

Bibliografía abril 2026

Top Ten

- [Pauta corta versus larga de antibioticoterapia en el tratamiento de la neumonía no complicada adquirida en la comunidad en pediatría](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2026;44:503141 **Introducción**

La duración óptima del tratamiento antibiótico para la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en pediatría no está claramente establecida. Estudios recientes sugieren que una pauta de 5 días de amoxicilina podría ser una opción eficaz y segura en casos no complicados. En nuestro hospital esta pauta se implementó en 2023. El objetivo del estudio fue comparar su eficacia clínica frente a la pauta previa de larga duración.

Métodos

Estudio cuasiexperimental unicéntrico con controles históricos. Se incluyeron 2 grupos de pacientes de 6 meses-<18 años con diagnóstico clínico-radiológico de NAC no complicada en Urgencias tratados ambulatoriamente con amoxicilina: grupo 1 (enero-junio 2022, pauta larga [7-10 días]) y grupo 2 (enero-junio 2024, pauta corta [5 días]). Se comparó la tasa de fracaso terapéutico (necesidad de ingreso, modificación de antibioticoterapia, o recaída en los 30 días posteriores a la finalización del tratamiento) entre ambos grupos.

Resultados

Se incluyeron 491 pacientes: 194 en el grupo 1 y 297 en el grupo 2. En 17 (3,7%; IC95% 2,2-5,5%) se consideró fracaso terapéutico: 2,1% grupo 1 vs. 4,4% grupo 2 ($p=0,170$). Su causa principal en ambos grupos fue la recaída (100% [4/4] grupo 1 vs. 61,5% [8/13] grupo 2; $p=0,410$). En 5 pacientes del grupo 2 se modificó la antibioticoterapia: en 3 se pautó un antibiótico distinto y en los 2 restantes, se prolongó la amoxicilina. Ningún paciente ingresó.

Conclusiones

Una pauta corta de amoxicilina es igualmente eficaz que una pauta larga para el tratamiento de NAC no complicada en pediatría, con bajas tasas de fracaso terapéutico.

- [The European Vaccination Challenge: Stemming the Resurgence of Vaccine-Preventable Diseases](#). J Pediatr. 2026 Apr;291:114844.

La inmunización se encuentra entre los logros más efectivos de la historia en materia de salud pública, habiendo erradicado la viruela y prácticamente eliminado la poliomielitis en todo el mundo. Este esfuerzo ha reducido significativamente la incidencia y el impacto de numerosas enfermedades infecciosas, consolidando la inmunización como un pilar fundamental de la salud infantil y una salvaguarda crucial para la seguridad sanitaria pública mundial.¹ Los beneficios protectores de las vacunas se extienden más allá del individuo vacunado, ya que contribuyen al fenómeno esencial de la inmunidad colectiva, en la que una alta proporción de individuos inmunizados protege indirectamente a quienes no pueden vacunarse debido a la edad, afecciones médicas o sistemas inmunitarios debilitados. Este escudo colectivo es esencial para proteger a los miembros más vulnerables de la sociedad. ^{1,2}

A pesar de estos logros indiscutibles, la Región Europea de la OMS se enfrenta actualmente a un retroceso crítico en sus esfuerzos de inmunización.³ Los datos de 2024

indican que la cobertura de vacunación infantil para enfermedades críticas, como el sarampión, la tos ferina, la difteria, el tétanos y la poliomielitis, no ha logrado recuperarse a los niveles prepandémicos.^{3,4} Este estancamiento deja a un número cada vez mayor de niños vulnerables a enfermedades totalmente prevenibles. Este declive amenaza directamente décadas de progreso en salud pública, sentando un precedente peligroso y creando las condiciones propicias para brotes generalizados de enfermedades que antes estaban controladas o casi eliminadas.

La gravedad de la situación actual exige una acción inmediata, decisiva y coordinada de todas las partes interesadas. Este comentario, elaborado por miembros del grupo de trabajo sobre pediatría social de la Asociación Europea de Pediatría, Unión de Sociedades y Asociaciones Nacionales Europeas de Pediatría, en colaboración con la Asociación Internacional de Pediatría, tiene como objetivo ofrecer una breve visión general de estas alarmantes tendencias. Resumirá los múltiples factores subyacentes de la disminución de la cobertura, con especial atención al papel insidioso de la complacencia y la reticencia a la vacunación. Finalmente, este comentario esbozará posibles estrategias e intervenciones que podrían adoptarse con urgencia para revertir esta peligrosa trayectoria y restablecer una cobertura de vacunación sólida y equitativa en toda Europa.

El retroceso de la inmunidad: cobertura estancada y lagunas peligrosas

Las últimas estimaciones de cobertura de la OMS/UNICEF para 2024 presentan un panorama preocupante de estancamiento o declive en toda la Región Europea de la OMS. 3-7 La cobertura de la segunda dosis de la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR) disminuyó del 92 % en 2019 al 91 % en 2024. La tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina experimentó una disminución del 95 % en 2019 al 93 % en 2024. De manera similar, la tercera dosis de la vacuna contra la poliomielitis bajó del 95 % en 2019 al 93 % en 2024. La tercera dosis de la vacuna contra la hepatitis B también experimentó una disminución, del 92 % en 2019 al 91 % en 2024. Esta tendencia general representa un estancamiento o, en promedio, una disminución del 1 % en toda la región en comparación con 2023, un año en el que ya se observó una regresión de las tasas prepandémicas, lo que significa que no se logró recuperar los niveles de inmunización prepandémicos. 3-6 Estas observaciones contrastan marcadamente con el modesto progreso global observado durante el mismo período, 8 lo que pone de relieve un desafío particular en el contexto europeo. El hecho de que el mundo esté logrando incluso modestos avances, mientras que Europa se queda atrás, sugiere que los desafíos en Europa no son simplemente un reflejo de problemas universales posteriores a la pandemia, sino que potencialmente se ven amplificados por factores específicos de la región. Estos podrían incluir un mayor énfasis en la autonomía individual que complica las políticas de vacunación obligatoria, una susceptibilidad única a formas específicas de desinformación o debilidades sistémicas en la infraestructura de información sanitaria. Esta divergencia subraya la necesidad de soluciones adaptadas que aborden el panorama sociocultural y estructural específico de Europa, en lugar de estrategias globales genéricas. 8, 9

Para lograr una inmunidad colectiva efectiva y prevenir brotes generalizados de muchas enfermedades prevenibles mediante vacunación, en particular las altamente contagiosas como el sarampión, se recomienda sistemáticamente una cobertura mínima del 95 %. Resulta alarmante que, en 2024, más de la mitad de los países de la Región Europea de la OMS no alcanzaran este objetivo crítico del 95 % de inmunidad colectiva para la vacuna triple vírica (sarampión, paperas y rubéola) o la vacuna ~~difficile~~ contra la difteria y la tos ferina (DTP). Además, casi un tercio de estos países registraron tasas de cobertura inferiores al 90 %. El

promedio regional oculta importantes disparidades, con algunos países que reportan tasas de cobertura peligrosamente bajas, como el 23 % para la primera dosis de la vacuna triple vírica y el 51 % para la tercera dosis de la vacuna DTP. Estas tasas extremadamente bajas crean importantes focos de vulnerabilidad, lo que aumenta el riesgo de brotes localizados y generalizados. [3-6](#)

Irlanda constituye un ejemplo elocuente y preocupante del desafío regional más amplio. Actualmente, este país ostenta la lamentable posición de tener la segunda tasa de vacunación infantil más baja de Europa Occidental y la tercera más baja entre los países de altos ingresos a nivel mundial. Su cobertura general de vacunación infantil se sitúa en el 91%, una notable deficiencia con respecto al umbral de inmunidad colectiva del 95% y muy por debajo de su ambiciosa meta para 2030 del 97,7%. Un indicador particularmente alarmante es la duplicación del número de niños "sin dosis" (aquellos que nunca han recibido ninguna vacuna infantil de rutina) en Irlanda, pasando de 2460 en 2019 a 4942 en 2023. ¹⁰ Esto sugiere un fracaso crítico a la hora de llegar a los segmentos más vulnerables de la población infantil y protegerlos.

Un resurgimiento inaceptable: el sarampión y la tos ferina van en aumento.

La consecuencia más inmediata y devastadora de la disminución de las tasas de vacunación es el resurgimiento alarmante de enfermedades prevenibles mediante vacunación en toda la Región Europea. [4](#) , [8](#) , [9](#) En 2024, los casos de tos ferina aumentaron drásticamente a casi 300 000 en la Región Europea de la OMS, lo que representa un aumento de más del triple en comparación con el año anterior. Los casos de sarampión alcanzaron más de 125 000 en 2024, duplicando el número notificado en 2023, y marcando la incidencia más alta observada en casi 3 décadas ([Tabla I](#)). El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades corroboró aún más esto, notificando 35 212 casos de sarampión en toda la Unión Europea/Espacio Económico Europeo en 2024, señalando un aumento de diez veces en los casos notificados. [10](#) , [11](#) Un hallazgo crucial de los casos de sarampión en Europa en 2024 con estado de vacunación conocido reveló que un asombroso 90% de los niños afectados de entre uno y cuatro años no estaban vacunados, lo que demuestra el vínculo directo entre la falta de inmunización y la adquisición de la enfermedad. [4](#)

≈

| Enfermedad | Casos reportados en 2023 | Casos reportados en 2024 | Incremento (número absoluto) | Aumento (cambio relativo) |
|------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|---------------------------|
| Tos ferina | ~100 000 (estimado) | ~300 000 | ~200 000 | >3 veces |
| Sarampión | ~62 500 | ~125 000 | ~62 500 | doble |

Casos de sarampión y tos ferina en la región europea de la OMS, 2023-24

[Abrir tabla en una pestaña nueva](#)

El resurgimiento de estas enfermedades ejerce una gran presión sobre los sistemas nacionales de atención médica y las infraestructuras de salud pública, que ya se encuentran al límite de su capacidad, desviando recursos y personal esenciales de otros servicios de salud fundamentales y pudiendo provocar retrasos en los diagnósticos y listas de espera más largas.

Las raíces de la vulnerabilidad: complacencia, indecisión y desinformación

Durante décadas, los exitosos programas de vacunación han hecho que las enfermedades graves prevenibles mediante vacunación sean raras en muchas partes de Europa, lo que ha generado una peligrosa percepción errónea de menor riesgo entre la población. Esta falta de experiencia directa con el impacto devastador de enfermedades como el sarampión y la tos ferina fomenta la complacencia entre padres y cuidadores, quienes pueden no comprender plenamente la importancia crucial de la inmunización.¹² En muchos aspectos, el éxito de la vacunación ha conllevado una menor percepción del riesgo, ya que las nuevas generaciones no han experimentado los efectos devastadores de las enfermedades prevenibles mediante vacunación, lo que fomenta la complacencia y crea un terreno fértil para la propagación de la desinformación.¹²⁻¹⁴ Esto crea un peligroso círculo vicioso: las campañas de vacunación altamente efectivas conducen a una reducción significativa de la incidencia de enfermedades. Sin embargo, este mismo éxito sugiere que las generaciones más jóvenes carecen de experiencia directa o memoria de las graves consecuencias de estas enfermedades. Esta ausencia de una amenaza percibida fomenta la complacencia, lo que reduce la urgencia de la vacunación. Este entorno de complacencia puede convertirse en un terreno fértil para que la desinformación eche raíces y prolifere, ya que hay menos experiencia personal para contrarrestar las narrativas falsas sobre la gravedad de la enfermedad o la necesidad de la vacuna. [5](#), [12](#), [13](#)

Más allá de las cifras: un impacto más amplio en la equidad en salud y la resiliencia del sistema.

El impacto negativo de la disminución de la cobertura vacunal no se distribuye uniformemente entre las poblaciones; la menor cobertura afecta y exacerba de manera desproporcionada las desigualdades sanitarias existentes. Las zonas más desfavorecidas, caracterizadas frecuentemente por una mayor densidad de población, condiciones de vida precarias y peores indicadores de salud iniciales, se enfrentan a riesgos significativamente mayores de transmisión de enfermedades infecciosas y, en consecuencia, experimentan peores resultados de salud durante los brotes. El inmenso desafío de reconstruir la confianza en la vacunación y la atención sanitaria, especialmente tras la pandemia de COVID-19 y controversias históricas como el desacreditado estudio de Wakefield, [14](#), [15](#) se ve amplificado en los grupos de población más desfavorecidos. Esta persistente falta de confianza conlleva el riesgo de afianzar aún más las ideas preconcebidas y ampliar las disparidades sanitarias existentes.

El alarmante aumento de enfermedades prevenibles ejerce una presión inmensa y a menudo abrumadora sobre los hospitales nacionales y los centros de atención primaria. La baja tasa de vacunación también contribuye al aumento de las hospitalizaciones y la mortalidad por microorganismos resistentes a los antibióticos. Según informes de la OMS, las vacunas actualmente en uso podrían prevenir anualmente más de 100 000 muertes asociadas con la resistencia a los antibióticos. [16](#), [17](#) Esto requiere la desviación de recursos críticos, personal y atención de otros servicios de salud esenciales, lo que puede provocar retrasos en los diagnósticos, listas de espera más largas para la atención no urgente y una sobrecarga general del sistema. Las capacidades de salud pública, ya sobrecargadas por las exigencias de la reciente pandemia, se ven aún más exigidas por la necesidad urgente de intensificar la detección de casos, un rastreo de contactos sólido y medidas rápidas de respuesta ante brotes. [18](#), [19](#) Este modo reactivo dificulta los esfuerzos proactivos de promoción de la salud y prevención. Una vez que la confianza en los programas de vacunación y en el sistema de atención médica en general se erosiona o se rompe, reconstruir una alianza se vuelve

significativamente más difícil y requiere más recursos. Este desafío se manifiesta de manera particularmente marcada en comunidades que históricamente han enfrentado desventajas sistémicas, han sufrido marginación o albergan quejas legítimas contra las instituciones públicas. Restablecer esta confianza requiere una participación sostenida, transparente, empática y, a menudo, liderada por la comunidad, que vaya más allá de la mera difusión de información para propiciar un diálogo genuino y la resolución colaborativa de problemas. [18](#) , [19](#)

Destellos de progreso: Lecciones de la reciente adopción de vacunas

A pesar del estancamiento y la disminución general observados en las vacunas infantiles de rutina, hay avances alentadores y prometedores en la adopción de vacunas más recientes en toda la región, lo que ofrece información valiosa y posibles lecciones para esfuerzos de inmunización más amplios. La adopción de la vacuna contra el virus del papiloma humano mostró una mejora continua, aumentando del 37% al 40% para las niñas y significativamente del 8% al 26% para los niños entre 2019 y 2024. [20](#) La cobertura de la vacuna contra el rotavirus aumentó notablemente del 24% al 42% en el mismo período. La cobertura de la vacuna *contra Haemophilus influenzae* tipo b aumentó del 81% al 93%. [5](#) , [6](#) La cobertura de la vacuna conjugada neumocócica también experimentó un aumento, del 81% al 86%. A pesar de los datos negativos sobre las vacunas establecidas, estos resultados positivos demuestran que los sistemas de inmunización en Europa tienen la capacidad de adaptarse y tener éxito cuando se introducen nuevas vacunas a través de esfuerzos focalizados, recursos dedicados y campañas de salud pública dirigidas. [5](#) , [6](#) La OMS explica este aumento por la introducción de estas vacunas en varios países y la mayor madurez de los sistemas de inmunización para administrarlas. [16](#) Esto sugiere que la novedad de estas vacunas podría evitar la complacencia propia de quienes se sienten "víctimas del éxito" y que se observa con vacunas más antiguas y consolidadas. Cuando se introduce una nueva vacuna, suele ir acompañada de una nueva oleada de campañas de salud pública, financiación específica y un renovado enfoque en la comunicación, lo que potencialmente reduce la desinformación arraigada o los prejuicios históricos en comparación con las vacunas que llevan décadas en el mercado. Además, la "mayor madurez de los sistemas de inmunización" implica que las lecciones aprendidas de campañas anteriores, como la solución de problemas de acceso y la mejora de la administración, se están aplicando eficazmente a estas nuevas vacunas. Esto ofrece una lección estratégica fundamental: la introducción proactiva, con recursos suficientes y estratégicamente dirigida de vacunas, incluso dentro de los sistemas existentes, puede lograr el éxito. Estos modelos exitosos pueden analizarse para identificar las mejores prácticas y aprovecharse para revitalizar los esfuerzos en favor de vacunas más antiguas y rezagadas. El impacto claro y tangible de estas nuevas vacunas en la reducción directa de enfermedades específicas, como las infecciones por el virus del papiloma humano y los cánceres de cuello uterino relacionados, las hospitalizaciones infantiles por diarrea causada por el rotavirus y los casos de neumonía, puede tener un mayor impacto en la población, en comparación con enfermedades que se han vuelto menos visibles debido al éxito histórico de las vacunas más antiguas. Este beneficio inmediato y visible puede ser un poderoso incentivo para la vacunación.

