pneumoniae* que presenta osteomielitis costal, absceso pulmonar y absceso en la pared torácica. El paciente presentó fiebre persistente y ausencia de síntomas respiratorios. El 9º día del inicio del cuadro se realizó una radiografía de tórax debido a la persistencia de la fiebre y la marcada leucocitosis. El día 14, la aparición de una masa en la pared torácica motivó la realización de una ecografía. Posteriormente, se realizaron tomografías computarizadas con contraste para delimitar la extensión de la diseminación contigua, evaluar la destrucción costal y descartar diagnósticos alternativos. Los cultivos microbiológicos de esputo y pus aspirado, junto con la secuenciación metagenómica, confirmaron la presencia de *S. pneumoniae* resistente a macrólidos. Debido a la alergia a bencilpenicilina y cefalosporina, se optó por linezolid intravenoso, mejorando rápidamente. El tratamiento durante 6 semanas condujo a la resolución completa en las imágenes, sin recurrencia durante 5 años.

- [Primary Sternal Osteomyelitis or Sternal Pseudotumor of Childhood: A Case Series and Review of the Literature.](#) *The Pediatric Infectious Disease Journal* 45(7):p e261-e266, July 2026.

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis esternal primaria (OEP) en niños es una enfermedad poco frecuente, con menos de 100 casos descritos en la literatura. Los pseudotumores esternales y el tumor esternal autolimitado de la infancia (TEAI), como entidad distinta, parecen presentar hallazgos clínicos similares, pero un enfoque terapéutico completamente diferente.

MÉTODOS

Se analizó una serie de 5 casos de OEP y revisamos la literatura para comparar la OEP y el TEAI.

RESULTADOS

Los síntomas principales de la OEP y el TEAI incluyen tumefacción preesternal (90 % frente a 100 %), dolor (70 % frente a 58 %), eritema (47 % frente a 27 %) y fiebre (60 % frente a 21 %). El marcador de laboratorio más fiable es la velocidad de sedimentación globular (96 % frente a 100 % de positivos), seguido de la proteína C reactiva (89 % frente a 65 % de positivos) y el recuento de leucocitos (64 % frente a 45 % de elevaciones). Se pudo aislar un patógeno en el 88 % de los casos de OEP, mientras que solo en el 6 % de los casos de TEAI. Si bien las tasas de intervención o cirugía fueron similares (58 % frente a 38 %), el tratamiento con antibióticos difirió significativamente (100 % frente a 33 %).

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta las similitudes en las características clínicas y radiológicas, el TEAI podría ser un fenotipo de la OEP más que una entidad independiente. Una mejor detección del patógeno podría ayudar a aclarar su relación con la OEP y orientar las estrategias de tratamiento adecuadas, especialmente para evitar tratamientos innecesarios en los casos benignos de OEP.

COMENTARIO

Se incluyen algunos datos clínicos de interés en cuanto a la OEP:

- *La fiebre está ausente con frecuencia (60% de los casos estudiados).*
- *Al igual que en otras infecciones osteoarticulares, la VSG es el marcador analítico más sensible.*
- *El Staph aureus sigue siendo la causa más identificada, aunque la Kingella kingae es una causa importante y posiblemente infraestimada.*
- *La presentación clínica más frecuente es la subaguda, sobre todo en niños menores de 3 años y en los causados por Kingella, con síntomas larvados y hallazgos en las pruebas de imagen de lesiones líticas que indican un patrón evolutivo prolongado.*
- *Se aboga por un manejo conservador, únicamente con antibioterapia sin precisar cirugía. Esta entidad se solapa clínicamente con el TEAI que es autolimitado, por lo que se menciona la posibilidad de una vigilancia activa como manejo inicial de estos casos.*
- [A Missed Opportunity in Congenital Syphilis: The Crucial Role of Paternal History and Follow-up of Maternal Screening Results.](#) *The Pediatric Infectious Disease Journal* 45(7):p e271, July 2026.

Introducción del caso: lactante de 2 meses y medio que ingresó con dactilitis y debilidad braquial izquierda con fractura de clavícula, interpretado inicialmente como artritis séptica y parálisis braquial por fractura obstétrica.

Empeoramiento: Que condujo a sospechar síndrome hemofagocítico.

- Clínico: Mayor dolor e irritabilidad al tacto con limitación de movimientos.
- Exploratorio: linfadenopatía generalizada y placa eritematosa en brazo.
- Analítico: Anemia, hiperferritinemia e hipofibrinogenemia.

Dato clave en historia clínica: Pese que el cribado infectológico normal en el tercer trimestre se había informado como normal, se comprobó que los test treponémicos (TPHA) fueron positivos pese a no treponémicos (VDRL) negativo. Además, el padre refería haber presentado lesión peneana con diagnóstico de sífilis 1 mes antes del parto.

Diagnóstico: Se confirmó la sífilis congénita temprana por VDRL positivos tanto en los repetidos en la madre (1/4) como en el lactante (1/32). Se evidenció reacción perióstica generalizada, hiperostosis cortical y lesiones líticas intramedulares en el paciente. Se descartó afectación de sistema nervioso central y oftalmológica.

Tratamiento: Se trató con penicilina sódica intravenosa por 10 días. La evolución fue favorable con recuperación de movilidad articular.

Mensaje: Se expone un caso de una sífilis congénita precoz con parálisis de Parrot y dactilitis. Se hace énfasis en la minuciosa historia clínica perinatal tanto en la madre como en el padre, en la cuidadosa comprobación de los resultados y en la posibilidad de que los anticuerpos no treponémicos sean negativos inicialmente debidos al fenómeno prozona (saturación de muestra por un número elevado de anticuerpos), encontrarse en período ventana o fallos técnicos.

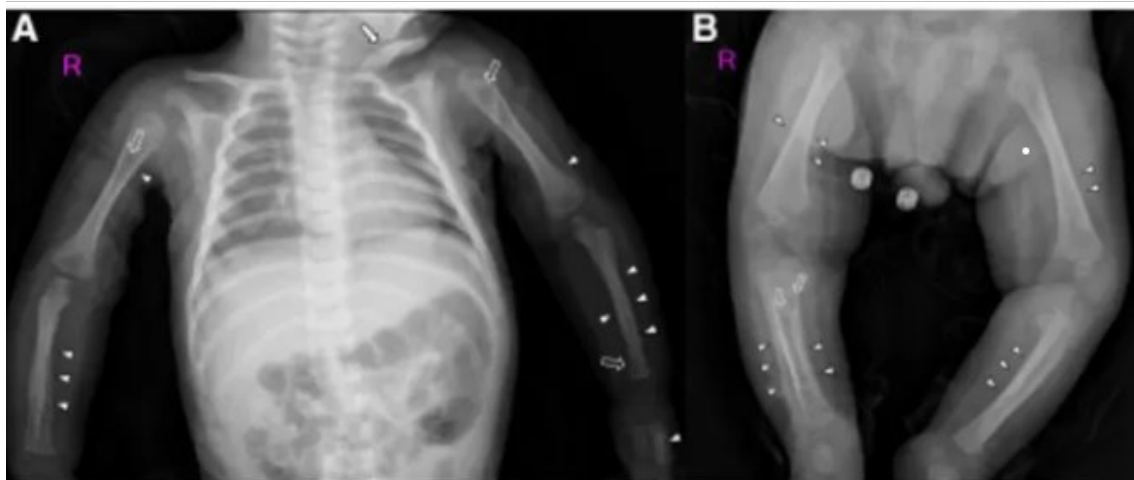


FIGURE 1. Long-bone Radiographs of the Patient. A: Anteroposterior radiograph including both upper extremities and the thorax demonstrates symmetric solid periosteal reactions (arrowheads) causing cortical hyperostosis involving the bilateral radius, ulna, humerus and the left metacarpal bones. Lytic destructive lesions are noted in the proximal metaphysis of both humeri and in the metaphysis of the left radius (open arrows). A pathologic fracture of the left clavicle is also observed (white arrow). B: Anteroposterior radiograph of the bilateral lower extremities demonstrates diffuse, symmetric solid periosteal reactions (arrowheads) resulting in cortical hyperostosis of the bilateral tibia, fibula and femur. Lytic destructive changes in the proximal metaphysis of the right tibia (open arrows) are present.

- [Emerging Autochthonous Cutaneous Larva Migrans in Portugal](#). *The Pediatric Infectious Disease Journal* 45(7):p e273-e274, July 2026.

Se presenta el caso de un varón con autismo de 7 años que vivía en zona rural de Portugal y que nunca había salido del país. Solía caminar descalzo. Como único síntoma, padecía lesiones cutáneas serpinginosas pruriginosas en miembros inferiores. Se trató con ivermectina oral y antihistamínico, con resolución de la lesión en las semanas posteriores. Se diagnosticó de larva cutánea migrans, una entidad que se debe tener en cuenta en los países del sur de Europa, aún en ausencia de antecedente de viajes internacionales, dados los cambios del clima actuales. El diagnóstico es clínico y el tratamiento de elección se realiza con ivermectina oral en régimen de una dosis (200 mcg/kg).



- [Acute Unilateral Vision Loss and Pulmonary Nodules in a Child: The Diagnostic Value of Multidisciplinary Care in a Tropical Setting.](#) *The Pediatric Infectious Disease Journal* [45\(7\):p 655-657, July 2026.](#)

Paciente de 3 años procedente de zona rural de Colombia, solía tener contacto con animales (perros) y bañarse en estanques. Presentó lesión blanquecina en ojo izquierdo de 6 días, asoció eritema y disminución de visión. Se realizó diagnóstico de uveitis por oftalmología y prescribió tratamiento tópico con corticoides inicial. En analítica presentaba eosinofilia con normalidad de resto de parámetros. En radiografía pulmonar se vieron nódulos pulmonares bilaterales y consolidaciones en patrón de vidrio deslustrado. El Mantoux fue de 0 mm. Se obtuvieron muestras de esputo con examen y PCR para parásitos negativo. Dados los datos clínicos junto con los antecedentes se inició tratamiento con albendazol. Finalmente, se objetivó seroconversión en serología para *Toxocara canis*. La evolución clínica fue favorable con resolución de los hallazgos.

Se incide en el diagnóstico diferencial de la toxocariasis ocular con otras entidades que cursan con uveitis y con retinoblastoma. Las lesiones pulmonares, como en el caso, pueden ser asintomáticas en el 50% e los casos, de ahí la importancia del estudio de extensión. La presencia de eosinofilia apoya el diagnóstico, pero puede estar ausente y la serología puede ser negativa o estar interferida por una infección pasada. Mientras que a nivel pulmonar se suele obtener una buena respuesta con antiparasitarios, para las oculares suele ser más variable y puede precisar del uso de corticoides concomitante. Es de especial importancia la historia clínica, centrándose en antecedentes de exposición en zona endémica a animales (cánidos), alimentos, aguas o suelos contaminados. Aunque es propia de países tropicales, pueden producirse casos adquiridos en determinadas zonas de Europa e incluso España.

- [Bacille Calmette-Guérin Scar Reactivation in Kawasaki Disease.](#) *J Pediatr.* 2026 Jul;294:115106. doi: 10.1016/j.jpeds.2026.115106.

