

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la fiebre hemorrágica argentina

AMÉRICA

- Brasil: Alerta ante un caso de fiebre amarilla en Minas Gerais
- Costa Rica: Solo 11 casos autóctonos de malaria en lo que va del año
- Estados Unidos: Un brote de norovirus en un crucero dejó un centenar de contagiados

- Haití: La lucha contra la rabia para proteger a las comunidades y salvar vidas

- México: Brote de virus Cocksackie infecta a decenas de niños en un jardín de infantes de Tulum

EL MUNDO

- Bangladesh: Aumento de infecciones y muertes por VIH
- Francia: Reportaron una muerte humana por rabia en Perpignan
- Irán: Se reportan unos 500 casos de dengue en los últimos seis meses

- Nepal: Brote de tifus de matorrales en Katmandú

- Palestina: La crisis sanitaria en Gaza se agrava mientras las familias queman plástico para obtener combustible

- Reino Unido: Aumentan los casos de covid con las nuevas variantes Nimbus y Stratus

- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola

- Cuatro gráficos para entender cómo los recortes globales amenazan avances históricos en la lucha contra el sida

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 // EDUARDO SAVIO
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 // SERGIO CIMERMAN
MARIANA MONTAMAT

Patrocinadores

sadi Sociedad Argentina de Infectología



Adherentes



SLAMVI
Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero



GEMICOMED
seimc.org

Comité Nacional de Infectología SAP



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.

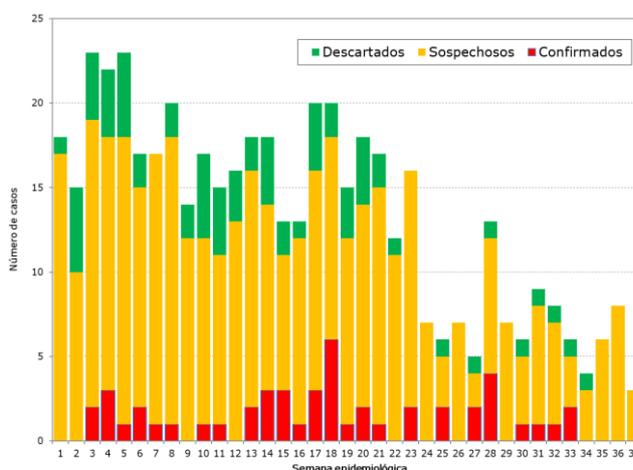
En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 37, se notificaron 492 casos sospechosos de fiebre hemorrágica argentina, de los cuales 49 se confirmaron y 70 fueron descartados. Se notificaron tres fallecimientos entre los casos confirmados para este evento en lo que va de 2025.

Los casos confirmados corresponden a residentes de las provincias de Buenos Aires (18 casos), Santa Fe (16) y Córdoba (15). Estas tres provincias han sido históricamente las más afectadas, y en los últimos cinco años concentraron 38%, 46% y 15% de los casos confirmados, respectivamente. El aumento es más acentuado en Córdoba, mientras que en Santa Fe la situación se mantiene dentro de los valores esperados.

Considerando la tendencia de los últimos cinco años, los casos acumulados en 2025, hasta la SE 37, se encuentran por encima de lo esperado, con un valor similar al registrado hasta la misma SE de 2022.

De los casos confirmados durante el año en curso, 67% son de sexo masculino (33), con una mediana de 35 años de edad (rango de 5 a 71 años). Los casos se concentran mayoritariamente en los grupos etarios comprendidos entre los 25 y 65 años, similar a lo observado en años anteriores.

En 98% de los casos confirmados se registraron los síntomas. Los más frecuentes fueron fiebre (96%), mialgia (85%), cefalea (67%), náuseas (67%) y artralgia (58%).



Casos notificados, según clasificación. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 37. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Provincia	Departamento	2024	2025
Buenos Aires	Benito Juárez	—	1
	Pergamino	3	5
	Ramallo	1	—
	San Nicolás	17	11
	San Pedro	—	1
	Total	21	18
Córdoba	General San Martín	—	3
	Marcos Juárez	1	1
	Unión	—	11
	Total	1	15
Santa Fe	Belgrano	—	2
	Caseros	1	—
	Constitución	8	7
	Rosario	9	4
	Iriondo	—	1
	San Lorenzo	1	—
	San Martín	1	2
	Total	20	16
Total Argentina		42	49

Casos confirmados según provincia y departamento de residencia. Argentina. Años 2024/2025, hasta semana epidemiológica 37. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Vigilancia eco-epidemiológica

La vigilancia eco-epidemiológica de la fiebre hemorrágica argentina tiene como objetivo monitorear la circulación del virus Junín en *Calomys musculinus*, su principal reservorio, y estimar el riesgo de aparición de casos humanos. Dado que la distribución geográfica de este roedor es más amplia que el área endémica reconocida, su seguimiento resulta clave para detectar tempranamente eventos de emergencia en nuevas zonas o de reemergencia en áreas históricas.

En 2025 se realizaron capturas en áreas rurales de Gardey (Buenos Aires, dentro del área endémica) y en Justo Daract (San Luis) y Oliva (Córdoba, fuera del área endémica). Los indicadores de riesgo aplicados, éxito de trampeo y abundancia relativa de *C. musculinus*, mostraron valores de riesgo en Justo Daract y Oliva, mientras que en Gardey el éxito de trampeo se clasificó como de riesgo y la abundancia relativa como alarma.

Las muestras de sangre y cerebro analizadas mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en tiempo real no evidenciaron circulación viral. Sin embargo, la ausencia de detección molecular no descarta circulación focal o subdetectada, y la presencia de indicadores de riesgo dentro y fuera del área endémica refuerza la necesidad de sostener y ampliar la vigilancia eco-epidemiológica, considerando la amplia distribución del reservorio y su potencial de emergencia o reemergencia.

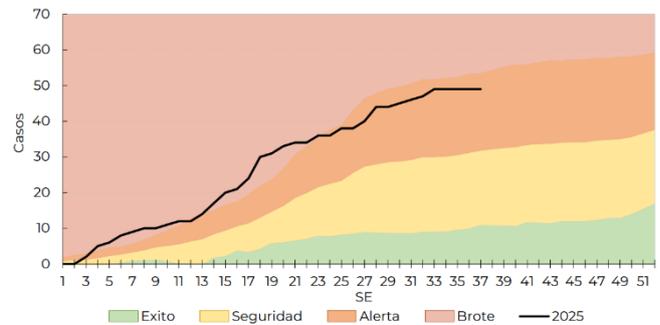
La fiebre hemorrágica argentina, también llamada “mal de los rastrojos”, es una zoonosis viral aguda grave producida por el virus Junín (JUNV), cuyo reservorio es el roedor silvestre de la especie *Calomys musculinus*, conocido vulgarmente como “ratón maderero”. El virus eliminado por los roedores infectados se transmite a las personas por inhalación a través de aerosoles o penetra a través de pequeñas heridas de la piel o mucosas.

La fiebre hemorrágica argentina se caracteriza por alteraciones vasculares, renales, hematológicas, neurológicas e inmunológicas con una letalidad que puede alcanzar el 30%, y que disminuye a valores cercanos a 1% en pacientes tratados con plasma inmune de convaleciente cuando se transfunde dentro de los ocho primeros días desde el inicio de los síntomas.

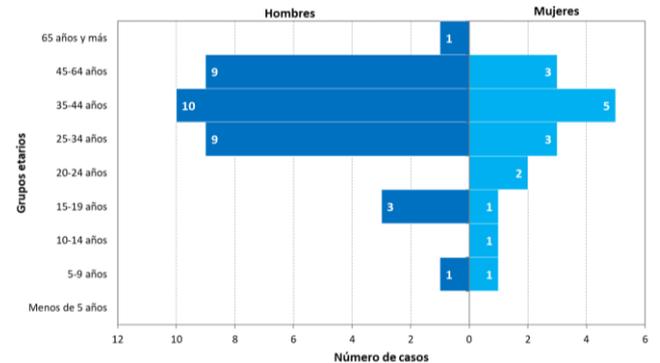
Es una zoonosis endemo-epidémica que comprende regiones de la pampa húmeda de las provincias de Buenos Aires, Córdoba, La Pampa y Santa Fe.

