

CÓRDOBA

- General Cabrera: Alerta por brote de triquinosis

ARGENTINA

- Situación epidemiológica del tétanos

AMÉRICA

- Chile: Un caso de hantavirus en la Región del Maule
- Chile: Preocupación por la alta tasa de murciélagos con rabia en O'Higgins

- Ecuador: Más de 2.600 casos de tos convulsa con 43 muertes relacionadas en lo que va del año

- El Salvador: Se registraron 10 casos de leishmaniosis cutánea en lo que va del año

- Estados Unidos: Brotes de enfermedad de manos, pies y boca en 40 escuelas de Maryland

- Panamá: Alertan sobre la propagación de la fiebre de Oropouche en siete regiones del país

- Perú: Alarma por el incremento de casos de infección por VIH en el pueblo Awajún

- República Dominicana: La amenaza de la leptospirosis tras el paso de la tormenta Melissa

EL MUNDO

- España: Situación epidemiológica excepcional tras la dana en Valencia

- Europa: La región registra más muertes por VIH que hace 15 años

- Japón: Aumento de casos de neumonía por *Mycoplasma pneumoniae*

- Senegal: Menos trabajadores comunitarios y acceso a tratamientos por el recorte de la ayuda para la lucha contra el VIH

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 PRYLKA // 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.



GENERAL CABRERA

ALERTA POR BROTE DE TRIQUINELOSIS

28/10/2025

Las autoridades sanitarias de General Cabrera activaron una investigación tras la detección de al menos seis casos sospechosos de triquinelosis, una enfermedad parasitaria asociada al consumo de carne de cerdo sin controles bromatológicos. Otros seis posibles contagios están bajo estudio.

El secretario de Seguridad Ciudadana y Bromatología, Silvestre Borra, confirmó que “los síntomas fueron muy fuertes” y que uno de los pacientes, un menor, ya fue dado de alta en el hospital de Río Cuarto.



“Por ahora no hay diagnósticos confirmados, pero estamos trabajando con el Ministerio de Salud y el Laboratorio de Alimentos de la Provincia para determinar el nexo entre los casos”, explicó.

Según Borra, las primeras entrevistas epidemiológicas apuntan a faenas realizadas de manera privada y sin los protocolos de seguridad sanitaria. “Desalentamos totalmente estas prácticas. Es comprensible que en tiempos de crisis se busque abaratar costos, pero no puede ser a costa de la salud”, remarcó.

Desde el área municipal recordaron que la triquinelosis no se transmite entre personas, sino por consumo de carne o chacinados contaminados. El funcionario advirtió además que el riesgo se incrementa con productos como salames, jamones o bondiolas que no reciben cocción superior a los 72°C, único método eficaz para eliminar el parásito.

“Hay medios para hacer las faenas de forma segura y con controles veterinarios. Lo que no puede seguir ocurriendo es que la gente oculte información o mantenga prácticas clandestinas”, insistió Borra.

El municipio pidió a los vecinos que ante síntomas compatibles –como fiebre, dolores musculares o hinchazón facial– concurren de inmediato a los centros de salud.

La vigilancia de los eventos de notificación obligatoria (ENO) inmunoprevenibles tiene como objetivo detectar, notificar, investigar y analizar los casos de enfermedades prevenibles mediante vacunación, a fin de orientar acciones de control, eliminación o erradicación. Estas enfermedades incluyen, entre otras, sarampión, rubéola, síndrome de rubéola congénita, tos convulsa, difteria, tétanos, poliomielitis y parotiditis. Se basa en la notificación inmediata de casos sospechosos por parte de los servicios de salud, seguida de la investigación epidemiológica correspondiente y la toma de muestras para su confirmación en laboratorio. Cada evento cuenta con definiciones de caso específicas que permiten su identificación oportuna y la clasificación final según criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio. Los datos generados se integran con la información sobre coberturas de vacunación, lo que permite detectar brechas de inmunización, orientar campañas de refuerzo, prevenir brotes e identificar áreas de riesgo.

Los casos de tétanos son un evento de notificación obligatoria en Argentina, conforme a lo establecido por la Ley N° 15.465 y la Resolución N° 2827/2022 del Ministerio de Salud de la Nación. Según lo estipulado en el Manual de Normas y Procedimientos para la Vigilancia y el Control de los Eventos de Notificación Obligatoria, la vigilancia del tétanos debe realizarse bajo modalidad individual. Esta vigilancia incluye el registro de datos clínicos, epidemiológicos y de tratamiento, a fin de permitir el análisis oportuno de la situación, la planificación de recursos y la implementación de estrategias preventivas y asistenciales.

El análisis de esta enfermedad, si bien de baja incidencia en la actualidad, resulta prioritario para garantizar el sostenimiento de la eliminación del tétanos neonatal y prevenir la reemergencia del tétanos en otras edades, enfermedades prevenibles mediante vacunación sistemática y refuerzos adecuados.

Tétanos neonatal

En Argentina, el tétanos neonatal se encuentra eliminado: no se registran casos confirmados ni sospechosos desde el año 2007.

Para sostener la eliminación del tétanos materno y neonatal, resulta fundamental mantener coberturas adecuadas de vacunación en embarazadas, así como garantizar controles prenatales oportunos y de calidad. Asimismo, es indispensable que todos los partos sean asistidos por personal de salud calificado, ya sea médico u obstétrico. En paralelo, debe fortalecerse la promoción de la salud mediante estrategias de educación dirigidas a madres, equipos obstétricos y personal sanitario, con el fin de prevenir prácticas de riesgo y asegurar cuidados adecuados en el período perinatal.

Tétanos en otras edades

En Argentina entre los años 2000 y 2024 se notificaron 190 casos confirmados de tétanos en otras edades con un promedio de 7,6 casos por año, a excepción de 2021, cuando no se registraron casos.

Las coberturas de vacunación en los menores de 6 meses se mantuvieron por encima de 90% hasta el año 2017. A partir del mencionado año la tendencia se mantuvo constante en descenso, alcanzando el menor valor en 2020, probablemente a causa de la pandemia de covid. En 2021 se observó una leve recuperación de las coberturas.

En el periodo 2019/2024 se confirmaron 29 casos de tétanos en 12 jurisdicciones del país, con un mínimo de 4 casos en 2024 y un máximo de 7 en 2019 y 2022. La tasa cada 1.000.000 de habitantes a nivel nacional fue de 0,1.

De los 29 casos de tétanos confirmados, 18 (62,1%) correspondió a personas de sexo masculino. Se registraron 7 casos (24,1%) en mayores de 80 años, y 4 casos (13,8%) en menores de 10 años. Solo en 8 casos (27,6 %) se consignó información acerca de los antecedentes epidemiológicos: siete casos presentaron antecedentes de traumatismo cortopunzante y uno refirió uso de drogas inyectables. Respecto de la inmunización, únicamente tres casos contaban con esquemas incompletos; en el resto no se registraron antecedentes vacunales.

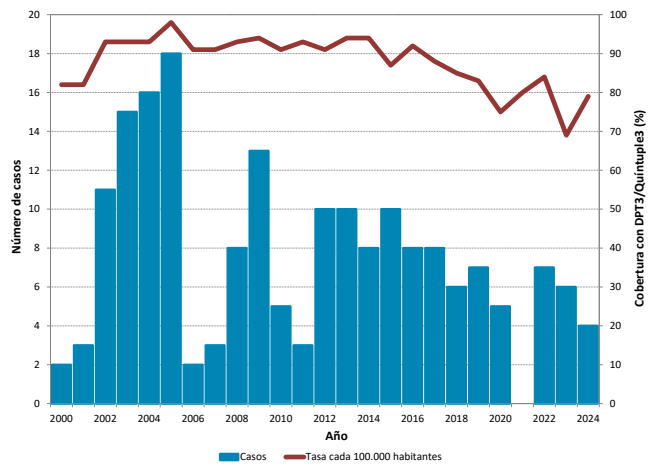
Se notificaron tres casos fallecidos durante el período analizado, todos de sexo femenino, mayores de 80 años y residentes en la Región Centro. Todos requirieron internación en unidad de cuidados intensivos, dos de los casos requirieron asistencia respiratoria mecánica y uno recibió tratamiento con inmunoglobulina humana antitetánica.