Una niña de 10 meses presentó fiebre persistente durante 6 días, acompañada de inyección conjuntival bilateral, labios agrietados y eritematosos, edema y eritema plantar, y una erupción urticarial difusa en el tronco y las extremidades. Había recibido la vacuna BCG (bacilo de Calmette-Guérin) al nacer, en el brazo derecho. A las 24 horas del inicio de la fiebre, la cicatriz de la vacuna BCG se volvió eritematosa con pápulas, induración y urticaria (Figura). En pacientes con tonos de piel más oscuros, estos hallazgos pueden pasar desapercibidos, pero representan un signo físico temprano e importante de la enfermedad de Kawasaki (EK).

- [Management of critical illness in an adolescent caused by highly pathogenic avian influenza A\(H5N1\) virus infection in British Columbia, Canada.](#) Lancet Infect Dis. 2026 Jul;26(7):e326-e334.

Adolescente de 13 años con fiebre alta y conjuntivitis de 5 días, sin historia de viajes recientes o exposición a animales, que desarrolló dificultad respiratoria, hipoxemia y alteración hemodinámica. Preciso fluidoterapia y soporte respiratorio con presión positiva. En radiografía se evidenció condensación en lóbulo inferior izquierdo. En analítica presentaba leucopenia con neutropenia de $1.100 \times \text{mCL}$, linfopenia de $500 \times \text{mCL}$, proteína C reactiva de 24.2 mg/dl y creatinina de 1.49 . Se inició antibioterapia con ceftriaxona y azitromicina, además de tratamiento broncodilatador y corticoides sistémicos sin mejoría por lo que se trasladó a centro con unidad de cuidados intensivos. El test de gripe A en exudado nasofaríngeo fue positivo pero negativo para los subtipos estacionales (A[H1] y A [H3]) por lo que se amplió para subtipo no estacional A(H5) que fue positivo con diagnóstico de presunción de gripe aviar. Se inició tratamiento con oseltamivir y se implementaron medidas de aislamiento estrictas. No obstante, el empeoramiento progresó con opacidades bilaterales pulmonares en radiografía, refractariedad de hipoxemia y necesidad de intubación, ampliación de espectro antibiótico y finalmente canulación en ECMO. Dada la persistencia de carga viral elevada en los exudados, se añadió al tratamiento amantadina y baloxavir. Pese a que llegó a precisar terapia de sustitución renal y plasmaféresis, finalmente se produjo la mejoría clínica y radiológica con decanulación a los 15 días y extubación a los 21 días. La oxigenoterapia y la terapia de reemplazo renal se suspendieron gradualmente. Se realizó terapia antiviral hasta el día 24 de hospitalización tras comprobar negatividad de carga viral. Se comprobaron varias mutaciones en el virus implicado (HPAI A[H5N1] virus, clado 2.3.4.4b, genotipo D1.1) que podrían haber adaptado para la invasión del tracto respiratorio humano. La paciente tuvo alteración en las pruebas funcionales respiratorias los meses posteriores, pero con mejoría progresiva.

En el artículo se detalla la singularidad del caso, como ejemplo de un cuadro muy severo de infección por un virus de la gripe zoonótico con adaptación al ser humano, aunque no se documentaron exposiciones en el caso. Se detallan características clínicas y patogénicas, así como de índole inmunológica en la discusión. También

detalles sobre el manejo terapéutico en estos casos y las medidas preventivas a valorar y los desafíos al respecto de cara al futuro.

- [Disseminated Tuberculosis With Cavitory Lung Disease in a Very Preterm Infant](#) *Pediatrics* (2026) 158 (1): e2025074037.

Se reporta el caso clínico de un recién nacido muy prematuro que desarrolló un cuadro de tuberculosis (TB) diseminada grave de origen congénito. El caso destaca por su presentación radiológica y clínica inusualmente agresiva para la edad neonatal, caracterizada por el desarrollo de enfermedad pulmonar cavitaria (un hallazgo atípico en lactantes) y afectación del sistema nervioso central (SNC). La transmisión se produjo por vía vertical desde una madre con TB diseminada no diagnosticada. La presentación clínica inespecífica en la gestante y la falta de identificación temprana de factores de riesgo epidemiológicos condujeron a un retraso crítico tanto en el diagnóstico como en el inicio del tratamiento dirigido para el binomio madre-hijo.

Además, en el artículo se recomienda la detección de TB para todas las personas con factores de riesgo epidemiológicos, como nacimiento, residencia o viajes prolongados en entornos de prevalencia media o alta; inmunosupresión; y contacto cercano con personas con TB.

- [Una lesión blanca móvil: ¿cuál es el diagnóstico?](#) *An Pediatr (Barc)*. 2026;105: 504165

Una adolescente de 17 años se presentó en nuestro servicio, al tercer día de tratamiento con antibióticos, con un empeoramiento de los signos inflamatorios y dificultad para caminar en ausencia de fiebre. Tres días antes había sido evaluada por primera vez por dolor y edema en el pie derecho, y se había pautado amoxicilina / ácido clavulánico, con mejoría inicial. Había regresado de Senegal 3 días antes y refirió una picadura de insecto en el pie una semana antes, a pesar de haber usado un repelente. La exploración física reveló una lesión eritematosa elevada, con un *punctum* central blanco, calor y tumefacción ([fig. 1A](#)). Se sospechó de miasis cutánea, y se consideró la posibilidad de aplicar un apósito oclusivo. La visualización directa de la larva permitió su extracción mecánica, confirmando el diagnóstico ([Vídeo 1](#), [fig. 1B](#)). El tratamiento con flucloxacilina y tetraciclina tópica, indicado por sospecha de infección bacteriana secundaria, logró la resolución clínica completa tras un ciclo de 10 días.



Figura 1.

Miasis cutánea forunculosa del pie. A) Lesión forunculosa en la cara lateral del pie derecho, caracterizada por un nódulo eritematoso elevado con una depresión central blanquecina (orificio por el que respira la larva); B) Cavidad residual tras la extracción mecánica de la larva.

La globalización exige una mayor concienciación sobre las enfermedades tropicales asociadas a los viajes, como la miasis¹. La miasis forunculosa, frecuentemente observada en viajeros a su regreso, suele producirse por la penetración de la piel por larvas de mosca que a continuación se desarrollan en el tejido subdérmico². Por lo general se manifiesta como una lesión de crecimiento lento que asemeja una picadura de insecto infectada¹. Los objetivos principales del tratamiento son la extracción completa de la larva, y la prevención y control de la infección secundaria³.

Para ampliar

- [Impacto clínico y económico de la infección por virus respiratorio sincitial en atención primaria en menores de 5 años](#) An Pediatr (Barc). 2026;105: 504225

Introducción y objetivos

La carga de enfermedad y costes de las infecciones por virus respiratorio sincitial (VRS) en pediatría de atención primaria (AP) en menores de cinco años no son bien conocidos.

Pacientes y métodos

Estudio observacional, prospectivo y analítico de niños con sospecha de infección respiratoria por VRS confirmada mediante prueba molecular. 37 pediatras de ocho Comunidades Autónomas (CCAA) captaron pacientes de 0 a 59 meses sospechosos de infección por VRS de noviembre 2021 a enero 2024. Se recogieron datos el día de captación, a los 14 y 30 días. Se valoraron costes sanitarios directos e indirectos.

Resultados

De 517 menores captados, fueron positivos 206 (39,8%) (64,5% VRS A; 35,4% B; y 2,4% A y B). Hubo significativamente más disnea en el grupo positivo frente al negativo (50,0% y 31,8%, respectivamente, $p < 0,001$). Entre los positivos, los menores de 12 meses acudieron más a urgencias (39,6% frente a 22,5%; $p = 0,010$), y requirieron más hospitalizaciones (25,0% frente a 9,5%; $p = 0,004$). Recibieron broncodilatadores inhalados el 58,4%, 9,7% corticoide inhalado, 11,9% corticoide oral, y 18,3% antibióticos. En escolarizados, el 69,2% faltó al menos un día (mediana días de ausencia 8; RIC 5 a 14). El coste total por episodio fue de 458€, y difirió entre menores (507€) y mayores de un año (419€) (DM: 88€; intervalo de confianza (IC) del 95%: 76 a 99; $p < 0,001$). Entre CCAA solo difirió la utilización de broncodilatadores y la asistencia a servicios de urgencias.

Conclusiones

La infección por VRS en la primera infancia determina una importante carga clínica, económica y de recursos sanitarios fuera del entorno hospitalario y apoya implementar medidas preventivas efectivas.

- [Upsurge of pneumococcal clade I- \$\alpha\$ /CC180 serotype 3 and its association with a *LytA* mutation linked to immune evasion and disease potential.](#) The Lancet Microbe, 2026; 7 .

Objetivo y metodología

Los autores analizaron más de 34.000 aislados clínicos de neumococo en España (2009-2023), centrándose en los 4.561 casos de enfermedad neumocócica invasiva (ENI) causados por el **serotipo 3**. Combinaron epidemiología, secuenciación genómica (>300 aislados) y estudios experimentales (adhesión celular, fagocitosis, formación de biofilm, modelos murinos de neumonía).

Hallazgos principales

1. Evolución epidemiológica

- Tras la introducción de la PCV13, la incidencia de serotipo 3 bajó inicialmente (2010-16) en niños y, en menor medida, en adultos mayores.
- Sin embargo, a partir de 2017 volvió a subir, con un repunte marcado tras la pandemia de COVID-19 (2022-23), superando los niveles pre-pandémicos.

2. Sustitución clonal

- Coexistían dos linajes principales: **CC260** (sensible a la presión vacunal) y **clado I- α /CC180** (resistente).
- Con el tiempo, CC260 fue desplazado y **CC180 (concretamente el clado I- α) se convirtió en el linaje dominante**, especialmente desde el periodo intermedio de vacunación (2013-16).

3. Mecanismo molecular clave: mutación en *LytA*

- Todos los aislados del clado I- α presentan una sustitución puntual (166His→Tyr) en la autolisina ***LytA***, una proteína clave de virulencia.
- Esta mutación **aumenta la actividad enzimática de *LytA***, lo que se traduce en:
 - Mayor adhesión a células pulmonares humanas.
 - Mayor resistencia a la fagocitosis mediada por anticuerpos post-vacunación con PCV13.
 - Mayor capacidad de "desviar" el complemento (C3), un mecanismo clave. Se confirmó que ***LytA* es el responsable directo** del fenotipo hipervirulento.

4. Relevancia clínica

- En 152 pacientes hospitalizados, el genotipo ST180/CC180 fue el más frecuente (50%) y se asoció significativamente con **comorbilidades cardíacas y respiratorias**, así como con la mayoría de casos de meningitis.

Implicaciones para las vacunas con más serotipos (PCV15, PCV20, PCV21, etc.)

Este es el punto más relevante para tu pregunta:

- El estudio sugiere que la **presión selectiva ejercida por la PCV13** favoreció la expansión de un linaje (clado I- α /CC180) genéticamente más apto para evadir la respuesta inmune, no por cambio de serotipo, sino por una **mutación puntual en un factor de virulencia interno (*LytA*)**.