Desde la emergencia de la fiebre hemorrágica argentina en la década de 1950, el área endémica de la enfermedad se ha extendido progresivamente, la población en riesgo se ha incrementado, y los estudios en reservorios indican que podría haber nuevas extensiones, con la posibilidad de reemergencia de la enfermedad en áreas donde no se han registrado casos en los últimos años.

Se trata de una enfermedad prevenible por la vacuna Candid#1, que se incorporó al Calendario Nacional de Vacunación en el año 2007, mediante la Resolución 48/2007. Está indicada para la población que reside o transita el área endémica y es producida en el Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas ‘Dr. Julio Isidro Maiztegui’.



Corredor endémico acumulado. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 37, en base a datos de los años 2020/2026. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



Casos confirmados, según sexo y grupo etario. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 37. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



BRASIL

ALERTA ANTE UN CASO DE FIEBRE
AMARILLA EN MINAS GERAIS

25/09/2025

El 23 de septiembre de 2025, la Secretaría Estatal de Salud de Minas Gerais (SES/MG) fue notificada por el Servicio de Virología y Rickettsiosis de la Fundación 'Ezequiel Dias' (FUNED/LACEN-MG) sobre un resultado detectable de biología molecular (reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa en tiempo real, qRT-PCR) para fiebre amarilla en una muestra de una paciente residente en el municipio de Patos de Minas.

La paciente es una mujer de 67 años con antecedentes de hipotiroidismo. Los síntomas comenzaron el 29 de agosto de 2025, caracterizados por fiebre, síntomas gripales, mialgia y náuseas. Tiene constancia de vacunación contra la fiebre amarilla, con tres dosis registradas. No requirió hospitalización ni se observaron signos de gravedad clínica.

El caso se reportó inicialmente como sospechoso de dengue. Las pruebas de biología molecular realizadas por el Centro Colaborador arrojaron resultados negativos para los virus Dengue, Zika y Chikungunya. De acuerdo con el protocolo de vigilancia centinela, la muestra se envió a la FUNED/LACEN-MG para realizar pruebas ampliadas de detección de otros arbovirus, con un resultado detectable de fiebre amarilla en la prueba de biología molecular (qRT-PCR).

Durante el mismo período, se reportaron dos muertes de primates no humanos en el municipio, cuyos cadáveres se recolectaron y se enviaron para su análisis en laboratorio.

Situación epidemiológica

Durante el período de seguimiento de julio de 2024 a junio de 2025, se confirmaron 19 muertes por fiebre amarilla de primates no humanos en el estado de Minas Gerais. La mayor concentración se produjo en la Unidad Regional de Salud (URS) de Pouso Alegre, que registró 13 muertes confirmadas distribuidas en los municipios de Ipuíuna (2), Sapucaí-Mirim (2), Albertina (1), Camanducaia (1), Córrego do Bom Jesus (1), Delfim Moreira (1), Estiva (1), Paraisópolis (1), Poços de Caldas (1), Pouso Alegre (1) y Toledo (1). Además, se confirmaron cuatro muertes de primates no humanos en la URS de Varginha, tres en el municipio de Virginia y uno en Bependi. También se registró una muerte en la URS de Alfenas, en el municipio de Poço Fundo, y otra en la URS de Ponte Nova, en el municipio de Ponte Nova.

En cuanto a los casos humanos, se confirmaron 15 casos de fiebre amarilla silvestre en Minas Gerais, todos con sitio probable de infección en el estado, con excepción de un caso importado. Los casos autóctonos se registraron en los municipios de Extrema (3), Carmo de Minas (2), Camanducaia (1), Cambuí (1), Gonçalves (1), Maria da Fé (1), Monte Sião (1), Poços de Caldas

(1), Pouso Alegre (1), Sapucaí-Mirim (1), Silvianópolis (1) y Soledade de Minas (1). El caso importado fue notificado en Minas Gerais, pero el paciente era residente de Bragança Paulista (São Paulo), con sitio probable de infección en el municipio de Joanópolis (São Paulo).

Costa Rica presenta una disminución en los casos autóctonos de malaria, pues en lo que va del año solo se han registrado 11, según informó el Ministerio de Salud.

Esto representa una disminución de 94,5%, en comparación con el mismo período del año anterior.

La malaria es una enfermedad transmitida por la picadura del mosquito *Anopheles* infectado con el parásito *Plasmodium*, y ha estado presente en Costa Rica desde el siglo XVIII, especialmente en la Vertiente Caribe.

Este avance hacia la eliminación de esta enfermedad en el país, se debe a las acciones intensificadas en la búsqueda activa de casos, diagnóstico oportuno y tratamiento inmediato en las zonas de transmisión y áreas con riesgo de brotes.

De esta forma, Costa Rica se podría convertir en el tercer país de Centroamérica en alcanzar la eliminación de la malaria, después de El Salvador y Belice.

Actualmente Costa Rica forma parte de la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Malaria (IREM), Por esta razón, desde 2023 se implementa una serie de acciones en aras de disminuir los casos, tales como la administración masiva de medicamentos antimaláricos en zonas estratégicas; la capacitación y despliegue de agentes comunitarios de salud, quienes realizan pruebas diagnósticas en fincas, pulperías y otros espacios de difícil acceso, acercando la atención a las poblaciones vulnerables; y la incorporación de pruebas rápidas de diagnóstico por parte del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social.

En el marco de esta iniciativa, el país implementará el uso de la tafenoquina, un tratamiento de cura radical en dosis única que acelera la eliminación de la malaria. Se trata específicamente de 300 dosis, las cuales fueron donadas por el gobierno de Brasil.

“Este es un paso histórico hacia la eliminación de la malaria, fruto del esfuerzo de los funcionarios del Programa de Manejo Integrado de Control de Vectores. La incorporación de la tafenoquina permitirá una respuesta más eficaz ante casos importados y reducirá el riesgo de reintroducción del parásito *Plasmodium vivax* en nuestro territorio”, externó la ministra de Salud, Mary Denisse Munive Angermüller.





El Programa de Saneamiento de Buques (VSP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) informó sobre un brote de norovirusis a bordo del crucero 'Serenade of the Seas' de Royal Caribbean International.



El crucero inició su travesía desde San Diego el 19 de septiembre, la que finalizó en Miami el 2 de octubre de 2025. El brote de norovirusis fue informado al VSP el 28 de septiembre.

El crucero llevaba a bordo 1.874 pasajeros, de los que enfermaron 94 (5,0%). De un total de 883 tripulantes, cuatro (0,5%) informaron estar enfermos durante el viaje.

Los síntomas predominantes fueron diarrea y vómitos.

Acciones en respuesta al brote

- En respuesta al brote, Royal Caribbean International y la tripulación del crucero informaron las siguientes acciones:
- Fortalecimiento de los procedimientos de limpieza y desinfección de acuerdo con su plan de prevención y respuesta a brotes.
- Recolección de muestras de materia fecal de los casos de enfermedades gastrointestinales para su análisis.
- Aislamiento de los pasajeros y miembros de la tripulación enfermos.
- Consulta con el VSP sobre los procedimientos de limpieza sanitaria y el informe de casos de enfermedad.

El VSP está monitoreando la situación de forma remota, incluida la revisión de los procedimientos de respuesta al brote y saneamiento del barco.

En julio pasado, en la remota localidad de Butête, en el sur de Haití, Jonás¹, un niño de 9 años, perdió la vida a causa de la rabia.

Cuando un perro callejero lo mordió en la pierna, la herida parecía leve. Como muchas familias que viven lejos de centros de salud, su madre no sabía que la atención inmediata era fundamental. Al cabo de una semana, el niño comenzó a sentirse débil y dejó de comer. Para cuando llegó al hospital más cercano, ya presentaba síntomas inequívocos de rabia, como espasmos musculares intensos e hidrofobia. Poco después, Jonás falleció rodeado de su familia.



El niño es la víctima más reciente de esta enfermedad mortal –pero prevenible– que ya ha cobrado cuatro vidas en lo que va del año. Los datos de vigilancia recopilados entre 2022 y 2024 en Haití muestran que el virus de la rabia sigue representando una grave amenaza para la salud pública: las autoridades sanitarias investigaron más de 8.000 casos sospechosos de rabia en perros. De estos, más de 1.100 fueron considerados probables y 46 fueron confirmados en laboratorio. Durante el mismo periodo, se registraron 24 casos humanos sospechosos y ocho muertes confirmadas.