Situación epidemiológica en 2025

En el año en curso, hasta la semana epidemiológica (SE) 42, se notificaron 4 casos en 4 jurisdicciones, con requerimiento de internación en unidad de cuidados intensivos, mayores de 60 años, en los que se consignó haber recibido gammaglobulina humana antitetánica (en 3 casos), antecedente de herida cortopunzante (3 casos), sin antecedentes de vacunación y un fallecido.

Cobertura de vacunación

Durante el período 2019/2024, las coberturas nacionales de vacunación se mantuvieron entre 70% y 80%, mientras que los refuerzos de los 15–18 meses, ingreso escolar y 11 años mostraron mayor variabilidad y valores inferiores.



Casos confirmados de tétanos en otras edades y cobertura de vacunación con DPT3/Quíntuple3, según año, Argentina. Años 2000/2024. Fuente: Dirección de Epidemiología y la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud de Argentina. (N=190).

Provincia/Región	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	—	—	—	—	1	—
Buenos Aires	4	2	—	5	2	1
Entre Ríos	—	1	—	—	—	1
Santa Fe	—	—	—	1	—	—
Centro	4	3	—	6	3	2
Corrientes	—	1	—	—	1	—
Misiones	—	—	—	1	—	1
Noreste Argentino	—	1	—	1	1	1
Jujuy	—	—	—	—	1	—
Salta	1	—	—	—	—	—
Santiago del Estero	1	1	—	—	—	—
Noroeste Argentino	2	1	—	—	1	—
La Pampa	1	—	—	—	—	1
Tierra del Fuego	—	—	—	—	1	—
Sur	1	—	—	—	1	1
Total Argentina	7	5	—	7	6	4

Casos notificados de tétanos en otras edades, según año y jurisdicción. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=29).

El año 2023 marcó un punto de inflexión, con un descenso en la cobertura de los refuerzos y de la vacuna dTpa en embarazadas, pero que coincide con la implementación del registro nominal, que no se utilizaba previamente; esto último podría traducirse en una aparente caída de la cobertura nacional. En 2024, las coberturas retomaron una tendencia ascendente, lo que sugiere una progresiva consolidación del nuevo sistema de registro.

El sostenimiento de coberturas adecuadas es esencial para prevenir tanto el tétanos neonatal como el tétanos en otras edades. En el caso del tétanos neonatal, la vacunación oportuna de las embarazadas con dTpa y las prácticas obstétricas seguras han permitido mantener la eliminación del evento en el país. Por otra parte, en el tétanos de otras edades, las mayores tasas de incidencia se observan históricamente en adultos mayores, lo que refuerza la importancia de los refuerzos decenales y la indicación oportuna de la vacuna antitetánica en casos de heridas tetanógenas.

El tétanos es una enfermedad neurológica aguda causada por una neurotoxina producida por *Clostridium tetani*, que prolifera en el sitio de una lesión. La mortalidad es potencialmente elevada y el tratamiento requiere hospitalización. La pronta administración de toxoide tetánico y gammaglobulina antitetánica pueden contribuir a disminuir su severidad.

Esta bacteria, ampliamente distribuida en el ambiente, penetra en el organismo a través de heridas contaminadas, quemaduras, úlceras, abscesos o procedimientos invasivos realizados sin condiciones adecuadas de higiene. La enfermedad se caracteriza por rigidez muscular progresiva, espasmos dolorosos y compromiso respiratorio, y presenta una alta letalidad en ausencia de tratamiento oportuno. No es transmisible de persona a persona.

La serie completa de toxoide tetánico tiene una eficacia de casi 100% para prevenir la enfermedad. Sin embargo, los niveles de antitoxina disminuyen con el tiempo. Diez años después de la última dosis, la mayoría de las personas tienen niveles de antitoxina que solo se acercan al nivel mínimo de protección, es por esta razón que se recomiendan refuerzos de rutina cada 10 años.

En Argentina, los menores de 7 años deben recibir una serie primaria con un esquema de tres dosis con componente tetánico (quíntuple o séxtuple), a los 2, 4 y 6 meses y refuerzos a los 15-18 meses (quíntuple), al ingreso escolar (triple bacteriana). La dosis del ingreso escolar no es necesaria si la cuarta dosis se aplicó después de que el niño haya cumplido 4 años de vida. A los 11 años todos los adolescentes deben recibir un refuerzo de triple bacteriana acelular (dTpa). El personal de salud que asiste a menores de 12 meses debe recibir una dosis de vacuna triple bacteriana acelular (dTpa) con refuerzos cada 5 años.

Las embarazadas deben recibir una dosis de vacuna triple bacteriana acelular del adulto –que protege contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa– en todos los embarazos, independientemente de su estado inmunitario y de las vacunas recibidas anteriormente. Esta vacuna es segura y eficaz. Para que la protección sea la adecuada debe aplicarse a partir de la semana 20 de gestación.

En el caso de personas no vacunadas, se le aplica una serie primaria de tres dosis de toxoides tetánico y diftéricos adsorbidos (dT para adultos). Las primeras dos dosis se aplican a intervalos de 4 a 8 semanas, y la tercera dosis, de seis meses a un año después de la segunda.

El tétanos neonatal es una forma clínica particular que afecta a recién nacidos y constituye una de las principales causas prevenibles de mortalidad neonatal en contextos de vulnerabilidad. En la mayoría de los casos, se produce por la contaminación del cordón umbilical con esporas de *C. tetani*, habitualmente en embarazadas no inmunizadas, en el marco de partos antihigiénicos y/o prácticas deficientes de higiene posnatal. La presentación clínica suele iniciarse entre el tercer y el décimo día de vida, con dificultad para succionar, trismos, rigidez y espasmos generalizados.



CHILE

UN CASO DE HANTAVIROSIS
EN LA REGIÓN DEL MAULE

28/10/2025

Un caso de hantavirosis fue detectado en el Hospital Provincial 'San Juan de Dios' de Curicó, activando de inmediato el protocolo ministerial de traslado de paciente crítico.

El paciente, un hombre de 62 años, ingresó al servicio de Urgencias el 26 de octubre, presentando dificultad respiratoria y baja saturación.

La médica Lidia Mújica, jefa de turno de la Unidad de Paciente Crítico del Hospital Provincial de Curicó, confirmó que el equipo médico practicó un examen rápido que arrojó positivo para hantavirus.



Debido a la inestabilidad de la condición hemodinámica del paciente y el riesgo de que el complejo cuadro clínico desencadene en una falla cardiopulmonar severa, se activó el protocolo para su derivación a un centro de mayor complejidad.

“Se activó el protocolo ministerial como ordenanza para ser derivado a un centro de mayor complejidad que cuente con un equipamiento para oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), por si en algún momento llegase a requerirlo”, explicó Mújica.

El destino fue el Hospital Clínico Regional 'Dr. Guillermo Grant Benavente' de Concepción, único centro que cuenta con la tecnología ECMO necesaria para sobrellevar la grave infección.

El equipo médico que se hizo cargo del traslado arribó a bordo de un helicóptero al helipuerto del Hospital Provincial de Curicó cerca de las 15:40 horas del 27 de octubre, llevando vía terrestre al paciente a Concepción para continuar su proceso de recuperación en dicho centro.

Hasta ahora, no existe claridad sobre el lugar donde se produjo la infección del trabajador. La información disponible indica que el paciente estuvo expuesto a materiales contaminados de roedores (heces u orina) en su desempeño laboral.

Actualmente, el Hospital Provincial de Curicó está realizando una investigación epidemiológica para dar trazabilidad a los movimientos del paciente a comienzos de mes. Además, la segunda muestra para corroborar el diagnóstico está siendo analizada por el Instituto de Salud Pública, cuyos resultados podrían conocerse el 28 de octubre.

La Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud de la región del Libertador General Bernardo O'Higgins se encuentra monitoreando un aumento de la tasa de rabia en murciélagos testeados en la zona: van 21 casos positivos en lo que va del año.

La autoridad sanitaria reportó cuatro nuevos casos: dos en San Vicente, uno en Rancagua y otro más en Mostazal. De un total de 210 casos analizados este 2025, un total de 21 murciélagos dieron positivo para rabia, lo que representa una positividad de 10%.



La secretaria regional ministerial de Salud de la región, Dra. Carolina Torres Pinto, comentó que “se mantiene un porcentaje de positividad de cerca de 10%. Recordamos a las personas que los murciélagos son una especie que está protegida porque tienen una función para la agricultura y, por tanto, deben ser tratados con el debido respeto”.

