

2 DE AGOSTO  
2024  
REC 2.835

## ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de la encefalitis equina del Oeste

## AMÉRICA

- Situación epidemiológica de la fiebre amarilla
- Bolivia: Nuevo caso de rabia canina en Sucre
- Estados Unidos: Aumentan los casos de covid en California y se acerca a su máximo nivel en dos años

- Estados Unidos - Puerto Rico: Significativo aumento de las muertes por influenza al cierre de la temporada

## EL MUNDO

- Bélgica: Alertan ante la presencia de mapaches portadores de parásitos intestinales
- Chequia: Se dispara el número de casos de enfermedades transmitidas por garrapatas
- España: Aumentó en 2023 el número de casos de leishmaniosis
- Kenya/República Centroafricana: Las autoridades de salud luchan por contener nuevos brotes de mpox

- Piojos, sarna y sarpullidos plagan a los niños al propagarse enfermedades en Gaza

- Reino Unido: Los infartos y los accidentes cerebrovasculares disminuyeron tras la vacunación contra la covid

- Somalia: Un brote de difteria en Shabeellaha Dhexe causa dos muertes

- Vietnam: Registraron 56 muertes humanas por rabia en lo que va del año

- Situación global de *Klebsiella pneumoniae* hipervirulenta resistente a los antimicrobianos

## Comité Editorial

**Editor Honorario** ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

**Editor en Jefe**

ÍLIDE SELENE DE LISA

**Editores adjuntos**RUTH BRITO  
ENRIQUE FARÍAS**Editores Asociados**

ISSN 2796-7050

ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE  
SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER  
GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // LOLA VOZZA  
CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO  
DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS  
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES  
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS  
JORGE BENETUCCI // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI  
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // EDUARDO SAVIO  
SERGIO CIMERMAN

## Patrocinador

**sadi** Sociedad Argentina  
de Infectología  
WWW.SADI.ORG.AR

## Adherentes



Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

## Situación epidemiológica en animales

Desde la alerta emitida el 25 de noviembre de 2023 y hasta el 24 de julio de 2024, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) confirmó un total de 1.529 brotes de encefalitis equina del Oeste<sup>1</sup> en equinos en 17 provincias.

Provincia/Región	Positivo por laboratorio	Positivo por criterio C.E	Pendiente	Epizootia descartada	Negativo por laboratorio	Total positivos	Total general
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	—	—	—	—
Buenos Aires	14	829	—	2	6	843	851
Córdoba	2	177	—	2	4	179	185
Entre Ríos	4	75	—	—	2	79	81
Santa Fe	3	209	—	—	3	212	215
<b>Centro</b>	<b>23</b>	<b>1.290</b>	<b>—</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>1.313</b>	<b>1.332</b>
Mendoza	5	3	—	—	2	8	10
San Juan	—	—	—	1	1	—	2
San Luis	1	4	—	1	1	5	7
<b>Cuyo</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>—</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>19</b>
Chaco	1	24	—	2	—	25	27
Corrientes	3	54	—	—	5	57	62
Formosa	1	14	—	—	2	15	17
Misiones	—	—	—	—	2	—	2
<b>Noreste Argentino</b>	<b>5</b>	<b>92</b>	<b>—</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>97</b>	<b>108</b>
Catamarca	1	—	—	—	2	1	3
Jujuy	—	—	—	1	2	—	3
La Rioja	3	1	—	—	1	4	5
Salta	1	2	—	—	1	3	4
Santiago del Estero	1	8	—	1	1	9	11
Tucumán	—	—	—	3	4	—	7
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>—</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>17</b>	<b>33</b>
Chubut	1	8	—	—	—	9	9
La Pampa	3	39	—	—	2	42	44
Neuquén	1	1	—	1	1	2	4
Río Negro	2	34	—	—	—	36	36
Santa Cruz	—	—	—	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—	—
<b>Sur</b>	<b>7</b>	<b>82</b>	<b>—</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>89</b>	<b>93</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>47</b>	<b>1.482</b>	<b>—</b>	<b>14</b>	<b>42</b>	<b>1.529</b>	<b>1.585</b>

Casos de encefalitis equina del Oeste en equinos, según jurisdicción. Argentina. Datos al 24 de julio de 2024.  
Fuente: Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria.

El 24 de enero se estableció en todo el territorio argentino la vacunación obligatoria contra las encefalomielitis equinas del Este y del Oeste para todos los équidos que tengan al menos dos meses de vida, en el marco de la emergencia sanitaria por la enfermedad establecida mediante la Resolución 1219/2023.

<sup>1</sup> Un brote puede involucrar a uno o más animales afectados.

La detección de casos en equinos tuvo su pico en la semana epidemiológica (SE) 49 de 2023, llegando a los 482 casos y disminuyó a menos de 30 casos semanales a partir de la SE 52, sosteniéndose en descenso hasta la SE 6 de 2024, registrándose casos esporádicos desde entonces y hasta la SE 16, luego de la cual no se han registrado nuevos brotes.

### Situación epidemiológica en humanos

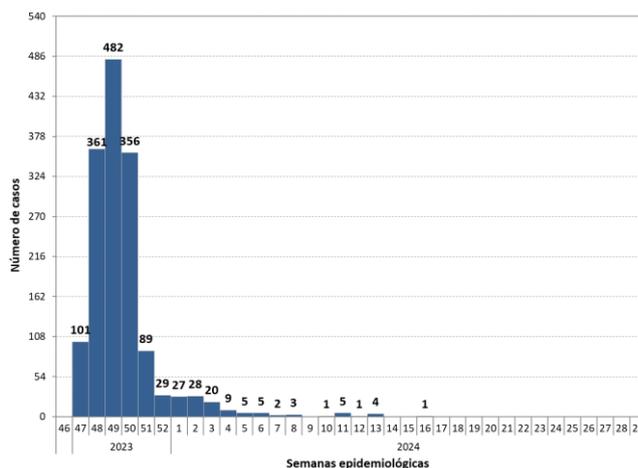
Desde el inicio de la vigilancia epidemiológica en la SE 48 de 2023, y hasta la SE 28 de 2024, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS<sup>2.0</sup>) 580 casos sospechosos en 21 provincias; se confirmaron 108 casos, 20 han sido clasificados como probables y 123 han sido descartados. Los últimos casos positivos corresponden a la SE 15.

Desde la puesta en marcha de la vigilancia en la SE 48 de 2023, se registraron casos sospechosos en todas las semanas epidemiológicas, excepto en la SE 28. Se identificaron dos casos confirmados de forma retrospectiva, correspondientes a las SE 46 y 47. En un periodo de 22 SE (desde la SE 46 de 2023 hasta la SE 15 de 2024), se registraron casos confirmados y/o probables en todas las SE, a excepción de las SE 11 y 14 de 2024. Desde la SE 15 de 2024 no se registraron nuevos casos confirmados o probables. El mayor número de casos positivos se registró entre la SE 51 de 2023 y la SE 5 de 2024. El último caso positivo registrado fue confirmado de forma retrospectiva y corresponde a la SE 2.

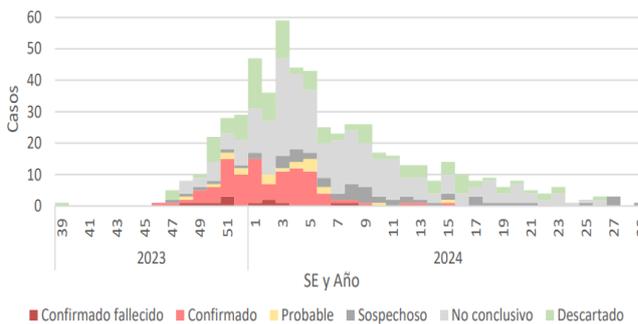
Los casos confirmados se identificaron en ocho jurisdicciones: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2 casos) y las provincias de Buenos Aires (64), Santa Fe (20), Córdoba (10), Entre Ríos (6), Río Negro (4), La Pampa (1) y Santiago del Estero (1).

Se identificaron casos confirmados en todos los grupos etarios, con una mediana de edad de 57,5 años (rango de 4 meses a 81 años); el 60% de los casos se acumula en los grupos etarios de 50 a 69 años. El 86% de los casos corresponde a personas de sexo masculino y 14% al sexo femenino.

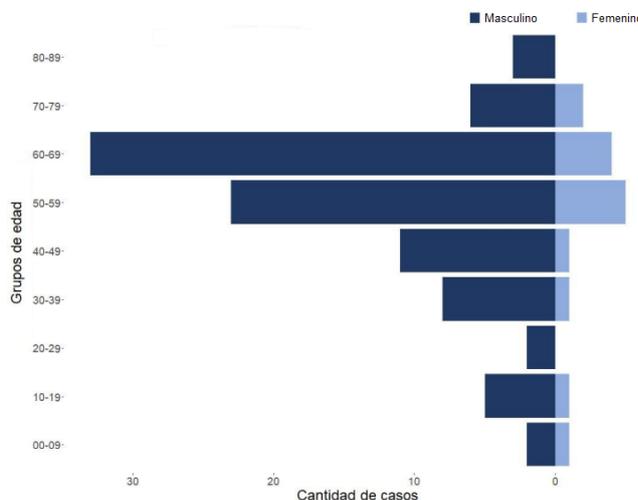
Entre los casos confirmados, se registran hasta la fecha 12 fallecidos, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1) y las provincias de Buenos Aires (6), Santa Fe (2), Córdoba (1), Entre Ríos (1) y Río Negro (1).



Casos positivos por laboratorio y clínica de encefalitis equina del Oeste en equinos. Argentina. De semana epidemiológica 46 de 2023 a 29 de 2024. Fuente: Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria.



Casos humanos de encefalitis equina del Oeste, según clasificación. Argentina. De semana epidemiológica 39 de 2023 a 29 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Casos humanos de encefalitis equina del Oeste, según sexo y grupos etarios. Argentina. De semana epidemiológica 46 de 2023 a 29 de 2024. Fuente: Área de Análisis de Información e Investigación, Ministerio de Salud de Argentina.

Ocho de los 12 fallecidos consignaron haber vivido, trabajado o visitado una zona rural o semi-rural; los cinco restantes se encuentran en investigación. Siete de los 12 fallecidos consignaron antecedentes de enfermedad previa o condición de riesgo (diabetes, enfermedad oncológica, hipertensión arterial, enfermedad respiratoria crónica, entre otras). Las muertes se registraron en personas de entre 30 y 74 años, 10 de sexo masculino y dos de sexo femenino.