Vigilancia, investigación y respuesta

Tan pronto como Jonas fue hospitalizado, se activó la Red Nacional de Vigilancia del Ministerio de Salud Pública y Población. Con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), esta red nacional de personal de campo y recursos –incluidos los asistentes de epidemiología en cada departamento y los trabajadores de salud conocidos como “labo-moto”, personal de enfermería encargado de recolectar muestras en motocicletas– actuó rápidamente.

Un equipo de respuesta integrado por personal de los Ministerios de Salud Pública y de Agricultura fue desplegado a Butête para verificar que ninguna otra persona de la comunidad hubiera estado expuesta al virus. La familia del niño fue monitoreada de cerca y recibió profilaxis posexposición. El equipo también inspeccionó el área donde habían muerto la perra y sus crías. La investigación recomendó organizar una campaña de vacunación canina en la comuna, fortalecer la vigilancia y mejorar el acceso a la vacuna humana contra la rabia como tratamiento posexposición.

Una de las enfermedades zoonóticas más letales del mundo

En el marco del Día Mundial contra la Rabia –que se conmemora cada 28 de septiembre– y bajo el lema: ‘Actúa ahora: tú, yo, la comunidad’, la OPS recordó que la rabia sigue siendo una

¹ El nombre ha sido cambiado para proteger su identidad.

de las enfermedades zoonóticas más mortales del mundo, con un estimado de 59.000 muertes cada año, 40% de ellas en menores de edad.

En las Américas, gracias al compromiso de los Estados Miembros, la participación comunitaria, la colaboración regional y el apoyo técnico de la OPS, la región logró una reducción de 98% en los casos de rabia humana transmitida por perros, pasando de 300 casos en 1983 a solo 10 casos reportados en el último año.



Los avances alcanzados en los últimos 40 años reflejan el impacto positivo de estos esfuerzos conjuntos, lo que acerca cada vez más a la región a la eliminación de la rabia humana de origen canino (variantes 1 y 2 del virus).

Interrumpiendo la cadena de transmisión en Haití

Para frenar la propagación del virus en Haití, en agosto se lanzó una campaña de vacunación canina en cuatro departamentos priorizados, con el objetivo de vacunar a unos 140.000 perros –incluidos perros callejeros y comunitarios– y, al mismo tiempo, aumentar la concientización pública sobre la prevención de la rabia.

En el marco de la [Iniciativa de Eliminación de la OPS](#) –que busca eliminar más de 30 enfermedades y condiciones relacionadas para 2030–, la campaña está liderada por el Ministerio de Agricultura, Recursos Naturales y Desarrollo Rural de Haití, con apoyo técnico de la oficina de la OPS en el país, el Centro Panamericano de Fiebre Aftosa y Salud Pública Veterinaria (PANAF-TOSA), y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

Como parte de la preparación, se capacitó a cuatro coordinadores departamentales, 17 coordinadores comunales y más de 480 auxiliares veterinarios, que luego fueron desplegados en 240 equipos en zonas prioritarias de los departamentos de Artibonite, Centre, Nord-Est y Nord-Ouest. Una innovación clave este año es el uso de una aplicación móvil para registrar a los perros vacunados, lo que permite recolectar datos en tiempo real, monitorear la cobertura y mejorar la calidad de la información.

“Vacunar a los perros a gran escala protege directamente a las comunidades humanas, especialmente a los niños. Es una acción sencilla pero vital que salva vidas”, explicó el Dr. Oscar Martín Barreneche, representante de la OPS en Haití. “La rabia es letal, pero 100% prevenible”.

Fortaleciendo la resiliencia a largo plazo

Alcanzar una cobertura de vacunación estimada de 80% en la población canina objetivo, como recomiendan el Programa Regional de Eliminación de la Rabia de la OPS y los Directores de Programas de Rabia de las Américas (REDIPRA), se espera que reduzca significativamente la circulación del virus en los perros. La campaña también busca aumentar la conciencia sobre la prevención de la rabia y promover respuestas adecuadas ante mordeduras de animales sospechosos de estar infectados.

“A pesar de los desafíos y limitaciones derivados de la situación de seguridad y la inestabilidad general del país, consideramos esta campaña de vacunación como un éxito importante”,

afirmó el doctor Haïm Joseph Corvil, Coordinador de la Unidad de Protección del Ministerio de Agricultura, Recursos Naturales y Desarrollo Rural.

El frágil sistema de salud pública y veterinaria de Haití, sumado a la inseguridad persistente y el acceso limitado a ciertas zonas, dificulta los esfuerzos sostenidos para controlar la rabia. Sin embargo, y pese a estos obstáculos, con un compromiso constante y una fuerte colaboración entre el gobierno, las comunidades locales y los socios internacionales, Haití puede avanzar significativamente hacia la eliminación de la rabia y evitar futuras tragedias como la de Butête.



Se encendió una alerta epidemiológica en Quintana Roo tras confirmarse un brote de virus Coxsackie que afectó a 32 niños en un jardín de niños en Tulum. El plantel educativo debió cerrar sus puertas temporalmente para cortar la cadena de contagios.

Este caso refleja una problemática mayor: en lo que va de 2025 se han reportado más de 500 casos confirmados o sospechosos de esta enfermedad en todo el estado. El Coxsackie es altamente contagioso: provoca fiebre, llagas dolorosas en la boca y un sarpullido con ampollas en manos y pies.

Afecta principalmente a menores de cinco años y se propaga fácilmente en lugares cerrados como guarderías y escuelas.

Preocupación nacional por los contagios

El brote de Tulum es el más reciente, pero muchos estados han reportado incidentes similares. En el Estado de México, en abril de 2025 se confirmaron ocho casos en un preescolar de Santiago Miltepec. Esta situación viene de una ola de contagios previa, donde Hidalgo documentó cerca de 400 casos en 2024 y Tlaxcala reportó más de 300. Más recientemente se confirmaron brotes en Campeche, 23 casos en Calkiní, y en Oaxaca, demostrando que la enfermedad sigue muy activa en la mayoría del país.

El virus Coxsackie forma parte del género *Enterovirus*, dentro de la familia Picornaviridae. Es un virus que comparte características con otros enterovirus humanos como el poliovirus y el virus de la hepatitis A. Se divide en dos grandes grupos, Coxsackie A y Coxsackie B, cada uno con múltiples serotipos que difieren en sus manifestaciones clínicas y tropismo tisular. Su nombre proviene de la ciudad de Coxsackie, en New York, donde fue identificado por primera vez en la década de 1940.

Estos virus se transmiten fundamentalmente por vía fecal-oral, aunque también pueden propagarse a través de secreciones respiratorias y superficies contaminadas. Son altamente contagiosos y tienen una mayor incidencia en la infancia, dado que los niños suelen presentar menor higiene de manos y contacto cercano en guarderías o escuelas. La estacionalidad es marcada, con picos de circulación durante los meses de verano y principios del otoño en climas templados, aunque en regiones tropicales pueden mantenerse activos durante todo el año. Su capacidad de persistir en el ambiente, especialmente en agua y superficies, contribuye a la propagación comunitaria.

Los virus Coxsackie son responsables de un espectro amplio de enfermedades, desde cuadros leves hasta afecciones graves y potencialmente mortales. El grupo Coxsackie A suele asociarse con la herpangina y con la enfermedad de manos, pies y boca, en la que aparecen vesículas dolorosas en esas localizaciones. También puede producir conjuntivitis hemorrágica aguda. Por su parte, los virus Coxsackie B se relacionan más frecuentemente con miocarditis y pericarditis, siendo responsables de inflamación del corazón que puede llegar a comprometer la función cardíaca. Asimismo, pueden causar pleurodinia epidémica o “enfermedad de Bornholm”, caracterizada por dolor torácico súbito e intenso debido a inflamación de los músculos intercostales. Ambos grupos, A y B, pueden producir meningitis aséptica y encefalitis, lo que demuestra su capacidad neurotrópica.