“Cuando un murciélago tiene una conducta errática que pudiera hacer sospechar de una afectación al sistema neurológico, que es lo que se afecta cuando tienen rabia, deben ser capturados, tomarlos de manera cuidadosa y hacerla llegar a nuestras oficinas de acción sanitaria para que esta sea analizada en el Instituto de Salud Pública”, agregó.

En este sentido, la jefa de la cartera de Salud regional sostuvo que “la SEREMI tiene el rol de la vigilancia de esta enfermedad y lo está cumpliendo, se están ejecutando las acciones de perifocos que ya están programados para garantizar que los animales de compañía tengan su vacuna al día”.

Piden un cambio de protocolos de muestreos para la rabia

El biólogo Juan Luis Allendes, magíster en Ciencias y presidente del Programa para la Conservación de Murciélagos en Chile, comentó que la “cifra de 10% de positividad para rabia es muy alta”.

El experto comentó que para tomar las muestras, los murciélagos son capturados y sacrificados. Si el animal da positivo, todas las colonias cercanas son sacrificadas. En tanto, si es negativo, se aplica una exclusión pasiva.

“Es urgente que las autoridades cambien el protocolo de control de la rabia en murciélagos, porque este procedimiento está diezmando sus poblaciones en ciudades y entornos rurales”, comentó, añadiendo que existen métodos de toma de sangre que no contemplan la muerte del murciélago testado.

Respecto a la alta tasa de positividad, manifestó que “este porcentaje se explica por un control de rabia ineficaz”.

“Los murciélagos comen absolutamente todos los insectos plaga de la agricultura, las eliminaciones masivas impedirán que las colonias se recuperen”, cerró.

Desde el Instituto de Salud Pública detallan que en 2010 Chile fue declarado como “territorio libre de rabia canina (V1 y V2) pero el hecho que exista rabia en murciélagos insectívoros indica que la rabia está presente”, por lo que desde entonces se realizan medidas preventivas “frente al riesgo de contacto de murciélagos con el hombre y los animales domésticos”.

“El ingreso de murciélagos a las viviendas se debe considerar como potencialmente peligroso, por lo tanto al detectar la presencia de un murciélago dentro de la vivienda, se debe dar aviso a la SEREMI Metropolitana o a la municipalidad de la comuna respectiva. Si esto no fuera posible, tomarlo evitando el contacto directo con el animal”, agrega la entidad.



Según el informe oficial de la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica (DNVE), correspondiente a la semana epidemiológica (SE) 41, Ecuador reporta 2.632 casos confirmados de tos convulsa y 43 fallecidos por esta enfermedad respiratoria aguda causada por la bacteria *Bordetella pertussis*.

La tos convulsa afecta principalmente a los niños pequeños y puede ser mortal en lactantes no vacunados. El reporte revela un incremento sostenido desde 2023, con una curva ascendente de casos entre la SE 30 y la SE 40 del presente año.

La provincia de Manabí se ha convertido en el epicentro del brote, al concentrar 827 casos confirmados, lo que representa casi 32% del total nacional. Su tasa de incidencia alcanza los 48,22 casos cada 100.000 habitantes, la más alta del país.

Le siguen Azuay (25,75 casos cada 100.000 habitantes) y Napo (25,62), mientras que otras provincias con índices elevados son Chimborazo (22,37), Zamora Chinchipe (19,34) e Imbabura (18,27).

En contraste, las provincias con menor incidencia son Los Ríos (1,94), Santa Elena (4,18) y Galápagos (3,30).

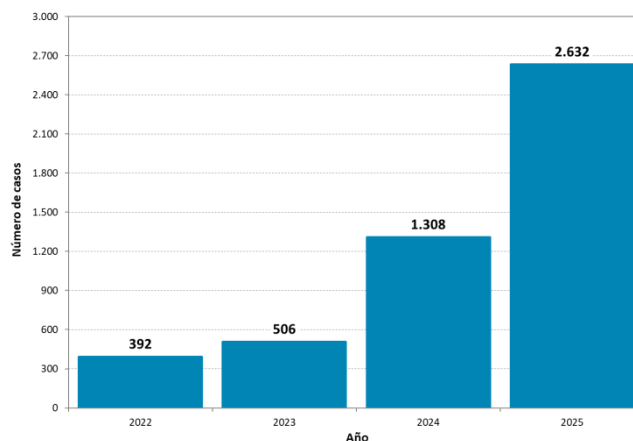
Alta letalidad en bebés

De los 2.632 casos confirmados, el informe detalla que 43 personas han fallecido, con una tasa de letalidad general de 1,6%.

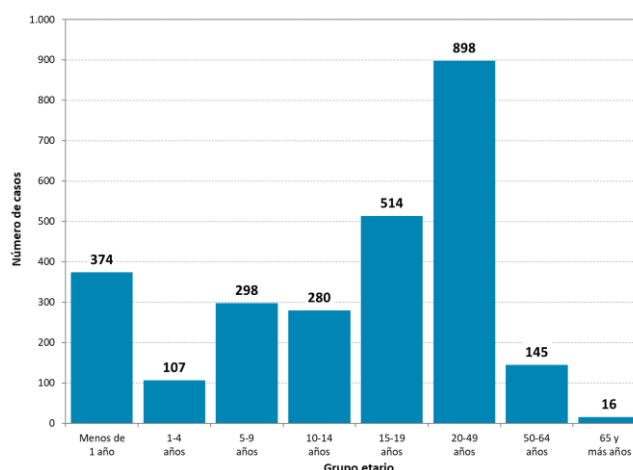
La mayor vulnerabilidad se concentra en los menores de un año, que presentan la tasa más alta de muertes: 26 de los 43 decesos (60%) corresponden a este grupo. Los fallecimientos restantes se registraron en los grupos etarios de 1 a 4 años (5), de 5 a 9 años (3), de 10 a 14 años (7) y en mayores de 65 años (2),

Los fallecimientos se distribuyen en las provincias de Pichincha (25 muertes), Manabí (8), Azuay (2), Esmeraldas (2), Chimborazo (1), Cotopaxi (1), Orellana (1) y Pastaza (1).

Pichincha, a pesar de tener una tasa de incidencia intermedia (13,45 casos cada 100.000 habitantes), presenta una tasa de letalidad de 54,35%, la más alta del país.



Casos confirmados de tos convulsa. Ecuador. Años 2022/2025 (2025 hasta semana epidemiológica 41). Fuente: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Ecuador.



Casos confirmados de tos convulsa, según grupos etarios. Ecuador. Año 2025, hasta semana epidemiológica 41. Fuente: Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Ecuador.

El análisis de la DNVE muestra que la enfermedad afecta a todas las edades, pero con una incidencia mayor en niños y adolescentes.

La curva epidemiológica muestra que la tos convulsa ha mantenido un crecimiento progresivo durante los últimos tres años. Los contagios se han duplicado en lo que va de 2025, en comparación con todo el año 2024, lo que evidencia una expansión sostenida de la enfermedad en distintos territorios del país.

El Ministerio de Salud Pública activó protocolos de vigilancia activa en las unidades de salud, reforzando la búsqueda de contactos, vacunación de refuerzo y notificación inmediata de casos sospechosos.

Además, el ministerio incorporó la vacuna contra el tétanos, la difteria de baja concentración y la tos convulsa acelular (Tdap) al esquema nacional para proteger contra la tos convulsa desde el embarazo.

El ministro, Jimmy Daniel Martín Delgado, expuso que “hemos dado un paso histórico con la actualización del Esquema Nacional; tras 14 años, se amplió la protección contra enfermedades gracias a vacunas gratuitas y seguras. Hoy anunciamos la inclusión de la vacuna Tdap para embarazadas protegiendo dos vidas por cada dosis: la de la madre y la de su bebé”.

El Ministerio de Salud de El Salvador reportó 10 casos de leishmaniosis cutánea en lo que va del año 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 42.

El primer caso se registró en la SE 8, el que fue seguido por dos casos más a inicios de marzo y otros dos en abril; luego se fueron reportando casos a fines de abril, mediados de junio, septiembre y finalmente en la SE 41 se reportó un paciente más con esta enfermedad. No se brindaron detalles sobre las edades de los pacientes, su estado actual, ni su procedencia.

La cartera de Estado explicó que la leishmaniosis es una enfermedad de “importancia en salud pública” y su vigilancia forma parte de las acciones de control de enfermedades tropicales desatendidas. También indicó que en 2023 se reportaron 23 casos, y que de junio de 2023 a mayo de 2024 se detectaron 25 pacientes con leishmaniosis cutánea atípica.