Conclusiones

Europa se encuentra en una coyuntura crítica en su trayectoria de salud pública. El alarmante y persistente descenso de las tasas de vacunación infantil rutinaria no es meramente una anomalía estadística, sino una profunda crisis de salud pública con consecuencias inmediatas y potencialmente devastadoras. Este retroceso es directamente responsable del alarmante

resurgimiento de enfermedades prevenibles altamente contagiosas y potencialmente mortales, que causan sufrimiento generalizado, complicaciones a largo plazo e incluso la muerte de niños. La insidiosa paradoja de la "víctima del éxito", junto con la propagación generalizada de desinformación y las vulnerabilidades sistémicas fundamentales, ha creado un entorno cada vez más peligroso e insostenible para la población más vulnerable de Europa: sus niños. [20](#) , [21](#)

Proteger la salud infantil mediante una inmunización sólida y equitativa es una responsabilidad innegable y compartida.²¹ Este esfuerzo esencial trasciende el ámbito familiar e involucra a un amplio espectro de actores: gobiernos nacionales, autoridades regionales de salud pública, profesionales sanitarios comprometidos, líderes comunitarios y organizaciones de la sociedad civil.²² Solo mediante un esfuerzo conjunto, colaborativo y sostenido se podrá abordar eficazmente esta crisis. En la Tabla II se presentan recomendaciones clave que pueden contribuir a revertir la peligrosa tendencia actual, apoyando una respuesta sostenida y unificada. La salud y el bienestar futuros de los niños europeos dependen del compromiso inmediato y colectivo con estas acciones. La complacencia ya no es una opción, pues la necesidad de priorizar la inmunización es urgente e innegable.²³

II

| |
|--|
| Invierta en sistemas de salud sólidos y resilientes. |
| Es fundamental fortalecer significativamente los sistemas de salud locales, garantizando que las vacunas no solo estén disponibles, sino que también sean fácilmente accesibles en todos los barrios y comunidades, con especial énfasis en llegar a las poblaciones marginadas y de difícil acceso. Esto debe incluir una inversión sustancial en infraestructura digital de salud moderna que permita el seguimiento en tiempo real del estado de vacunación, la identificación proactiva de las brechas de cobertura y sistemas de recordatorio automatizados y eficientes. |
| Combata la desinformación con información confiable y empática. |
| Los organismos de salud pública deben combatir de forma proactiva y estratégica la propagación de información errónea y desinformación. Esto requiere empoderar a las comunidades con información confiable, basada en evidencia y culturalmente sensible, transmitida a través de estrategias de comunicación claras y empáticas, adaptadas a las diversas poblaciones y sus preocupaciones específicas. <u>La participación activa en las redes sociales</u> es fundamental para contrarrestar directamente las narrativas falsas. |
| Apoyar y empoderar a los trabajadores de la salud. |
| Los profesionales de la salud están en la primera línea de las campañas de vacunación y siguen siendo la fuente de información médica más fiable. Requieren un apoyo integral, que incluya formación continua, recursos adecuados y las herramientas necesarias para comunicarse eficazmente con los padres escépticos ante las vacunas, interactuar con las familias de forma efectiva y empática, abordar sus inquietudes y generar una confianza duradera en las vacunas y el sistema sanitario. |
| Implementar políticas adaptativas y sensibles al contexto. |
| Los gobiernos deben evaluar críticamente y adaptar las políticas de salud pública existentes, incluyendo la implementación juiciosa de la vacunación obligatoria cuando sea apropiada y |

| |
|--|
| <p>culturalmente sensible. Fundamentalmente, dichas políticas deben complementarse rigurosamente con campañas de educación pública sólidas y constantes que aborden las inquietudes sobre la autonomía individual y la intervención estatal.</p> |
| <p>Priorizar la equidad en salud</p> |
| <p>Es fundamental un compromiso esencial para abordar y corregir las desigualdades en el acceso a la atención médica y a información precisa. Ningún niño debe quedar vulnerable a enfermedades prevenibles debido a su estatus socioeconómico, ubicación geográfica o origen étnico. Se necesitan intervenciones específicas para grupos vulnerables concretos.</p> |
| <p>Fomentar la planificación y respuesta proactivas.</p> |
| <p>Los países que actualmente cuentan con una alta cobertura de vacunación o que no presentan brotes deben mantenerse vigilantes y proactivos en su planificación y preparación para prevenir la reintroducción y propagación de virus. En los países que actualmente experimentan brotes, es necesario intensificar los esfuerzos para vacunar a todas las personas susceptibles, mejorar la detección de casos y el rastreo de contactos, y utilizar rigurosamente los datos epidemiológicos para identificar y subsanar las deficiencias en la cobertura de vacunación, protegiendo así a las comunidades afectadas y previniendo futuros rebrotes.</p> |

Tabla II

Acciones estratégicas de las partes interesadas para prevenir el resurgimiento de enfermedades prevenibles mediante vacunación en niños.

[Abrir tabla en una pestaña nueva](#)

- [From Misinformation to Action: A Multifaceted Approach to Combating Vaccine Hesitancy](#). J Pediatr. 2026 Apr;291:114895.

La reticencia a la vacunación, definida por la Organización Mundial de la Salud como el retraso en la aceptación o el rechazo de las vacunas a pesar de la disponibilidad de los servicios de vacunación,¹ es un fenómeno complejo y multifacético moldeado por la convergencia de factores sociales, sanitarios, económicos y culturales. Uno de los principales impulsores de la reticencia a la vacunación en la actualidad es la rápida y generalizada difusión de información falsa o engañosa, especialmente a través de las redes sociales. Esta forma de alarmismo a menudo se basa en afirmaciones que han sido desmentidas reiteradamente y de forma exhaustiva, pero que continúan erosionando sistemáticamente la confianza pública en la evidencia científica y las recomendaciones de salud [pública](#).^{1, 2}

En la última década, esta tendencia negativa ha crecido exponencialmente, afectando significativamente la cobertura de vacunación en la población pediátrica. Este comentario, elaborado por miembros del Grupo de Trabajo sobre Pediatría Social de la Asociación Europea de Pediatría – Unión de Sociedades y Asociaciones Nacionales Europeas de Pediatría, en colaboración con la Asociación Internacional de Pediatría, analiza brevemente los factores clave que contribuyen a la erosión de la confianza pública en las vacunas y al aumento del escepticismo y la reticencia hacia las prácticas de vacunación. Otro objetivo es concienciar sobre los graves riesgos que supone la disminución de las tasas de vacunación, especialmente cuando los niveles caen por debajo de los umbrales necesarios para garantizar la protección de

la comunidad y mantener una fuerte inmunidad colectiva. Estas preocupaciones no se limitan a las regiones económicamente desfavorecidas, sino que también afectan a los países occidentales, donde recientemente se ha observado un preocupante resurgimiento de ciertas enfermedades infecciosas en la población pediátrica, lo que supone una mayor amenaza para la salud pública. [3](#)

El declive de la confianza pública en las instituciones de salud pública

Una erosión cuantificable de la confianza pública en los sistemas de atención médica, las instituciones científicas públicas y privadas, los centros de investigación académica y las autoridades gubernamentales de salud pública ha hecho que las poblaciones sean cada vez más vulnerables a narrativas alternativas, y a menudo acientíficas. [4](#), [5](#), [6](#) El rápido desarrollo de las vacunas contra la COVID-19, si bien fue un logro científico notable, también intensificó la reticencia preexistente a la vacunación debido al amplio debate y escrutinio público. [6](#), [7](#) Esta situación puso de relieve la necesidad urgente de sistemas de salud pública adaptables y una comunicación transparente y eficaz durante las crisis.

Una comprensión limitada de los principios científicos básicos, la transmisión de enfermedades y los rigurosos procesos que sustentan la investigación y el desarrollo de vacunas, así como la vigilancia de su seguridad, contribuye significativamente a la susceptibilidad del público a la desinformación y a su menor capacidad para evaluar críticamente las afirmaciones relacionadas con la salud ([Tabla](#)). En ciertos países europeos y contextos culturales donde la libertad personal y la autonomía individual son profundamente valoradas, la resistencia a las políticas de vacunación obligatoria es particularmente fuerte. Si tales mandatos se imponen sin una consideración cuidadosa —y no van acompañados de una educación pública empática y basada en la evidencia que aborde genuinamente las preocupaciones—, la reticencia a la vacunación puede, paradójicamente, profundizarse. [8](#), [9](#)

≈

| Categoría | Factor específico | Manifestación/impacto |
|-----------------------------|--|---|
| Información y confianza | a. Información errónea/desinformación | a. Menor aceptación, alarmismo, mayor escepticismo, erosión de la confianza pública. |
| Sociocultural y psicológico | a. Disminución de la confianza en los sistemas/autoridades de atención médica. | a. Mayor susceptibilidad a narrativas no científicas, dificultad para reconstruir la confianza. |
| | b. Escaso conocimiento sobre salud | b. Vulnerabilidad a la desinformación, incapacidad para evaluar críticamente las afirmaciones sobre la salud. |
| | c. Disminución percibida del riesgo de enfermedad (autocomplacencia) | c. Menor sensación de urgencia por la vacunación, fenómeno de "víctima del éxito" (https://www.houd.info/FOS.pdf) |
| | d. Énfasis en la libertad/autonomía personal | d. Oposición a las políticas obligatorias, posible intensificación de la reticencia si los mandatos no se comunican adecuadamente. |

| | | |
|-------------------------|---|--|
| | e. Escepticismo pospandémico | e. El escepticismo hacia la vacuna contra la COVID-19 se extiende a las inmunizaciones infantiles de rutina y aumenta el rechazo general a las vacunas. |
| Sistémico y Operacional | a. Falta de identificadores de salud integrados | a. Seguimiento desorganizado, dificultad en los recordatorios proactivos, aumento de niños con "dosis cero" |
| | b. Disparidades socioeconómicas | b. Impacto matizado: reticencia en estratos sociales más altos, problemas de acceso en zonas desfavorecidas; agravamiento de las desigualdades en salud. |
| | c. Prestación de servicios sin empatía/impersonal | c. Angustia emocional para los padres, aplazamiento de las visitas, incumplimiento de las normas de conducta. |

Mesa

Factores clave que contribuyen a la reticencia a la vacunación y sus manifestaciones

- [Abrir tabla en una pestaña nueva](#)

La politización y el intenso escrutinio en torno a las vacunas contra la COVID-19¹⁰ [han contribuido](#), lamentablemente, a un aumento generalizado del escepticismo y el rechazo a las vacunas, actitudes que se extienden a las inmunizaciones infantiles rutinarias e influyen negativamente en la aceptación de vacunas bien establecidas.¹¹, ¹² En toda la región europea, los problemas sistémicos exacerban aún más esta vulnerabilidad. La falta de un identificador de paciente unificado e integrado representa una barrera significativa, como lo demuestran los informes de Irlanda.¹³ Sin estos sistemas, los proveedores de atención médica tienen dificultades para realizar un seguimiento preciso del historial [de](#) vacunación individual, emitir recordatorios oportunos e identificar a los niños con vacunación incompleta. Como resultado, los programas de vacunación a menudo dependen de campañas de divulgación pública generalizadas, que son inherentemente menos efectivas que los enfoques personalizados basados en [datos](#).¹⁴, ¹⁵

Contrariamente a lo que se suele creer, un menor nivel socioeconómico no se correlaciona uniformemente con menores tasas de vacunación. De hecho, la investigación revela un panorama más complejo: en algunas regiones europeas, las zonas con indicadores socioeconómicos más elevados presentan una menor cobertura vacunal, a menudo debido a la reticencia y el rechazo de las poblaciones más acomodadas, influenciadas por discursos antivacunas. Mientras tanto, algunas comunidades menos favorecidas han demostrado una mayor aceptación de las vacunas, aunque siguen enfrentándose a barreras de acceso y logísticas. [16](#), [17](#)

Este [desafío bimodal](#) exige una respuesta de salud pública adaptada a cada contexto. Por un lado, [la reticencia a la vacunación, impulsada por la desinformación, entre los grupos socioeconómicos más altos requiere estrategias de comunicación específicas que fomenten la confianza y aborden sus inquietudes particulares](#). Por otro lado, [es necesario eliminar los obstáculos estructurales y logísticos para garantizar el acceso a las vacunas a las poblaciones de](#)

bajos ingresos, que si bien pueden estar más dispuestas, tienen menos posibilidades de acceder a los servicios de inmunización.

Un enfoque único para todos parece ser insuficiente. Las estrategias de vacunación eficaces deben ser equitativas y adaptarse al contexto. Los hallazgos históricos de Irlanda también destacan la importancia del método de administración: los entornos de vacunación masiva impersonales y con poca empatía se han asociado con experiencias negativas para los padres, en particular entre las madres angustiadas por el dolor de sus bebés durante la vacunación.¹⁴ Estas experiencias pueden disuadir futuras visitas y contribuir al abandono del calendario de vacunación. En definitiva, la forma en que se administran las vacunas, mediante una atención respetuosa, empática y centrada en el paciente, puede ser tan crucial como las propias vacunas para garantizar una cobertura sostenida y generalizada.

Trazando un rumbo hacia el futuro: Estrategias multifacéticas para reconstruir la confianza y la cobertura de vacunación.

Una revisión exhaustiva de las intervenciones exitosas revela múltiples vías para revertir el descenso en la confianza y la cobertura de vacunación en toda Europa. Un elemento central de estas estrategias es la personalización de la atención y la participación significativa de los padres. ¹⁸ , ¹⁹ La evidencia indica claramente que generar confianza, abordar las inquietudes de los padres y brindar información cuidadosamente adaptada y basada en la evidencia son claves para mejorar la aceptación de la vacunación. La atención personalizada, en la que los profesionales de la salud adaptan los protocolos a los contextos familiares individuales y participan en un diálogo abierto y respetuoso en lugar de instrucciones unidireccionales, ha demostrado ser especialmente eficaz.

Las experiencias de países como Francia e Italia demuestran que las políticas de vacunación obligatoria, cuando se implementan dentro de marcos legales claros y se respaldan con medidas coercitivas, pueden generar aumentos sustanciales en la cobertura de vacunación para enfermedades previamente subvacunadas. Sin embargo, dichas políticas deben ser cuidadosamente diseñadas y acompañadas de campañas de educación pública transparentes y empáticas para evitar generar mayor resistencia, especialmente en sociedades donde se valora mucho la autonomía personal. ¹⁸ , ¹⁹

Optimizar los calendarios de vacunación existentes es otra vía prometedora. Ampliar el alcance de las vacunas administradas durante las visitas rutinarias, agilizar las citas con el médico general y reducir el número total de visitas necesarias puede mejorar tanto la eficiencia como el cumplimiento. ²⁰ Garantizar la administración oportuna de las vacunas según los intervalos recomendados y ajustar las políticas según sea necesario para adaptarlas a los datos emergentes puede reducir el período durante el cual los niños permanecen vulnerables a enfermedades prevenibles.

La adquisición estratégica de vacunas y los sistemas de distribución eficientes son esenciales para garantizar un acceso constante y prevenir la falta de cobertura por escasez de suministro. Abordar las desigualdades en el acceso, especialmente para familias numerosas, comunidades rurales y poblaciones socioeconómicamente desfavorecidas, es fundamental para lograr una cobertura de vacunación alta y equitativa. Si bien aún existe cierta reticencia a la administración de múltiples inyecciones en una sola visita, promover la administración conjunta de vacunas combinadas, cuando sea clínicamente apropiado, puede mejorar la puntualidad y reducir las oportunidades perdidas al minimizar el número de citas necesarias.

Reconstruir la confianza mediante la comunicación específica y la participación ciudadana.

Dada la magnitud y la persistencia de la desinformación sobre las vacunas, especialmente a través de las redes sociales, es imperativo un cambio fundamental en la comunicación de la salud pública. Las autoridades sanitarias deben adoptar estrategias sofisticadas y proactivas para contrarrestar la desinformación y generar confianza pública en la vacunación. Esto incluye fortalecer los mensajes oficiales para garantizar su fiabilidad, puntualidad y accesibilidad, a la vez que se tienen en cuenta las inquietudes y los valores de los diversos grupos de población.