En la mayoría de los casos, la infección es autolimitada y cursa con síntomas leves, semejantes a los de un resfriado común o una gripe viral, acompañados en ocasiones de manifestaciones cutáneas o digestivas. Sin embargo, en lactantes y personas inmunocomprometidas, la infección puede evolucionar de forma severa, con riesgo de complicaciones cardíacas, neurológicas o sistémicas. Los brotes en recién nacidos suelen tener una elevada mortalidad, dado que el sistema inmune aún es inmaduro y la replicación viral puede ser rápida y diseminada.

No existe tratamiento antiviral específico para los virus Coxsackie. La atención se centra en medidas de soporte, hidratación, control de la fiebre y manejo de los síntomas. En los casos de miocarditis grave, puede ser necesario el soporte hemodinámico o incluso el uso de dispositivos de asistencia ventricular. La prevención se basa en la higiene, con énfasis en el lavado frecuente de manos, la desinfección de superficies y la correcta manipulación de alimentos y agua potable. A diferencia del poliovirus, para el cual se desarrolló una vacuna eficaz, no se dispone aún de inmunización específica contra los virus Coxsackie, aunque se están investigando candidatos vacunales en el contexto de la enfermedad de manos, pies y boca, que afecta a millones de niños cada año, sobre todo en Asia.

Desde la perspectiva de salud pública, los virus Coxsackie representan un desafío por su elevada transmisibilidad, la diversidad de síndromes que provocan y la ausencia de tratamiento o vacuna específica. En regiones donde la vigilancia epidemiológica es limitada, los brotes pueden pasar desapercibidos, a pesar de su impacto en la población infantil. En los últimos años, la investigación también ha explorado el posible vínculo de las infecciones por Coxsackie B con la aparición de diabetes tipo 1, dado que la infección del páncreas podría inducir una respuesta autoinmune contra las células beta.



BANGLADESH

AUMENTO DE INFECCIONES Y MUERTES POR VIH

29/09/2025

En contraste con la disminución global de las infecciones y muertes por VIH, Bangladesh está siendo testigo de un preocupante aumento tanto de casos como de muertes, una tendencia que ha suscitado preocupaciones en materia de salud pública.

El país registró 1.438 casos de VIH y 326 muertes por esta infección el año pasado. Las cifras muestran un marcado aumento con respecto a 2023, cuando 1.276 personas dieron positivo y 266 fallecieron, según datos de la Dirección General de Servicios de Salud (DGHS).



Un conductor de rickshaw bangladesí pasa junto a un cartel de concienciación sobre el sida y el VIH en Dacca.

En los primeros seis meses de este año, se reportaron 882 casos positivos de VIH, lo que indica un aumento adicional en las infecciones, dijo un funcionario de la DGHS, y agregó que aún se deben compilar datos sobre muertes relacionadas con el VIH en 2025.

Los funcionarios de salud atribuyeron el aumento de las infecciones al aumento de las pruebas y dijeron que alrededor de 23% de las personas que potencialmente viven con VIH aún desconocen su estado de salud.

Temen que la falta de financiación para los servicios preventivos pueda provocar un mayor aumento de la tasa de positividad y dificultar que el país alcance el objetivo de eliminar el sida para 2030.

La expiración de un programa gubernamental en junio del año pasado causó graves interrupciones en los servicios preventivos, como la distribución de condones, agujas y jeringas entre poblaciones clave, incluidas las personas que se inyectan drogas, las trabajadoras sexuales y las personas transgénero, señalaron los funcionarios.

En total, estos grupos comprenden 322.000 personas y representaron la mitad de los casos de VIH el año pasado.

En Bangladesh, el primer caso de VIH se detectó en 1989. El número total de casos de VIH positivos fue de 12.422 hasta el año pasado. De ellos, 2.412 fallecieron.

En descenso global, pero en aumento en Bangladesh

La detección del primer caso de VIH en Estados Unidos en 1981 provocó una respuesta de salud pública mundial.

Los esfuerzos de las comunidades y los gobiernos redujeron las infecciones por VIH en 40% y las muertes relacionadas con el sida en 56% a nivel mundial desde 2010, según la Actualización Mundial sobre el Sida 2025 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA).

El número mundial de infecciones por VIH fue de 2,9 millones y las muertes relacionadas con el sida de 1,8 millones en el año 2000. Las cifras disminuyeron a 1,3 millones y 630.000 respectivamente el año pasado, muestra el informe del ONUSIDA.

Pero el número de casos y muertes aumentó gradualmente en Bangladesh durante las últimas décadas, dijeron funcionarios del Programa Nacional contra la Tuberculosis, la Lepra y el Sida/ITS (TB-L y ASP) del DGHS.

Un funcionario dijo que la expansión de las pruebas de detección del VIH en muchos distritos ha llevado a un aumento en la detección de casos en los últimos tiempos.

Durante la última década, el número de pruebas de VIH aumentó a 1,6 millones desde 83.356 en 2016. Además, otro millón de personas se sometieron a pruebas de VIH como parte del examen de salud estándar durante el período.

Los datos de la DGHS muestran que 77% de las personas potencialmente infectadas por el VIH conocían su estado de salud el año pasado.

Según el objetivo establecido por el ONUSIDA en 2014, el 95% de las personas que viven con el VIH deberían conocer su estado serológico en 2030.

Servicios interrumpidos

Como el plazo para la prueba del TB-L y ASP finalizó en junio del año pasado, la DGHS ahora tiene que depender de donantes extranjeros para continuar con las pruebas y la medicación de los pacientes con VIH en centros especializados.

“Sin embargo, los servicios preventivos están sufriendo interrupciones debido a la escasez de fondos”, dijo un funcionario de la DGHS, y agregó que las poblaciones clave siguen fuera de cobertura en 25 distritos.

Zubaida Nasreen, subdirectora del Programa de Sida e ITS, dijo que hay una brecha entre el número real de personas VIH positivas y aquellas que potencialmente viven con el VIH.

“Estas personas siempre estuvieron ahí, pero el aumento en las pruebas ahora las está haciendo visibles”, dijo Zubaida, también exdirectora de línea del Programa TB-L y ASP.

Agregó que la expiración del programa causó algunas interrupciones en los servicios preventivos, pero sería inexacto afirmar que 25 distritos no tienen cobertura.

“Una propuesta de proyecto de desarrollo preparada por la DGHS está pendiente de aprobación. Una vez aprobada, se prestarán servicios preventivos sin interrupciones”, añadió.

Un ciudadano argelino residente en Pia, en el departamento de Pyrénées-Orientales, falleció a causa de la rabia en el Centro Hospitalario de Perpignan. “Este caso, hospitalizado el 18 de septiembre tras presentar síntomas compatibles con la rabia, falleció el 25 de septiembre. El diagnóstico de rabia fue confirmado por el Centro Nacional de Referencia para la Rabia del Instituto ‘Dr. Louis Pasteur’”, comunicó el centro médico.

El 1 de octubre, el infectólogo Julian Cornanglia, del hospital de Perpignan, indicó que “las muestras muestran una cepa de tipo canino”, subrayando que aún no se conocen ni el lugar ni la fecha de contagio. “Lo más probable es que el origen del contagio sea una mordedura de perro”, añadió este médico del Departamento de Enfermedades Infecciosas del hospital de Perpignan. “La investigación está rastreando los movimientos del paciente durante el último año, ya que el periodo de incubación del virus de la rabia puede ser largo”, continuó el infectólogo.

El caso regresaba de un viaje a Marruecos, donde podría haber sido mordido o arañado por un animal. Las escarificaciones observadas en su espalda podrían dar una pista, pero el origen exacto aún no se ha determinado. Se está llevando a cabo una investigación epidemiológica, coordinada por la Agencia Regional de Salud (ARS) de Occitanie y el Instituto Pasteur.

“El paciente, un hombre de entre 30 y 40 años, de origen norteafricano, trabajaba en un vivero de Perpignan. Al llegar, presentó síntomas de hidrofobia, propios de la rabia. Posteriormente, sufrió convulsiones. Por lo tanto, fue ingresado en la unidad de cuidados intensivos, sedado y sometido a coma inducido debido a las convulsiones, pero no se logró estabilizar su estado. Se ha abierto una investigación epidemiológica para determinar las causas del contagio. No se comunicarán más detalles, por respeto a la familia del paciente”, explicó el Centro Hospitalario de Perpignan.