El ministerio no informó cuántos casos atendió entre junio de 2024 y mayo de 2025, y solo detalló que se introdujo una nueva tecnología para el tratamiento de leishmaniosis cutánea y que se brindó capacitación médica a promotores de salud de las enfermedades tropicales desatendidas.

El Dr. Iván Ernesto Solano Leiva, infectólogo y presidente del Colegio Médico de El Salvador (COLMEDES) detalló que la leishmaniosis es endémica en el país y que, de manera histórica, se han identificado casos en 11 de los 14 departamentos. “Esto significa que el vector está diseminado en todo el territorio”, advirtió.

Por su parte, el Dr. Jorge Alberto Panameño Pineda, infectólogo, precisó que existen varios tipos de leishmaniosis: cutánea, mucocutánea y visceral. “La más frecuente es la leishmaniosis mucocutánea que se caracteriza por lesiones en la piel y las mucosas, sobre todo en la boca y la nariz”.

“La forma visceral, más rara en El Salvador, afecta órganos como el hígado y el bazo, sin tratamiento es una enfermedad mortal. El diagnóstico se hace por laboratorio, ya sea por frotis o por cultivo”, explicó, por su parte, el Dr. Alfonso Rosales, epidemiólogo.

Según Rosales, en El Salvador la leishmaniosis cutánea es endémica. Los principales departamentos afectados son La Unión, San Miguel, Usulután y Sonsonate, dijo. “Las áreas endémicas principales están en la zona oriental del país, aunque se ven casos en Sonsonate también”, explicó.

“Los casos generalmente se dan en personas jóvenes de 10 a 35 años, predominantemente en mujeres. En algunos estudios se establece que se da más que todo en zonas rurales donde haya vegetación, por lo general se da en aquellos lugares pobres donde hay vivienda sin protección adecuada y que están próximos a la vegetación”, detalló Rosales.

Respecto del tratamiento, los expertos coinciden en que el acceso a los fármacos es limitado. Rosales explicó que “los medicamentos son tóxicos y su manejo requiere experiencia”, mientras que Solano Leiva añadió que la enfermedad “ha sido desatendida por la industria farmacéutica y los gobiernos, lo que dificulta la disponibilidad de tratamientos”.

El Movimiento por la Salud “Dr. Salvador Allende” de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) El Salvador, aseguró que la leishmaniosis “es una de las enfermedades desatendidas en El Salvador al presentar una prevalencia relativamente baja, especialmente en la población rural de la costa salvadoreña”.

“Se debe tener en cuenta que se presentan casos autóctonos y exportados, por eso es muy importante evitar la proliferación del flebótomo vector. El desmontaje del primer nivel de atención pone en riesgo las acciones territoriales de prevención y control del vector”, manifestó la organización.

Rosales aseguró que el número de casos presentes este año es inferior al promedio que suele registrarse. “Por lo general en El Salvador, al menos entre 2001 y 2018, se diagnosticó un promedio de 20 casos por año; si se han diagnosticado 10 casos, estamos por debajo del promedio”, subrayó.

Panameño Pineda, sin embargo, dijo que la cuestión no debe tomarse a la ligera. “Diez casos es una cifra preocupante. En el pasado hubo casos aislados, pero nunca 10. Es algo que requiere mucha educación y búsqueda activa de casos”, advirtió.

El presidente del COLMEDES señaló que es importante que el Ministerio de Salud informe de forma más detallada sobre esta enfermedad para que los médicos, que no la conocen, sepan identificar los síntomas y de esa forma brindar un tratamiento oportuno a los pacientes.

“Un médico que trabaja en la región occidental, por ejemplo, estará pendiente que si llega un paciente con llagas que no mejoran, con información previa de la leishmaniosis puede pensar en la enfermedad, pero si no le dicen que está circulando es muy difícil que pueda identificar los casos”, concluyó.

El condado de Prince George, estado de Maryland, enfrenta una alarmante situación, pues en más de 40 de sus 200 escuelas se han registrado brotes de enfermedad de manos, pies y boca, una enfermedad viral altamente contagiosa.

Hasta el 23 de octubre, más de 40 escuelas del condado reportaron casos de la enfermedad, principalmente entre niños pequeños, aunque cualquier persona puede contraerla.

El Distrito Escolar de Prince George confirmó el incremento de casos en las últimas semanas, lo que ha llevado a reforzar medidas de limpieza, monitoreo sanitario y ausencias temporales de estudiantes infectados.

El brote impacta principalmente a estudiantes de nivel primario; las autoridades escolares recomiendan a los padres mantener en casa a los menores que presenten fiebre o llagas visibles. También se intensificaron las labores de desinfección de aulas, baños y áreas comunes.

Un portavoz del distrito escolar dijo que los casos están distribuidos en distintos puntos del distrito y no se concentran en una sola zona, lo que refleja una propagación comunitaria activa.

El número de escuelas en el que se han registrado casos equivale a 20% del total de las que hay en el distrito escolar, uno de los ocho más grandes del país, lo que indica por qué hay preocupación.

La enfermedad de manos, pies y boca es una infección viral aguda que afecta principalmente a niños menores de 10 años, aunque también puede presentarse en adultos. Está causada por diversos enterovirus, entre los que destacan el Coxsackievirus A16 y el Enterovirus 71 (EV71). Se caracteriza por fiebre, malestar general, dolor de garganta y la aparición de lesiones vesiculares en la mucosa oral, las palmas de las manos y las plantas de los pies. Estas manifestaciones suelen ser autolimitadas y desaparecen en una semana, aunque en ciertos casos pueden producir complicaciones neurológicas o cardiovasculares, especialmente cuando interviene el EV71.

El virus se transmite por contacto directo con secreciones respiratorias, saliva, líquido de las vesículas o materia fecal de personas infectadas. La diseminación se ve favorecida en entornos de alta densidad infantil, como guarderías y escuelas, donde la higiene de manos y la desinfección de superficies resultan medidas esenciales para controlar su propagación. Aunque la enfermedad no suele requerir hospitalización, su elevada transmisibilidad genera brotes frecuentes, que pueden tener impacto sanitario y económico debido al ausentismo escolar y laboral.

Desde el punto de vista epidemiológico, la enfermedad presenta una distribución mundial, con mayor incidencia en regiones del Sudeste Asiático y el Pacífico Occidental, donde se han registrado grandes epidemias, algunas con desenlaces fatales. En estos países, el EV71 ha sido identificado como un agente de especial preocupación por su potencial de causar meningitis aséptica, encefalitis y edema pulmonar. En América Latina, los brotes suelen ser esporádicos y de menor magnitud, aunque se observa una tendencia al incremento de casos en los últimos años, asociada a la circulación simultánea de distintos serotipos virales.

El monitoreo epidemiológico de la enfermedad de manos, pies y boca resulta fundamental para la detección temprana de brotes y la identificación de cepas emergentes de mayor virulencia. La vigilancia virológica permite además evaluar patrones de circulación estacional y orientar medidas de prevención. Si bien no existe una vacuna universalmente disponible, algunos países asiáticos han desarrollado inmunizaciones específicas contra el EV71 con resultados prometedores.

En términos de salud pública, la enfermedad de manos, pies y boca representa un desafío por su alta contagiosidad, su capacidad de generar brotes recurrentes y el riesgo potencial de complicaciones neurológicas. La educación sanitaria, la higiene adecuada y la vigilancia epidemiológica activa constituyen las herramientas más efectivas para reducir su impacto en la población infantil y prevenir su expansión a nivel comunitario.

El Ministerio de Salud de Panamá, con la finalidad de salvaguardar la salud de la población, continúa reforzando el monitoreo y la vigilancia epidemiológica en las zonas afectadas por el virus de Oropouche.

Blas Guillermo Armién Medianero, jefe nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud, informó que hasta la fecha se registran más de 600 casos a nivel nacional, por lo que se han redoblado las acciones de prevención y control.

Explicó que los primeros casos fueron detectados a fines del año pasado e inicios de este año, correspondientes a una variante introducida a través de la frontera con Colombia.

El virus se identificó principalmente en las regiones de Darién, Panamá Este, Panamá Metro, Los Santos, Herrera, Panamá Norte, Veraguas, Panamá Oeste y Coclé.