Los profesionales de la salud deben contar con la capacitación y las herramientas necesarias para comunicarse de manera empática, clara y persuasiva. Ya no basta con simplemente brindar información; la comunicación debe abordar activamente los temores, corregir mitos e involucrar a padres y cuidadores en conversaciones bidireccionales que fomenten la confianza. Es fundamental la comunicación personalizada con públicos específicos, como madres primerizas o personas que se enfrentan a vacunas de reciente introducción, respaldada por recordatorios constantes y personalizados para garantizar la vacunación oportuna. Los errores históricos, como la administración impersonal o con poca empatía de las vacunas, junto con el actual clima de desconfianza y desinformación, ponen de manifiesto que el proceso de vacunación debe estar tan centrado en la persona como la innovación científica que lo respalda.

Fortalecimiento de la vigilancia y la toma de decisiones basada en datos.

Igualmente crucial para fortalecer los programas de inmunización es la implementación de sistemas sólidos de vigilancia e información. Estas herramientas permiten el monitoreo continuo de la cobertura de vacunación, la identificación precisa de las brechas de inmunidad y el desarrollo de intervenciones específicas basadas en datos. La inversión en tecnología de la información moderna, incluyendo registros electrónicos de salud estandarizados y centrados en el niño, es esencial. Dichos sistemas facilitan la recopilación de datos en tiempo real, el cálculo confiable de las tasas de inmunización y los sistemas de recordatorio automatizados para reducir las dosis omitidas y evitar que los niños queden desatendidos. [21](#) , [22](#)

Iniciativas como la Semana Europea de la Inmunización 2025, organizada por la Organización Mundial de la Salud y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades,^{[23](#)} son fundamentales para aumentar la concienciación pública y abordar las deficiencias en la vacunación. Estos esfuerzos hacen hincapié tanto en el seguimiento epidemiológico como en el análisis del comportamiento para comprender mejor y eliminar las barreras sociales y psicológicas que dificultan la aceptación de las vacunas.

Los planes estratégicos nacionales, como el Plan Estratégico 2024-2027 del Servicio Ejecutivo de Salud de Irlanda, [son](#) fundamentales para establecer vías claras y viables que permitan alcanzar objetivos de alta cobertura, reducir el número de niños sin vacunar y apoyar a los profesionales sanitarios de primera línea en la identificación e inmunización de poblaciones con baja cobertura de vacunación. Paralelamente, los proyectos de colaboración financiados por la UE emplean métodos innovadores, como la triangulación de diversas fuentes de datos, para identificar con precisión las poblaciones no alcanzadas e investigar los factores conductuales que influyen en la baja tasa de vacunación. Estos conocimientos son esenciales para diseñar estrategias específicas y culturalmente apropiadas que contribuyan a un sistema de inmunización resiliente y equitativo.

Conclusiones

Recuperar la confianza pública en la vacunación y revertir la disminución de las tasas de cobertura en toda Europa exige una estrategia integral y multifacética, basada en la evidencia y sensible a las diferencias culturales. La reticencia a la vacunación es un fenómeno complejo impulsado no solo por la desinformación y la desconfianza, sino también por deficiencias operativas, desigualdades sistémicas y fallos en la comunicación. Abordar estos desafíos requiere más que la distribución de vacunas; un enfoque multifacético exige restablecer el contrato social entre las instituciones sanitarias y la ciudadanía. [6](#) , [7](#) , [25](#)

La clave de este esfuerzo reside en restablecer la confianza mediante una comunicación empática, transparente y personalizada. Los profesionales de la salud deben estar capacitados para dialogar de forma constructiva con las familias, responder a sus inquietudes sin prejuicios y brindar una atención que respete los valores individuales, haciendo hincapié en la responsabilidad colectiva. Por su parte, las autoridades de salud pública deben combatir de forma proactiva la desinformación y adoptar herramientas de comunicación modernas para llegar a la población en todos los ámbitos sociales y digitales.

Las reformas estructurales son igualmente importantes. Las inversiones en sistemas integrados de información sanitaria, la mejora de la vigilancia epidemiológica y las intervenciones dirigidas a poblaciones con baja cobertura de vacunación permitirán programas de inmunización más eficaces y equitativos. Instrumentos legislativos como las políticas de vacunación obligatoria pueden ser eficaces cuando se implementan de forma reflexiva y se apoyan en una sólida educación pública y la participación social.

En definitiva, mantener una alta cobertura de vacunación requiere más que políticas o ciencia. Las altas tasas de vacunación exigen confianza, empatía y colaboración. Ante el resurgimiento de enfermedades prevenibles mediante vacunación en Europa, es imperativo que los sistemas de salud pública actúen con decisión y coordinación. Proteger la salud y el bienestar de las generaciones presentes y futuras de niños y niñas depende de nuestra capacidad colectiva para adaptarnos, comunicarnos eficazmente y mantener la vacunación como una prioridad social compartida.

- [Implementación de la clasificación AWaRe en un hospital pediátrico como estrategia de mejora de la calidad de la prescripción de antibióticos.](#) Rev Esp Quimioter 2026; 39(2):163-165. Available from: <http://www.doi.org/10.37201/req/138.2025> Estimado editor,

En el marco de los Programas de Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROA), se ha demostrado que las intervenciones no impositivas y la monitorización de los indicadores de consumo de antimicrobianos pueden mejorar de forma significativa la calidad de la prescripción. De acuerdo con esto, el estudio de Zas-García et al. [1] mostró cómo el incremento en la periodicidad de las reuniones PROA, basadas en auditorías prospectivas no impositivas con los prescriptores, orientadas a la toma de decisiones consensuadas, logró una reducción del consumo de antibióticos, especialmente en aquellos de amplio espectro y alto impacto ecológico. De forma complementaria, los resultados mostrados por Ruiz-Ramos et al. [2] destacan que la monitorización sistemática del consumo, el uso de guías locales y la actividad formativa continuada son elementos clave para orientar la prescripción hacia opciones

más adecuadas al contexto microbiológico local, reforzando estrategias alineadas con iniciativas globales.




A nivel internacional, se han desarrollado diversas estrategias para mejorar la calidad de la prescripción de antibióticos, como la clasificación AWaRe propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) [3].

Esta clasificación estratifica los antibióticos en “Acceso”, “Vigilancia” o “Reserva”, teniendo en cuenta su indicación en el tratamiento de los síndromes infecciosos más comunes y la capacidad de los antibióticos para generar resistencias bacterianas. El grupo “Access” (Acceso) incluye antibióticos de primera o segunda elección para el tratamiento empírico de infecciones prevalentes, con bajo potencial de generación de resistencias. El grupo “Watch” (Vigilancia) engloba antibióticos con mayor potencial de inducir resistencias y que, por tanto, deben reservarse para un grupo más limitado de infecciones. Su uso debe restringirse a indicaciones específicas y estar sujeto a una vigilancia estrecha. Finalmente, el grupo “Reserve” (Reserva) incluye los antibióticos considerados como último recurso para infecciones causadas por bacterias multirresistentes, y cuyo uso debe limitarse de forma estricta a situaciones concretas cuando otras alternativas han fallado.

En España, el Plan Nacional frente a la Resistencia de Antibióticos (PRAN) adopta esta clasificación incluyéndola en la Guía Terapéutica Antimicrobiana del Sistema Nacional de Salud [4], así como en la monitorización del consumo de antibióticos. Este organismo destaca la necesidad de implantar medidas que orienten la monitorización y la prescripción de antimicrobianos, de acuerdo con las normas de certificación de los PROA a nivel hospitalario [5].

En este contexto, se analizaron todos los antibióticos disponibles para la práctica clínica en un hospital pediátrico de tercer nivel, categorizándolos en función de la clasificación AWaRe. Siguiendo las recomendaciones del estándar 39 de las Normas de Certificación de equipos PROA hospitalarios [5] sobre estrategias de ayuda a la prescripción, se asignaron los símbolos que acompañan a esta clasificación a cada uno de los antibióticos incluidos en el programa de prescripción electrónica. De esta manera, todos los profesionales sanitarios pueden visualizar estos antibióticos categorizados en el momento de la prescripción, validación y administración de los mismos. Un ejemplo de antibióticos identificados con su icono correspondiente se muestra en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Antibióticos clasificados según las tres categorías de la clasificación AWaRe en el programa de prescripción electrónica. Access (Acceso) ^A, Watch (Vigilancia) ^W y Reserve (Reserva) ^R

| Grupo terapéutico : J01 - Antibacterianos para uso sistémico | | | |
|--|-------|---|--|
| ANTIMICROBIANO  | | | |
| 02/12/2025 | 11:44 | ^A TRIMETOPRIM+SULFAMETOXAZOL 8mg/ml+40mg/ml. Susp. Oral 100ml  | 40 miligramos (5 mililitros) S y D. Horas: 09:00, 21:00 |
| 03/12/2025 | 12:32 | ^W LEVOFLOXACINO 5mg/ml vial 100ml FF | 150 miligramos (30 mililitros) cada 12 horas desde la hora de inicio. |
| 04/12/2025 | 11:13 | ^R CEFTAZIDIMA+AVIBACTAM 2g+0,5g vial  | 780 miligramos (0,39 vial) Cada 8 horass |

Esta medida servirá como herramienta de apoyo para el análisis de consumo de antibióticos, persiguiendo el objetivo marcado por el PRAN de lograr que el 65% de los antibióticos prescritos pertenezcan al grupo “Access” [6]. En la población pediátrica, la falta de indicación de algunos antibióticos pertenecientes a la categoría “Reserve” justifica aún más la necesidad de disponer de una señal visual, como la clasificación AWaRe, en el programa de prescripción electrónica [7].

En definitiva, la implementación de esta estrategia pretende optimizar la selección de los antibióticos por los distintos profesionales sanitarios del centro, medir el impacto del consumo de estos antibióticos según la clasificación AWaRe y contribuir a la lucha contra las resistencias microbianas.

- [Increasingly Frequent Parapneumonic Empyema by Group A Streptococcus Is More Severe Than by Streptococcus pneumoniae](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 45(4):p 312-316, April 2026.

INTRODUCCIÓN

El *Streptococcus pneumoniae* (Sp) es el principal patógeno bacteriano causante de neumonía complicada, es decir, con derrame parapneumónico o empiema pleural (DPE/EP). En 2022 se produjo un aumento de las neumonías complicadas por estreptococos del grupo A (SGA) en niños.

MÉTODOS

Revisamos las características clínicas de las neumonías complicadas por Sp o SGA ingresadas en cuatro hospitales terciarios portugueses entre 2018 y 2023.

RESULTADOS

De los 128 casos, 107 fueron causados por Sp y 21 por SGA, con un aumento de los casos de DPE/EP en 2023. Los patógenos se identificaron mediante métodos moleculares (89,8 %) o cultivo (16,4 %) a partir de líquido pleural o sangre. La edad media fue de 3,8 años (desviación estándar 2,9) y el 52,3 % eran varones. Los niños con PPE/PE por GAS eran más propensos a presentar erupción cutánea (57,1 % frente a 3,8 %, $P < 0,001$), faringitis (52,4 % frente a 19,8 %, $P = 0,004$), shock séptico (28,6 % frente a 0,9 %, $p < 0,001$), niveles más altos de procalcitonina (PCT) (80 frente a 2,13 ng/mL, $P = 0,005$), mayores tasas de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (81,0 % frente a 55,1 %, $P = 0,030$) y de ventilación mecánica invasiva (38,1 % frente a 11,2 %, $P = 0,005$). La tasa de mortalidad fue similar en ambos grupos (4,8 % frente a 0 %, $p =$

0,164). Entre los casos en los que fue posible realizar el genotipado, 4 de 7 SGA eran emm1 (3 de 4 del sublinaje M1UK, todos en 2023) y 64 de 88 Sp eran del serotipo 3.

CONCLUSIONES

El serotipo 3 del ~~estreptococo~~ **neumococo** sigue siendo la principal causa de DPE/EP en niños en Portugal. El aumento de los casos de DPE/EP por SGA en 2023 se produjo tras la expansión del sublinaje M1UK en Portugal. Se debe considerar la posibilidad de una infección por SGA, especialmente en niños que presenten erupción cutánea, faringitis o niveles elevados de PCT. Un tratamiento antimicrobiano y una gestión clínica adecuados de la DPE/EP por SGA podrían ser fundamentales para mejorar los resultados.

COMENTARIO

Este estudio realizado en un medio muy cercano al nuestro (Portugal) ejemplifica la predominancia de ciertos serotipos de neumococo en las neumonías complicadas con derrame, en concreto el 3, que asocia un mayor número de escapes vacunales y frecuencia de complicaciones. Además, el incremento post-pandémico del SGA se ha visto relacionado con un aumento de las infecciones pulmonares por dicho microorganismo, las cuales además han mostrado ser más severas. Los pacientes con neumonía por SGA suelen asociar síntomas de infección faríngea o cutánea estreptocócica y mayor tasa de bacteriemia, pero, además, se asocian a infecciones víricas concomitantes ya sea respiratorias (gripe) o con lesiones cutáneas (varicela). El sublinaje M1UK, que surgió en Reino Unido y se ha extendido de forma global, es el más relacionado a la complicación con derrame en esta serie.

- [Diagnostics, Management and Outcomes of Pediatric Nontuberculous Mycobacterial Infections: A 12-Year Retrospective Study](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 45(4):p 330-335, April 2026.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones pediátricas por micobacterias no tuberculosas (MNT) plantean retos diagnósticos y terapéuticos. Los signos clínicos pueden parecerse a los de un tumor maligno y, aunque el pronóstico es favorable, el tratamiento suele ser prolongado y puede dar lugar a secuelas estéticas.

MÉTODOS

Se describieron las características clínicas, el manejo y los resultados del tratamiento de los niños diagnosticados con infecciones por MNT en la Región Central de Dinamarca entre 2011 y 2023. Se identificó a los niños utilizando datos micobacteriológicos y códigos de diagnóstico de la CIE-10. Se extrajo información clínica detallada de los registros hospitalarios y se realizaron análisis descriptivos.

RESULTADOS

Se incluyeron 80 niños, lo que corresponde a tasas de incidencia anual de 0,7-3,3 por cada 100 000. La mediana de edad en el momento de la presentación fue de 2 años, y el 55 % eran niñas. La linfadenitis fue la presentación más frecuente (92,5 %), y se notificó fiebre en el 28 % de los casos. *Mycobacterium avium* fue la especie predominante (78,8 %). Las estrategias de tratamiento variaron considerablemente: el 47 % de los niños no recibió tratamiento, y tanto las intervenciones quirúrgicas como los tratamientos antibióticos disminuyeron con el tiempo. A pesar de los resultados clínicos favorables, fueron frecuentes las secuelas estéticas, entre

ellas cicatrices (76 %), decoloración residual (30 %), fístulas o supuración (12 %). La mediana de la estancia hospitalaria fue de 2 días, y la mediana del seguimiento hospitalario fue de 236,5 días.

CONCLUSIONES

La incidencia de las infecciones pediátricas por MNT se mantuvo estable, pero la carga clínica fue considerable debido a la prolongada evolución de la enfermedad y a las frecuentes secuelas estéticas. Las prácticas de tratamiento variaron considerablemente, con una disminución del uso de intervenciones activas a lo largo del tiempo. La aparente falta de consenso sobre el tratamiento pone aún más de relieve la importancia de la colaboración interdisciplinaria y de la elaboración de guías basadas en la evidencia para estandarizar la atención y mejorar los resultados.

COMENTARIO

El interés de dicho estudio aplicado al ámbito de la Atención Primaria es que la presentación más habitual, que es la adenitis cervical, suele verse con relativa frecuencia en una primera instancia desde la consulta ambulatoria. No obstante, la derivación a Atención Especializada es de ayuda para el diagnóstico a la hora de la obtención de una muestra que nos descarte otros procesos (como los malignos) y el hallazgo del microorganismo, aunque esto último no siempre es posible. Sólo en el 35% de los casos del estudio se envió muestra para anatomía patológica, lo cual llama la atención dado que es un elemento importante en la orientación diagnóstica. Existe también una heterogeneidad en los métodos de obtención de muestra diagnóstica y de tratamiento, difiriendo en los primeros entre punción (35%) o excisión (28%), y ganando importancia la actitud conservadora (“watchful waiting”) que se llevó a cabo de inicio en más de la mitad de los pacientes del estudio. Se detallan también las complicaciones a largo plazo, sobre todo estéticas, con cicatriz residual en el 75% de casos y fistulización al exterior en el 12%, aunque se evitan las complicaciones quirúrgicas en las cuales no se centra el artículo. Como limitaciones resaltar que nombran la ausencia de un grupo control, que aportaría la posibilidad de investigar posibles factores de riesgo ligados a las variables asociadas al padecimiento y curso de dicha infección.