Cornanglia indicó que una decena de personas de su departamento fueron vacunadas por precaución y llamó a la población a no entrar en pánico porque “la rabia no se transmite de persona a persona”. El día antes de la muerte del paciente, durante el tratamiento, una enfermera recibió una aerosolización en su brazo, por lo que fue incluida de inmediato en el protocolo de vacunación antirrábica.

Ningún personal que atendió al paciente fue puesto en cuarentena. La ARS de Occitanie y la Autoridad Nacional de Salud de Francia visitaron el centro para supervisar los procedimientos y garantizar la seguridad de los equipos.

Este caso ilustra la persistencia de un riesgo para la salud relacionado con los viajes y el traslado de animales no vacunados. Un caso como este es extremadamente raro en Francia, pero plantea problemas de salud pública que merecen ser puestos en conocimiento de la población.

La rabia prácticamente ha desaparecido en Francia. La última muerte causada por esta enfermedad se registró en el Hospital Universitario de Reims, en el departamento de Marne, el 9 de octubre de 2023. La víctima había sido mordida por un gato montés durante un viaje al Magreb unas semanas antes.

Desde principios del presente año iraní, que comenzó el 21 de marzo, hasta el 27 de septiembre, se han diagnosticado un total de 497 casos de dengue en el país, según el Ministerio de Salud.

Chabahar, con 445 personas infectadas, registra el mayor número de casos, de los cuales 25 se relacionaron con viajes; los pacientes se infectaron en Pakistán. Se detectaron otros 43 casos en Bandar Abbas, dos de los cuales se infectaron en Pakistán.

Además, se reportaron dos casos en Zahedan y otros dos en Iranshahr. En Teherán y Birjand, se reportó un caso en cada uno.

Se ha registrado la presencia de los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus* en el país. *Ae. aegypti* es un mosquito más invasivo y común en Irán. Debido a su fisiología, se recomienda a las personas en las zonas con casos usar ropa que cubra la mayor parte del cuerpo durante las dos primeras horas de la mañana y dos horas antes de la noche.

Entre 40% y 80% de los pacientes con dengue presentan síntomas leves o asintomáticos. Mediante prácticas sanitarias adecuadas, los casos de dengue pueden reducirse en 70%.

Ae. aegypti se informó por primera vez en la provincia de Hormozgan en 2019. Ahora, se encuentra en las provincias de Hormozgan, Sistán-Baluchestan (Chabahar y Konarak), Bushehr y Fars.

La otra especie, *Ae. albopictus*, se ha observado en las provincias del norte y el noroeste, incluidas Gilan, Mazandaran, Ardabil, Azerbaiyán Oriental y Zanja.

Hace unos días, un hombre de 40 años ingresó en el Hospital Sukraraj de Enfermedades Tropicales e Infecciosas (STIDH) con un historial de cinco días de fiebre, dolor de cabeza intenso, dolor en las articulaciones, ojos rojos y náuseas. El examen reveló una escara en su muslo derecho; también refirió dificultad para respirar al hacer ejercicio. Las pruebas serológicas confirmaron el diagnóstico de tifus de los matorrales. De manera similar, una mujer de 30 años ingresó en el STIDH con un historial de cinco días de fiebre alta, dolor de cabeza y dolor abdominal intenso. También refirió experimentar una notable dificultad para respirar. Otra paciente ingresó en el STIDH con un historial de siete días de fiebre, que también había desarrollado dificultad para respirar antes del inicio de la fiebre. Todos estos pacientes eran residentes de Katmandú.



Anteriormente, la mayoría de los casos de tifus de los matorrales en Nepal se reportaban en zonas suburbanas o rurales. Sin embargo, en las últimas semanas, el laboratorio del STIDH detectó diariamente docenas de casos positivos de la enfermedad entre pacientes febriles en Katmandú, lo que indica un brote poco común, pero de rápida aparición. En otras palabras, Katmandú enfrenta actualmente uno de sus mayores brotes de tifus de los matorrales.

La enfermedad, causada por la bacteria *Orientia tsutsugamushi*, se transmite a los humanos a través de la picadura de larvas de ácaros infectados, comúnmente conocidos como niguas, cuyos principales huéspedes son los roedores. Un estudio realizado por el Consejo de Investigación Sanitaria de Nepal detectó niguas en 25% de los roedores muestreados, lo que destaca un importante potencial de brote. Dado que los roedores son comunes en los hogares de Katmandú, es muy probable que se produzcan brotes en el futuro.

La enfermedad, causada por la bacteria *Orientia tsutsugamushi*, se transmite a los humanos a través de la picadura de larvas de ácaros infectados, comúnmente conocidos como niguas, cuyos principales huéspedes son los roedores. Un estudio realizado por el Consejo de Investigación Sanitaria de Nepal detectó niguas en 25% de los roedores muestreados, lo que destaca un importante potencial de brote. Dado que los roedores son comunes en los hogares de Katmandú, es muy probable que se produzcan brotes en el futuro.

Los síntomas del tifus de los matorrales suelen aparecer de cinco a 20 días después de la exposición a un ácaro infectado, con un período de incubación promedio de 10 a 12 días. Fiebre elevada, sarpullido, dolor de cabeza intenso, ojos rojos, linfadenopatías, náuseas, vómitos y sudoración profusa son los principales signos y síntomas de la enfermedad. Curiosamente, se observó dificultad respiratoria en casi todos los pacientes, un síntoma que los profesionales de la salud a menudo pasan por alto, debido quizás a que por lo general se presenta de forma leve y no está incluido en los libros de texto médicos estándar.

En el brote actual, se observaron escaras en uno de cada tres pacientes. De hecho, muchos pacientes no las notan, probablemente debido a que aparecen en lugares poco visibles o inusuales del cuerpo.

El tifus de los matorrales suele alcanzar su pico máximo durante la temporada de monzones, coincidiendo con la circulación de otras enfermedades infecciosas como el dengue, la leptospirosis, la fiebre tifoidea y la malaria. Por consiguiente, los síntomas primarios suelen superponerse, lo que dificulta la distinción clínica basada únicamente en los síntomas. Sin embargo,

la presencia de fiebre alta, disnea y escara sugiere firmemente el tifus de los matorrales, aunque las pruebas serológicas siguen siendo esenciales para confirmar el diagnóstico. Actualmente no existe una vacuna contra esta enfermedad, la que puede tratarse eficazmente con antibióticos, fácilmente disponibles en Nepal.

Otro problema preocupante es la creciente tendencia a la coinfección con el virus del dengue. Actualmente, el virus del dengue circula junto con el del tifus de los matorrales en Katmandú. Como resultado, a muchos pacientes con fiebre se les diagnostica una infección dual. Recientemente, dos pacientes febriles de la misma familia dieron positivo tanto para tifus de los matorrales como para dengue. Sus síntomas clínicos se asemejaban a los del tifus de los matorrales, mientras que los hallazgos de laboratorio, como leucopenia, aumento de las enzimas hepáticas y trombocitopenia, fueron compatibles con dengue. Ambos pacientes se recuperaron sin complicaciones y sin necesidad de hospitalización.

Algunos estudios han demostrado que la coinfección con tifus de los matorrales y dengue puede provocar enfermedades más graves, como neumonía, meningoencefalitis y síndrome de disfunción multiorgánica. Si bien las coinfecciones se observan cada vez más en Katmandú, aún no se ha observado un aumento significativo de casos graves. Sin embargo, no se puede descartar la posibilidad de que se presenten casos graves a causa de estas coinfecciones el próximo año.

Las razones de la creciente tendencia del tifus de matorral en áreas urbanas como Katmandú no se comprenden completamente, aunque se cree que varios factores contribuyen. Es probable que la rápida urbanización, el cambio climático y el mayor contacto entre roedores y humanos sean las causas de este incremento. Los comportamientos humanos, como visitar parques, hacer jardinería o hacer senderismo en áreas montañosas cercanas, también aumentan el riesgo de exposición a los ácaros, que habitan en arbustos y pastos. Sin embargo, las actividades en interiores no evitan el tifus de los matorrales, ya que los roedores son comunes en los hogares de Katmandú. Docenas de personas que se presentan al STIDH con mordeduras de roedores resaltan la prevalencia de roedores en la ciudad. La mayoría de los pacientes no informan realizar actividades al aire libre, lo que sugiere que la transmisión puede ocurrir en interiores en lugar de limitarse a la exposición al aire libre, como se suponía anteriormente.