“De las 15 regiones de salud, al menos en siete se ha identificado la circulación del virus de Oropouche en la población humana”, señaló Armién. Hasta el momento, se han confirmado 613 casos en todo el país, en Darién (312 casos), Panamá Este (275), Veraguas (17), Panamá Metro (4), Panamá Norte (2), Panamá Oeste (2) y Coclé (1).

La ubicación geográfica de los casos se realiza de acuerdo con el lugar donde ocurrió el contagio, según los hallazgos de la investigación epidemiológica.

El sistema de vigilancia epidemiológica mantiene un seguimiento riguroso de los pacientes diagnosticados con fiebre de Oropouche, con especial atención a mujeres embarazadas y personas con manifestaciones neurológicas.

En este sentido, Armién Medianero advirtió que la infección durante el primer trimestre del embarazo puede causar alteraciones genéticas en el feto, como hidrocefalia. Recordó, además, la importancia de acudir a los controles prenatales, ya que en Panamá se ha registrado un caso de transmisión vertical.

En cuanto a las alteraciones neurológicas, mencionó que pueden presentarse casos de síndrome de Guillain-Barré y parálisis flácida.

El Ministerio de Salud recomendó a la población residente en áreas con transmisión activa del virus, utilizar repelente, vestir camisas de manga larga y pantalones largos, además de colocar mosquiteros o mallas metálicas en puertas y ventanas. También exhortó a evitar la movilización hacia áreas con transmisión activa del virus.

En apenas un año, los casos de infección por VIH en la provincia de Condorcanqui, Amazonas, se duplicaron: pasaron de 204 en 2023 a 410 en 2024. La mayoría de las personas afectadas pertenece al pueblo Awajún, donde la prevalencia de VIH sextuplica el promedio nacional.

El nuevo [Tablero de Control de Enfermedades Prevalentes y Problemas de Salud Pública Awajún](#), elaborado por el Gobierno Territorial Autónomo Awajún (GTAA), junto a la Dirección Regional de Salud de Amazonas y las Redes Integradas de Salud de Bagua y Condorcanqui, revela un panorama alarmante: los altos niveles de VIH, parasitosis y malaria evidencian una crisis sanitaria que afecta especialmente a niños, adolescentes y jóvenes.

“Toda estrategia de salud debe incorporar la pertinencia cultural e interculturalidad como ejes centrales”, señaló Gil Inoach Shawit, presidente del GTAA. “Solo con un trabajo articulado entre el Estado, las organizaciones indígenas y aliados podremos lograr intervenciones efectivas”.

El Tablero presenta información detallada de siete enfermedades de alta incidencia en Amazonas, así como gestantes y violencia para las provincias de Bagua y Condorcanqui. Se puede acceder a datos por grupo de género, etarios y étnicos de redes, microredes y centros de salud.

Según el tablero, en 2024 se diagnosticaron 605 nuevos casos de VIH en Bagua y Condorcanqui; 77% corresponde a población Awajún.

El director de la Red de Salud de Condorcanqui, Roberto Rivera Sánchez, advirtió que 85% de los nuevos casos en su provincia son adolescentes y jóvenes, y enfatizó la urgencia de fortalecer la educación sexual desde las escuelas. La prevalencia del VIH en la población Awajún es de 1,8%, seis veces más que el promedio nacional (0,3%).

La parasitosis también aumentó de forma drástica en la región: de 1.443 casos en 2023 a 3.276 en 2024, de los cuales dos de cada tres corresponden a personas Awajún.

En cuanto a la malaria, en el año 2024 se registraron 733 casos, casi todos en Condorcanqui (99%), y el 44% afectó a niños Awajún de entre 5 y 9 años. El dengue sumó 860 casos en ambas provincias, la mayoría de ellos en Bagua.

Otras enfermedades también reflejan las desigualdades estructurales. La anemia afectó a más de 2.400 personas, mientras que la diabetes y la leptospirosis continúan presentes en ambas provincias.

A la crisis sanitaria se suma la violencia: en 2024 se registraron 1.031 casos, de los cuales el 84% tuvo como víctimas a mujeres, y el 43% a mujeres Awajún. La mayoría de las afectadas tiene entre 10 y 29 años.

“Enfrentar esta problemática requiere políticas interculturales de salud y el reconocimiento de los sabios ancestrales como parte del sistema”, sostuvo Roberto Sanjinéz Castillo, director de la Red de Salud de Bagua.

Asimismo, indicó que entre los factores que agravan la situación sanitaria se encuentran los determinantes sociales, como la pobreza, la falta de educación, el limitado acceso a agua segura, el deterioro ambiental, entre otros.

Matut Impi Ismiño, vicepresidenta del GTAA, destacó la necesidad de integrar los saberes ancestrales y la medicina convencional. Asimismo, señaló que el tablero de control es una iniciativa pionera para el monitoreo de la salud en pueblos indígenas.

“El tablero debe actualizarse cada año para ajustar las políticas públicas a la realidad local, y sería importante que otras regiones adopten este enfoque intercultural en sus políticas de salud”, destacó Matut Impi.

El panorama expuesto por el tablero enfatiza la urgencia de abordar las desigualdades sanitarias que afectan al pueblo Awajún. Contar con datos actualizados y específicos permite dimensionar las necesidades reales de estas comunidades y desarrollar estrategias efectivas enfocadas en la prevención, el tratamiento y la protección. La continuidad en el monitoreo será clave para mejorar la respuesta institucional y reducir el impacto de las enfermedades y la violencia en la región.

Se enfatizó que el fortalecimiento del trabajo articulado entre el GTAA, la DIRESA Amazonas, las Redes Integradas de Salud de Bagua y Condorcanqui, y organizaciones como CooperAcción, es clave para enfrentar esta crisis sanitaria y contribuir a la mejora de la calidad de vida del pueblo awajún.



Tablero de Control de Enfermedades Prevalentes y Problemas de Salud Pública Awajún

El pueblo Awajún, también conocido como Aguaruna, es uno de los principales pueblos indígenas de la Amazonía peruana. Habita principalmente en las regiones de Amazonas, Cajamarca, Loreto y San Martín, a lo largo de las cuencas de los ríos Marañón, Cenepa y Nieva. Con una población estimada en más de 80.000 personas, los Awajún poseen una organización social basada en comunidades dispersas, una fuerte identidad cultural y un estrecho vínculo con el entorno natural, del cual dependen para su subsistencia mediante la agricultura, la pesca y la caza.

La situación sanitaria del pueblo Awajún refleja las desigualdades estructurales que afectan a muchas comunidades indígenas del país. El acceso a servicios de salud es limitado, tanto por la lejanía geográfica como por la insuficiente infraestructura sanitaria. Muchos establecimientos locales carecen de personal médico permanente, medicinas esenciales y medios de transporte para emergencias, lo que dificulta la atención oportuna de enfermedades comunes y urgentes.

Las principales causas de morbilidad en las comunidades Awajún incluyen infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, malaria, parasitosis intestinal y desnutrición infantil. A ello se suma el incremento de enfermedades crónicas, como hipertensión y diabetes, que avanzan sin diagnóstico ni seguimiento adecuados. La salud materno-infantil continúa siendo un desafío, con tasas elevadas de anemia y mortalidad neonatal en zonas de difícil acceso.

Durante y después de la pandemia de covid, los Awajún enfrentaron graves dificultades por la escasa cobertura vacunal, la desinformación y la falta de suministros médicos. Además, la contaminación de ríos y suelos por la minería ilegal y la deforestación ha afectado la calidad del agua y los recursos alimentarios, incrementando los riesgos sanitarios.

Aunque existen programas estatales orientados a mejorar la atención intercultural en salud, su implementación aún es irregular. Persisten brechas en la comunicación entre el personal sanitario y las comunidades, debido a diferencias lingüísticas y culturales. La formación de agentes comunitarios de salud y el fortalecimiento del enfoque intercultural son pasos clave para mejorar la confianza y la eficacia del sistema.

En conjunto, la realidad sanitaria del pueblo Awajún continúa marcada por la exclusión y la vulnerabilidad, en un contexto donde el reconocimiento de sus derechos territoriales y culturales es esencial para alcanzar mejores condiciones de salud y bienestar.

República Dominicana enfrenta una nueva amenaza sanitaria tras el paso de la tormenta Melissa. Las extensas inundaciones que persisten por las lluvias en el sur del país y el Gran Santo Domingo han creado condiciones propicias para la propagación de la leptospirosis, una enfermedad que, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), suele emerger después de episodios de lluvias intensas y acumulación de agua contaminada por orina de animales, principalmente roedores.