- [Sospecha de alergia a amoxicilina en urgencias pediátricas: baja confirmación diagnóstica y elevada tasa de cambios antibióticos inapropiados](#). Enferm Infec Microbiol Clin. 2026;44: 503077

Las reacciones a antibióticos β -lactámicos representan el 80% de las consultas pediátricas por sospecha de alergia medicamentosa. El objetivo fue describir las características de los niños atendidos en urgencias por sospecha de alergia a amoxicilina o a amoxicilina-clavulánico.

Material y métodos

Estudio descriptivo y retrospectivo realizado en un hospital terciario (de enero de 2019 a mayo de 2024), con pacientes ≤ 16 años con diagnóstico de sospecha de alergia a estos antibióticos.

Resultados

Se analizaron 82 casos; el 93,9% presentó lesiones cutáneas y ninguno mostró inestabilidad hemodinámica. Dos pacientes recibieron adrenalina por reacciones inmediatas compatibles con anafilaxia no grave. En el 95,1% se indicó suspender el antibiótico y el 54,7% de los

cambios fueron inadecuados. El 69,5% fue derivado a Alergología y solo en 7 pacientes (12,3%) fue confirmada alergia verdadera.

Conclusiones

La sospecha de alergia a amoxicilina en urgencias pediátricas suele tener buen pronóstico. La baja tasa de confirmación y la frecuencia de cambios antibióticos inapropiados subrayan la necesidad de mejorar la adherencia a las guías clínicas.

- [Invasive *Haemophilus influenzae* Disease in Children: Continued Challenges and the Work Ahead](#). *The Journal of Pediatrics*, 2026; 29

Históricamente, el serotipo b de *Haemophilus influenzae* (Hib) fue la causa más común de meningitis bacteriana en niños menores de 5 años y una causa frecuente de otras infecciones invasivas, como bacteriemia, neumonía e infecciones óseas y de tejidos blandos en niños pequeños. La introducción de la vacuna conjugada contra Hib en el calendario de vacunación infantil rutinario en 1990 resultó en una reducción superior al 99 % de la enfermedad invasiva por Hib en Estados Unidos. En la era de la vacunación generalizada contra Hib, la epidemiología de la enfermedad invasiva por *H. influenzae* (Hi) ha cambiado, lo que subraya la necesidad de continuar estudiando el impacto clínico de la enfermedad invasiva por Hi en niños, especialmente debido a cepas distintas de Hib.

En este número de *The Journal*, Balta et al. informan sobre los hallazgos clínicos de una revisión retrospectiva de infecciones invasivas por Hib en niños nativos de Alaska entre 2013 y 2019. Los autores identificaron a niños menores de 10 años con enfermedad invasiva por Hib que acudieron a dos hospitales que atienden aproximadamente al 55 % de los niños nativos de Alaska en todo el estado.¹ Este informe es notable por su enfoque en los niños nativos de Alaska. Las personas indígenas estadounidenses y nativas de Alaska experimentaron la mayor incidencia de enfermedad por Hib en la era previa a la vacunación y continúan experimentando la mayor incidencia de enfermedad invasiva por Hib en los EE. UU.²

El serotipo a de *Haemophilus influenzae* (Hia) fue la causa más común de infección invasiva por Hi, ocurriendo en 45 de 62 (73%) niños en este estudio. Esto es consistente con la literatura previa que destaca una carga desproporcionada de enfermedad invasiva por Hia entre las poblaciones indígenas en Canadá y los EE. UU.³ Un informe reciente de Alaska, utilizando vigilancia poblacional, encontró que desde que la enfermedad por Hia se detectó por primera vez en Alaska en 2002, las tasas han aumentado a 17,8 por 1 000 000 durante el período 2018-2022 entre niños menores de 5 años, con una tasa de 57,9 por 100 000 entre niños nativos de Alaska.⁴ Esto se compara con la tasa de infecciones invasivas por Hia notificada por el sistema de vigilancia activa de bacterias (ABCs) de EE. UU. durante 2019-2023, que fue de 2,0 por 100 000 en niños menores de 1 año y de 0,4 por 100 000 en niños de 1 a 4 años.⁵ Aunque todavía poco común, otros países han observado la aparición de Hia como causa de infección invasiva en niños pequeños.^{3, 6, 7}

Balta et al. proporcionan valiosas descripciones de síndromes clínicos, resultados y secuelas un año después de la infección. La mayoría de los niños (69%) estaban previamente sanos. La meningitis fue el síndrome clínico más común (35%) y 18 (82%) fueron atribuibles a Hia. Los niños con meningitis tuvieron una alta tasa de mortalidad durante la infección aguda (17%), y dos niños más que tuvieron meningitis fallecieron durante el seguimiento. Se observaron secuelas neurológicas a largo plazo en casi el 40% de los supervivientes de meningitis. También

se describieron infecciones osteoarticulares e infecciones invasivas que afectaban la piel o los tejidos blandos en niños con Hia (36%).

Hubo 7 niños con *Haemophilus influenzae* no tipificable (NTHi) la mayoría eran menores de 1 año (71%) y presentaban con mayor frecuencia síntomas respiratorios y requerían soporte respiratorio (86%) que aquellos con infecciones por cepas encapsuladas. En esta serie, solo 1 niño con NTHi nació prematuro. Curiosamente, en un informe de los ABCs, la prematuridad se encontró con frecuencia (72%) en casos de infección invasiva por (NTHi) entre neonatos. ⁸ Las tasas de NTHi en los ABCs entre 2019 y 2023 fueron mayores que las de Hla*Haemophilus influenzae* no tipable (NTHi) y fueron de 4,6 y 0,9 por 100 000 para niños menores de 1 año y de 1 a 4 años, respectivamente. ⁵ Cabe destacar que las tasas de NTHi invasiva fueron menores que las tasas de *Haemophilus influenzae* no tipable (NTHi) entre niños nativos de Alaska e indígenas americanos menores de 5 años en los ABC (2,0/100 000 y 8,4/100 000, respectivamente). ²

En el presente estudio, se observó una infección invasiva atribuible al serotipo f de *Haemophilus influenzae* en dos niños que presentaban neumonía; también se detectó neumonía en casos de Hia y Hib. El serotipo f de *Haemophilus influenzae* también se notificó en los datos de ABCs (0,3/100 000 para niños menores de 1 año y 0,2/100 000 para niños de 1 a 4 años). ⁵

En este estudio, se produjo una infección invasiva por Hib en 8 niños. Tres niños no tenían documentación de haber recibido la vacuna contra Hib, y 2 no habían completado la serie de vacunación primaria, lo que subraya la necesidad de garantizar la vacunación oportuna. Sin embargo, otros 3 niños estaban al día y habían sido vacunados con 3 dosis de la vacuna de polirribosilribitol fosfato-proteína de membrana externa (PRP-OMP). Cabe destacar que un informe reciente de Francia⁹ describió casos de Hib en niños que recibieron 3 dosis de la vacuna (2 dosis y una dosis de refuerzo de la vacuna combinada; los conjugados incluían toxoide tetánico u OMP), lo que demuestra la importancia de seguir investigando para comprender los casos de resistencia a la vacuna.

Aunque las secuelas de Hi son menos comunes que en la era anterior a la vacuna contra Hib, este estudio de Balta et al. destaca los síndromes clínicos y los resultados graves de la enfermedad invasiva por Hi, particularmente Hia, y específicamente entre las poblaciones indígenas americanas y nativas de Alaska. Se está trabajando en vacunas para cepas no Hib. Actualmente, una vacuna para Hia está en desarrollo clínico en Canadá, y se están estudiando vacunas para NTHi. ¹⁸⁻²⁰ Dada la alta morbilidad de la Hi invasiva, una vacuna que brinde una amplia protección contra cepas encapsuladas y no encapsuladas de Hi sería ideal.

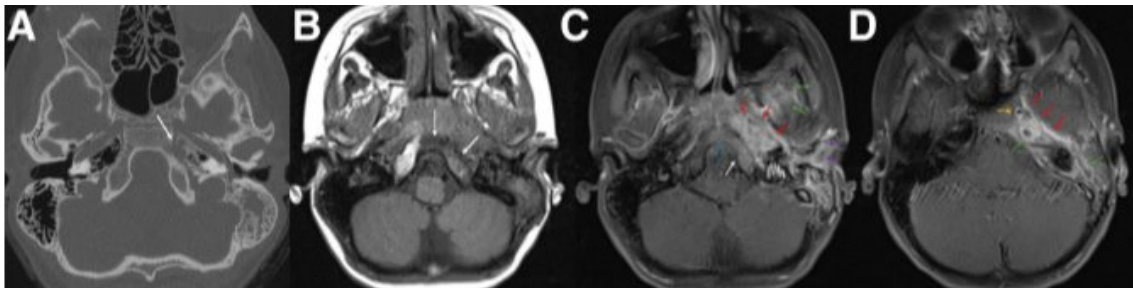
Casos clínicos

- [When Recurrent Otitis Turns Dangerous: Skull Base Osteomyelitis in an Immunocompetent Child](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 45(4):p e150-e151, April 2026.

Niña de 9 años con historia de otitis supuradas recurrentes con respuesta parcial a amoxicilina+clavulánico y ceftriaxona en los últimos 2 años. En contexto de nuevo episodio de otalgia y otorrea se le realizó TAC de hueso temporal que demostró cambios erosivos con

pérdida de aireación en mastoides y senos petrosos, sugiriendo osteomielitis. Estaba afebril y en la analítica destacaban Proteína C Reactiva de 9.9 mg/dl, Velocidad de Sedimentación Glomerular de 94 mm/h con 9.1000×10^6 leucocitos. Los cultivos y el estudio de tuberculosis fueron negativo. Se inició vancomicina y cefepime empíricos y se llevó a cabo resonancia magnética que evidenció edema con abscesificación en mastoides izquierda, el oído medio y el ápice petroso, con osteomielitis de la base del occipucio y el clivus. Se escaló el tratamiento a meropenem, linezolid y ciprofloxacino, con buena evolución a las 8 semanas, por lo que se pasó a ciprofloxacino y linezolid orales para completar 12 semanas. La clínica y alteraciones en la imagen se resolvieron. Se descartó inmunodeficiencia en la paciente.

La osteomielitis de base de cráneo es una complicación rara de la otitis, más aún en pacientes inmunocompetentes. El tratamiento debe cubrir *Pseudomonas*, al ser el agente causal más predominante. Se destaca la sospecha precoz, el diagnóstico mediante prueba de imagen y el manejo multidisciplinar como pilares a tener en cuenta.



- [Emergence of Pediatric West Nile Virus Neuroinvasive Disease in Spain: An Expanding Threat in a Changing Climate—A Case Series.](#) The Pediatric Infectious Disease Journal 45(4):p e135-e141, April 2026.

INTRODUCCIÓN

El virus del Nilo Occidental (VNO) es un flavivirus zoonótico emergente que ha provocado brotes en Europa durante los últimos 20 años. Aproximadamente el 80 % de las infecciones por VNO son asintomáticas; las manifestaciones clínicas incluyen la fiebre del Nilo Occidental (20 %) y la enfermedad neuroinvasiva por VNO (EIVNO) (<1 %), que puede presentarse como meningitis, encefalitis o parálisis flácida. El curso clínico de la EIVNO puede ser grave, con una elevada morbilidad (secuelas neurológicas a largo plazo) y mortalidad. Actualmente no se dispone de tratamiento etiológico, y el manejo sigue siendo de apoyo.

MÉTODOS

Se realizó una descripción retrospectiva de todos los casos pediátricos de EIVNO notificados en España hasta la fecha.

RESULTADOS

Se describen cinco casos de EIVNO. Dos pacientes presentaron una encefalitis por VNO distintiva con síntomas extrapiramidales, dos tuvieron meningitis por VNO con recuperación completa y uno desarrolló parálisis flácida por VNO con secuelas neurológicas graves a largo plazo. Tres casos se presentaron en 2020 y dos en 2024. Todos los casos se diagnosticaron durante la temporada de transmisión del VNO (julio a septiembre) y los pacientes residían en la provincia de Sevilla.

CONCLUSIONES

La encefalitis por el VNO es una enfermedad potencialmente grave para la que no existe tratamiento etiológico. A medida que se propaga el VNO, se necesitan estrategias eficaces de prevención, detección precoz y tratamiento.

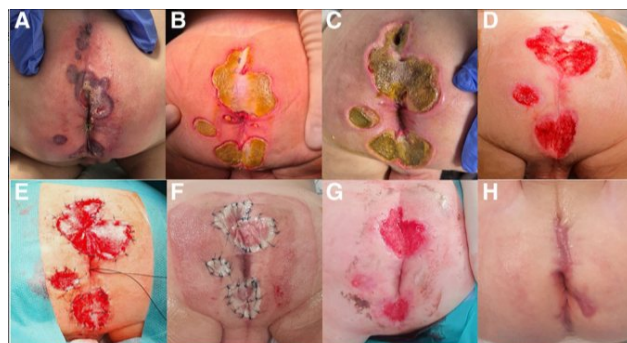
COMENTARIO

Este estudio pone de manifiesto el paradigma de una enfermedad infecciosa emergente de base zoonótica con una serie de 5 casos extensamente detallados que ocurrieron en la provincia de Sevilla en los años previos. Es reseñable que, al fijarse en las características según la temporada epidémica, los casos de 2020 fueron de mayor edad (14, 11 y 10 años) que en 2024 (6 años y 2 años) con un cuadro clínico más severo en 2020 dado que la paciente de 14 años presentó un cuadro de parálisis flácida con tetraparesia y fallo respiratorio con secuelas importantes a largo plazo y encefalitis en los otros dos pacientes, frente a los de 2024 que se presentaron como una meningitis vírica con buena evolución. Ello puede encontrar su explicación en la diferencia entre los linajes de VNO asociados a los casos, dado que en 2020 se produjeron por linaje 1 y en 2024 por el linaje 2 (existen 9 linajes de VNO y el 1 y 2 son los más patogénicos en humanos). Actualmente, la investigación al respecto se centra en las medidas de prevención de posibles brotes futuros y en la caracterización de los factores de riesgo de presentar una enfermedad severa por VNO, dado que es una entidad que se comporta en la mayoría de las ocasiones de forma asintomática (80%) y muy raramente de forma invasiva (menos del 1%).

- [Ecthyma Gangrenosum: A Life-threatening Complication of Diaper Rash in a Healthy Infant](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 45(4):p e151-e152, April 2026.

Caso clínico de un lactante que, 17 días tras completar curso de antibioterapia por infección respiratoria, se presenta con un cuadro de fiebre, decaimiento, diarrea y eccema en nalgas con empeoramiento progresivo. En analítica se evidenció elevación de Proteína-C-Reactiva (44.2 mg/dL) y leucopenia leve ($4.02 \times 10^9/L$) con neutropenia ($1.35 \times 10^9/L$). Se aisló *Pseudomonas aeruginosa* en hemocultivo y en cultivo de exudado en nalgas. Requiere ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos e inicio de antibioterapia de amplio espectro (piperacilina-tazobactam, vancomicina y metronidazol). Se requirió colostomía para evitar la contaminación local por material fecal, múltiples desbridamientos y terapia de presión negativa. Con las medidas previas la evolución fue favorable de manera progresiva, con colocación de injerto cutáneo para reparar la zona de la herida y la reimplantación de la colostomía un mes después. Se descartó que el paciente presentase una inmunodeficiencia primaria.

Se resalta la singularidad de un caso de dichas características en un paciente inmunocompetente, la importancia del tratamiento médico y quirúrgico precoz, las medidas locales de control de foco infeccioso y los procedimientos de reparación a largo plazo.



- [Complicated Pediatric Pneumonia due to *Ureaplasma parvum*: A Case Report](#). The Pediatric Infectious Disease Journal.45(4):p e114-e115, April 2026.