Provincia/Región	Confirmado	Probable	Sospechoso	Sospechoso no conclusivo	Descartado	Total
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2	–	4	6	7	19
Buenos Aires	64	18	27	158	60	327
Córdoba	10	1	4	20	3	38
Entre Ríos	6	–	4	7	10	27
Santa Fe	20	1	10	65	18	114
<b>Centro</b>	<b>102</b>	<b>20</b>	<b>49</b>	<b>256</b>	<b>98</b>	<b>525</b>
Mendoza	–	–	–	2	6	8
San Juan	–	–	2	1	1	4
San Luis	–	–	2	2	1	5
<b>Cuyo</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>17</b>
Chaco	–	–	–	3	2	5
Corrientes	–	–	–	4	–	4
Formosa	–	–	–	–	1	1
Misiones	–	–	–	–	–	–
<b>Noreste Argentino</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>10</b>
Catamarca	–	–	–	1	–	1
Jujuy	–	–	1	1	1	3
La Rioja	–	–	–	1	–	1
Salta	–	–	–	–	1	1
Santiago del Estero	1	–	1	–	3	5
Tucumán	–	–	–	–	1	1
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>1</b>	<b>–</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>12</b>
Chubut	–	–	–	–	–	–
La Pampa	1	–	–	1	2	4
Neuquén	–	–	–	–	1	1
Río Negro	4	–	–	2	4	10
Santa Cruz	–	–	–	–	1	1
Tierra del Fuego	–	–	–	–	–	–
<b>Sur</b>	<b>5</b>	<b>–</b>	<b>–</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>16</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>108</b>	<b>20</b>	<b>55</b>	<b>274</b>	<b>123</b>	<b>580</b>

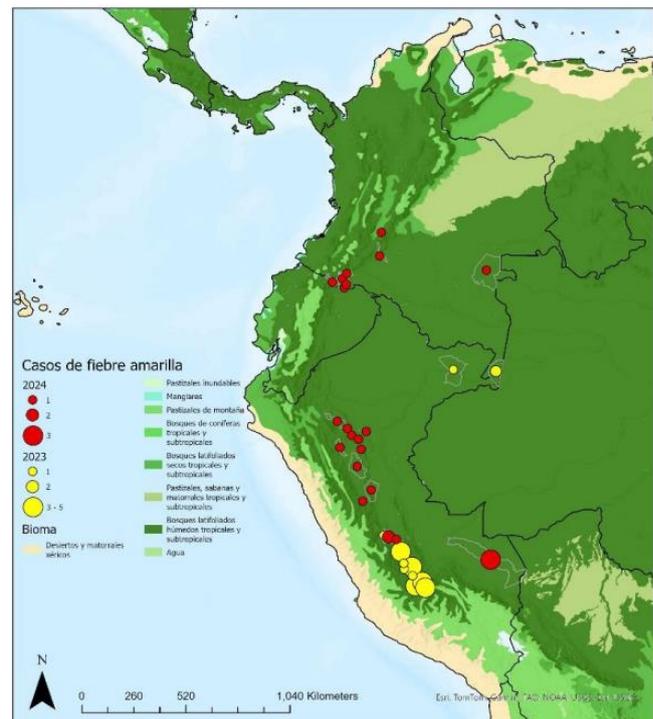
Casos de encefalitis equina del Oeste en humanos, según jurisdicción. Argentina. De semana epidemiológica 48 de 2023 a 29 de 2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

### Resumen de la situación

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 29 de 2024, en la Región de las Américas se han notificado 33 casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo 17 defunciones. Los casos se han registrado en cinco países de la Región: Bolivia (cuatro casos, incluyendo tres defunciones), Brasil (tres casos, incluyendo dos defunciones), Colombia (ocho casos, incluyendo cinco defunciones), Guyana (dos casos) y Perú (16 casos, incluyendo siete defunciones).

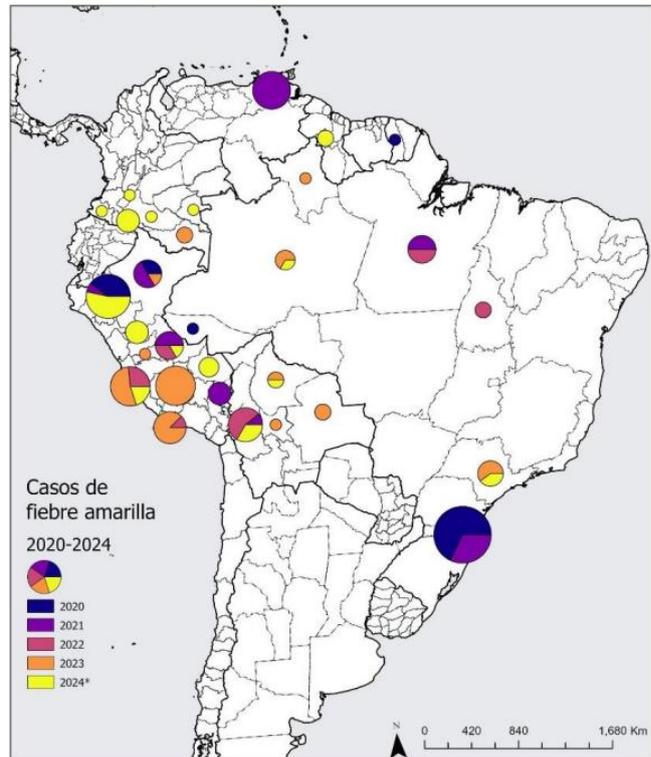
Los casos se registraron a lo largo de la zona amazónica de Perú, Ecuador y Colombia, siguiendo una trayectoria de sur a norte.

- **Bolivia:** En 2024, hasta la SE 29, se han confirmado cuatro casos de fiebre amarilla (tres por laboratorio y uno por clínica ynexo epidemiológico), incluyendo tres defunciones. Los casos corresponden a hombres, con edades entre los 15 y 64 años, que iniciaron síntomas entre el 20 de abril y el 8 de junio de 2024. Ninguno de los casos presento antecedente de vacunación contra fiebre amarilla y todos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales. Los casos tienen lugar probable de exposición en el departamento de La Paz en los municipios de Caranavi (dos casos fatales), Guanay (un caso) y el municipio de San Buenaventura (un caso fatal).
- **Brasil:** En 2024, hasta la SE 29, se han notificado tres casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo dos defunciones, en el estado de Amazonas (un caso fatal) y en el estado de São Paulo (dos casos, incluyendo una defunción). Un caso corresponde a un hombre de 63 años residente en Presidente Figueiredo, estado de Amazonas, sin antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla, que inició síntomas el 5 de febrero y falleció el 10 de febrero. El segundo caso es un hombre de 50 años, sin antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla, residente en la región entre Águas de Lindóia y Monte Sião, en la frontera entre São Paulo y Minas Gerais, que inició síntomas el 23 de marzo y falleció el 29 de marzo. El tercer



Distribución geográfica de los casos de fiebre amarilla en humanos en Colombia, Ecuador y Perú. Años 2023 y 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

caso corresponde a un hombre de 28 años, con antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla de 2017, en el municipio de Serra Negra, que inició síntomas el 1 de abril y se ha recuperado de la enfermedad. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales y fueron confirmados por laboratorio mediante la técnica de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). Durante el período de monitoreo (julio de 2023 a junio de 2024), hasta la SE 29, se informaron 1.669 eventos que involucraron la muerte de primates no humanos (monos). De este total, diez (0,6%) fueron confirmados para fiebre amarilla por criterios de laboratorio, seis en el estado de Rio Grande do Sul y cuatro en el estado de Minas Gerais.



Distribución geográfica de los casos de fiebre amarilla en humanos. Región de las Américas. De enero de 2020 a julio de 2024. Fuente: Organización Panamericana de la Salud.

- **Colombia:** En 2024, hasta la SE 29, se han notificado ocho casos confirmados de fiebre amarilla, incluyendo cinco defunciones, siete de los casos han sido captados en la vigilancia por laboratorio e histopatología para dengue, confirmados a través de análisis mediante RT-PCR. Se han registrado casos en cinco departamentos:
  - Caquetá: municipio de El Doncello, un caso.
  - Huila: municipio de Campoalegre, un caso fatal.
  - Nariño: municipio de Ipiales, un caso.
  - Putumayo: municipios de Orito (un caso fatal), San Miguel (un caso fatal), Valle del Guamuez (un caso fatal) y Villagarzón (un caso fatal).
  - Vaupés: municipio de Mitú, un caso.

Los casos corresponden a hombres de entre 18 y 66 años, que iniciaron síntomas entre el 3 de enero y 2 de julio del 2024; todos los casos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas. Un caso registró antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla.

- **Guyana:** En la SE 11 de 2024, se identificaron dos casos confirmados por laboratorio. El primer caso se identificó en Boa Vista, en el estado de Roraima, Brasil; se trata de un joven de 17 años, residente en la comunidad de Massara, a 100 km de Lethem, que limita con Bonfim, Roraima, sin antecedentes de vacunación. El caso trabaja en una zona rural de Siparuni (región forestal) extrayendo árboles y presentó inicio de síntomas el 29 de febrero. El 12 de marzo, la prueba RT-PCR confirmó la identificación del virus selvático de la fiebre amarilla por parte del Laboratorio Central de Salud Pública de Roraima. El segundo caso fue identificado durante el proceso de investigación y la realización de pruebas de detección tras la identificación del caso índice. Se trata de una mujer de 21 años, sin antecedentes de vacunación, residente en Siparuni, en el mismo campamento maderero de donde procede el primer caso. Inició síntomas el 13 de marzo, con un resultado positivo para fiebre amarilla mediante prueba de RT-PCR el 16 de marzo. Ambos casos se recuperaron y a la fecha no se han reportado nuevos casos.

- **Perú:** En 2024, hasta la SE 29, se han confirmado 16 casos de fiebre amarilla, incluyendo siete defunciones. Los casos fueron confirmados en cinco departamentos:
  - Huánuco: distrito de Mariano Damaso Beraún, un caso fatal.
  - Junín: distritos Pichanaqui (dos casos) y Satipo (un caso fatal).
  - Madre de Dios: distrito de Tambopata (tres casos).
  - San Martín: distritos de Alto Biavo (un caso fatal), El Porvenir (un caso fatal), Lamas (un caso fatal), Moyobamba (un caso fatal), Pachiza (un caso), Pinto Recodo (un caso), Shamboyacu (un caso) y Shapaja (un caso fatal).
  - Ucayali: distrito Padre Abad (un caso).

Los casos corresponden a 15 hombres de entre 18 y 83 años, y una mujer de 30 años, que iniciaron síntomas entre el 11 de enero y 12 de julio de 2024. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición a áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas y no registran antecedente de vacunación contra fiebre amarilla.

---

Puede consultar el documento completo haciendo clic [aquí](#).

Un nuevo caso de rabia canina se reportó el 30 de julio en Sucre, con lo que la cifra acumulada se eleva a 14 en lo que va del año. El 31 de julio, las autoridades de salud harán el control del foco de contagio en la zona identificada.

La responsable del Centro Municipal de Zoonosis, Martha Victoria Sandi Huaylla, informó que la mascota infectada pertenece al barrio Lindo, en la zona de Santa Bárbara Norte, Distrito 2 de la capital. Se trata de un canino hembra de aproximadamente cinco años de edad.

“Lamentablemente no contaba con la vacuna antirrábica de esta gestión. Una vez más nos vemos atacados por la irresponsabilidad de algunos propietarios que no cumplen con la vacunación antirrábica en su debido momento”, sostuvo la funcionaria.

Detalló que hay cuatro personas y dos animales que son contactos directos del animal con rabia, que cumplen el tratamiento profiláctico.

“El 31 de julio se realizó el control de foco, junto con el Servicio Departamental de Salud y el centro de salud de la zona, con la vacunación de mascotas”, agregó.

Si parece que muchas personas a su alrededor se están contagiando de covid, no está solo. Los datos federales muestran que los niveles de SARS-CoV-2 en las [aguas residuales](#) de California están aumentando a niveles jamás vistos en verano desde 2022, lo que indica una amplia propagación y cada vez mayor de la covid.

“Estamos viendo un aumento definitivo, muy definitivo”, dijo la Dra. Elizabeth Hudson, jefa regional de enfermedades infecciosas en Kaiser Permanente del Sur de California.

“El aumento es claramente evidente en los consultorios médicos y las clínicas donde la gente busca tratamiento ambulatorio”, dijo Hudson. Pero, afortunadamente, no hay muchas personas que tengan que ser hospitalizadas por covid en este momento.

“Las cifras de aguas residuales siguen aumentando, por lo que definitivamente estamos viendo cada vez más casos”, dijo Hudson.