- Esto significa que **ampliar el número de serotipos en una vacuna no resuelve necesariamente el problema del serotipo 3**, si el mecanismo de escape no depende del polisacárido capsular sino de otros factores bacterianos (como *lytA*, o los cambios descritos en *lytC*, *pce*, *hysA*, *pfbA*).
- Los autores concluyen que la aparición de este linaje **"pone en riesgo la eficacia de las últimas vacunas aprobadas (PCV15, PCV20, PCV21) e incluso de futuras vacunas de mayor cobertura"**, si estas siguen basándose únicamente en anticuerpos anticapsulares.
- Proponen que se necesitan **más estudios de inmunogenicidad** con las nuevas formulaciones frente a este linaje concreto, y sugieren estrategias alternativas como la **vacunación con hidrolasas de pared celular (p. ej. *LytB*)** u otras proteínas conservadas, en lugar de depender solo del polisacárido capsular del serotipo 3.
- [Brote de hantavirus Andes vinculado a un crucero transatlántico: Evaluación del riesgo para España.](#)

Resumen

El brote de hantavirus Andes (ANDV) vinculado a un crucero transatlántico en mayo de 2026 supuso un evento inusual de interés en salud pública. Se notificaron 13 casos en varios países, incluidos dos en España, con tres fallecimientos. La investigación apunta a una exposición inicial en Argentina y posterior transmisión limitada entre personas durante el viaje. En España, se identificaron 16 contactos de alto riesgo en seguimiento, de los cuales dos desarrollaron infección. El riesgo de transmisión se consideró muy bajo debido a la ausencia de reservorios animales y a la rápida implementación de medidas de control. Este evento destaca la importancia de la vigilancia epidemiológica y la coordinación internacional ante enfermedades emergentes.

Conclusiones

Este evento pone de manifiesto la importancia de mantener sistemas de vigilancia capaces de detectar precozmente enfermedades emergentes importadas y coordinar la respuesta internacional ante eventos con potencial de transmisión transfronteriza. Además, subraya la necesidad de disponer de protocolos específicos para patógenos poco frecuentes, pero con capacidad demostrada de transmisión entre personas.

Con la evidencia disponible, la transmisión local en España de hantavirus patógenos incluido el virus Andes se considera muy baja, dada la poca evidencia de su presencia en micromamíferos y la ausencia de detecciones históricas en seres humanos en nuestro país. Para las personas que viajan a zonas endémicas, el riesgo se concentra en actividades desarrolladas en entornos rurales o naturales con posible exposición a excretas de roedores infectados. No obstante, se trata de una enfermedad poco frecuente y el riesgo puede reducirse significativamente mediante la adopción de medidas preventivas adecuadas.

- [Cuatro años de vigilancia epidemiológica de mpox en España, 2022-2025.](#) Boletín Epidemiológico Semanal. 2026;34(2):59-70. doi: 10.4321/s2173-92772026000200003. **OK (incluyo los datos de la publicación) Ok**

Introducción: En mayo de 2022 se identificaron los primeros casos de mpox en Europa y desde entonces se ha mantenido la transmisión en nuestro medio. El objetivo fue comparar las características clínico-epidemiológicas de los casos de mpox en España entre 2022-2025.

Método: Análisis descriptivo de los casos notificados a la Red Nacional de Vigilancia en Salud Pública entre 2022-2025. Se comparó la distribución de variables clínico-epidemiológicas según año de inicio de síntomas o de diagnóstico.

Resultados: Un total de 9.355 casos fueron notificados, de ellos 7.521 en 2022 (80,4%), 325 en 2023 (3,5%), 695 en 2024 (7,4%) y 814 en 2025 (8,7%). El 97,7% eran hombres y edad mediana de 37 años (RIC: 31-44). El porcentaje de nacidos en España varió entre 46,5% (2022) y 32,2% (2025). El 73,2% en 2022 presentaron síntomas generales frente al 62,1% de 2025, siendo la fiebre el síntoma más frecuente (55,4%). En global, el 65,3% presentó exantema anogenital y entre 4-6% requirieron hospitalización. Hubo cuatro fallecimientos, 3 en 2022 y uno en 2025. El principal modo de transmisión fue contacto estrecho en el marco de una relación sexual (66,6% en 2022 y 80,1% en 2025); entre 68%-78% eran hombres que tenían sexo con otros hombres. Entre 2023 y 2025, el 9,3% de los casos estaban vacunados frente a mpox. En total se han notificado 57 casos de clado I.

Conclusiones: Las características clínico-epidemiológicas se han mantenido globalmente estables desde 2022, con leves variaciones, en un contexto de aparición reciente de casos de clado I.

Palabras clave: mpox; vigilancia epidemiológica; clado.

Comentarios: El brote de 2022 supuso un cambio en la epidemiología de esta infección cuya transmisión pasó de ser predominantemente zoonótica a una transmisión persona a persona, principalmente por el contacto estrecho durante relaciones sexuales. Europa fue uno de los principales epicentros del brote, presentado España el número más elevado de casos. En los años siguientes a 2022, los casos diagnosticados se han mantenido con un número más reducido (probablemente por la inmunidad natural, cambios en las conductas de la población más vulnerable y la vacunación de las personas en riesgo) pero constante lo que nos indica la transmisión comunitaria sostenida en nuestro entorno. Desde el inicio del brote y hasta diciembre 2025, también se notificaron seis casos en menores de 2 años, cuatro en 2022 y dos en 2025, sin presentar ninguno de ellos complicaciones. Es necesario continuar con la notificación precoz de los casos para detectar y responder ante cualquier cambio en la transmisión y gravedad de la enfermedad.

- [Vigilancia y epidemiología del Herpes Zóster en España, 2014-2024. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica \(RENAVE\)](#). Boletín Epidemiológico Semanal. 2026;34(2):71-85. doi: 10.4321/s2173-92772026000200004

Introducción: El herpes zóster (HZ) es una enfermedad frecuente, prevenible por vacunación, causada por la reactivación del virus varicela zóster (VVZ). Tras la

introducción en el año 2022 de la vacunación frente a HZ en calendario, resulta necesario evaluar la situación epidemiológica del HZ en España de modo que facilite futuras evaluaciones del impacto del programa de vacunación.

Método: Estudio descriptivo de los casos de HZ notificados a la RENAVE entre 2014 y 2024. Se calculan las tasas anuales de notificación por 100.000 habitantes (TN), estratificadas por año, edad y sexo. Se utilizan las cifras de población del INE (Instituto Nacional de Estadística); las tasas se estandarizan a partir de cifras de población europea.

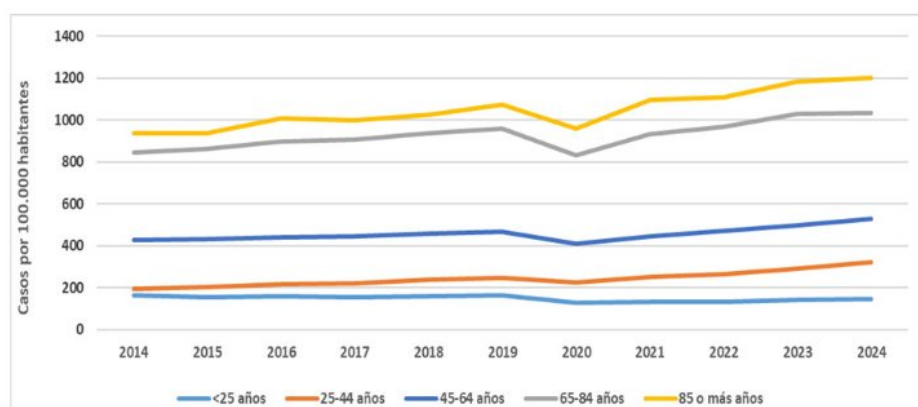
Resultados: La vigilancia del HZ en RENAVE está todavía en fase de implantación. La TN media anual entre 2014 y 2024 fue 426,9 casos por cada 100.000 habitantes, con un incremento medio anual del 4,1% (5,4% desde 2022). Sólo entre los menores de 5 a 9 años la TN ha descendido (-9,7% anual). Las mujeres registran una TN un 42% superior a la de los hombres.

Conclusiones: En España, la notificación de casos de HZ ha aumentado anualmente desde 2014 — y de forma más pronunciada desde 2022—, tanto para el total de la población como para los grupos de edad mayores de 15 años. Entre las mujeres, el HZ es más frecuente, más precoz y el incremento de su TN más acusado. Es imprescindible mantener y reforzar la vigilancia epidemiológica para poder evaluar el programa de vacunación.

Palabras clave: Herpes zóster; vigilancia epidemiología; Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), España; vacuna; calendario de vacunación.

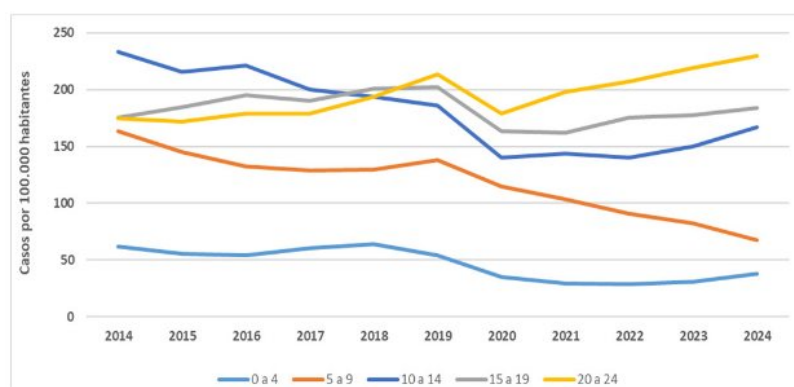
Comentarios. Las TN de HZ se incrementan con la edad. Además, al igual que para los resultados globales de la población española, la TN de HZ para cada grupo etario muestra un incremento anual constante a lo largo del periodo estudiado, siendo más marcado a partir de 2022, incluso para los jóvenes de 15 a 25 años. Sólo entre los menores de 15 años coexisten decrementos constantes de la TN entre la población de 5 a 9 años, con patrones menos claros, incluso repuntes en la TN, entre la población menor de 5 años y los preadolescentes de 10 a 14 años. En qué medida estos patrones son fruto de la variabilidad estadística o si en cambio se trata de un cambio de tendencia, podrá comprobarse en futuros análisis de los resultados de la vigilancia del HZ.

Figura 7. Evolución anual de la tasa de notificación de HZ por grandes grupos de edad. RENAVE 2014-2024.



Fuente de información: Red Nacional de Vigilancia (RENAVE). Centro Nacional de Epidemiología (CNE), ISCIII.

Figura 8. Evolución anual de la notificación de HZ, en los menores de 25 años. RENAVE 2014-2024



Fuente de información: Red Nacional de Vigilancia (RENAVE). Centro Nacional de Epidemiología (CNE), ISCIII.

- [Enfermedad invasiva por Haemophilus influenzae. España 2024](#). Boletín Epidemiológico Semanal. 2026;34(2):86-99. doi: 10.4321/s2173-92772026000200005.

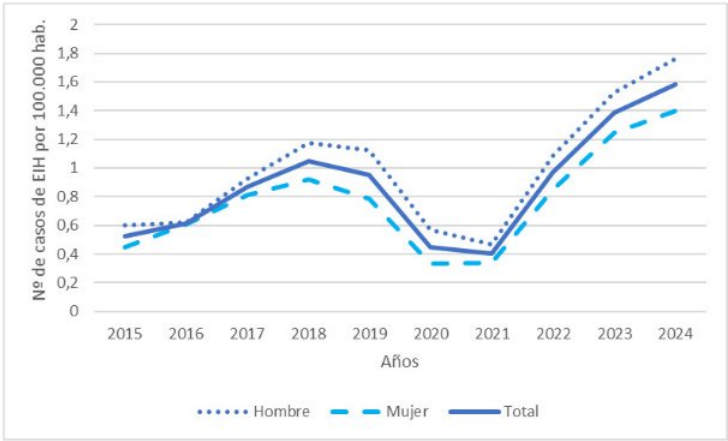
Introducción: Descripción del análisis epidemiológico de la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* (EIH) en España durante 2024 y su comparación respecto a años previos (2015-2023).