Adolescente de 16 años que un mes después de un cuadro de mononucleosis es diagnosticada de neumonía adquirida en la comunidad. A los 4 días, tras inicio de tratamiento, vuelve a consultar por empeoramiento de fiebre, fatiga y tos. En la radiografía presentó infiltrados bilaterales con derrame pleural izquierdo leve. En analítica inicial presentaba 11.000×10^6 leucocitos, Proteína C Reactiva 23.8 mg/dl, Procalcitonina 12 ng/ml y Creatinina 2.1 mg/dl. Ingresó con ceftriaxona intravenosa, con mejoría tras 3 días, pero volvió a empeorar en estado respiratorio tras la transición a azitromicina, evidenciando aumento de derrame izquierdo con deslazamiento mediastínico y opacificación parcheada derecha. Precisó oxigenoterapia con FiO₂ hasta el 40%. Se colocó tubo de drenaje torácico con obtención de líquido pleural que presentaba 887 células/ μ L con 58% neutrófilos. Se reinició ceftriaxona y se añadió vancomicina. En PCR ARN 16S del líquido pleural se identificó *Ureaplasma parvum*. Se cambió a levofloxacino con el que se completaron 10 días de tratamiento, con buena respuesta clínica y retirada del tubo de drenaje. No se evidenció el antecedente de relaciones sexuales.

El *Ureaplasma parvum* es un comensal asintomático de entre el 40 y el 80% de las mujeres jóvenes en el tracto urogenital. El caso es singular dada la etiología y la severidad del cuadro, más aún en una paciente inmunocompetente, aunque si bien dicho agente podría estar infradiagnosticado dado que suele requerir de medios específicos o técnicas moleculares para su aislamiento. No obstante, es difícil determinar con seguridad la causalidad certera con respecto al cuadro clínico respiratorio pese a la identificación de la presencia de su ADN en las muestras. Se relaciona con las relaciones sexuales, asociando el estado de portador faríngeo de forma estadísticamente significativa con antecedente de sexo oral.

- [Legionella-associated Granulomatous Cervical Lymphadenitis in Three Pediatric Patients: Utility of Broad-range Polymerase Chain Reaction](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 45(4):p e142-e144, April 2026.

El artículo se basa en una serie de 3 casos que son los siguientes:

- Niño de 5 años con adenitis cervical unilateral que apareció tras haber estado en la playa. Presentó analítica con PCR 4.4 mg/dl y VSG 83 mm/h. No respondió a ciclo de amoxicilina-clavulánico. Se le realizó biopsia ganglionar inicial que identificó tejido linfoide de características reactivas, con cambios escleróticos vasculares e infiltrado inmunoblástico e hitiocítico interfolicular. Se descartó tuberculosis y bartonelosis. Se repitió biopsia que demostró granulomatosis con necrosis caseosa y se inició tratamiento empírico frente a micobacterias no tuberculosas. Finalmente, se identificó *Legionella bosemanae* por multi-PCR y se desescaló a monoterapia con azitromicina durante 6 meses con buena evolución.
- Lactante de 16 meses, con masa cervical y fiebre de bajo grado. Analítica normal Ecografía con masa pleomórfica en territorio profundo adyacente a esternocleidomastoideo, evidenciando cambios necróticos en TAC. La lesión abrió a piel y se obtuvo muestra histopatológica que evidenció granulomas con microabscesos y necrosis, la cual se repitió demostrando granulomatosis linfocitaria. El estudio de tuberculosis y los cultivos bacterianos

fueron negativos. Mediante PCR extendida en tejido ganglionar se identificó *Legionella pneumophila* la respuesta fue positiva con azitromicina oral durante 6 semanas.

- Niño de 10 años con adenitis cervical que no respondió a tratamiento por supuesta faringitis estreptocócica. Analítica normal. Serologías y estudio de tuberculosis negativas. Se llevó a cabo cirugía, obteniendo muestra en la que se vio granulomatosis necrotizante y se aisló de nuevo *Legionella* por PCR extendida. Se trató con levofloxacino oral durante 10 semanas con buena evolución.

Estos casos muestran uniformidad en la presentación (adenitis cervical unilateral) pero no en la edad, objetivándose en diferentes rangos. También tienen en común el hallazgo típico de granulomas en la anatomía patológica y el diagnóstico mediante pruebas moleculares de amplio espectro. Suele asociarse a actividades recreativas en medios acuáticos, aunque sólo uno de los casos presenta antecedente relacionado. Al ser una etiología más rara en comparación a las típicas que se ven en nuestro medio, suele pasar desapercibida inicialmente o confundida con otros cuadros, siendo necesario para el diagnóstico la obtención de muestra y apoyándose, como hemos dicho, en las técnicas moleculares. Se debe tener en cuenta, dado que la evolución suele ser favorable con tratamiento dirigido y se pueden evitar otros tratamientos innecesarios. La duración del mismo puede variar según la rapidez en la mejoría, tal y como puede verse en los casos.



- [Paediatric case of invasive group A streptococcal necrotising myositis: diagnostic challenges and lessons learned.](#) *The Lancet Infectious Diseases*. Volume 26, Issue 4, e259-e267. April 2026.

Se expone el caso de una niña de 5 años que dos días tras un cuadro de diarrea, fiebre y exantema escarlatiniforme autoresuelto presentó dolor e inflamación en codo izquierdo. Se le realizó analítica de demostró elevación de proteína-C-reactiva, leucocitosis y neutrofilia. Se ingresó con ceftriaxona y clindamicina, pese a lo cual en los días posteriores la inflamación se extendió hasta axila y aparecieron signos de shock séptico. Precisó intubación, soporte vasoactivo y ampliación de antibioterapia añadiendo gentamicina. Se le realizó TAC que reveló datos de miositis y se llevó a cabo intervención quirúrgica por síndrome compartimental. Dados los hallazgos de afectación ósea y articular con deterioro progresivo del estado del paciente, se decidió realizar amputación a nivel trans-humeral. A pesar de situación de parada cardiorrespiratoria en post-quirúrgico inmediato, el paciente se estabilizó y se inició mejoría progresiva durante su estancia en cuidados intensivos. En material purulento intraquirúrgico se identificó *Streptococcus pyogenes* (serotipo emm 3.93), llevando a cabo un tratamiento dirigido durante 5 semanas. Como datos de interés el paciente además presentó una neumonía nosocomial por *Pseudomonas* y una diarrea por *Clostridium* durante el período de ingreso.

Este caso ejemplifica lo devastador que pueden llegar a ser las manifestaciones por una fascitis / miositis necrotizante estreptocócica. Como puntos clave se determinan el diagnóstico y abordaje quirúrgico precoz, dada la gravedad y empeoramiento del cuadro de forma rápidamente progresiva, con un enfoque multidisciplinar que involucre tanto a cirugía como a medicina intensiva. El serotipo implicado es el más relacionado con fascitis necrotizante, el cual se ha asociado con el aumento de incidencia reciente en Reino Unido de enfermedad invasiva por Estreptococo del Grupo A.



- [Gonococcal orbital cellulitis in an adolescent: A diagnostic challenge in determining the transmission pathway.](#) *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2026;44: 503106

Introducción

La *Neisseria gonorrhoeae* es una causa bien conocida de conjuntivitis, pero una causa excepcionalmente rara de celulitis preseptal u orbital. Aunque el contacto sexual es la principal vía de transmisión, se han documentado vías no sexuales, lo que plantea un reto diagnóstico. En este artículo se presenta un caso de celulitis orbital por *N. gonorrhoeae* con un absceso asociado en una adolescente que negaba tener actividad sexual, y se revisa la bibliografía existente sobre esta presentación inusual.

Métodos

Presentamos el caso de una mujer de 16 años que ingresó para la evaluación de una pérdida de visión unilateral y una proptosis. Además, se realizó una búsqueda bibliográfica en múltiples bases de datos principales de publicaciones entre 1975 y 2025 para identificar todos los casos documentados de celulitis presepto y orbitaria gonocócica.

Resultados

Se diagnosticó a un paciente de 16 años celulitis orbitaria y un absceso preseptal. La tinción de Gram del exudado purulento ocular reveló la presencia de diplococos gramnegativos, y los cultivos confirmaron posteriormente el aislamiento de *N. gonorrhoeae*. El paciente respondió favorablemente al tratamiento con ceftriaxona y doxiciclina. La revisión bibliográfica solo permitió identificar siete casos documentados de celulitis orbitaria asociada a *N. gonorrhoeae* y nueve casos de celulitis presepto reportados en los últimos 50 años, lo que pone de relieve la importancia de esta entidad clínica.

Conclusiones

Este caso amplía el espectro clínico conocido de las infecciones gonocócicas atípicas. Se debe considerar la *N. gonorrhoeae* en el diagnóstico diferencial de la celulitis orbitaria en pacientes adolescentes, incluso cuando se niega un historial de actividad sexual. Este informe subraya la importancia de considerar vías de transmisión alternativas y de utilizar diagnósticos microbiológicos adecuados para garantizar un tratamiento oportuno y eficaz.

- [Celulitis por *Vibrio alginolyticus* asociada a exposición a agua de mar](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2026;44:503137

Este caso (aunque se refiere a un adulto) pone de manifiesto la importancia de sospechar infecciones por *Vibrio* spp. ante lesiones de partes blandas expuestas a agua de mar, incluso en regiones europeas donde estas infecciones son relativamente infrecuentes. El calentamiento progresivo de las aguas costeras en los últimos años, atribuido al cambio climático, podría favorecer la expansión geográfica de estos patógenos y aumentar su incidencia¹³. Asimismo, el caso ilustra la necesidad de obtener muestras microbiológicas de forma precoz, ya que la identificación del agente etiológico permitió ajustar el tratamiento y contribuyó a la evolución favorable del paciente.

- [Neisseria meningitidis como causa de celulitis, una presentación infrecuente](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2026;44: 503062

A pesar de los pocos casos descritos en la literatura, se debe tener en cuenta que *Neisseria meningitidis* puede ser una causa probable, aunque infrecuente de celulitis en individuos inmunocompetentes incluso en ausencia de meningitis. *Neisseria meningitidis* debería formar parte del diagnóstico diferencial de la celulitis especialmente cuando la celulitis afecta a tejidos periorbitarios, la cabeza y los miembros superiores².

- [Neisseria zoodegmatis, an uncommon pathogen after a dog bite](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2026;44: 503104

También referido a un adulto se trata de una entidad que puede afectar a pacientes de cualquier edad.

- [Toxoplasmosis ocular congénita: diagnóstico retrospectivo mediante PCR en sangre de talón en un caso pediátrico](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2026;44:503139

La toxoplasmosis congénita (TC), ocasionada por *Toxoplasma gondii*, es una enfermedad transplacentaria con un alto porcentaje de asintomáticos en los recién nacidos, lo que dificulta su diagnóstico precoz. La forma ocular, caracterizada por coriorretinitis, puede desarrollarse años después del nacimiento, lo que hace que la infección no se detecte hasta etapas más avanzadas de la infancia o adolescencia.

En este contexto, la PCR en sangre de talón (ST) almacenada en papel de filtro (habitualmente obtenida para otros cribados neonatales) se ha revelado como una herramienta útil para confirmar el diagnóstico de TC, incluso años después del nacimiento, como se muestra en el caso que presentamos.

Escolar de 7 años, previamente sana, que comienza a experimentar pérdida progresiva de agudeza visual y es remitida al hospital para estudio de uveítis bilateral. La paciente no tenía antecedentes epidemiológicos relevantes y la serología materna durante el embarazo fue negativa (VIH, Treponema y AgHBs), sin constar información sobre serología de *Toxoplasma*.

En la exploración oftalmológica, se diagnosticó uveítis posterior bilateral y retinitis activa en el ojo izquierdo, con cicatrices retinianas antiguas. Para excluir otras infecciones, se solicitó un estudio serológico que incluyó pruebas para *Toxoplasma*, Treponema, VIH, Bartonella, Borrelia, Brucella y Rickettsia. Todas las serologías fueron negativas, excepto *Toxoplasma gondii* (IgG + /

IgM -), lo que sugirió una posible reactivación de la infección. Las pruebas de PCR en humor acuoso fueron negativas, lo que no descartaba por completo la toxoplasmosis ocular.

A pesar de las pruebas negativas en el humor acuoso, se decidió realizar una PCR en ST neonatal, obtenida al momento del nacimiento y almacenada en papel de filtro. Esta muestra, permitió detectar ADN de *Toxoplasma gondii*, confirmando así el diagnóstico de toxoplasmosis congénita, y proporcionando la evidencia definitiva de la infección fetal.

La confirmación del diagnóstico de toxoplasmosis ocular congénita permitió instaurar un tratamiento adecuado con sulfadiazina, pirimetamina, ácido fólico y corticoides 1. Tras 6 semanas de tratamiento, se observó la inactividad de las lesiones y se suspendió el tratamiento.

- [Successful Bacteriophage Treatment of a Recalcitrant Intra-Abdominal Infection Caused by Multidrug-Resistant *Pseudomonas aeruginosa* in a 2-Year-Old Child.](#) J Pediatr. 2026 Apr;291:115005.

La resistencia a los antimicrobianos representa una amenaza para la vida de los pacientes pediátricos con patologías complejas que reciben múltiples ciclos de antibióticos de amplio espectro. Los bacteriófagos ofrecen una alternativa de tratamiento segura cuando nuestro arsenal antibiótico resulta insuficiente. Describimos el uso exitoso de la terapia con bacteriófagos en un paciente con una infección refractaria *por Pseudomonas aeruginosa* tras un trasplante multiorgánico.

- [Hemolacria en el edema agudo hemorrágico del lactante](#) An Pediatr (Barc). 2026;104:504108

Lactante previamente sana que presentó un cuadro de síntomas respiratorios de una semana de evolución y fiebre de cuatro días, y que en las horas previas al ingreso desarrolló lesiones purpúricas y petequiales progresivas. A la exploración, se encontraba hemodinámicamente estable y con buen aspecto general, con hemolacria de aparición reciente y lesiones purpúricas violáceas en los pabellones auriculares (fig. 1), así como múltiples lesiones purpúricas y petequiales en diana más llamativas en las extremidades (fig. 2). Durante la observación, la afectación cutánea empeoró y la paciente desarrolló edema periférico (fig. 3). La analítica fue anodina, con excepción de una elevación leve de la proteína C reactiva (8,7mg/l) y la presencia de linfocitos atípicos en el frotis de sangre periférica.

Se hizo un diagnóstico presuntivo de edema hemorrágico agudo del lactante (EHAL), proporcionándose tratamiento de soporte con monitorización clínica estrecha. La paciente mostró una evolución clínica favorable, sin episodios adicionales de hemolacria, y se encontraba asintomática al alta. El EHAL es una vasculitis aguda leucocitoclástica de pequeños vasos de escasa incidencia.



Figura 1.

Hemolacrria bilateral y lesión purpúrica en el pabellón auricular izquierdo.



Figura 2.

Múltiples lesiones purpúricas en diana que afectan predominantemente a las extremidades inferiores.



Figura 3.

Edema en extremidad superior que afecta al brazo y al antebrazo, asociado a lesiones purpúricas.

- [Onicomycosis blanca superficial en Pediatría: un desafío diagnóstico y terapéutico](#) .
Rev Pediatr Aten Primaria. 2026;28:55-60.

Resumen

Las onicomycosis constituyen una infección fúngica infrecuente en la población pediátrica. Sin embargo, en los últimos años se ha objetivado un incremento en su incidencia. En consecuencia, el pediatra de Atención Primaria debe estar familiarizado con las diversas formas de presentación de las onicomycosis, así como con sus métodos diagnósticos y terapéuticos.

Dentro del grupo de las onicomycosis, se encuentra la onicomycosis blanca superficial, un subtipo particularmente infrecuente en la infancia. Por este motivo, resulta fundamental reconocer sus características clínicas y realizar un adecuado diagnóstico diferencial con otras entidades que cursen con manifestaciones similares.

Presentamos el caso clínico de un varón de 9 años diagnosticado de onicomycosis blanca superficial, para dar a conocer su abordaje diagnóstico y terapéutico.

Figura 1. Paciente de 9 años. Onicomycosis. Lesiones blanquecinas y opacas, de aspecto similar a tiza, en la porción dorsal de la placa ungueal



- [Onicomadesis, cuando las uñas se desprenden](#) . Rev Pediatr Aten Primaria. 2026;28:61-6.