Instó a las personas a realizarse la prueba de la covid si presentan síntomas respiratorios. “Si a esta altura tienes síntomas de tos y resfriado, viviendo en Los Ángeles, realmente deberías pensar que es covid hasta que se demuestre lo contrario”, dijo.

Este último aumento está siendo impulsado en gran parte por las variantes FLiRT, un conjunto de cepas hermanas altamente transmisibles que han superado en fuerza a [la cepa dominante del invierno pasado](#), JN.1.

En particular, una de las cepas FLiRT, conocida como KP.3.1.1, “realmente se ha propagado”, dijo Hudson. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos [estiman](#) que esa cepa representó 17,7% de las muestras de SARS-CoV-2 en todo el país durante el período de dos semanas que finalizó el 20 de julio, frente a 6,8% del período comparable anterior.

A ese ritmo de crecimiento, es probable que esa cepa se vuelva cada vez más dominante en las próximas semanas, dijo Hudson. “Por lo tanto, desafortunadamente, creo que vamos a ver muchos más casos”.

Los niveles de SARS-CoV-2 en las aguas residuales de California se consideran “muy altos” por tercera semana consecutiva, según informaron los CDC el 26 de julio. [Treinta y siete estados](#) y el Distrito de Columbia (donde viven casi tres de cada cuatro estadounidenses) tienen niveles de SARS-CoV-2 “altos” o “muy altos” en las aguas residuales.

Durante el período de siete días que finalizó el 20 de julio, los datos más recientes disponibles, los niveles de SARS-CoV-2 en las aguas residuales de California estuvieron en el 93% del pico del verano de 2022. Ya han superado el pico del verano pasado.



Y hay indicios de que la ola de covid de este verano podría tener cierta capacidad de perdurar. Los niveles de SARS-CoV-2 en las aguas residuales de California han sido “altos” o “muy altos” durante siete semanas consecutivas, sin señales de alcanzar su punto máximo. La ola del verano de 2022 se desarrolló durante 16 semanas durante las cuales los niveles virales fueron “altos” o “muy altos”, y la ola del verano pasado duró ocho semanas.

La proliferación de las variantes FLiRT puede prolongar el aumento de este verano, dicen los expertos, ya que muestran una habilidad particular para la evasión inmunológica.

“Parece que estamos generando cada vez más variantes con mucha más rapidez, y eso es probablemente lo que se espera”, dijo Hudson. “Este virus es todavía bastante nuevo para los humanos, y el virus quiere vivir, y la forma en que lo hace es evadiendo la inmunidad”, es decir, burlando las defensas de las personas al evolucionar de una manera que mantenga activa la cadena de infección.

Además, “las cosas prácticamente han vuelto a la normalidad”, dijo Hudson, y muchas personas han abandonado sus comportamientos cautelosos durante la pandemia.

Incluso en los [Juegos Olímpicos de París](#), la covid se trata ahora como cualquier otra enfermedad respiratoria. El protocolo entre los atletas infectados es que, si se sienten lo suficientemente bien como para entrenar, usen barbijos, se aíslen cuando no estén entrenando y eviten ciertas áreas comunes, como el gimnasio.

En varias regiones de California se están reportando niveles elevados de SARS-CoV-2 en las aguas residuales. En el área de la Bahía de San Francisco, San José y Palo Alto han tenido [niveles elevados de SARS-CoV-2](#) desde fines de mayo. Los funcionarios de salud del condado de Fresno dijeron la semana pasada que los niveles de SARS-CoV-2 eran elevados en todo el Valle de San Joaquín.

La tasa de resultados positivos en las pruebas de covid en California ya superó el pico del verano pasado. Durante el período de siete días que terminó el 22 de julio, 13,8% de las pruebas de SARS-CoV-2 dieron positivo, lo que supera el máximo del verano pasado de 13,1%.

Según algunas anécdotas, hay muchos informes de personas que contrajeron covid en eventos como bodas, reuniones de trabajo y vuelos, lo que les provocó síntomas lo suficientemente fuertes como para hacerlas sentir mal durante días. Algunas personas se han sorprendido por los síntomas más desagradables esta vez en comparación con los episodios anteriores de covid, aunque no hay indicios de que las últimas subvariantes resulten en una enfermedad más grave en general.

Las personas mayores o inmunodeprimidas siguen siendo las que corren mayor riesgo.

Cada semana se siguen reportando cientos de muertes por covid en todo el país. Entre los que han muerto recientemente por complicaciones de covid y neumonía se encuentra el periodista [Dan Collins](#), de 80 años, coautor de *Grand Illusion: The Untold Story of Rudy Giuliani and 9/11*.

Su esposa, la columnista del New York Times Gail Collins, [escribió](#) que tanto ella como su esposo contrajeron covid. “Me sentí como si tuviera un fuerte resfriado, pero Dan se despertó una noche sin poder respirar. Fuimos a la unidad de cuidados intensivos del hospital más cercano y nunca se recuperó”, escribió.

En general, las muertes y hospitalizaciones por covid parecen ser menores que las del verano pasado.

En el condado de Los Ángeles, el más poblado del país, hubo un promedio de 286 personas positivas para el SARS-CoV-2 en los hospitales durante la semana que terminó el 20 de julio.

Esa cifra es similar a la de la semana anterior de 291, y aproximadamente la mitad que el pico del verano pasado y una cuarta parte que el pico del verano de 2022.

En la UC San Francisco, las hospitalizaciones por covid parecen haberse estabilizado, pero “hay muchos casos de covid fuera del hospital. Casi todo el mundo lo tiene: ha habido brotes en reuniones musicales y cenas populares”, dijo el Dr. Peter Chin-Hong, un experto en enfermedades infecciosas de la institución.

Según Chin-Hong, puede haber varias razones detrás de los signos iniciales de estabilización de las hospitalizaciones. En general, la inmunidad de la población contra la covid es mayor. Además, es posible que la introducción de píldoras antivirales contra la covid, como Paxlovid, y su amplia disponibilidad, estén alejando a las personas en riesgo de ser hospitalizadas.

Pero como las infecciones por covid están aumentando o probablemente aumentando en 35 estados, así como en la capital del país, Chin-Hong sugirió que las personas con mayor riesgo que no están al día con su vacuna contra la covid deberían recibirla ahora y no esperar hasta que esté disponible la versión actualizada de otoño.

Según las pautas de los CDC, todas las personas de 6 meses o más deberían haber recibido una dosis actualizada de la vacuna contra la covid a partir de septiembre. Las personas de 65 años o más deberían haber recibido una segunda dosis de la vacuna cuatro meses después de la primera dosis actualizada. Sin embargo, muchos adultos mayores ni siquiera han recibido una dosis actualizada.

Las personas inmunodeprimidas deberían haber recibido una o dos dosis de la vacuna actualizada desde septiembre y podrán recibir dosis adicionales de la vacuna dos meses después de su última dosis recomendada.

“No hay señales de que la ola de covid esté disminuyendo”, dijo Chin-Hong sobre la ola de covid. “Es una buena idea que las personas mayores o inmunodeprimidas sigan contagiándose ahora mismo. Porque a esta altura, habría pensado que la covid se habría estancado y estaría disminuyendo, pero no parece ser así, probablemente porque el resto del país se ha puesto al día” con estados como California.

Sólo en un estado, Hawai'i, los CDC estimaron que es probable que los casos de covid estén disminuyendo.

Según una serie de métricas, los indicadores de covid siguen aumentando en el condado de Los Ángeles. Durante la semana que terminó el 21 de julio, el condado informó un promedio de 413 casos por día, frente a los 359 de la semana anterior. Los casos informados oficialmente se consideran un recuento insuficiente, ya que no tienen en cuenta las pruebas realizadas en el hogar ni el hecho de que menos personas se realizan pruebas en general, pero las cifras siguen siendo útiles para comprender las tendencias de transmisión.

Los niveles de SARS-CoV-2 en las aguas residuales del condado de Los Ángeles estuvieron en 40% del pico del invierno pasado durante el período de 10 días que finalizó el 13 de julio. Eso es un aumento de 36% durante el período de 10 días que finalizó el 6 de julio.

Durante el período semanal que finalizó el 21 de julio, 3,4% de las visitas a urgencias en el condado de Los Ángeles estuvieron relacionadas con el SARS-CoV-2, lo que representa un aumento respecto de 2,8% de la semana anterior.

Hudson animó a las personas a hacerse la prueba repetidamente si presentan síntomas de covid, incluso hasta el quinto día después de la aparición de la enfermedad. Las personas que se

sienten enfermas pueden dar negativo en la prueba durante el primer o segundo día de síntomas, pero pueden terminar dando positivo más adelante.

Saber si tienes covid es importante, “porque si no crees que tienes covid, es posible que vuelvas a tus actividades habituales (es posible que vayas a trabajar) y no uses barbijo. Y, lamentablemente, esa será una forma muy fácil de seguir propagando la covid”, dijo Hudson.

Los CDC instan a las personas a quedarse en casa y lejos de otras personas si están enfermas. Las personas pueden reanudar sus actividades normales 24 horas después de que sus síntomas hayan mejorado y no hayan tenido fiebre sin usar medicamentos como Tylenol o Advil. Pero los CDC también recomiendan precauciones adicionales durante cinco días adicionales para evitar infectar a otros, como usar barbijo y mantener la distancia de los demás.

El Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles sugiere que las personas infectadas que presenten síntomas obtengan un resultado negativo en la prueba antes de abandonar el aislamiento. La agencia también sugiere que las personas infectadas, tengan o no síntomas, usen un barbijo cerca de otras personas durante 10 días después de que comiencen a sentirse enfermas o, si son asintomáticas, obtengan su primer resultado positivo en la prueba. Sin embargo, pueden quitarse el barbijo antes si tienen dos pruebas negativas consecutivas con al menos un día de diferencia.

El condado de Los Ángeles también sugiere que aquellos que estén infectados eviten el contacto con personas de alto riesgo durante 10 días después del inicio de los síntomas o su primer resultado positivo de la prueba.

Si los pacientes se recuperan y luego se enferman nuevamente, es posible que tengan un repunte de covid y necesiten aislarse.

Para las personas que quieren evitar contraer covid, usar un barbijo en espacios públicos cerrados reduce el riesgo de infección. La estrategia puede ser particularmente eficaz cuando se viaja en avión. Los viajes son “una forma muy común en la que vemos que la gente se expone”, dijo Hudson.

Los médicos advierten que es prudente tomar medidas para evitar contraer covid, como evitar el contacto con personas enfermas. Cada nueva infección conlleva el riesgo de covid prolongada, es decir, cuando una persona desarrolla síntomas duraderos y a veces muy graves que pueden persistir meses o años después de una infección.

El riesgo de contraer covid persistente ha disminuido desde el inicio de la pandemia, en parte gracias a las vacunas, pero sigue siendo significativo.

“Todavía hay personas que contraen covid prolongada”, dijo Hudson. “Y la covid prolongada es algo que todos queremos evitar”.

Las muertes asociadas al contagio de influenza en Puerto Rico aumentaron exponencialmente al cierre de la temporada 2023/2024, al reportarse 173 fallecimientos, 158 muertes más que las 15 reportadas durante la temporada del año anterior, según el informe más reciente sobre la enfermedad publicado por el Departamento de Salud.



“Fue una temporada sumamente activa; se tuvo que declarar una alerta de salud pública por epidemia de influenza”, recordó la Dra. Iris Rebecca Cardona Gerena, principal oficial médico de la agencia.

El secretario de Salud, Carlos Mellado López, publicó el decreto el 9 de noviembre de 2023. En ese momento, la agencia había reportado 42 muertes, 903 hospitalizaciones y 25.900 casos. Al final de la temporada, el 30 de junio, los datos de influenza cerraron en 92.737 casos y 3.166 hospitalizaciones.