Método: Análisis epidemiológico descriptivo de los casos de EIH notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) en 2024. Las variables analizadas fueron: sexo, grupo de edad, fecha de inicio de síntomas, comunidad o ciudad autónoma que notifica, defunción, manifestación clínica y serotipo.

Resultados: En 2024 se notificaron 769 casos de EIH (54% hombres) con una tasa de incidencia acumulada de 1,58 (IA: casos por 100.000 habitantes). Siguió un patrón de presentación estacional, con un mayor número de casos de EIH en otoño e invierno. Las mayores tasas de incidencia se observaron en menores de 1 año y en la población de 85 y más años. La manifestación clínica más frecuente fue la neumonía

bacteriémica (49,0% de los casos). El 83,7% de las defunciones ocurrieron mayores de 65 años. Se desconoce el serotipo en el 63,3% de los casos de EIH notificados.

Figura 1. Tasa de incidencia acumulada por sexo de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. España, 2015-2024



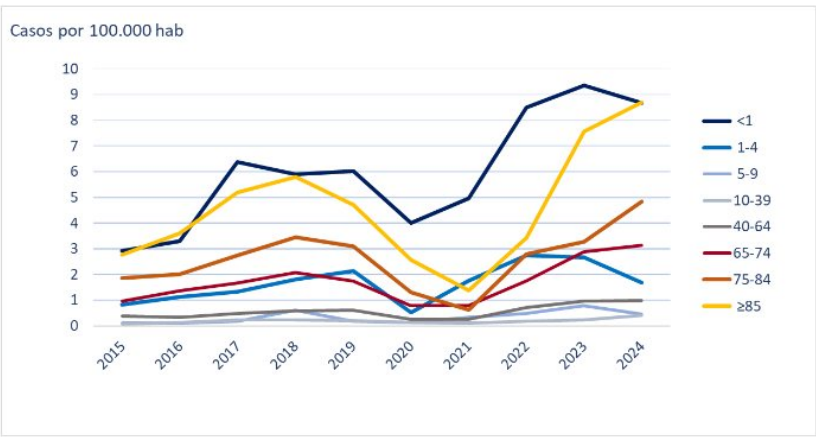
Fuente: Red Nacional Vigilancia Epidemiológica

Tabla 4. Comparación de la tasa incidencia acumulada de la enfermedad invasiva por *H. influenzae* por grupo de edad. España, 2022, 2023 y 2024

	2022	2023	2024	Porcentaje de cambio IA (2024-2023)
Menor de 1 año	8,49	9,37	8,68	- 07,9%
de 1 a 4 años	2,75	2,68	1,69	-58,7%
de 5 a 9 años	0,50	0,77	0,46	-70,2%
de 10 a 39 años	0,17	0,24	0,41	+ 40,9%
de 40 a 64 años	0,71	0,95	1,00	+ 04,3%
de 65 a 74 años	1,73	2,88	3,14	+ 08,2%
de 75 a 84 años	2,80	3,28	4,84	+ 32,3%
≥ 85 años	3,43	7,57	8,70	+ 13,1%

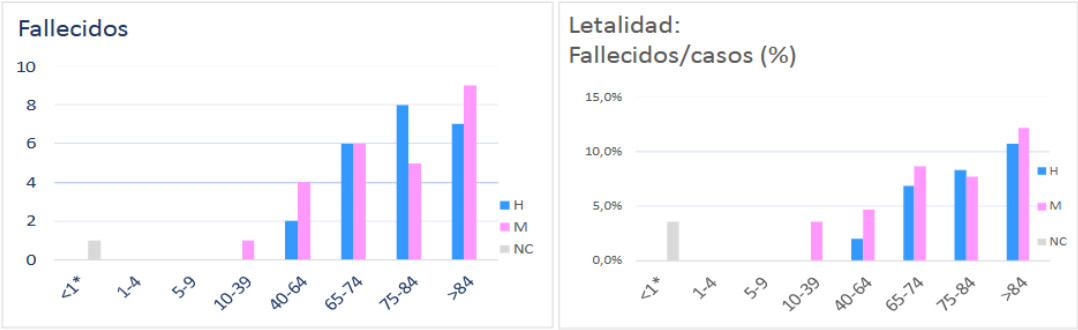
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Figura 4. Casos por 100.000 habitantes de enfermedad invasiva por *H. influenzae* por grupo de edad. España, 2015 - 2024.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

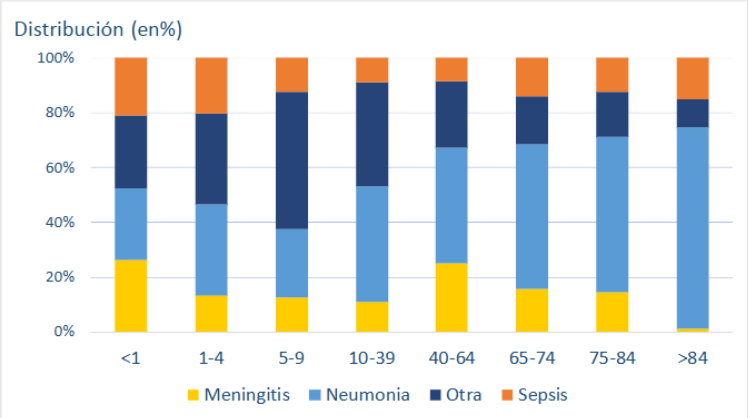
Figura 5. Defunciones y letalidad por enfermedad invasiva por *H. influenzae* por grupo de edad notificadas a la RENAVE. España, 2024



*<1 año: recién nacido fallecido por *H. influenzae* sin información sobre sexo.

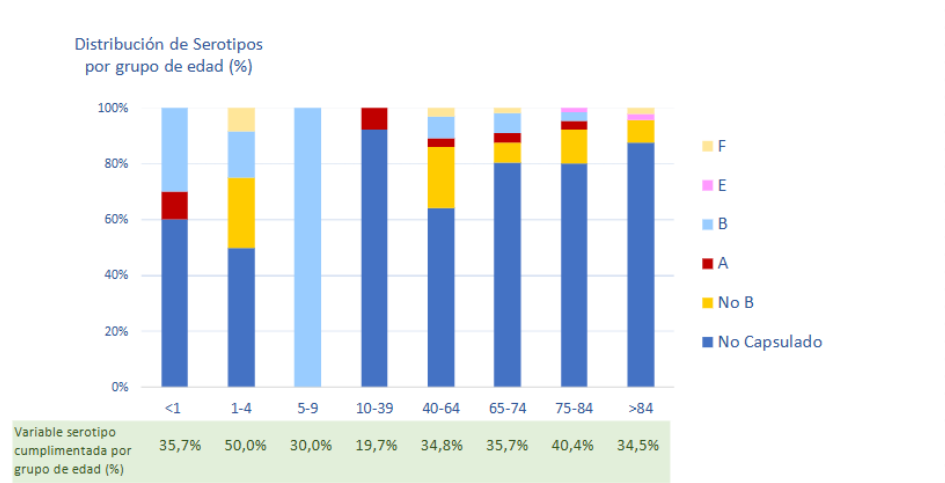
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Figura 6. Distribución de manifestaciones clínicas principales de la enfermedad invasiva por *H. influenzae* por grupo de edad. España, 2024.



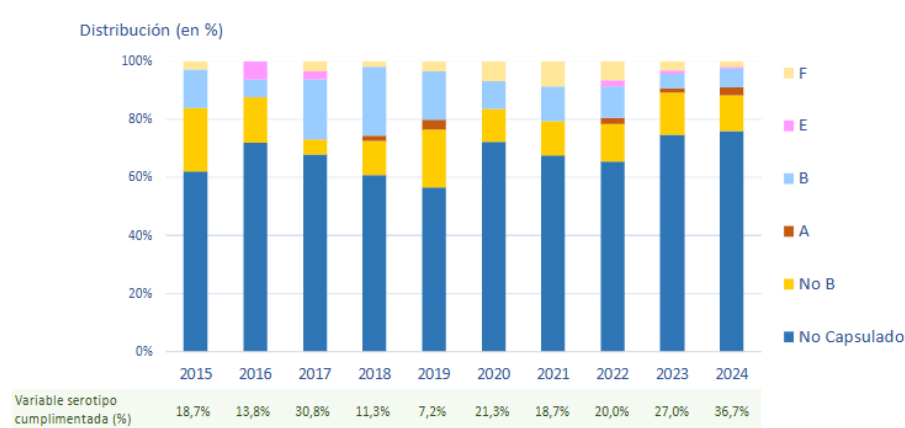
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Figura 7. Distribución de serotipos notificados causantes de enfermedad invasiva por *H. influenzae* por grupo de edad. España, 2024.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Figura 8. Distribución de serotipos notificados causantes de enfermedad invasiva por *H. influenzae*. España, 2015-2024.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Discusión: En 2024 se registró la mayor incidencia acumulada de los últimos 10 años. La mejora de la notificación de los datos de caracterización microbiológica es crucial para llevar a cabo la vigilancia de esta enfermedad y para la evaluación del programa de vacunación.

Palabras clave: Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*; *Haemophilus influenzae*; España; Análisis epidemiológico; 2024

Comentarios: Los grupos de edad con las mayores IA son las edades extremas de la vida: ≥ 85 años y menores de 1 año. La IA de 2024 disminuyó respecto a 2023 en los grupos de edad $<$ de 1 año, y, especialmente entre 1 a 4 años y de 5 a 9 años, aumentando en el resto de grupos de edad. Además, las IA en todos los grupos de edad fueron superiores a la incidencia prepanémica salvo en las edades de 1 a 4 años y de 5 a 9 años.

La gran mayoría de las defunciones se produjeron en los grupos de mayor edad, excepto el fallecimiento de un recién nacido.

En concordancia con varios países europeos, la enfermedad invasiva fue predominantemente producida por cepas no capsulares, siendo relevante para la prevención el desarrollo de vacunas eficaces frente a estas cepas. Respecto a los casos notificados por serotipo b, en 2024 se notificaron 17 casos: 11 mayores de 40 años no vacunados, 1 caso en un lactante de 4 meses no vacunado, pero 5 casos con edades entre 8 meses y 7 años, de los cuales 4 estaban vacunados. La producción de infección en niños parcial o totalmente vacunados, implica la necesidad de evaluar de forma continua la eficacia de la vacuna, así como su periodo de protección. Respecto a las coberturas vacunales frente a Hib en España en 2024, fueron altas (97,97 % con dos dosis de primovacuna y 95,33% con una dosis de recuerdo). Además, hubo un porcentaje alto (64%) en los que el serotipo causal fue desconocido, lo que limita las interpretaciones del análisis por serotipo.

Es fundamental la calidad y exhaustividad de los datos de vigilancia para evaluar los programas de vacunación y para el desarrollo de futuras vacunas que incluyan un espectro más amplio de cepas de *H. influenzae*.

- [Epidemiología de las infecciones respiratorias agudas en España en la temporada 2024-2025](#). Boletín Epidemiológico Semanal. 2026;34(2):99-124. doi: 10.4321/s2173-92772026000200006.

Introducción: El Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda (SiVIRA) monitoriza de forma integrada las infecciones respiratorias agudas, especialmente las causadas por gripe, COVID-19 y virus respiratorio sincitial (VRS). En este trabajo se presentan resultados durante la temporada 2024-25.