Resumen

La onicomadesis es una entidad poco frecuente en la infancia y no se tienen datos claros sobre su prevalencia. Su aparición genera gran ansiedad en los cuidadores, aunque suele tratarse de un proceso benigno y autolimitado. Se han reportado casos aislados de onicomadesis tras infecciones virales, aunque también se ha descrito como complicación de enfermedades autoinmunes –como pénfigo vulgar o alopecia areata–, enfermedades sistémicas graves –como el síndrome de Guillain-Barré y la enfermedad de Kawasaki–, uso de fármacos –como quimioterapia, antiepilépticos, antibióticos o retinoides–, y en el contexto neonatal tras un trauma obstétrico o infecciones fúngicas locales. En este documento presentamos dos casos clínicos en los cuales se desarrollan dos causas de onicomadesis –causa idiopática y causa viral–, y destacamos la importancia de realizar una adecuada historia clínica para llegar al diagnóstico mediante el interrogatorio con el fin de no solicitar exámenes o pruebas de laboratorio adicionales. Se describen, además, las posibles etiologías presentes en esta entidad, para que en un futuro el personal de salud se pueda basar en la información dada en pro de realizar un mejor abordaje diagnóstico. En los dos casos expuestos, destacamos la importancia de dar una explicación adecuada a los padres, tranquilizándoles y explicándoles el curso benigno y autolimitado de la condición clínica presentada

- [Granuloma de Majocchi: presentación clínica y desafíos terapéuticos en lactantes](#) . Rev Pediatr Aten Primaria. 2026;28:71-4

Resumen

El granuloma de Majocchi es una dermatofitosis profunda poco frecuente, originada por la invasión de dermatofitos en el folículo piloso y la dermis. Aunque suele observarse en adultos, especialmente tras el uso inapropiado de corticoides tópicos, su presentación en lactantes es excepcional y plantea un importante desafío diagnóstico. Presentamos el caso de un lactante

de 18 meses con placas eritemato-descamativas persistentes, refractarias a tratamientos tópicos convencionales. El diagnóstico se confirmó mediante cultivo micológico, que identificó la presencia de dermatofitos. El paciente mostró una evolución favorable tras la administración de terbinafina oral. Este caso destaca la necesidad de incluir el granuloma de Majocchi en el diagnóstico diferencial de lesiones cutáneas crónicas en población pediátrica y subraya la importancia del reconocimiento temprano y del inicio oportuno de terapia antifúngica sistémica para evitar retrasos terapéuticos.



A. Lesiones eritematosas redondeadas en racimo en región glútea izquierda, con bordes elevados, bien definidos. **B.** Lesión de 4 x 5 cm, patrón en racimo de máculas y pápulas eritematosas, distribuidas de forma circular, de bordes mal definidos. **C.** Placa eritematosa de mayor extensión e infiltración, con superficie brillante y bordes irregulares activos, en región glútea izquierda. Presencia de lesiones satélite adyacentes. Área afectada aproximada de 7 x 6 cm.

Para ampliar

- [Infecciones de transmisión sexual en gestantes: prevalencia, coinfección y complicaciones del embarazo](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2026;44:503102.

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) durante el embarazo pueden generar complicaciones materno-fetales relevantes. El papel de otros microorganismos como *Mycoplasma genitalium* en el cribado gestacional continúa siendo objeto de debate. En este contexto, se analizó la prevalencia de ITS y de microorganismos considerados saprófitos, así como su relación con complicaciones del embarazo.

Métodos

Estudio longitudinal en 742 gestantes durante el primer trimestre (2021–2023). Se determinó mediante PCR reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en muestra vaginal la presencia de *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium* y *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum* y *Trichomonas vaginalis*. Se recogieron variables sociodemográficas y clínico-reproductivas y se registraron las complicaciones del embarazo.

Resultados

El 56,3% de las gestantes presentó alguno de los microorganismos estudiados. La prevalencia global de ITS fue del 4,7%, significativamente superiores en ≤ 25 años (15,6%). Las prevalencias

globales y en ≤ 25 años de ITS fueron: *Chlamydia trachomatis* 2,0% y 7,8%; *Mycoplasma genitalium* 2,2% y 7,8%; *Neisseria gonorrhoeae* 0%; y *Trichomonas vaginalis* 0,5% y 0%. Se observó coinfección en el 31,1% de los casos, destacando la combinación con *Ureaplasma parvum* (>47%). De los embarazos estudiados, 92 (12,4%) presentaron complicaciones, principalmente abortos (50%). Ninguna ITS se relacionó de forma significativa con estas complicaciones.

Conclusión

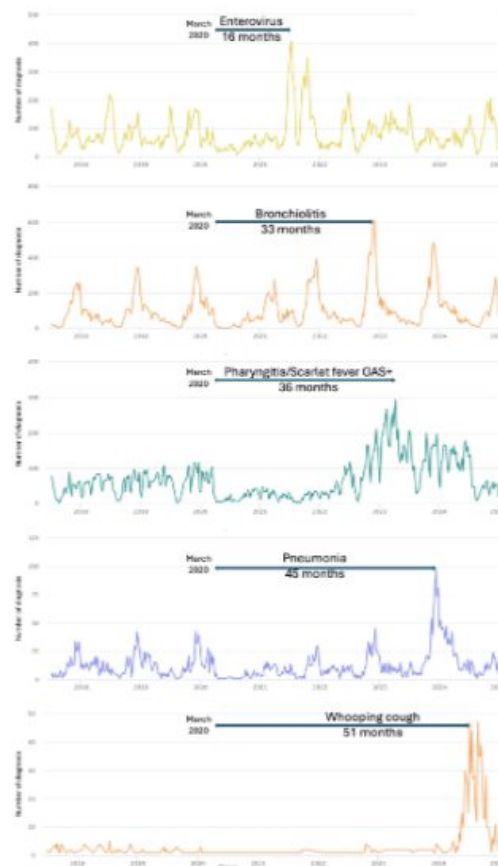
Se observa una alta prevalencia de ITS, especialmente entre gestantes jóvenes. Aunque los datos no respaldan ampliar el cribado universal, los resultados apoyan mantener estrategias dirigidas en ≤ 25 años y refuerzan la necesidad de profundizar en el impacto clínico de *Mycoplasma genitalium* en la salud maternofetal.

- **Disruption of Epidemic Patterns in Community-Acquired Respiratory Infections Post-Covid-19 in France: A 5-Year Analysis Using the French Pediatric and Ambulatory Research of Infectious Diseases Network.** The Pediatric Infectious Disease Journal 45(3):p e75-e78, March 2026.

El estudio se llevó a cabo por 160 pediatras de atención ambulatoria de Francia de forma prospectiva desde 2018. Los test diagnósticos que se emplearon fueron pruebas rápidas faríngeas para virus y estreptococo del grupo A, pruebas específicas para enterovirus en exudado faríngeo en casos sospechosos y PCR para los casos de neumonía.

Entre enero de 2018 y junio de 2025 se registraron 26.286 casos de bronquiolitis, 20 898 de infecciones por enterovirus, 35.693 de gripe, 16.177 de faringitis/escarlatina por GAS+, 3.402 de neumonía y 552 de tosferina.

Se objetivó que tras el levantamiento de las medidas no farmacológicas introducidas durante la pandemia de COVID-19 se objetivó un resurgimiento de las enfermedades respiratorias por agentes infecciosos, con un patrón variable según el microorganismo en cuestión, al igual que se vio en otros países del entorno. El enterovirus reapareció 16 meses después del inicio de la COVID-19; la bronquiolitis, 33 meses; las infecciones por estreptococos del grupo A, 36 meses; la neumonía, 45 meses, y la tosferina, 51 meses. Estas diferencias entre los distintos patógenos ponen de manifiesto las diferencias en la durabilidad de la inmunidad colectiva y la vulnerabilidad específica de cada uno de ellos. Hay que tener en cuenta el intervalo típico inter-epidémico, dado que en ciertos casos suele ser anual (gripe, VRS) pero en otros suele ser mayor, por ejemplo, 3-7 años para *Mycoplasma* y 5 años para la tosferina.



- [Post-COVID-19 resurgence of *Mycoplasma pneumoniae* infections in French children \(ORIGAMI\): a retrospective and prospective multicentre cohort study](#). *The Lancet Infectious Diseases*. Volume 26, Issue 4, April 2026, Pages 374-383.

INTRODUCCIÓN

Tras un descenso durante la pandemia de COVID-19, las infecciones por *Mycoplasma pneumoniae* resurgieron en varios países. El objetivo de nuestro estudio fue caracterizar el cuadro clínico de los pacientes pediátricos ingresados en el hospital por *M. pneumoniae* durante los años 2023 y 2024 en Francia.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio observacional a nivel nacional, multicéntrico, retrospectivo y prospectivo en 37 hospitales pediátricos franceses (septiembre de 2023-septiembre de 2024). Se incluyó a niños menores de 18 años hospitalizados por una infección por *M. pneumoniae* confirmada mediante pruebas de laboratorio (PCR o serología). Se describieron y analizaron los datos demográficos (excluida la raza), las características clínicas, los hallazgos de laboratorio y radiológicos, el tratamiento y los resultados. Se utilizó la regresión logística para identificar los factores asociados al ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP)

RESULTADOS

Se incluyeron 969 niños y adolescentes con infección por *M. pneumoniae* (7,3 años [DE 4,5]; 426 [44 %] de los 966 pacientes eran mujeres y 540 [56 %] de los 966 eran hombres). 936 (97 %) de todos los pacientes dieron positivo en la PCR para *M. pneumoniae*. Se diagnosticó neumonía en 628 (87 %) de los 726 pacientes con afectación respiratoria, y se notificaron manifestaciones cutáneas en 132 (14 %) de los 969 pacientes, incluidos 56 (42 %) de los 132 que presentaban eritema multiforme. Se prescribieron macrólidos a 884 (95 %) de los 931 pacientes a los que se prescribieron antibióticos, principalmente azitromicina (563 [64 %] de 884). Se detectó resistencia a los macrólidos en una (5 %) de las 21 muestras analizadas. En total, 57 (6 %) de los 969 pacientes requirieron ingreso en la UCI pediátrica y cuatro (<1 %) fallecieron. Entre los factores significativamente asociados al ingreso en la UCIP se encontraban tener más de 11 años (odds ratio ajustado 2,0 [IC del 95 %: 1,1–3,6]; $p = 0,023$), padecer asma (2,2 [1,2–4,0]; $p = 0,0072$), padecer otras enfermedades subyacentes (2,1 [1,2–3,7]; $p = 0,013$) y el eritema multiforme (3,7 [1,6–8,8]; $p = 0,0025$).

INTERPRETACIÓN

La epidemia de *M. pneumoniae* de 2023-2024 en Francia supuso una carga considerable de hospitalizaciones pediátricas. Aunque los casos graves fueron poco frecuentes, los niños mayores de 11 años, aquellos con asma, otras comorbilidades y eritema multiforme presentaban un mayor riesgo de ingreso en la UCI pediátrica. Se recomienda mantener una vigilancia continua y aplicar estrategias de gestión específicas ante futuras epidemias.

COMENTARIO

Nuevo estudio sobre el impacto del resurgimiento de las infecciones por Mycoplasma en la edad pediátrica tras la pandemia, en un medio próximo al nuestro y con un patrón epidemiológico similar objetivado. El interés del mismo recae en que se detallan tanto las manifestaciones respiratorias como las extra-respiratorias, además de detallar las tasas de resistencia observadas (muy bajas) y la heterogeneidad en la severidad de los cuadros,

investigando los posibles factores de riesgo asociados. La edad media de los pacientes es de 7.3 años, por lo que se vieron afectados niños mayores, es más, la mayor edad (por encima de los 11 años) se asoció a un mayor porcentaje de ingreso en intensivos. Otro punto interesante es la elevada tasa de tratamiento, recibiendo antibioterapia en el 97% de los casos, cuando las últimas guías permiten un manejo conservador inicial. Hay que recordar las limitaciones en cuanto al diagnóstico certero de la enfermedad, aun con PCR que no diferencia del estado de portador

- [Effectiveness and Safety of COVID-19 mRNA Vaccines in Children 6–17 Years Old: A Population-based Study in Madrid](#). The Pediatric Infectious Disease Journal 45(4):p e121-e124, April 2026.

INTRODUCCIÓN

La relación beneficio-riesgo de la vacunación contra la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) en niños sigue sin estar clara. Evaluamos los efectos de las vacunas de ARNm sobre la hospitalización por COVID-19, la pericarditis/miocarditis y el síndrome MISC-C en niños de 6 a 17 años.

MÉTODOS

Se vinculó el Registro del Sistema Sanitario de Madrid con tres bases de datos del Servicio de Salud de Madrid (atención primaria, ingresos hospitalarios y farmacia) para identificar a los niños de 6 a 17 años que cumplían los criterios de inclusión. Emparejamos a los niños que recibieron una vacuna de ARNm con cinco controles y comparamos los riesgos a 240 días para los vacunados y los controles, utilizando el método de bootstrapping para obtener intervalos de confianza del 95 %. La eficacia se definió como 1 menos la razón de riesgos. Todos los análisis se realizaron por grupos de edad (6-11 y 12-17 años).

RESULTADOS

En 183 273 niños vacunados y 916 365 niños del grupo de control, de entre 6 y 11 años, la diferencia de riesgo estimada (IC del 95 %) de hospitalización por COVID-19 fue de $-1,2$ por cada 100 000 ($-6,6$ a $4,0$) en los niños vacunados frente a los del grupo de control; la eficacia fue del 9,0 % (-36 a 49). La diferencia de riesgo de síndrome inflamatorio multisistémico en niños fue de $-1,4$ por cada 100 000 ($-4,7$ a $2,3$); la eficacia fue del 27,0 % (-54 a 76). No se produjeron casos de miocarditis ni de pericarditis. En 277 561 personas vacunadas y 1 387 805 del grupo de control de entre 12 y 17 años, la diferencia de riesgo estimada de hospitalización por COVID-19 fue de $-5,3$ por cada 100 000 ($-9,0$ a $-2,0$); la eficacia fue del 45 % ($18-72$). La diferencia de riesgo de síndrome inflamatorio multisistémico en niños fue de $-1,3$ por cada 100 000 ($-3,0$ a $0,8$), con una eficacia del 42 % (-31 a 83). La razón de riesgo de pericarditis/miocarditis en los vacunados frente a los controles fue de 1,09 (0,60–1,70).

CONCLUSIONES

Los riesgos y beneficios de las vacunas contra la COVID-19 fueron pequeños en la población general de niños de 6 a 17 años de edad

COMENTARIO

Estudio realizado en España en el cual los datos obtenidos evidencian que las vacunas de ARNm frente a Sars-CoV2 en población pediátrica mayor de 6 años, pese a ser segura, posee unos resultados limitados en cuanto a eficacia (incluyen variables como la hospitalización por

Covid y el desarrollo de Síndrome Inflamatorio Multisistémico, así como la miocarditis y pericarditis como efectos adversos vacunales). Por tanto, los autores abogan por unas indicaciones de vacunación individualizadas frente a la vacunación universal frente a Sars-Cov-2.

- [Impacto de la inmunización con nirsevimab en los ingresos de un hospital de tercer nivel](#). Enferm Infecc Microbiol Clin. 2026;44:503138 2026;44:503138

La eficacia de nirsevimab para la prevención de la infección por virus respiratorio sincitial (VRS) ha mostrado buenos resultados en vida real. El objetivo es investigar el impacto en los ingresos por VRS y bronquiolitis por otros virus en un hospital de tercer nivel de una estrategia de inmunización con nirsevimab.

Pacientes y métodos

Estudio de cohortes comparando la incidencia acumulada de ingresos por infección por VRS y otros virus respiratorios en un hospital de tercer nivel en dos temporadas epidémicas consecutivas. La población de la segunda temporada se sometió a una intervención poblacional consistente en la administración de nirsevimab a recién nacidos y menores de seis meses de edad (grupo intervención) que no ocurrió en la primera temporada (grupo control). Se calculan medidas de frecuencia y asociación.

Resultados

La cobertura de inmunización fue 93,8% en maternidades y 89,2% en atención primaria. En la temporada de intervención ingresaron por infección por VRS 40 menores de seis meses frente a 147 en la temporada control, con un porcentaje de ingresos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de 0,05% y 0,6%, respectivamente. La reducción del riesgo relativo (RRR) fue del 70,7% (intervalo de confianza (IC) del 95%: 57,2 a 80) en lactantes de uno a seis meses, 80,6% (IC 95%: 53,7 a 91,9) en recién nacidos y 90,9% (IC 95%: 29,8 a 98,8) en UCI. Ningún recién nacido de enero a marzo de ambas temporadas ingresó con infección por VRS. El riesgo relativo (RR) para bronquiolitis por rinovirus y metapneumovirus en la temporada de intervención fue de 1,52 (IC 95%:1,17 a 1,98) y 1,66 (IC 95%: 1,35 a 2,04), respectivamente.