En la temporada 2022/2023, esas cifras eran menores, al cerrar con 31.710 casos y 1.224 hospitalizaciones, respectivamente.

Aunque en los países tropicales, como Puerto Rico, el virus de la influenza circula todo el año, desde el inicio de la temporada pasada, los números apuntaban a un periodo muy activo.

“Lo que ocurrió en el verano de 2023 apuntaba a un aumento de casos. Fue notablemente más activo”, recordó Cardona Gerena.

### **Cinco fallecimientos en el inicio de la nueva temporada**

Si bien junio y julio marcan el fin de una temporada y el inicio de otra, la tendencia es similar, sostuvo la doctora.

“Este año está pasando algo similar, se han acumulado más de 1.700 casos del 30 de junio en adelante, y eso nos dice que tenemos que prepararnos con todas las medidas de prevención y todas las medidas de mitigación posibles”, subrayó Cardona Gerena sobre estos datos.

El informe más reciente de influenza publicado por Salud, que corresponde a la semana epidemiológica 29, sostiene que en el inicio de la temporada 2024/2025 ya se han reportado 2.340 casos y 94 hospitalizaciones. Los casos sobrepasaron el promedio histórico y el umbral de alerta para la semana epidemiológica 29 de años anteriores. Además, ya hay cinco muertes confirmadas, asociadas al virus, reportadas por el Registro Demográfico para la temporada 2024/2025.

Cardona Gerena recordó que el riesgo de complicaciones médicas y fatalidades es mayor en personas de 65 años o más, pero también hizo hincapié en que hay grupos reconocidos de alto riesgo, independientemente de la edad, con ciertas afecciones crónicas como asma, diabetes o enfermedades cardíacas, así como las personas embarazadas.

Para el periodo del 14 al 20 de julio de la temporada 2024/2025, la tasa de incidencia mayor se registró en la región de Fajardo, con 52,40% cada 100.000 habitantes, seguido de Caguas con 27,51% y Ponce, con 18,98%.

En cuanto a los grupos etarios, el de menores de 10 años es el más afectado. Alrededor de 37,14% de los casos reportados de la temporada actual se han identificado en menores de 20 años.

“La tasa de hospitalización, más allá de las fatalidades, es más alta en la población pediátrica”, anotó Cardona Gerena.

“Según los datos, es un hecho innegable: los casos reportados se registran mucho más en la población pediátrica, por lo que debe hacerse un esfuerzo particular en vacunar a los niños más pequeños”, enfatizó la doctora, que es pediatra. Sostuvo que disminuir la transmisión en los niños ayudará, a su vez, a disminuir la transmisión en otros grupos de edad en la comunidad.

Según el Registro Electrónico de Vacunación de Puerto Rico (PREIS), hasta el 24 de julio de 2024, para la temporada de influenza 2023/2024 en Puerto Rico, se administró un total de 508.892 vacunas.

La vacuna contra la influenza está recomendada para todas las personas a partir de los seis meses de edad. Como cada año, se espera que la vacuna actualizada para la nueva temporada esté disponible entre los meses de agosto y septiembre.

“El Programa de Vacunación ya ha generado un plan estratégico”, dijo Cardona Gerena, en referencia a que, aunque el número de vacunas no es infinito, Puerto Rico tendrá una cantidad suficiente para alcanzar e, incluso, superar las dosis administradas en la temporada 2023/2024.

La pediatra insistió en que la vacunación es esencial para reducir el riesgo de complicaciones y mortalidad debido a contagios. También recordó que “las mujeres embarazadas se pueden vacunar independientemente del periodo de gestación” e insistió en la importancia de la vacunación de los niños de cara al nuevo año escolar.

“Una vez entrada la temporada, si el niño está enfermo, no debe concurrir a la escuela, si es influenza o covid, dependiendo de los grupos de edad y factores de riesgo, existen alternativas de tratamiento para ambos virus”, manifestó.

## **Vacuna contra la influenza y la covid**

La doctora también adelantó que existen trabajos activos para el lanzamiento de una vacuna que combinaría protección tanto contra la influenza como la covid.

“Tenemos la oportunidad de evitar que esta temporada que ha comenzado sea epidémica: todos tenemos que trabajar para evitar eso”, manifestó.

Se han identificado seis mapaches (*Procyon lotor*) portadores de la enfermedad parasitaria causada por *Baylisascaris procyonis*, que puede transmitirse a los humanos. Por ello, el Servicio Público Valón (SPW) recuerda los gestos de barrera para protegerse contra el contagio.

El mapache se estableció en el sur de Bélgica en la década de 1980. Aunque tiene preferencia por las regiones boscosas y las orillas de los cursos de agua, se adapta fácilmente a entornos más urbanizados. Sin depredadores, su población creció sin dificultad, alcanzando los 75.000 individuos en Wallonie. El animal suele llegar a las casas en busca de alimento. También puede dañar a los animales domésticos y transmitir enfermedades.



Entre estas enfermedades, los mapaches pueden ser portadores del gusano intestinal *Baylisascaris procyonis*. Los huevos de este parásito se encuentran en los excrementos del animal, en su pelaje y en su entorno directo. La infección no es mortal para los mapaches, pero puede transmitirse a los humanos mediante la ingestión accidental de tierra u otro material contaminado con las heces de mapaches. Las infecciones humanas son raras, pero pueden ser muy peligrosas: las larvas atraviesan la pared del sistema digestivo y se propagan por todo el cuerpo a través de los vasos sanguíneos. Afectan entonces principalmente a los músculos, pero también al sistema nervioso y al cerebro, generando daños irreversibles (encefalitis a veces mortal, trastornos oculares, órganos afectados).

Para evitar enfermarse, es mejor adoptar algunas medidas sencillas. La SPW recomienda no acercarse (y menos tocar) a un mapache, no alimentarlo, cerrar los areneros cuando no estén en uso y supervisar a los niños para que no se metan suciedad en la boca. Durante un paseo por el campo, recoger bayas silvestres únicamente si están a más de 50 centímetros del suelo. Por último, lavar sistemáticamente frutas y verduras y cocinar alimentos procedentes de campos, bosques o jardines potencialmente accesibles para mapaches o zorros.

Los perros también deben mantenerse alejados del pequeño carnívoro. Por lo tanto, es mejor mantenerlos atados en ambientes forestales y desparasitarlos periódicamente.

El gusano redondo del mapache *Baylisascaris procyonis* es un nematodo parásito gastrointestinal del mapache (*Procyon lotor*), común en su área de distribución nativa en América del Norte, donde su prevalencia en mapaches puede ser superior a 80%. Los mapaches fueron introducidos en Europa mediante liberaciones intencionales y accidentales en el siglo XX y se extendieron por la mayor parte de Europa en las décadas siguientes. El gusano redondo del mapache también fue introducido con su huésped. La primera liberación ocurrió en Alemania, que aún mantiene las poblaciones más abundantes. En las poblaciones de mapaches que se están estableciendo en Europa, la prevalencia de *B. procyonis* es variable. El parásito está particularmente extendido en mapaches que viven en libertad en el centro de Alemania, de donde provienen los únicos informes en humanos, que hasta ahora se limitan a un caso no fatal y cuatro personas seropositivas, de un grupo de 13. Hasta ahora, no estaba claro si *B. procyonis* estaba presente en las poblaciones de mapaches de Bélgica. En un estudio que implicó la captura de 50 mapaches en Wallonie entre 2019 y 2020, todas las muestras resultaron negativas.

Desde que se reconoció por primera vez en la década de 1980, se han documentado más de 30 casos humanos de larva migrans neural. La mayoría de los casos diagnosticados han sido graves (generalmente fatales). La larva migrans ocular provoca una pérdida leve de la visión o ceguera. En los últimos años se documentó un aumento dramático en el número de casos, pero como las personas probablemente ingieren solo unos pocos huevos, se cree que una gran cantidad de infecciones no se detectan porque menos larvas causan lesiones menos visibles.

El número de personas infectadas con enfermedades transmitidas por garrapatas en Chequia, incluidas la borreliosis de Lyme y la encefalitis transmitida por garrapatas, es el más alto en una década.

Según el Ministerio de Salud, desde principios de año hasta fines de junio de 2024, más de 1.200 personas han contraído la borreliosis de Lyme y 162 la encefalitis transmitida por garrapatas.



Esta última es una de las enfermedades más peligrosas que puede contraer una persona. Afecta al sistema nervioso central y, en ocasiones, puede provocar meningitis. La infectóloga Dita Smíšková, del Departamento de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Bulovka, explicó que "el paciente puede sufrir una parálisis permanente de las extremidades o de los músculos respiratorios".

El número de ataques de este año es casi el doble en comparación con el mismo periodo de 2023.

Solo en la parte sur de la región occidental de Čechy, se registró un récord de 30 casos de enfermedades transmitidas por garrapatas en la tercera semana de vacaciones.

Las temperaturas abrasadoras combinadas con una alta humedad crean un caldo de cultivo perfecto para los parásitos. Chequia es hogar del mayor número de garrapatas hematófagas de Europa.

El Instituto Hidrometeorológico Checo advirtió de que existe un alto riesgo de que aumenten los ataques de garrapatas, según las previsiones.

Existe una vacuna contra la encefalitis transmitida por garrapatas que es gratuita en el país para las personas mayores de 50 años. Para protegerse de las picaduras de garrapatas, las personas pueden cubrirse las extremidades al caminar por bosques y pastos altos y rociarse con repelentes de insectos.

---

La incidencia de dos importantes enfermedades transmitidas por garrapatas, la borreliosis de Lyme y la encefalitis transmitida por garrapatas, está aumentando significativamente en Chequia este año. Históricamente, ha habido alrededor de cinco veces más casos de borreliosis de Lyme que infecciones por el virus de la encefalitis transmitida por garrapatas en el país. Este es el caso nuevamente en lo que va de año. Se pueden esperar casos adicionales que involucren a ambos patógenos hasta que comience el clima frío.

La especie de garrapata que probablemente transmite el virus de la encefalitis transmitida por garrapatas y la borreliosis de Lyme en Chequia, aunque no se menciona en el informe, es *Ixodes ricinus*. Tampoco se menciona el roedor hospedador del virus. En Europa, donde la encefalitis transmitida por garrapatas es endémica, el topillo rojo (*Clethrionomys glareolus*) es el roedor huésped del virus.

La noticia no indica el subtipo específico del virus de la encefalitis transmitida por garrapatas que infecta a las garrapatas en Chequia. Esta es una infección viral causada por uno de los tres subtipos del virus, que pertenecen a la familia *Flaviviridae*: centro-europeo, siberiano y del Lejano Oriente (antes conocido como encefalitis rusa de primavera-verano). Se transmite a los humanos principalmente a través de la picadura de garrapatas *Ixodes* infectadas y, ocasionalmente, por el consumo de productos lácteos no pasteurizados contaminados de ganado virémico. El subtipo del virus TBE en los lugares mencionados es probablemente el subtipo centro-europeo.

El Instituto de Salud 'Carlos III', a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), publicó el *Informe epidemiológico sobre la situación de la leishmaniasis en España. Año 2023*, con los últimos datos sobre la situación de la enfermedad en el país. El objetivo de este informe es conocer la situación epidemiológica de esta enfermedad durante el año pasado, además de su evolución temporal desde 2016.

En 2023, 13 comunidades autónomas notificaron un total de 394 casos, de los que 390 (99,0%) fueron confirmados y cuatro se consideraron probables. Hubo 387 casos autóctonos y 7 casos importados.