Método: Se recogieron casos que acudieron a consulta por infección respiratoria aguda en Atención Primaria (IRA) o fueron ingresados por IRA grave (IRAG), calculándose tasas de incidencia semanales ponderadas por edad, sexo y comunidad autónoma (CA). Se seleccionó una muestra representativa para el estudio microbiológico, calculándose el porcentaje de positividad a gripe, SARS-CoV-2 y VRS.

Resultados: Las tasas de IRA e IRAG presentaron su pico entre las semanas 02/2025 y 04/2025, con 803 casos/100.000 habitantes y 24,2 hospitalizaciones/100.000h., respectivamente. La epidemia gripal se desarrolló entre las semanas 50/2024 y 09/2025, con pico en la 04/2025. Predominó el tipo A (57% de casos de IRA y 90% de hospitalizados). La COVID-19 cambió su patrón temporal, con ausencia de la onda epidémica en otoño-invierno y onda conservada en primavera-verano, con pico en la semana 38/2025. Predominó inicialmente la variante BA.2.86, seguida de XFG a partir de la semana 16/2025. El VRS comenzó a incrementarse en la semana 46/2024, con pico de casos de IRA en la 51/2024 y de hospitalizaciones en la 01/2025.

Discusión: En la temporada 2024-25, la circulación de gripe, COVID-19 y VRS fue más escalonada, con ausencia de onda invernal de COVID-19. Esto resultó en tasas semanales de infección respiratoria aguda y hospitalización inferiores a temporadas previas.

Palabras clave: infección respiratoria aguda; infección respiratoria aguda grave; gripe; COVID-19; VRS; vigilancia

Comentarios: La temporada 2024-25 es la quinta desde la implantación de SiVIRA para la vigilancia integrada de la infección respiratoria aguda (IRA) en Atención Primaria y de la infección respiratoria aguda grave (IRAG) en hospitales, basada fundamentalmente en la vigilancia de los tres principales virus respiratorios (gripe, SARS-CoV-2 y VRS) siendo fundamental para guiar las acciones de prevención y control de estos virus.

Las limitaciones de SiVIRA son la heterogeneidad en la implantación del protocolo común de vigilancia entre las CCAA, lo que limita la comparación directa de los indicadores entre CCA.

En la temporada 2024-25 se han observado incidencias semanales de infecciones respiratorias agudas inferiores a la temporada previa, contrastando con otros países del centro y este de Europa. Además, en la temporada 2024-25, la circulación de los principales virus respiratorios fue más escalonada, circulando el VRS en primer lugar (con pico en la semana 51/2024), seguido de la gripe (pico en la 04/2025) y con ausencia de circulación invernal de SARS-CoV-2, lo cual fue diferente de la temporada 2023-24 donde se observó una coincidencia temporal de los tres virus mencionados con alto impacto hospitalario.

Respecto a la gripe, la incidencia en Atención Primaria volvió a concentrarse en la población infantil, mientras que las hospitalizaciones afectaron principalmente a los mayores, especialmente a varones de 80 años o más. Destacó la co-circulación de gripe A y gripe B, aunque entre los casos hospitalizados predominó la gripe A.

Respecto a la COVID-19, destacó el cambio en su patrón temporal con pérdida del patrón invernal y hacia una circulación más variable, con actividad fuera del periodo tradicional de mayor transmisión de los virus respiratorios.

Respecto al VRS, se trata de la segunda temporada de la implementación de la inmunización pasiva sistemática en lactantes con nirsevimab. La onda epidémica del VRS se concentró en los meses fríos, pero con tasas inferiores a la temporada anterior, siendo los menores de 1 año el grupo con mayor incidencia, confirmando su vulnerabilidad, aunque con un impacto hospitalario más bajo que en la temporada previa. Los siguientes grupos con mayor tasa de hospitalización fueron los de 1-4 años y 80 y más años. La letalidad aumentó progresivamente con la edad, resaltando la relevancia del VRS también fuera del ámbito pediátrico.

- [Meningococcal B Vaccine to Prevent *Neisseria gonorrhoeae* Infection](#). N Engl J Med 2026;395:349-361.

Antecedentes: Actualmente no existen vacunas autorizadas para la prevención de la infección por *Neisseria gonorrhoeae*. Estudios observacionales sugieren que la vacuna meningocócica de cuatro componentes contra el serogrupo B (4CMenB) podría reducir el riesgo de gonorrea.

Métodos: En este ensayo multicéntrico, doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo, asignamos, en una proporción 1:1, a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) a recibir dos dosis de 4CMenB o placebo. Todos los participantes habían recibido recientemente un diagnóstico de infección por *N. gonorrhoeae* o sífilis infecciosa y habían dado negativo en la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y estaban recibiendo profilaxis preexposición al VIH o vivían con el VIH. Se realizó un cribado de infecciones de transmisión sexual, incluyendo la prueba de amplificación de ácidos nucleicos de *N. gonorrhoeae* en muestras obtenidas de sitios urogenitales, anorrectales y orofaríngeos, trimestralmente durante 2 años. El resultado primario fue una primera infección por *N. gonorrhoeae* después de la administración de la vacuna o placebo en la población por protocolo (participantes que recibieron ambas dosis de 4CMenB o placebo, asistieron al menos a dos visitas de seguimiento programadas después de la segunda dosis y no cumplieron ningún criterio de exclusión pertinente para la evaluación de la eficacia).

Resultados: Desde julio de 2021 hasta mayo de 2023, un total de 654 participantes fueron aleatorizados, de los cuales 587 fueron incluidos en el análisis primario. La incidencia de infección por *N. gonorrhoeae* fue de 48,1 eventos por cada 100 personas-año (160 eventos entre 296 participantes) en el grupo 4CMenB y de 47,8 eventos por cada 100 personas-año (155 eventos entre 291 participantes) en el grupo placebo (cociente de tasas de incidencia, 1,01; intervalo de confianza del 95 % [IC], 0,80 a 1,26; P = 0,97), para una eficacia de la vacuna del -0,5 % (IC del 95 %, -26,2 a 19,9). La eficacia de la vacuna fue del 5,5 % (IC del 95 %, -56,0 a 42,8) para la infección sintomática, del -6,4 % (IC del 95 %, -47,5 a 23,2) para la infección asintomática y del -20,0 % (IC del 95 %, -90,2 a 23,9), -1,2 % (IC del 95 %, -33,0 a 23,0) y 2,6 % (IC del 95 %, -27,7 a 25,7) para la infección urogenital, anorrectal y orofaríngea, respectivamente. Se produjeron eventos adversos graves en el 4,7 % de los participantes del grupo 4CMenB y en el 2,8 % de los del grupo placebo.

Conclusiones: El tratamiento con 4CMenB no produjo una menor incidencia de infección por *N. gonorrhoeae* que el placebo entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con alto riesgo de gonorrea. (Financiado por el Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica de Australia y GSK; número de registro en ClinicalTrials.gov de GoGoVax: [NCT04415424](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04415424)).

- [Bundibugyo Virus Disease in 2026 — Clinical and Public Health Responses](#). N Engl J Med 2026 ; 395 : 278 – 289

El virus Bundibugyo es un ortoébolavirus relativamente raro que solo ha causado dos brotes de enfermedad previamente reconocidos, pero que aún puede producir una enfermedad epidémica grave con una mortalidad considerable. El brote de enfermedad por el virus Bundibugyo de 2026 en la República Democrática del Congo puso de manifiesto los desafíos persistentes en la detección de brotes de enfermedades por filovirus, así como en el diagnóstico, el manejo clínico y la respuesta de salud pública, particularmente en entornos con recursos limitados. Al igual que con otras infecciones por filovirus, el control efectivo del brote de enfermedad por el virus Bundibugyo depende de la identificación rápida de casos, la confirmación de la infección en laboratorio, el aislamiento de los casos, el rastreo de contactos, las medidas de prevención de infecciones, la protección del personal sanitario y la participación de la comunidad. Aunque actualmente no hay vacunas autorizadas ni terapias aprobadas específicas para la enfermedad por el virus Bundibugyo, los avances en la atención de apoyo han mejorado los resultados durante los brotes recientes de enfermedades por filovirus. La evidencia experimental de estudios con primates no humanos, investigaciones serológicas con muestras humanas e investigación con anticuerpos monoclonales sugiere que las vacunas y terapias desarrolladas contra el virus del Ébola pueden proporcionar actividad de protección cruzada contra el virus Bundibugyo. Estas observaciones respaldan los enfoques de preparación basados en patógenos prototipo, al tiempo que subrayan la necesidad de seguir desarrollando contramedidas específicas para cada patógeno. El brote actual refuerza el principio de que una respuesta eficaz a la enfermedad por filovirus requiere la integración de contramedidas médicas, atención clínica, vigilancia, diagnóstico y operaciones multinacionales coordinadas de salud pública.

- [Posttuberculosis Lung Disease in Adolescents in Lima, Peru](https://doi.org/10.1542/peds.2025-074970)
Pediatrics (2026) 158 (1): e2025074970. <https://doi.org/10.1542/peds.2025-074970>.

OBJETIVO

Determinar las secuelas respiratorias a largo plazo en adolescentes (de 10 a 19 años) tras presentar enfermedad tuberculosa (TB). La hipótesis que se planteó fue si la comparación de adolescentes sanos sin antecedentes de TB con los supervivientes de TB pulmonar presentaban mayor deterioro respiratorio (disminución de la función pulmonar) y discapacidad (síntomas y limitaciones en la actividad).

MÉTODOS

Se realizó estudio de cohorte prospectivo realizado en Lima, Perú en el que se empleó espirometría, oscilometría y el Cuestionario Respiratorio de St. George (SGRQ) para evaluar, en dos ocasiones distintas, la capacidad pulmonar de adolescentes tratados con éxito por tuberculosis pulmonar y controles sanos emparejados. Los supervivientes de tuberculosis con función pulmonar alterada se sometieron a una tomografía computarizada (TC) de tórax.

RESULTADOS

Se compararon 101 controles (edad media 17 años, 56% hombres) con 101 supervivientes de TB (edad media 18 años, 56% hombres). Se objetivó que el volumen espiratorio forzado en 1 segundo, la capacidad vital forzada, la resistencia total de las vías respiratorias (R5), la resistencia de las vías respiratorias pequeñas (R5-20) y el área de reactancia (AX) fue menos favorable para los supervivientes con TB. Durante el período de estudio, AX, R5 y R5-20 mejoraron para los supervivientes de TB pero siguieron presentando peores resultados que los controles. Los supervivientes de TB tuvieron una discapacidad respiratoria persistentemente mayor (medida por SGRQ). Las TC de tórax de los supervivientes de TB mostraron distorsión arquitectónica, patrones reticulares, nódulos y bronquiectasias.

CONCLUSIÓN

Los adolescentes supervivientes de tuberculosis experimentan una enfermedad pulmonar crónica sintomática y persistente a pesar de la curación bacteriológica. Los hallazgos resaltan la necesidad de realizar evaluaciones respiratorias más allá de la finalización del tratamiento.

- [Effectiveness of nirsevimab immunisation after birth versus RSVpreF maternal vaccination in preventing RSV-related hospitalisations in infants: a population-based retrospective cohort study.](#) Lancet Child Adolesc Health 2026; 10: 481–90.

INTRODUCCIÓN

La vacuna materna contra el virus respiratorio sincitial (VRS) de la proteína F de prefusión (VRSpreF) y la inmunización con nirsevimab son dos productos que se han incorporado recientemente para reducir las infecciones del tracto respiratorio inferior (ITRI) relacionadas con el VRS en lactantes (nirsevimab desde 2023 y VRSpreF desde 2024). Nuestro objetivo fue evaluar la eficacia de la inmunización con nirsevimab al nacer frente a la vacunación materna con VRSpreF en la prevención de las hospitalizaciones por ITRI relacionadas con el VRS en niños menores de 6 meses.