La OPS alerta que este tipo de escenarios incrementa el riesgo de brotes “de potencial epidémico”, debido a la exposición prolongada a aguas estancadas y suelos saturados. La infección ocurre cuando la bacteria *Leptospira* penetra el organismo a través de heridas en la piel o mucosas, y su período de incubación varía entre 5 y 14 días, por lo que los casos podrían manifestarse incluso cuando el clima haya mejorado.

“Las inundaciones no solo destruyen infraestructuras, también abren la puerta a enfermedades graves”, recordó la organización en sus reportes regionales.

En 2024, el país cerró con 561 casos sospechosos, 35 confirmados por laboratorio y dos muertes. Este año, antes de Melissa, se habían contabilizado 83 casos confirmados y al menos tres defunciones.

Las provincias del sur, junto con sectores del Gran Santo Domingo, concentran los mayores riesgos debido a las recientes crecidas de ríos y la exposición de poblaciones que aún permanecen en áreas anegadas.

Las autoridades de salud dominicanas exhortan a evitar el contacto con aguas estancadas, utilizar botas y guantes durante labores de limpieza, cubrir heridas, hervir el agua para consumo y reforzar el control de plagas.

El Ministerio de Salud Pública mantiene vigilancia epidemiológica en las zonas más afectadas por Melissa, mientras equipos de respuesta rápida realizan operativos de fumigación y desinfección en comunidades vulnerables.

La dana, catástrofe de la que se cumple el 29 de octubre de 2025 el primer aniversario, “generó un escenario epidemiológico excepcional, con infecciones poco habituales y un repunte de gastroenteritis”, explicó el Dr. Víctor García Bustos, del Grupo de Infección Grave del Instituto de Investigación Sanitaria La Fe (IIS-La Fe) del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

Muchas de ellas son infecciones poco comunes en la práctica habitual, a menudo polimicrobianas y por bacterias del agua dulce o del intestino humano y animal, como especies atípicas de *Proteus*, *Pseudomonas* o las agresivas *Aeromonas*, junto con algunos casos de bacterias resistentes a los antibióticos, pero adquiridas en el entorno natural sin antecedentes de exposición antibiótica conocida.

No obstante, “gracias a la coordinación asistencial y al trabajo de Salud Pública se pudo volver progresivamente a la normalidad”, puntualizó García Bustos. Es uno de los aprendizajes de la catástrofe vivida que dejó un escenario que permitió conocer sobre el terreno cuáles son los principales focos y riesgos de infección. Y a los especialistas, proponer medidas oportunas ante nuevos episodios de catástrofes naturales. Las investigaciones demostraron que las principales infecciones que hubo fueron las heridas por cortes al entrar en contacto con aguas contaminadas, las gastroenteritis y las leptospirosis.

Tras las inundaciones aumentaron las infecciones transmitidas por el agua dulce y por contacto con aguas contaminadas, según determinaron los análisis. “Las más frecuentes incluyen las gastroenteritis de origen bacteriano o viral, hepatitis A, leptospirosis y, en algunas regiones, enfermedades parasitarias”, explicó el Dr. José Manuel Ramos Rincón, del Hospital General Universitario ‘Dr. Francisco Javier de Balmis y Berenguer’ de Alicante.

Pero es que además “también pueden incrementarse las infecciones de la piel, partes blandas y heridas por cortes, al estar expuestas en contacto prolongado con el agua sucia y residuos arrastrados por las inundaciones”. Estas fueron recurrentes durante los primeros momentos de la dana.

Además de la ingesta accidental de agua o alimentos contaminados, los sistemas de abastecimiento de agua potable y saneamiento pueden verse dañados, favoreciendo la propagación



de agentes infecciosos. Los más vulnerables son los niños pequeños, los ancianos, las personas inmunodeprimidas y las poblaciones desplazadas que pierden acceso a agua potable y saneamiento. Además, los trabajadores de emergencias o limpieza también están en riesgo por el contacto directo y prolongado con aguas contaminadas.

“En los tres meses posteriores a la dana, se atendieron 108 pacientes con heridas sospechosas de infección, de los cuales 26% presentó celulitis en la primera valoración. Se aislaron hasta 18 especies diferentes, lo que permitió definir protocolos precoces y multidisciplinarios para optimizar el manejo, tanto en antibióticos como en intervenciones quirúrgicas”, añadió García Bustos. A mediano plazo, aunque las infecciones de heridas continuaron siendo un problema, especialmente durante las labores de voluntariado y limpieza, el foco se desplazó hacia las infecciones gastrointestinales, con un aumento de gastroenteritis bacterianas en las zonas más afectadas.

También se registraron algunos casos de enfermedades zoonóticas como la leptospirosis, aunque su incidencia fue menor de la esperada. El agua de la inundación y los residuos sólidos fueron los principales vehículos de transmisión. El riesgo real no estaba en “tocar el agua”, sino en tener heridas abiertas contaminadas por ese entorno, o la transmisión fecal-oral por ausencia de higiene.

Monitorización de las incidencias y riesgos

“Gracias a la coordinación asistencial y al trabajo de Salud Pública se pudo volver progresivamente a la normalidad”, destacó García Bustos. El trabajo de Salud Pública fue fundamental para definir la incidencia y los riesgos por departamento, de salud diaria y semanal, y demostrando una clara relación con las áreas de mayor impacto de la inundación. Los resultados confirman un patrón característico: bacterias propias del agua dulce y de origen entérico (más de 70% de los aislamientos), infecciones polimicrobianas y necesidad de un abordaje quirúrgico y antibiótico complejo, aunque con incidencia de casos graves menor de la esperada. La tasa de ingreso hospitalario fue de 13,9%, y 86,7% de ellos requirió cirugía. La mortalidad fue mínima –un solo caso– y la evolución de la mayoría de los pacientes fue favorable.

Asimismo, el análisis permitió identificar carencias en la actuación inicial, como el uso de antibióticos empíricos sin cultivo previo que no cubrían bacterias típicas del agua dulce. Sin embargo, se elaboraron protocolos y guías de actuación para mejorar futuras respuestas a catástrofes similares. En paralelo, un estudio nacional analizó el riesgo infeccioso a escala ambiental, recogiendo muestras de agua, barro y suelos. Se identificó una amplia diversidad de patógenos y vectores, generando un modelo de referencia Una Salud, que integra salud humana, ambiental y animal, y que será clave para anticipar y afrontar las amenazas infecciosas derivadas del cambio climático.

El 29 de octubre de 2024 tuvo lugar en la Comunitat Valenciana un episodio excepcional de lluvias torrenciales producido por una depresión aislada en niveles altos (DANA), que desembocó en inundaciones de gran magnitud. La intensidad alcanzada fue histórica: en la estación de Turís (provincia de Valencia) se registraron hasta 185 mm en una hora, y cerca de 720 mm en doce horas. Los barrancos y cauces, como el del Barranco del Poyo, se desbordaron completamente, y los efectos se extendieron por más de 75 municipios de la provincia de Valencia.

El balance humano y material fue demoledor: más de 229 personas fallecieron en la provincia de Valencia, situándose el evento como uno de los más graves en la historia reciente de España en cuanto a catástrofes naturales. El costo de los daños se estimó en torno a los 17.800 millones de euros, incluyendo viviendas, infraestructuras, vehículos y servicios públicos gravemente afectados.

La investigación meteorológica apuntó que la convergencia de procesos como la entrada de flujo húmedo procedente del Mediterráneo, el bloqueo de la atmósfera continental y la presencia persistente de tormentas estacionarias favorecieron el desarrollo de este tren convectivo extremo.

Este desastre no solo exige acciones de reconstrucción, sino una revisión profunda de los sistemas de alerta, de la gestión territorial de los cauces y de la adaptación al cambio climático en zonas de riesgo.



20th EUROPEAN
AIDS CONFERENCE
15-18 October 2025
Paris, France

EUROPA

LA REGIÓN REGISTRA MÁS MUERTES
POR VIH QUE HACE 15 AÑOS

22/10/2025

Europa está perdiendo parte de los logros alcanzados frente al VIH, según explicó Teymur Noori, del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC), durante la 20ª Conferencia Europea del Sida (EACS 2025), celebrada en París recientemente.