La evolución del número de casos autóctonos en España ha sido ligeramente ascendente desde 2016 a 2019, con una incidencia acumulada (IA) de 0,78 a 0,90 casos cada 100.000 habitantes, respectivamente, con un descenso en 2020 (IA=0,58) y cierto repunte posterior hasta 2023, con una IA de 0,80. Los casos se distribuyeron durante todo el año, según mes de inicio de síntomas, con máximos en 2023 en enero.

Todas las comunidades autónomas, excepto Asturias y Melilla, han notificado algún caso desde 2016. Cabe destacar que Baleares, Murcia y la Comunidad Valenciana presentan una mayor IA.

### Características de los casos

En 2023 hubo 250 casos de leishmaniasis en hombres (64,6%; IA=1,06) y 137 mujeres (IA=0,56). La edad mediana fue de 54 años. Las incidencias más elevadas se dieron en los menores de 1 año, tanto en hombres (IA=6,48) como en mujeres (IA=6,24) y en los de 1 a 4 años (IA=2,81 en hombres vs 1,98 en mujeres). Por tanto, la frecuencia fue superior en los hombres en todos los grupos de edad.

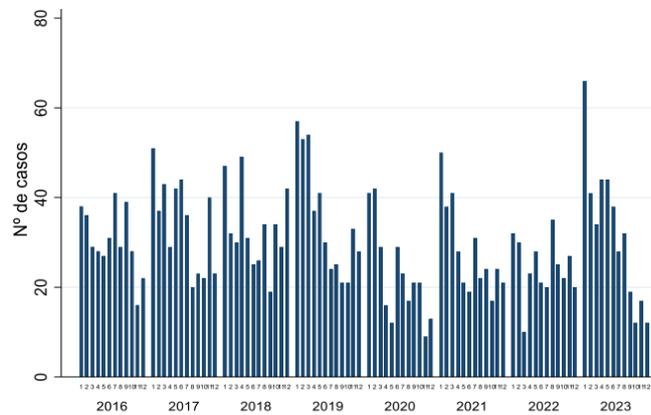
Se dispuso de información del país de nacimiento en 216 casos (55,8%), de los que 197 (91,2%) correspondían a países de Europa y 188 nacieron en España.

### Clínica y evolución

De los casos autóctonos con información disponible sobre categoría clínica de 2023 (n=351; 90,7%), 187 fueron leishmaniasis visceral (52,2%), y 171 casos de leishmaniasis cutánea/mucocutánea (47,8%).

La distribución según categoría clínica fue variable según las comunidades autónomas: las proporciones de leishmaniasis cutánea/mucocutánea fueron superiores a 50% en Baleares, Castilla La Mancha, Catalunya y Murcia. Por el contrario, las proporciones de leishmaniasis visceral fueron superiores a 50% en Andalucía, la Comunidad Valenciana y Madrid.

De los casos de 2023, hospitalizaron a 183 (50,6%). La proporción de hospitalizaciones fue significativamente superior en los menores de 1 año (100%), de 1 a 4 años (79,4%), los mayores de



Distribución de casos de leishmaniasis por mes. España. Años 2016-2023.  
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

75 (65,0%) y en casos de leishmaniosis visceral (91,2% frente a 4,6% de la leishmaniosis cutánea/mucocutánea).

Hubo tres defunciones en 2023, que corresponde a una tasa de letalidad de 0,8%. Todos fueron casos de leishmaniosis visceral, además de que eran mayores de 49 años.

## **Conclusiones: incidencia ligeramente ascendente**

La evolución de la incidencia desde 2016 ha sido ligeramente ascendente hasta 2019, con disminución posterior en 2020 y progresiva recuperación hasta 2023. Esta evolución varía según las regiones, y puede ser debida, en parte, a una menor notificación de casos debido a la pandemia de covid, ya que se aprecia en 2023 un retorno a la línea basal previa (2016 a 2019).

Los casos se distribuyen durante todo el año, aunque se han observado máximos en meses de invierno, probablemente debido al período de incubación más prolongado de las formas viscerales y al retraso diagnóstico en las formas cutáneas.

Desde que se dispone de información de casos de todo el territorio, todas las comunidades autónomas, excepto Asturias y Melilla, han notificado casos. Se observa incidencia acumulada más elevada en zonas del Mediterráneo (Balears, Murcia y la Comunidad Valenciana). Parece apreciarse un gradiente noroeste-sureste, aunque el número de casos por año es reducido en muchas comunidades autónomas y conviene analizar esta información de forma agregada en un período más largo.

Estas diferencias pueden ser debidas a una mayor sensibilidad en el diagnóstico y notificación o también a un mayor riesgo en ciertas zonas por mayor densidad o actividad del vector (ampliamente distribuido por España), factores relacionados con el reservorio o factores ambientales, entre otros.

Las incidencias acumuladas han sido superiores en hombres durante todo el período y las más elevadas han sido en los menores de 1 año, con proporciones de leishmaniosis visceral y de hospitalización muy elevadas. Cerca de la mitad del total de los casos corresponde a leishmaniosis cutánea, con diferencias por comunidades autónomas.

Las medidas de prevención van encaminadas al control del vector y de la transmisión y la infección en el reservorio animal, por lo que un enfoque “Una salud” sería deseable para mejorar su control. En humanos es fundamental evitar las picaduras y realizar diagnóstico precoz y tratamiento de los casos, especialmente en la población inmunodeprimida.

No se dispone de información de calidad acerca de factores de riesgo individuales. Incluir en la encuesta nacional variables estructuradas que recojan información sobre la situación de inmunosupresión contribuiría al seguimiento de la enfermedad en dicha población.

---

La leishmaniosis es una enfermedad causada por protozoos del género *Leishmania*, característica de climas tropicales y subtropicales, incluyendo la región del Mediterráneo. La mayor carga de enfermedad está en Brasil, África Oriental, el Subcontinente Indio y Cercano Oriente.

Se trata de una zoonosis cuya vía de transmisión más frecuente a humanos es por la picadura de hembras de *Phlebotomus* o de *Lutzomyia*. Los vectores, reservorios y la especie de parásito, varían según la localización geográfica. *Leishmania infantum* se distribuye por regiones del Mediterráneo, incluyendo España. El vector en el país son especies de *Phlebotomus*, principalmente *P. perniciosus* y *P. ariasi*, y los principales reservorios son perros o pequeños mamíferos lagomorfos como liebres.

El período de incubación es de entre una semana a varios meses para las formas cutáneas y de dos a cuatro meses para las viscerales, aunque puede ser mayor. Una proporción variable de infectados son asintomáticos, mientras que algunos desarrollan la enfermedad y esto se asocia con ciertos factores de riesgo como la inmunosupresión. Hay tres formas principales de presentación de la enfermedad en humanos: la leishmaniosis cutánea es la infección primaria y la forma más común, que si no se resuelve puede producir formas diseminadas en la piel o más profundas en mucosas (leishmaniosis mucocutánea) u órganos internos (leishmaniosis visceral o kala-azar, la forma más grave).

La prevención se basa en las medidas de control del vector y del reservorio zoonótico, en evitar la exposición al vector y en el diagnóstico precoz y manejo adecuado de los casos, tanto humanos como animales domésticos.

En España es una enfermedad de declaración obligatoria a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) al Centro Nacional de Epidemiología.

Kenya y República Centroafricana han declarado nuevos brotes de mpox, mientras las autoridades sanitarias africanas toman medidas para tratar de contener la propagación de la enfermedad en una región que no dispone de vacunas.

Kenya anunció el brote el 31 de julio, tras detectarse un caso en un pasajero que viajaba de Uganda a Rwanda por un paso fronterizo en el sur de Kenya. República Centroafricana fue la primera en declarar un nuevo brote el 29 de julio, diciendo que se estaba extendiendo a su capital, Bangui.

La mpox es causada por un virus que se origina en animales silvestres y ocasionalmente salta a las personas, que pueden contagiarlo a otras.

“Estamos muy preocupados por los casos de mpox que están asolando la Región 7 del país”, declaró el 29 de julio el ministro de Salud Pública de República Centroafricana, Pierre Somsé.

La mpox se convirtió en motivo de preocupación mundial durante un brote internacional en 2022 en el que la enfermedad se extendió a más de 100 países, y ha sido endémica en partes de África Central y Occidental durante décadas.

La Organización Mundial de la Salud dijo en noviembre que había confirmado la transmisión sexual de la mpox en República Democrática del Congo por primera vez. Los científicos africanos advirtieron que esto podría dificultar la contención de la enfermedad.

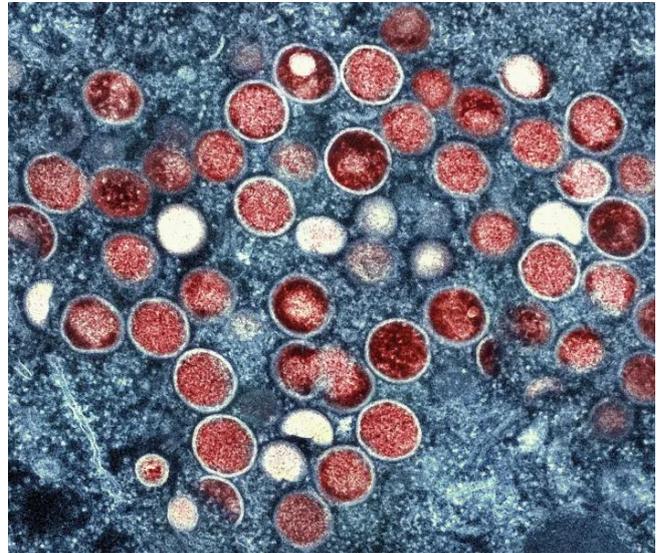
Aunque las epidemias de mpox en Occidente se contuvieron con la ayuda de vacunas y tratamientos, apenas se dispone de dichos recursos en algunas partes de África, donde varios países han notificado brotes en los últimos meses.

El más afectado del continente es República Democrática del Congo, que ha registrado más de 12.000 casos y al menos 470 muertes este año en su mayor brote. Sudáfrica, que registró por última vez un caso de mpox en 2022, también ha notificado un brote este año.

En República Centroafricana, donde la infección es más común en zonas remotas, las autoridades pidieron el apoyo de la población para contribuir a los esfuerzos que está realizando el gobierno para frenar la propagación de la enfermedad.

La Comunidad de África Oriental (CAO) también ha emitido un comunicado en el que alerta a los Estados miembros sobre la enfermedad en República Democrática del Congo, que colinda con cinco países de la región. Uno de ellos, Burundi, ya ha confirmado tres casos.

Andrea Aguer Ariik Malueth, subsecretario general del bloque, instó el 29 de julio a los Estados que integran la CAO a “proporcionar la información necesaria sobre la enfermedad y tomar medidas preventivas”.



Micrografía electrónica de transmisión coloreada de partículas de mpox (rojo) que se encuentran dentro de una célula infectada (azul), cultivada en el laboratorio.

Un flujo constante de niños desdichados y padres preocupados fluía hacia el Departamento de Dermatología del Hospital Nasser, en el centro de Gaza.

Una niña pequeña con un lazo azul en el pelo sollozaba mientras su madre mostraba cómo las manchas rojas y blancas que le cubrían el rostro se habían extendido al cuello y pecho. Otra mujer levantó la ropa de su hijito para revelar los sarpullidos en su espalda, glúteos, muslos y estómago. En las muñecas, tenía llagas abiertas por rascarse. Un padre paró a su hija sobre el escritorio para que el médico examinara las lesiones en sus pantorrillas.



Un niño palestino que padece una enfermedad de la piel, junto a su padre en un campamento para desplazados por la guerra en Deir al-Balah, Franja de Gaza, el 29 de julio de 2024.