MÉTODOS

Este estudio de cohorte retrospectivo basado en la población utilizó datos del Sistema Nacional de Datos Sanitarios de Francia e incluyó a todos los niños nacidos en la Francia metropolitana entre el 1 de septiembre de 2024 y el 28 de febrero de 2025, que recibieron nirsevimab al nacer (grupo de nirsevimab) o cuyas madres recibieron la vacuna VRSpreF entre las semanas 28 y 36 de gestación (grupo de VRSpreF). No se incluyeron los niños que no recibieron ninguna de las vacunas, los nacidos de madres que no tenían entre 13 y 50 años, ni aquellos que no pudieron vincularse a su madre en la base de datos. Los niños se emparejaron según la fecha de nacimiento, la región de nacimiento y el sexo. El resultado principal fue la hospitalización por ITRI relacionada con el VRS a los 6 meses de edad. El análisis de la puntuación de propensión se ajustó según las características basales. Se realizaron análisis

secundarios, en particular para evaluar la influencia del momento de la vacunación materna con VRSpreF durante el embarazo sobre el resultado principal.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, se incluyeron 164 140 niños, de los cuales 83 978 (51,2 %) eran varones y 80 162 (48,8 %) mujeres; la gestación media al nacer fue de 39,4 semanas (DE 1,2), 103 062 (62,8 %) recibieron nirsevimab tras el nacimiento, y 61 078 (37,2 %) nacieron de madres vacunadas con VRSpreF. Se emparejaron 42 098 niños de cada grupo. Durante el seguimiento de 6 meses, se produjeron 753 hospitalizaciones por ITRI relacionadas con el VRS: 350 (0,83 %) de los 42 098 lactantes del grupo de inmunización con nirsevimab y 403 (0,96 %) de los 42 098 lactantes del grupo de vacunación con VRSpreF. Tras el ajuste, el nirsevimab se asoció a una reducción del 22 % en la probabilidad de hospitalización por ITRI relacionadas con el VRS en comparación con la vacunación con VRSpreF (OR 0,78 [IC del 95 %: 0,70-0,86]). Aunque la probabilidad de hospitalización por ITRI relacionadas con el VRS fue menor con el nirsevimab que con la vacunación con VRSpreF cuando esta se administró entre 2 semanas y menos de 4 semanas (0,45 [0,32-0,63]), entre 4 semanas y menos de 6 semanas (0,80 [0,68-0,95]), y entre 6 semanas y menos de 8 semanas antes del parto (0,80 [0,60-0,99]), no se observaron diferencias entre el nirsevimab y la vacuna VRSpreF administrada 8 semanas o más antes del parto (1,01 [0,77-1,32]).

INTERPRETACIÓN

En comparación con la vacuna materna VRSpreF, la administración de nirsevimab al nacer se asoció con una reducción de la probabilidad de hospitalización por ITRI relacionada con el VRS a los 6 meses de edad durante la temporada del VRS 2024-25. Los análisis secundarios exploratorios sugieren que un intervalo de al menos 8 semanas entre la vacunación con VRSpreF y el parto podría proporcionar protección.

COMENTARIO

Este estudio se llevó a cabo en Francia en la temporada 2024-2025, durante la cual se recomendaba la inmunización frente al VRS mediante administración del nirsevimab en período neonatal al recién nacido o bien en la embarazada entre la semana 32y 36 de gestación. Es un estudio observacional prospectivo en el cual se evalúan ciertos factores confusores, como la lactancia materna. Se reafirma el efecto protector del anticuerpo monoclonal y se hace hincapié en el momento de vacunar a la embarazada, siendo el efecto mayor al vacunar al menos 8 semanas antes del parto. Se aportan hipótesis explicativas de este hecho, como el mayor tiempo de paso transplacentario de anticuerpos. Aspectos que puedan haber influido en la estimación de la protección aportada por la vacuna en la embarazada son la exclusión de los recién nacidos pretérmino que nacieron menos de 14 días tras administrarse la vacuna y el que el descenso de anticuerpos vacunales maternos fuera en algunos casos paralelo a la disminución estacional de incidencia de VRS, sobreestimando el efecto en este último caso. Al incluir una temporada epidémica, no se pudo objetivar una ventaja en el caso del nirsevimab en cuanto a la protección a largo plazo. Dados los resultados obtenidos

de otros estudios, postulan un posible catch-up con nirsevimab con posterioridad en la infancia a niños que no lo recibieron, aunque se precisarían más datos para apoyar dicha estrategia.

- [Effectiveness of Nirsevimab on Primary Care Visits for Respiratory Syncytial Virus–Associated Acute Otitis Media in Infants](#). J Pediatr. 2026 Jul;294:115067.

Estimar la eficacia de nirsevimab contra la otitis media aguda (OMA) asociada al virus respiratorio sincitial (VRS) en la atención ambulatoria.

Diseño del estudio

Realizamos un estudio de diseño de prueba negativa, análisis post hoc utilizando datos del estudio prospectivo Oursyn que involucró a 37 pediatras de atención primaria en toda Francia desde 2020 hasta 2025. Se realizó muestreo nasofaríngeo para VRS en lactantes menores de 1 año diagnosticados con OMA durante las primeras 2 temporadas de VRS con introducción de la inmunización pasiva con nirsevimab (octubre de 2023 a febrero de 2024 y octubre de 2024 a enero de 2025). El resultado principal del estudio fue la detección del estado de VRS en lactantes con OMA. Realizamos una regresión logística multivariable con nirsevimab ajustada por edad, sexo, enfermedad crónica subyacente, prematuridad, tipo de cuidado infantil, mes, año y región geográfica de inclusión. También se realizaron análisis de sensibilidad.

Resultados

Se incluyeron un total de 236 casos de otitis media aguda (OMA) durante el período de estudio: 141 durante la primera temporada de implementación de nirsevimab y 95 durante la segunda temporada. Entre los lactantes con OMA, 41 (29,1 %) y 15 (15,8 %), respectivamente, dieron positivo para el virus sincitial respiratorio (VSR). La efectividad ajustada de nirsevimab se estimó en un 78,2 % (IC del 95 %: 44,4-92,4) para la prevención de la OMA por VSR en esta muestra. Los análisis de sensibilidad arrojaron resultados similares.

Conclusiones

Estos hallazgos ponen de relieve el efecto protector más amplio de nirsevimab sobre las complicaciones de las infecciones del tracto respiratorio en lactantes.

- [Maternal perspectives on the RSV vaccine \(Abrysvo\): a thematic analysis of survey findings from the first season of implementation in England and Scotland](#) Arch Dis Child. 2026 Jun 22;111(7):618-624.

Antecedentes: El virus sincitial respiratorio (VSR) es una de las principales causas de hospitalización infantil por infecciones de las vías respiratorias inferiores. Hasta 2022, la prevención se limitaba al costoso anticuerpo monoclonal palivizumab. En agosto de

2024, el Reino Unido incorporó la vacuna materna contra el VSR (Abrysvo, Pfizer) a su calendario nacional de vacunación. El éxito de este programa depende no solo de la eficacia de la vacuna, sino también del acceso, la aceptación y la vacunación materna.

Objetivo: Explorar las perspectivas maternas sobre la vacuna RSVpreF e identificar las barreras y los facilitadores para la vacunación, con el fin de fundamentar la educación prenatal y las estrategias de salud pública.

Métodos Este análisis cualitativo se basa en las respuestas de texto libre a una encuesta realizada a 388 madres de bebés hospitalizados con bronquiolitis, infección del tracto respiratorio inferior o sibilancias agudas, que cumplían los requisitos para recibir la vacuna. Las respuestas se recopilaron entre septiembre de 2024 y marzo de 2025 en 30 centros, como parte del estudio BronchStop.

Resultados Se identificaron cuatro temas clave: (1) barreras de acceso a la vacunación, (2) conocimiento e información insuficientes sobre el VRS para tomar decisiones informadas, (3) inquietudes y reticencias respecto a la seguridad de la vacuna y (4) percepción de la vacuna materna contra el VRS como beneficiosa y protectora. Estos temas fueron consistentes en todos los grupos sociodemográficos.

Conclusiones: La aceptación de la vacuna materna se vio influenciada por barreras de acceso, falta de información y preocupaciones percibidas sobre su seguridad. Una mejor administración de la vacuna, una mayor concientización y el asesoramiento prenatal personalizado son esenciales para aumentar la cobertura vacunal. Existe una necesidad urgente de abordar la inaccesibilidad estructural y brindar educación prenatal adaptada para subsanar las deficiencias de información. La investigación cualitativa en curso es crucial para orientar las intervenciones de salud pública dirigidas a futuras temporadas de VRS.

- [More Good News for Universal Passive Immunization Against RSV](#). The Journal of Pediatrics, 294.

Lenglart et al. utilizan un estudio prospectivo de 5 años sobre la epidemiología de las infecciones por VRS en lactantes atendidos por 37 pediatras de atención primaria en Francia para abordar el impacto de la inmunización pasiva con nirsevimab en la otitis media aguda (OMA) asociada al VRS. Durante este estudio prospectivo, los pediatras recibieron capacitación específica sobre diagnósticos precisos de infecciones del tracto respiratorio, incluida la OMA. A los lactantes con diagnóstico de OMA se les realizaron pruebas de muestras nasofaríngeas o de timpanocentesis para detectar el VRS. En un análisis *post hoc* de las temporadas de VRS de 2023-2024 y 2024-2025, que fueron las dos primeras temporadas posteriores a la recomendación universal de nirsevimab, los investigadores pudieron aplicar retrospectivamente un diseño de estudio robusto de prueba negativa para identificar casos de OMA asociada al VRS (OMA-VRS) y controles sin OMA-VRS. Casi el 25% de la OMA se asoció con el VRS. Se estimó que la eficacia de nirsevimab contra la otitis media aguda por VRS era de un notable 80,3 % (IC del 95 %, 53,1-92,7 %).

En esta población con tasas de vacunación neumocócica conjugada del 97 %, la protección adicional contra el VRS equivale a una reducción significativa de la otitis media aguda bacteriana (OMA) causada y desencadenada por el VRS en la infancia. Estudios controlados previos han demostrado una asociación general entre la inmunización pasiva contra el VRS y una menor prescripción de antibióticos en la

infancia, la mayoría de los cuales se administran para tratar la OMA. Este estudio representa otro gran avance para las inmunizaciones, ya que protege contra la morbilidad de la OMA, así como contra los efectos negativos de los antibióticos en el microbioma del lactante y en el presupuesto sanitario.

- [Anemia as a Risk Factor in Pneumonia](#). The Journal of Pediatrics, 294.