En general, Katmandú está experimentando actualmente un brote de tifus de los matorrales tras un largo intervalo. También existe una tendencia creciente a la coinfección, ya que el dengue circula junto con el tifus de los matorrales. Si bien aún no se ha observado una enfermedad grave por coinfección, no se puede descartar esta posibilidad en los próximos días. En Katmandú, la transmisión del tifus de los matorrales podría ocurrir predominantemente en interiores, en lugar de a través de actividades al aire libre, como lo informa la mayoría de los pacientes. Sin embargo, se necesitan más estudios para confirmar o refutar esta observación.

El tifus de los matorrales es una enfermedad infecciosa aguda causada por la bacteria intracelular *Orientia tsutsugamushi*. Su transmisión ocurre a través de la picadura de larvas de ácaros del género *Leptotrombidium*, conocidos popularmente como “ácaros rojos”, que actúan como vectores y reservorios naturales del microorganismo. La enfermedad es endémica en la llamada “zona tsutsugamushi”, que abarca amplias regiones de Asia, el Pacífico y parte del norte de Australia, donde constituye un problema importante de salud pública.

Tras la inoculación, el periodo de incubación suele ser de 6 a 21 días. El cuadro clínico se inicia de forma súbita con fiebre alta, escalofríos, cefalea intensa y dolores musculares. Una lesión característica es la escara en el sitio de la picadura, que consiste en una úlcera necrótica rodeada de eritema, aunque no siempre está presente. Posteriormente puede aparecer una erupción maculopapular generalizada, acompañada de linfadenopatías. Sin tratamiento, la enfermedad puede complicarse con neumonía, encefalitis, miocarditis o insuficiencia multiorgánica, alcanzando una elevada mortalidad.

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, sobre todo en pacientes con antecedente de exposición en áreas rurales o selváticas endémicas. La confirmación puede realizarse mediante serología o técnicas moleculares como la reacción en cadena de la polimerasa. El tratamiento de elección es la doxiciclina, eficaz tanto en adultos como en niños, y la azitromicina constituye una alternativa en embarazadas.

En ausencia de vacuna, las medidas preventivas se centran en evitar la exposición a los ácaros mediante ropa protectora, repelentes y control ambiental de la vegetación donde habitan.



Los médicos de Gaza advirtieron de un aumento de las enfermedades respiratorias, ya que las familias, privadas de suministros básicos, queman plástico y cartón para cocinar y mantenerse calientes. Afirman que el brote empeorará a menos que se permita la entrada de medicamentos, combustible y alimentos vitales en el territorio devastado.



Um Muhammad al-Masri, desplazada de la ciudad norteña de Beit Hanoun, nunca se separa de su inhalador para el asma. Afirma que sin él moriría. El humo llena su tienda, donde tiene un primitivo horno alimentado con basura.

“Me recetaron medicamentos, pero no podía pagarlos, así que la [UNRWA](#) [el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente] me dio este inhalador”, explicó.

“Cuando siento que me ahogo, mis hijos gritan y me llevan corriendo al hospital”.

¿Qué debo hacer?

El inhalador debería durar más de dos semanas, pero ella lo necesita con tanta frecuencia que tiene que comprar uno nuevo cada tres días. “¿Qué debo hacer?”, se pregunta.

“Tengo hijos e hijas que cuidar. No puedo permitirme dejar de usar el horno. Estoy embarazada y paso todo el día sentada frente al humo”.

También Aisha al-Ra'i tiene varios hijos y está embarazada de nuevo. Igualmente ella tiene que mantener el horno encendido todos los días a pesar de padecer una enfermedad crónica.

Sus hijas la ayudan a recoger restos de plástico y cartón para usar como combustible a primera hora de la mañana. Sus hijos y su marido, que está lesionado, la ayudan a encender el fuego.

“Rezamos para que esta terrible experiencia termine y podamos volver a nuestras vidas”, dice entre lágrimas. “Esperamos que las condiciones de vida mejoren y que la gente comprenda nuestro sufrimiento”.

Trabajamos porque necesitamos comer

“Trabajo como panadera con mi marido, Abu Mohammed”, dice Um Muhammad Abu Zuaiter. “Llevamos un año y medio dedicándonos a esta profesión y nos ha causado graves problemas de salud a los dos. Tengo hipertensión, diabetes, una hernia discal y necesito un inhalador”.

Um Mohammed cuenta que sufrió un derrame cerebral durante el último Ramadán, pero no puede dejar de trabajar.

“Trabajamos porque necesitamos comer. Tenemos hijos pequeños en nuestra tienda que necesitan ir todos los días a los puntos de distribución de ayuda. Mis hijos han resultado heridos

dos veces. Tenemos dos hijas mayores que padecen pérdida auditiva. Rezamos a Dios para que nos dé salud”.

El Dr. Khalil Al-Daqrán, portavoz del Ministerio de Salud de Gaza, afirma que el uso de plásticos en los hornos de arcilla está provocando la propagación de neumonía y asma.



“Mientras Israel sigue manteniendo cerrados los pasos fronterizos e impidiendo la entrada de combustible y gas para cocinar, las mujeres de la Franja de Gaza han recurrido al uso de papel usado y plástico para cocinar y preparar pan en hornos de arcilla. Esto provoca la emisión de humos y gases tóxicos, lo que causa la propagación de enfermedades respiratorias entre la población y supone un grave riesgo para la salud pública en la Franja de Gaza”.

Hospitales incapaces de proporcionar tratamiento

El Dr. Al-Daqrán añade que los hospitales de Gaza no pueden prestar servicios sanitarios a estos pacientes debido a la escasez de medicamentos y suministros médicos básicos.

“Esta situación requiere la intervención urgente de la comunidad y las organizaciones internacionales para presionar a Israel a que permita la entrada de medicamentos esenciales, suministros médicos, combustible y alimentos”.

Gaza está siendo testigo de una crisis humanitaria cada vez más grave a medida que continúan los combates, lo que obliga a cientos de miles de personas desplazadas a depender de medios rudimentarios para sobrevivir.

La Organización de Naciones Unidas está dispuesta a proporcionar más ayuda esencial, pero siguen existiendo demasiados obstáculos para permitir el suministro a la escala necesaria.

Nuevas cepas del SARS-CoV-2 están circulando este otoño en el Reino Unido. XFG, llamado Stratus por algunos, y NB.1.8.1, conocido como Nimbus, son ahora las variantes más comunes que circulan en el país, [según los funcionarios](#).

Los expertos afirman que estos no parecen representar una amenaza mayor que los tipos anteriores del coronavirus ni hacer que las personas se sientan más enfermas.

Pero los cambios genéticos recientes pueden hacer que las infecciones sean más probables.

Es habitual que los virus evolucionen a medida que se propagan entre las personas a lo largo del tiempo. Cuando los cambios se vuelven significativamente diferentes, los nuevos tipos de virus se conocen como variantes.

Según algunos [informes](#), en los últimos casos puede haber síntomas reveladores: voz ronca o dolor de garganta como una cuchilla de afeitar.

La covid todavía puede causar una amplia gama de síntomas, que incluyen dolor de cabeza, tos, congestión o secreción nasal y agotamiento, lo que dificulta distinguirla de un resfrío o una gripe.

Si alguien cree que tiene covid, debe evitar el contacto con personas vulnerables y quedarse en su casa, si es posible. Si presenta síntomas y necesita salir, se recomienda usar barbijo. Lavarse las manos con frecuencia y usar y desechar pañuelos desechables en los contenedores puede reducir la propagación de esta y otras enfermedades respiratorias.

Según el Real Colegio de Médicos de Cabecera, las tasas de covid están [aumentando en todo el Reino Unido](#), especialmente entre los muy jóvenes y los ancianos.

Los [ingresos hospitalarios](#) relacionados con la covid también están aumentando.