Las enfermedades de la piel proliferan en Gaza, dicen los funcionarios de salud. Según ellos, la causa son las terribles condiciones de hacinamiento en los campamentos de tiendas de campaña que albergan a cientos de miles de palestinos expulsados de sus casas, junto con el calor del verano y el colapso de los servicios sanitarios que han dejado estanques de aguas residuales a cielo abierto a 10 meses de contraofensiva y bombardeos israelíes en el territorio.

Los médicos luchan contra más de 103.000 casos de piojos y sarna y 65.000 casos de erupciones cutáneas, según la Organización Mundial de la Salud. En la población de Gaza –de unos 2,3 millones de habitantes– se han registrado más de 1 millón de casos de infecciones respiratorias agudas desde que comenzó la guerra, junto con más de medio millón de casos de diarrea aguda y más de 100.000 casos de ictericia, según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

La limpieza es imposible en las destartaladas tiendas de campaña –que básicamente son marcos de madera con láminas de plástico o mantas colgadas– apiñadas unas junto a otras a lo largo de amplias extensiones.

“No hay champú ni jabón”, comentó Munira al-Nahhal, quien vive en una tienda de campaña en las dunas de las afueras de la ciudad sureña de Jan Yunis. “El agua está sucia. Todo es arena, insectos y basura”.

La tienda de campaña de su familia estaba abarrotada de sus nietos, muchos de ellos con sarpullidos. Un pequeño se rascaba las manchas rojas del vientre. “Un niño se contagia y se les pega a los demás”, agregó la mujer.

Los palestinos en el campamento dijeron que era casi imposible conseguir agua limpia. Algunos bañan a sus hijos con agua salada del Mediterráneo. La gente tiene que usar la misma ropa día tras día hasta que pueden lavarla y luego se la vuelven a poner inmediatamente. Hay moscas por todas partes. Los niños juegan en arena llena de basura.

“Primero fueron manchas en la cara. Luego se le extendieron al estómago y los brazos, por toda la frente. Y duele. Pica. Y no hay tratamiento. O si lo hay, no podemos pagarlo”, informó

Shaima Marshoud, sentada junto a su hija pequeña en una estructura de bloques de cemento en la que se habían instalado entre las tiendas de campaña.

Más de 1,8 millones de los 2,3 millones de habitantes de Gaza han sido expulsados de sus hogares, y a menudo se han mudado varias veces en los últimos meses para escapar de los ataques terrestres o bombardeos israelíes. La gran mayoría ahora están hacinados en un área de 50 km<sup>2</sup> de dunas y campos en la costa, casi sin sistema de alcantarillado y con poca agua.



Un niño palestino que padece una enfermedad de la piel, en un campamento para desplazados por la guerra en Deir al-Balah, Franja de Gaza, el lunes 29 de julio de 2024.

La distribución de suministros humanitarios, incluidos jabón, champú y medicamentos, se ha desacelerado al mínimo, dicen funcionarios de la Organización de las Naciones Unidas, porque las operaciones militares israelíes y la anarquía general en Gaza hacen que sea demasiado peligroso que los camiones de ayuda se desplacen.

Israel lanzó su campaña con la promesa de destruir a Hamás después del ataque del grupo armado del 7 de octubre en el sur de Israel, en el que murieron unas 1.200 personas y 350 fueron secuestradas. La respuesta armada de Israel ha matado a más de 39.000 personas, según las autoridades de Gaza.

“El sistema de gestión de residuos sólidos ha colapsado”, dijo Chitose Noguchi, representante especial adjunto del Programa de Asistencia al Pueblo Palestino del PNUD.

En un informe publicado el 30 de julio, el PNUD dijo que los dos vertederos de Gaza que existían antes de la guerra son inaccesibles en medio de los combates y que había establecido 10 sitios temporales. Pero Noguchi reportó que han surgido más de 140 vertederos informales. Algunos de ellos son estanques gigantes de desechos humanos y basura.

“La gente tiene tiendas de campaña y vive al lado de los vertederos, lo cual es una situación muy, muy crítica en términos de crisis sanitaria”, agregó Noguchi.

Nassim Basala, dermatólogo del Hospital Nasser, dijo que reciben entre 300 y 500 personas al día que acuden con enfermedades de la piel. Tras las últimas órdenes de evacuación israelíes, cada vez más gente se ha congregado en los campos agrícolas de las afueras de la ciudad de Khan Younis, donde los insectos abundan en verano.

La sarna y los piojos han alcanzado proporciones epidémicas, refirió, pero otras infecciones fúngicas, bacterianas y virales, además de parásitos, también proliferan.

Con la avalancha de pacientes, incluso los casos más sencillos pueden resultar peligrosos.

Por ejemplo, explicó Basala, el impétigo es una dermatosis por infección bacteriana simple que se puede tratar con cremas. Pero a veces, para cuando el paciente llega al médico, “las bacterias se han propagado y han afectado los riñones”, dijo. “Hemos tenido casos de insuficiencia renal” como resultado. Las erupciones cutáneas se infectan por rascarse en la suciedad generalizada.

Agregó que en el hospital escasean las cremas y los ungüentos.

Los niños son los más afectados, pero los adultos también sufren. En el departamento de dermatología del hospital, un hombre se desató los zapatos cubiertos de tierra para mostrar las

dolorosas llagas en la parte superior de los pies y los tobillos, donde su erupción se había abierto. Una mujer levantó las manos, agrietadas, en carne viva y enrojecidas.

Mohammed al-Rayan, manifestó que ha llevado al médico a varios de sus hijos que tienen erupciones o manchas. Viven en una tienda de campaña en las afueras de Jan Yunis.

“Nos dan cremas, pero no sirven si no tienes nada con qué lavarte”, añadió. “Te pones una crema y mejora, pero al día siguiente vuelve a estar igual”.

A los padres se les dificulta consolar a sus hijos con afecciones dolorosas que no desaparecen.

La niña pequeña de Manar al-Hessi lloraba mientras le aplicaba crema en la frente y el pecho, cubiertos de costras, llagas y manchas.

“Es horrible”, dijo al-Hessi. “Siempre tiene moscas en la cara. Va al baño o a la basura y se le mete en las manos. La suciedad es enorme”.

La incidencia de infartos de miocardio y de accidentes cerebrovasculares disminuyó tras la vacunación contra la covid, según un reciente [estudio](#), que analizó los datos de prácticamente toda la población adulta de Inglaterra, y cuya conclusión principal es que la incidencia de infartos de miocardio y de accidentes cerebrovasculares fue menor tras comenzar la campaña de vacunación que antes o en comparación con las personas que estaban sin vacunar.



La investigación analizó registros de salud no identificados de 46 millones de adultos en Inglaterra entre el 8 de diciembre de 2020 y el 23 de enero de 2022.

El estudio demostró que la incidencia de trombosis arteriales, como infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares, era hasta 10% menor en las 13 a 24 semanas posteriores a la primera dosis de la vacuna contra la covid.

Tras una segunda dosis, la incidencia fue hasta 27% menor después de recibir la vacuna de AstraZeneca y hasta 20% menor después de la vacuna de Pfizer/Biotech, concluyó el trabajo, que apunta además que la incidencia de episodios trombóticos venosos comunes –principalmente embolia pulmonar y trombosis venosa profunda de las extremidades inferiores– siguió un patrón similar.

La investigación respalda aún más el amplio conjunto de pruebas sobre la eficacia del programa de vacunación contra la covid, que ha demostrado proporcionar protección contra la enfermedad grave y ha salvado millones de vidas en todo el mundo.

Algunas investigaciones anteriores ya habían descubierto que la incidencia de complicaciones cardiovasculares raras es mayor después de algunas vacunas contra la covid, ya que se han notificado incidencias de miocarditis y pericarditis tras vacunas basadas en ARNm, como la de Pfizer/Biotech, y trombocitopenia trombótica inducida por vacunas basadas en adenovirus, como la de AstraZeneca.

El presente estudio respalda esos hallazgos, pero lo más importante es que no identificó nuevas afecciones cardiovasculares adversas asociadas a la vacunación y ofrece más garantías de que los beneficios de la vacunación superan a los riesgos.

La incidencia de enfermedades cardiovasculares es mayor después de sufrir la enfermedad, especialmente en los casos graves, lo que puede explicar por qué la incidencia de infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares es menor en las personas vacunadas en comparación con las no vacunadas.

El equipo de investigación utilizó datos vinculados no identificados de consultas médicas, ingresos hospitalarios y registros de defunciones, que se analizaron en un entorno de datos seguro.

Un brote de difteria en la región de Shabeellaha Dhexe se ha cobrado la vida de dos personas y ha infectado a más de 20, según el viceministro de Salud.

El viceministro Mohamed Hassan Mohamed confirmó las muertes y el número de afectados, destacando los graves síntomas de la enfermedad. "Los síntomas de la difteria incluyen cierre de garganta, dificultad para tragar, fiebre y debilidad severa que deja a la persona incapaz de moverse", afirmó.

El Ministerio de Salud está trabajando activamente en medidas para prevenir la propagación de la enfermedad, que se ha reportado en Shabeellaha Dhexe. El viceministro enfatizó la naturaleza contagiosa de la difteria e instó a la población somalí a tomar las precauciones necesarias.

Se están intensificando los esfuerzos para contener el brote y los funcionarios de salud están monitoreando la situación de cerca. Se están llevando a cabo campañas de concienciación pública para educar a la comunidad sobre los síntomas y la prevención de la difteria.

El brote ha suscitado preocupación entre las autoridades sanitarias, que instan a una atención médica inmediata para cualquier persona que presente síntomas. El Ministerio de Salud continúa colaborando con organizaciones sanitarias locales e internacionales para gestionar la crisis y prevenir más muertes.

---

La difteria es una enfermedad infecciosa bacteriana que suele propagarse a través de gotitas respiratorias o por contacto directo con secreciones respiratorias o llagas en la piel de una persona infectada. La vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa es muy eficaz para prevenir esta infección. Para controlar la difteria, las campañas de vacunación y la rápida concienciación médica de las comunidades afectadas han reducido significativamente su propagación y su incidencia. Recientemente, se informó de un brote de difteria en las zonas septentrionales de Somalia.

La rabia ha causado 56 muertes humanas en 29 provincias y ciudades de Vietnam entre enero y julio de este año, lo que supone un aumento interanual de 45%, según el Ministerio de Salud.

Las provincias que informaron un alto número de brotes y muertes por rabia incluyen a Đắk Lắk, Gia Lai, Bình Thuận, Nghệ An, Bến Tre, Long An y Tây Ninh.

La rabia sigue siendo una de las principales causas de muerte humana en los últimos años, después de enfermedades infecciosas como el sarampión y la covid, informó el Ministerio de Salud.



El Dr. Trần Như Dương, subdirector del Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología del Ministerio de Salud, afirmó que la principal causa de muerte humana debido a la rabia es no vacunarse inmediatamente después de ser mordido, arañado o lamido una herida abierta por un gato o un perro.

Los resultados de una investigación epidemiológica indicaron que la mayoría de los casos de rabia no recibieron la vacuna porque pensaban que sus perros no estaban rabiosos, mientras que varios otros murieron después de buscar tratamiento para la rabia de médicos tradicionales en lugar de recibir una vacuna.

Además, algunos niños no informaron a sus padres sobre las mordeduras de perro, con lo que perdieron el tratamiento preventivo y sucumbieron a la enfermedad.

A los niños se les debe decir que informen a sus padres sobre las mordeduras de perro, independientemente del nivel de gravedad de la herida, enfatizó el Dr. Dương.