La neumonía grave sigue siendo una de las principales causas de hospitalización y muerte en niños pequeños en todo el mundo, especialmente en países de ingresos bajos y medios. La anemia también es frecuente en estos entornos. Si bien estas afecciones suelen coexistir, aún no se sabe con certeza si la anemia contribuye a un peor pronóstico en niños hospitalizados por neumonía. Dado que tanto la hipoxemia como la disminución de la hemoglobina dificultan el suministro de oxígeno, sus efectos combinados pueden poner a estos niños en un riesgo particularmente elevado. En este número de *The Journal*, Moschovis et al. informan los hallazgos de un estudio de cohorte prospectivo de niños de 6 a 59 meses de edad hospitalizados con neumonía grave en Uganda. Los investigadores observaron una prevalencia sorprendentemente alta de anemia, con más de dos tercios de los niños inscritos al ingreso que cumplían los criterios de anemia al menos leve. Las concentraciones más bajas de hemoglobina se asociaron de forma independiente con un mayor riesgo de mortalidad intrahospitalaria después de ajustar por edad y saturación de oxígeno. Los autores examinaron además una medida fisiológica que combina la concentración de hemoglobina y la saturación de oxígeno —denominada "hemoglobina saturada"— como indicador de la capacidad de transporte de oxígeno. La mortalidad varió sustancialmente según los niveles de esta medida, lo que sugiere que la carga combinada de anemia e hipoxemia puede reflejar mejor el riesgo fisiológico que cualquiera de los parámetros por separado.

Aunque el estudio no se diseñó para determinar las estrategias de manejo óptimas, subraya la importancia de considerar el aporte de oxígeno (y no solo la saturación de oxígeno) en la evaluación de la neumonía grave. Se necesitan más estudios para determinar si la incorporación de la hemoglobina en los protocolos de triaje y tratamiento podría mejorar la estratificación del riesgo y orientar intervenciones como la transfusión o la intensificación de los cuidados de apoyo. Abordar la relación entre la anemia y la enfermedad respiratoria podría representar una importante oportunidad para mejorar los resultados de los niños hospitalizados con neumonía en todo el mundo.

- [The Effect of Anemia on Mortality in Children Hospitalized with Severe Pneumonia in Uganda](#). The Journal of Pediatrics, 2026; 294.

Analizar el efecto de la anemia en la mortalidad infantil entre los niños hospitalizados con neumonía grave en Uganda.

Diseño del estudio

Este estudio de cohorte prospectivo incluyó a niños de entre 6 y 59 meses de edad ingresados con neumonía grave en dos hospitales del oeste de Uganda. La neumonía

grave se diagnosticó según los criterios de la Organización Mundial de la Salud, y la anemia se diagnosticó mediante la medición de la hemoglobina (Hb) al ingreso.

Resultados

Entre 212 niños con neumonía grave, con una mediana de edad de 13,3 meses, el 67,5% tenía al menos anemia leve ($Hb < 11$ g/dL) y el 9,0% tenía anemia grave ($Hb < 7$ g/dL). Se observó una Hb media más baja entre los niños que murieron durante la hospitalización (8,5 vs 10,2 g/dL; diferencia media 1,7 g/dL [IC del 95%: 0,6, 2,7]). Ajustando por edad y saturación de oxígeno, la concentración de Hb se asoció inversamente con la mortalidad. Por cada aumento de 1 g/dL en Hb, observamos una probabilidad de muerte un 28% menor (OR: 0,72 [IC del 95%: 0,57, 0,89]). También calculamos el producto de Hb y saturación de oxígeno (Hb saturada); Ningún niño con una hemoglobina saturada > 12 g/dL falleció, en comparación con el 28% de los niños con una hemoglobina saturada < 6 g/dL.

Conclusiones

Entre los niños hospitalizados con neumonía grave, se observó una asociación independiente y dependiente de la dosis entre la anemia y el riesgo de mortalidad, con un efecto aún mayor en los niños con hipoxemia. Las intervenciones de salud pública y clínicas dirigidas a la prevención, la detección temprana y el tratamiento oportuno de la anemia pueden mejorar los resultados de los niños con neumonía, especialmente en entornos de bajos ingresos.

- [Variation in Evaluation and Management of Febrile Infants 61 to 90 Days Old.](#) Eur J Pediatr. 2026 May 8;185(6):370.

Describir las tendencias y la variación en las pruebas, el tratamiento y la derivación de lactantes febriles de entre 61 y 90 días de edad evaluados en los servicios de urgencias de los Estados Unidos.

Diseño del estudio

Para este estudio de cohorte retrospectivo, incluimos lactantes no críticos, previamente sanos, de 61 a 90 días de edad, con temperaturas ≥ 38 °C, evaluados en 12 servicios de urgencias del Registro de la Red de Investigación Aplicada en Atención de Urgencias Pediátricas durante 2017-2023 (análisis de tendencias) y en 17 servicios de urgencias en 2022-2023 (análisis de variación). Los resultados incluyeron pruebas de orina, sangre, líquido cefalorraquídeo y virus respiratorios; administración de antibióticos; hospitalización; e infecciones bacterianas invasivas.

Resultados

Incluimos 9041 lactantes en el análisis de tendencias y 4448 en el análisis de variación. Entre 2017 y 2023, disminuyeron las pruebas de orina (del 53,8 % al 45,7 %; $p < 0,01$), los hemocultivos (del 35,0 % al 18,9 %; $p < 0,01$), las pruebas de líquido cefalorraquídeo (del 3,8 % al 1,1 %; $p < 0,01$), las hospitalizaciones (del 22,6 % al 16,9 %; $p < 0,01$) y los antibióticos parenterales (del 10,2 % al 5,8 %; $p < 0,01$). Por el contrario, aumentaron las pruebas de detección de virus respiratorios (del 13,4 % al 63,3 %; $p < 0,01$) y el uso de procalcitonina (del 1,6 % al 14,2 %; $p < 0,01$). En 2022-2023, una mediana del 46,3 % de los lactantes se sometieron a análisis de orina (rango: 32,2 %-73,9 % entre hospitales), el 21,1 % a hemocultivos (rango: 8,0 %-51,1 %) y el 16,2 % fueron hospitalizados (rango: 7,9 %-26,1 %). Las pruebas de detección de virus respiratorios (mediana del 71,8 %; rango: 34,7 %-95,5 %) y el uso de procalcitonina (mediana del 13,4 %; rango: 0 %-37,0 %) también variaron. La prevalencia de infecciones bacterianas invasivas fue igualmente baja en todos los hospitales (mediana del 0,3 %; rango: 0 %-1,2 %).

Conclusiones

Con el tiempo, se han producido cambios significativos en las pruebas diagnósticas y el manejo de lactantes febriles de entre 61 y 90 días, si bien con una considerable variabilidad entre hospitales. Es necesario implementar herramientas de apoyo a la toma de decisiones para estandarizar el manejo y reducir las variaciones en la práctica clínica.

- [Test Characteristics of C-Reactive Protein–Based Risk Stratification in Young, Well-Appearing, Febrile Infants](#). J Pediatr. 2026 Jul;294:115069.

En un estudio de cohorte retrospectivo, evaluamos las características de la prueba de proteína C reactiva, sola y en combinación con otros marcadores inflamatorios, para la detección de infecciones bacterianas invasivas en lactantes febriles con buen estado general, de entre 8 y 60 días de edad. La combinación de procalcitonina y proteína C reactiva demostró una sensibilidad del 91,4 % (intervalo de confianza del 95 %: 84,7-95,8) y una especificidad del 76,5 % (intervalo de confianza del 95 %: 75,3-77,6).

- [Intrauterine SARS-CoV-2 Exposure and Infant Neurodevelopment](#). J Pediatr. 2026. [294](#): 115071 July 2026.

La investigación realizada por Flaherman et al. nos proporciona la evidencia más convincente hasta la fecha de que la exposición intrauterina al SARS-CoV-2 no está asociada con los resultados de las pruebas de detección del neurodesarrollo.¹ Este resultado “negativo” puede parecer tranquilizador, pero este estudio requiere una interpretación cuidadosa.

En primer lugar, la información sobre la exposición intrauterina durante el embarazo se basa en la autodeclaración. Si bien se realizaron pruebas de anticuerpos contra el SARS-CoV-2 al momento de la inscripción, cabe señalar que la proporción de infecciones asintomáticas entre las mujeres embarazadas es alta. Los estudios han

demostrado que la proporción de infecciones asintomáticas puede llegar al 62%,² y algunas pruebas serológicas para detectar anticuerpos contra el SARS-CoV-2 se realizaron después del embarazo en este estudio, por lo que algunas madres asintomáticas podrían presentar resultados serológicos negativos, lo que las hace propensas a ser clasificadas erróneamente y afecta la evaluación de los resultados.

Segundo, la gravedad de la infección por COVID-19 en mujeres embarazadas parece estar relacionada con los resultados del neurodesarrollo de sus recién nacidos. Berg et al. encontraron que el riesgo aumentaba solo en los lactantes expuestos a una infección materna grave por COVID-19.³ Hill et al. observaron que a los 12 meses, las puntuaciones de neurodesarrollo eran más bajas en los lactantes cuyas madres estuvieron gravemente expuestas al SARS-CoV-2 que en los lactantes no expuestos y se asociaron con niveles elevados de factores inflamatorios.⁴ Por lo tanto, se debe prestar especial atención a las mujeres embarazadas con COVID-19 grave. Flaherman et al. no proporcionaron información sobre la gravedad de las infecciones por COVID-19 entre las mujeres embarazadas, lo que imposibilita realizar un análisis más profundo.

En tercer lugar, el momento de la infección por SARS-CoV-2 puede ser un determinante clave del riesgo de neurodesarrollo. Ayed et al. informaron que la exposición durante las primeras etapas del embarazo aumentó significativamente el riesgo de retraso del desarrollo.⁵ Durante las primeras etapas del embarazo, la barrera hematoencefálica aún se está desarrollando, lo que puede permitir que más citocinas penetren en el tejido neural fetal. La evidencia existente ha confirmado que la activación inmunitaria materna durante las primeras etapas del embarazo puede afectar el proceso básico del neurodesarrollo.⁶ En este estudio, solo el 24% de las mujeres embarazadas estuvieron expuestas durante la etapa temprana del embarazo. Sugerimos que los autores realicen análisis de subgrupos basados en el momento de la exposición intrauterina.

Determinar la relación entre la exposición a la COVID-19 en la primera infancia y el retraso del neurodesarrollo en niños puede ayudar a formular recomendaciones para la intervención temprana, las terapias y el tratamiento, con el fin de mejorar las trayectorias del desarrollo. Por lo tanto, el seguimiento continuo y un plan de investigación riguroso e integral siguen siendo de suma importancia.

- [External validation of the Phoenix Sepsis Score in Singapore: a retrospective cohort study](#). Arch Dis Child. 2026 Jun 22;111(7):625-630.

Objetivo: La Escala de Sepsis de Phoenix (PSS) se desarrolló y validó en 10 sistemas de salud a nivel internacional. Nuestro objetivo fue realizar una validación externa de la PSS en niños con sospecha de infección en un país con altos recursos en Asia.

Diseño: Estudio de cohorte retrospectivo.

Contexto: Un hospital pediátrico de tercer nivel en Singapur, entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2024.

Pacientes: Niños menores de 18 años hospitalizados con sospecha de infección que recibieron antibióticos intravenosos de amplio espectro.

Intervenciones Aplicación del PSS. Definimos la sepsis como PSS ≥ 2 , según los criterios de Phoenix.

Medidas de resultado principales El resultado principal fue la mortalidad intrahospitalaria. Describimos el rendimiento del PSS utilizando el área bajo la curva ROC (AUROC) y el área bajo la curva de precisión-exhaustividad (AUPRC).