Pruebas y vacunación

Las personas mayores de 75 años pueden vacunarse gratuitamente contra la covid a través del Sistema Nacional de Salud. Esto puede ofrecer una buena protección, incluso contra las nuevas variantes, según la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA).

Se instó a las personas a reservar sus vacunas contra la influenza y el virus sincitial respiratorio, ya que los casos comienzan a aumentar antes del invierno.

“Es normal que los virus muten y cambien, y a medida que dispongamos de más datos sobre estas variantes, comprenderemos mejor cómo interactúan con nuestro sistema inmunitario y cómo optimizar nuestra protección, así como las medidas que podemos tomar para mantener a los más vulnerables a salvo y vivir nuestras vidas con la mayor normalidad posible”, afirmó la UKHSA.

“Lo más importante es que quienes son elegibles reciban su vacuna cuando corresponde”.

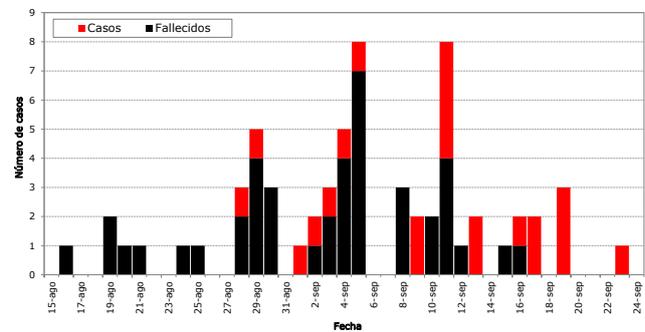
El Dr. Alex Allen, epidemiólogo consultor de la UKHSA, añadió: “Según la información disponible hasta el momento, no hay evidencia que sugiera que las variantes provoquen una enfermedad más grave o que las vacunas actualmente en uso sean menos eficaces contra ellas”.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que es posible contraer la covid de nuevo incluso si se la ha tenido recientemente o se ha vacunado. Las reinfecciones suelen ser leves, pero puede sentirse mal y aun así contagiar el virus a otras personas.

Las pruebas de covid ya no están ampliamente disponibles de forma gratuita, pero las farmacias todavía las venden.

Varias farmacias y clínicas privadas también venden las vacunas contra la covid. El precio varía, y algunas cobran alrededor de 135 dólares por una sola dosis.

El brote de la enfermedad del virus del Ébola en la República Democrática del Congo continúa, con indicios de una notable disminución de la transmisión. Desde el 23 de septiembre de 2025, se han notificado siete nuevos casos, seis confirmados y uno probable (validado retrospectivamente). Los nuevos casos se detectaron en tres áreas sanitarias de la Zona Sanitaria de Bulape: Bulape (4 casos), Mpianga (2) y Dikolo (1). Durante el mismo período, se produjeron siete fallecimientos entre casos recién identificados y previamente hospitalizados. Los fallecimientos notificados se distribuyeron entre las áreas sanitarias de Dikolo (3 fallecimientos), Bulape (2), Mpianga (1) y Bulape Comunitaire (1).



Casos y muertes confirmados y probables. Zona Sanitaria de Bulape, provincia de Kasai, República Democrática del Congo. Del 15 de agosto al 24 de septiembre de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Hasta el 28 de septiembre de 2025, se habían notificado un total de 64 casos (53 confirmados y 11 probables), incluyendo 42 fallecimientos (31 confirmados, 11 probables) en la Zona Sanitaria de Bulape, provincia de Kasai. La tasa de letalidad es de 65,6%. En total, se han notificado cinco casos confirmados entre el personal sanitario, incluyendo tres fallecimientos. El brote se limita a seis áreas de salud afectadas de las 21 que conforman la Zona Sanitaria de Bulape.

Hasta la fecha, los casos se presentan en edades comprendidas entre los 0 (recién nacidos) y los 65 años. Desde el inicio del brote, la mayoría de los casos se han notificado en mujeres (37 casos; 57,8%), niños de 0 a 9 años (16 casos; 25,0%) y personas de 20 a 29 años (15 casos; 23,4%). La mortalidad también se ha concentrado en estos grupos, representando las mujeres más de la mitad de las muertes reportadas (24 muertes; 57,1%) y los niños menores de 10 años (13 muertes; 31,0%). La tasa de mortalidad infantil (TMI) es ligeramente mayor en hombres (66,7%) que en mujeres (64,9%). En las últimas dos semanas, se han reportado solo dos casos en niños de 0 a 9 años. Se ha observado una tendencia decreciente en la TMI con el tiempo gracias a la mejora en la vigilancia (detección temprana y aislamiento de casos) y la calidad de la gestión de casos (tratamiento oportuno y de alta calidad).

Al 28 de septiembre de 2025, un total de 1.787 contactos estaban en seguimiento, de los cuales 1.735 (97,1%) fueron atendidos en las últimas 24 horas. Nueve casos fueron tratados con éxito y dados de alta tras su recuperación, mientras que 13 se encontraban en tratamiento al 28 de septiembre de 2025.

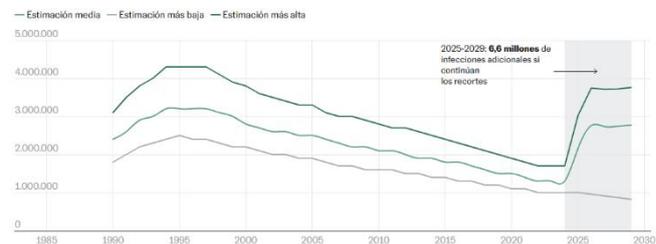
Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

La batalla contra el VIH se encuentra en un punto de inflexión: la ciencia ha puesto al alcance de la humanidad herramientas capaces de cambiar el curso de la epidemia, pero las decisiones políticas, que han dejado sin fondos a programas de lucha contra el virus en decenas de países, amenazan con desandar lo logrado. Si nada cambia y no se revierten los recortes, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) alertó de que en 2029 puede haber 6,6 millones de infecciones adicionales y 4,2 millones más de muertes relacionadas con la enfermedad.

En 2024, los datos confirmaron progresos históricos, con un descenso de 40% en nuevas infecciones y de 56% en muertes relacionadas con el sida respecto de 2010, según el ONUSIDA. Además, la comunidad científica celebró la llegada de una innovación revolucionaria: el lenacapavir, un antirretroviral inyectable desarrollado por la farmacéutica Gilead, lanzado en 2021 para tratar casos multirresistentes y que el año pasado se abrió paso como la herramienta de prevención más eficaz conocida. Su administración semestral demostró una protección de 99,9%, superior a los preservativos o a la profilaxis preexposición (PrEP) oral. Por primera vez, la posibilidad de reducir drásticamente los contagios hacía imaginable el fin de la epidemia.

“La respuesta contra el sida ha sido posiblemente la operación multilateral concertada entre países y donantes más exitosa que se recuerde, porque hemos pasado de una pandemia con una mortalidad altísima que dejó esperanzas de vida en algunos países por debajo de los 50 años a otra con una trayectoria descendiente, que en la mayoría de los países está cerca del control epidémico descrito por la Organización Mundial de la Salud (OMS)”, afirmó Jaime Atienza Azcona, director del departamento de Prácticas de financiación equitativa del ONUSIDA.

Sin embargo, recordó que la meta de 2030 –lograr que el VIH deje de ser una amenaza para la salud pública– ya estaba lejos el año pasado: “En 2024 se registraron 1,3 millones de nuevas infecciones, cuando el objetivo era bajar de 500.000. Hay avances, pero no al ritmo necesario”. El ONUSIDA estima que el horizonte deseable sería alcanzar el denominado “95-95-95”: que 95% de las personas que viven con el virus conozcan su estado, 95% de ellas reciba tratamiento y 95% de las tratadas logren suprimir la carga viral. Aunque se ha progresado, los porcentajes aún distan de cumplirse.



Nuevas infecciones cada año de VIH. 40,8 millones de personas vivían con VIH en 2024. Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.



Muertes relacionadas con el sida. Se calculan más de 39 millones de fallecidos desde que empezó la pandemia de VIH a principios de la década de 1980. Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.