También propuso que las autoridades sanitarias penalicen a los médicos tradicionales por afirmar que pueden curar la rabia.

El Departamento de Sanidad Animal informó que la cobertura actual de vacunación antirrábica en perros es de 58%, y señaló que la cifra podría ser inexacta ya que se desconoce el número exacto de perros en Vietnam.

Según Phan Quang Minh, subdirector del Departamento de Sanidad Animal, la cobertura de vacunación antirrábica en perros en muchas provincias sigue siendo inferior a 30%, lo que supone un desafío para los esfuerzos de control y prevención de la rabia.

El Ministerio de Salud planea recomendar a las provincias y ciudades de todo el país sanciones para los dueños de perros y gatos que no vacunen a sus mascotas contra la rabia o les permitan deambular libremente.

Los perros muerden a unas 500.000 personas cada año en Vietnam, y los costos del tratamiento preventivo ascienden a unos 79,5 millones de dólares, según el Ministerio de Salud.

A principios de 2024, el Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos para la Información de Resistencia Emergente a los Antimicrobianos (GLASS-EAR) emitió una solicitud de información sobre resistencia a los antimicrobianos (AMR) a los puntos focales nacionales del Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (GLASS) inscritos en GLASS-AMR (124 centros). El objetivo era evaluar rápidamente la situación mundial actual dada la mayor identificación de aislamientos de *Klebsiella pneumoniae* hipervirulenta (hvKp) de secuencia tipo (ST) 23, portadora de genes resistentes a los antibióticos carbapenémicos –genes de carbapenemasas– notificados en varios países. La transmisión sostenida documentada de este linaje se ha observado durante varios años y los genes asociados con la resistencia a los antimicrobianos se detectaron en cepas de hvKp en los últimos años en varios países.

Un total de 43 de 124 países, territorios y áreas de las seis regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) respondieron: África (10); Europa (10); Mediterráneo Oriental (10); Pacífico Occidental (6); América (4); Sudeste Asiático (3). De estos, un total de 16 países y territorios (Argelia, Argentina, Australia, Canadá, Camboya, Estados Unidos, Filipinas, Hong Kong (China), India, Irán, Japón, Omán, Papúa Nueva Guinea, Reino Unido, Suiza y Tailandia) notificaron la presencia de hvKp, y 12 notificaron específicamente la presencia de la cepa ST23-K1: Argelia, Argentina, Australia, Canadá, Filipinas, India, Irán, Japón, Omán, Reino Unido, Suiza y Tailandia.

La información y el conocimiento sobre los mecanismos que potencian la capacidad de las bacterias para causar la enfermedad son aún incompletos. Se necesitan más investigaciones para desarrollar herramientas de diagnóstico que estén disponibles en países con capacidad limitada de laboratorio y que permitan la identificación rápida de infecciones causadas por cepas de hvKp. Es necesario descubrir nuevas alternativas terapéuticas dirigidas no solo al tratamiento de infecciones multirresistentes, sino también a infecciones causadas por variantes hipervirulentas.

## Región de África

En la Región de África, puede haber casos de hvKp, pero aún no se conoce la magnitud del problema. La detección de la ST23 de hvKp que porta genes de resistencia a carbapenémicos o cualquier otro marcador de virulencia o resistencia requiere el uso de métodos moleculares que no se controlan de manera rutinaria en muchos laboratorios de microbiología de la región.

Aunque los datos sobre la resistencia de *K. pneumoniae* a los carbapenémicos no pueden aplicarse a toda la región debido al número limitado de países que informaron este perfil de resistencia y la cobertura limitada de las pruebas, la resistencia de *K. pneumoniae* a los carbapenémicos puede ser ya un problema grave en la Región de África que merece más investigación y requiere fortalecer la capacidad de diagnóstico, las intervenciones de prevención y control de infecciones y el acceso a nuevos agentes terapéuticos.

## Región de las Américas

En la Región de las Américas existe una vigilancia consolidada de la AMR, que ha permitido documentar ampliamente la detección de cepas de *K. pneumoniae* portadoras de genes de resistencia a carbapenémicos. Sin embargo, no existe una vigilancia sistemática que permita la identificación rutinaria de cepas de hvKp y permita recolectar información sobre estas cepas.

Los sistemas de salud y los servicios de atención de salud de algunos países de la Región pueden enfrentar desafíos en la implementación de medidas de control de infecciones, así como en la identificación y respuesta adecuada a los casos de infección por hvKp portadores de genes de resistencia a carbapenémicos. La falta de sospecha clínica, detección e implementación de las medidas de control de infecciones indicadas para los casos (precauciones estándar y de contacto, incluido el aislamiento), así como la detección y manejo de personas colonizadas por la bacteria, son algunos de los desafíos a considerar ante un mayor riesgo de propagación de cepas de hvKp portadoras de carbapenemasas en entornos hospitalarios y comunitarios.

## **Región del Mediterráneo Oriental**

Los datos disponibles sobre la prevalencia de hvKp son escasos en la Región del Mediterráneo Oriental y están documentados únicamente a través de la vigilancia de laboratorio para AMR en centros de atención de salud o estudios epidemiológicos retrospectivos en unos pocos países.

Aunque dos países de la región (Irán y Omán) han informado de la presencia de hvKp desde 2018, se sabe poco sobre el alcance de su difusión o la situación en la mayoría de los países de la región.

En la mayoría de los países, la infraestructura de laboratorio de microbiología y la capacidad para detectar hvKp son limitadas, y en al menos nueve países hay conflictos activos o prolongados u otros contextos frágiles o vulnerables. Para mejorar la vigilancia es necesario aumentar la inversión en la creación de redes de laboratorios, garantizar suministros ininterrumpidos y capacitar adecuadamente al personal de laboratorio. En los entornos frágiles, afectados por conflictos y vulnerables, puede ser necesario aumentar la colaboración con los agentes no estatales. La probabilidad de que hvKp no se detecte es alta en muchos de estos entornos y, con los importantes movimientos entre los países de la región, las consecuencias clínicas y de salud pública siguen siendo importantes.

## **Región Europea**

La resistencia a los antibióticos de cefalosporina de tercera generación en *K. pneumoniae* se ha generalizado en la Región Europea. Si bien muchos laboratorios europeos realizan regularmente pruebas para caracterizar las bacterias y tienen la capacidad de identificar molecularmente los genes de resistencia a carbapenémicos más frecuentes, la identificación de genes que mejoran la capacidad de las bacterias para causar una enfermedad (virulencia) actualmente no forma parte de los diagnósticos estándar. Dado que la detección de hipervirulencia no forma parte de la microbiología diagnóstica de rutina, el hvKp puede pasar desapercibido, a menos que los médicos que conocen el cuadro clínico sospechen y soliciten que se remitan los aislamientos para una caracterización o secuenciación más detallada. Muchos médicos de los países de la Región Europea aún no han detectado la presentación clínica y el espectro extendido de la enfermedad por hvKp. Además, un diagnóstico clínico presuntivo dependería de la presentación de las características clínicas típicas de una infección de inicio en la comunidad. Sin embargo, este cuadro clínico puede diferir en pacientes vulnerables en entornos de atención de la salud, lo que probablemente dificulte el diagnóstico clínico del hvKp asociado a la atención de la salud.

## Región del Sudeste Asiático

La Región del Sudeste Asiático ha documentado la convergencia de genes relacionados con la hipervirulencia y la resistencia a los carbapenémicos, un factor crítico que agrava el desafío de controlar las infecciones causadas por hvKp.

En India se han realizado esfuerzos para caracterizar los aislados de *K. pneumoniae* desde 2015. El hvKp resistente a carbapenémicos se identificó en India en 2016 y, posteriormente, se informó su perfil clínico, antibiograma, epidemiología molecular, trayectoria evolutiva y la prevalencia de variantes. La convergencia de mecanismos que aumentan la virulencia y la AMR en *K. pneumoniae* se ha detectado en varias ocasiones. También se han estudiado los roles de la resistencia y estos genes de virulencia en diferentes tipos de *K. pneumoniae*.

Sin embargo, en la mayoría de los países de la Región aún no se ha desarrollado una vigilancia sistemática, lo que dificulta el seguimiento eficaz de los niveles de circulación de estas cepas. A pesar del establecimiento de sistemas nacionales de vigilancia de la AMR en varios países, existen importantes lagunas en las capacidades de diagnóstico y epidemiología, que aún están evolucionando. La detección e identificación de cepas de hvKp dependen en gran medida de la capacidad de laboratorio, que varía ampliamente en toda la región. Muchos laboratorios carecen de los recursos necesarios para realizar la secuenciación genómica o analizar marcadores específicos que indiquen hipervirulencia. En consecuencia, es probable que las infecciones asociadas al hvKp no se detecten ni se notifiquen lo suficiente, lo que oculta el verdadero alcance de la amenaza que plantean.

La distinción tradicional entre el hvKp y el *K. pneumoniae* clásico se ha vuelto más difícil en la Región debido a la cambiante epidemiología del hvKp, que ahora se adquiere con mayor frecuencia en hospitales de pacientes con comorbilidades que en la comunidad. El riesgo de tener una alta prevalencia de la enfermedad también puede aumentar por el aumento de las comorbilidades, especialmente la diabetes, así como por variables contribuyentes como las poblaciones de alta densidad y el acceso inadecuado a una atención médica de alta calidad en la región.

## Región del Pacífico Occidental

En la Región del Pacífico Occidental, debido a la resistencia generalizada a los antibióticos y a la insuficiencia de medidas para prevenir la infección en diversas zonas, es posible que se hayan producido casos de hvKp que no se han reconocido plenamente. Para identificar cepas de hvKp como la ST23 que poseen genes resistentes a los carbapenémicos u otros rasgos significativos de virulencia o resistencia, es necesario realizar pruebas de diagnóstico mejoradas, que no se emplean habitualmente en los laboratorios de microbiología estándar. Varios Estados miembros de esta región tienen la capacidad de realizar pruebas de sensibilidad a los antimicrobianos y detectar cepas de *K. pneumoniae* con resistencia a los carbapenémicos.

## Respuesta de salud pública

La OMS recomienda que los Estados Miembros aumenten progresivamente su capacidad de diagnóstico de laboratorio para permitir la identificación temprana y fiable de la hvKp, así como para reforzar las capacidades de laboratorio en materia de pruebas moleculares y detección y análisis de los genes de virulencia pertinentes, además de los genes de resistencia. La OMS promoverá el fortalecimiento de la conciencia clínica y de salud pública para la detección de cepas de la hvKp y apoyará la elaboración de una definición consensuada de la hvKp, así como de los algoritmos necesarios de detección y confirmación. La OMS seguirá vigilando de cerca los casos y eventos notificados.

## Evaluación de riesgos de la OMS

A nivel mundial, no existe una vigilancia sistemática que permita la identificación rutinaria y la recopilación de información de las cepas de hvKp. Su identificación es un desafío, dado que está determinada por la capacidad de laboratorio disponible para realizar pruebas de secuenciación genómica o análisis de marcadores específicos que pueden indicar hipervirulencia, por lo que la prevalencia de infecciones asociadas a la hvKp puede estar subestimada.

La evaluación del riesgo actual de hvKp a nivel global tiene como objetivo incorporar varios componentes de riesgo, lo que incluye:

- la aparición y transmisión sostenida de hvKp portadora de genes de resistencia a carbapenémicos, considerando el impacto en la salud pública de la resistencia identificada para los eventos relacionados con la AMR;
- el riesgo de propagación geográfica;
- el riesgo de capacidades de control insuficientes con los recursos disponibles; y
- el riesgo de propagación de la resistencia a otras especies bacterianas a través de elementos genéticos móviles.