Resultados Entre 25 202 niños (mediana de edad 3,3 años (RIC, 0,7–8,4)) con sospecha de infección, 13 484 eran varones (53,5%). 82 (0,3%) niños fallecieron. Hubo 660 niños (2,6%) con PSS ≥ 2 y 411 (1,6%) cumplieron los criterios de choque séptico. Un PSS ≥ 2 se asoció con un riesgo de mortalidad del 8,5% (56/660) y predijo la mortalidad con una sensibilidad del 68,3% (IC del 95%: 57,5% a 78,4%) y una especificidad del 97,6% (IC del 95%: 97,4% a 97,8%). En nuestra población de estudio, el PSS tuvo un AUROC de 0,90 (IC del 95%: 0,86 a 0,94) y un AUPRC de 0,36 (IC del 95%: 0,24 a 0,47), superando al de la cohorte original.

Conclusiones: Un PSS ≥ 2 demostró una alta especificidad para predecir la mortalidad en niños con sospecha de infección. Nuestro estudio confirma que los criterios de Phoenix pueden utilizarse como referencia basada en datos para la investigación de la sepsis.

- [Parotiditis asociadas a gripeA \(H3N2\) subcladoK \(J.2.4.1\) en la temporada gripal 2025-2026](#) An Pediatr (Barc). 2026;105: 504222

La parotiditis aguda vírica es una enfermedad infecciosa aguda causada generalmente por el virus de la parotiditis (género *Rubulaviridae*, familia *Paramyxoviridae*) y caracterizada por fiebre, tumefacción y dolor al tacto de una o más glándulas salivales. Sin embargo también puede estar esporádicamente causada por otros virus (adenovirus, enterovirus, virus de Epstein-Barr, herpesvirus tipo6). En la temporada gripal 2014-2015 en Estados Unidos se comunicaron 256 casos de parotiditis asociadas a la gripeA (H3N2) circulante (familia *Orthomyxoviridae*). La mayoría de pacientes presentaban los síntomas clásicos de dolor, edema facial y tumefacción glandular, siendo considerada como parotiditis invernal¹. Estudios posteriores realizados en otros países demostraron la asociación entre la gripeA (H3N2) y los casos de parotiditis negativos frente al virus de la parotiditis²⁻⁴. Con estos datos previos iniciamos un estudio observacional, ya que en otras temporadas no habíamos tenido ninguna sospecha de parotiditis invernal.

En la temporada gripal 2025-2026 hemos tenido la sospecha clínica de 8 casos de parotiditis en población infantil. Las muestras de saliva o frotis oral fueron sometidas inicialmente a una PCR frente al virus de la parotiditis (Allplex Neurotropic Viruses, Seegen, Corea del Sur), y, si era negativa, a una PCR múltiple y diferencial frente a los virus respiratorios (Allplex Respiratory Assay, Seegen, Corea del Sur). Los datos clínicos se obtuvieron de las solicitudes analíticas que acompañaban a las muestras.

Las 8 muestras con sospecha de parotiditis fueron todas negativas frente al virus de la parotiditis, y 5 (62,5%) de ellas fueron positivas a la gripeA (H3N2) subcladoK (J.2.4.1). La edad media de los pacientes fue de 6,2años, y el 60% eran del género masculino. En el 80% de los pacientes la glándula parotídea afectada fue la derecha. La tos fue el principal síntoma respiratorio de estos pacientes; no se consideró que pudieran tener gripe en el momento de su observación. En la [tabla 1](#) se presentan las principales características de los pacientes con parotiditis asociada al virus gripal. Todos los pacientes habían sido vacunados correctamente con las dos dosis recomendadas frente al virus de la parotiditis (triple vírica) pero no habían sido vacunados frente a la gripe; además, fueron tratados con ibuprofeno y no tuvieron ningún tipo de complicaciones (salvo una adenopatía reactiva) ni secuelas.

A la vista de todos estos estudios parece evidente la asociación esporádica entre parotiditis y gripe, y en especial el subtipoA (H3N2) y el clado que predomine en la temporada gripal correspondiente. Ante una parotiditis en un niño correctamente vacunado frente a la triple vírica y con una PCR frente al virus de la parotiditis negativa, se debería sospechar parotiditis inercial por gripe durante la temporada epidémica, especialmente si el virus de la gripe predominante es elA (H3N2)⁶. Se necesitan estudios más amplios y multicéntricos para establecer resultados que confirmen estos datos. En ningún tipo de complicaciones (salvo una adenopatía reactiva) ni secuelas.

- [Vacunación antigripal en grupos pediátricos de riesgo: entre la recomendación y la realidad asistencial](#) An Pediatr (Barc). 2026;105: 504232

Hemos leído con interés el documento de consenso de la SEIP, AEV y AEP sobre vacunación antigripal¹, que enfatiza la importancia de proteger a la población infantil en condiciones de riesgo. Compartimos plenamente esta prioridad, pues la gripe es una causa significativa de morbilidad en los niños, especialmente en aquellos vulnerables.

Pese a la incorporación desde la temporada 2023-2024 de la vacunación antigripal sistemática para los menores de 6 a 59 meses, las coberturas en España permanecen muy por debajo de las tasas ideales, con un 48,2% a nivel nacional (40,8% en nuestra comunidad autónoma, Euskadi), según los datos oficiales de cobertura vacunal antigripal infantil publicados por el Ministerio de Sanidad². Esta situación es aún más preocupante en la población pediátrica de riesgo, donde los datos son insuficientes y fragmentarios, con coberturas que, según las pocas series publicadas, no superan el 25%³.

En este contexto, durante la temporada 2024-2025, desde la consulta de Infectología Pediátrica del Hospital Universitario de Cruces hemos implementado una intervención dirigida a los pacientes incluidos en grupos de riesgo específicos: diabetes mellitus tipo 1, fibrosis quística, trasplante hepático o renal y enfermedad renal con inmunosupresión. Se identificaron los pacientes a partir de los censos de las consultas monográficas de cada especialidad (endocrinología pediátrica, neumología pediátrica, nefrología pediátrica y trasplante), y de los registros electrónicos hospitalarios,

verificándose el estado vacunal mediante historia clínica y registros de vacunación a mitad de la campaña.

En los pacientes no vacunados se aplicaron 2 tipos de intervención. Para el grupo de diabéticos, se comunicó a sus endocrinólogos la necesidad de recomendación activa de vacunación, ofreciéndoles el acceso inmediato a nuestra consulta para administración de la vacuna en el mismo acto. En contraste, en los otros grupos, al tratarse de pacientes ya conocidos y seguidos directamente en nuestra consulta, fueron contactados telefónicamente por nuestro equipo para informarles, ofrecer una recomendación personalizada y facilitar una cita preferente para la vacunación.

Los resultados mostraron un incremento en la cobertura vacunal en todos los grupos, siendo claramente superior en aquellos con intervención directa por nuestra parte. Así, mientras que en los pacientes con trasplante hepático la cobertura pasó del 0 al 80%, y en la inmunodepresión renal del 40 al 72%, en los diabéticos el aumento fue solo del 29,3 al 42,9%. Esta diferencia subraya que la efectividad de las medidas depende en gran medida del compromiso activo del profesional que realiza la recomendación directa y de la facilidad de acceso inmediato a la vacunación⁴.

Esta experiencia refuerza la necesidad de implicar a todos los profesionales sanitarios, independientemente de su especialidad o del área asistencial, en la recomendación activa de la vacunación antigripal en los niños de riesgo. La vacunación debe ser una responsabilidad compartida, con un mensaje homogéneo y reforzado desde todas las sociedades científicas que atienden a estos pacientes. Solo mediante la implicación conjunta y coordinada lograremos superar las barreras actuales y alcanzar las coberturas necesarias para proteger adecuadamente a esta población vulnerable frente a la gripe.

- [Invasive pneumococcal disease in children with acute lymphoblastic leukaemia](#). Arch Dis Child. 2026 Jun 22;111(7):631-637.

Objetivo: Determinar la incidencia, la distribución de serotipos y los resultados clínicos de la enfermedad neumocócica invasiva (ENI) en niños con leucemia linfoblástica aguda (LLA) tras el uso generalizado de vacunas conjugadas neumocócicas (VCN).

Diseño: Estudio de cohorte multicéntrico.

Contexto: Dos centros terciarios de oncología pediátrica en Australia: el Royal Children's Hospital de Melbourne y el Perth Children's Hospital.

Pacientes: Niños con cáncer, incluido un subgrupo definido con leucemia linfoblástica aguda (LLA).

Intervenciones: Se evaluó a todos los niños para determinar si habían recibido la vacuna neumocócica antes y después de su diagnóstico de cáncer.

Principales medidas de resultado: Incidencia de la enfermedad neumocócica invasiva en pacientes con cáncer (LLA y otros tipos de cáncer) en comparación con la población pediátrica general, distribución de serotipos, estado de vacunación y resultados clínicos.

Resultados Se incluyeron un total de 29 episodios de ~~EPI~~ ENI en 28 niños con cáncer, de los cuales 19 tenían LLA. Menos de una cuarta parte había recibido vacunas neumocócicas adicionales más allá del esquema estándar de PCV. La incidencia de EPI en niños con LLA fue 190–360 veces mayor que en niños sanos (1360 por 100 000 personas-año). La mayoría de los episodios (83%) se debieron a serotipos no incluidos en PCV13, siendo el más común el 23B. La presentación clínica fue predominantemente bacteriemia. La mayoría de los pacientes se recuperaron en 30 días, pero hubo una muerte atribuible a la EPI.

Conclusiones: Los niños con leucemia linfoblástica aguda (LLA) siguen presentando un riesgo considerablemente mayor de enfermedad neumocócica invasiva (ENI) a pesar del uso generalizado de la vacuna antineumocócica conjugada (VNC), siendo la enfermedad causada principalmente por serotipos no incluidos en la VNC13. La tasa de administración de dosis adicionales de la vacuna antineumocócica fue baja. Estos hallazgos subrayan la necesidad de optimizar las estrategias de vacunación y profilaxis en la población pediátrica oncológica.

- [Antiretroviral Therapy](#). N Engl J Med 2026;395:374 – 387.

El desarrollo de estrategias de tratamiento eficaces para la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye un logro fundamental. Los fármacos antirretrovirales inhiben etapas clave del ciclo de replicación viral y se clasifican en seis clases según su mecanismo de acción: inhibidores de la entrada del VIH, inhibidores de la transcriptasa inversa (tanto nucleósidos como no nucleósidos), inhibidores de la cápside, inhibidores de la integrasa e inhibidores de la proteasa. La terapia antirretroviral (TAR) suprime la replicación viral, lo que mejora la función inmunitaria, reduce la morbilidad y la mortalidad, y previene la transmisión viral. Por consiguiente, la TAR se recomienda para todas las personas con infección por VIH. Desde 1987, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha aprobado 36 fármacos antirretrovirales para el tratamiento de la infección por VIH, basándose en ensayos clínicos aleatorizados; de estos, 28 están disponibles actualmente en Estados Unidos y se utilizan regímenes de TAR combinados. Los regímenes de TAR preferidos inicialmente son potentes, convenientes y con baja probabilidad de causar efectos secundarios, y consisten en un inhibidor de la integrasa del VIH con una alta barrera a la resistencia, combinado con uno o dos inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos. En la mayoría de los pacientes que utilizan los regímenes actuales de TAR, la replicación viral se suprime de forma duradera por debajo de los niveles detectables. Se realiza un seguimiento de la respuesta virológica a los pacientes que reciben TAR a lo largo del tiempo y, si se produce un fracaso virológico, se selecciona el siguiente régimen en función del historial de tratamiento y los resultados de las pruebas de

resistencia a los fármacos; a menudo, se administran antirretrovirales de nuevas clases. Hoy en día, la esperanza de vida de una persona con infección por VIH que sigue el tratamiento antirretroviral de forma constante se aproxima a la de la población general.