“El momento actual es una encrucijada, es un momento clave en el que deben tomarse decisiones importantes para sostener los avances que hemos hecho en los últimos 20 años, ir salvando vidas pese a las turbulencias y aprovechar las oportunidades que nos dan las nuevas herramientas, especialmente el lenacapavir”, corroboró Françoise Vanni, directora de Relaciones Exteriores y Comunicación del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

La expectativa creada en torno al lenacapavir, recientemente autorizado por Estados Unidos y Europa, aumentó exponencialmente la semana pasada, cuando Unitaid, la iniciativa internacional que trabaja por el acceso a los tratamientos en países de bajos recursos, y la Fundación Gates anunciaron sendos acuerdos con dos laboratorios indios para reducir el precio del medicamento. La versión genérica estará disponible a 40 dólares por año y por persona en 120 países de ingresos bajos y medios a partir de 2027. En Estados Unidos, por ejemplo, el lenacapavir tendría un precio de 28.000 dólares por persona y por año. Esta “democratización del acceso al medicamento”, fue celebrada como un “acto de justicia” por Vanni, ya que, según los estudios de Unitaid, normalmente los medicamentos tardan años en llegar al Sur Global.

Y mientras los genéricos llegan, también hubo iniciativas positivas para acelerar la llegada del lenacapavir al Sur Global. Concretamente, el Fondo Mundial llegó a un acuerdo con Gilead a mediados de este año para suministrar este medicamento a un precio que no se ha hecho público, a hasta dos millones de personas en países de ingresos bajos y medios. Este plan está cofinanciado por el Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Sida (PEPFAR), que reafirmó parcialmente su compromiso con esta iniciativa a principios de septiembre, sin que esté claro el alcance, y otros socios e iniciativas públicas y privadas, como la Fundación del Fondo de Inversión para la Infancia.

“El objetivo de enviar a algunos países africanos las primeras dosis a finales de este año o inicios de 2026 se mantiene”, afirmó Vanni, explicando que la entidad ha identificado 10 países con los que va a empezar a implementar este acuerdo, entre ellos Mozambique, Nigeria, Uganda, Kenia o Zimbabue. Según Vanni, todo el sistema “debe desplegarse para una implementación exitosa del lenacapavir”. Eso incluye la financiación y el compromiso creciente de algunos países para colmar en parte los recortes de fondos, como es el caso de España, que a fines de junio anunció que contribuirá con 145 millones de euros al Fondo Mundial para el periodo 2026-2028.

“Cruel ironía”

Sin embargo, a pesar de que la ciencia multiplica las oportunidades, la política puede multiplicar los obstáculos. “Es una cruel ironía que, justo en este momento, que contamos con una innovación revolucionaria como el lenacapavir, estemos viendo una retirada mundial de la financiación, lo que amenaza con borrar décadas de progreso. La ciencia no nos está fallando; son las decisiones políticas las que lo hacen”, estimó Carmen Pérez Casas, responsable estratégica de VIH y pandemias en Unitaid.

A comienzos de 2025, el Congreso de Estados Unidos dejó en suspenso la continuidad del PEPFAR. “La nueva estrategia plantea priorizar medicamentos, recursos humanos y la implementación temprana del lenacapavir”, explicó Atienza Azcona, que lamenta que el resto de la respuesta contra el VIH está en riesgo. “No sabemos cuánto va a ser el total de los recursos que Estados Unidos invertirá en 2025, pero todo parece que va a estar por debajo del 50% del año anterior”, aclaró.

Además de la incertidumbre sobre la continuidad del PEPFAR, el cierre de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), paralizó de golpe salarios de sanitarios y programas de prevención y tratamiento en decenas de países, especialmente en África subsahariana, donde se concentra 50% de las nuevas infecciones y residen dos tercios de las personas portadoras del virus.

Los resultados son catastróficos. “Las infecciones han pasado de 3.500 por día a 5.800 desde enero”, afirmó Winifred Karagwa Byanyima, directora del ONUSIDA. Y, si no se cubre la brecha que provocó la retirada de los fondos estadounidenses, el ONUSIDA calcula que en 2029 puede haber 6,6 millones de infecciones adicionales y 4,2 millones más de muertes relacionadas con la enfermedad.

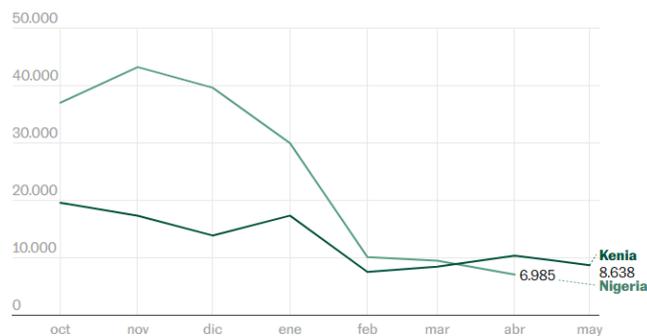
“El impacto ha sido muy fuerte”, advirtió Atienza Azcona. “En África subsahariana, 60% de la respuesta al VIH dependía de donantes, y 73% de esa financiación provenía del gobierno estadounidense”, afirmó. “Las organizaciones comunitarias han sido las más golpeadas. Son las que llegan a colectivos estigmatizados –hombres que tienen sexo con hombres, prostitutas, consumidores de drogas– que a menudo no acuden a los sistemas públicos de salud. La interrupción de su trabajo supuso que miles de personas dejaran de ser diagnosticadas, tratadas o acompañadas. Aunque los medicamentos seguían en los almacenes, desapareció el servicio que los hacía llegar a quienes los necesitaban”, señaló el experto del ONUSIDA.

Por ejemplo, hasta ahora, la prevención más eficaz y asequible frente al VIH son las píldoras diarias de profilaxis previa a la exposición (PrEP), pero según recientes [estudios científicos](#), 41% de las personas que seguían este tratamiento lo dejaban en los primeros seis meses, y el porcentaje aumentaba en los países del sur de África, donde rozaba el 50%. No obstante, tras los recortes de la administración de Estados Unidos, el consumo de la PrEP se ha desplomado en varios países africanos, como Nigeria y Kenia, según los datos recopilados por el ONUSIDA.

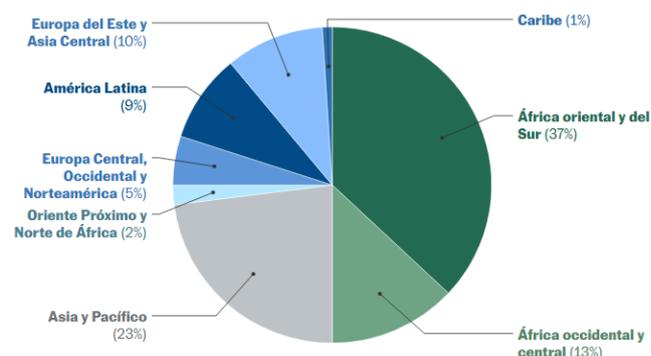
“El costo de la inacción ya es evidente: las iniciaciones de PrEP oral han caído hasta 65% en algunos países, mientras que las interrupciones del tratamiento van en aumento debido a la inseguridad del suministro y a la limitada atención fuera de los centros centralizados, dejando a las comunidades más vulnerables expuestas a un empeoramiento de los ciclos de transmisión”, estimó Pérez Casas, de Unitaid.

Pero el daño no se limita a la asistencia. También se ha visto comprometido el seguimiento epidemiológico. En varios países africanos, los sistemas de recolección y almacenamiento de datos, esenciales para planificar la respuesta, funcionaban gracias a fondos de Estados Unidos. Con su retirada, se ha perdido información crítica sobre quiénes estaban bajo tratamiento, cuáles eran las zonas con más contagios o cómo evolucionaba la epidemia.

Nunca antes la humanidad había estado tan cerca de doblegar al virus. “Si detenemos las nuevas infecciones, acabaremos con el sida”, subrayó recientemente Byanyima. Sin embargo, coinciden los expertos, esa oportunidad solo se materializará si la comunidad internacional responde con la misma determinación política y financiera que mostró en los últimos 20 años.



Personas que toman profilaxis previa a la exposición. Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.



Nuevas infecciones de VIH por regiones en 2024. El 50% de los nuevos contagios se concentran en África subsahariana. Fuente: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.

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 aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.