Conclusión

La reducción de ingresos por VRS en un hospital de tercer nivel, tras inmunización con nirsevimab en vida real es importante, más significativa en unidades neonatales y de UCI. La inmunización en maternidades de enero a marzo no tuvo impacto. El aumento del RR de hospitalización por bronquiolitis por rinovirus y metapneumovirus precisa de posteriores estudios para inferir causalidad.

- [Epidemiology of Herpes Simplex Virus in Infants Aged 0–42 Days: 2008–2024](#) Pediatrics. 2026 Mar 3:e2025073629.

Objetivo

Analizar las tendencias epidemiológicas, los subtipos y los resultados clínicos del virus herpes simple (VHS) en lactantes de 0 a 42 días de vida durante un periodo de 16 años (2008-2024).

Metodología

Se realizó un estudio retrospectivo en el sistema de salud Kaiser Permanente del Norte de California, abarcando una cohorte de 632,979 lactantes. Se identificaron casos confirmados mediante pruebas microbiológicas (PCR o cultivos).

Resultados

Se identificaron 62 casos de enfermedad por VHS, con una incidencia acumulada de 9.8 por cada 100,000 nacimientos. La incidencia acumulada de enfermedad cutánea, ocular y/o bucal (SEM), diseminada (DIS) y del sistema nervioso central (SNC) fue de 5,4 (IC del 95 %: 3,7-7,5), 2,8 (IC del 95 %: 1,7-4,5) y 1,6 (IC del 95 %: 0,8-2,9) por 100 000 nacimientos, respectivamente. El VHS-1 fue el predominante, causando el 61% de los casos. La distribución de los subtipos (VHS-1 vs. VHS-2) se mantuvo estable durante el estudio. El hallazgo más notable fue un aumento significativo en la enfermedad diseminada (DIS) después de la pandemia de COVID-19 (periodo 2021-2024), con un incremento de 4.5 casos por cada 100,000 nacimientos por año en ese intervalo.

Conclusiones

El estudio concluye que, aunque la incidencia de las formas SEM y de SNC se mantuvo estable, hubo un repunte preocupante de la enfermedad diseminada tras la pandemia. Los autores sugieren que esto podría deberse a cambios en las prácticas sexuales durante la pandemia y a una población de madres más vulnerable a lesiones genitales primarias por VHS-1.

- [Questioning the Sole Attribution of Pediatric Respiratory Tract Infection Rebound to “Immune Debt”](#). J Pediatr. 2026 Apr;291:114874.

Felicitemos a Lengart et al. por su perspicaz estudio sobre el repunte de las infecciones respiratorias pediátricas (IRP) tras la suspensión de las intervenciones no farmacológicas.¹ Su identificación de una relación dosis-respuesta entre la reducción de las IRP durante las intervenciones no farmacológicas y su posterior resurgimiento es una valiosa observación de salud pública; sin embargo, nos preocupa atribuir este fenómeno únicamente a la hipótesis de la "deuda inmunológica".

Una limitación clave reside en la definición de caso del estudio: se basa completamente en síndromes clínicos codificados según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a Revisión, sin confirmación etiológica. La “deuda inmunitaria” es inherentemente una afirmación mecanicista específica del patógeno, que se fundamenta en la evidencia de inmunidad reducida a microbios específicos, no solo en tendencias generales de ITR. ² Los rebrotes también pueden reflejar la reaparición asincrónica de patógenos ³ (p. ej., virus sincitial respiratorio e influenza) o la dinámica de variantes nuevas, ⁴ , ⁵ las cuales pueden alterar los patrones epidémicos independientemente de las brechas de inmunidad a nivel poblacional.

Hasta que se disponga de datos específicos sobre patógenos (por ejemplo, mediante reacción en cadena de la polimerasa multiplex), sería prematuro atribuir este fenómeno únicamente a la hipótesis de la «deuda inmunitaria». Recomendamos encarecidamente a los autores que aprovechen su sólida red multicéntrica, con su amplia cobertura geográfica y demográfica, en futuros trabajos que integren la vigilancia prospectiva de patógenos o estudios seroepidemiológicos. Este enfoque sería fundamental para esclarecer los vínculos entre patógenos específicos y marcadores inmunitarios poblacionales, así como para poner a prueba rigurosamente la hipótesis de la «deuda inmunitaria».

Este estudio de Lenglar et al. establece una valiosa asociación fenomenológica y sienta las bases para futuras investigaciones. Desentrañar cómo interactúan las dinámicas multipatógenas con los mecanismos inmunitarios será fundamental para orientar estrategias de salud pública basadas en la evidencia.

- [Reply](#)

Agradecemos a Zhou y Li sus valiosos comentarios sobre nuestro artículo publicado recientemente en *The Journal of Pediatrics*. [1](#) Nuestro estudio investigó el concepto de deuda inmunológica desde un punto de vista epidemiológico al examinar la asociación entre la magnitud de la reducción de las infecciones del tracto respiratorio (ITR) en niños durante el período de intervenciones no farmacológicas implementadas para el control de la COVID-19 y su posterior repunte una vez que se levantaron estas medidas.

En su carta, Zhou y Li proponen que factores adicionales, como la aparición de nuevas variantes virales o la reaparición asincrónica de patógenos, podrían haber contribuido a nuestros hallazgos. Para analizar estas posibles contribuciones, nos gustaría destacar que no se identificaron nuevas variantes de virus respiratorios ni patógenos inesperados asociados con infecciones respiratorias pediátricas en toda Europa durante el período de estudio. [2](#) Incluso si hubiera surgido un nuevo virus o variante, sería improbable observar una correlación tan consistente entre la magnitud de la disminución de casos de infecciones respiratorias durante el período de intervención no farmacológica y su posterior aumento, especialmente en todas las categorías de infecciones respiratorias, desde amigdalitis hasta neumonía.

Además, los conjuntos de datos clínicos son de gran relevancia en la investigación de urgencias pediátricas, [donde](#) la mayoría de los niños no se someten a pruebas sistemáticas para detectar patógenos específicos. Creemos que el uso de fenotipos clínicos proporciona una perspectiva sólida y complementaria a los datos específicos de patógenos, ya que la mayoría de las enfermedades leves, aunque a menudo no se analizan, representan una carga considerable para los sistemas de salud. En conjunto, sostenemos que es fundamental examinar tanto a las poblaciones analizadas como a las no analizadas para comprender la carga global sobre los recursos sanitarios. Estos enfoques complementarios deben utilizarse conjuntamente para lograr una comprensión integral de la dinámica de las infecciones respiratorias.

En conclusión, las observaciones de Zhou y Li proporcionan valiosas directrices para futuros estudios que exploren la relación entre la dinámica específica de los patógenos y el resurgimiento de las infecciones respiratorias.

- [Reply](#) .

Agradecemos al Dr. Wang y colaboradores sus valiosos comentarios sobre nuestro estudio de mastoiditis aguda pediátrica (MA) .[1](#) Compartimos su interés en identificar los factores que impulsan el reciente aumento de la MA y creemos que este fenómeno podría interpretarse desde la perspectiva de la tríada epidemiológica, es decir, la interacción entre el huésped, el patógeno y el medio ambiente que, en conjunto, configuran la dinámica de las enfermedades [infecciosas](#).[2](#)

En cuanto a los factores del huésped, durante la pandemia de COVID-19, la menor exposición a patógenos respiratorios comunes pudo haber modificado la inmunidad mucosa y sistémica, así como la colonización nasofaríngea en niños. Al suspenderse las intervenciones no farmacológicas, una cohorte de niños con estimulación inmunitaria previa limitada

experimentó un resurgimiento repentino de virus respiratorios, lo que conllevó una mayor susceptibilidad a complicaciones bacterianas como la mastoiditis aguda (MA). En este contexto, las recientes innovaciones preventivas también son relevantes. En Francia, la vacunación universal con nirsevimab para neonatos y lactantes comenzó en septiembre de 2023. Además de su eficacia en la prevención de la infección grave por el virus sincitial respiratorio (VSR) ³, [se ha demostrado que el nirsevimab también reduce la incidencia de otitis media aguda, el primer paso hacia la mastoiditis](#)⁴. Este avance podría, con el tiempo, influir en la epidemiología de la MA y, por lo tanto, merece una estrecha vigilancia.

En cuanto a los factores relacionados con los patógenos, coincidimos en que la evolución de la microbiología de la AM, incluyendo la creciente detección de *Streptococcus pyogenes* y *Fusobacterium necrophorum*, puede reflejar cambios ecológicos tras la introducción de las vacunas conjugadas neumocócicas y cambios en las interacciones virales-bacterianas. Además, coincidimos en que se justifican análisis adicionales, incluyendo la serotipificación neumocócica y la detección molecular sistemática de anaerobios, para explorar estas hipótesis más a fondo. La interacción entre los virus respiratorios, la virulencia bacteriana y los patrones de resistencia a los antibióticos sigue siendo un área crítica para la investigación en curso. Si el aumento observado en las infecciones por *S. pyogenes* será sostenido o si se trata más bien de un fenómeno transitorio sigue siendo especulativo. En cualquier caso, también se deben investigar más a fondo las cepas de *S. pyogenes* para evaluar la distribución de sus tipos *emm* y factores de virulencia, y la posible aparición de cepas invasivas como M1 UK. ⁵ Dado que *S.* Actualmente se están desarrollando vacunas contra *S. pyogenes* ⁶, por lo que es crucial monitorear la distribución de referencia de los tipos *emm* e investigar los posibles cambios posteriores a la implementación de la vacuna.

En cuanto a los factores ambientales, el resurgimiento abrupto de virus respiratorios (en particular la gripe y el VRS) tras las restricciones impuestas por la pandemia, junto con los cambios en la búsqueda de atención médica, las prácticas diagnósticas y el uso de antibióticos, probablemente contribuyeron al repunte epidemiológico observado en la malaria aguda. Apoyamos la inclusión de diagnósticos virales multiplex en las redes de vigilancia de la **malaria mastoiditis** aguda, lo que ayudaría a esclarecer las vías causales y las asociaciones temporales.

Finalmente, en cuanto al manejo, actualmente no existe un estándar de atención claro para la mastoidectomía pediátrica, y reconocemos la observación de los autores sobre la variabilidad en los enfoques quirúrgicos.⁷ Nuestra tasa relativamente alta de mastoidectomías puede reflejar, al menos en parte, el papel de nuestro centro como centro [de](#) referencia terciaria y el predominio de casos complicados. Coincidimos en que la evaluación comparativa multicéntrica e internacional y la armonización de los criterios de manejo fortalecerían la toma de decisiones clínicas y el uso de recursos.

Para identificar los factores desencadenantes de infecciones graves de oído, nariz y garganta, como mastoiditis aguda, se requiere un sistema de vigilancia multicéntrico, prospectivo y multifacético que combine datos multimodales a nivel individual y poblacional. Dichos sistemas deben integrar información clínica y quirúrgica detallada, tendencias epidemiológicas, hallazgos microbiológicos (incluidas pruebas moleculares para bacterias y virus respiratorios, y tipificación de cepas aisladas), estado de vacunación (en particular contra el neumococo, la gripe y el virus sincitial respiratorio) y perfiles inmunológicos. Este enfoque integral permitiría una comprensión más amplia de la convergencia de factores que influyen en la dinámica de la enfermedad. Este marco más amplio, junto con herramientas preventivas emergentes como el

nirsevimab y las vacunas *contra Streptococcus pyogenes*, puede ayudar a anticipar tendencias futuras y orientar estrategias eficaces de prevención y manejo.

- [Epidemiología, diagnóstico y tratamiento de las infecciones por virus Mayaro y Oropouche: implicaciones para la práctica clínica y la salud pública](#). *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2026;44: 503055

Los virus Mayaro (MAYV) y Oropouche (OROV) ocasionan infecciones emergentes en Latinoamérica. Representan una amenaza creciente para la salud pública en esta y otras regiones debido a su expansión geográfica, aumento de casos y detección de complicaciones y casos fatales. Esta revisión, desarrollada por especialistas de Latinoamérica y España, aborda la epidemiología, fisiopatología, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento de ambas infecciones, con el objetivo de ofrecer información valiosa para el diagnóstico y manejo de estas infecciones, basándose en evidencia científica actualizada. Se enfatiza la dificultad diagnóstica por su solapamiento clínico con otras arbovirosis/arboviriasis, la falta de herramientas diagnósticas comerciales y la necesidad urgente de vigilancia epidemiológica activa. Se destaca el riesgo de brotes no detectados y la importancia de incluir estos virus en los algoritmos clínicos, especialmente en residentes y viajeros en zonas endémicas y, específicamente para OROV, embarazadas con sospecha de arbovirosis.

- [Safety and immunogenicity of a live-attenuated Chikungunya virus vaccine in adolescents: final results from a 12-month, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial in endemic areas of Brazil](#). *Lancet Infect Dis*. Volume 26, Issue 4; p417-428. April 2026.

INTRODUCCIÓN

Desde 2014 se han producido brotes recurrentes de Chikungunya en Brasil. A partir de datos previos sobre los 28 días posteriores a la vacunación, se presentan ahora los resultados de seguridad e inmunogenicidad a los 12 meses de la vacuna VLA1553 en adolescentes brasileños.

MÉTODOS

En este ensayo de fase III, doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo, se reclutó a adolescentes de entre 12 y 17 años, en general sanos, en diez centros de todo Brasil. Se excluyó a las personas con artritis o artralgia crónica o de origen inmunitario, a aquellas con inmunodeficiencia o que hubieran recibido recientemente vacunas vivas. La asignación aleatoria mediante aleatorización por bloques simples en una proporción de 2:1 se estratificó según el estado serológico basal de IgG e IgM mediante ELISA para recibir una dosis intramuscular única de VLA1553 o placebo. Evaluado en la población por protocolo 28 días después de la vacunación, el criterio de valoración principal fue la proporción de participantes seronegativos al inicio del estudio con niveles de anticuerpos neutralizantes contra el virus del Chikungunya, evaluados mediante una dilución sérica que lograra una reducción del 50 % de las placas en una prueba de neutralización por reducción de microplacas con un título de 150 o más, un sustituto aceptado de la protección. La seguridad se evaluó en todos los participantes vacunados y se abordó mediante varios criterios de valoración secundarios del ensayo; la inmunogenicidad constituyó un subconjunto preespecificado para el análisis.

RESULTADOS

Entre el 14 de febrero de 2022 y el 16 de febrero de 2024, se vacunó a 754 participantes (502 [67 %] con VLA1553 y 252 [33 %] con placebo), con una población por protocolo de 351

participantes para los análisis de inmunogenicidad (303 en el grupo de VLA1553 y 48 en el grupo de placebo). 406 (54 %) de todos los participantes eran mujeres y 348 (46 %) eran hombres; la mediana de edad fue de 15,0 años, y la mayoría de los participantes eran de raza blanca (245 [33 %]), seguidos de 214 (28 %) de otras razas y 192 (26 %) multirraciales. En los participantes seronegativos al inicio del estudio, VLA1553 indujo niveles de anticuerpos neutralizantes del virus del Chikungunya con efecto seroprotector en 248 de 251 participantes (98,8 % [IC del 95 %: 96,5–99,8]) 28 días después de la vacunación, lo que se mantuvo en 232 de 236 participantes (98,3 % [95,7–99,5]) a los 12 meses de la vacunación. El VLA1553 fue en general bien tolerado, y la gran mayoría (2082 [97 %] de 2155) de los acontecimientos adversos fueron de intensidad leve o moderada. En comparación con el placebo, los participantes expuestos a VLA1553 presentaron una frecuencia significativamente mayor de eventos adversos relacionados (352 [70 %] de 502 frente a 122 [48 %] de 252; $p < 0,0001$), principalmente dolor de cabeza, dolor en el lugar de la inyección, mialgia, fiebre y fatiga. Un evento adverso grave de fiebre alta se clasificó como posiblemente relacionado con el VLA1553. De los 81 eventos adversos de especial interés (es decir, síntomas que sugieren una enfermedad similar al Chikungunya), 16 se clasificaron como relacionados con la vacunación del ensayo (15 en el grupo del VLA1553 y uno en el grupo del placebo), en su mayoría, se trataron de acontecimientos de aparición temprana, que solían comenzar durante la primera semana tras la vacunación. Los acontecimientos adversos de aparición tardía de especial interés no mostraron diferencias clínicamente relevantes entre los grupos de tratamiento. Nueve adolescentes presentaron episodios recurrentes de artralgia de corta duración y, por lo general, leves (siete con VLA1553 y dos con placebo), con una duración media de 1 día (rango acumulativo de 1 a 7 días). Otro participante con antecedentes de infección por el virus del Chikungunya experimentó artralgia recurrente seguida de poliartralgia de larga duración en varias articulaciones a partir de los 148 días tras la vacunación, lo que se clasificó como no relacionado con el VLA1553. Ninguno de los episodios recurrentes de artralgia requirió atención médica.