Según Noori, el continente no logrará la mayoría de los objetivos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para 2030 ni los intermedios de 2025. Las guerras en Ucrania y Palestina, los recortes en la cooperación internacional y el giro político hacia la derecha en muchos países han reducido la prioridad del VIH como tema de salud pública.

Más muertes y más desigualdad

Europa es la única región del mundo donde aumentaron las muertes relacionadas con el VIH entre 2010 y 2022.

Mientras en el resto del planeta los fallecimientos se redujeron a la mitad, en Europa crecieron 37%, pasando de 37.000 a 51.000 personas al año. La cifra multiplica por 5,5 el objetivo previsto para 2025 y por 13,8 el de 2030.

El aumento se concentra en Rusia y Ucrania, países que ya tenían las tasas más altas de VIH antes de 2010. Aun así, ninguna subregión europea cumple las metas, ni siquiera la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo, donde las muertes bajaron de 4.300 a 2.300 pero siguen siendo más del doble del objetivo 2025.

Nuevas infecciones y diagnóstico insuficiente

Las nuevas infecciones también van en aumento. En toda Europa pasaron de 149.000 en 2010 a 156.000 en 2025, un 5% más, cuando el compromiso era reducirlas un 75%.

El ECDC estimó que unas 620.000 personas viven con una carga viral transmisible, el doble del límite previsto en el modelo 95-95-95. Aunque la supresión viral mejoró desde 2017, el progreso se frenó con la pandemia de covid.

La principal causa no es la falta de tratamiento, sino el retraso en el diagnóstico: entre 43% y 50% de las personas con carga viral transmisible aún no saben que viven con VIH.

La PrEP: avances y brechas

La profilaxis preexposición (PrEP) contra el VIH muestra avances, aunque de forma desigual. En Europa hay unas 345.000 personas que la han usado al menos una vez, 70% del objetivo marcado, pero el acceso se concentra en solo cuatro países: Reino Unido, Francia, Alemania y España.

El Reino Unido lidera con 111.000 personas, seguido de Francia (60.000), Alemania (40.000) y España (34.000). En cambio, países del este como Kirguistán o Armenia apenas superan unos centenares de usuarios.

Un dato relevante llega desde Ucrania: 27% de las personas que usan PrEP son mujeres, frente a solo 3,4% en Reino Unido y menos de 400 mujeres en el resto de Europa. La desigualdad de género en la prevención sigue siendo evidente.

Avances desiguales, pero posibles

A pesar del panorama preocupante, Noori subrayó que “no todo son malas noticias”. Algunos países de Europa occidental y central están cerca de alcanzar varios de los objetivos 95-95-95, sobre todo el de supresión viral, lograda en 95% de las personas en tratamiento.

El experto cerró su intervención con un mensaje claro: “La inequidad en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento sigue siendo el mayor obstáculo. Para revertir la tendencia, Europa necesita invertir más en servicios comunitarios, pruebas integradas y acceso equitativo a la innovación”.

Enfoque comunitario

Los avances biomédicos son esenciales, pero no suficientes. Las redes comunitarias, las ONG y los programas de pares siguen siendo claves para reducir desigualdades y recuperar el terreno perdido frente al VIH en Europa.



Los casos de neumonía por *Mycoplasma pneumoniae* están aumentando en Japón.

La infección bacteriana, que afecta principalmente a niños, se propaga por gotitas y contacto físico. Los síntomas incluyen fiebre, fatiga general, dolor de cabeza y tos persistente. Algunos pacientes desarrollan neumonía grave y son hospitalizados.

El Instituto Japonés de Seguridad Sanitaria ha estado recibiendo informes de alrededor de 500 instituciones médicas de todo el país.

Los casos nuevos reportados durante la semana epidemiológica 41 promediaron 1,53 por institución, un aumento de 0,17 respecto de la semana anterior y el quinto aumento semanal consecutivo.

Japón sufrió un brote masivo de neumonía por *M. pneumoniae* el otoño y el invierno pasados.

Oishi Tomohiro, profesor de la Escuela de Medicina de Kawasaki, dijo que es muy probable que haya más pacientes, ya que pueden ocurrir brotes importantes durante dos años consecutivos.

Oishi dijo que las medidas básicas contra la infección, como lavarse las manos y usar barbijo, son efectivas.

Añadió que debido a que el período de incubación es de dos semanas, las personas que hayan estado cerca de una persona infectada deben vigilarse durante un tiempo y acudir al médico tan pronto como presenten algún síntoma.

Advirtió que las personas que han sufrido ataques de asma deben tener especial cuidado.

Mycoplasma pneumoniae es una bacteria atípica, sin pared celular, que infecta el epitelio respiratorio superior e inferior y constituye una causa frecuente de neumonía adquirida en la comunidad, especialmente en niños escolares, adolescentes y adultos jóvenes. La ausencia de pared explica tanto su resistencia intrínseca a β -lactámicos como su tropismo particular; también contribuye a un cuadro clínico de inicio gradual, con tos persistente, fiebre baja y síntomas respiratorios más bien insidiosos, que en muchos casos cursan como infección prolongada antes que como neumonía franca. Su presentación suele ser leve o moderada, a menudo ambulatoria, lo que le otorga un peso epidemiológico amplio, más por volumen que por gravedad. Sin embargo, puede complicarse con neumonía más severa, anemia hemolítica, exantemas, encefalitis u otros fenómenos extrapulmonares mediados inmunológicamente.

Desde el punto de vista poblacional, la circulación de *M. pneumoniae* se caracteriza por curvas epidémicas cíclicas cada pocos años, con brotes en ámbitos cerrados como escuelas, cuarteles o internados, y con posible transmisión intrafamiliar sostenida por contagio directo a través de gotas respiratorias. La duración larga de la tos facilita la exportación silenciosa de casos antes de la consulta médica. El diagnóstico suele apoyarse en serología o pruebas de reacción en cadena de la polimerasa de muestras respiratorias; el retraso serológico y la sensibilidad variable de técnicas condicionan la notificación y dificultan la vigilancia de alta resolución temporal. En cuanto al tratamiento, la relevancia epidemiológica de esta especie incluye la presión de selección sobre macrólidos, ampliamente usados como primera línea en pediatría; en distintos países se han documentado tasas crecientes de resistencia, lo que obliga a considerar alternativas como tetraciclinas o fluoroquinolonas según edad y contexto clínico.

El peso epidemiológico de *M. pneumoniae* deriva entonces de una combinación de alta frecuencia relativa, especial concentración en edades jóvenes con alta conectividad social, capacidad de originar ondas epidémicas cíclicas y un patrón de resistencia antibiótica emergente que tensiona los esquemas empíricos. Aunque la mayoría de los cuadros no son graves, su volumen, su prolongación clínica y su rol en el consumo de antibióticos hacen que sea un agente de interés sostenido para la práctica clínica y para la vigilancia respiratoria comunitaria.

Mariam, una mujer senegalesa que vive con [VIH](#) desde 2007, baja la cabeza y llora. En los últimos meses, [han muerto](#) tres de las pacientes a las que ella, como mediadora de la ONG Aboya, hacía seguimiento para supervisar que tomaran sus medicamentos. Cuenta que, debido a [los recortes de ayuda internacional](#), ha habido dificultades para que las pacientes accedan de forma continua, asesorada y discreta a sus tratamientos. “A las personas con discapacidad, incluso, solíamos pagarles el transporte para que fueran a sus citas. Ya no podemos”, lamentó la mujer, que es voluntaria en la única ONG en el país que atiende, con enfoque de género, a mujeres que viven con VIH y sufren discriminación. Mariam aún teme sufrirla. Por eso, pide que no se use su nombre real.

“Yo tampoco tengo acceso al dinero para transporte ahora. Pero no puedo rendirme, así que yo misma me encargo con mis recursos y voy a visitarlas a sus casas para que continúen su tratamiento. Hoy soy fuerte gracias a que yo también tuve una mentora”, sostiene, con determinación, en una entrevista desde una localidad secreta en un suburbio al norte de Dakar. Así opera Aboya desde 2001, que beneficia a cerca de 500 mujeres y sus niños en tres regiones de Senegal, para garantizarles el anonimato. Debido al cese de financiación de donantes como Estados Unidos, el 15% de las actividades de Aboya se suspendieron. Ndeye Astou Diop, presidenta de la organización, explicó que, por el cese de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), sus mediadoras que trabajaban en los centros de atención ya no lo hacen.