El riesgo a nivel global se evalúa como moderado considerando que:

1. Las infecciones causadas por la hvKp se han producido tradicionalmente en comunidades de determinadas regiones geográficas (Asia) y se asocian a una elevada morbilidad y mortalidad, así como a una elevada patogenicidad y a una limitada disponibilidad de antibióticos. Sin embargo, informes recientes de la Región Europea y del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) han demostrado la transmisión en entornos sanitarios, y varios estudios de China han informado de conglomerados de infecciones por la hvKp asociadas a la atención sanitaria, lo que pone de relieve la importancia de adoptar medidas estrictas de prevención y control de infecciones (PCI) al gestionar estos casos en entornos sanitarios. Ante la concurrencia de la hipervirulencia y la AMR, se espera que haya un mayor riesgo de propagación de estas cepas tanto a nivel comunitario como hospitalario.
2. Al igual que ocurre con otros mecanismos de resistencia, el riesgo de propagación podría aumentar debido a los elevados movimientos de personas (dentro de países y regiones y entre ellos).
3. Existen opciones de tratamiento antimicrobiano muy limitadas para los aislamientos de hvKp resistentes a carbapenémicos y estas cepas tienen la capacidad de generar brotes.
4. La alta capacidad de conjugación de la hvKp resistente a carbapenémicos (CR-hvKp) y el potencial de una mayor diseminación en entornos clínicos; la hvKp ST23 en particular supera a otras bacterias intestinales, lo que facilita la colonización y la propagación.
5. La detección de la aparición de patógenos multirresistentes o ampliamente resistentes requiere sistemas establecidos de vigilancia de resistencia en laboratorio, así como programas eficaces de prevención y control de infecciones en los centros de atención de la salud.
6. La falta de capacidad de laboratorio contribuye a restringir el diagnóstico de laboratorio, lo que afecta la sensibilidad de la vigilancia. La mayoría de los países afectados no tienen capacidad para realizar diagnósticos en el ámbito clínico, ya que el diagnóstico de laboratorio de las infecciones por la hvKp depende de la disponibilidad de pruebas moleculares.
7. Existe heterogeneidad global en la capacidad de vigilancia de laboratorio para este patógeno; debido a esto, no existe una vigilancia sistemática (detección, seguimiento y notificación) de las infecciones por hvKp en la mayoría de los países o regiones. Los brotes y casos

se documentan de manera no sistemática a través de la vigilancia de laboratorio para la AMR o estudios epidemiológicos retrospectivos, lo que hace que los datos sobre la prevalencia de las infecciones por hvKp sean escasos.

8. La prevención y el control de la CR-hvKp plantea desafíos importantes porque no ha sido posible establecer su grado de diseminación en los países de las diferentes regiones y la información sobre este tema es actualmente limitada.

El nivel de confianza en la información disponible y la evaluación de riesgos a nivel mundial es moderado, dados los desafíos de la vigilancia, la falta de información sobre las tasas de pruebas de laboratorio, la capacidad para rastrear y determinar la escala de la transmisión comunitaria, la brecha en los datos disponibles sobre infecciones, hospitalización y la carga general de la enfermedad.

## Consejos de la OMS

### 1. Conciencia y capacidad de laboratorio para identificar la resistencia a carbapenémicos de la hvKp

- Los países deben fortalecer la conciencia clínica y de salud pública para la detección de la CR-hvKp. El aislamiento de cepas invasivas de *K. pneumoniae* con resistencia asociada a carbapenémicos debe impulsar la consideración de más pruebas (cuando estén disponibles). La capacidad de diferenciar la hvKp de la *K. pneumoniae* clásica es necesaria para un manejo clínico óptimo. Además, los sitios de infección debido a hvKp podrían dictar modificaciones del régimen antimicrobiano para optimizar las concentraciones tisulares (p. ej., próstata, sistema nervioso central) y pueden afectar la duración de la terapia. Esto es aún más importante para la hvKp resistente a los antimicrobianos (p. ej., CR-hvKp) debido a las opciones de tratamiento más limitadas. Existe la necesidad de aumentar la conciencia entre los médicos y los servicios de laboratorio de diagnóstico para detectar infecciones sospechadas por hvKp basadas en el cuadro clínico típico de infecciones por hvKp adquiridas en la comunidad, la propagación inusual de infecciones por *K. pneumoniae* dentro del cuerpo o conglomerados de infecciones por *K. pneumoniae* asociadas a la atención médica relacionadas con una mayor gravedad y mortalidad.
- La OMS, en colaboración con los Estados Miembros, debería aplicar una definición consensuada de la hvKp, ya que actualmente no existe un acuerdo sobre la definición, en parte debido a la diversidad de antecedentes genéticos y la complejidad de los mecanismos de virulencia, lo que da lugar a una falta de comprensión de la prevalencia, la identificación y el diagnóstico de las infecciones por la hvKp. Hasta la fecha, se han caracterizado bien múltiples factores de virulencia y fenotipos, y algunas de estas características sirven como marcador de la hvKp. Hasta que se acuerde una definición consensuada, los países deberían seguir utilizando con cautela los esquemas disponibles actualmente para detectar la hvKp, como la detección de biomarcadores, las puntuaciones de virulencia de Kleborate u otros métodos disponibles.
- Los países deberían reforzar el papel central de los laboratorios nacionales de referencia en las pruebas moleculares y en la detección y análisis de genes de virulencia relevantes, además de los genes de resistencia. Desarrollar métodos y estrategias eficaces para detectar la hipervirulencia en el laboratorio de diagnóstico de rutina, así como definiciones de casos clínicos que ayuden a la detección de muestras para una mejor caracterización.

### 2. Recopilación prospectiva de datos y vigilancia

- Los países deberían desarrollar un sistema de vigilancia (si aún no lo tienen) para la recopilación sistemática de datos microbiológicos y clínicos que incluya las infecciones invasivas y controle el número de casos a nivel nacional, teniendo en cuenta los sitios del cuerpo donde puede estar presente la CR-hvKp, como los ojos (endoftalmitis), los pulmones y el sistema nervioso central.
- Desarrollar algoritmos para la detección, confirmación y caracterización de la hipervirulencia desde la presentación clínica de las infecciones hasta la caracterización genética de los marcadores de virulencia y la interpretación de los resultados, así como una necesidad de un menú de metodologías que permitan a los Estados Miembros detectar estos aislamientos independientemente de los recursos disponibles.
- Evaluar los resultados clínicos, así como crear un sistema de vigilancia para monitorear el tratamiento con antibióticos cuando se sospechan o confirman infecciones por CR-hvKp.
- Los países deben seguir notificando nuevos casos de CR-hvKp a la OMS a través de GLASS-EAR y otros canales mundiales y regionales disponibles.

### 3. Medidas de prevención y control de infecciones (PCI)

- Los centros de atención de la salud deben estar familiarizados con las medidas generales de PCI (precauciones estándar y basadas en la transmisión) requeridas al manejar a todos los pacientes tanto en centros de cuidados agudos como de cuidados a largo plazo.
- Se deben implementar medidas mejoradas de PCI para el manejo rápido de casos sospechosos y/o confirmados y contactos de CR-hvKp tanto en centros de cuidados agudos como de cuidados a largo plazo, de acuerdo con las Directrices y el Manual de implementación de la OMS para prevenir y controlar la propagación de organismos resistentes a carbapenémicos a nivel nacional y de centro de atención de la salud.
- Las medidas de control de PCI intensificadas para CR-hvKp tanto en centros de cuidados agudos como de cuidados a largo plazo son análogas a las medidas de control intensificadas para *K. pneumoniae* clásica resistente a carbapenémicos, por lo tanto los requisitos de control de infecciones descritos en las directrices siguen siendo válidos.

---

*Klebsiella pneumoniae* es una bacteria Gram-negativa perteneciente a la familia Enterobacteriaceae. Se encuentra en el ambiente (incluido el suelo, las aguas superficiales y los dispositivos médicos), en las membranas mucosas de los mamíferos y, en los seres humanos, coloniza la nasofaringe y el tracto gastrointestinal. *K. pneumoniae* es una de las principales causas de infecciones adquiridas en instituciones de atención de la salud a nivel mundial y se ha considerado un patógeno oportunista, ya que generalmente causa infecciones en individuos hospitalizados o inmunodeprimidos. Se estima que *K. pneumoniae* es el agente etiológico de 20-30% de las neumonías nosocomiales en la Región de las Américas y se encuentra entre los tres principales aislados en bacteriemias Gram-negativas intrahospitalarias. *K. pneumoniae* tiene resistencia natural a la ampicilina, debido a la presencia de un gen que codifica una enzima específica ( $\beta$ -lactamasa). Las cepas clásicas de *K. pneumoniae* (cKp) pueden causar infecciones graves, incluidas neumonía, infecciones del tracto urinario e infecciones del torrente sanguíneo (bacteriemia) o meningitis, especialmente cuando infectan a personas inmunodeprimidas.

En las últimas décadas, ha habido un aumento en la adquisición de resistencia a una amplia gama de antibióticos por cepas derivadas de la *K. pneumoniae* clásica. Comúnmente se han identificado dos tipos principales de resistencia a los antibióticos: un mecanismo involucra la expresión de enzimas conocidas como  $\beta$ -lactamasas de espectro extendido (ESBL), que hacen que las bacterias sean resistentes a los siguientes grupos de antibióticos: penicilinas, cefalosporinas y monobactámicos. El otro mecanismo de resistencia es la expresión de otro tipo de enzimas conocidas como carbapenemasas, que hace que las bacterias sean resistentes a todas las  $\beta$ -lactamasas disponibles, otra clasificación de antibióticos que incluye penicilinas, cefalosporinas, monobactámicos y carbapenémicos. Las cepas de *K. pneumoniae* que pueden causar infecciones graves en individuos sanos y que se han identificado con mayor frecuencia en los últimos años se consideran hipervirulentas en comparación con las cepas clásicas debido a su capacidad para infectar tanto a individuos sanos como inmunodeprimidos y debido a su mayor tendencia a producir infecciones invasivas.

# Curso virtual

100% online

Otorga créditos SADI  
Inicio: septiembre

sadi Sociedad Argentina  
de Infectología

mednet

Curso virtual

## Infecciones en el paciente inmunocomprometido

Una realidad en continua evolución

**Directora:**  
Dra. Claudia Salgueira

**Coordinadores:**  
Dr. Diego Torres, Dra. Ana Laborde

**Organiza:** Comisión de Infecciones  
en el Paciente Inmunocomprometido

Con el patrocinio de:



Beneficios  
EXCLUSIVOS!

Cuotas  
SIN INTERÉS

### Programa

Módulo 1 | Los desafíos que nos plantean las terapias target y la inmunoterapia en patología neoplásica. Parte 1

Módulo 2 | Terapias target e inmunoterapia en patología neoplásica. Parte 2. Nuevas moléculas en OH: manejo de situaciones problema.

Módulo 3 | Prevención bajo las nuevas moléculas: anticipándonos al riesgo

Módulo 4 | Infecciones endémicas y emergentes en Latam: manejo y prevención bajo terapias target

Módulo 5 | Ampliando los horizontes en enfermedad autoinmune

Módulo 6 | Cuando los desafíos son grandes en los pacientes pequeños, ¿cómo abordarlos?

Inscríbete aquí con beneficios especiales

**30% OFF**

Por inscripción anticipada

**Cuotas sin interés**

Con Mercado Pago

¡Además, 50% OFF para socios SADI!

sadi Sociedad Argentina  
de Infectología

Completando el curso obtendrás  
un certificado por 100 hs. cátedra  
con **30 créditos SADI**

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a [reporteepidemiologicocba@gmail.com](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.