INTERPRETACIÓN

En general, VLA1553 resultó seguro e indujo títulos seroprotectores durante un periodo de hasta 12 meses en casi todos los adolescentes, con datos de seguridad favorables en aquellos que eran seropositivos. Los datos respaldan el uso de VLA1553 para la prevención de la enfermedad causada por el virus del Chikungunya entre los adolescentes y en las regiones endémicas.

COMENTARIO

La vacuna frente al virus Chikungunya viva atenuada VLA 1553 (IXCHIQ) está aprobada para la prevención de dicha enfermedad en diversas regiones. Actualmente la EMA y la Asociación de Salud Canadiense la han aprobado para mayores de 12 años. En el grupo de adolescentes mayores de 12 años, datos como los del estudio apoyan su seguridad y eficacia, también en pacientes seropositivos. No obstante, no se dispone de unas recomendaciones específicas por parte de la OMS, siendo dificultado por las características epidemiológicas específicas del microorganismo dado lo impredecible de la evolución epidémica. Existe aún incertidumbre con respecto a la protección a largo plazo y el desarrollo de efectos adversos articulares. En el estudio un paciente presentó poliartralgias prolongadas, aunque no está clara su relación con la vacuna o con una infección previa por el mismo virus

- [Lessons derived from a 3-year congenital cytomegalovirus screening programme in Israel: a prospective population-based cohort study](#). Lancet Infect Dis. Volume 26, Issue 4; p417-428. April 2026.

INTRODUCCIÓN

El citomegalovirus congénito (CMVc) es una de las principales causas de trastornos neurológicos y auditivos en la infancia; sin embargo, en la actualidad no existe una estrategia de salud pública uniforme para el cribado del CMVc. Se analizaron los resultados clave de un programa de cribado universal del CMVc de tres años de duración utilizando nuestro nuevo sistema de análisis de muestras de saliva agrupadas. Los objetivos del estudio fueron: evaluar el rendimiento y la viabilidad de las pruebas de saliva agrupada a lo largo del tiempo; determinar la carga real del CMVc y la proporción de lactantes con CMVc que no se detectaron mediante el cribado específico ampliado; y definir la atribución del CMVc y las secuelas relacionadas con el CMVc a la infección materna primaria o no primaria.

MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio prospectivo en dos hospitales de Jerusalén, Israel (del 1 de abril de 2022 al 31 de marzo de 2025). Todos los recién nacidos cuyos padres dieron su consentimiento informado por escrito fueron sometidos a cribado de CMVc mediante pruebas de PCR en tiempo real (PCRtr) de saliva agrupada, como parte de una política de cribado neonatal rutinario. A los lactantes con pruebas de saliva positivas se les realizaron pruebas de rtPCR de orina de confirmación. Se calcularon la eficiencia de la agrupación (número de muestras analizadas por cada PCRtr) y la pérdida de sensibilidad (umbral de ciclo [Ct] de la muestra agrupada frente al Ct de la muestra positiva individual). Se comparó la detección mediante cribado universal con la estrategia de cribado selectivo ampliado, centrada en los lactantes con resultado anómalo en el cribado auditivo, sospecha clínica de CMVc o antecedentes de infección materna. Los lactantes con CMVc fueron evaluados al nacer y al año de edad. El tipo de infección materna por CMV se definió mediante serología prenatal.

RESULTADOS

En total, se sometió a 48 556 lactantes (el 94,7 % de todos los recién nacidos vivos) a pruebas de detección del CMVc mediante el método de análisis agrupado. Se identificó CMVc en 176 recién nacidos, con una prevalencia al nacer de 3,6 por cada 1000 (IC del 95 %: 3,1–4,2). La eficiencia de la agrupación fue de 5,82 (IC del 95 %: 5,69–5,95), con una pérdida de sensibilidad de 3,7 Ct. De los 176 lactantes con cCMV identificados mediante el cribado universal, 100 (57 %) no habrían sido detectados mediante el cribado selectivo ampliado. De estos, ocho (8 %) se clasificaron como moderadamente a gravemente sintomáticos y tres (3 %) como asintomáticos con pérdida auditiva neurosensorial, y 11 (11 %) recibieron valganciclovir. 84 (53 %) de los 158 casos de CMVc con tipo de infección materna disponible nacieron de madres con infección no primaria y 74 (47 %) de madres con infección primaria; estos lactantes presentaron tasas similares de síntomas de moderados a graves, pérdida auditiva neurosensorial y secuelas auditivas o del desarrollo al año de edad.

INTERPRETACIÓN

El estudio demostró los beneficios y la viabilidad de las pruebas de saliva agrupada, que constituyen un método sensible para el cribado del CMVc y podrían permitir la implementación del cribado universal del CMVc en diversos entornos; sin embargo, se necesitan más análisis de

coste-beneficio. Más allá de las implicaciones clínicas del cribado universal del CMVc, como la posibilidad de un diagnóstico y tratamiento tempranos, los datos derivados del cribado universal podrían servir para fundamentar las directrices de salud pública.

COMENTARIO

Concretar que dicho estudio se realizó en base a evaluar los resultados de un programa de cribado universal del CMV congénito en los recién nacidos, obteniéndose resultados procedentes de dos únicos centros. No obstante, dicho programa permitió el diagnóstico de la mitad de los casos de CMV congénito, dentro de los cuales hasta un 5% presentó sordera al año de vida lo cual consideran un porcentaje no desdeñable, reafirmando los beneficios de la implantación del cribado. Sin embargo, aún se requeriría de un análisis coste-beneficio.

- [Validating the PECARN rule to identify febrile infants at low risk of serious bacterial infections: an international validation study](#) . *Archives of Disease in Childhood* 2026;**111**:299-305 (10 September, 2025)

Objetivo: Validar externamente la regla de la Red de Investigación Aplicada en Atención de Emergencias Pediátricas (PECARN) para identificar lactantes febriles menores de 60 días con bajo riesgo de infecciones bacterianas graves (IBG) y evaluar la utilidad de la regla con proteína C reactiva (PCR) en lugar de procalcitonina (PCT).

Métodos Análisis secundario de datos del estudio MOFICHE (Manejo y resultados de la fiebre en niños en Europa) (12 servicios de urgencias pediátricas en ocho países europeos, de enero de 2017 a abril de 2018) y un estudio sueco (cuatro servicios de urgencias pediátricas, de enero de 2014 a diciembre de 2020). Se incluyeron lactantes febriles previamente sanos de ≤60 días de edad. Validamos la regla PECARN original en una subcohorte sueca (2018-2020) y exploramos una versión adaptada que utiliza PCR en las cohortes completas de Suecia y MOFICHE.

Resultados La subcohorte sueca (2018-2020) incluyó 536 lactantes febriles con una prevalencia de SBI del 11%. La regla PECARN original mostró una sensibilidad del 96,6% (IC del 95%: 88,1 a 99,6), una especificidad del 61,9% (IC del 95%: 57,4 a 66,3), un valor predictivo negativo (VPN) del 99,3% (IC del 95%: 97,4 a 99,8) y un valor predictivo positivo (VPP) del 23,5% (IC del 95%: 21,4 a 25,8). La cohorte sueca completa (2014-2020) incluyó 2237 lactantes y la cohorte MOFICHE de 512 lactantes con una prevalencia de SBI del 12% y del 10%, respectivamente. Utilizando PCR <20 mg/L en lugar de PCT, la regla PECARN adaptada mostró una sensibilidad del 97,8% y un VPN del 99,4% en la cohorte sueca, y una sensibilidad del 92,2% con un VPN del 98,3% en la cohorte MOFICHE.

Conclusiones: La regla PECARN demostró un alto valor predictivo negativo (similar al de la cohorte de derivación) y un alto potencial para descartar infecciones bacterianas graves en dos nuevas cohortes europeas. La regla mantuvo un buen rendimiento con PCR en lugar de PCT, lo que respalda el uso potencial de PCR en entornos donde la PCT no está disponible.

- [Implementación de un programa piloto de cribado de la enfermedad de Chagas en población pediátrica de la provincia de Guadalajara \(España\)](#) . *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2026;**28**:19-30.

Resumen

La enfermedad de Chagas (ECH), endémica en 21 países latinoamericanos, se ha extendido globalmente debido a los movimientos migratorios. España es el país europeo con mayor número de casos, siendo la transmisión vertical el principal mecanismo. En 2024, el Ministerio

de Sanidad elaboró un protocolo de cribado prenatal de ECH, pero en población pediátrica no existe un protocolo unificado. El diagnóstico y tratamiento precoz en la infancia permitirían reducir la morbimortalidad y prevenir nuevos casos de transmisión vertical.

Objetivo: evaluar la implementación y los resultados de un programa piloto de cribado de ECH en población pediátrica de la provincia de Guadalajara.

Material y métodos: estudio prospectivo (octubre 2022-diciembre 2024) realizado en centros de salud de la provincia de Guadalajara. Se realizó un cuestionario para analizar las características epidemiológicas y el conocimiento de la enfermedad, y se ofreció el cribado serológico (ELISA/CLIA) a niños procedentes de países endémicos. Se estudiaron el nivel de conocimiento, la cobertura, la adherencia y las barreras percibidas.

Resultados: participaron 588 niños (47% de la población diana), de los cuales 325 (55,3%) completaron la serología. No se detectaron casos positivos. La visualización del vector se asoció significativamente con el conocimiento de la enfermedad, pero ninguna variable se relacionó con la adherencia al cribado.

Conclusiones: el cribado pediátrico de ECH es factible y permite el diagnóstico precoz. Identificar y abordar las barreras que limitan la participación es esencial para mejorar la adherencia y optimizar la detección y el tratamiento en la población infantil en riesgo.

- [Cystic fibrosis over the last century](#) *Archives of Disease in Childhood* 2026;**111**:309-314.

Durante los 100 años de existencia de *Archives of Disease in Childhood* (ADC), la fibrosis quística (FQ) se ha transformado, pasando de ser una afección no reconocida a una enfermedad con muerte inevitable en la infancia. La situación actual, gracias a las terapias moduladoras del regulador de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR), que son altamente efectivas, ha transformado la vida de las personas con FQ, y las muertes infantiles son ahora poco frecuentes en los países de altos ingresos.

Este artículo es una reflexión personal y se centra particularmente en el impacto de los avances en el Reino Unido. Abordará la historia de la fibrosis quística (FQ) dividida en las décadas de la ADC, que ha publicado casi 500 artículos sobre FQ.

- [Eravacycline: From broad-spectrum coverage to novel clinical applications.](#) *Rev Esp Quimioter.* 2026; 39(2):89-103. Available from: <http://www.doi.org/10.37201/req/141.2025>

Eravaciclina es un nuevo antibiótico fluorociclínico totalmente sintético con amplio espectro frente a bacterias grampositivas, gramnegativas, aerobias y anaerobias, incluidas cepas multirresistentes. Mantiene su eficacia a pesar de los mecanismos más frecuentes de resistencia a tetraciclinas, como las bombas de expulsión y las proteínas de protección ribosómica. Su perfil farmacocinético se caracteriza por una amplia penetración en tejidos, especialmente en el líquido del revestimiento epitelial y los macrófagos alveolares. Eravaciclina es especialmente activa frente a patógenos multirresistentes como las enterobacterias resistentes a carbapenémicos y *Acinetobacter baumannii*. También es eficaz frente

a *Achromobacter* spp., el complejo *Burkholderia cepacia*, *Stenotrophomonas maltophilia* y micobacterias de crecimiento rápido. Además, debido a la mínima alteración de la microbiota intestinal, puede ayudar a reducir el riesgo de infección por *Clostridioides difficile* y podría servir como opción terapéutica complementaria en casos graves o fulminantes. Los ensayos en fase III (IGNITE1 e IGNITE4) han demostrado la no inferioridad de eravaciclina comparada con carbapenémicos en las infecciones intraabdominales complicadas (IIAC), lo que respalda su aprobación para esta indicación. En general, se tolera bien, y los efectos adversos se limitan principalmente a trastornos gastrointestinales leves. Además de su indicación aprobada para las IIAC, eravaciclina muestra potencial terapéutico en múltiples contextos clínicos, como las infecciones polimicrobianas de la piel y tejidos blandos (fascitis necrotizante) o la enfermedad inflamatoria pélvica, las infecciones pulmonares y del tracto biliar, alergia a betalactámicos, infecciones en pacientes inmunodeprimidos, infección por *C. difficile* y la sepsis adquirida en la comunidad de origen desconocido. En resumen, la evidencia en la práctica clínica y su actividad antimicrobiana de amplio espectro respaldan a eravaciclina como una opción terapéutica prometedora con una utilidad potencial que va más allá de sus indicaciones actuales.

-

- [Delafloxacin: what does a new fluoroquinolone offer?](http://www.doi.org/10.37201/req/151.2026) Rev Esp Quimioter. 2026; 39(3):104-124. Available from: <http://www.doi.org/10.37201/req/151.2026> Ok. OK

Delafloxacino es una nueva fluoroquinolona aniónica con una estructura química diferente a otras fluoroquinolonas, lo que le confiere características fisicoquímicas distintivas, siendo activa tanto en ambientes ácidos como neutros. Además, presenta la singularidad de inhibir simultáneamente la ADN girasa y la topoisomerasa IV, lo que puede explicar la baja frecuencia de mutaciones espontáneas *in vitro*. Presenta una potente actividad *in vitro* frente a un amplio espectro de bacterias gramnegativas, incluidas algunas cepas resistentes a las fluoroquinolonas, y una mayor eficacia frente a grampositivas, incluyendo *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, aunque siempre es necesario determinar su actividad *in vitro* frente a aislados resistentes a otras fluoroquinolonas. Delafloxacino tiene una farmacocinética lineal, un amplio volumen de distribución y su farmacodinamia es concentración-dependiente, lo que permite el uso de dosis altas para obtener mayor eficacia en algunas infecciones difíciles de tratar. Delafloxacino está disponible para uso clínico por vía oral e intravenosa, y en base a ensayos clínicos en fase II y III, se ha aprobado para el tratamiento de infecciones bacterianas agudas de la piel y estructuras blandas y de la neumonía aguda bacteriana comunitaria. En general, delafloxacino se tolera bien y presenta escasas interacciones farmacológicas. Su actividad en medios ácidos y en biopelículas podría ser útil para el tratamiento de infecciones relacionadas con biopelículas, como las osteoarticulares y las asociadas a dispositivos médicos. Además, por su amplio espectro, también puede ser útil en infecciones polimicrobianas. Delafloxacino es una interesante incorporación para el tratamiento de infecciones habituales y difíciles de tratar.

- [Variation in Management of Children With Coccidioidomycosis](https://doi.org/10.1093/pediatrics/kzab001). Pediatrics. 2026 Mar 13:e2025073730.

Objetivos

La coccidioidomicosis no está tan bien descrita en niños como en adultos. El objetivo se basa en describir el diagnóstico, tratamiento y los resultados clínicos en una cohorte pediátrica dentro de una región endémica (el sur de California).

Metodología

Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de 209 pacientes (menores de 18 años) diagnosticados con coccidioidomicosis entre 2015 y 2021 en el sistema Kaiser Permanente Southern California (KPSC).

Resultados

Se identificaron 209 pacientes con coccidioidomicosis. La incidencia fue de 3.3 casos por cada 100,000 niños. Los síntomas más comunes fueron fiebre, tos y sarpullido (presentes en más del 59% de los casos). Solo 10 pacientes (4.8%) presentaron la forma diseminada de la enfermedad. De los 199 pacientes sin enfermedad diseminada, 57 fueron observados sin tratamiento antifúngico inicial; de ellos, solo uno (1.2%) terminó requiriendo medicación posteriormente. Los otros 142 pacientes recibieron antifúngicos, siendo la media de tratamiento 150 días. Después de suspender el tratamiento, solo 3 pacientes (2.1%) tuvieron recurrencia, respondiendo bien al tratamiento.

Conclusiones

El estudio revela una amplia variabilidad de esta enfermedad en niños. Sin embargo, los resultados muestran que la recurrencia después del tratamiento o el fracaso de la observación sin fármacos son eventos poco frecuentes