Si mediadoras como Mariam no visitan a las pacientes –algunas de ellas rechazadas por sus familias– no hay garantía de que tomen sus medicinas ni forma de monitorear su estado físico y mental. Este es uno de los países donde más discriminación sufren las personas con VIH: según el [Índice Stigma 2.0 de 2024](#), 18% de la población había sufrido estigmatización por su estado serológico, lo que trunca su diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Por eso, mediadores y trabajadores comunitarios son vitales para monitorearlos.

En 2024, en Senegal vivían 48.000 personas con VIH, según [datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida \(ONUSIDA\)](#). De estas, 79% estaban bajo tratamiento con antirretrovirales y 73% ya no tenían carga viral. La tasa de prevalencia de VIH en adultos era de 0,3%, la tercera más baja de África occidental, tras Mauritania y Níger. Además, desde 2022, se estaba reduciendo el número de nuevas personas con VIH y desde 2013 se experimentaba una caída sostenida de muertes.

Pero el país está en riesgo de perder su progreso como consecuencia del [cierre de USAID](#) y los recortes de otros donantes, según advierten organizaciones ciudadanas y doctores del Consejo Nacional de Lucha contra el Sida y el Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA) de Dakar. Agregan que estos han afectado especialmente a las organizaciones sociales y a [los trabajadores comunitarios](#) que habían conseguido rastrear, educar y acompañar a los pacientes.

No solo faltan recursos para las mediadoras de Aboya y para trabajadores comunitarios de otras organizaciones. “Hemos observado una disminución muy rápida de todas las actividades relacionadas con la prevención”, reconoció la Dra. Fatoumata Ly, del Consejo Nacional de

Lucha contra el Sida, en una reunión con medios de comunicación en Dakar. El Consejo cita, por ejemplo, una encuesta en la que 59% de los actores sobre el terreno y responsables de organizaciones comunitarias reportaron una reducción en el cumplimiento del tratamiento con antirretrovirales. Esto se debe a la suspensión de los grupos de apoyo y la educación terapéutica en 24 de 156 centros de atención en el país.

Ly detalló también reducciones en [la distribución de condones](#) gratuitos, problemas de sensibilización y acceso a las píldoras diarias de profilaxis previa a la exposición (PrEP), la interrupción de tratamientos por la suspensión de sistemas de recordatorios de citas y problemas con la recolección de datos sobre el VIH. Esto afecta a las ocho regiones –de un total de 14 que tiene Senegal– en las que operaba el [Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para el Alivio del Sida \(PEPFAR\)](#). El Consejo Nacional, cuyo presupuesto de 2024 dependía en un 24% de Estados Unidos, aún evalúa los impactos de los recortes en sus operaciones y en sus beneficiarios.

Organizaciones civiles como la Alianza Nacional de Comunidades para la Salud (ANCS), a la que están asociadas unas 200 organizaciones comunitarias que luchan contra el VIH, también están en proceso de cuantificar el impacto. “No hemos perdido insumos, pero sí actividades y capacidad de respuesta”, resume Debia Dia, referente jurídico de la organización. ANCS, por ejemplo, perdió la financiación de USAID/OWOD, que representaba 12% de su presupuesto. El proyecto prestaba asistencia técnica a las regiones y distritos sanitarios para determinar las necesidades prioritarias en salud y para actividades de comunicación y pedagogía. En enero, con la suspensión de la USAID, hubo un cese repentino en las actividades de 430 organizaciones comunitarias y en 45 radios comunitarias. Entre los programas más afectados estaban aquellos relacionados con el VIH y salud sexual y reproductiva.

El ministro de Salud de Senegal, Ibrahima Sy, aseguró que evaluará las afectaciones causadas para los recortes para, así, movilizar recursos de otros donantes, el sector privado y el Estado. El Gobierno, dijo, no descarta recaudar dinero a través de impuestos sobre el tabaco o a las transacciones digitales. “Nuestro deber moral es continuar y reforzar los programas”, dijo el ministro, “de lo contrario, 20 años de lucha se perderán y todos los avances conseguidos en nuestro sistema de salud habrán sido en vano”. Priorizará, aseguró, la prevención, para reducir una posterior situación financiera sobre el sistema de salud.

Pero mientras las autoridades proyectan sus planes de acción, los pacientes buscan una solución y presionan los servicios que aún prestan otras organizaciones. Por ejemplo, la presidenta de Aboya contó que las mujeres y los niños que recibían apoyo de programas financiados por la USAID, ahora buscan ser atendidas en Aboya, que todavía se sostiene con recursos del Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. “Nosotras también tuvimos problemas con la distribución de antirretrovirales, pero lo solucionamos movilizándolo a otros socios”, respondió.

El Fondo Mundial, a su vez, hace sus cálculos. Este año, en medio del contexto de recortes de varios donantes, tuvo que reducir 10% del presupuesto previsto para Senegal. “Cuando llego a Dakar y me dicen que cuentan con el Fondo Mundial porque los demás donantes se están retirando, les digo que sus donantes eran también los nuestros. Tenemos los mismos problemas”, resumió Mark Taylor, jefe del equipo de esta organización en Senegal. Estados Unidos aportaba 33% de los recursos del fondo. “Si este noviembre no alcanzamos nuestro [objetivo de recaudar 18.000 millones de dólares para el próximo ciclo de financiación de 2027 a 2029](#), habrá que reducir cosas”, reconoció Taylor.

Poblaciones clave

Expertos y organizaciones comunitarias advirtieron que el mayor riesgo está en perder los avances con poblaciones clave, es decir, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (con una prevalencia de VIH de 27,6%), mujeres que ejercen la prostitución (5,8%) y los consumidores de drogas inyectables (5,2%).

“Tenemos que estar más cerca de esa población porque viven vidas ocultas”, advirtió Fatou Sow, presidenta de la ONG Red Nacional de Poblaciones Claves de Senegal (RENAPOC), que reúne a 37 organizaciones dedicadas a atender a estas personas. La ONG, por ejemplo, ofrece un servicio de enfermería para que hombres que tienen sexo con hombres o mujeres que ejercen la prostitución puedan tomar sus píldoras diarias de profilaxis previa a la exposición (PrEP) en sus sedes, con total discreción.

AWA, otra ONG que trabaja con mujeres que ejercen la prostitución con VIH, perdió un programa de USAID/PEPFAR que beneficiaba a 500 mujeres. Mbaye Boye, portavoz de AWA, explicó que el proyecto consistía en un seguimiento dirigido por las comunidades. “Ya no se puede llegar a ellas en esas zonas remotas en las que solían estar. No podemos sensibilizarlas, ofrecerles servicios en sus hogares ni decirles que tomen la PrEP”, detalló y agregó que entre esa población ahora hay incertidumbre y miedo.

En el Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA) del Hospital de Fann de Dakar, que atiende a pacientes con VIH desde 1998, las personas han empezado a hacer preguntas. “¿Y ahora a dónde vamos a ir?, nos decían. Hubo depresión”, relató la Dra. Ndyé Fatou Ngom, presidenta del CTA que, desde su creación, ha atendido a unas 4.800 personas. “En un contexto de recortes de Donald Trump, ¿cómo vamos a financiar las actividades? Necesitamos medicamentos, buscar a las personas que hemos perdido de vista, bajar a terreno para ver qué pasa. Dejar de realizar actividades con estas poblaciones ralentizará el diagnóstico y la atención y reforzará la estigmatización”, alertó la doctora, que ha sido testigo del progreso de Senegal en los últimos 20 años. Uno de los mayores logros del CTA es que 96% de sus pacientes tienen carga viral indetectable. Ese hito, teme Ngom, se asoma al abismo.

“Antes de que el Gobierno hiciera gratuito el tratamiento en 2001, era muy caro el acceso. Los médicos lloraban en los comités médicos terapéuticos porque no había tratamientos disponibles para todos. Pero avanzamos, conseguimos la gratuidad, los primeros pacientes del CTA siguen vivos. Pero hoy, con la retirada de los socios, ¿qué va a ser de nosotros?”, se preguntó.

Curso virtual

INFECTOLOGÍA

Curso virtual

Infecciones en el paciente inmunocomprometido

Una realidad en continua evolución

30% OFF
TIEMPO LIMITADO

Inicio
INMEDIATO

Dirección:
Dra. Claudia Salgueira

mednet

sadi Sociedad Argentina
de Infectología

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 reporteepi-demiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.